



پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۶، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۵

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

۱۲

- ۵ اثر بخشی گروه در مان‌ی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پر خاشگری زوجین دارای همسر معتاد
جواد اسداللهی، سیدعلی کیمیایی، سیدمحمد مهدی مشیریان فراحی
- ۱۶ اثر بخشی درمان وجودی به شیوه ی گروهی بر تمایز یافتگی و الگوهای ارتباطی دانشجویان دختر مرحله عقد
احمدامانی، ناصر یوسفی، الهام فتایی
- ۳۲ اثر بخشی قصه در مان‌ی بر کم رویی، افسردگی و عزت نفس کودکان پیش دبستانی شهرستان اهواز
فاطمه لویمی، سحر صفرزاده
- ۴۸ پیش بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باورهای فراشناختی و همجواری شناختی
حمیدرضا صمدی فرد
- ۶۳ اثر بخشی مشاوره گروهی به روش ساختاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی
ایمان سید محمدی، بهرام علی قنبری هاشم آبادی، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد
- ۷۹ شاخص های روانسنجی مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی (ASRL-S)
محمد محمدی پور، علی دلاور، حسن احدی، فریبرز درتاج، حسن اسدزاده
- ۹۶ اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان
حبیبی، مجتبی حبیبی، مونا ملک زاده مغانی، نیکزاد قنبری
- ۱۱۱ اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر شادکامی دانش آموزان
سید اسماعیل هاشمی حسین زهراور

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 ۶، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۵

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

داوران این شماره: دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دکتر علی رضا قادری، دکتر کیومرث بشلیده، سمانه شیخ نظامی، دکتر حسین کارشکی، دکتر محمدجواد اصغری، فاطمه میردورقی

مدیر اجرایی مجله: محمدرسول فیاض صابری

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 ۸۸۰۷۳۳۸

تلفن: ۰۵۱۳ ۸۸۰۳۶۹۶

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

فهرست مندرجات

- ۵ اثر بخشی گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پر خاشگری زوجین دارای همسر معتاد
جواد اسداللهی، سیدعلی کیمیایی، سیدمحمد مهدی مشیریان فراحی
- ۱۶ اثربخشی درمان وجودی به شیوه ی گروهی بر تمایز یافتگی و الگوهای ارتباطی دانشجویان دختر مرحله عقد
احمد امانی، ناصر یوسفی، الهام فنایی
- ۳۲ اثربخشی قصه درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت نفس کودکان پیش دبستانی شهرستان اهواز
فاطمه لویی، سحر صفرزاده
- ۴۸ پیش بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی
حمیدرضا صمدی فرد
- ۶۳ اثربخشی مشاوره گروهی به روش ساختاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی
ایمان سیدمحرمی، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد
- ۷۹ شاخص های روانسنجی مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی (ASRL-S)
محمد محمدی پور، علی دلاور، حسن احدی، فریبرز درتاج، حسن اسدزاده
- ۹۶ اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان
حبیبی، مجتبی حبیبی، مونا ملک زاده معانی، نیکزاد قنبری
- ۱۱۱ اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر شادکامی دانش آموزان
سیداسماعیل هاشمی، حسین ماهور



اثر بخشی گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پرخاشگری زوجین دارای همسر معتاد The Effectiveness of Transactional Analysis Group Therapy on Decreasing Aggression in Addict Couples

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۲

Javad Asadolahi, Seyed Ali Kimiaei, Seyed Mohammad Mahdi
Moshirian Farahi

جواد اسداللهی^۱، سیدعلی کیمیایی^۲، سیدمحمد مهدی مشیریان فراهی^۳

Abstract

Purpose: To investigate the effectiveness of transactional analysis group therapy on decreasing aggression in addicted couples.

Method: The design of this study was quasi-experimental with a pretest-posttest control group design. The participants included 40 addicted couples from the camp of 'Life Expectancy' in Sabzevar. They were randomly assigned into two groups. The experimental group received 8 sessions of transactional analysis group therapy while the control group was not offered any intervention. Before and after the intervention, aggression questionnaire was completed by the participants of the study.

Findings: The results of ANCOVA revealed that, in the post-test, the experimental group's aggression decreased significantly in comparison with that of the control group. The findings also confirmed that transactional analysis group therapy can reduce aggression in addicted couples.

Keywords: Transactional analysis group therapy, aggression, addict couples.

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پرخاشگری زوجین معتاد.

روش: شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۴۰ نفر از زوجین معتاد کمپ امید به زندگی شهرستان سبزوار بود که ۲۰ نفر در گروه گواه و ۲۰ نفر در گروه آزمایش گمارش شدند. اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل را دریافت کردند و به اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله پرسشنامه پرخاشگری توسط گروه نمونه تکمیل شدند.

یافته‌ها: در پس‌آزمون، پرخاشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته‌است. یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل باعث کاهش پرخاشگری زوجین معتاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل، پرخاشگری، زوجین معتاد.

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، asadolahi_javad@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، kimiaee@um.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، moshirianfarahi@stu.um.ac.ir

مقدمه

کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد^۱ جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. امیرخسروی و صادقی بیان می‌کنند با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهده صحنه‌های هولناک آن تاکنون نتوانسته به عنوان هشدار جدی برای سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود (Amiri, Khosravi, Adabi & Sadeghi, 2009). سوء مصرف مواد آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر جوامع وارد می‌سازد که از آن جمله می‌توان به مواردی هم‌چون بیماری‌های جسمانی و اگیرداری مثل هپاتیت، ایدز و بیماری‌های روانی- اجتماعی و هم‌چنین ازدیاد جرائم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بی‌کاری، خشونت خانوادگی، کودک‌آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان که والدین معتاد دارند اشاره نمود. در ایران برآوردها نشان می‌دهند حجم آسیب‌ها و صدمات ناشی از اعتیاد و هزینه مبارزه با قاچاق و مواد مخدر سالانه ۴ هزار و ۸۰۰ میلیون ریال می‌باشد (Narimani, Rajabi, 2012).

یکی از مشکلات روانشناختی که در افراد معتاد به وفور مشاهده می‌شود و فرایند درمان آن‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد، پرخاشگری^۲ می‌باشد. خشم^۳ و پرخاشگری هیجانهایی جهان‌شمولی هستند که در همه فرهنگ‌ها دیده می‌شوند و یکی از شایع‌ترین مشکلات رفتاری هستند که موجب ناراحتی و پریشانی دیگران می‌شوند و بهداشت روانی خانواده و جامعه را مختل می‌کنند. پرخاشگری رفتار منحصر به فردی نیست و به رفتارهایی که افراد انجام می‌دهند و باعث آسیب‌های عاطفی، روان‌شناختی و یا جسمانی به دیگران می‌شوند اشاره دارد. پرخاشگری از یک سو تحت عوامل موقعیتی و روان‌شناختی است و از سوی دیگر، عوامل ژنتیک و زیست‌شناختی در ایجاد و گسترش آن نقش اساسی بر عهده دارد. از این رو ارایه تعریفی دقیق و عینی از پرخاشگری دشوار است. با این وجود لاتونن در تعریف پرخاشگری بیان کرده‌اند که هدف این گونه رفتارها تخریب و آسیب‌رسانی به یک موجود زنده و اموال اوست. رفتاری که سبب بروز واکنش‌های دفاعی و اجتنابی از سوی قربانی می‌گردد (Luutonen, 2007).

بنابراین رفتار پرخاشگرانه انسان در یک سازه کلی ریشه دارد که در سطح می‌تواند به صورت خشم، خشونت، پرخاشگری جسمانی و روان‌شناختی را فراهم آورد. نتایج پژوهش بوش نشان داده است که پرخاشگری از شاخص‌های مهم پاره‌ای از اختلالات روانی مانند اختلال سلوک و اختلال فزون‌کنشی،

1. Addiction
2. Aggression
3. Anger

اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال خوردن به شمار آید. همچنین پرخاشگری با شدت افسردگی، مصرف کوکائین، مصرف الکل و اقدام به خودکشی همبستگی دارد (Bush, 2009). پاره‌ای از پژوهش‌ها که توسط بری و کاشدان صورت گرفت نشان داده است که رفتار پرخاشگرانه با بیماری جسمانی مانند بیماری قلب و عروق و سردرد و تنش نیز در ارتباط است (Bree & Kashdan, 2011).

اسپرینجر و همکاران نشان دادند پرخاشگری در معنادان علاوه بر میزان شیوع بالایی که دارد، اغلب در مراحل اولیه پس از ترک و درمان شروع شده و به طور قابل ملاحظه‌ای در سازگاری با نشانه‌های ترک و پیشرفت درمان مداخله کرده و منجر به اختلال در درمان اعتیاد می‌شود. از سوی دیگر، تحقیقات طولی مختلف حاکی از این است که بروز پرخاشگری در مصرف کنندگان مواد مخدر، پیش‌بیند انگیزه پایین برای ترک و دیگر اختلالات روانی می‌باشد و در صورتی که در فرایند درمان اعتیاد به پرخاشگری توجه نشود عدم موفقیت درمانی و افت شدید سازگاری اجتماعی فرد معتاد، پیش‌بینی می‌شود (Springer et al, 2004). بنابراین با توجه به تأثیرات منفی پرخاشگری بر سلامت روانی معتادین و فرایند درمان اعتیاد، پرداختن به آن و شناسایی درمان‌های اثربخش بر کاهش آن از اهمیت بسزایی برخوردار است.

در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکرد متفاوت به دنبال کاهش پرخاشگری افراد مبتلا به اعتیاد هستند. از جمله این رویکردها می‌توان به رویکرد شناختی - رفتاری، عقلانی - هیجانی، سیستمی، نظریه انتخاب و تحلیل روابط متقابل اشاره کرد.

در میان دیدگاه‌های مختلف روان‌شناسی تحلیل رفتار متقابل از نظر عمق تئوری و کاربرد و سبب و متنوع آن بسیار برجسته می‌باشد. رویکرد تحلیل رفتار متقابل توسط اریک برن پایه‌گذاری شد و از نظر عملی یکی از اثربخش‌ترین شیوه‌های گروه درمانی دانسته شده است (Shafie Abadi & Naseri, 2010).

این روش در درمان مسائل خانوادگی و ارتباطی، مسائل والدین با نوجوانان، مشاجرات گروهی، منحرفان رفتاری، مبتلایان به الکل و مواد مخدر و بزهکاران نتایج سودمندی به همراه آورده است. تحلیل رفتار متقابل به عنوان نظریه شخصیت تصویری از ساختار روان شناختی انسانها به ما ارائه می‌دهند. به این منظور از یک الگوهای شخصیتی استفاده می‌کند که این الگوهای شخصیتی به ما کمک می‌کنند تا دریابیم انسانها چگونه عمل و رفتار می‌کنند و این که چگونه شخصیت خود را در قالب رفتارهایشان آشکار می‌سازند. ساعتچی اعتقاد دارد تحلیل رفتار متقابل همچنین نظریه‌ای برای ارتباطات فراهم می‌آورد (Saatchi, 2011).

با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می‌رسد که گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پرخاشگری زوجین مبتلا به اعتیاد موثر می‌باشد. با این وجود تاکنون تحقیقی در داخل کشور انجام نشده

است که این موضوع را مورد بررسی قرار دهد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پرخاشگری زوجین مبتلا به اعتیاد می‌باشد.

روش پژوهش

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد به روش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل طراحی و اجرا شد. در سطح توصیفی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

کلیه زوجینی که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ برای درمان اعتیاد به مرکز امید به زندگی شهرستان سبزوار مراجعه کرده‌اند، جامعه تحقیق حاضر را تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در مطالعات آزمایشی و شبه آزمایشی حجم نمونه‌ای برابر با ۳۰ تا ۴۰ نفر پیشنهاد شده است (Faraji, 2010)، پژوهشگر نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر را با توجه به معیارهای شمول (دریافت تشخیص وابستگی به اعتیاد، عدم سابقه روانپریشی، عدم استفاده از داروی ضد روانپریشی و عدم استفاده از متادون در طول دوره درمانی) از بین افراد جامعه آماری انتخاب کرد. سپس از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب که در هر گروه تعداد ۲۰ زوج حضور داشتند. به دلیل وجود محدودیت‌های مختلف امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بنابراین در این مطالعه از شیوه نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شد.

شرکت کنندگان: از میان اعضای گروه آزمایش، ۴۵ درصد تحصیلات ابتدایی، ۳۰ درصد تحصیلات راهنمایی، ۲۰ درصد تحصیلات دبیرستان و ۵ درصد تحصیلات در سطح دیپلم داشتند. از میان اعضای گروه گواه، ۴۰ درصد تحصیلات ابتدایی، ۲۵ درصد تحصیلات راهنمایی، ۳۰ درصد تحصیلات دبیرستان و ۵ درصد تحصیلات در سطح دیپلم داشتند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳۰/۳۵ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۳۲/۳۵ سال بود.

ابزار تحقیق

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه زیر استفاده شد:

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ ساخته شده

دارای ۲۹ پرسش است. چهار عامل پرخاشگری کلامی (۵ پرسش)، پرخاشگری جسمانی (۹ پرسش)، خشم

(۷ پرسش) و خشونت (۸ پرسش) را مورد سنجش قرار می‌دهد (ثنایی، ۱۳۷۸). نتایج تحلیل روان سنجی پرسشنامه باس و پری (۱۹۹۲) نشان داده است که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ معتبر است بیان‌گر روایی مناسب این ابزار بوده است.

در پژوهش محمدی (Mohammadi, 2006) که بر روی یک نمونه ۲۰۹ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز به طور تصادفی انتخاب شدند و اعتبار پرسشنامه پرخاشگری از سه راه و روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تنصیف مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ضرایب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۳ بدست آمد. روایی این پرسشنامه نیز از راه شاخص‌های روایی همگرا، همزمانی و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرایی پرسشنامه پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل این پرسشنامه تأیید شد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند. محمدی در پژوهشی روایی همزمان نیز با بکارگیری مقیاس آسیب روانی عمومی برآورد شد که ضریب همبستگی (۰/۳۴) میان پرسشنامه پرخاشگری آسیب روانی عمومی معنادار بود. شیوه نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً خلاف خصوصیات من است) تا ۵ (کاملاً گویای خصوصیات من است) می‌باشد. نمره سوالات ۲۴ و ۲۹ معکوس است. نمره کل عبارت است از مجموع نمرات کل سوالات و دامنه آن از ۲۹ تا ۱۴۵ است. نمره بالا نشانه پرخاشگری بیشتر است (Mohammadi, 2006).

یافته‌ها

در این قسمت اطلاعات مربوط به فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه پرخاشگری بر روی زوجین عضو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه می‌گردد. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه پرخاشگری را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
-	-	-	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پرخاشگری	۲۰	۱۰۸/۷۰	۹/۴۱	۹۱/۹۰	۱۱/۱۸
گواه	پرخاشگری	۲۰	۱۰۷/۲۰	۱۰/۵۸	۱۰۷/۷۰	۱۲/۱۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره پرخاشگری اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌های متغیر پرخاشگری و مفروضه تعامل پیش آزمون و گروه مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر پرخاشگری با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج این آزمون در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات پرخاشگری

متغیر	Z اسمیرنوف	سطح معناداری
پرخاشگری	۰/۷۹۹	۰/۶۰۲

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه پرخاشگری دارای توزیع نرمال هستند (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر پرخاشگری معنادار نمی‌باشد). بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. مفروضه همگنی واریانس‌های متغیر پرخاشگری با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون لون برای اطمینان از همگنی واریانس‌های متغیر پرخاشگری

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پرخاشگری	۲/۰۹۱	۲	۲۷	۰/۱۴۳

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون لون در متغیر پرخاشگری معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. مفروضه تعامل پیش آزمون و گروه نیز با در نظر گرفتن نمره پرخاشگری در پیش آزمون به عنوان هم‌پراش در آزمون تحلیل کوواریانس مورد توجه قرار گرفت. در واقع با این کار اثر پیش آزمون بر گروه حذف می‌گردد. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجراست؛ نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

در تحلیل کوواریانس، تفاوت گروه‌ها در یک متغیر با کنترل یک یا چند متغیر دیگر که ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، اندازه‌گیری می‌شود. لذا برای مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری آزمودنی‌های دو گروه در پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود، به این صورت که اثرات پیش آزمون به عنوان هم‌متغیر کنترل می‌گردد. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه همگنی واریانس‌های متغیر پرخاشگری مورد

بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که آزمون لون در متغیر پرخاشگری معنی دار نمی باشد که نشان دهنده این است که واریانس ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجراست.

جدول ۴: مقایسه پس آزمون پرخاشگری در دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منابع تغییرات	Df	F	P-value	ضریب اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۰۷/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۱/۰۰۰
گروه	۱	۸۳/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۶۹	۱/۰۰۰
خطا	۳۷				
کل	۴۰				

همان طور که مشاهده می شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون پرخاشگری در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل، نمرات پرخاشگری زوجین وابسته به موادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به زوجین وابسته به موادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است ($P < 0.05$). بنابراین گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پرخاشگری زوجین وابسته به مواد، موثر است.

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش پرخاشگری زوجین معنادار انجام شد. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل باعث کاهش پرخاشگری زوجین معنادار می گردد. این یافته با نتایج تحقیقات ترکان، کلانتری، مولوی، لورنس، برادبوری، ماد، هاهلوگ، باکوم و مارکان (Torkan, Kalantari & Molavi, 2006)، (Lawrence & Mudd, 2000)، (Bradbury, 2000)، (Hahlweg, Baucom & Markman, 1988) که به تأثیرات مثبت گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل و آموزش ارتباط بر کاهش پرخاشگری اشاره کرده اند، همخوانی دارد. مکانیسم اثر گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل در کاهش پرخاشگری، آموزش حالت های ارتباطی در ارتباط بین زوجین می باشد. فرد با شناسایی جایگاه خود در ارتباط و آگاهی از تاثیر وضعیت روانی خود بر نحوه جریان ارتباط، مهارت های ارتباطی اش را افزایش می دهد که این خود تاثیر قابل ملاحظه ای در کاهش پرخاشگری دارد. مهارت های ارتباطی شامل طبقه وسیعی از مهارت ها می باشند از قبیل: توانایی در گوش

کردن، شناسایی هیجانات طرف مقابل، ابراز هیجانات، همدلی کردن و مدیریت هیجانات چالش‌برانگیز. به عبارت دیگر کوردوا، جی و وارن بیان می‌کنند مهارت‌های ارتباطی شامل روش‌های اکتسابی هر فرد برای شناسایی کردن، سازمان‌دهی کردن و ابراز هیجاناتش و همچنین نحوه پاسخ‌گویی او به هیجانات دیگران می‌باشد. مهارت‌های ارتباطی صرفاً تجربه روابط آرام و بدون تنش نیستند، بلکه مشخص‌کننده مهارت فرد در کاربرد هیجانات برای تنظیم رفتارها و روابطش می‌باشند (Cordova, Gee & Warren, 2005).

مهارت‌های ارتباطی بخش مهمی از زندگی اجتماعی هستند و در روابط نزدیک، به دلیل تأثیرات چگونگی فرایند حل و فصل کردن موقعیت‌های چالش‌برانگیز هیجانی بر کیفیت رابطه، احتمالاً از اهمیت بیشتری برخوردارند. هرگونه نقصی در رشد مهارت‌های ارتباطی می‌تواند صدماتی را به بار آورد و در زندگی اجتماعی مشکلاتی ایجاد کند که به پرخاشگری ختم می‌شود. افراد با مهارت‌های ارتباطی ضعیف، واکنش‌های شدیدی نسبت به نظر دیگران در مورد خودشان بروز می‌دهند و متعاقباً پرخاشگری بیشتری را نشان می‌دهند. از سوی دیگر، افراد با مهارت‌های ارتباطی ضعیف پیوسته برای کسب تایید اطرافیان در تکاپو هستند و به انجام اعمالی مبادرت می‌ورزند که کنش‌وری آن‌ها را در زندگی روزمره محدود می‌کند و این محدودیت‌ها مشکلاتی را در روابط بین‌فردی آن‌ها علی‌الخصوص روابط زناشویی به وجود می‌آورد و باعث بروز پرخاشگری در شریک زندگی می‌گردد. بنابراین کسب مهارت‌های ارتباطی که بخش مهمی از فعالیت‌های جلسات گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل را به خود اختصاص می‌دهد، نقش مهمی در کاهش پرخاشگری زوجین شرکت‌کننده در جلسات دارد.

یکی دیگر از متغیرهایی که در گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل مورد توجه قرار می‌گیرد، نقش‌ها و مسئولیت‌های هر فرد در زندگی می‌باشد. وظیفه درمانگر در جلسات درمانی ایجاد فضایی حمایت‌گرا و صمیمی است که فرد بتواند بدون تجربه احساس گناه، هیجانات ناخوشایند مربوط به تعارضات مربوط به نقش‌ها و مسئولیت‌های خود و همسرش را ابراز کند. اتفاقی که در جلسات چهارم و پنجم به بعد گروه‌درمانی تحقیق حاضر صورت گرفت و عامل اصلی زمینه‌ساز آن، جو حمایتی و صمیمی جلسات بود. (Christensen et al, 2004) کریستین و همکاران اشاره می‌کنند که ابراز هیجانی تعارضات مربوط به انتظارات زناشویی در جو حمایتی که با احساس گناه و سرزنش دنبال نمی‌شود، عامل اصلی کاهش مشکلاتی از قبیل پرخاشگری در زوجین متعارض می‌باشد. بنابراین قابل انتظار است که میزان پرخاشگری زوجین، پس از شرکت در هشت جلسه گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل به صورت معناداری بهبود یابد. در گروه‌درمانی تحلیل رفتار متقابل، یکی از دیگر حوزه‌هایی که مورد توجه قرار می‌گیرد،

مولفه‌های مشترک زندگی زناشویی و سبک کنترل زندگی زوجین است. در مورد زوجین متعارض، سبک کنترل زندگی همراه با مشکلات اسنادی گسترده‌ای است که در آن فرد در یادآوری و تصور اختلال در آرزوها، احساسات و تجربیات، مسئولیت همسرش را بیش از حد در نظر می‌گیرد و همواره احساس ناکامی ناشی از عدم کفایت همسرش را به همراه دارد. این ناکامی‌ها تاثیر خود را بر وضعیت روانشناختی فرد و رابطه او با همسر می‌گذارد و زمینه ساز رشد نوعی خصومت ابراز نشده در او می‌گردد که در موقعیت‌های مختلف به بروز پرخاشگری می‌انجامد. (Hill, Bowling, 2005) هیل و بولینگک یان می‌کنند افرادی که ناکامی مربوط به روابط زناشویی را همواره به دوش می‌کشند، علیرغم وجود نکات مثبت در زندگی‌شان بر این باورند که هیچ نقطه سفیدی در زندگی زناشویی آن‌ها وجود ندارد و همین انکار نکات مثبت و بزرگنمایی نکات منفی، زمینه‌ساز افزایش پرخاشگری در رابطه آن‌ها می‌گردد، چرا که اولین پیامد ناکامی، پرخاشگری است. اگر زوج درمانگر بتواند این زوجین را از سبک ارتباطی و اسناد مختلشان آگاه سازد و به آن‌ها نشان دهد که به جای نسبت دادن ناکامی‌هایشان به بی‌کفایتی همسر، مسئولیت زندگی‌شان را بپذیرند، گام اول در بهبود روابط آن‌ها را برداشته‌است (Bowling & Hill, 2005). تجربه محقق همراه با نتایج تحقیقات دیگر همچون کریستین و همکاران (Jacobson et al, 2000; Christensen et al, 2004) نشان داد که کمرنگ شدن کنترل بیرونی، تنها با آگاهی زوجین از این الگوی ناکارآمد انتساب و پیامدهای ناخوشایند آن امکان‌پذیر است. پیامدهایی که نه تنها مشکلات زیادی را برای رضایتمندی زناشویی زوجین به وجود می‌آورد، بلکه زمینه‌ساز بروز مشکلاتی در سلامت روانی آن‌ها نیز می‌گردد. در گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل، درمانگر سعی می‌کند زوجین را از الگوی انتساب و کنترل زندگی‌شان و پیامدهای آن آگاه سازد. بعد از آگاهی از این الگوی ناکارآمد انتساب و کنترل زندگی، زوجین معمولاً ترغیب می‌شوند تا نحوه ارتباطشان را به چالش بکشند و با توجه به نقش خود در زندگی، از انتساب‌های بیرونی و عدم مسئولیت‌پذیری فاصله بگیرند. به طوری که مشیریان فراحی و همکاران بیان می‌کنند مسئولیت‌پذیری نقش کلیدی و اساسی در ایجاد رابطه‌ای موثر و کارآمد دارد (Moshirian Farahi et al., 2014).

به طور کلی در مورد استنتاج یافته‌ها نشان می‌دهد، گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل باعث کاهش پرخاشگری در زوجین دارای همسر معتاد می‌شود. بنابراین نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش‌های زوج درمانی مبتنی بر درمان تحلیل رفتار متقابل در جهت کاهش پرخاشگری و متعاقباً بهبود عملکرد خانواده در زوجین حمایت می‌کند.

قدردانی

در پایان پژوهشگر بر خود لازم می‌بینیم از زحمات کارکنان مرکز امید به زندگی شهر سبزوار قدردانی کنیم. این پژوهش هیچگونه حمایت مالی سازمانی نشده است و با هزینه شخصی بوده است.

References

- Amiri, M., Khosravi, A., Adabi, M.A., Sadeghi, E. (2009). Addiction and risky behavior. *Sunrise Health*, 8(3-4), 37-38. (In Persian)
- Bowling, T., Hill, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *The Family Journal*, 13(1), 87-94.
- Breen, W., Kashdan, T. (2011). Anger Suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 879-887.
- Bush, N.F. (2009). Anger and Depression. *Journal of continuing professional development*, 15, 271-278.
- Christensen, A., Jacobson, N.S., & Babcock, J.C. (2004). *Integrative behavioral couple therapy*. New York: Guilford.
- Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.M., & Simpson, L.E. (2004). Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distressed Married Couples, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 176-191.
- Cordova, J.V., Gee, C.B., & Warren, L.Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- Faraji, N. (2010). *Research methods in Psychology and Education*. Tehran: Pooran Pajuhesh. (In Persian)
- Hahlweg, K., Baucom, D.H., Markman, H. (1988). Recent advances in therapy and prevention. In I. R. H. Fallon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Princes, S., Cordora, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative Behavioral Couple Therapy: An Acceptance Based, Promising New Treatment for Couple Discord, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 351-355.
- Lawrence, E., Bradbury, T.N. (2000). Physical aggression and marital dysfunction: A Longitudinal analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 4-12.
- Luutonen, S. (2007). Anger and Depression-Theoretical and clinical consideration. *Nord J Psychiatry*, 61, 246-251.
- Mohammadi, N. (2006). A preliminary study psychometric questionnaire Buss – Perry. *Social and Human Sciences*, Shiraz University, 49, 135-152. (In Persian)
- Moshirian Farahi, S.M.M., Asghari Ebrahimabad, M.J., Moshirian Farahi, S.M., Hokm Abadi, M.E. (2014). Choice theory and effective learning. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, 1(4), 325-328.
- Mudd, J. E. (2000). *Solution – Focused Therapy and Communication Skills Training: An integrated approach to couples therapy*. Thesis submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Human Development. Virginia: Blacksburg.

- Narimani, M., Rajabi, S. (2012). The effect of biofeedback in reducing depression, anxiety, stress and opinions tempting people with substance abuse disorders. *Addiction Research*, 6(21), 7-18. (In Persian)
- Saatchi, M. (2011). *Counseling and psychotherapy*. Tehran: Virayesh nashr. (In Persian)
- Shafie Abadi, A., Naseri, G.H. (2010). *Theories of Psychotherapy and Counseling*. Tehran: University Press Center. (In Persian)
- Springer, J, F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., & Nestle, M. (2004). Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25.
- Torkan H., Kalantari M., Molavi H. (2006). Effectiveness of group therapy Transactional Analysis on marital satisfaction. *Journal of research family*, 2(8), 383-403. (In Persian).



اثربخشی درمان وجودی به شیوه‌ی گروهی بر تمایز یافتگی و الگوهای ارتباطی دانشجویان دختر مرحله عقد The Effectiveness of Existential Therapy in a Group Setting on Self-Differentiation and Communication Patterns on Engaged Women Students

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۳

Ahmad Amani, Naser Yoosefi, Elham Fanayi

احمد امانی^۱، ناصر یوسفی^۲، الهام فنایی^۳

Abstract

Purpose: To investigate the impact of existential group therapy on self-differentiation and communication patterns of engaged female students in the University of Kurdistan.

Method: In the present study, a quasi-experimental design was used that incorporated pre-and post-tests as well as a control group. The participants were selected from all the engaged female students of Kurdistan University in the academic year of 2013-2014. Subsequently, the experimental group participated in 10 sessions of existential therapy while the control group received no intervention. The data were collected using a questionnaire-based survey. Then, SPSS 21 software was utilized to analyze the data through analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: In the post-test, compared with the control group, the experimental group showed a significant decrease in the variables of expecting/retiring communication pattern and emotional reactivity. Moreover, in the mutually constructive communication pattern, self-differentiation and position showed a significant increase as compared with those of the control group ($p < 0.05$). It was concluded that existential group therapy can provide a good opportunity for members who are faced with gaps in communication. Furthermore, the effectiveness of this treatment will prevent problems in engaged female students' lives after going under the same roof.

Keywords: self-differentiation, communication patterns, existential therapy

چکیده

هدف: تعیین اثربخشی درمان وجودی به شیوه‌ی گروهی بر تمایز یافتگی و الگوهای ارتباطی دختران دانشجوی مرحله عقد.

روش: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده و جامعه‌ی آماری مورد مطالعه کلیه دانشجویان دختر عقد کرده‌ی دانشگاه کردستان در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بودند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به صورت گروهی درمان وجودی را تجربه کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌های پرسش‌نامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از مداخله، آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر الگوی ارتباطی متوقع/کناره‌گیر و واکنش عاطفی کاهش معناداری را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند ($P \leq 0.05$). در متغیر الگوی ارتباطی سازنده متقابل، تمایز یافتگی و جایگاه من افزایش معناداری را در مقایسه با گروه کنترل نشان داده شد ($P \leq 0.05$). مداخله وجودی به شیوه‌ی گروهی می‌تواند زمینه‌ی رویارویی اعضا با خلاءهای ارتباطی خود را در قالب گروه فراهم کند. و اثربخشی این درمان در گروه دختران عقد کرده از بروز مشکلات بعد از رفتن به زیر یک سقف پیشگیری خواهد کرد.

واژه‌های کلیدی: تمایز یافتگی، الگوهای ارتباطی، درمان وجودی

۱. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه کردستان، ahmad_counsellor@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه کردستان، naseryoosefi@yahoo.com

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاور خانواده دانشگاه کردستان، elhamfanayi@gmail.com

مقدمه

زوجین ارتباط زناشویی را با هزاران امید و آرزو شروع می کنند، امید به درک شدن، پذیرفته شدن، احساس تعلق، مراقبت و احساس امنیت، علاقمندی شدید و پیوند پایدار. اما این امید خیلی زود با واقعیت های عشق برخورد می کند، خواسته ها و نیازها هماهنگ نیستند، خشم و عصبانیت باعث ایجاد فاصله بین زوج ها می شود، قضاوت ها پذیرش آسان را دشوار می سازد و تنهایی جای صمیمت و کنار هم بودن را می گیرد. در بیشتر مواقع علت مشکلات زناشویی کمبود مهارت های ارتباطی سالم در زوجین است. یکی از راه های نگریستن به ساختار ارتباطی زوجین این است که به کانال های ارتباطی که از آن طریق آنها با هم دیگر به تعامل می پردازند پرداخته شود.

به آن دسته از کانال های ارتباطی که به وفور در یک خانواده اتفاق می افتد الگوهای ارتباطی گفته می شود (Rafei, Jaberi & Jazayeri, 2014). کریستنسن و سالوی (Salavy & Christensen, 1991) الگوهای ارتباطی بین زوجین را به سه دسته تقسیم کرده اند: الگوی سازنده متقابل: مهمترین ویژگی این الگو، این است که؛ الگوی ارتباطی زوجین از نوع برنده-برنده می باشد. در این الگو زوجین به راحتی در مورد مسائل و تعارضات خود گفتگو می کنند و به دنبال حل آن برمی آیند و از واکنش های غیرمنطقی، پرخاشگری و ... خودداری می کنند. یافته های پورنین و کری (Carey & Purnine, 1998) و بلنجر (Belanger, 1999) نشان دادند که درک کردن و گوش کردن که از ویژگی های الگوی ارتباطی سازنده متقابل است در بهبود روابط تاثیر معناداری دارد. الگوی توقع/کناره گیر: این الگو شامل دو قسمت الف) توقع مرد/کناره گیری زن، ب) توقع زن/کناره گیری مرد است. این الگو به شکل یک چرخه بوده که با افزایش یکی، دیگری افزایش یافته و تشدید این الگو منجر به مشکلات دائمی زوجین خواهد شد. اجتناب متقابل: در این الگو زوجین از برقراری ارتباط با یکدیگر خودداری می کنند و زندگی این زوجین به شکل موازی با یکدیگر بوده و ارتباط آن ها در حداقل میزان ممکن یا اصلاً وجود ندارد.

در مجموع می توان گفت در الگوهای ارتباطی ناسالم هر یک از زوجین دیگری را نیمه دیگر خود می پندارد که باید نیازهای ارضا نشده ی وی در دوران کودکی را ارضا نماید. این الگوها حالت تکرار شونده دارند و از خانواده ی اصلی به فرزندان منتقل می شوند و تا زمانی که اصلاح و شناسایی نشوند امکان تکرار آن در نسل های بعدی وجود دارد (Ahmadi, Ahmadi & Fatehizadeh, 2006). در یک فراتحلیل از ۴۳ پژوهش که بررسی کرده اند چه متغیرهایی پیش از ازدواج می تواند مشکلات و تعارض های مرحله ی ازدواج را تعیین کند (Jackson, 2009). مهمترین متغیر پیشینی کننده، روش های ناکارآمد تعامل شناسایی

شده است؛ این نتیجه از اهمیت بالای الگوهای ارتباطی و شبکه‌های ارتباطی در روابط بین فردی حتی پیش از ازدواج حمایت می‌کند.

تمایز یافتگی^۱ عامل دیگری است که روابط آینده‌ی فرد را در خانواده مشخص می‌کند. مفهوم "تمایز" یکی از مفاهیم اساسی تئوری بوئن است؛ که به توانایی تجربه‌ی صمیمیت با دیگران و در حین حال استقلال از دیگران اشاره دارد (Klever, 2009). به نظر بوئن، درجه‌ی ظهور تمایز یافتگی در هر فرد بیانگر میزان توانایی فرد برای جداسازی فرایند شناختی از فرایند احساسی (هیجانی) است که فرد تجربه می‌کند، یعنی، درجه توانایی فرد برای اجتناب از تبعیت خودکار رفتار از احساسات بیانگر میزان تمایز یافتگی است (Goldenberg & Goldenberg, 2000). افراد تمایز یافته تعریف مشخصی از خود و عقایدشان دارند، می‌توانند جهت خویش را در زندگی انتخاب کنند و در موقعیت‌های شدیداً عاطفی که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرارادی و گرفتن تصمیمات آسیب‌زا می‌شود، کنترل خود را از دست ندهند و با عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند. این افراد به هیجانات خود آگاهی دارند و قادر به سنجش متفکرانه موقعیت هستند. این افراد توانایی رشد خود متمایزی را در روابط صمیمی دارند و می‌توانند در روابط بین فردی، آرامش و راحتی خود را حفظ کنند. از طرف دیگر افرادی که دارای سطوح پایینی از تمایز یافتگی هستند، به خاطر کسب رضایت دیگران رفتار و عقاید خود را تغییر می‌دهند و هیجانات و تأثیرپذیری از محیط در آن‌ها غالب است و اضطراب مزمن بالایی را تجربه می‌کنند و آن‌را در روابطشان وارد می‌کنند (Jahanbakhshi & Kalantarkoshe, 2013). اسکورن و فریدلاندر (Skowron & Friendlander, 1998) نشان داده‌اند که سطوح پایین تفکیک خود پیشبینی‌کننده‌ی اضطراب و نشانه‌های روانشناختی بالا در زوجین و خانواده است.

گروه درمانی فعالیتی است برای افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و کمک به آن‌ها در روشن ساختن تغییراتی که در زندگی مایلند بدان دست یابند (Corey, 2005). گروه به افراد اجازه می‌دهد که ارزشهایشان را دوباره بررسی و با ارزش‌های دیگران در گروه مقایسه کنند. فرد در گروه با آگاهی یافتن از این که او تنها کسی نیست که دچار مشکلاتی است، عزت نفس پیدا می‌کند و از طریق تشخیص توانایی‌شان مبنی بر این که به حال دیگران سودمند است، احساس توانمندی می‌کند (May & Yalom, 2000).

یکی از رویکردهای مؤثر گروه‌درمانی در زمینه بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی افراد، گروه درمانی به روش وجودی است (Corey, 2005). این نوع مشاوره گروهی ساختار مطلوبی برای کار

1. Self-differentiation

روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال‌های عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه و تغییر به عنوان یک عمل صادقانه و شجاعانه از سوی مراجع تأکید می‌کند (Corsini, 2003). کار درمانگر در این شیوه عمدتاً چالش منطقی و عقلانی با مراجع است تا سطح آگاهی و درک او از زندگی و مسائل آن را افزایش دهد (Hasanabadi, 2006).

رویکرد وجودی در حوزه روانشناسی به عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون: تنهایی، بی‌معنایی، مرگ و آزادی می‌پردازد. (Udo, Melin, Denilson, 2011). این رویکرد به جای تأکید بر بهبود بیماری یا به کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مساله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسئولیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد. این رویکرد گروهی رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی؛ یعنی مرگ، آزادی، تنهای و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند تأکید دارد (Corsini, 2008). هدف اصلی گروه درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی صادقانه و واقعی برقرار کنند و در واقع به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تأکید دارد (Corey, 2005).

الکساندر، رابرت و ویکتوریا (Alexander, Rbert & Victoria, 2004) در مطالعه خود با عنوان "تأثیر گروه درمانی وجودی بر احساس خشم و برداشت منفی از خویش و افزایش رضایت از زندگی و سلامت روانی در گروهی از زنان که سوی نزدیکان خود مورد سوء استفاده جنسی واقع شده بودند" در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معناداری را گزارش کردند. همچنین ماردیو و ساکز (Mumurdere & Saks, 2006) در پژوهش خود رویکردهای معنویت و وجودی را در بهبود روابط، درک بهتر از خویش و برداشت از کیفیت زندگی بر روی زوجین دچار سوگ بررسی و تأثیر معنادار آن را گزارش کردند. همچنین قنبری و بلغان آبادی (Ghanbari & bolghanabadi, 2012) نشان دادند که درمان وجودی بر همه‌ی ابعاد مهارت حل مسئله تأثیر معناداری دارد. غفاری، بهروزیر و نارویی (Ghafari, Behrozifar & Naroyi, 2010) نشان دادند که گروه درمانی وجودی بر میزان شناخت فرد از خویش و تلاش برای رشد شخصی تأثیر معناداری دارد. یافته‌های لوسترا، پروزر و ولکو (Loostra, Brouwers & Welko, 2007)، فورد (Ford, 1996)، حسن آبادی (Hasanabadi, 2006)، حسین آبادی (Hoseynabadi, 2011)، بشیرپور، سلیمی و فرح‌بخش (Bashirpor, Salimi & Farahbakhsh, 2013)، میرزایی (Mirzaei, 2011) نشان داد که درمان وجودی

احساس ناکامی و عدم پیشرفت را به مقدار قابل توجهی کاهش داده و باعث بهبود عملکرد و کنترل درونی می‌شود.

سطوح پایین تمایز یافتگی و نگاه به دیگران به عنوان شیء که در الگوهای ارتباطی ناسالم ارتباطی دیده می‌شود نوعی وضوح بخشیدن به بعضی از مسائل وجودی است که در مقابل آنها مکانیزم دفاعی به کار گرفته شده (Wright, 1985). آمیختگی نتیجه‌ی انکار تنهایی است. فرد از طریق غرق شدن در فردی دیگر، علتی دیگر یا جست و جویی دیگر؛ اضطراب تنهایی را فرو می‌نشاند. بوبر معتقد بود شیوه‌ی بنیادین هستی ما، رابطه‌ای است. رابطه در بهترین شرایط، افرادی را شامل می‌شود که به شیوه‌ی عاری از نیاز باهم رابطه دارند و این رابطه‌ای است که در فلسفه‌ی وجودی به عنوان رابطه‌ی "من-تو" شناخته می‌شود. با انکار تنهایی، رابطه به شکل "من-آن" برقرار می‌شود، در این شکل رابطه؛ دیگری به عنوان یک شیء شناخته می‌شود که فقط توقع رفع نیاز خود را در چنین رابطه‌ای دارد (Yalom, 1980). از راههایی که انسان در برابر پوچی و بی‌معنایی برمی‌گزیند جهادگری و فداکردن خویش در راه علت‌های عاشقانه است. این افراد به شکل نمایشی به دنبال موضوعی می‌گردند که خود را برای آن فدا کنند (Yalom, 1980) به کارگیری درمان وجودی در جهت تأثیرگذاری بر تمایز یافتگی و الگوهای ارتباطی، تلاشی است برای رویارویی مستقیم افراد با مسائل وجودی.

از آن‌جا که روابط پیش از ازدواج (دوران عقد) مبنایی برای روابط بعدی یک زن و شوهر به شمار می‌رود و بر اساس این گفته که "خشت اول گر نهد معمار کج، تا ثریا می‌رود دیوار کج" ضروری است پیش از آن که زن و شوهر به دلیل وجود نارضایتی زناشویی و عدم سازگاری مناسب و برقراری روابط در خطر فروپاشی زندگی زناشویی قرار بگیرند با نگاهی پیشگیرانه در دوران عقد مانع از رخ دادن چنین وقایعی شوند. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- ۱) درمان وجودی به شیوه‌ی گروهی بر الگوهای ارتباطی دانشجویان دختر مرحله عقد مؤثر است.
- ۲) درمان وجودی به شیوه‌ی گروهی بر مؤلفه‌های تمایز یافتگی دانشجویان دختر مرحله عقد مؤثر است.

روش

طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع تجربی به روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود که هر دو گروه دو نوبت مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر عقد کرده‌ای می‌باشد که در دانشگاه کردستان حضور داشتند و در واحد ازدواج دانشجویی دفتر نهاد رهبری دانشگاه

کردستان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ ثبت نام کرده که تعداد آن ها ۱۰۵ نفر بود. از این میان، کسانی که درای ضوابط ورود و فاقد معیارهای خروج بودند، ۲۰ نفر به روش تصادفی به عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ضوابط ورود: مونث، به طور رسمی فرایند ازدواج آنها در مرحله عقد باشد و هنوز به زیر یک سقف نرفته باشند، نمره پایینی را به تناسب سطح تمایز و الگوهای ارتباطی در دو پرسش نامه تمایز خود و الگوهای ارتباطی کسب کرده باشند.

معیارهای خروج: بیماری روانی قابل توجهی که نیاز مراقبت ویژه دارد مانند اسکیزوفرن نداشته باشند، بیش از دو جلسه غیبت نکنند. هر کدام از گروه های به تفکیک شامل ۱۰ نفر بود. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد. در ادامه پس از گرفتن رضایت نامه نوشتاری، ارزیابی های پیش آزمون انجام شد و برای گردآوری داده ها ابزارهای زیر به کار برده شد.

ابزار سنجش

پرسش نامه ی چند محوری میلون (MCM)

این پرسش نامه برای سنجش اختلالات شخصیت طراحی و تدوین شده است. دارای ۱۷۵ سؤال با جواب بلی یا خیر است. این پرسش نامه ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد و برای افراد بالای ۱۸ سال استفاده می شود. این پرسش نامه در ایران توسط شریفی، مولوی و نامداری (sharifi, molavi& namdari, 2007) هنجاریابی شده است.

نتایج پژوهش او نشان داد که روایی تشخیص تمام مقیاس های این پرسش نامه مطلوب بوده است. بعنوان مثال می توان به پیش بینی مثبت مقیاس ها از دامنه ۵۸٪ (اختلال شخصیت مرزی) تا ۸۳٪ (اختلال هذیانی) و توان پیش بینی منفی مقیاس ها از ۹۳٪ (اختلال شخصیت منفی گرا) تا ۹۹٪ (اختلال اضطرابی) اشاره نموده.

پرسش نامه الگوهای ارتباطی (CPQ)

این پرسش نامه توسط کریستنسن و سالووی (Salavy & Christensen, 1998) در دانشگاه کالیفرنیا تهیه شده و دارای ۳۵ سؤال است. پاسخ ها در یک مقیاس ۹ درجه ای لیکرت از یک (غیرممکن است) تا ۹ (خیلی ممکن است) درجه بندی شده، رفتارهای زوجین را در طول سه مرحله از تعارض زناشویی برآورد می کند. این سه مرحله عبارتند از:

۱) زمانی که در روابط زوجین مشکل ایجاد می شود.

۲) در مدت زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود.

۳) بعد از بحث در مورد مشکل ارتباطی.

همچنین دارای سه مقیاس است، مقیاس ارتباط سازنده متقابل، مقیاس ارتباط اجتنابی متقابل، مقیاس ارتباط توقع/کناره‌گیری. نمره بالا در مقیاس سازنده متقابل بیانگر ارتباط بهتر و نمره‌های پایین نشان‌دهنده ارتباط بدتر است. اما نمره بالا در دو مقیاس ارتباط توقع/کناره‌گیری و اجتنابی متقابل نشان‌دهنده ارتباط بدتر و نمره پایین نشان‌دهنده ارتباط بهتر است. این پرسشنامه در ایران توسط عبادت پور (Ebadatpoor, 2000) اعتباریابی شده است. ضرایب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زنان ایرانی در خرده مقیاس‌های یاد شده به ترتیب ۰/۷۰ (ارتباط سازنده متقابل) ۰/۶۴ (ارتباط کناره‌گیری/کلی)، و ۰/۷۱ (ارتباط اجتنابی متقابل) و برای مردان ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۵۷ بدست آمد. عبادت پور (Ebadatpoor, 2000) به منظور برآورد روایی پرسشنامه، همبستگی بین مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه رضایت زناشویی را محاسبه کرد. ضرایب همبستگی بدست آمده برای مقیاس ارتباط سازنده متقابل ۰/۵۸، ارتباط اجتنابی متقابل ۰/۵۸ و ارتباط توقع/کناره‌گیری ۰/۳۵ بود که همگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار بود (Ahmadi & et al, 2006).

پرسش‌نامه خود متمایز سازی (DSR-R)

این پرسشنامه توسط اسکورن (Skowro, 1995) ساخته شده و شامل ۴۳ سوال است که به صورت طیف ۶ گزینه‌ای از نمره ۱ برای پاسخ کاملاً درست تا نمره ۶ برای کاملاً نادرست نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس شامل واکنش عاطفی دارای ۱۱ گویه، وضعیت خود با ۱۱ گویه، برش عاطفی با ۱۲ گویه، امتزاج با دیگران با ۹ گویه می‌باشد. واکنش عاطفی^۱ نشان‌دهنده درجه واکنش افراد به محرک‌های محیطی بر اساس پاسخ‌های عاطفی در مقابل پاسخ مستقلانه است. وضعیت خود^۲ نشان‌دهنده احساس واضح از «خود» است و توانایی پیروی فکورانه از باورها و عقاید فردی را نشان می‌دهد، در شرایطی که فرد تحت فشارهای اطرافیان است تا به شیوه‌های مطلوب آنان عمل نماید، همچنین نشان می‌دهد، فرد تا چه حد می‌تواند درگیر ارتباط فعال با دیگران باشد، بدون اینکه رابطه‌ای عاطفی برقرار نماید. برش عاطفی^۳ نشانگر میزان بروز تفکیک در اثر تجربه صمیمت تهدیدآمیز و احساس آسیب‌پذیری در روابط بین فردی مانند روابط خانوادگی و رابطه با همسر یا دوستان است. تمام گویه‌های این مقیاس به صورت

1- Emotional Reactivity

2- "I" Position

3- Emotional Cutoff

معکوس نمره گذاری می شوند، یعنی هر چه میزان برش عاطفی کمتر باشد، تفکیک خود بالاتر است. امتزاج با دیگران^۱، نشانگر میزان عاطفی بودن فضای ارتباط با دیگری مهم است و تشابه و آمیختگی در عقاید، باورها و ارزشها و پذیرش بدون قید و شرط این ابعاد را نشان می دهد. این خرده مقیاس نیز به صورت معکوس نمره گذاری و تفسیر می شود، یعنی سطح امتزاج پایین نشانگر تفکیک بالاتر است.

پایایی پرسش نامه و خرده آزمون های آن در نمونه ی ایرانی در پژوهش نجفlooیی به ترتیب برای کل پرسش نامه ۰/۷۲، واکنش هیجانی ۰/۸۱، جدایی هیجانی ۰/۷۶، آمیختگی با دیگران ۰/۷۹ و موقعیت من ۰/۶۴ گزارش شده است.

این آزمون در ایران توسط یونسی (Yonesi, 2006) بر روی نمونه عادی هنجاریابی شده و اعتبار آن از طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، واکنش هیجانی ۰/۷۷، موقعیت من ۰/۶۰، گسلس عاطفی ۰/۶۵ و امتزاج با دیگران ۰/۷۰ به دست آمده است. روایی آزمون نیز از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته و ۴ عامل یا ارزش بالاتر یک به دست آمده که در مجموع ۶۷/۵۷ واریانس را تبیین کرده است (Jahanbakhshi & et al, 2013).

ده نفر آزمودنی طی ۱۰ جلسه هفتگی (به مدت ۹۰ دقیقه) در مرکز مشاوره دانشگاه کردستان تحت درمان وجودی به روش گروهی قرار گرفتند. در جلسه اول (پیش از شروع درمان) و جلسه دهم (پس از اتمام درمان)، از اعضای گروه آزمایش و کنترل خواسته شد که پرسش نامه الگوهای ارتباطی و خودمتمایزسازی را پاسخ دهند (پیش آزمون و پس آزمون).

یکی از مهمترین تاکیدهای رویکرد وجودی، منحصر به فرد بودن هر مراجع، درمانگر و هر ارتباط درمانی است. بنابراین؛ درمانگران وجودی اغلب به نظام مند کردن رویکرد خود و تدوین مجموعه ای از راهنمایی های عملی بی میل هستند.

این محدودیت های رویکرد وجودی می تواند از نکات قوت آن نیز باشد. این درمان به عنوان یک چشم انداز ناهمگن، چند وجهی و نسبتاً مفهومی در درمان، مجموعه ای از تکنیک های درمانی را به درمانگران توصیه نمی کند؛ بلکه مجموعه ای از عقاید، امکانات و انتقادات فراهم می کند که می تواند در قالب گسترده ای از روش های درمانی قرار داده شود (Lebow, 2008). از این رو برای گروه درمانی وجودی هیچ گونه ساختار تدوین شده ای از سوی یالوم یا سایر درمانگران وجودی ارائه نشده است.

خلاصه گام‌های درمانی

گام اول: تبیین گروه درمانی وجودی، معرفی قواعد و هنجارهای گروه، معرفی اهداف، بررسی اهدافی که اعضا می‌خواهند در گروه بر روی آنها کار کنند.

گام دوم: ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکارشان، تمرکز بر اینجا و اکنون، سوق دادن توجه اعضا به سمت آنچه که در گروه رخ می‌دهد.

گام سوم: بیان تجارب خود با همسر و خانواده، افزایش آگاهی با تمرکز بر سه نوع شیوهی بودن، ترغیب اعضا به بیان واکنش‌ها در برابر باز بودن با سایرین.

گام چهارم: تمرکز بر انتخاب‌هایی که تا کنون در زندگی داشته‌اند و فهمیدن جایگاهشان در انتخابهایی که داشته‌اند، ترغیب اعضا به تصمیم‌گیری مجدد.

گام پنجم: تحلیل وجودی مفهوم مسئولیت‌پذیری، تبیین مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی و رشد روابط انسانی.

گام ششم: آشنایی با تنهایی وجودی و به عنوان واقعیت غیر قابل اجتناب و بیان تجارب اعضا از احساس تنهایی در زندگی داشته‌اند.

گام هفتم: بیان تجارب اعضا درباره‌ی مرگ، تحلیل وجودی مرگ به عنوان مکمل زندگی.

گام هشتم: تحلیل وجودی هدفمندی و معناجویی در زندگی، گفت و گوی اعضا درباره‌ی اهداف گذشته و یافتن معناهای پنهان.

گام نهم: بیان دوباره‌ی اهدافی که در گروه دنبال می‌کردند و آنچه که اکنون دنبال می‌کنند، آماده کردن اعضا برای پایان دادن به گروه.

گام دهم: تبیین چالش‌های آینده اعضا در نتیجه‌ی تغییرات رفتاری-روانشناختی، بیان احساسات و نگرش‌های اعضا درباره‌ی تجربه‌ی گروه درمانی، مرتبط کردن تجربه‌های گروه با تجربه‌های بعدی زندگی

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شده. به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت‌های ایجاد شده در میانگین‌های پس‌آزمون در هر یک از خرده مقیاس‌ها از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شده. (جداول ۲ و ۴).

همچنین قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مفروضه های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع، همگنی شیب رگرسیون و همگنی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفت و پس از اطمینان از برقراری این مفروضه ها آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات آزمون پرسشنامه الگوهای ارتباطی و تمایز یافتگی مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار الگوهای ارتباطی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سازنده متقابل	پیش آزمون	۶/۳۰	۵/۹۸	۳/۴۰	۱۰/۳۶
	پس آزمون	۱۰/۵۰	۶/۷۵	۱۷/۵۰	۴/۵۲
متوقع/کنارگیر	پیش آزمون	۱۷/۷۰	۳/۹۱	۱۸/۵۰	۴/۰۸
	پس آزمون	۱۴/۹۰	۳/۵۴	۱۱/۷۰	۶/۹۷

در این پژوهش از بررسی و تحلیل الگوی اجتناب متقابل و گسلس عاطفی زوجین صرف نظر شده به این دلیل که زوجین مرحله عقد هنوز به این مرحله نرسیده اند و اعضای نمونه نمرات تقریباً یکسانی در این متغیر کسب کرده بودند.

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین گروه آزمایش در متغیر الگوی ارتباطی سازنده متقابل نمرات مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش چشمگیری داشته است و در متغیر الگوی ارتباطی متوقع/کناره گیر کاهش چشمگیری را در مرحله ی پس آزمون نسبت به پیش آزمون نشان می دهند. با این وجود برای اطمینان از معنادار بودن تفاوت ها و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می شود، استفاده می کنیم.

جدول ۲. یافته های آزمون تحلیل کوواریانس برای الگوهای ارتباطی در گروه های مورد مطالعه

متغیر	شاخص / منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F شاخص	سطح معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
سازنده متقابل	پیش آزمون	۲۵/۸۴	۱	۲۵/۸۴	۰/۷۷۲	۰/۳۹۲	۰/۰۴۳	۰/۲۶
	عضویت گروهی	۲۶۵/۹۱	۱	۲۶۵/۹۱	۷/۹۴	۰/۰۰۹	۰/۳۱	۰/۷۶
متوقع / کنارگیر	پیش آزمون	۱۳۷/۴۹	۱	۱۳۷/۴۹	۲۰/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۵۴	۰/۳۵
	عضویت گروهی	۶۹/۶۲	۱	۶۹/۶۲	۱۰/۲۴	۰/۰۰۵	۰/۳۷	۰/۸۳

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون الگوی ارتباطی سازنده متقابل و متوقع /کناره‌گیر، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. بنابراین فرض صفر مینی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود. به عبارتی درمان وجودی به شیوه گروهی بر افزایش الگوی سازنده متقابل ($P \leq 0/05$) و کاهش الگوی ارتباطی متوقع /کناره‌گیر ($P \leq 0/05$ و $F(17,10) = 10/24$ و $F(17,10) = 7/94$) دانشجویان دختر مرحله عقد مؤثر است و این تأثیر معنادار می‌باشد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار تمایز خود در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تمایز یافتگی	پیش‌آزمون	۹۷/۱۰	۱۴/۳۹	۸۴/۱۰	۱۵/۰۵
	پس‌آزمون	۱۱۵/۳۰	۱۵/۱۶	۱۳۳/۷۰	۱۶/۹۷
جایگاه من	پیش‌آزمون	۹	۱/۸۲	۷	۲
	پس‌آزمون	۱۹/۱۰	۵/۶۲	۲۶/۱۰	۶/۹۶
واکنش عاطفی	پیش‌آزمون	۲۵/۹۰	۴/۸۴	۲۰	۳/۹۴
	پس‌آزمون	۲۹/۹۰	۵/۹۷	۱۷	۲/۷۸

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره تمایز یافتگی، جایگاه من و واکنش عاطفی افراد گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. نتایج یافته‌های توصیفی بیانگر آن است که نمره تمایز یافتگی افراد گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش قابل توجهی داشته است (از ۸۴/۱۰ به ۱۳۳/۷۰) و همچنین نمرات جایگاه من نیز افزایش قابل توجهی را نشان می‌دهد (از ۷ به ۲۶/۱۰) و این در حالی است که در متغیر واکنش عاطفی کاهش در نمرات را نشان می‌دهد (از ۲۰ به ۱۷). این نشان دهنده اثربخشی رویکرد درمانی می‌باشد، با این وجود برای اطمینان از معنادار بودن تفاوت‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود، استفاده می‌کنیم.

جدول ۴. یافته های آزمون تحلیل کوواریانس برای تمایز یافتگی در گروه های مورد مطالعه

متغیر	شاخص منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص	سطح معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
فناوری	پیش آزمون	۱۱۴۶/۹۴	۱	۱۱۴۶/۹۴	۵/۵۴	۰/۳۱	۰/۲۴	۰/۳۲
	عضویت گروهی	۲۶۶۱/۵۱	۱	۲۶۶۱/۵۱	۱۲/۸۷	۰/۰۰۲	۰/۴۳	۰/۹۱
دانشجویان	پیش آزمون	۷۰/۰۶	۱	۷۰/۰۶	۱/۸۲	۰/۴۴	۰/۰۹۷	۰/۱۲
	عضویت گروهی	۳۱۵/۰۱۴	۱	۳۱۵/۰۱۴	۸/۲۱	۰/۰۱۱	۰/۳۲	۰/۶۲
توانایی	پیش آزمون	۰/۴۰۴	۱	۰/۴۰۴	۰/۱۸	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	عضویت گروهی	۱۷۸/۱۱۱	۱	۱۷۸/۱۱۱	۷/۷۵	۰/۰۰۷	۰/۳۱	۰/۷۳

جدول ۴ نشان می دهد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون تمایز یافتگی، جایگاه من و واکنش عاطفی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرض صفر مینی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می شود. به عبارتی درمان وجودی به شیوه گروهی بر افزایش تمایز یافتگی ($P \leq 0/005$) و $F(1,17) = 12/87$ ، جایگاه من ($P \leq 0/05$) و $F(1,17) = 8/21$ و کاهش واکنش عاطفی ($P \leq 0/05$) و $F(1,17) = 7/75$ تأثیر دارد. به این ترتیب فرض دوم این پژوهش تأیید می شود و نشان می دهد که درمان وجودی در افزایش سطح تمایز دختران مرحله عقد نقش تأثیر گذاری دارد.

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر عبارت است از اثربخشی درمان وجودی به شیوه ی گروهی بر الگوهای ارتباطی و تمایز یافتگی دانشجویان دختر مرحله عقد طراحی و اجرای شده. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه اول بیانگر آن بود که درمان وجودی به شیوه ی گروهی تأثیر معناداری در بهبود الگوی های ارتباطی دانشجویان مرحله ی عقد داشت. در واقع نتایج تحلیل کوواریانس نشان دهنده تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل بود، بدین ترتیب فرضیه اول تحقیق تأیید شد. در خصوص تبیین یافته ها می توان گفت که مهارت های هیجانی مورد تاکید در گروه درمانی وجودی شامل توانایی تشخیص دادن و بیان کردن هیجانات، از طریق تأثیر بر صمیمیت، سلامت افراد را تقویت و سبب بهبود ارتباط می شود (Goleman, 2006) و از سوی دیگر مجموعه ای از قابلیت های عاطفی مانند همدلی کردن، خوب گوش دادن، قضاوت نکردن و آرام شدن و آرام کردن طرف مقابل، می تواند منجر به بهبود ارتباط و حل و فصل کارآمد اختلافات شود (Cordova, 2005) از این رو این درمان توانسته بر بهبود الگوهای ارتباطی، مؤثر واقع شود.

یالوم و وینوگراد (Yalom & Vinograd, 1988) در به کارگیری درمان وجودی به شیوه گروهی در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان و الکساندر و همکاران در به کارگیری این روش درمان با بیمارانی که مورد سؤاستفاده جنسی قرار گرفته بودند، گزارش کردند که این رویکرد درمانی در بیماران این جرأت را به وجود می‌آورد تا بتوانند درون خود را فاش سازند، مواردی را که در درونشان نهفته است با دیگران در میان بگذارند و احساساتشان درباره مرگ، دلشکستگی، ترس‌ها، نگرانی‌ها و تجارب دردناکی که در تنهایی به ندرت می‌توانند بر آنها فائق آیند در گروه آشکار سازند.

شناخت و بیان احساسات واقعی و توجه و شنیدن احساسات دیگران که در این رویکرد مورد تأکید است از ویژگی‌های الگوها ارتباطی سازنده است. در پژوهش‌هایی که به گونه‌ای غیر مستقیم جنبه‌هایی از مشابهت یافت می‌شود، عمدتاً بر گوش دادن فعال تأکید دارند. برای مثال یافته‌های پورنین و کری (Carey & Purnine, 1998) و بلنجر (Blanger, 1999) نشان دادند که درک کردن و گوش کردن که از ویژگی‌های الگوی ارتباطی سازنده متقابل است در بهبود روابط تأثیر معناداری دارد گارلند (Garlland, 1981) اثربخش بودن آموزش مهارت‌های گوش دادن فعال را بر دقیق‌تر شدن درک از نگرش و احساسات همسران تأیید می‌کنند. بوتلر (Butler, 1999) نیز مهارت‌های گوش دادن و همدلی کردن را در بهبود کیفیت زوجین مؤثر می‌داند.

همچنین دیگر نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که درمان وجودی به شیوه وجودی برافزایش تمایز یافتگی افراد گروه آزمایش تأثیر معناداری داشت، بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثر بخشی درمان وجودی بر افزایش تمایز یافتگی دانشجویان دختر مرحله عقد مورد تأیید قرار گرفت. به دلیل کمبود پژوهش‌هایی که به طور مستقیم و خاص به بررسی تأثیر اثربخشی درمان وجودی بر تمایز یافتگی زنان پرداخته باشند، در ادامه به بررسی یافته‌های نزدیک به این زمینه پرداخته می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های گزارش شده از پژوهش‌های که درمان وجودی را در افزایش ابعاد گوناگون سلامت روان، همچون کنترل درونی، درک بهتر از خویش، عزت نفس و تلاش برای رشد شخصی مؤثر می‌دانند، همسو است. قنبری و بلغان آبادی (Ghanbari & Bolghanabadi, 2012)، غفاری، بهروزیفار و نارویی (Ghafari, Behrozifar & Naroyi, 2010)، یافته‌های لوسترا، بروزر و ولکو (Loostra, Brouwers & Welko, 2007)، فورد (Ford, 1996)، حسن آبادی (Hasanabadi, 2006)، حسین آبادی (Hoseynabadi, 2011)، بشیرپور، سلیمی و فرح‌بخش (Bashirpor, Salimi & Farahbakhsh, 2013)، میرزایی (Mirzaei, 2011)، پژوهش‌هایی

هستند که درمان وجودی را در جهت بهبود ابعاد مختلف سلامت روان به کار گرفته اند و همانطور که در پیشینه پژوهش روشن شد، اثربخشی این درمان را تایید کردند.

در تبیین یافته های پژوهش می توان اظهار داشت تمایز یافتگی پایین با ایجاد خود آمیخته ای در فرد منجر می شود که با کاهش فردیت، کنترل درونی و یکسانی تفکرات همراه خواهد بود. چنانکه اسکورن و دندی (Skowron & Dendy, 2004) در پژوهشی نشان می دهند بزرگسالانی که دارای تمایز یافتگی بیشتری هستند، "کنترل درونی" بیشتر و واکنش پذیری عاطفی، اضطراب و وابستگی کمتری را در موقعیت های مختلف نشان می دهند. از آن جا که درمان وجودی بر آزادی در انتخاب، پذیرش مسئولیت زندگی و تسلط آگاهانه بر زندگی و انتخاب معنای ارزشمند برای بودن تأکید دارد، موجب اعطای قدرت تمیز عقل از احساس، بهبود فردیت و عزت نفس و همچنین افزایش کنترل درونی افراد می شود. لذا با دریافت درمان وجودی فرد به مقام کنترل اضطراب و مدیریت شرایط در موقعیت های بین فردی دست یافته و از بروز واکنش های هیجانی جلوگیری می کند.

مانند همه مطالعات دیگر، این مطالعه نیز محدودیت هایی داشته است؛ از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که این پژوهش تنها بر روی زنان اجرا شده است؛ پیشنهاد می شود در پژوهش ها آتی این موضوع به صورت زوجی بررسی شود و نتیجه با پژوهش حاضر مقایسه شود. این مطالعه در فاصله زمانی کوتاه مدت اجرا شده است و مرحله پیگیری نداشته که این امر می تواند بر تعمیم نتایج در شرایط زمانی بلند مدت تأثیرگذار باشد. پیشنهاد می شود برای بررسی ماندگاری درمان وجودی، در تحقیقات آتی مرحله پیگیری نیز انجام شود همچنین پیشنهاد می شود بسته ی آموزشی و درمانی مبتنی بر فرهنگ، برای درمان وجودی جمع آوری شود که کاربرد آن را برای مشاوران جوان امکان پذیرتر کند.

References

- Alexander, C., Robert, A., & Victoria, M. (2004). Group Therapy of Women Sexually Abused as Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 6 (2), 218-231.
- Ahmadi, Z., Ahmadi, A., Fatehizadeh, M. (2006). Investigate the effectiveness of short-term object relations couples therapy on communication patterns of couples, *Journal of Famile research*, 2, 105-117. [Persian]
- Belanger, I., Marie-Claude, S., Stéphanie, L., & Elise, C. (2002). "Fonction du geste interactif et du regard dans la regulation de la response decoute chez des conjoints conjugalement satisfaits et insatisfaits." *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement* 34. (4). 250-264
- Butler, mark H. (1999). A meta-analytic update of research on the coupl communication program, *Journal of family therapy*. 27(3).255-233
- Bashirpur M., Salimi, M., Farahbakhsh, K. (2013). Comparison the Effect of Group Counseling based on Existential and Cognitive_Behavioural approaches on the degree of Shyness of Students. 3. 2013; 14 (52):51-60. [Persian]

- Corsini, R., J. (2003). Current Psychotherapies. 6TH ed. Itasca: Peacock.
- Corsini, R., J. (2008). Handbook of Innovative Therapies. 2nd ed. NY: John Wiley. *Journal of Palliative Medicine* .9 (6), 1376e1387.
- Corey, G., (2005). Theories and Practice of Counseling and Psychotherapy. (7th ed). Brooks/ Cole
- Christensen, A., & Salavy, J.L. (1991). Communication, Conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic and divorcing couple. *Journal of counseling and clinical psychology*, 59, 458-463
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- (۲۰۱۴). Etemadi, O., Jaber, S., Jazayeri, R., Ahmadi, A Investigating the relationship between communicative skills, communicative patterns, conflict management styles and marital intimacy in Isfahanian women. *Journal of Women and Society*. 5, 63-74. [Persian]
- Ford, G.G. (1996). An existential model for promoting life change confronting the disease concept. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 13, Issue 2, March- April 1996, Pages 151-158
- Ghanbari, hashemabadi, B., Bolghanabadi, M. (2012). The Effectiveness of Existential group therapy on improving problem-solving skills. *Journal of Kurdistan University of Medical sciences*. 17(3). 60 - 71.
- Goldenberg, I & Goldenberg, H. (2000). *Family therapy*. Translateed: Hosseinsahi baravi, Hamidreza. Naghshbandi, Siyamak& Arjmand, Elham. Tahrn. Ravan
- Ghafari, A., Behrozifar J., Naroyi, P.(2010). The Effectiveness of Existential group therapy on their individual knowledge and striving for personal growth. *Fifth Seminar on mental health.Ferdowsi University of Mashhad*. [Persian]
- Goleman, D. (2006). Emotional intelligence. Bantam.
- Garland, R. (1981). The Causation of Death in the Iliad: a theological and biological Investigation. Bulletin of the Institute of Classical Studies, 28(1), 43-60.
- Garland, R. (1981). Training married couples in listening skills, *Journal of family relations*. 30. Jones, Mari Rises; Jagacinski, Richard J; yee, William; Floyd, L; et al (1995) Tests of attentional flexibility in listening to polyrhythmic patterns, *Journal of experimental psychology: Human perception and performance* .21(2).
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kling, G. H., & Stanley, S. M. (2003). Best practice in couple relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 385-406.
- Hasanabadi, H. (2007). The effectiveness of the three modes of group therapy, rational-emotional, existential-humanistic and spiritual-religious in increasing the self-esteem of prisoners in Mashhad. Ph.D. dissertation. Tarbiat Modarres University
- Hoseynabadi, M. (2011). The Effectiveness of Existential-humanistic therapy on the mental health of prisoners and to investigate the role of self-esteem and shame of ment health. Master thesis. *Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad*

- Rafie, A., Etemadi, O., Bahrami, F., Jazayeri, R. (2015). Effects of Education on expectations of marriage and its components in preparation for marriage and marriage for girls in Isfahan. *Journal of Women and Society*, 6(21), 21-40. [Persian]
- Jackson, J. B. (2009). Premarital Couple Predictors of Marital Relationship Quality and Stability: A Meta- analytic Study/cby Jeffrey Brown Jackson (Doctoral dissertation, *Brigham Young University*. Department of Marriage and Family Therapy
- Jahanbakhshi, Z., & Kalantar koshe, M. (2013). The relationship of primary and differentiation scheme incompatible with the desire to marry the male and female students at Allameh University. *Journal family counseling and psychotherapy*. 2(2).234-254. [Persian]
- Karhan, T. F. (2007). The Effects of a couple communication Program on conflict Tendency among Married passive Couples. *Educational Sciences: Theory and practice*, 7 (2), 845-858
- Klever, Ph. (2009). Goal differentiation effectiveness, emotional maturity, and nuclear family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 303-316
- Lebow, J. L. (2008). Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice. John Wiley & Sons
- Loostra, B., Brouwers, A., & Tomic, W. (2009). Feelings of existential fulfilment and burnout among secondary school teachers. *Journal of Teaching and Teacher Education*, 25(5), 752-757.
- May, R., and Yalom, I., D. (2000). Existential Psychotherapy. In: Corsini, R. & Wedding, D. *Current Psychotherapies*. Itasca Illinois: F.E. Peacock Publisher, Inc.
- Mumurdere, M. and Saks, K. (2006). The impact of negative affectivity on quality of life and relationship fulfillment in Estonia. *Journal of Research in Personality*, 39(3), 336-353.
- Purnine, Daniel. M., & Carey, Michael. P. (1997). Interpersonal communication and sexual adjustment: the roles of understanding and agreement. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(6), 1017.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation, *Journal of counseling psychology*, 45(3), 235.
- Skowron, E. A, Dendy A. K (2004). Differentiation of self and attachment in. *adulthood Contemp Fam Ther*. 26(3) • 337-57.
- Sharifi, A., Molavi, H., Namdari, K.(2007). Recognize the validity of multiaxial million-3 test. *Knowledge and Research in Psycology*, 34, 27-38[Persian]
- Udo, C. Melin-Johansson, CH. Danielson, E. (2011). Existential Issues Among Health Care Staff in Surgical Cancer Care Discussions in Supervision Sessions. *European Journal of Oncology Nursing*. 15: 447-453.
- Wright, S. E. (1985). An existential perspective on differentiation/fusion: Theoretical issues and clinical applications. *Journal of marital and family therapy*, 11(1), 35-46
- Yalom, I. D. (1980). Existential psychotherapy. Basic Books
- Yalom, I. D. and Vinograd, J. D. (1988). Bereavement group: Techniques and Themes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38:419-445.



اثربخشی قصه درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت نفس کودکان پیش دبستانی شهرستان اهواز The Present Research Effect of Narrative Therapy on Shyness, Depression and Self-esteem among preschool Children of Ahvaz City

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱۳

Fatemeh Loveimy, Sahar Safarzadeh

فاطمه لویمی^۱، سحر صفرزاده^۲

Abstract

Purpose: To investigate the effect of narrative therapy on shyness, depression and self-esteem of preschoolers in Ahwaz.

Method: The participants of the study included 40 preschoolers (12 girls and 28 boys) from Ahvaz that were randomly selected through multistage sampling. The design of this study was quasi-experimental. The research instruments employed for data collection were Rafi's (1983) shyness questionnaire, Beck's (1971) children and adolescents depression scale-A (CDS-A), and Coppersmith's (1967) self-esteem questionnaire. Descriptive statistics, analysis of covariance (ANCOVA), and analysis of multivariate covariance (MANCOVA) were utilized for data analysis. The experimental group was provided with 12 sixty-minute sessions of narrative therapy, while the control group did not receive any intervention.

Findings: The results showed that narrative therapy has a positive effect on reducing shyness and depression in children. Furthermore, narrative therapy has a positive effect on self-esteem and its subscales including the overall, social, family, and educational self in children.

Keywords: narrative therapy, shyness, depression, self-esteem.

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی قصه درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت نفس در کودکان پیش دبستانی شهرستان اهواز بود.

روش: نمونه آماری شامل ۴۰ کودک (۱۲ دختر و ۲۸ پسر) از کودکان پیش دبستانی شهرستان اهواز که علائم کمرویی و افسردگی و کاهش عزت نفس داشتند بودند که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی می باشد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های کمرویی رافی (۱۹۸۳)، افسردگی کودکان و نوجوانان بک (۱۹۷۱) و عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) بود. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس یک متغیری (ANCOVA) و کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. آزمودنی های گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت روش قصه درمانی قرار گرفتند، اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد.

یافته ها: قصه درمانی بر کاهش کمرویی و افسردگی کودکان تأثیر مثبت دارد؛ همچنین قصه درمانی بر افزایش عزت نفس و خرده مقیاس های آن که شامل، خود کلی، خود اجتماعی، خود به عنوان عضوی در خانواده و خود تحصیلی کودکان تأثیر مثبت دارد.

واژه های کلیدی: قصه درمانی، کمرویی، افسردگی، عزت نفس.

۱. گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. استادیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل:

safarzadeh1152@yahoo.com)

مقدمه

امروزه برخی از روانشناسان معتقدند بسیاری از مشکلات در دوران پیش دبستانی جنبه تحولی داشته و خود به خود بر طرف می‌شود (Seif, 2009). این گفته در مورد برخی از رفتارهای کودکان صادق است. اما اگر مشکلات رفتاری برای چندین ماه و بدون اختلافات خانوادگی و محیطی ادامه یابد نیازمند مداخله درمانی روان شناختی می‌باشد (Moseley & Moseley, 2007). یکی از مداخلات مؤثر، قصه درمانی^۱ است. در واقع قصه های کودکان عموماً در ظاهر، ساده و قابل دریافت و در زیرساخت، غنی و سرشار از نکات شناختی - عاطفی بوده و ناخودآگاه کودک را مخاطب قرار می‌دهد و آن‌ها را برای رویارویی با «جهان‌های واقع و ممکن» آماده می‌کند (White & Shah, 2006). قصه‌ها^۲ به کودکان می‌گویند در این جهان چگونه باشند و به آنها این فرصت را می‌دهد تا دیدگاه خود را نسبت به واقعیت تغییر دهند و بستری برای کاهش ناامیدی می‌باشد (Prasko & et al, 2010) و در نتیجه کودکان می‌توانند به صورت فراخنانه بر پیرایشانی‌های هیجانی خود کار کنند (Van De Voorde, 2009). از این رو تأثیر داستان بر رشد کودکان به دلیل در بر گرفتن استعاره‌ها و طرحواره‌ها و تمهید فرایندهای رشد بسیار پیچیده است (Friedberg & Wilt, 2010). قصه‌گویی^۳ با بیدار کردن نیروهای درونی کودک، بطور غیرمستقیم او را از موانع، تضادها و نیز امکانات و استعدادهایش آگاه می‌کند و وی را به تفکر، تعمق و جست‌وجو و می‌دارد و از این رو در درمان و بهبود بسیاری از اختلالات رفتاری و خلقی مؤثر می‌باشد (Moseley & Moseley, 2007).

یکی از عواملی که می‌تواند از این روش درمانی تأثیر پذیرد کمرویی^۴ است. این عامل سبب می‌شود تا کودکان اسیر افکار واهی و تخیلات خود باشند و در خود معایبی ببینند که فاقد آن‌ها هستند و خود را قربانی ارزیابی‌های غیرمنصفانه‌ای احساس کنند که اطرافیان به ایشان نسبت می‌دهند (Crane, 2005). کمرویی و گوشه‌گیری در کودکان حالت‌های مختلفی دارد و عبارت است از کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی؛ مثل مدرسه، میهمانی‌ها یا امتناع از حضور در جمع دوستان که البته محققین توجه مثبت به خویشتن که در قالب پذیرش خویشتن است را مخالف آن می‌دانند (Donnellan & et al, 2005). بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که کودکان کمرو در موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی دچار نوعی اضطراب می‌شوند

۱ . Narrative Therapy

۲ . Narrative

۳ . Story Telling

۴ . Shyness

که در مهد کودک و مدرسه برای آن‌ها به دلیل قضاوت‌های منفی دیگران رخ می‌دهد (Borl Borl, 2012). نتایج پژوهشی بر روی کودکان دبستانی شهرستان ابهر نشان داد که بازی درمانی با روش قصه گویی بر کاهش کمرویی کودکان دبستانی مؤثر است (Babakhani, Janinejad & Karimi, 2013). در تحقیقات مشابه دیگر نیز نشان داده شد که قصه درمانی در کاهش رفتارهای اجتنابی کودکان مقطع پیش دبستانی مؤثر می باشد (Rajabzadeh, Alizade, Hosseinabadi, Santgar, Asghari Nekah, 2012 & Lombard, 2004) (Mousavi & Bayazi, 2011) البته این یافته بطور خاص رفتارهای کمرویی را شامل نمی شود از این رو در برخی قسمت ها یافته ها دارای تناقض می باشند.

از سوی دیگر از جمله عوامل تأثیرپذیر از قصه درمانی میزان افسردگی^۱ در کودکان است (Ramezani Kargar, 2015). افسردگی در کودک و بزرگسال معنای مشابهی ندارد و نشانه‌های هر کدام متفاوت است (Seif, 2009). به طور کلی، افسردگی عبارت از احساس درماندگی و به بن بست رسیدن می باشد. گاهی این اختلال علائم جسمانی به دنبال خواهد داشت و گاهی علائم روانی مشهود می گردد، البته در بسیاری از موارد نیز علائم جسمانی و روانی همزمان دیده می‌شود (Haji Maghsoudi, 2014). پژوهش‌ها نشان داده است که افسردگی می‌تواند از آغاز زندگی یعنی دوران نوزادی هم پدید آید. برای مثال، زمانی که نوزاد به مرحله ای از رشد می‌رسد که مادر خود را می‌شناسد (شش تا هشت ماهگی) جدا شدن از مادر موجب بروز حالات افسردگی در طفل می‌گردد. کودک افسرده فاقد انرژی لازم است و احساس خستگی می‌کند. از لحاظ ظاهر نیز رنگی پریده دارد. تمرکز حواس او پایین می‌آید؛ چنانچه قادر به توجه کردن و تمرکز داشتن نیست و خود را فردی بی ارزش و بی کفایت احساس می‌کند. افکار مربوط به مرگ هم در او بروز می‌کند. افکار خودکشی (البته بدون طرح و نقشه معین) نیز در بعضی کودکان افسرده دیده می‌شود (Seif, 2009). همچنین، به گفته اتحادیه ملی بیماری روانی در آمریکا این کودکان ۵ برابر بیشتر از کودکانی که دچار افسردگی نشده‌اند احتمال دارد که در بزرگسالی دچار افسردگی گردند (Arjomandi Rad & Delgosha, 2014) و این اختلال تا سالهای متمادی در افراد باقی بماند (Talebzadeh Shoushtari, 2010). افسردگی در کودکان و نوجوانان سبب انزوای اجتماعی، افت تحصیلی، سوء مصرف مواد، عقب ماندگی روانی - حرکتی، اختلالات خواب، احساس گناه و دست زدن به خودکشی برای نوجوانان می‌شود. قصه‌ها ابزار بنیادین "معنا دهی" و الگوی طبیعی تفکر محسوب می‌شوند که کودکان پیش از مدرسه از طریق افسانه‌ها، داستان‌های کودکان و تاریخچه‌ی خانوادگی خود، آن‌ها را فرا می‌گیرند. در همین راستا محققین در

۱. Depression

پژوهشی نشان دادند که تغییر سبک یادگیری کودکان بر افسردگی آن‌ها مؤثر است و الگوی آموزش خوش بینی به روش قصه گویی، باعث کاهش میزان افسردگی کودکان و پایداری اثر آن بعد از ۶ ماه شده است (Tajabadi, Rahimi & Shabani, 2012). در تحقیقی دیگر قصه درمانی توسط پژوهشگران بر روی ۲۴ کودک مبتلا به سرطان و تحت شیمی درمانی انجام گرفت و نتایج تحقیق نشان داد این درمان مانند درمانهای دیگر روان شناختی برای درمان اضطراب و اختلال خلق و عادات خواب نامناسب کودکان بخصوص کودکان بیمار می تواند بکار رود و مؤثر است (Ayorloo, Barghi Irani & Ali Akbari, 2016). تحقیقات مشابه نیز پژوهشگران نشان دادند که قصه درمانی در گروه آزمایش به طور معناداری موجب کاهش خلق پایین در مقایسه با افرادی که درمان رایج را دریافت نکرده اند می شود (Kariminasab & et al. 2014; Arjomandi Rad & Delgosha, 2014) که البته این یافته در کلیه تحقیقات حمایت نشده است.

از سوی دیگر، کاربردهای قصه درمانی فقط به درمان اختلالات رفتاری و خلقی کودکان محدود نمی شود بلکه قصه گویی به عنوان روشی غیرمستقیم برای ارائه چهارچوبی به منظور آموزش و ارتقاء خودفهمی، کارآیی و وحدت دادن به تجارب، می تواند در سلامت کودکان و نوجوانان نقشی موثر داشته باشد و در تقویت ویژگی های مثبت روان شناختی همچون عزت نفس^۱ کودکان نیز موثر است (Seif, 2009). در این راستا، نتایج پژوهش ها حاکی از اثربخشی قصه درمانی گروهی در افزایش عزت نفس کودکان بوده و قابلیت کاربرد قصه و ساختار آن را در آموزش و ارتقاء بهداشت روان کودکان نشان می دهد (Soltani & Amirpour, 2012). در واقع، عزت نفس شامل احساسات، باورها و آرزوهای پیچیده کودک براساس مهارت های در حال تغییر وی در تأثیر متقابل و نفوذ به دنیای اطرافش است (Parsa, 2006). همچنان که کودکان از خود درکی پیدا می کنند و هویت خود را می یابند، تلویحاً برای خصوصیات خود ارزش منفی یا مثبت قائل می شوند. مجموعاً ارزیابی هایی که کودک از خود می کند، عزت نفس او را تشکیل می دهد (Shamlou, 2007). همچنین در تحقیقی با عنوان استفاده از داستان در درمان کودکان با مشکلات گفتاری نشان داده شد که استفاده از داستان با فرم جذاب باعث کاهش ترس و تشویق برای ارتباط کلامی و در نتیجه تحریک احساسات مثبت و تقویت عزت نفس و احساس پذیرش خود و کاهش استرس می گردد (Bełtkiewicz, 2013). اگر چه این یافته در کلیه تحقیقات گزارش نشد ولی برخی پژوهشگران نیز طی تحقیقات مشابه و جداگانه ای نشان دادند قصه درمانی عامل بسیار مهمی در افزایش خوداحترامی کودکان می باشد (Soltani & Amirpour, 2012, Najafi, 2011, Lander, 2008). با توجه به مطالب فوق هدف از

۱. Self-Esteem

پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر قصه درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت نفس کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات کمرویی و افسردگی و عزت نفس پایین شهرستان اهواز می باشد. بر این اساس در تحقیق حاضر تلاش می شود به پاسخ علمی این پرسش که «آیا قصه درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت نفس کودکان پیش دبستانی تأثیر دارد؟» پرداخته شود.

روش

روش مورد استفاده در این تحقیق نیمه آزمایشی و به صورت طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کودکان پیش دبستانی شهر اهواز با محدوده سنی ۵ تا ۶ سال که ۷۵۰۰ نفر در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ می باشند، بود. با توجه طرح تحقیق، تعداد ۴۰ نفر از کودکان پیش دبستانی شهرستان اهواز به عنوان نمونه آماری، به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از مراکز پیش دبستانی شهرستان اهواز انتخاب شدند؛ بدین صورت که شهرستان اهواز بر اساس نواحی چهارگانه آموزشی، به چهار ناحیه تقسیم شد و از بین این نواحی، ناحیه ۴، به قید قرعه انتخاب شد و در نهایت بر اساس لیست مراکز پیش دبستانی (در مدارس ابتدایی) ناحیه ۴ که از طریق آموزش و پرورش دریافت شد، ۷ مرکز پیش دبستانی به قید قرعه مشخص شد. برای مشخص کردن گروه هدف علاوه بر مصاحبه اولیه با مربی، آزمون افسردگی و کمرویی و عزت نفس توسط مادران و در رابطه با کودکان انجام گرفت و بر این اساس تعداد ۴۰ کودک (۱۲ دختر و ۲۸ پسر) طبق نقطه برش پرسشنامه های افسردگی، کمرویی و عزت نفس به طور تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند.

ابزارها

پرسشنامه کمرویی

پرسشنامه ی کمرویی رافی^۱ (Raffi, 1985 Quoted by Satchai, 2012) شامل ۲۵ سؤال می باشد: ۱۸ سؤال قطب مثبت (۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۵) و ۷ سؤال قطب منفی هستند (۲، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۳). سؤالات بر اساس طیف لیکرت (معمولاً، گاهی اوقات، هرگز) پاسخ داده می شوند. واناجا (Hvanaja, 2005 Quoted by Asnhalata & Diego Martin, 2006) پایایی پرسشنامه را براساس روش دو نیمه سازی ۰/۷۱ به دست آورده است. مطالعات پژوهشگران (Raffi, 1985)

۱ . Raffi Shyness Inventory

Quoted by Satchai, 2012) حاکی از همسانی درونی بالای این پرسشنامه (۰/۹۴) و همچنین روایی مناسب آن (۰/۹۱) بود. آنها ضریب روایی پرسشنامه مذکور را با روش تحلیل عوامل انجام دادند و تحلیل داده‌ها نشان داد که این پرسشنامه از روایی سازه خوبی برخوردار است. همچنین آنها پایایی پرسشنامه را با روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش نمودند. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه کمرویی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۵ گزارش شد، که بیانگر ضریب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان بک

پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان بک^۱، در سال ۱۹۶۱ ساخته شده و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (Beck, 1971). نمره بین ۰-۱۳ بیانگر افسردگی جزئی، نمره بین ۱۹-۱۴ بیانگر افسردگی خفیف، نمره بین ۲۸-۲۰ بیانگر افسردگی متوسط و نمره بین ۷۵-۲۹ بیانگر افسردگی شدید می‌باشد (Beck, Steer & Carbin, 1988). بک (Beck, 2000 Quoted by Satchai, 2012) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرد و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. محققین ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی به دست آوردند. همچنین ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمد (Satchai, 2012). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه افسردگی نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۴، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می‌باشد.

پرسشنامه عزت نفس

پرسشنامه عزت نفس^۲ در سال ۱۹۶۷ تهیه و تدوین شد (Coopersmit, 1967). این مقیاس ۵۸ ماده‌ای خودگزارشی مداد-کاغذی است که ۸ ماده آن یعنی شماره ۶-۱۳-۲۰-۲۷-۳۴-۴۱-۴۸-۵۵ دروغ سنج می‌باشند و ۵۰ ماده دیگر آن به ۴ خرده مقیاس عزت نفس خودکلی، عزت نفس اجتماعی (همسالان) عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی (آموزشگاه) تقسیم شده است (Coopersmith, 1967). محققین ضرایب بازآزمایی این آزمون را بعد از ۳۵ روز ۰/۸۸ و بعد از سه سال ۰/۷۰ گزارش کردند (Coopersmith, 1990). در مطالعه‌ای ضریب اعتبار این آزمون از طریق همبسته کردن نمره‌های آن با معدل آخر سال آزمودنی‌ها

۱. Beck Children's Depression Scale-A (CDS-A)

۲. Self-Esteem Inventory

محاسبه گردید و ضرایب بدست آمده برای پسران ۰/۶۹ و برای دختران ۰/۷۱ بود. همچنین پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ و روش تصنیف ۰/۸۸ شد (Shokrkoon & Nausi, 1995 Quoted by Satchai, 2012). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه عزت نفس نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می‌باشد.

شیوه اجرا

بخش اول پژوهش با هدف شناسایی کودکان پیش دبستانی که در مورد آن‌ها تشخیص کمرویی و افسردگی بالا و عزت نفس پایین داده شده صورت گرفت. بدین منظور کودکان ۷ مرکز پیش دبستانی که به تشخیص اولیه مربیان و پاسخ‌های مادران به پرسشنامه‌ها، دارای بیشترین نمره کمرویی و افسردگی و کمترین نمره عزت نفس بودند، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. بعد از یک جلسه توجیه هدف انجام کار و مراحل انجام آزمایش، پرسشنامه‌های مربوطه به وسیله مادران کودکان اجرا شد، سپس گروه آزمایش تحت مداخله‌ی قصه درمانی به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، قرار گرفت و به گروه گواه هیچ آموزشی در این زمینه داده نشد. البته پیش از اجرای جلسات درمانی از مادران هر دو گروه خواسته شد به هر گونه تغییر کودکان شان طی دوره ی کار، توجه لازم را داشته باشند. بدین منظور، پس از برقراری ارتباط صمیمانه با آزمودنی‌ها در نخستین جلسه و پژوهشگر قصه ای بیان کرده و سپس به بحث و گفتگوی نیمه سازمان یافته با آزمودنی‌ها در خصوص قصه می پرداخت. در پایان هر جلسه برای اطمینان از یادگیری نکات قصه، از آزمودنی‌ها خواسته می شد که قصه را بازگو کنند و این روند در تمام جلسه‌های درمانی ادامه داشت. بعد از اتمام مداخله‌ی قصه درمانی، در روز بعد از آخرین جلسه درمانی دوباره پرسشنامه‌های مربوطه از طریق مصاحبه با مادران آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و گواه تکمیل گردید.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات درمان	اهداف	قصه ارائه شده
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با احساس کمرویی، افسردگی و عزت نفس.	داستان جوجه اردک زشت
جلسه دوم	آشنایی با احساسات خود و نامگذاری آن‌ها.	داستان شیر و موش
جلسه سوم	آشنایی با نتایج منفی رفتار ناسازگارانه مثل کمرویی و آسیب شناسی آن.	داستان پسته دهان بسته
جلسه چهارم	آموزش مهارت‌های اجتماعی (پیروی از قوانین، همکاری و تقسم کار) و نیز افزودن به عزت نفس.	داستان چتر آفتابگیر

داستان پرسی و غار اژدها	مروری بر رویدادهای خوشایند و جنبه‌های مثبت مربوط به موضوعات غلبه بر کمرویی و افزایش عزت نفس.	جلسه پنجم
تعریف قصه ای نزدیک به توضیح یکی از کودکان	آشنایی با احساسات مختلف با تأکید بر احساس کمرویی، دلایل و نتایج آن و نیز درک دیدگاه هیجانی و اجتماعی دیگران.	جلسه ششم
داستان سه دوست	افزودن بر مهارت‌های عزت نفس و توجه و دقت بیشتر در انجام مسئولیت‌های محوله.	جلسه هفتم
داستان شاهزاده خوشبخت	آشنایی با روش‌های جدید رویارویی، آشنایی با مراحل غلبه بر افسردگی.	جلسه هشتم
داستان گوسفندی که خیلی کوچک بود	آموزش مهارت‌های غلبه بر افسردگی، جلب حمایت عاطفی دیگران و نیز سرگرم شدن و بازی کردن برای جلوگیری از بروز افسردگی.	جلسه نهم
داستان لوئیس بریل	آموزش نحوه استفاده از عزت نفس مثبت برای جلوگیری از بروز افسردگی.	جلسه دهم
داستان هلن کلر	آشنایی با ارزش رویارویی با افسردگی و تمرکز بر پیامدهای قهر کردن به عنوان یک راهبرد رویارویی ناکارآمد.	جلسه یازدهم
قصه‌های دوشنبه	مروری بر رویدادهای خوشایند و مهارت‌های مثبت اندیشی برای غلبه بر افسردگی.	جلسه دوازدهم

لازم به توضیح است بدلیل اینکه کودکان از مراکز پیش دبستانی مختلف بودند، برای اجرای آزمون و قصه درمانی، از یک مکان که از قبل مشخص شده بود (اتاق بازی درمانی یکی از مراکز درمانی شهر) استفاده شد. البته بخاطر ناآشنا بودن آزمودنی‌ها با مکان و احتمال اضطراب آنها، مادران به همراه کودکان در محل حضور پیدا می کردند. پیش آزمون و پس آزمون نیز در همین محل اجرا شد. برای کاهش حساسیت نیز از مادران خواسته شد ۵ جلسه قبل از پیش آزمون در محل مورد نظر حاضر شوند و کودکان با مربی مکان مشغول بازی شوند. البته گروه گواه نیز به موازات گروه آزمایش طی همان جلسات اجرای قصه درمانی و قبل آن در همین مکان حاضر می شدند ولی برای آنها فعالیت‌هایی نامربوط مانند نقاشی، بازی با وسایل، شعرخوانی و ... اجرا می شد.

در تحقیق حاضر تلاش شد آزمودنیها بر اساس جنسیت در دو گروه آزمایش و گروه گواه کنترل شوند بر این اساس در هر گروه ۳۰ درصد دختر (۶ نفر) و ۷۰ درصد پسر (۱۴ نفر) قرار گرفت. همچنین ۲۰ درصد مادران و ۱۰۰ درصد پدران آزمودنیها شاغل بودند. ۶۰ درصد آزمودنیها فرزند اول، و ۳۵ درصد

فرزند دوم و ۵ درصد فرزند سوم خانواده بودند.

یافته ها

به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت‌های ایجاد شده در میانگین‌های پس‌آزمون هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد (جداول ۳ و ۴). همچنین قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مفروضه‌های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانسها مورد بررسی قرار گرفت و پس از اطمینان از برقراری این مفروضه‌ها آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات آزمون کمروبی، افسردگی و عزت نفس مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره کمروبی، افسردگی و عزت نفس گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	شاخص آماری		
			میانگین	انحراف معیار	تعداد
کمروبی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰/۱۰	۱۲/۸۵	۲۰
		گواه	۱۹/۸۵	۱۱/۰۷	۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۵۰	۸/۷۶	۲۰
		گواه	۱۸/۲۰	۹/۲۱	۲۰
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۶۷/۹۵	۲۸/۳۹	۲۰
		گواه	۶۹/۸۰	۲۶/۴۰	۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۶۲/۶۰	۲۲/۴۲	۲۰
		گواه	۶۹/۰۵	۲۵/۶۴	۲۰
عزت نفس	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۶۰	۱۴/۶۷	۲۰
		گواه	۲۱/۲۵	۱۱/۵۷	۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۸/۳۰	۱۱/۱۱	۲۰
		گواه	۲۲/۲۰	۱۲/۶۰	۲۰
عزت نفس در زمینه خودکلی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۴۵	۷/۹۹	۲۰
		گواه	۱۱/۵۰	۷/۹۲	۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۸/۳۵	۷/۰۹	۲۰
		گواه	۱۲/۸۵	۷/۶۳	۲۰
عزت نفس	پیش‌آزمون	آزمایش	۳/۲۰	۱/۷۳	۲۰

۲۰	۱/۳۵	۲/۹۵	گواه		در زمینه اجتماعی
۲۰	۱/۳۲	۵/۸۰	آزمایش	پس آزمون	
۲۰	۱/۵۱	۳/۷۵	گواه		
۲۰	۳/۲۸	۴/۱۵	آزمایش	پیش آزمون	عزت نفس
۲۰	۳/۰۳	۳/۳۵	گواه		
۲۰	۱/۹۸	۶/۱۵	آزمایش	پس آزمون	در زمینه خانوادگی
۲۰	۲/۵۱	۴/۳۵	گواه		
۲۰	۲/۷۶	۳/۸۰	آزمایش	پیش آزمون	عزت نفس
۲۰	۲/۳۵	۳/۴۵	گواه		
۲۰	۱/۶۸	۶/۰۰	آزمایش	پس آزمون	در زمینه تحصیلی
۲۰	۲/۲۴	۴/۲۵	گواه		

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون کمرویی، افسردگی، عزت نفس و خرده مقیاس های آن را در دو گروه آزمایش و گواه نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون اثر افزایشی داشته است که نشان دهنده اثر بخش بودن رویکرد قصه درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت نفس می باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون کمرویی، افسردگی و عزت نفس کودکان پیش دبستانی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا
کمرویی	پیش آزمون	۶۴۹/۴۸	۱	۶۴۹/۴۸	۷۷/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	گروه	۲۴۴/۸۹	۱	۲۴۴/۸۹	۲۹/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵
	خطا	۲۹۱/۵۶	۳۵	۸/۳۳			
افسردگی	پیش آزمون	۸۶۷۶/۰۰	۱	۸۶۷۶/۰۰	۱۹۶/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
	گروه	۱۰۵۱/۹۳	۱	۱۰۵۱/۹۳	۲۳/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
	خطا	۱۵۴۱/۶۴	۳۵	۴۴/۰۴			
عزت نفس	پیش آزمون	۲۲۶۲/۶۳	۱	۲۲۶۲/۶۳	۶۳/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴
	گروه	۶۷۴/۴۰	۱	۶۷۴/۴۰	۱۸/۸۰	۰/۰۰۰۱	۳۵
	خطا	۱۲۵۵/۵۳	۳۵	۳۵/۸۷			

همان طوری که در جدول ۳ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون بین کودکان پیش دبستانی گروه

آزمایش و گروه گواه از لحاظ کمرویی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 29/39$). به عبارت دیگر، قصه درمانی با توجه به میانگین کمرویی کودکان پیش دبستانی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش کمرویی گروه آزمایش شده است. همچنین با کنترل پیش آزمون بین کودکان پیش دبستانی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 23/88$). به عبارت دیگر، قصه درمانی با توجه به میانگین افسردگی کودکان پیش دبستانی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. با کنترل پیش آزمون بین کودکان پیش دبستانی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ عزت نفس تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 18/80$). به عبارت دیگر، قصه درمانی با توجه به میانگین عزت نفس کودکان پیش دبستانی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش عزت نفس گروه آزمایش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های عزت نفس کودکان پیش دبستانی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

مؤلفه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا
مؤلفه کمرویی	پیش آزمون	۳۱۸/۶۸	۱	۳۱۸/۶۸	۱۹/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶
	گروه	۲۳۲/۷۲	۱	۲۳۲/۷۲	۱۴/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	خطا	۵۶۱/۴۹	۳۴	۱۶/۵۱			
مؤلفه اجتماعی	پیش آزمون	۳/۶۰	۱	۳/۶۰	۲/۲۷	۰/۱۴۱	۰/۰۶
	گروه	۳۴/۳۲	۱	۳۴/۳۲	۲۱/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
	خطا	۵۳/۸۷	۳۴	۱/۵۸			
مؤلفه خانوادگی	پیش آزمون	۸/۲۳	۱	۸/۲۳	۴/۱۰	۰/۰۵۱	۰/۱۱
	گروه	۱۷/۸۸	۱	۱۷/۸۸	۸/۹۱	۰/۰۰۵	۰/۲۱
	خطا	۶۸/۱۹	۳۴	۲/۰۰			
مؤلفه تحصیلی	پیش آزمون	۰/۳۹۲	۱	۰/۳۹۲	۰/۲۲۳	۰/۶۴۰	۰/۰۱
	گروه	۱۷/۵۸	۱	۱۷/۵۸	۹/۹۹	۰/۰۰۳	۰/۲۲
	خطا	۵۹/۸۳	۳۴	۱/۷۶			

همان طوریکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون بین کودکان پیش دبستانی گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ عزت نفس در زمینه خودکلی ($p < 0/0001$ و $F = 14/09$)، عزت نفس در زمینه اجتماعی ($p < 0/002$ و $F = 21/66$)، عزت نفس در زمینه خانوادگی ($p < 0/005$ و $F = 8/91$) و عزت نفس در زمینه تحصیلی ($p < 0/003$ و $F = 9/99$)، تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر،

قصه درمانی با توجه به میانگین عزت نفس در زمینه خودکلی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی کودکان پیش دبستانی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین کودکان پیش دبستانی گروه گواه، افزایش یافته است.

نتیجه

سوال اصلی در تحقیق حاضر شامل پاسخ به این پرسش بود که آیا قصه درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت نفس کودکان پیش دبستانی دارای این دسته اختلالات تأثیر دارد؟ که طبق یافته های پژوهشی تأیید شد. این یافته در تحقیقات محققین پیشین (Ayorloo, Barghi Irani & Ali Akbari, 2016, Beltkiewicz, 2013, Lombard, 2004, Kariminasab & et al. 2014, Arjomandi Rad & Delgosha, 2014) همخوانی دارد. در تبیین یافته های این پژوهش با استناد به دیدگاه رشد روانی- اجتماعی اریکسون^۱ (Ganzi, 2001) می توان اظهار داشت یک کودک پیش دبستانی در مرحله سوم رشد یعنی "ابتکار در برابر احساس گناه" قرار دارد و محدودیت فعالیت ها و کوتاهی والدین در پاسخ دادن به نظرات و پرسش های کودکان به احساس گناه منجر خواهند شد و کمرویی یکی از پیامدهای احساس گناه در این مرحله از رشد کودک می باشد. کودک با شنیدن قصه و تکمیل قصه های ناتمام و گفتگو در مورد پیام های روایت در گروه قصه درمانی، فرصتی را برای رشد و بروز ابتکار و توانایی های زبانی و مهارت های اجتماعی کسب می کند و نهایتاً احساس گناه و کمرویی کودک کاهش چشمگیری می یابد. از طرف دیگر، قصه درمانی و قصه گویی در نقش عامل آموزشی و تربیتی، باعث ترویج و بحث و تبادل نظر در بین کودکان می شود و از این طریق مهارت های زبانی تقویت شده، کودک در رهگذر ماجراها و شخصیت پردازی های قصه، با نقاط قوت و ضعف و استعدادهایش آشنا شده و یاد می گیرد با دیگران ارتباط مناسب برقرار کند و بتواند احساسات، آرزوها و خواسته های خود را بیان کرده و وقتی دچار هیجان هایی مانند ترس، خشم، غمگینی، خجالت یا کمرویی می شود، به طور مناسبی با آن کنار آمده و آن را به شکل درستی ابراز کند که این خود عاملی جهت غلبه بر احساس کمرویی می باشد. از سوی دیگر، علّت های بروز افسردگی در کودکان می تواند ژنتیکی، روان شناختی، زیستی یا محیطی باشد، اما صرف نظر از دلایل بروز آن، افسردگی با تغییر مواد شیمیایی مغز، همراه می باشد (Caplan & Savdok, 2003). مطالعات محققین نشان داده است، قصه ها در بعد فیزیولوژیک کودک، با ایجاد حس سرگرمی، پاسخ به کنجکاوی و تحریک

۱. Ericsson Psychosocial Stages

قوه‌ی تخیل کودک، ترشح و تنظیم هورمون‌های نوراپی نفرین، سروتونین و دوپامین، که مسئول تنظیم حالت روحی و وضع روانی انسان هستند، را تسهیل نموده و به ایجاد خلق مثبت و کاهش افسردگی می‌انجامد (White & Shah, 2006). در بعد روان‌شناختی نیز، گوش‌فرا دادن کودکان افسرده به قصه‌هایی با مضامین قدرت، نیرومندی، انرژی و تحرک، گفت‌وگو با کودکان افسرده درباره پیام‌های درمانی قصه‌هایی که می‌گویند یا می‌شنوند و نیز گوش‌فرا دادن کودکان افسرده به قصه‌هایی که بیانگر مشکلاتی مشابه مشکلات آنان است و به راه‌حل‌های مؤثر و نتایج مثبت و خوشایند خاتمه می‌یابند، سبب ایجاد حس خوش‌بینی و سرخوشی و کاهش نشانگان افسردگی می‌شوند؛ بنابراین یافته‌های پیشین همراستا با نتایج تحقیق حاضر در زمینه تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش افسردگی در گروه آزمایش می‌باشد.

از دیدگاه راجرز (Rogers, 1902-1987 Quoted by Farjad, 2001) عزت نفس عبارتست از ارزیابی مداوم و مستمر فرد نسبت به ارزشمندی خود؛ به عبارتی عنصر اصلی سازه عزت نفس در فرد از دوران نوجوانی تا پیری، بر پایه "قضاوت و ارزیابی" شخص از خویش می‌باشد، اما در خصوص عزت نفس در کودکان با مفهوم فوق، تفاوت ظریفی وجود دارد: عزت نفس کودکان شبیه ابر لایه لایه ای است که روزانه تغییر شکل می‌دهد و شامل احساسات، باورها و آرزوهای پیچیده کودک براساس مهارت‌های در حال تغییر وی در اثر نفوذ دنیای اطرافش است و غالباً متأثر از "توصیف" دیگران از کودک می‌باشد، چرا که هنوز توانایی‌های پیچیده تر تفکر در آنان شکل نگرفته است، در واقع همچنان که کودکان از خود درکی پیدا می‌کنند و هویت خود را می‌یابند، تلویحاً برای خصوصیات خود ارزش منفی یا مثبت قائل می‌شوند که این ارزشیابی غالباً براساس بازخورد رفتاری اطرافیان شکل می‌گیرد و مجموعه این ارزیابی‌هایی که کودک از خود می‌کند، عزت نفس او را تشکیل می‌دهد. از دیدگاه نظریه پردازان، "همانند سازی" در کودکان اساس عزت نفس را شکل می‌دهد و آنجا که یادگیری کودک با روحیه بازی کردن و تجربه همراه است و با تلاش‌ها، شکست‌ها، توفیق‌ها و تجربه کردن، درباره توانمندی‌های خود به باورهایی می‌رسد، در همان زمان، برای انجام دادن این کار، هر کودک یاد می‌گیرد که رشته‌ای از الگوها را در ذهن خود بسازد. بر این اساس با استناد به نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ^۱ (Yang, Glosco, & Vishar, 1995 Quoted by Hamidpour & Andouz, 2013) قصه‌ها ناخودآگاه کودک را مخاطب قرار می‌دهند و از رهگذر شناخت و تغییر طرحواره‌های ناسازگار با جایگزین کردن طرحواره‌های مثبت، وی را برای رویارویی با

۱. Assimilation

۲. Yang Early Maladaptive Schemas

دنیای واقعی و ممکن آماده می‌سازند و کودک در خلال گوش دادن به قصه و تکمیل قصه‌های ناتمام و گفتگو در مورد پیام‌های قصه، یاد می‌گیرد که ورای نحوه پاسخ به نیازها، با ویژگیهای مثبت شخصیت‌های قصه همانند سازی کند و احساس مثبت و عزت نفس مثبتی را در همه ابعاد ادراک کند. بر این اساس میزان عزت نفس کودک افزایش می‌یابد.

در پایان لازم به ذکر است که تحقیق حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبرو بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره نمود که، با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی کودکان دارای مشکل کمروبی و افسردگی و عزت نفس پایین در مقطع پیش دبستانی شهرستان اهواز انجام گرفته است، می‌بایست نتایج حاصل از این تحقیق را با احتیاط به سایر کودکان در گروه‌های جامعه و در شهرهای دیگر تعمیم داد. همچنین با توجه به پاسخ دهی مادران به پرسشنامه‌ها می‌تواند سوگیری در یافته‌ها تأثیرگذار باشد. در عین حال پیشنهاد می‌شود تا با برگزاری جلسات قصه گویی به عنوان یکی از برنامه‌های دائمی در مراکز پیش دبستانی، موجبات کاهش عوامل بازدارنده در جهت کمک به درمان اختلالاتی همچون افسردگی و ... در کودکان پیش دبستانی، فراهم گردد و همچنین می‌توان با اقداماتی از قبیل برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مراکز پیش دبستانی و برنامه‌های آموزشی در رسانه‌ها، تهیه‌ی بروشورها، تابلوهای تبلیغاتی، سی دی‌ها و ... والدین و معلمان را در خصوص اهمیت و فرآیند قصه درمانی و قصه گویی و پیامدهای مثبت آن، آگاه و آموزش داد.

References

- Ajorloo, M., Barghi Irani, Z., & Ali Akbari, M. (2016). Story therapy effect on reducing anxiety and improvement habits sleep in children with cancer under chemotherapy. *Health Psychology*, 5(18), 5-25. [In Persian].
- Arjomandi Rad, Sh., & Delgosha Z. (2014). Effectiveness of group games on aggressive behaviors of boy students has extroversion problem. *Journal of exceptional children*, 6(2), 222-282. [In Persian].
- Babakhani, V., Janinejad, E., & Karimi, N. (2013). Studying the effect of game therapy by storytelling on reducing shyness of elementary school children of Abhar city. *Journal of exceptional children*, 14(1), 258-290. [In Persian].
- Beck, A. T. (1971). *Depression: Causes and treatment*. Univers Pennsylvania Pr.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Beltkiewicz, D. (2013). A New Horizon in Logopaedics: Speech Therapeutic Story—Innovative Use of a Story in the Therapy of Children Speech Impediments. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 106, 149-163.
- Borl Borl, M. (2012). *81 methods for over-coming shyness*, translated by Homami Sh. Tehran Chapar Farzanegan Pr. [In Persian].
- Caplan, H., & Savdok, V. (2003). *Summary of psychiatry of behavioral sciences, clinical*

- psychiatry. Translated by Pourafkari N. Tehran: Resalat publications. [In Persian].
- Coopersmith, S. (1967). *Coopersmith self-esteem inventory form A*. Self-Esteem Institute.
- Coopersmith, S. (1990). *Manual of self-esteem inventories*. Palo Alto.
- Crane, R. M. (2005). *Social distance and loneliness as they relate to headphones used with portable audio technology* (Doctoral dissertation, Humboldt State University).
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological science*, 16(4), 328-335.
- Farjad, M. H. (2001). *Social pathology*. Tehran: Samt publications. [In Persian].
- Friedberg, R. D., & Wilt, L. H. (2010). Metaphors and stories in cognitive behavioral therapy with children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 100-113.
- Ganzi, H. (2001). *Evaluation of personality, questionnaire*. Tehran: Savalan publications. [In Persian].
- Haji Maghsoudi, N. (2014). *Effectiveness of storytelling and group games on shyness of children*. M.A. thesis of clinical psychology, Islamic Azad University, Central of Tehran Branch, Faculty of psychology and social sciences. [In Persian].
- Hosseinabadi, H., Santgar, S., & Asghari Nekah, S. M. (2012). Determining the influence of group storytelling on reducing hopelessness and shyness among girls of quasi-family centers of Mashhad. *Journal of applied psycholog*, 24(4), 24-7. [In Persian].
- Hvanaja, M., Asnhalata, T., & Diego Martin, B. (2006). *Shyness student*, translator: Bagheri R. Press Astan Quds Razavi. [In Persian].
- Kariminasab, A., Aghamohammadian, H., Sherbaf, H., Tabibi, Z., & Banihashem, A. (2014). Effect of storytelling on reducing depression among children having cancer. *Journal of psychology, Ferdowsi University of Mashhad*, 6(5), 8-101. [In Persian].
- Lander, I. (2008). Using family attachment narrative therapy to heal the wounds of twinship: a case study of an 11-year-old boy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25(5), 367-383.
- Lombard, T. (2004). *Re-authoring breast cancer: Children narratives of their mother illness: An educational psychology perspective*. An educational psychology perspective (Doctoral dissertation, Rand Afrikaans University).
- Moseley, G. L., & Moseley, G. L. (2007). *Painful yarns: metaphors & stories to help understand the biology of pain*. Painful Yarns.
- Najafi, M. (2011). Effect of storytelling on increasing self-confidence of children of pre-elementary children of Tehran. *3rd nationwide congress of art therapy in Iran*. [In Persian].
- Parsa, M. (2006). *Principles of developmental psychology*. Tehran: Besat publication. [In Persian].
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Latalova, K., Mainerova, B., Vrbova, K., & Trcova, A. (2010). Narrative cognitive behavior therapy for psychosis. *Act Nerv Super Rediviva*, 52(1), 135-146.
- Rajabzadeh, M., Alizade Mousavi, E., & Bayazi, M. H. (2011). Studying the influence of storytelling on reducing shyness of pre-elementary school children of Torbat Jam city. *Journal of psychology Ferdowsi University of Mashhad*, 4(1), 120-145. [In Persian].
- Ramezani Kargar, M. (2015). *The effectiveness of story-telling on depression and anxiety in*

- children with grief*. (MA. Dissertation. Tehran: Islamic Azad University). [In Persian].
- Satchai, M. (2012). *Psychological examinations*. Tehran: Virayesh publications. [In Persian].
- Seif, A. A. (2009). *Growth psychology*. Tehran: Samt publications, Center for research and development of humanities. [In Persian].
- Shamlou, S. (2007). *Mental pathology*. 18th edition, Tehran, Samt publications. [In Persian].
- Soltani, M., & Amirpour, L. (2012). *Effectiveness of group storytelling on increasing self-confidence of children*. 4th international congress of children and teenager psychiatrist. [In Persian].
- Tajabadi, R., Rahimi, M., & Shabani, S. (2012). *Effect of storytelling and story therapy on reducing depression among children*. Set of articles on congress of medical sciences of University of Tabriz. [In Persian].
- Talebzadeh Shoushtari, M. (2010). *Effectiveness of storytelling on behavioral disorders of children*. Set of articles on congress of medical sciences of University of Tabriz. [In Persian].
- Van De Voorde, S. (2009). *Neuropsychological functioning of children with ADHD or a reading disorder* (Doctoral dissertation, Ghent University).
- White, H. A., & Shah, P. (2006). Training attention-switching ability in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(1), 44-53.
- Yang, G., Glosco, J., & Vishar, M. (1991). *Schema therapy for applied manuals of clinical specialists*. Translated by: Hamidpour, H., & Andouz, Z. (2013). Tehran: Arjomand publications. [In Persian].



پیش‌بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی Prediction of Life Expectancy of Spouses based of Meta-Cognitive Belief and Cognitive Fusion

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۸

Hamid Reza Samadifard

حمیدرضا صمدی فرد^۱

Abstract

Purpose: To investigate prediction of life expectancy of spouses based of meta-cognitive belief and cognitive fusion.

Method: The study was based on a descriptive correlational method. Statistical population consisted of all spouses in Ardabil city in 2015. 126 people (63 married Spouses) were selected as the statistical sample using the convenience sampling. Data were collected through Wells' metacognitive belief questionnaire (2004), Gillander's cognitive fusion questionnaire (2014), and Snyder's life expectancy questionnaire (1991). Research data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple regression methods.

Findings: The results showed that there is a significant negative relationship between meta-cognitive belief and cognitive fusion with life expectancy of spouses. Beta coefficients for predictor variables indicated that cognitive self-awareness -0/20, cognitive confidence -0/19, uncontrollability of worry -0/13, need to control thoughts -0/28, and cognitive fusion -0/17 have significantly predictive capability of life expectancy of spouses ($p < 0.05$). Thus, it can be concluded that meta-cognitive belief and cognitive fusion are considered the predicting variables related to life expectancy.

Keywords: Metacognitive Belief, Cognitive Fusion, Life Expectancy, Spouses.

چکیده

هدف: پیش‌بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باور فراشناختی و همجوشی شناختی صورت پذیرفت.

روش: روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۲۶ نفر (۶۳ زن و شوهر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس باور فراشناختی ولز (۲۰۰۴)، مقیاس همجوشی شناختی گیلاندرز (۲۰۱۴) و مقیاس امید به زندگی اشنايدر (۱۹۹۱) استفاده شد. داده‌های پژوهش نیز با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین رابطه منفی معناداری وجود دارد. ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بین نیز نشان داد که خودآگاهی شناختی -۰/۲۰، اطمینان شناختی -۰/۱۹، کنترل ناپذیری نگرانی -۰/۱۳، نیاز به کنترل نگرانی -۰/۲۸ و همجوشی شناختی -۰/۱۷ قابلیت پیش‌بینی معنادار امید به زندگی زوجین را دارند ($p < 0.05$). در نتیجه می‌توان بیان نمود که مؤلفه‌های باور فراشناختی و همجوشی شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با امید به زندگی زوجین بودند و توانایی پیش‌بینی آن را دارند.

واژه‌های کلیدی: باور فراشناختی، همجوشی شناختی، امید به زندگی، زوجین.

^۱ . نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، hrsamadifard@gmail.com

مقدمه

ثبات عاطفی و توافق بالا در بین زوجین به طور قابل اعتمادی با رضایت بیشتر آن‌ها همراه می‌باشد (Dyrenforth, Kahsy, Donnellan, & Lucas, 2010). از سوی دیگر سلامت و شکوفایی خانواده به روابط مناسب زوجین وابسته است. اگر پایه و اساس خانواده به اندازه کافی محکم نباشد سلامت جسمی و روانی خانواده به خطر خواهد افتاد (Rostami, Taheri, Abdi, & Kermani, 2014). خانواده یکی از نظام‌های اولیه جوامع بشری است که با وجود تحولات اساسی در اهداف و کارکردهای خود ثابت مانده است و هنوز در همه جوامع، اهمیت اساسی دارد. خانواده، مناسب‌ترین نظام برای تأمین نیازهای مادی، روانی و معنوی بشر بوده و بهترین بستر را برای تأمین امنیت و آرامش روانی اعضا، پرورش نسل جدید و اجتماعی کردن فرزندان و برآورده ساختن نیازهای عاطفی افراد فراهم نموده است (Nabawi & Ahmadi, 2011). اعضای خانواده تأثیر عاطفی زیادی بر مسائل خانوادگی می‌گذارند. سلامت عاطفی خانواده و زوجین از طریق کیفیت ازدواج مشخص می‌شود و یک ازدواج موفق به واسطه مهیا کردن برخی عوامل مطلوب و مهم نظیر یافتن یک همراز، یک دوست، احساس محبوب بودن و محترم بودن به عنوان یک انسان موجب سلامتی عاطفی می‌شود.

امید به زندگی می‌تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد. برای پیش‌بینی میزان امید به زندگی برای یک جمعیت زنده در سال جاری مفهوم جدول عمر به کار برده می‌شود (Elizabeth, 2011). امید به زندگی، سلامت جسمی و روانی را آن گونه که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند. امید به عنوان یکی از منابع مقابله انسان عمل می‌کند (Ghasemi, Abedi & Baghban, 2009). علاوه بر این میزان مرگ و میر در بدو تولد به شدت بر روی امید به زندگی اثر می‌گذارد و به همین علت این شاخص به عنوان یک شاخص بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی نام برده می‌شود بوده و با افزایش موارد مرگ کودکان این شاخص کاهش می‌یابد. در برآوردهای سازمان بهداشت جهانی نیز امید به زندگی در ایران در سال ۲۰۰۹ معادل نزدیک ۷۰ سال در مردان و ۷۳ سال در زنان و در کل جمعیت نزدیک ۷۲ سال تخمین زده شده است هم چنین بر اساس رتبه بندی کشورها بر حسب امید به زندگی در سال ۲۰۰۹ در بین ۲۱۶ کشور، ایران رتبه ۱۲۷ را داشت (Ahmadi & Shojae, 2011).

یکی از عواملی که می‌تواند در امید به زندگی زوجین تاثیر گزار باشد، باور فراشناختی^۱ است. فراشناخت به ساختارها، دانش، وقایع و فرایندهای روانشناختی اشاره دارد (Wells, 2009). فراشناخت، آنچه که ما مورد توجه قرار می‌دهیم و وارد حیطه‌ی هوشیاری خود می‌کنیم، ارزیابی‌ها و تأثیر انواع راهبردهایی که ما برای تنظیم افکار و احساسات مان به کار می‌بریم را شکل می‌دهد. فراشناخت به آگاهی و نظارت بر یک افکار تعریف شده است (Iiskala, Vauras, Lehtinen, & Salonen, 2011). علاوه بر این، فراشناخت، فکر کردن درباره فرایند تفکر است (Helen, Steffen & Reinhard, 2013). فرآیندهای فراشناختی دارای دو جنبه‌ی مستقل اما مرتبط با یکدیگرند: دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی. مطالعات نشان داده است که باورهای فراشناختی در مبتلا شدن به اختلالات اضطرابی نقش دارد (Lobban, Haddock, Einderman & Wells, 2002). فراشناخت هم شامل فرآیند فراشناختی و هم شامل تجارب یا تنظیم شناختی است. باور فراشناختی به اکتساب دانش پیرامون فراشناختی و دانش درباره نحوه استفاده از فرایندهای کنترل شناختی اشاره دارد. روانشناسی فراشناخت حوزه اندیشه‌گری نوینی است که پیشه آن به قرن بیستم بر می‌گردد (Karami, Zakiei & Rostami, 2013). نتایج تحقیقی نشان داد که نقص در فراشناخت، عملکرد افراد را کاهش می‌دهد (Ghaleb, Souad & Mutasem, 2015). نتایج تحقیق دیگری نشان داده است که بیماران روان پریش با نقص‌های شناختی و فراشناختی روبرو هستند (Vohs, Lysaker, Francis, Hamm, Buck & et al, 2014). نقص در فراشناخت با اختلال شخصیت رابطه دارد (Jared, Giancarlo, Raffaele, Kelly, & et al, 2016). نتایج تحقیقی نشان داد فراشناخت از عوامل تاثیر گزار در رضایت از زندگی زوجین می‌باشد (Morrison & Wells, 2003). فراشناخت نقش تاثیر گذاری در کاهش یا بهبود روابط زوجین دارد (Fisher & Wells, 2008). نتایج تحقیقی نشان داد آموزش راهبردهای فراشناختی به زوجینی که دارای نقص در فراشناخت خود هستند، باعث بهبود رضایت زناشویی آن‌ها می‌شود (Vanderheiden, Muris & Vandermolten, 2012). نتایج تحقیق دیگری نشان داد نقص در فراشناخت باعث کاهش رضایت از زندگی زوجین می‌شود (Valizade, Hasanvandi, Mehrabizade Honarmand & Afkar, 2013). باورهای فراشناختی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی افراد هستند (Ashouri, 2009). هم‌چنین بین باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد (Salarifar & Pouretamad, 2012). هم‌چنین نتایج تحقیق دیگری با عنوان بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی نشان داد فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان موثر است (Ashouri, Khaleghi & Saffarian, 2014).

1. Metacognitive Belief.

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند بر امید به زندگی زوجین تاثیر گزار باشد همجوشی شناختی^۱ است. منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (Gillanders, Ashleigh, Margaret & Kirsten, 2015).

در رابطه با همجوشی شناختی تعداد پژوهش‌های انجام شده اندک است. در خارج از ایران در بررسی تاثیر همجوشی شناختی مربوط به تصویر بدن با آسیب‌شناسی روانی خوردن، این نتیجه به دست آمد که همجوشی شناختی در درمان آسیب‌شناسی روانی غذا خوردن و نارضایتی از بدن اهمیت دارد (Ines & Trindade, 2014). در ایران نتایج پژوهشی نشان داد بین همجوشی شناختی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد (Samadifard, 2015). هم‌چنین نتایج پژوهش دیگری نشان داده است که بین همجوشی شناختی با افسردگی در بین زوجین رابطه معناداری وجود دارد (Samadifard, 2016). علاوه بر این همجوشی شناختی از عوامل تاثیر گزار در بروز اضطراب در بین افراد می‌باشد (Akbari, Mohamadkhani & Zarghami, 2016).

از آنجایی که همجوشی شناختی از متغیرهای جدید و تاثیر گزار در روانشناسی می‌باشد، تعداد پژوهش‌های انجام شده در رابطه با آن زیاد نیست (Gillanders & et al, 2015). از سوی دیگر نقص در فراساخت با اختلالات روانی و شخصیت رابطه معناداری دارد (Vohs & et al, 2014 ; Jared & et al, 2016). بررسی این متغیرها در پیش‌بینی امید به زندگی زوجین، رویکرد تازه‌ای در مطالعات زناشویی محسوب می‌شود. با توجه به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده و هم‌چنین عدم وجود پژوهش مشابه، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باورهای فراساختی و همجوشی شناختی صورت پذیرفت.

روش

روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند. با توجه به اینکه در تحقیقات توصیفی حداقل تعداد نمونه ۱۰۰ نفر می‌باشد (Delavar, 2000)، بر اساس تعداد متغیرهای پژوهش از طریق نرم افزار Gpower (Cunningham & Mccrum Gardner, 2007)، با اندازه متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۵ در نرم افزار، ۱۲۶ نفر (۶۳ زن و ۶۳ شوهر) به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. به این صورت که برای انتخاب نمونه آماری و اجرای پژوهش، بعد از کسب مجوزهای لازم به مکان‌های کلیدی شهر اردبیل (پارک‌ها، مکان‌های عمومی

1. Cognitive Fusion.

و ... مراجعه و از زوجین در دسترس برای همکاری در پژوهش جلب رضایت شد. دامنه سنی آزمودنی‌ها ۲۲ تا ۴۴ سال بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از ابزارهای باور فراشناختی ولز، همجوشی شناختی گیلاندرز و امید به زندگی‌شناسی استفاده شد. شرح ابزار گردآوری اطلاعات به صورت زیر می‌باشند:

مقیاس باور فراشناختی (MCQ): نسخه ۳۰ ماده‌ای این مقیاس توسط ولز و کارت رایت هاتون (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) برای سنجش باور فراشناختی افراد ساخته شده است. این مقیاس همانند فرم اصلی دارای ۵ زیرمقیاس مهار ناپذیری و خطر (۱۸-۱۵-۱۴-۱۱-۹-۷-۶-۱)، باور مثبت درباره نگرانی (۲۹-۲۷-۲۳-۲۰-۱۰)، خودآگاهی (۲۸-۲۴-۱۶-۱۳-۱۲-۵-۳)، اطمینان شناختی (۲-۸-۲۲-۲۶-۳۰) و نیاز به کنترل فکر (۲۵-۲۱-۱۹-۱۷) است و برای به دست آوردن نمره کل، نمرات زیرمقیاس‌ها با هم جمع می‌شود. این ابزار در یک طیف چهار درجه‌ای از موافق نیستم تا خیلی موافقم نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۳۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. نمره بالاتر نشان دهنده باور فراشناختی بالا و نمره کم به معنای باور فراشناختی پایین است.

در نسخه اصلی همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ به دست آمد. هم‌چنین پایایی بازآزمون این مقیاس در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ به دست آمد (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). در نسخه ایرانی مقیاس از روش آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی مقیاس استفاده شد و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد و برای زیرمقیاس بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد.

روایی همزمان به وسیله محاسبه همبستگی با مقیاس اضطراب صفت اسپیلبرگر برای این مقیاس ۰/۴۳ به دست آمد. بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهند که این مقیاس از ویژگی روانسنجی مطلوبی برخوردار است (Shirinzadeh Dastgiri, Goodarzi, Rahimi & Naziri, 2009). در این پژوهش، ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس همجوشی شناختی (CFQ): مقیاس توسط گیلاندرز، بلدرستون، باند، دمپستر، فلاکسمن و همکاران (Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, Flaxman, & et al, 2014) برای سنجش همجوشی شناختی افراد تهیه شده و دارای ۷ سوال در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) می‌باشد. دامنه نمرات این مقیاس بین ۷ تا ۴۹ خواهد بود. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش

1. Metacognitions Questionnaire.

2. Cognitive Fusion Questionnaire.

کردند. ضریب همبستگی ابزار با مقیاس تعهد و پذیرش و مقیاس ذهن آگاهی ساوتمتون به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. در ایران نتایج پژوهش (Zare, 2014) نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد (Akbari, Roshan, Shaieri, Ladan, 2014) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند. در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس امید به زندگی (SHS):^۱ این مقیاس توسط اشنایدر، هریس، اندرسون، هالرن و ایروینگ، سیگمون و همکاران (Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, & et al, 1991) برای سنجش امیدواری ساخته شده است. مقیاس دارای ۱۲ عبارت در طیف لیکرت ۵ درجه ای است و به صورت خود سنجی اجرا می شود. از این عبارت ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است.

بنابراین این مقیاس دو زیر مقیاس دارد: عامل و راهبرد. سوالات ۳، ۷، ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. برای به دست آوردن نمره کلی، نمرات زیر مقیاس را باهم جمع می شود. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این مقیاس به عنوان مقیاس اندازه گیری حمایت می کنند. همسانی درونی کل آزمون بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است. پایایی آزمون-باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است. روایی و پایایی مقیاس در ایران نیز تایید شده است (Sedation, Mostajeran & Ghamrani, 2012).

نتایج پژوهش دیگری نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد (Kermani, Khodapanahi & heidari, 2011). در پژوهش حاضر از نمره کل امید به زندگی استفاده شد و ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. داده های پژوهش با روش های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه و با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۱ و سطح معنی داری $p=0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

در گام اول تحلیل نتایج، آمار توصیفی متغیرهای باور فراشناختی، همجوشی شناختی و امید به زندگی محاسبه شد و در جدول یک آمد.

1. Snyder Hope Scale.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	جنس	حجم نمونه	M	SD
مؤلفه های باور فراشناختی	مرد	۶۳	۱۴/۶۰	۵/۹۱
	زن	۶۳	۱۳/۷۹	۵/۹۲
	کل	۱۲۶	۱۴/۱۹	۵/۹۲
	مرد	۶۳	۱۲/۳۶	۴/۴۸
	زن	۶۳	۱۱/۳۱	۳/۸۳
	کل	۱۲۶	۱۱/۸۴	۴/۱۶
	مرد	۶۳	۱۲/۴۶	۴/۹۵
	زن	۶۳	۱۲/۶۳	۴/۵۲
	کل	۱۲۶	۱۲/۵۴	۴/۷۳
	مرد	۶۳	۹/۸۰	۲/۹۶
	زن	۶۳	۱۱/۳۱	۳/۳۱
	کل	۱۲۶	۱۰/۵۶	۳/۱۴
کنترل ناپذیری افکار	مرد	۶۳	۱۴/۳۳	۶/۲۰
	زن	۶۳	۱۶/۰۶	۶/۹۲
	کل	۱۲۶	۱۵/۱۹	۶/۵۶
همجوشی شناختی	مرد	۶۳	۲۵/۰۷	۵/۶۴
	زن	۶۳	۲۶/۷۴	۶/۵۰
	کل	۱۲۶	۲۵/۹۰	۶/۰۷
امید به زندگی	مرد	۶۳	۲۲/۰۴	۱۲/۲۶
	زن	۶۳	۲۳/۶۹	۹/۰۱
	کل	۱۲۶	۲۲/۸۷	۱۰/۶۳

در گام دوم برای بررسی رابطه بین متغیرهای پیش بین (مؤلفه های باور فراشناختی و همجوشی شناختی) با متغیر ملاک (امید به زندگی) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۲: ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش با امید به زندگی زوجین

متغیر	آماره	امید به زندگی
خودآگاهی شناختی	ضریب پیرسون	-۰/۵۹
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱
باور مثبت درباره نگرانی	ضریب پیرسون	-۰/۶۷

۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری		مؤلفه های باور فراشناختی
-۰/۶۳	ضریب پیرسون	اطمینان شناختی کم	
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری		کنترل ناپذیری افکار
-۰/۵۸	ضریب پیرسون		
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری		نیاز به کنترل نگرانی
-۰/۶۹	ضریب پیرسون		
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری		همجوشی شناختی
-۰/۵۶	ضریب پیرسون		
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری		

طبق نتایج جدول فوق، بین مؤلفه های باور فراشناختی و همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین رابطه معناداری وجود دارد.

در گام آخر، برای پیش‌بینی امید به زندگی زوجین بر اساس متغیرهای پژوهش از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، بررسی مفروضه های تحلیل فوق نشان داد که بین نمرات متغیرها حالت نرمال بودن چندگانه وجود داشت، روابط بین متغیرها خطی بود و هم خطی چندگانه وجود نداشت.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد باور فراشناختی و همجوشی شناختی در پیش‌بینی امید به زندگی زوجین

مدل	R	R ²	R تعدیل شده	F	Sig
۱	۰/۶۸	۰/۶۳	۰/۶۰	۵۴/۹۷۱	۰/۰۰۱
ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین					
متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	STE	β	T
امید به زندگی	خودآگاهی شناختی	-۰/۹۷۱	۰/۳۹۲	-۰/۱۹۶	-۲/۴۷۴
	باور مثبت درباره نگرانی	-۰/۶۶۴	۰/۳۴۳	-۰/۱۳۸	-۱/۹۳۶
	اطمینان شناختی کم	-۰/۸۳۴	۰/۳۱۴	-۰/۱۸۹	-۲/۶۵۹
	کنترل ناپذیری افکار	-۰/۱۶۶	۰/۰۷۵	-۰/۱۲۸	-۲/۲۲۱
	نیاز به کنترل نگرانی	-۱/۵۱۱	۰/۴۶۷	-۰/۲۷۶	-۳/۲۳۳
	همجوشی شناختی	-۰/۹۱۵	۰/۴۳۸	-۰/۱۶۶	-۲/۰۸۹

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که مدل پیش‌بینی امید به زندگی زوجین توسط مؤلفه های باور فراشناختی و همجوشی شناختی معنی دار است. ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بین نیز نشان می‌دهد که از بین

مؤلفه های باور فراشناختی: خودآگاهی شناختی ۰/۲۰-، اطمینان شناختی ۰/۱۹-، کنترل ناپذیری افکار ۰/۱۳-، نیاز به کنترل فکر ۰/۲۸- و متغیر دیگر پژوهش همجوشی شناختی ۰/۱۷- قابلیت پیش‌بینی معنادار امید به زندگی زوجین را دارند.

نتیجه

نتایج کلی پژوهش حاضر نشان دهنده وجود روابط بین باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین بود. از آنجایی که یکی از اهداف پژوهش حاضر ترسیم مدل رگرسیون بر اساس متغیرهای پیش بین جهت پیش بینی امید به زندگی زوجین بود، از این رو نتایج رگرسیون نشان داد باور فراشناختی و همجوشی شناختی قابلیت پیش بینی امید به زندگی زوجین را دارند.

همانطوری که ذکر شد، قسمت اول نتایج نشان داد بین باورهای فراشناختی و امید به زندگی زوجین رابطه منفی معناداری وجود دارد. زوجینی که در مقیاس باور فراشناختی نمره بالاتری کسب کردند، دارای امید به زندگی پایینی بودند، در مقابل زوجینی که در این مقیاس نمره کمی دریافت کردند، دارای امیدواری بالایی بودند. در تبیین نتیجه به دست آمده، می توان گفت که طبق نظر ولز (Wells, 2009) بیشتر فعالیت های شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارند که بر آن ها نظارت و کنترل دارند. عوامل فراشناختی (خودآگاهی شناختی، باور مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، داشتن باور منفی درباره نیاز به کنترل فکر و باور درباره کنترل ناپذیر بودن نگرانی)، بخش مهمی از فعالیت های شناختی افراد را در بر می گیرد. ولز و کارترایت هاتون (Wells, & Cartwright-Hatton, 2004) باورهای فراشناختی را در پنج بعد زیر طراحی کرده اند: ۱- باورهای مثبت درباره ی نگرانی مثل اینکه نگرانی به من کمک می کند تا مقابله کنم، ۲- باورهای منفی درباره ی نگرانی که تمرکز شان بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی است، ۳- اطمینان شناختی کم، مثل اینکه حافظه ی ضعیفی دارم، ۴- باورهای منفی در مورد افکار که این باورها شامل مواردی مانند تنبیه، خرافات هستند، ۵- خودآگاهی شناختی مثلا به نحوه ی کار ذهنم به شدت توجه می کنم. در مدل فراشناختی ولز (Wells, 2009) افراد باورهای مثبتی را در ارتباط با کارایی نگرانی در کمک به مقابله پرورش می دهند. سپس به واسطه فعال شدن باورهای فراشناختی مثبتی بر غیرقابل کنترل بودن و خطر، نوع دیگری از نگرانی تحت عنوان فرانگرانی در آن ها شکل می گیرد. باورهای فراشناختی که افراد به صورت فرا ارزیابی های منفی از غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی های خود دارند عامل اساسی در شکل گیری اضطراب و نگرانی می باشند (Khanipur; Sohrabi & Tabatabaee, 2011). نتایج مطالعات نشان داده است که نقص در فراشناخت باعث کاهش رضایت از زندگی زوجین می شود. زوجینی

که از راهبردهای نامناسب فراشناختی استفاده می‌کنند رابطه‌ی زناشویی مناسب‌تری نخواهند داشت. هم‌چنین آموزش فراشناخت درمانی نقش تاثیر‌گذاری در بهبود روابط زوجین دارد (Fisher & Wells, 2008). آموزش راهبردهای مناسب فراشناختی به زوجین، باعث بهبود رضایت زناشویی آن‌ها می‌شود. فراشناخت از طریق تعدیل حل مسئله اجتماعی بر فعالیت‌های جسمی و ذهنی اثر می‌گذارد. باورهای فراشناختی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی هستند.

افرادی که نقص فراشناختی در آن‌ها بالاست از سلامت روانی مناسبی برخوردار نمی‌باشند (Ashouri, 2009). راهبردهای فراشناخت با نشانه‌های استرس به طور مثبت معناداری رابطه دارد (Roussis & wells, 2006). این به معنای آن است که هر چه قدر باورهای فراشناختی در زوجین بالا باشد، استرس آنان نیز افزایش خواهد یافت و همین امر ممکن است باعث کاهش امیدواری آنان شود. نقص در فراشناخت با اختلال شخصیت رابطه دارد.

باورهای فراشناختی از عوامل تاثیر‌گذار در بروز اختلالات روانی می‌باشند (Wells, 2009). نتایج مطالعات نشان داده است بین باورهای فراشناختی و اختلالات شخصیت رابطه وجود دارد (Jared & et al, 2016). نتایج مطالعات دیگری نشان داده است که بین خودکارآمدی و باور فراشناختی در بین افراد همبستگی معناداری وجود دارد (Kareshki & Pakmehr, 2011). تمامی مطالب ذکر شده و نتایج این مطالعه از نقش باور فراشناختی در کاهش عملکرد و امید به زندگی افراد حمایت می‌کند.

قسمت دیگر نتایج نشان داد، بین همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین رابطه منفی معناداری وجود دارد. زوجینی که همجوشی شناختی در آن‌ها بالا بود، دارای امید به زندگی کمی بودند، اما زوجینی که همجوشی شناختی در آن‌ها کم بود، امید به زندگی بالایی داشتند. این به معنای آن است که هر چه قدر همجوشی شناختی در افراد بالا باشد، امید به زندگی آنان کاهش خواهد یافت.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که هیز (Hayes, 2004) معتقد است که هیجانات به طور گسترده با افکاری که ناشی از تفاسیر واقعی تجربه‌ها هستند ترکیب می‌شوند و تجربه درونی افراد را غیر قابل تشخیص می‌کنند، که این عامل می‌تواند با تاثیر بر رفتار زوجین، مشکلاتی را برای آنان به بار بیاورد. طبق نظر گیلاندرز و همکاران (Gillanders & et al, 2014) فاصله از افکار گسلش شناختی نامیده می‌شود و روند مبارزه خود را همجوشی شناختی می‌گویند که تمایل برای رفتار بیش از حد تحت تاثیر شناخت است.

در همجوشی شناختی فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند. از نظر آنان، همجوشی شناختی زمانی اتفاق می‌افتد که شخص در بافت فکری خود گرفتار شود (Gillanders & et al, 2015). همجوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذاشته و باعث می‌شوند، فرد به جای توجه به فرایند فکر به تولیدات فکر توجه نماید. زمانی که این فرایند بر تجربه هر یک از زوجین غلبه داشته باشند منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی در بین آن‌ها می‌شود (Baradaran, Zare, Alipour & Farzad, 2016).

زوجینی که همجوشی شناختی در آن‌ها بالا باشد، بیشتر در باب فکری خود درگیر شده و همین امر باعث نارضایتی زناشویی و بر اساس نتایج پژوهش حاضر امید به زندگی آنان کاهش خواهد یافت. بنسون (Banson, 2006) در مرور مطالعات مربوط به امید می‌گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد.

امید یکی از پایه‌های اصلی عملکرد روانی می‌باشد که این اصل روانی، می‌تواند رونق دهنده دستاوردهای زندگی زوجین باشد. امید با نیروی مؤثر خود، سیستم فعالیتی خود را تحریک کرده و دریچه‌های تازه‌ای را به روی زوجین باز می‌کند (Naderi & et al, 2014). از نظر اشنايدر و لویز (Snyder & Lopez, 2001) امید دارای دو مولفه شناختی و عاطفی می‌باشد.

امید می‌تواند پیش‌بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی زوجین باشد. نتایج مطالعه گیلاندرز و همکاران (Gillanders & et al, 2015) نشان داد همجوشی شناختی از عوامل تاثیرگذار در کیفیت زندگی افراد می‌باشد. هر چه قدر همجوشی شناختی در زوجین بالا باشد، بیشتر مستعد افسردگی خواهند بود و هر چه قدر همجوشی شناختی در زوجین کم باشد، کمتر احتمال خواهد داشت دچار افسردگی شوند (Samadifard, 2016). در مجموع می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که همجوشی شناختی از عوامل تاثیرگذار در کاهش کیفیت و امید به زندگی می‌باشد.

در نهایت قسمت آخر نتایج نشان داد که باور فراشناختی و همجوشی شناختی قابلیت پیش‌بینی معنادار امید به زندگی زوجین را دارند. در نتیجه می‌توان بیان نمود که باور فراشناختی و همجوشی شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با امید به زندگی زوجین بودند و توانایی پیش‌بینی آن را دارند. در مجموع با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که، باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی از متغیرهای

مهم در امید به زندگی زوجین می‌باشند. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در بهبود امید به زندگی زوجین به کار بست.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کمبود پیشینه اشاره کرد. هم‌چنین استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن به زوجین شهر اردبیل از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات دیگر از روش نمونه‌گیری تصادفی بهره گرفته و در دیگر شهرها انجام گیرد، تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد. علاوه بر این توصیه می‌شود در مراکز مشاوره، کارگاه‌های قبل و بعد ازدواج، با آموزش‌های غلبه بر راهبردهای نامناسب فراشناختی و هم‌چنین همجوشی شناختی، به زوجین در افزایش امید به زندگی کمک کرد.

References

- Amato, P.R. & Cheadle, J. (2008). Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems : A comparison of adopted and biological children. *Sociol Forces*, 86(3): 1136-1161.
- Ashouri, A. (2009). Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 11(41): 15-20. (In Persian).
- Ahmadi, A. & Shojae, M. (2011). Estimation of life expectancy changes in chaharmahal va bakhtiary province, Iran, during 2005-2009. *J Shahrekord Univ Med Sci*, 13(4): 74-80. (In Persian).
- Akbari, M., Roshan, R., Shaieri, M.R. & Ladan, F. (2014). *The development of transdiagnostic protocol based on repetitive negative thinking for treatment of people with co-occurrence anxiety and depression disorders*. Dissertation. Tehran, Shahed University. [In Persian]
- Ashouri, A., Khaleghi, F. & Saffarian, M.R. (2014). Investigating the effect of meta-cognitive therapy on the rate of marital satisfaction of women. *Woman and family studies*, 6(24): 53-65. (In Persian).
- Akbari, M., Mohamadkhani, S. & Zarghami, F. (2016). The mediating role of cognitive Fusion in explaining the Relationship between emotional dysregulation with anxiety and depression: A transdiagnostic Factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 22(1): 17-29. (In Persian).
- Banson, W. (2006). The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students high school and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. These is for degree of *master of science in the department of educational sciences middle east technical university*.
- Baradaran, M. Zare, H. Alipour, A. & Farzad, V. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive fusion and physical health indicators in

- essential hypertensive patients. *Journal of Cognitive Psychology*, 4(1, 2): 1-9. (In Persian).
- Cunningham, J.B. & Mccrum Gardner, E. (2007). Power, effect and sample size using G Power. Practical issues for researchers and members of research ethics committees. *Evidence Based Midwifery*, 5(4): 6-132.
- Dyrenforth, P.S., Kahsy, D.A., Donnellan, M.B. & Lucas, R.E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries the relative importance of actor, partner and similarity effects. *J Pers Soc Psychol*, 99(4): 690-702.
- Delavar, A. (2000). *Research method in psychology*. Tehran. 8th Ed, Virayesh. 112-113. (In Persian).
- Efklides, A. (2006). Metacognition and affect, what can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educational Research Review*, 1(1): 3-14.
- Elizabeth, A. (2011). United States life table. *National Vital Statistics Report*, 64(11): 1-63.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008), Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 39(2); 117-132.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P.E. & et al. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*, 45(1): 83-101.
- Gillanders, D., Ashleigh, K.S., Margaret, M. & Kirsten, J. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *J Contextual Behav Sci*, 4: 300-311.
- Ghaleb, A.B., Souad, G., & Mutasem, A. (2015). Self-Efficacy, achievement goals, and metacognition as predictors of academic motivation. *Procedia Soc Behav Sci*, 191: 2068 - 2073.
- Ghasemi, A., Abedi, A. & Baghban, I. (2009). The impact of group education based on Snyder's hop theory on the rate of happiness in elderly's life. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 41: 17-40. (In Persian).
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behav Ther*, 35: 639-665.
- Helen, N., Steffen M. & Reinhard, P. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *J obsessive compuls relat disord*, 2: 119-129.
- Iiskala, T., Vauras, M., Lehtinen, E. & Salonen, P. (2011). Socially shared metacognition of dyads of pupils in collaborative mathematical problem-solving processes. *Learn Instr*, 21(3): 379-393.
- Ines, A. & Trindade, C.F. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eat Behav*. 15(1): 72-75.
- Jared, O., Giancarlo, D., Raffaele, P, Kelly, B, Kelly, A. & et al. (2016). Metacognition moderates the relationship of disturbances in attachment with severity of borderline personality disorder among persons in treatment of substance use disorders. *Compr psychiatry*, 64: 22-28.
- Kareshki, H. & Pakmehr, H. (2011). The relationship between self-efficacy beliefs, meta-cognitive and critical thinking with mental health in medical sciences students. *Hakim Health Sys Res*, 14(3): 180-187. (In Persian).

- Kermani, Z., Khodapanahi, M. & heidari, M. (2011). Psychometric properties of Snyder's hope scale. *Journal of Applied Psychology*, 3(19): 7-23. (In Persian).
- Karami, J., Zakiei, A. & Rostami, S. (2013). The role of meta-cognitive beliefs and self-efficacy in predicting social phobia in third grade boy students in Kermanshah. *Journal of school psychology*, 1(1): 62-75. (In Persian).
- Khanipur, H., Sohrabi, F. & Tabatabaee, S. (2011). Comparson of metacognitive belifes and thought control strategies among students with normal and pathological worry. *Research in Clinical Psychology and Counselings*, 1(1): 71-82. (In Persian).
- Lobban, F., Haddock, E., Enderman, P. & Wells, A. (2002). The role metacopinitive beliefs auditory hallucination. *Pers Individ Dif*, 32(6): 1351-1363.
- Morrison, A. P. & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther*, 41: 251-256.
- Mohammadi, M., Yavarian, R. & Arefi, M. (2011). A Comparison of mental health and life expectancy in employed and unemployed women of west Azerbaijan. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 9(1): 39-43. (In Persian).
- Nabawi, J. & Ahmadi, Kh. (2011). The effectiveness of mindfulness-based family therapy on frigidity among divorce seeking women. *Family Counseling and psychotherapy*, 2(3): 412-425. (In Persian).
- Naderi, H., Mokhtari Mirkola, M. & Mohammadpour, M. (2014). The effectiveness of happiness education on life expectancy of divorcing spouses using Fordyce method. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 1(2): 28-39. (In Persian).
- Ripley, J.S. & Worthington, E.L. (2002). Hope-focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of Counseling & Development*, 80(4): 452-463.
- Roussis, P. & wells, A. (2006). Post- traumatic stress symptoms: test of relationships with thought control symptoms: Test of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Perso and Indivi Diff*, 40(1): 111-122.
- Rostami, M., Taheri, A, Abdi, M. & Kermani, N. (2014). The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Procedia Soc Behav Sci*, 114: 693 - 698.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S., Irving, L.M., sigmon, S.T. & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*, 60(4): 570-585.
- Snyder, C.R.Y. & Lopez, S.J. (2001). *Handbook of Positive Psychology US*, Oxford University Press.
- Salarifar, M.H. & Pouretmad, H.R. (2012). The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder. *Yafteh*, 4(13): 29-38. (In Persian).
- Sedation, S.H, Mostajeran, M. & Ghamrani, A. (2012). The comparative analysis of hope and optimism among normal students and those suffering from hearing impairment. *Journal of Exceptional Education*, 4(112): 18-26. (In Persian).
- Samadifard, H.R. (2016). The relationship between cognitive fusion and depression in spouses. *Journal of Management and Social Studies*, 3(7): 147-153.

- Samadifard, H.R. (2015). *The relationship between self-compassion and cognitive fusion with quality of life among students*. The international congress of psychology. Iran, Tehran. (In Persian).
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Goodarzi, M., Rahimi, Ch. & Naziri, Gh. (2009). Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology*, 12(4): 445-461. (In Persian).
- Vander Heiden, C., Muris, P. T. & Vander Molen, H. (2012), Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 50(2): 100-109.
- Vohs, J.L., Lysaker, P.G., Francis, M.M., Hamm, J., Buck, K.D. & et al. (2014). Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophr Res*, 153: 54-59.
- Valizade, M., Hasanvandi, S., Mehrabizade Honarmand, M. & Afkar, A. (2013). Effectiveness of group metacognitive therapy for Students metacognitive beliefs and anxiety. *Social and Behavioral Sciences*, 84: 1555-1558.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42: 385-396.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford, 1-22.
- Zare, H. (2014). Standardizing of the social scale of cognitive fusion Gillanders based on Bohrnstedt model. *Social Psychology Research*, 15(4): 16- 28. (In Persian).



اثربخشی مشاوره گروهی به روش ساختاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی^۱

Effectiveness of group counseling with structured approach on Family Function and Marital Satisfaction

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۹

Iman SeyyedMoharrami, BahramAli Ghanbari Hashemabadi,
MohammadJavad Asghari Ebrahimabad

ایمان سیدمحرمی^۲، بهرامعلی قنبری‌هاشم آبادی^۳، محمد جواد
اصغری‌ابراهیم‌آباد^۴

Abstract

Purpose: To investigate the effectiveness of a structured approach to group counseling on family function and marital satisfaction in married women.

Method: The research design was quasi-experimental with a pretest-posttest control group design. The population was the married women who had been referred to the Faculty of Education and Psychology's clinic in Ferdowsi University of Mashhad, for marital and family problems. From among them, 20 married women were selected through convenience sampling. The marital satisfaction questionnaire and the family function scale were used for data collection. The experimental group participated in 8 two-hour-long sessions of group counseling, while the control group received no training. Then, the data were analyzed using one-way analysis of covariance.

Findings: The results showed significant differences in favor of the experimental condition on family function and marital satisfaction as compared with the control group ($p < 0.05$). The findings also suggested that a structured group counseling approach can improve family function and marital satisfaction in married women.

Keywords: structured treatment, group counseling, marital satisfaction, family function

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد ساختاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان متأهل.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری زنان متأهلی بودند که به خاطر مشکلات زناشویی و خانوادگی به کلینیک دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کرده بودند. از بین مراجعه کنندگان ۲۰ زن متأهل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه رضایت زناشویی و مقیاس عملکرد خانواده بود. گروه آزمایش در ۸ جلسه مشاوره گروهی هر جلسه به مدت ۲ ساعت شرکت نمود و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. داده‌های خام به روش تحلیل کواریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار در عملکرد خانواده و رضایت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه بود ($p < 0.05$). یافته‌ها بیانگر این مطلب است که مشاوره گروهی با رویکرد ساختاری می‌تواند عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در زنان متأهل را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: درمان ساختاری، مشاوره گروهی، رضایت زناشویی، عملکرد خانواده

۱. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره می‌باشد.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد، iman_moharrami@yahoo.com

۳. نویسنده مسئول: استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ghanbarih@um.ac.ir

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، mjasghari@um.ac.ir

مقدمه

خانواده قدیمی‌ترین نهاد اجتماعی است که از زمان پیدایش بشر وجود داشته و اساس تشکیل جامعه است (Kalvandi, 2011). خانواده نقش مهمی در رشد زیستی، روانی، اجتماعی و حفاظت از اعضای خود ایفا می‌کند (Zahrakar & Jafari, 2011) و سیستمی است که اعضای آن با یکدیگر در تعامل هستند و بریکدیگر تأثیر می‌گذارند. تعاملات و الگوهای مراوده‌ای که بین اعضای خانواده جاری است عملکرد خانواده را به وجود می‌آورد و یک عملکرد سالم نشان دهنده این مطلب است که الگوهای مراوده‌ای و تعاملات بین اعضای خانواده، در رسیدن به اهداف خانواده سودمند و موثر است (Hasani, 2012). عملکرد خانواده یکی از متغیرهایی است که اوضاع و شرایط خانواده را در حوزه‌های مختلف ارزیابی می‌کند (Mohseni & et al, 2011) و نشان دهنده توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، رعایت حد و مرزها، اجرای مقررات و اصول و الگوهای انضباطی است (Karamati, Moradi & Kaveh, 2006). عملکرد خانواده در ابعاد هفت گانه حل مشکل^۱، ارتباط^۲، نقش^۳، همراهی عاطفی^۴، آمیزش عاطفی^۵، کنترل رفتار^۶ و عملکرد کلی^۷ تعریف می‌شود (Sanaei zaker, 2008). عملکرد سالم در یک محیط خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش‌های واضح و روشن، پیوستگی و انسجام و تنظیم احساسی مناسب مشخص می‌شود و این در حالی است که عملکرد نامناسب در یک خانواده با سطوح بالای تعارضات، آشفتگی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف خود را نشان می‌دهد (Lewandowski & et al, 2010). از طرفی برای ارتقای عملکرد و سلامت خانواده مفهوم رضایت زناشویی^۸ نیز مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات پژوهشگران نشان می‌دهد خانواده‌هایی که در آن زن و شوهر با هم تفاهم دارند و رضایت بین آنها وجود دارد عملکرد مناسب‌تری دارند و نقش‌های خود را بهتر ایفا می‌کنند (Bakhshi, Asadpour & Khodadadizadeh, 2007). نتایج مطالعات گریف و مالهرب (Greef & Malherbe, 2001) حاکی از آن است که رضایتمندی زناشویی یکی از مهمترین تعیین‌کننده‌های عملکرد سالم در نهاد خانواده می‌باشد.

بایاخ (Beyebach, 2009) معتقد است در نهاد خانواده زنان بیشتر از سایر اعضای خانواده در معرض

-
1. Family Functioning
 2. Problem Solving
 3. Relationship
 4. Role
 5. Emotional Support
 6. Emotional Involvement
 7. Behavior Management
 8. Overall Function
 9. Marital Satisfaction

آسیب هستند و عدم رضایت زناشویی یکی از آسیب های اساسی در نظام خانواده به ویژه در آغاز ازدواج است. از همان روزهای آغازین زندگی مشترک، عدم توافقه های جدی و مکرر بین زن و شوهر به وجود می آید که اگر حل نشود می تواند رضایت و ثبات زناشویی را با تهدید جدی مواجه کنند (Rosen-Grandon, 2004). (Myers & Hattie, 2004). گلاس (Glasser, 2000) علت نارضایتی زناشویی را تضاد خواسته های زوجین، غیر واقعی بودن خواسته ها و ناتوانی در ارزیابی درست از رفتارهای خود می داند. از سوی دیگر، روابط رضایت بخش برای زن و شوهر و فرزندان فواید زیادی در بردارد که از جمله آن افزایش سلامت روانی و جسمانی زن و شوهر و فرزندان و نیز افزایش انعطاف پذیری آن ها در مواجهه با فشارهای زندگی است (Halford, Sanders & Behrence, 2001). آلکرنای (Al-Krenawi, 2012) در پژوهش خود نشان داده است که ساختار خانواده پیش بینی کننده اصلی عملکرد خانواده، رضایت زناشویی و عزت نفس پایین است. نظر به این که یکی از محورهای ارزیابی سلامتی خانواده، سلامت عملکرد آن خانواده و میزان رضایت زناشویی زوجین می باشد بی شک این محور ارزیابی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی خانواده ایفا می کند و لازم است تدابیری جهت بهبود و ارتقای آن اندیشیده شود که اهمیت این نکته در مواقعی که عملکرد خانواده و رضایت زناشویی کاهش می یابد، بیشتر می شود. از این رو انجام مداخلات مرتبط با عملکرد خانواده و رضایت زناشویی از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. در این راستا استفاده از مشاوره گروهی روشی است که کمتر در امر سلامت خانواده و رضایت زناشویی پرداخته شده است.

مشاوره گروهی^۱ نوعی از مشاوره است که در آن یک و گاهی دو مشاور با تقریباً ۸ الی ۱۰ نفر شرکت کننده دور هم می نشینند تا راه حلی برای مشکل بیابند (Shafi Abadi & Naseri, 2006). این روش به مشکلاتی که در سطح هشیار مراجعان قرار دارد تمرکز می کند و بر تغییرات عمده شخصیت تاکید ندارد و هدف آن اصلاح، پیگیری و آموزش است و فرایندهای بین فردی و راهبردهای حل مساله را که بر افکار، احساسات و رفتارهای هشیار مبتنی هستند را شامل می شود. اعضای مشاوره گروهی درگیر مشکلات مربوط به وظایف رشدی گستره زندگی و فشارهای ناشی از بحرانهای محیطی هستند (Corey & Corey, 2011). مشاوره گروهی بر اساس درمان ساختاری^۲ مفاهیم مربوط به ساختار خانواده، نظامهای فرعی خانواده، مرز بین خرده نظام های مختلف و همین طور بین خانواده و محیط بزرگتر، غنا یا فقر کارکرد های خانواده، انعطاف پذیری یا عدم انعطاف پذیری خانواده در مواجهه با مسائل و بحرانها و وحدت یا عدم وحدت

1. Group Counseling
2. Structural Therapy

خانواده را مورد توجه قرار می‌دهد. بر اساس نظر نیکولز (Nickols, 2009) رویکرد ساختاری مبتنی بر ۳ مفهوم تنوریک اساسی می‌باشد. ساختار خانواده^۱، زیرسیستم‌های خانواده^۲ و مرزهای خانواده^۳. درمانگران ساختاری معتقدند که ساختار سازمانی زیربنایی خانواده یعنی الگوهای تعاملی پایدار و نظم دهنده آن و انعطاف‌پذیری آن در پاسخ به شرایط متغیر در سراسر چرخه زندگی خانوادگی است که باعث بروز الگوهای کارساز یا بدکار می‌گردد. از نظر ساختار گرایان تعیین‌کننده‌های اصلی بهزیستی اعضای خانواده شامل کلیت نظام خانواده، تأثیر سازمان مرتبه‌ای خانواده و کارکرد به هم پیوسته نظامهای فرعی آن می‌باشد (Goldenberg & Goldenberg, 2012).

ساختار خانواده همان الگوهای سازمان یافته تعامل اعضای خانواده است. ساختار به شیوه تقسیم کارهای سیستم به چند خرده سیستم و هماهنگی این واحدها با یکدیگر می‌پردازد و شامل الگوهای اقتدار، ارتباط و انواع تعامل نیز می‌شود. تنظیم روابط خرده سیستم‌ها نیز از طریق ساختار سازمانی تأمین می‌گردد. بخشی از ساختار خانواده به وسیله محدودیت‌های کلی و بخش دیگر آن به وسیله محدودیت‌های فردی شکل می‌گیرد (Nickols, 2009).

خانواده‌ها کارکردهای اصلی خود را تا حدودی از طریق سازمان‌یابی در قالب زیرسیستم‌های همزمانی که اغلب آرایش مرتبه‌ای دارند تحقق می‌بخشند (Goldenberg & Goldenberg, 2012). بنابراین زیرسیستم‌ها به نوعی، اجزای ساختار خانواده محسوب می‌شوند و هدف از وجود زیرسیستم‌ها، اجرای تکالیف خانوادگی ضروری برای کل نظام خانواده می‌باشد. همچنین مرزهای درون خانواده از لحاظ نفوذپذیری (انعطاف‌پذیری)^۴ با یکدیگر متفاوت است و تعیین‌کننده میزان دسترسی به هر خرده نظام و ماهیت و فراوانی ارتباطات بین اعضای خانواده می‌باشد. در صورتی که مرزهای بین زیرسیستم‌ها کاملاً مشخص باشد همزمان با ایجاد حس تعلق در افراد خانواده آنان را از یکدیگر متمایز می‌سازد.

با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر به این سوال پرداخته است که آیا مشاوره گروهی با رویکرد ساختاری در شرایطی که متغیرهای تاثیرگذار بر رضایت زناشویی و عملکرد خانواده از جمله سن، سطح سواد، وضعیت مالی و تعداد فرزندان کنترل و یا حذف شده اند، می‌تواند رضایت زناشویی و عملکرد خانواده زنان متأهل را بهبود ببخشد و آیا بین عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنانی که مشاوره ساختاری دریافت کرده اند و گروهی که هیچ درمانی دریافت نکرده اند تفاوت معناداری وجود دارد؟

-
1. Structure of Family
 2. Subsystems of Family
 3. Boundaries of Family
 4. Flexibility

روش

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش-پس آزمون همراه با گروه گواه می باشد. جامعه آماری را زنان متأهلی که به کلینیک دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه مورد نظر ۲۰ زن متأهل بودند که به روش نمونه گیری در دسترس از بین مراجعه کنندگانی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند انتخاب شدند و به منظور حذف و کنترل متغیرهای اضافی احتمالی به طور تصادفی در دو گروه (گروه آزمایشی و گروه گواه) قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح دارا بودن حداقل یک فرزند، سطح سواد حداقل دیپلم، وضعیت اقتصادی متوسط به بالا، سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال، کسب نمره پایین تر از ۶۰ از پرسشنامه رضایت زناشویی و کسب نمره پایین تر از ۱۱۰ از مقیاس عملکرد خانواده بود. معیارهای خروج عدم حضور در ۲ جلسه و شرکت کردن همزمان در گارگاه های درمانی بود. برای اندازه گیری رضایت زناشویی و عملکرد خانواده از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و مقیاس سنجش عملکرد خانواده استفاده شد.

پرسشنامه رضایت زوجی انریچ^۱ به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعدد برای بررسی میزان و عوامل رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. فاورز و اولسون (Fowers & Olson, 1989) از این پرسشنامه برای بررسی میزان رضایت زناشویی استفاده کرده اند و معتقد هستند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می آید حساس است. این مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس ۳۵ ماده ای می باشد که می تواند به عنوان یک ابزار تحقیق در زمینه رضایت زناشویی، ارتباطات، و حل تعارض استفاده گردد. پرسشنامه به صورت پنج گزینه ای می باشد و یک نگرش سنج از نوع لیکرت است. این پرسشنامه برای هر یک از ماده ها پنج گزینه در نظر گرفته است که شامل کاملاً مخالفم، مخالفم، نه موافق و نه مخالف، موافقم، کاملاً موافقم می باشد که برای آنها نمره ای از ۱ تا ۵ تعلق می گیرد. برخی از سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شود و به عبارت کاملاً موافقم نمره ۱ و به عبارت کاملاً مخالفم نمره ۵ تعلق می گیرد. فاورز و السون (Fowers & Olson, 1993) با استفاده از نمونه گیری تصادفی در تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند که با استفاده از این پرسشنامه می توان با دقت ۸۵ تا ۹۵ درصد بین زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. اولسون و فورز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه را ۰/۹۲ بدست آورده اند. سلیمانان (Soleimanian, 1994) ضریب پایایی ۰/۹ را برای این پرسشنامه گزارش کرده است. ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مقیاسهای رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس های رضایت

1. Enrich Satisfaction Questionnaire Couple

از زندگی ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن می باشد (Sanaei Zaker, 2000). اعتبار پرسشنامه رضایت زوجی با ضریب آلفای کرونباخ توسط لارسون و اولسون (Larson & Olson, 1989) ۰/۹۲ گزارش شده است.

مقیاس سنجش عملکرد خانواده (FAD-1) بر اساس الگوی مک مستر، توسط اپستین، بالدوین و بیشاپ (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) طراحی شده و دارای ۵۳ ماده، با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است. برای نمره گذاری مقیاس عملکرد خانواده به هر سوال ۱ تا ۴ نمره با استفاده از این کلید واژه ها داده می شود و به پاسخ کاملاً موافقم ۱، موافق ۲، مخالف ۳ و کاملاً مخالف ۴ نمره داده می شود. در این مقیاس، نمرات کمتر از ۱۱۰ بیانگر عملکرد مختل و نمرات بالاتر از ۱۴۶ عملکرد سالم می باشد. اپستین، بالدوین و بیشاپ (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) ضریب آلفای کرونباخ مربوط به ابعاد مقیاس سنجش عملکرد خانواده را بین ۰/۷۲ و ۰/۹۲ گزارش کرده اند. در تحقیقی دیگری در ایران ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ در خرده مقیاس ها و در مقیاس کلی ۰/۹۲ تعیین کرده اند (Zadeh mohammadi & Malek khosravi, 2006). در ایران نجاریان (Najarian, 1995) برای اولین بار مقیاس عملکرد خانواده را ترجمه، هنجاریابی و میزان سازی کرد. وی در پژوهشی با عنوان بررسی ویژگی‌های روانسنجی ابزار سنجش خانواده که روی نمونه‌ای با حجم ۵۰۱ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام داد، ضمن تأیید اعتبار نسخه فارسی این آزمون (FAD-I)، که دارای ۴۵ سؤال است، اعتبار کل آزمون را ۰/۹۳ بدست آورد که در سطح $P \leq 0/001$ معنادار می باشد. وی با استفاده از روش تحلیل عاملی توانست سه سازه یا عامل را شناسایی و نام گذاری کند. این سازه ها عبارتند از ۱- نقشهای خانوادگی ۲- حل مسأله و ۳- همراهی عاطفی. در ایران علاوه بر FAD-I نسخه های دیگری از این آزمون هنجاریابی و تحلیل عاملی شده است. این نسخه ها ۴۱، ۴۳، ۵۳ و ۶۰ سؤالی می باشند. بهاری (Bahari, 2000) در پژوهش خود از فرم ۴۵ سؤالی FAD-۱ استفاده کرده و پایایی آنرا ۰/۹۴ بدست آورده است. در پژوهش حاضر از فرم ۴۵ سؤالی مقیاس عملکرد خانواده استفاده شد.

در پژوهش حاضر ابتدا مراجعه کنندگان به کلینیک، پرسشنامه رضایت زناشویی و مقیاس عملکرد خانواده را تکمیل نمودند و از بین کسانی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند ۲۰ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از گروه ها پیش آزمون گرفته شد و گروه آزمایش در ۸ جلسه مشاوره گروهی به روش ساختاری و هر جلسه به مدت ۲ ساعت شرکت نمود و گروه گواه هیچ

مداخله ای دریافت نمود. بعد از اتمام جلسات از گروه آزمایش و گروه گواه پس آزمون گرفته شد. درمان ساختاری به عنوان متغیر مستقل و تاثیر گذار و رضایت زوجین و عملکرد خانواده به عنوان متغیر وابسته و تاثیر پذیر در نظر گرفته شد. در نهایت اطلاعات جمع آوری شده از هر دو گروه وارد سیستم رایانه شد و با نرم افزار SPSS ورژن ۱۶ مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد لذا به منظور کنترل تاثیر پیش آزمون بر نمرات پس آزمون، برای تعیین میزان اثربخشی مشاوره گروهی ساختاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان متاهل از آزمون تحلیل کوواریانس یک راه استفاده شد.

خلاصه ای از جلسات مشاوره گروهی با رویکرد ساختاری بر اساس کتاب خانواده و خانواده درمانی مینوچین (Minuchin, 2013) تنظیم و در جدول (۱) ارائه شد. روال کلی در جلسات مشاوره گروهی با رویکرد ساختاری در ابتدا تشخیص ساختارهای معیوب و الگوهای تعاملی تکراری و غلط و در ادامه ارائه سخنرانی و آموزش و دادن تکالیف به شرکت کنندگان بود.

جدول ۱. ساختار جلسات مشاوره گروهی با رویکرد ساختاری بر اساس کتاب خانواده و خانواده درمانی مینوچین

جلسه	محتوای جلسات مشاوره گروهی به روش ساختاری
اول	آشنایی با شرکت کنندگان، بیان مشکلات و مسائل و قصه زندگی مراجعان، آگاه سازی مراجعان از روند جلسات درمان، اهداف درمان ساختاری و مزیت های روش مشاوره گروهی
دوم	استخراج نقشه خانواده شرکت کنندگان شامل خرده نظام ها، تبانی ها و ائتلاف ها و الگوهای مراوده ای برای ایجاد فرضیه ای که نشان می دهد کدام ناحیه از خانواده مختل است
سوم	ایجاد زیرمنظومه های جدید یا اصلاح زیرمنظومه های قبلی خانواده از طریق آموزش دستکاری و تغییر فضا در محیط خانواده
چهارم	آموزش تغییر در مرزهای خانواده بر اساس نقشه خانواده با هدف ایجاد مرزهای روشن
پنجم	بررسی استرس های وارده بر خانواده شرکت کنندگان، بررسی ائتلاف ها، مثلث سازی ها، بیراهه روی و نحوه پاسخ خانواده ها به شرایط استرس زا
ششم	اصلاح و تغییر الگوهای مراوده ای خانواده از طریق آموزش ارتباط موثر و استفاده از مشاوره گروهی برای ایجاد تمایز یافتگی با خانواده اصلی و رسیدن به توافق و تبادل نظر بر سر برقراری ارتباط جدید با والدین، همشیرها و فامیل همدیگر و تغییر وفاداری های گذشته
هفتم	آشناسازی مراجعان با چرخه زندگی خانوادگی، مشکلات و تنش هایی که در هر مرحله وجود دارد، آموزش و آگاهی دادن به مراجعان برای انجام وظایفی که خاص هر مرحله است
هشتم	اختتام، مشاهده وضعیت فعلی مراجعین و نحوه تعاملات آنان، بررسی تکالیف، تقدیر و تشکر از شرکت کنندگان و تحسین آنها برای تعمیم یافته ها به خارج از جلسات

یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر دو متغیر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعاتی همچون میانگین و انحراف استاندارد دو متغیر فوق در جدول زیر ارائه گردید.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه در

مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد خانواده	گروه آزمایش	پیش آزمون	۹۹/۱۱	۱۸/۷۸
		پس آزمون	۱۲۹/۴۴	۱۶/۶۱
	گروه کنترل	پیش آزمون	۱۰۴/۵۷	۱۰/۱۶
		پس آزمون	۱۰۵/۸۶	۸/۰۷
رضایت زناشویی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۸۶	۱۸/۵۷
		پس آزمون	۱۱۰/۷۵	۲۳/۱۰
	گروه کنترل	پیش آزمون	۸۸	۹/۶۲
		پس آزمون	۸۷/۷۱	۹/۴۴

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و پاسخ به سوال پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایشی و گواه، از آزمون کالموگروف اسمیرنوف^۱ استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف می‌توان گفت که توزیع نمره‌های عملکرد خانواده در مرحله پیش آزمون ($Z=۰/۶۲$, $P=۰/۸۳۶$) و پس آزمون ($Z=۰/۵۴$, $P=۰/۹۳۲$) و توزیع نمرات رضایت زناشویی در مراحل پیش آزمون ($Z=۰/۴۵$, $P=۰/۹۸۵$) و پس آزمون ($Z=۰/۴۵$, $P=۰/۹۸۴$) نرمال می‌باشد (جدول شماره ۳).

جدول ۳. سطوح معناداری حاصل از آزمون کالموگروف اسمیرنوف عملکرد خانواده و رضایت زناشویی

گروه آزمایشی و گواه

متغیر	نوع آزمون	گروه آزمایشی ساختاری	گروه گواه
عملکرد خانواده	پیش آزمون	۰/۸۳	۰/۷۶
	پس آزمون	۰/۹۷	۱
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۰/۹۹	۰/۹۵
	پس آزمون	۰/۹۷	۰/۹۷

1. Kolmogorov-Smirnov

همچنین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها در گروه آزمایش و گواه از آزمون لون^۱ استفاده گردید که نتایج نشان داد همگنی واریانس ها در دو گروه رعایت شده است ($p > 0/05$) (جدول شماره ۴).

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون لون عملکرد خانواده و رضایت زناشویی گروه آزمایشی و گواه

متغیر	F	سطح معناداری
عملکرد خانواده	۰/۶۰	۰/۵۵
رضایت زناشویی	۱/۴۵	۰/۲۵

با توجه به رعایت مفروضه های فوق، آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه به کار گرفته شد و نتایج حاصل از اجرای آزمون در جدول ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه عملکرد خانواده در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آماری
پیش آزمون	۸۲/۲۵	۱	۸۲/۲۵	۰/۴۲	۰/۵۲	۰/۰۳
گروه	۲۲۷۲/۷۴	۱	۲۲۷۲/۷۴	۱۱/۷۳	۰/۰۰۵	۰/۴۷
خطا	۲۵۱۶/۸۲	۱۳	۱۹۳/۶۰			
کل	۲۳۱۸۴۲	۱۶				

R Squared=۰/۴۷

بر اساس نتایج حاصل از اجرای آزمون کوواریانس که در جدول شماره ۵ ارائه شده است بین گروه آزمایش و گواه در متغیر عملکرد خانواده تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1,13)}=11/73$ ، $p<0/05$) و با توجه به بیشتر بودن میانگین نمرات عملکرد خانواده در گروه آزمایش ($M=129/44$) در مقایسه با گروه گواه ($M=105/86$) می توان گفت که مشاوره ی گروهی ساختاری بر عملکرد خانواده گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تأثیر مثبت و معناداری دارد و ۴۷ درصد تغییرات به وجود آمده در عملکرد خانواده زنان متهامل ناشی از روش مداخله ساختاری بوده است ($R\text{ Squared}= 0/47$).

1. Levene's Test.

جدول ۶. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان-آماري
پیش آزمون	۹۵۳/۱۵	۱	۹۵۲/۱۵	۳/۴۴	۰/۰۸	۰/۲۲
گروه	۱۷۶۵/۷۹	۱	۱۷۶۵/۷۹	۶/۳۸	۰/۰۲	۰/۳۴
خطا	۳۳۱۸/۷۷	۱۲	۲۷۶/۵۶			
کل	۱۵۶۲۵۲	۱۵				

R Squared=۰/۴۶

براساس نتایج ارائه شده در جدول شماره ۶، بین رضایت زناشویی زنان گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1,12)}=6/38$ ، $p<0/05$). با توجه به بیشتر بودن میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمایش ($M=110/75$) در مقایسه با گروه گواه ($M=87/71$) می‌توان گفت که مشاوره‌ی گروهی با رویکرد ساختاری بر رضایت زناشویی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تأثیر مثبت و معناداری دارد و ۴۶ درصد تغییرات به وجود آمده در رضایت زناشویی زنان متاهل ناشی از اثر مشاوره گروهی ساختاری بوده است ($R\text{ Squared}=0/46$).

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی مشاوره گروهی ساختاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی انجام شد. با کنترل نمره پیش آزمون، بین عملکرد خانواده گروه آزمایش ساختاری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. یافته‌ها نشان داد که ۴۷ درصد تغییرات به وجود آمده در عملکرد خانواده گروه آزمایش ناشی از شرکت در گروه ساختاری بوده است. موسوی، مرادی و مهدوی‌هرسینی (Mousavi, Moradi & Mahdavi Harsini, 2005) تأثیر خانواده درمانی ساختاری را بر رضایت زناشویی و عملکرد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی به اثبات رسانده‌اند که از جهاتی همسو با پژوهش حاضر است. همچنین یافته‌های مطالعه گلدنبرگ و گلدنبرگ (Goldenberg & Goldenberg, 2009) و پژوهش مینوچین به نقل از ثنایی ذاکر (Minuchin, 1974; Sanaei Zaker, 2013) با این نتیجه همخوانی دارد. در پژوهش مینوچین به کارگیری درمان ساختاری سبب بهبود انعطاف‌پذیری در تعاملات و فرآیند ارتباطات اعضای خانواده شده بود. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش گریف و درشلر به نقل از کار (Greef & Drshler, 1997; Carr, 2001) نیز هماهنگ است. پژوهش مذکور اثربخشی درمان ساختاری بر بهبود عملکرد خانواده به ویژه در ایجاد نقش‌های والدینی سازگارتر در خانواده‌های معتادان

به هروثین به اثبات رسانده است.

در تبیین تاثیر مشاوره گروهی ساختاری بر عملکرد خانواده می توان گفت که یک خانواده با عملکرد مختل، خانواده ای است که عملکرد ساختار آن خانواده کاهش یافته است و سازمان خانواده به هم ریخته است (Rosenberg, 1983). گلدنبرگ و گلدنبرگ (Goldenberg & Goldenberg, 2009) معتقد هستند که یک خانواده برای کارساز بودن و داشتن یک عملکرد سالم باید مرزبندی های نسلی روشنی داشته باشد، اعضا در موضوعات اساسی اتحاد داشته باشند و دارا بودن قدرت و اقتدار همراه با قاعده باشد. در این راستا مشاوره با رویکرد ساختاری توانست با اصلاح مرزهای خانواده، افرادی را که قبلا نقش اصلی خود را از دست داده بودند مجددا در زیرمنظومه های خاص خود مستقر کند. سیستم خانواده دوباره بارور شد و اعضای خانواده با قرار گرفتن در نقش اصلی خود که آن را گم کرده بودند، توانستند مسئولیت های جدید خود را به خوبی انجام دهند. با ایجاد تغییر در تکالیف هر کدام از زیرمنظومه های خانواده و اصلاح وضعیت مرزهای خانواده بخشی از عملکرد خانواده بهبود پیدا کرد. اصلاح وضعیت مرزهای خانواده به نحوی انجام شد که علاوه بر تبادل اطلاعات و احساسات، هویت فردی هر یک از اعضای خانواده در موضع زوجین، والدین و کودک حفظ گردید. درمانگر در مراحل پایانی درمان، تغییر ایجاد شده در سازمان خانواده و قواعد خانواده و تلاش مراجعان برای وضع قوانین منعطف و مناسب برای رفتار فرزندان را ارزیابی کرده و از فنون متعدد برای بر هم زدن ائتلاف های (مثلث ها) بین اعضای خانواده مراجعان بهره گرفت. بنابراین میتوان گفت در پژوهش حاضر، تغییرات حاصله در عملکرد خانواده در اثر مداخلات بازسازی از قبیل مرزسازی، تقویت زیرمنظومه زناشویی، والدینی و فرزندان بدست آمد. همچنین آموزش به مراجعان برای ایجاد قواعدی متناسب با چرخه زندگی خانواده، نظم و انسجام خوبی را در خانواده به وجود آورد.

از سوی دیگر، با کنترل نمره پیش آزمون، بین رضایت زناشویی در گروه ساختاری و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. یافته ها نشان داد که ۴۶ درصد تغییرات به وجود آمده در رضایت زناشویی گروه آزمایش ناشی از شرکت در جلسات مشاوره گروهی ساختاری بوده است. همسو با نتیجه پژوهش حاضر سودانی، شهریاری و شفیع آبادی (Sudani, shahriari & Shafi Abadi, 2009) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش خانواده درمانی ساختی به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین ارجاعی به شعب شورای حل اختلاف شهرستان باغ ملک که بر روی نمونه متشکل از ۳۰ زوج انجام شد، به این نتیجه رسیدند که خانواده درمانی ساختاری موجب کاهش تعارضات زناشویی و مؤلفه های آن در پس آزمون و در

مرحله پیگیری شده است. اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر کاهش تعارض‌های زناشویی و مؤلفه‌های آن توسط پژوهشگران متعدد تأیید شده است (Carr, 2001؛ Vincent, Hannonson & Lundbland, 2006؛ Fincham, Beach & Davilla, 2007؛ Wises & Grey, 2006).

در تبیین اینکه چگونه مشاوره گروهی با رویکرد ساختاری توانست رضایت زناشویی مراجعان را بهبود ببخشد لازم است به نظر مینوچین (Minuchin, 1974) اشاره کرد که معتقد است الگوهای تبادلی بین اعضای خانواده تنظیم‌کننده رفتار آنها می‌باشد. لذا در پژوهش حاضر الگوهای تبادلی بین اعضای خانواده و نحوه ارتباط برقرار کردن آنها بررسی شد و الگوهای معیوب و تکراری، اصلاح یا تغییر پیدا کرد. محدودیت‌هایی شامل قواعد عام (همگانی) و قواعد فردی برای اعضای خانواده مشخص شد و بدین صورت بخشی از نارضایتی بین زن و شوهر بهبود پیدا کرد. از سوی دیگر کارکردهای زیرمنظومه زناشویی که از مباحث اصلی درمان ساخت نگر می‌باشد بررسی شد. دو وظیفه مهم زیرمنظومه زناشویی یعنی ارضای نیازهای یکدیگر (زن و شوهر) و حمایت روانی-اجتماعی از همدیگر در جلسه درمان بررسی شد. با ارائه تکالیفی به زنان شرکت‌کننده در پژوهش در مورد توجه به یکدیگر و رفع نیازهای متقابل مراجعانی که در انجام این وظایف کوتاهی کرده بودند تغییر پیدا کردند. حمایت روانی-اجتماعی زن و شوهر با تقویت مرزهای خانواده بهبود پیدا کرد. در نتیجه حمایت زن و شوهر (زیرمنظومه زناشویی) از همدیگر در مقابل زیرمنظومه‌های دیگر سبب افزایش رضایت زناشویی آنها شد. همچنین تکالیف ارائه شده از جانب مشاور به افراد کمک کرد تا با آشکار ساختن تعارضات موجود بین زن و شوهر در یک گفتگوی دو نفره، امکان حل و فصل تضادهای موجد تعارضات را فراهم کنند و عملاً روش درست حل تعارضات را آموخته و به کار گیرند. گلدنبرگ و گلدنبرگ (Goldenberg & Goldenberg, 2012) عامل اصلی در کارکرد هماهنگ خانواده را میزان جور بودن نیازها و توانمندی‌های اعضا و مقدار خشنودی آنها از روابط متقابل می‌دانند. در این راستا به مراجعان آموزش داده شد که زن و شوهر مکمل یکدیگر باشند و اعضای خانواده به ویژه زن و شوهر، به صورت گروهی عمل کنند و در عین حال وابستگی متقابلشان به یکدیگر را بپذیرند. یکی از تکنیک‌هایی که در بهبود رضایت زناشویی نقش موثری داشت این بود که برای تغییر یک عضو در خانواده به عضو دیگری که رابطه نزدیک و تکمیل‌کننده با وی داشت (زن و شوهر) گفته شد که به او برای تغییر کمک کند زیرا او به تنهایی قادر به این کار نیست. این تاکتیک حرکت یک عضو در خانواده را بدون مکملیت و حمایت دیگری دشوار می‌ساخت و "من" بدون "تو" را به معارضه طلبید. این روش شرکت‌کنندگان در طرح را به صورت یاردرمانگرانی در خارج از جلسه مشاوره گروهی و در منزل درآورد. این

تکنیک را مینوچین به نقل از ثنایی ذاکر (Minuchin, 1974; Sanaei Zaker, 2013) تحت عنوان دوجانبگی به کار می برد و در این پژوهش نیز سبب تحرک شرکت کنندگان در جلسه شد. همچنین در پژوهش حاضر از تعبیر و تفسیرهای فردگرایانه پرهیز شد و مشکلات و ناراحتی ها هم به زن و هم به شوهر نسبت داده شد. این گونه می توان نتیجه گیری کرد که درمان ساختاری می تواند عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در زنان متاهل را بهبود ببخشد. مشاوره ساختاری عملکرد خانواده شرکت کنندگان در پژوهش را تغییر داد. در پژوهش حاضر متغیرهای مزاحم از طریق همگون سازی گروه آزمایش و گروه گواه و جایگزینی تصادفی افراد در دو گروه حذف شدند. با توجه به این اینکه تأثیرات درمان ساختاری عمیق است و سازمان خانواده را تغییر می دهد ممکن است این تغییرات در دراز مدت اثرات بیشتری را داشته باشد. در طی جلسات میانی مراجعان از وضعیت به وجود آمده در محیط خانواده ناراضی بودند و اذعان داشتند که به شرایط قبلی عادت کرده بودند. این نگرانی و ناراحتی به خاطر بر هم خوردن الگوهای تعاملی بین اعضا، تغییر یا اصلاح مرزهای بین زیرمنظومه ها و از بین رفتن ائتلاف های بین اعضای خانواده بود. ساختار و سازمان معیوب خانواده در ظاهر آرامش بخش و در اصل خود مخرب و نابود کننده رابطه بین اعضای خانواده و عملکرد خانواده بود. در پژوهش حاضر ساختار معیوب خانواده شرکت کنندگان در طرح، به کمک فنون و تکالیف و آموزش های رویکرد ساختاری تغییر کرد و به دنبال آن بسیاری از تغییرات سازنده به وجود آمد. همچنین رضایت زناشویی یک متغیر نگرشی است و خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می شود (Nazari, 2009). این به این معنا است که تغییر در نگرش یکی از زوجین می تواند در رسیدن به رضایت زناشویی کمک کند و این نتیجه در پژوهش حاضر بدست آمد. در مجموع رویکرد ساختاری با مبانی نظری و فوننی آشنا و واضح توانست تأثیر معناداری بر رضایت زناشویی و عملکرد خانواده زنان شرکت کننده در پژوهش بگذارد. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر نمونه مورد نظر زنان متاهل بود و همه شرکت کنندگان یا شاغل بودند و یا مسئولیت نگهداری از فرزندان را بر عهده داشتند لذا هماهنگی کردن وقت شرکت کنندگان برای حضور در یک روز و یک ساعت از اصلی ترین محدودیت های این پژوهش بود. همچنین نداشتن پیگیری در پژوهش حاضر به عنوان محدودیت گزارش می شود. پیشنهاد می شود پژوهشگران ایرانی میزان اثربخشی درمان ساختاری را که در خارج از کشور، بر بیماری هایی از جمله دیابت و اختلالاتی از جمله پرخوری مرضی به اثبات رسانده اند، بررسی کنند و به منظور شناخت بهتر تأثیر آسیب زا و جدی عملکرد ناسالم در خانواده و عدم رضایت زناشویی بر فرزندان رابطه این دو متغیر را با اختلالاتی از جمله اختلال شخصیت ضد اجتماعی و پرخاشگری فیزیکی و کلامی در فرزندان بررسی شود. در پایان از اساتید محترم دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد که در تصویب و اجرای پژوهش حاضر همکاری نموده اند نهایت قدردانی را داریم و از کلیه کسانی که که در فراخوان، اطلاع رسانی و فراهم آمدن نمونه متناسب با اهداف پژوهش، ما را همراهی کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Al-Krenawi, A. (2012). A study of psychological symptoms, family function, marital and life satisfactions of polygamous and monogamous women: The Palestinian case. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(1), 79-86.
- Bahari, F. (2000). *Evaluate and compare the performance of non-divorced families and couples are divorcing couples returned to Legal Medicine Organization*. Master thesis Tarbiat Moallem University of Tehran. (In Persian)
- Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused family therapy: A provision roadmap. *Journal of Systemic Therapies*, 28(3), 18-35.
- Bakhshi, H., Asadpour, M., & Khodadadizadeh, A. (2007). Correlation between marital satisfaction and depression among couples in Rafsanjan. *The journal of qazvin university of medical sciences & health services*, 2(11), 37-43.
- Carr, A. (2001). *Family Therapy, Concept, Process and Practice*, University Dublin, John Wiley & Sons Ltd. New York.
- Corey, M. A., & Corey, G. (2011). *Group therapy*. Translation Bahari, S., Rnjgy, B., Hussain Shahi Browati, H., Mirhashemi, M & Naqshbandi, S. Tehran: Rawan Publication.
- Epstein, N. B. Baldwin. L. M., & Bishop, D. S. (1983). The Macmaster model of family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 9(2), 171-180.
- Fincham, F. D. Beach, R. H., & Davilla, J. (2007). Loongi. Tudinval. Relations between forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of family psychology*, 21(3), 542-545.
- Fowers B. J. Olson D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment. *Journal Marital and family Therapy*, 15, 65-79.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1993). Enrich marital satisfaction scale a brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*: 7(2), 176-85.
- Glasser, W. (2000). *Counseling With Choice Theory a New Reality Therapy*. New York: Harper Collins Publisher.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2009). *Family therapy*, translators H, Hussain Shahi Browati & S, Naqshbandi & E, Argmand. (2010). Tehran: Rawan Publication.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An over view*: Cengage Brain.
- Greef, P. A., & Malherbe L. (2001) Intimacy and Marital Satisfaction in Spouses. *Journal of sex & Marital therapy*. 27: 247-257.
- Hannson, K., & Lundbland, A. (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long-term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28, 136-152.

- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrence, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Fear- year effects of a behavioural relationship education problem. *Family Psychology*, 15(4), 750-768.
- Hasani, M. (2012). The relationship between family functioning and children's self-regulation. *Journal of Family Research*, 8(3), 305-17. (In Persian)
- Kalvandi, F. (2011). Survey on helth relationship of main family with coherence and flexibility of childerns parents from their perspective, Third general congress of clinical psychology research, recovery on 2nd of Bahman.
- Karamati, H., Moradi, A., & Kaveh, M. (2006). Comparison of psychological aspects of family functioning and control children. *J Educational Innovation*, 4, 56-75.
- Larsen, A. S., & Olson, D. H. (1989). Predicting marital satisfaction using prepare: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 311-322.
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038.
- Minuchin, S. *Family and family therapy*. Translation B, Sanaee Zaker, (2013). Tehran: Amir Kabir Publication.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Mohseni, M., Chime, N., Panaghi, L., & Mansori, N. (2011). Comparison of family functioning and expressed emotion in families of patients with rheumatoid arthritis and schizophrenia. *Family Research*, 27, 373-390. (In Persian)
- Mousavi, R., Moradi, A., & Mahdavi Harsini, S. A. (2005). Evaluate the effectiveness of structural family therapy in improving family functioning and strengthen the marital satisfaction of the families of children with separation anxiety disorder. *Journal of Research Family*. 1 (4), 321-335. (In Persian)
- Najarian, F. (1995). *Standardization of Family Functioning Scale in Iran*. Family Counseling Master's Thesis, University of Roodehen. (In Persian)
- Nazari, A. M. (2009). *Foundations couple therapy and family therapy*. Tehran: Elm Publication. (In Persian)
- Nichols, M. (2009). *The essential of family therapy*. Boston, Massachusetts: person education Inc.
- Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 58-68.
- Rosenberg, J. B. (1983). *Structural family therapy*. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of family and marital therapy*. NewYork: Plenum.
- Sanaee Zakir, B. (2000). The role of family in children's marriages. *Journal of Counseling Research & Developments*, 1(1, 2), 21-46. (In Persian)
- Sanaee Zakir, B. (2007). *The introduction of family and family therapy*. Tehran: Besat Publication. (In Persian)
- Sanaei Zakir, B. (2008). *The Family Measurement Scale*. Tehran: Besat Pub. (In Persian)
- Shafi Abadi, A., & Nasery, G. H. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy*. The 12 edition. Tehran: University Publication Center. (In Persian)
- Soleimanian, A. (1994). *Effect of irrational thoughts (the cognitive) on marital dissatisfaction*. Master Thesis Consulting, Master's Tarbiat Moallem University of Tehran. (In Persian)

- Sudani, M., Shahriary, Y., & Shafi Abadi, A. (2009). The Effectiveness of training of structural family therapy to approach group therapy in reducing marital conflict referred to the dispute resolution branch garden city council property. *Journal of New Findings in the Psychology*, 10 (4), 7-25. (In Persian)
- Vincent, J. P., Wises, R. L. & Grey, R. (2006). A behavioral analysis of problem solving in distressed marriage and stranger dyads. *Behavior Therapy*, 6(4), 475-487.
- Zadeh Mohammadi, A., & Malek khosravi, G. H. (2006). A primary study on the psychometric properties and validate the measure of family functioning. *Journal of Research Family*, 2 (5), 69-79. (In Persian)
- Zahrakar, K., & Jafari, F. (2011). *Family counseling*. Tehran: Arasbaran. (In Persian)



شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی (ASRL-S) Psychometric Indices of Academic Self-Regulation Learning Scale

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۵

Mohammad Mohammadi pour, Ali Delavar, Hasan Ahadi,
Fariborz Dortaj, Hasan Asadzadeh

محمد محمدی پور^۱، علی دلاور^۲، حسن احدی^۳، فربرز درتاج^۴، حسن
اسدزاده^۵

Abstract

Purpose: To investigate the validity and reliability of Carlo Magno (2010) Academic Self-Regulation Learning scale (ASRL-S).

Method: In this regard, 360 students including 252 girls and 108 boys were selected by stratified sampling method among students of the Faculty of Humanities of Islamic Azad University of Quchan. To assess the reliability of the questionnaire, Cronbach's alpha coefficient and to do so for its validity, exploratory and confirmatory factor analysis were used.

Findings: Just like Magno's results (2010, 2011^{a,b}), this study showed that the internal consistency Cronbach's alpha coefficient for a total acceptable of 0.939 and its subscales between 0.718 and 0.874. Exploratory and confirmatory factor analysis also confirms that the structure of the questionnaire has a reasonably good value with the data and all good indicators of value confirm the model (RMR=0.03, RMSEA=0.047, GFI=0.927, AGFI=0.902). Thus the questionnaire can be a useful tool for assessment of students' self-regulation learning.

Keywords: psychometric indices, academic self-regulation learning, validity, reliability

چکیده

هدف: بررسی روایی و پایایی مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی (ASRL-S) کارلو ماگنو (۲۰۱۰).

روش: مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی بر روی ۳۶۰ دانشجو (۲۵۲ دختر و ۱۰۸ پسر) که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای از بین دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی قوچان انتخاب شدند، اجرا شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی آن از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده شد.

یافته‌ها: همسو با نتایج ماگنو (۲۰۱۰، ۲۰۱۱)، مطالعه حاضر نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۳۹ و در خرده آزمون‌های آن بین ۰/۷۱۸ تا ۰/۸۷۴ است. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی و اکتشافی مؤید آن است که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و کلیه شاخص‌های نیکویی برازش، مدل را تایید می‌کنند (RMR=0/03, RMSEA=0/047, GFI=0/927, AGFI=0/902). بنابراین پرسشنامه می‌تواند ابزار مناسبی برای ارزیابی یادگیری خودتنظیمی تحصیلی دانشجویان باشد.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌های روانسنجی، یادگیری خودتنظیمی تحصیلی، روایی عاملی، پایایی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، mmohammadi pour@iauu.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، delavarali@yahoo.com

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، ahadih.356@yahoo.com

۴. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، dortaj.fa@atu.ac.ir

۵. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، asadzadeh@atu.ac.ir

مقدمه

اخیراً تحقیقات مختلفی در روانشناسی تربیتی در مورد اینکه چه مؤلفه‌های شناختی و انگیزشی در یادگیری تحصیلی با یکدیگر کار می‌کنند، تمرکز کرده‌اند. یک حوزه تحقیقی مهم در این زمینه "یادگیری خودتنظیمی تحصیلی"^۱ می‌باشد. که امروزه از آن به عنوان یک کانون مهم و یکی از محورهای اساسی تعلیم و تربیت یاد می‌شود. به عبارت دیگر خودتنظیمی تحصیلی یکی از بحث‌های جالب و مورد علاقه بسیاری از مربیان و روانشناسان است. به طوری که در سال‌های اخیر، صاحب نظرانی همچون بوکارتر، پینتریچ، و زایندر (Boekaerts, Pintrich & Zeinder, 2000)، و زیمرمن و شانک (Zimmerman & Schunk, 2001) به طور فزاینده‌ای آن را در زمینه یادگیری (از قبیل مطالعه عملکرد) و دیگر اشکال یادگیری (مهارت‌های شناختی، حرکتی و اجتماعی) مورد استفاده قرار داده‌اند.

در زمینه یادگیری خودتنظیمی، نظریات مختلفی ارائه شده‌اند که از رشته‌های مختلف نشأت گرفته‌اند. برخی از تأثیر گذارترین نظریه‌ها از مهندسی سایبرنتیک^۲ (نظریه کنترل^۳، کارور و شایر (Carrer & Scheier, 1981)، روانشناسی بالینی (نظریه خودکارآمدی^۴، باندورا (Bundura, 1977)، روانشناسی سازمانی و صنعتی (تعیین هدف^۵، لاک و لاتام (Locke & Latham, 1990, 2002)، تنظیم فعالیت^۶، فریس و زاف (Frese & Zaof, 1994)، هکر (Hacker, 1982)، تخصیص منابع^۷، کانفر و آکرمن (Kanfer & Ackerman, 1989) و روانشناسی تربیتی پینتریچ (Pintrich, 2000)، زیمرمن (Zimmerman, 1990) نشأت گرفته‌اند. این نظریات علیرغم پیشینه‌های متفاوتی که دارند، وجه اشتراکی زیادی نیز با هم دارند و در کنار یکدیگر درکی نسبتاً جامع از یادگیری خودتنظیمی را به ما ارائه می‌دهند (Sitzman & Ely, 2011).

یکی از مسائل مهم در بررسی یادگیری خودتنظیمی، اختلاف نظر در نوع مؤلفه‌های تشکیل دهنده آن است. بعضی از نظریه‌ها، به تفکیک و طبقه بندی راهبردهای خاص یادگیری به عنوان مؤلفه‌های خودتنظیمی می‌پردازند، مانند پینتریچ (Pintrich, 1999)، بعضی دیگر، مؤلفه‌های انگیزشی و خودتعیین‌گرانه خودتنظیمی را مورد بررسی قرار می‌دهند، مانند طرفداران نظریه خود تعیین‌گری (گرونلیک، دسای و ریان، ۱۹۹۷)، و برای برخی دیگر از نظریه‌های جدیدتر، یکپارچه کردن مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و محیطی موثر بر خودتنظیمی، مانند پینتریچ (Pintrich, 2004) و یا فرایندهای چرخه‌ای خودتنظیمی، مانند

1 - Academic Self-Regulation Learning

2 - Cybernetic Engineering

3 - Control Theory

4 - Self-Efficacy Theory

5 - Goal Setting

6 - Action Regulation

7 - Resource allocation

زیمرن (Zimmerman, 1999) مهم است.

پینتریچ (Pintrich, 1999) در تحقیقی با هدف بررسی نقش باورهای انگیزشی در بهبود و تقویت خودتنظیمی، مؤلفه های یادگیری خودتنظیمی را نیز مطرح می کند. کاربرد راهبردهای شناختی و فراشناختی گوناگون توسط دانش آموزان برای کنترل و تنظیم یادگیری شان است. الگوی یادگیری خودتنظیمی او شامل سه دسته کلی راهبرد است: راهبردهای شناختی، راهبردهای خودتنظیمی برای کنترل شناخت و راهبردهای مدیریت منابع. زیمرن و مارتینز پونز (Zimmerman, Martinez-pons, 1988) راهبردهای یادگیری خودتنظیمی مؤثر را طبقه بندی و تفکیک کردند، این راهبردها به شرح زیر بودند: خودارزیابی، سازماندهی و انتقال، انتخاب هدف و برنامه ریزی، جستجوی اطلاعات، تثبیت و نظارت، ساختدهی محیطی، نتیجه گیری، یادآوری و به خاطر سپاری، جستجوی کمک اجتماعی، مرور یادداشت ها و آغازگری. زیمرن (۱۹۹۸) در بررسی دیگری، مؤلفه های خودتنظیمی را با تأکید بر سؤالات مرتبط با خودتنظیمی، ابعاد روانی، شرایط تکلیف، ویژگی های خودتنظیمی و فرایندهای مربوطه مطرح کرد. مهم ترین فرایندهای خودتنظیمی به باور او شامل انتخاب هدف، خودآموزی، مدیریت زمان، خودنظارتی، خودارزیابی، استنباط، ساخت دادن به محیط و کمک طلبی است.

بندورا (Bundura, 1986) معتقد است که خودتنظیمی از طریق سه عملکرد جانبی کار می کند: خویشتن نگری، انتخاب اهداف و خود واکنشی، اطلاعات لازم برای دسته بندی اهداف واقعی و اطلاعات لازم برای به کارگیری به عنوان مبنایی برای خود واکنشی فراهم می کند. واکنش های خود ارزیابانه ی انگیزش، رفتار را از طریق ایجاد در رضامندی شخص بر اساس اولویت بندی معیارهای شخصی، جهت می دهند. بنابراین این خود واکنشی، افراد را بر می انگیزاند تا تلاش های لازم را برای آن چه که ارزشمند می دانند، از سر بگیرند و خود واکنشی همچنین بر نحوه ی که افراد از پیشرفت خود احساس رضایت می کنند، تأثیر می گذارد.

دسای و همکاران (Deci, etl, 1999) پیوستاری از درونی سازی توصیف کردند که پایین ترین سطح خود - تعیین گری، تنظیم بیرونی^۱ است. در این مرحله، دانش آموزان برای دستیابی به پاداش، یا اجتناب از تنبیه، فعالیت می کنند (یا نمی کنند). برای مثال، وقتی دانش آموزان روی یک تکلیف کار می کنند تا رضایت معلم را بدست آورند یا از انتقاد مصون مانند، خودتعیین گری کمی بدست می آورند. در مرحله بعدی که تنظیم درون فکنی^۲ شده است، وقتی دانش آموزان انگیزش درون فکنی شده را نشان می دهند که در فعالیتی مشغول گردند، بدون این که احساس گناه کنند یا برای اجتناب از اضطراب و شکست آن را انجام

1 -External Regulation

2 -Introjected - Regulation

دهند، و وقتی که عملکرد خوب باشد، احساس بهتری در مورد خودشان داشته باشند. در سطح سوم که تنظیم خودپذیر^۱ است، افراد به فعالیتی مشغول می‌گردند که به لحاظ شخصی برایشان مهم است. تنظیمی که قبلاً بیرونی بوده، حالا به عنوان هدف یا ارزشی شخصی بیان می‌شود و بدین طریق خود تعیین گر می‌شود. دانش آموزان، وقتی تنظیم خودپذیر را نشان می‌دهند که خیلی سخت مطالعه می‌کنند تا نمره خوبی بگیرند و در دانشگاه پذیرفته شوند یا وقتی که ساعت‌ها کار سخت روی ماشین انجام می‌دهند تا به اندازه کافی مهارت کسب کنند تا مکانیک مسلطی شوند (همان منبع). سطح نهایی خودتعیین‌گری، تنظیم آمیخته (کاملاً خودخواسته) است، مردم منابع اطلاعات بیرونی و درونی را به منظور تعیین هویت^۲ فعلی شان ترکیب کنند. دانش آموزان به خاطر اهمیت احساس فعلی شان از خود، کاری را انجام می‌دهند و شکلی از خودتعیین‌گری و خود مختاری را نشان می‌دهد (Pintrich & Schunk, 2002).

دیدگاه‌های متفاوت، تعاریف مختلف از خودتنظیمی ارائه داده‌اند. از یک دیدگاه ترکیبی روانشناختی و تربیتی، یادگیری خودتنظیمی، فرایند فعالی است که در آن شخص در جهت هدایت یادگیری، هدف‌گذاری کرده و تلاش می‌کند تا با نظارت، تنظیم و کنترل شناخت، انگیزش و رفتارها، در جهت کسب آن اهداف، قدم بر دارد (Fuente, Diaz & Lozano, 2010).

زیمرمن (۲۰۰۰)، به نقل سانجر و گانگورن (Sungur & gungoren, 2009) خودتنظیمی تحصیلی را به عنوان سطح و درجه‌ای که دانش آموزان به طور انگیزشی، فراشناختی و رفتاری در مراحل یادگیری و رسیدن به اهدافشان، فعال هستند، تعریف می‌نماید. از این دیدگاه، دانش آموزان نقش مهمی در یادگیری دارند. لذا خودتنظیمی شامل بازبینی، مدیریت و کنترل شناخت، انگیزش، رفتار و محیط می‌شود، تا به اهدافی که برای خودشان طرح نموده‌اند، برسند. لموس (lemons, 1999) خودتنظیمی را ظرفیت فرد برای تعادل رفتارها، طبق شرایط و تغییرات محیط درونی و بیرونی می‌داند. به بیان دیگر ظرفیت شخص برای سازماندهی رفتار طبق اهداف می‌باشد.

تعیین خودتنظیمی تحصیلی در دانش آموزان و دانشجویان به محققان این امکان را می‌دهد که میزان پیشرفت تحصیلی دانشجویان را در یک فعالیت یا موقعیت تحصیلی پیش بینی کنند. دانشجویانی که دارای خودتنظیمی تحصیلی هستند، خودشان برنامه ریزی می‌کنند، مستقل‌اند، به صحبت‌های معلم گوش می‌دهند، بر کارهای کلاسی تمرکز دارند، نمرات بالایی در امتحانات می‌گیرند، می‌توانند توضیحات معلم را به خاطر بیاورند، و در کل با کیفیت بیشتری عمل می‌کنند. تحقیقات مختلف، تاثیر مثبت خودتنظیمی بر پیشرفت

1 - Identified

2 - Identification

تحصیلی را تایید نموده اند.

آنتونیو ژافیانو و همکاران (Antonio zuffiano, 2013) نشان دادند که خود تنظیمی تحصیلی فراتر از هوش، ویژگی های شخصیتی و عزت نفس، پیشرفت تحصیلی را پیش بینی می نماید. چنگ (Cheng, 2011) نشان داد که انگیزش یادگیری دانش آموزان، تعیین هدف، کنترل فعالیت، و راهبردهای یادگیری نقش مهمی در عملکرد یادگیری دارد. بدین معنا که دانش آموزانی که انگیزش یادگیری بالاتر و توانایی بیشتری در تعیین اهداف یادگیری داشته و تسلط بهتری بر کنترل فعالیت و راهبردهای یادگیری دارند، بهتر یاد می گیرند. گازان (Kazan, 2013) در پژوهشی نشان داد که آموزش ترکیبی از راهبردهای شناختی و فراشناختی منجر به بهبود توانایی خود تنظیمی می شود. علاوه بر این، آموزش در زمینه ی خود تنظیمی شناختی دارای اثرات مثبت بر خود تنظیمی رفتاری و انگیزشی می شود، حتی زمانی که این موارد به صورت تخصصی آموزش داده نشوند. بوساری (Busari, 2013) نشان داد که سهم قابل توجهی از پیشرفت نمرات ریاضی کودکان، حاصل خود تنظیمی، انگیزش و اضطراب است. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که خود تنظیمی، بیشترین تاثیر رادر پیش بینی پیشرفت ریاضی دارد و به دنبال آن اضطراب امتحان و در نهایت انگیزش. لی، لی و بونگ (Lee, lee & bong, 2014) نیز نتیجه می گیرند که خود تنظیمی تحصیلی بالا نه تنها بهبآورهای خود کارآمدی بلکه به علاقه زیاد افراد به موضوع درسی وابسته است. خود کارآمدی تحصیلی و علاقه فردی، به ترتیب به عنوان جزء کلیدی در شناخت و مسیر مؤثر بر خود تنظیمی تحصیلی ظاهر می شوند. خود کارآمدی تاثیر مستقیم بر خود تنظیمی دانشجویان ندارد، بلکه از طریق نمره بر خود تنظیمی تاثیر دارد.

همچنین محققانی همچون توران و دمیرل (Turan&Demirel, 2010)، ایفنتالر (Ifenthaler, 2012)، المبرگ (Malmberg, 2014) و (pour mohammad, esmaeipour, 2015) نشان داده اند که یادگیری خود تنظیمی تحصیلی بر پیشرفت تحصیلی تاثیر دارد و آموزش خود تنظیمی وسیله ای برای چگونگی استفاده دانش آموزان از تاکتیک های مطالعه و استراتژی تنظیم شناختی است. کیت سانتاس، وینسر و هوی (Kitsantas and Winsler& Huie, 2008) نشان دادند که حدود ۴۷ درصد واریانس عملکرد تحصیلی توسط متغیرهای خود تنظیمی و انگیزشی قابل پیش بینی است.

مطالعه سوابق و تحقیقات نشان می دهد، پیرامون خود تنظیمی تحصیلی پرسشنامه هایی وجود دارد. زیمرمن و مارتینز-پونز (Martinez-pons, 1986) از طریق مصاحبه با ۸۰ دانش دبیرستانی، پرسشنامه ۱۵ سوالی (یک سوال اضافی) را طرح که هر یک سوال یک راهبرد را اندازه گیری می کند. لذا نامردگان ۱۴

راهبرد یادگیری را تشخیص دادند. پرسشنامه ای (MSLQ) که در داخل کشور خیلی زیاد مورد استفاده قرار گرفته است، پرسشنامه پیتربیچ و دی گروث (۱۹۹۱) می باشد. این پرسشنامه دارای دو مقیاس باورهای انگیزشی (۳۱ سوال) و راهبردهای یادگیری خودتنظیمی (۵۰ سوال) می باشد. بوفارد و همکارانش (Bouffard & etl, 1995) در زمینه خود تنظیمی تحصیلی پرسشنامه ۱۴ سوالی بر اساس نظریه بندورا طراحی که در داخل کشور بارها مورد استفاده قرار گرفته است. هانگ و ائل (Hong & Oneil, 2001) در مطالعه خود پرسشنامه ۳۴ سوالی طرح، که در آن خودتنظیمی را متشکل از دو عامل فراشناخت و انگیزش می دانند. فراشناخت شامل برنامه ریزی، خودارزیابی و عامل انگیزش شامل تلاش، پافشاری و خودکارآمدی می باشد. در همین راستا مطالعه دوگان و آندرد (Dugan & Andrade, 2011) نشان داد که پرسشنامه خودتنظیمی تحصیلی از ۶ عامل انگیزش درونی، انگیزش بیرونی، فراشناخت، کنترل و ارتباط شخصی، خوداثر بخشی و خودتنظیمی تشکیل شده است. در بررسی دیگری سواری و عرب زاده (Savari & Arabzadeh, 2013) نشان دادند که خودتنظیمی تحصیلی از ۶ عامل راهبرد حافظه، هدف گزینی، خودارزیابی، کمک خواهی، مسئولیت پذیری، و سازماندهی تشکیل شده است. در بررسی ماگنو (Magno, 2010, 2011) نیز پرسشنامه یادگیری خودتنظیمی تحصیلی دارای ۷ عامل، استراتژی حافظه، هدف گزینی، خودارزیابی، کمک طلبی، ساختار محیطی، مسئولیت یادگیری و برنامه ریزی و سازماندهی است.

بنابراین خودتنظیمی تحصیلی، متغیری مهم و اساسی در تعلیم و تربیت و سایر زمینههای مربوطه به شمار می آید. به منظور تقویت و بهبود یادگیری دانشجویان و محیط آموزشی، مطالعه خودتنظیمی تحصیلی و خرده آزمون های آن، هم برای دانشجویان و هم مسئولان و پژوهشگران تربیتی، حیاتی است. معرفی و ارائه ابزار مناسب برای ارزیابی این متغیر و نشان دادن ضرورت آن در زمینه های گوناگون تحصیلی امری شایان توجه است. بر این اساس، مسأله این پژوهش، ارائه و معرفی پرسشنامه "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" ماگنو (Magno, 2010) همراه با گزارش نتایج روایی عاملی و پایایی آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان است.

روش:

هدف تحقیق حاضر تعیین ویژگی های روانسنجی مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی (ASRL-

(S) است، لذا طرح تحقیق حاضر توصیفی، از نوع تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۵ است. با توجه به تعداد سؤالات پرسشنامه و بر اساس فرمول کوکران، حجم نمونه پژوهش ۳۶۰ دانشجو (۲۵۲ دختر و ۱۰۸ پسر) تشکیل می دهند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه گیری طبقه ای استفاده شد. با توجه به تعداد و نسبت طبقات (رشته)، تعداد ۳۶۰ دانشجو به نسبت های زیر از بین دانشجویان رشته های مختلف دانشکده علوم انسانی انتخاب شدند (روانشناسی بالینی ۵۵ درصد، مشاوره ۶۵ درصد، مشاوره خانواده ۸ درصد، مشاوره تحصیلی ۱۱ درصد، مشاوره توان بخشی ۱۴ درصد، مشاوره شغلی ۷ درصد). برای بررسی دقیق خودتنظیمی تحصیلی دانشجویان، کلاس درس آمار مورد توجه قرار گرفت و در راهنمای پرسشنامه این توضیح نیز اضافه گردید که منظور پژوهشگر، کلاس درس آمار است. پس از اجرا و جمع آوری پرسشنامه ها، ۸ پرسشنامه ناقص حذف شدند. در نهایت ۳۵۲ پرسشنامه نمره گذاری و مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش:

مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی (ASRL-S) توسط کارل ماگنو (Magno, 2010) جهت اندازه گیری خودتنظیمی تحصیلی دانشجویان ساخته شده است. این مقیاس دارای ۵۵ سؤال و ۷ خرده آزمون به شرح زیر می باشد: استراتژی حافظه (۱۴ سؤال)، تعیین هدف (۵ سؤال)، خودارزیابی (۱۲ سؤال)، کمک طلبی (۸ سؤال)، ساختار محیطی (۵ سؤال)، مسئولیت پذیری یادگیری (۵ سؤال) و برنامه ریزی و سازماندهی (۶ سؤال). هر سؤال دارای ۴ گزینه (به شدت موافق، موافق، مخالف، به شدت مخالف) می باشد که پاسخ دهنده باید گزینه ای که بیشتر به نظر او نزدیک تر است، انتخاب نماید. این مقیاس برای سطح دانشجویان طراحی شده و در دانشگاه های فلیپین تحلیل عاملی و اعتبار یابی شده است (Magno, 2010, 2011).

در پژوهش حاضر، ابتدا متن اصلی پرسشنامه به فارسی ترجمه شد، سپس سه نفر از اساتید روانشناسی و زبان انگلیسی، متن ترجمه شده را بررسی و بر یک ترجمه توافق نمودند. در نهایت اعضا هیات علمی واحد (استادان روانشناسی) روایی محتوای پرسشنامه را تایید کردند. در راهنمای پرسشنامه این توضیح نیز اضافه شد که منظور پژوهشگر کلاس درس آمار است. در ضمن، پیش از اجرای اصلی، بطور مقدماتی

پرسشنامه بر روی گروه‌های گوناگون دانشجویان اجرا شد. موارد مبهم و جملاتی که فهم آنان برای دانشجویان آسان نبود، تغییراتی صورت گرفت.

در پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی و همچنین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و Amos-21 انجام شد.

یافته‌ها:

پایایی^۱ مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی با روش همسانی درونی^۲ مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی همسانی درونی، آلفای کرونباخ برای تک‌تک مقیاس‌ها و کل آزمون محاسبه شد. نتایج در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر و پژوهش‌های مانگو

مقیاس‌ها	پژوهش حاضر	مانگو (۲۰۱۰)	مانگو (۲۰۱۱)
استراتژی حافظه	۰/۸۷۴	۰/۹۱	۰/۸۴
تعیین هدف	۰/۷۸۶	۰/۸۸	۰/۷۴
خودارزشیابی	۰/۸۶	۰/۸۳	۰/۸۲
کمک طلبی	۰/۷۷	۰/۸۷	۰/۷۱
ساختار محیطی	۰/۷۱۸	۰/۸۶	۰/۷۰
مسئولیت یادگیری	۰/۸۰۷	۰/۸	۰/۷۲
برنامه ریزی و سازماندهی	۰/۷۵۵	۰/۸۱	۰/۷۱
کل آزمون	۰/۹۳۹		

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده به لحاظ روانسنجی برای تمام خرده مقیاس‌ها و کل پرسشنامه رضایت بخش است و ضرایب حاصل از آن با نتایج پژوهش مانگو (Magno, 2010, 2011) قابل قیاس است. بنابر این می‌توان گفت که خرده مقیاس‌ها و کل پرسشنامه از همسانی درونی مطلوبی برخوردارند.

به منظور بررسی روایی همگرا پرسشنامه، همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه محاسبه شد. جدول شماره ۲ همبستگی بین خرده مقیاس‌ها را نشان می‌دهد. همبستگی خرده مقیاس‌ها با هم مثبت و معنادار

1- Reliability

2- Internal Consistency

است که روایی همگرایی پرسشنامه خودتنظیمی تحصیلی را تایید می کند.

جدول شماره ۲: همبستگی بین خرده مقیاس های یادگیری خودتنظیمی تحصیلی

مقیاس ها	تعیین هدف	خودارزشیابی	کمک طلبی	ساختار محیطی	مسئولیت یادگیری	سازماندهی و برنامه ریزی
استراتژی حافظه	۰/۴۵	۰/۵۸	۰/۵۵	۰/۲۵	۰/۴۵	۰/۴۱
تعیین هدف	-	۰/۵۶	۰/۵۲	۰/۲۶	۰/۴۴	۰/۴۸
خودارزشیابی	-	-	۰/۶۸	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۵۵
کمک طلبی	-	-	-	۰/۳۳	۰/۶۶	۰/۷۴
ساختار محیطی	-	-	-	-	۰/۴۶	۰/۴۸
مسئولیت یادگیری	-	-	-	-	-	۰/۶۲

تحلیل عاملی اکتشافی:

در این تحقیق تحلیل عاملی اکتشافی^۱ به منظور بررسی عامل های زیر بنایی پرسشنامه استفاده شد و از تحلیل عاملی تاییدی به منظور برازش داده ها با الگوی مورد نظر در مورد نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است. قبل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، به منظور حصول اطمینان از مناسب بودن نمونه، توجه به دو مفروضه ضروری است.

اندازه شاخص کفایت نمونه برداری کایزر، میر و الکین (Kaiser-meyer-olkin)^۲ برابر با ۰/۸۹۷ و آزمون کرویت بارتلت^۳ (۸۳۹۴/۴۹۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. به این معنی که نمونه و ماتریس همبستگی برای تحلیل عاملی مناسب است. تحلیل مؤلفه اصلی با روش وریماکس^۴ بر روی ۵۵ سؤال "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" انجام شد.

با توجه به نمودار اسکری، ارزش های ویژه، و درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل، هفت عامل براساس روش مؤلفه های اصلی^۵ و چرخش وریماکس استخراج شدند. نتایج تحلیلی عاملی اکتشافی در جدول شماره ۳ ارائه شده است:

- 1- Exploratory Factor Analysis
- 2- Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy Index
- 3- Bartlett's Test of Sphericity
- 4- Varimax
- 5- Scree Plot
- 6- Eigen Value
- 7- Principal Component Analysis

مقیاس ها	ارزش ویژه	درصد واریانس تبیین شده	درصد تراکمی واریانس تبیین شده
۱	۵/۶۴۵	۱۰/۲۶۴	۱۰/۲۶۴
۲	۴/۹۱۸	۸/۹۴۲	۱۹/۲۰۶
۳	۳/۹۴۷	۷/۱۷۷	۲۶/۳۸۳
۴	۳/۷۹۵	۶/۸۹۹	۳۲/۲۸۲
۵	۳/۶۳۲	۶/۶۰۳	۳۹/۸۸۵
۶	۲/۶۲۷	۴/۷۷۶	۴۴/۶۶۱
۷	۲/۱۶۹	۳/۹۴۳	۴۸/۶۰۴

جدول شماره ۴: ماتریس عاملی پرسشنامه خود تنظیمی تحصیلی پس از چرخش وریماکس

[illegible]

با توجه به جدول شماره ۴، سوالاتی که بار عاملی آنها کمتر از ۰/۳ است، از پرسشنامه حذف شدند. لذا در عامل اول (استراتژی حافظه)، سؤال شماره ۱۱، عامل سوم (سازماندهی) سؤال شماره ۱، عامل چهارم (کمک طلبی) سؤالات شماره ۶ و ۷، عامل ششم (تعیین هدف) سؤال شماره ۴ و بالاخره در عامل هفتم (ساختار محیطی) سؤالات شماره ۱ و ۲، از پرسشنامه حذف شدند و در نهایت مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی با ۴۸ سؤال جهت انجام تحلیل عاملی تاییدی^۱ آماده گردید.

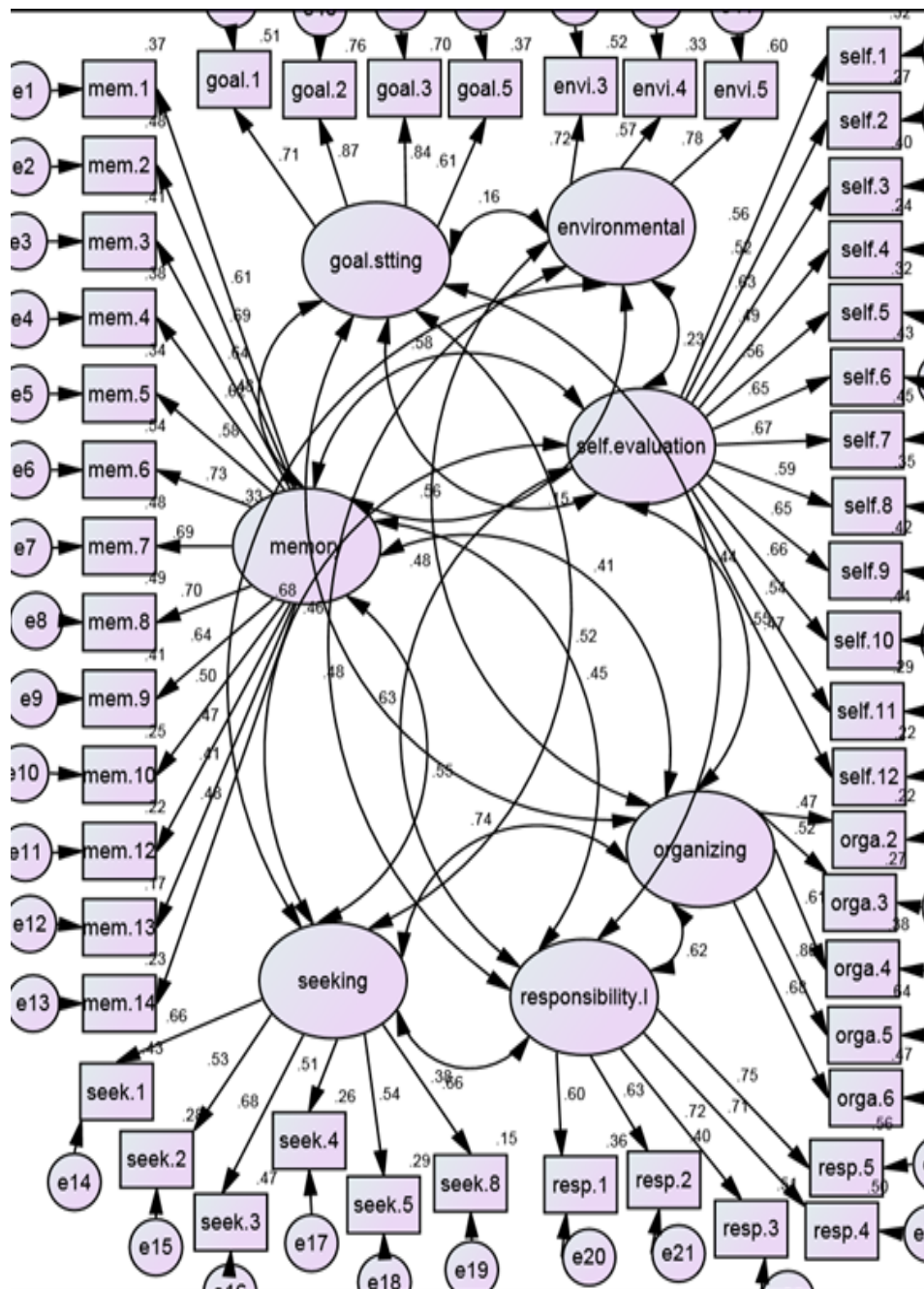
تحلیل عامل تاییدی:

به منظور تایید ساختار عاملی مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی، تحلیل عامل تاییدی با استفاده از نرم افزار Amos-21 انجام شد. برای انجام دادن این تحلیل از برآورد حداکثر درست نمایی^۲ و شاخص های زیر برای برازش الگو استفاده شد: شاخص معذور خی^۲ (χ^2)، شاخص ریشه میانگین مربعات خطا تقریب^۳ (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش^۴ (GFI)، شاخص تعدیل شده نیکویی برازش^۵ (AGFI)، شاخص نرم شده برازندگی^۶ (NFI)، شاخص نرم نشده برازندگی^۷ (NNFI)، شاخص برازندگی فزاینده^۸ (IFI)، و شاخص برازندگی تطبیقی^۹ (CFI) به عنوان ملاک های انطباق الگو با داده های مشاهده شده، در نظر گرفته شد، که مقدار شاخص ها در جدول شماره ۵ آمده است که نتایج نشان داد مدل مفروض به طور رضایت بخشی برازش یافته است. چون نسبت معذور خی دو به درجه آزادی ۲/۱۹۱ (کمتر از ۳) و مقدار RMSEA، ۰/۰۵۶ (کمتر از ۰/۰۸) و مقدار دیگر شاخص های برازش الگو بیشتر از ۰/۹ است. پس در مجموع می توان نتیجه گرفت که مدل فرض شده بطور رضایت بخشی برازش یافته است. بدین معنی که ساختار عاملی زیربنائی پرسشنامه یادگیری خودتنظیمی تحصیلی تائید می گردد.

جدول شماره ۵: شاخص های برازش الگو

شاخص ها	χ^2	DF	RMSEA	$\chi^2/d.f$	RMR	GFI	AGFI	CFI
پژوهش حاضر	۴۱۱/۹۳۵	۱۸۸	۰/۰۴۷	۲/۱۹۱	۰/۰۳۳	۰/۹۲۷	۰/۹۰۲	۰/۹۲۷
ماگنو (۲۰۱۰)	۳۳۲/۰۷	۱۴۰۹	۰/۰۶		۰/۰۷	۰/۹۱		
ماگنو (۲۰۱۱)	۴۷۳/۴۷	۸۷	۰/۰۸		۰/۰۴	۰/۹۲		

- 1- Confirmatory Factor Analysis
- 2- Maximum Likelihood
- 3 - Chi Square
- 4- Root-Mean-Square- Error of Approximation
- 5- Goodness of Fit Index
- 6-Adjusted Goodness of Fit Index
- 7- Normed Fit Index
- 8- Non- Normedfit Index
- 9- Incremental Fit Index
- 10- Comparative Fit Index



نمودار ۱: ساختار هفت عاملی مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی

نتیجه

پژوهش حاضر با توجه به اهمیت یادگیری خودتنظیمی تحصیلی در پیشرفت تحصیلی، به بررسی ویژگی های روانسنجی "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" ماگنو (Magno, 2010) در دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان پرداخته شد. ماگنو (Magno, 2010, 2011) برخی ویژگی های روانسنجی این مقیاس را که مبین اعتبار مقیاس است، گزارش کرده است. گزارش هایی (جدول شماره ۱ و ۴) از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی که از مناسب بودن ابزار حکایت می کند.

در این پژوهش برای برآورد پایایی "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" از روش آلفای کرانباخ استفاده شد که نتایج نشان داد آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳۹، استراتژی حافظه ۰/۸۷۴، تعیین هدف ۰/۷۸۶، خودارزشیابی ۰/۸۶، کمک طلبی ۰/۷۱۷، مسئولیت پذیری ۰/۸۰۷، محیط ۰/۷۱۸ و بالاخره برای سازماندهی ۰/۷۵۵ برآورد شد. با توجه به ضرایب آلفای کرانباخ، مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی از پایایی مناسب برای دانشجویان ایرانی برخوردار می باشد.

برای بررسی اعتبار^۱ "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده شد که تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی از ۷ خرده مقیاس "استراتژی حافظه" (۱۳ سؤال)، "خودارزشیابی" (۱۲ سؤال)، "سازماندهی" (۵ سؤال)، "کمک طلبی" (۶ سؤال)، "مسئولیت پذیری" (۵ سؤال)، "تعیین هدف" (۴ سؤال) و "محیط" (۳ سؤال) و کل مقیاس ۴۸ سؤال تشکیل شده است.

از آنجایی که نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی ۲/۱۹۱ (کمتر از ۳) و مقدار RMSEA، ۰/۰۵۶ (کمتر از ۰/۰۸) و مقدار دیگر شاخص های برازش الگو بیشتر از ۰/۹ است، لذا مدل ۷ عاملی از برازش خوبی برخوردار است. بنابر این "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" از پایایی، روایی و ساختار عاملی تاییدی برازنده تری برخوردار است. این یافته با یافته ماگنو (Magno, 2010, 2011) هماهنگ است. در تبیین این یافته می توان گفت که خودتنظیمی، در فرایند یادگیری، آموزش و زندگی پیامدهای ارزشمندی دارد و چهارچوب اصلی نظریه یادگیری خودتنظیمی بر این اصل استوار است که افراد چگونه از نظر باور های فراشناختی، انگیزشی و رفتاری، یادگیری خود را سازماندهی می کنند.

اغلب دانشجویان با درک بهتر فرایند یادگیری خودتنظیمی می توانند پیشرفت تحصیلی خود را بهبود بخشند، بنابراین آشنایی با مهارت های یادگیری خودتنظیمی در این امر تاثیر بسزایی دارد. بسیاری از دانشجویان

به علت فقدان مهارت‌های مطالعه و یادگیری خودتنظیمی، دچار ناامیدی و شکست تحصیلی می‌شوند، در حالیکه راهبردهای یادگیری به مثابه لیزاری است که در حل مشکلات تحصیلی مورد استفاده قرار می‌گیرند و به دانشجویان کمک می‌کنند تا مهارت‌هایی را که در طول دوران تحصیل به آن نیاز دارند، رشد و توسعه دهند. شناسایی و تقویت این راهبردها به افراد کمک می‌کند تا با تکیه بر توانایی‌های خود، کشف و تقویت آنها قادر باشند با موفقیت کامل تحصیلات دانشگاهی را پشت سر بگذرانند (Salehi, Enayati, 2009).

لذا شناسایی ویژگی‌های افراد خودتنظیم یافته و پرورش آنها از جمله مسئولیت‌های مربیان، صاحب‌نظران و مراکز آموزشی است. زیرا زیرمن معتقد است که افراد خودتنظیم یافته کسانی هستند که اهداف و راهبردهای مناسب یادگیری را انتخاب، انگیزش خود را حفظ کرده، به نظارت عملکرد خود پرداخته و پیشرفت خود را ارزشیابی می‌کنند.

با توجه به اهمیت یادگیری خودتنظیمی و تاثیر آن بر پیشرفت تحصیلی، ایجاد اصلاحات در محیط‌های آموزشی ضروری است. به جای تمرکز بر روی آموزش و ارزیابی محتوی تدریس شده، باید استفاده از راهبرد‌های یادگیری آموزش داده شود که به کمک آنها دانش‌آموزان یا دانشجویان به یادگیرندگان موثری تبدیل شوند (Magno, 2011).

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مرتبط همخوانی و همسویی دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مطالعات و تلاش‌های علمی ماگنو در زمینه تهیه و تدوین پرسشنامه یادگیری خودتنظیمی تحصیلی، نتیجه بخش بوده است و این پرسشنامه، ابزار معتبر و مفیدی است که می‌تواند خودتنظیمی تحصیلی را در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف ارزیابی کند. بر این اساس مطالعه مبانی نظری و تهیه سؤال‌ها و کاربرد آن‌ها در مطالعات مقدماتی و در نهایت ارائه پرسشنامه نهایی با ظرافت و دقت علمی انجام گرفته است و ویژگی‌های روانسنجی برآورد شده در این مطالعه و مطالعات دیگر، این مدعا را تایید می‌کند.

در جمع‌بندی نهایی، با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که همسو با نتایج پژوهش‌های ماگنو (Magno, 2010, 2011)، پرسشنامه با کمترین تغییر، ساختار خود را حفظ می‌کند. بنابراین تفاوت‌های فرهنگی و نژادی و تجارب گوناگون دانشجویان ایرانی، سبب نشده است که خودتنظیمی تحصیلی آنها در مقایسه با دانشجویان کشورهای دیگر، متفاوت ارزیابی شود. بنابراین می‌توان گفت مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی اعتبار و پایایی مناسبی برای استفاده در نمونه ایرانی دارد و می‌تواند به عنوان ابزاری برای ارزیابی خودتنظیمی تحصیلی دانشجویان به کار رود.

نتایج پژوهش حاضر در تایید اعتبار و پایایی فرم فارسی "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" با

محدودیت های خاص مقدماتی بودن این مشخصه ها همراه است. با توجه به اینکه پژوهش حاضر، اولین پژوهش در این زمینه است، ویژگی های ارائه شده مقدماتی بوده و انجام پژوهش های جدید به منظور تکمیل فرایند اعتباریابی فرم فارسی "مقیاس یادگیری خودتنظیمی تحصیلی" به عنوان یک ضرورت مهم پیشنهاد می شود. با انجام پژوهش های متعدد است که می توان نسبت به اعتبار و پایایی یک مقیاس اطمینان لازم را کسب کرد.

References

- Busari, A. O. (2013). Assessing the relationship of self-regulation, motivation and anxiety on mathematics achievement of elementary school children in south- western Nigeria, n international multidiciplinary journal Ethiopia, vol 7(3), 110-126.
- Cazan, A.-M. (2013). Theching self-regulated learning strategies for psychology students, procedia - social and behavioral science 78, 743-797.
- Cheng, E. C. K. (2011). The role of self-regulated learning in enhancing learning performance. The international journal of research and review.
- Corno, L. (2000). Volitional aspects of self-regulated learning. In B.J. Zimmerman and D.H. Schunk (Eds.), self-regulated learning and academic achievement: theoretical perspectives. 191-227. Hilldale, NJ: Erlbam.
- Deci, E, L, Koestner, R. & Ryan, R.M. (1999).meta analytic reviews of experiments examine the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. Psychological bull ten, 125, 627, 668.
- Dugan, R. F. & Andrade, H. L. (2011). Exploring the construct validity of academic self-regulation using a new self-report questionair - the survey of academic self-regulation.theinterntional journal of educational & psychological assessment, 7(1), 45-63.
- Fuente, Jess de la, Diaz, Arias, Lozano, Antonia (2010). Assessing self – regulation learning in early childhood education. Difficulties, needs, and prospects. Psicothema, 22(2) 278 – 283.
- Hong, E. Oneil, HF. (2001). Construct validation of a trait self-regulation model.International journal of a psychology, 36(3), 186-194.
- Kitsantas, a., Winsler, A., &Huie, F. (2008). Self- regulation and ability predictors of academic success during college: a predictive validity study, journal of advanced academics, 20(1), 42-68.
- Ifenthaler, d. (2012). Determining the effectiveness of prompts for self-regulated learning in problem-solving scenarios educational technology & society, 15(1), 38-52.
- Lemose, s.L. (1999).student's goals and self-regulation in the classroom. International journal of educational research, 31, 971-985.
- Lee, W., Lee, M. & Bang, M, . (2014). Testing interest and self-efficacy as predicators of academic self-regulation and achievement. Contemporary educational psychology.36 (2), 86-99.
- Magno, C. (2010). Assessing academic self-regulated learning among Filipino College students: The factor structure and item fit. The international journal of educational and psychological assessment, vol. 5, 61- 76.
- Magno, C. (2011^a). The predictive validity of the academic self-regulated learning scale, the international journal of educational and psychological assessment. Vol 9(1), 48-56.

- Magno, C. (2011^b). Validating the academic self-regulated learning scale with the motivated strategies for learning questionnaire (MSLQ) and learning and study strategies inventory (LASSI), the international journal of educational and psychological assessment. Vol 7(2), 56-72.
- Malmberg, J. (2014). Tracing the process of self-regulated learning students' strategic activity in g/n Study learning environment. Faculty of Education Acta Univ. Oul. E., 142. 7-96.
- Pintrich, P.R. (2004). A conceptual framework for assessing, motivation and self-regulated learning in college students. Educational psychology review, 16, 385-407.
- Pintrich, P.R., & Schunk, D. (2002). motivation in education; theory, research, and applications (2nded). upper saddle river, new jersey prentice-hall.
- Pour mohammad, Z. , Esmaeilpour, K. (2015). Effectiveness of self-regulation taraning on the Academic Achivement of mental students in Tabriz technical high school. Journal of instruction and Evaluation, 8(4), 9-18. (In Persian).
- Salehi, M., Enayati, T. (2009). The relationship between the main componets of studying learning strategies and academic achievement of Islamic azad university student. Journal of new Achivement in educational Managment, 2(3), 135-45. (In Persian).
- Savari, K. & Arabzadeh, S. (2013). Construction and characterization of the psychometric questionnaire academic self-regulation, School Psychology magazine, Vol. 2, No. 92.2 , summer 2013. (In persian).
- Sitzmann, T. & Ely, K. (2011). Ameta- analysis of self- regulated learning in work-related training and educational attainment: What we know and where we need to go psychological bultein 421:137-3.
- Sunger, s. and Gunggoren, s. (2009). The role of classroom environment perceptions in self – regulated learning and science achievement. Elementary education online 8(3), 883 – 900.
- Turan, S. & Demirel, O. (2010). The relationship between self-regulated learning skills and achievement: A case from Hacettepe University of medical school. H.U Journal of education, 38, 279-291.
- Valle, A., Nunez, J.C., Cabanach, R. G., Gonzalez-pienda, J. A., Rodriguez, S., Rosario, P., corezo, R. & Munoz-cadavio, M. A. (2008). self-regulated profiles and academic achievement. Psicothema, 20(4): 724-731.
- Weinstein, C. E., Husman, J. & Dierking, D. R. (2000). Self-regulation interventions with a focus on learning strategies. San Diego, CA: Academic press.
- Winner, P. H. (1995). Inherent details in self-regulated learning. Educational psychologist, 30, 173-187.
- Zimmerman, B. (2000). Attaning self-regulation: A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. R., Pintrich & Zeidner (Eds.), Handbook of self-regulation. 13-39. San Diego: Academic press.
- Zimmerman, B. J. (2001). Achievement academic excellence: A self-regulatory perspective. En m Ferri (Ed.), the pursuit of excellence through education, pp, 85-110. Mahwah, NJ: Erlbam.
- Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. Theory into practice. 41 (2), 62-71.
- Zimmerman, B. J. & Martinez-pons, M. (198[^]). Development of structured interview for assessing student use of self-regulated learning straregies. American Educational

Reasearch Journal, 23, 614-628.

Zimmerman, B. &Schunk, D. (2001). Self-regulated learning and academic achievement: theoretical perspectives (2nd Ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Zuffiano, A., Alessandri, G., Gerbino, M., Kanacri, B., Giuntal, L., Milion, M., &Capara, G., (2013). Learning and individual differences, 23, 158-162.



اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing quality of life in patient with breast cancer

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۲۳

Jhaleh Habibi, Mojtaba Habibi, Mona Malekzade, Nikzad Ghanbari

ژاله حبیبی^۱، مجتبی حبیبی^۲، مونا ملک‌زاده معانی^۳، نیکزاد قنبری^۴

Abstract

Purpose: To determine the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing the quality of life in breast cancer.

Method: 40 patients with breast cancer were selected through convenience sampling and randomly assigned into the experimental and control groups. Based on a pretest-posttest control group design, subjects in the experimental group underwent 10 sessions of cognitive-behavioral stress management training. Both groups were evaluated using the quality of life questionnaire (SF-12) in the pre-test and post-test, and the data were analyzed utilizing MANCOVA.

Findings: The results showed that there was no significant difference between the two groups in the pretest, while cognitive-behavioral stress management training, significantly ($p < 0.05$) increased the components of quality of life scores in the experimental group in the posttest.

Keywords: quality of life, cognitive-behavioral stress management, breast cancer, women

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان طراحی شده است.

روش: با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ بیمار دارای سرطان پستان انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. استفاده از یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت شیوه‌های آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری قرار گرفت، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس کیفیت زندگی SF-12 مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود نداشت، اما آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در گروه آزمایش، نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی را بطور معنی‌داری ($p < 0.05$) افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، کیفیت زندگی، مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، زنان

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد، واحد مازندران، (نویسنده مسئول) jaleh.habibi@gmail.com

۲. استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، Babakhabibius@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، m.malekzadeh@sbmu.ac.ir

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تربیت مدرس، Nikzad.ghanbari@gmail.com

مقدمه

سرطان پستان^۱ از قدیمی ترین اشکال شناخته شده توده های سرطانی است که کشف آن به ۱۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح می رسد ثناگو و سپهر (Sanago & Sepehr, 2006). سرطان پستان شایع ترین سرطان تشخیص داده شده در میان زنان است که ۲۳ درصد از سرطان های جدید تشخیص داده شده در سراسر جهان را شامل می شود و دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در میان آنها می باشد گورم، جامعه سرطان آمریکا، کورادو، ادواردز، شین، ستورم، فرلای، هانو، بویل و دیگران (Gurado BK, 2008, American cancer Society, 2009, Storm H, Shin, 2007, Edwards B, 2007, Curado MP, 2007). در سال ۲۰۰۷ از هر صد هزار زن آمریکایی ۱۲۶/۳ به عنوان سرطان پستان تشخیص داده شدند آلتکروس، کوساری، کراچو، نیمن، امینو، والدرون، ادواردز (Aminou, Neyman N, 2010, Krapcho M, 2010, Kosari C, 2010, Altekruze SF, 2010). در سال ۲۰۱۰ تعداد ۲۰۹۰۶۰ مورد جدید سرطان پستان تشخیص داده شد انجمن سرطان آمریکا (American Cancer Society, 2010). که در کشورهای توسعه یافته ۱۲ درصد از زنان ۲۰-۳۴ ساله مبتلا به سرطان پستان می باشند هیک، پاتو و ساندرز (Hickey M, 2009, Peate M, 2009, Saunders CM, 2009). و این در حالی است که سرطان پستان بیش از ۲۵ درصد سرطان ها را در زنان ایرانی تشکیل می دهد پورکیانی، حضرتی، عباس زلده، جعفری، صادقی و محمدیان، (Sadeghi, 2010, Jafari, 2010, Abbas Zadeh, 2010, Hazrati, 2010, Pour Kiani, 2010). (Mohammadian, 2010) خوشبختانه میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در حال کاهش است انجمن سرطان آمریکا، انجمن سرطان کانادا (Canadian Cancer Society, American cancer Society, 2009). در نتیجه طی دهه گذشته توجه به اثرات بلند مدت بیماری، باز شناخت نیازها برای حمایت مداوم و مراقبت از این زنان در حال افزایش است.

تشخیص سرطان پستان تجربه روانی مخربی برای زنان محسوب می گردد. همچنین درمان هایی از قبیل شیمی درمانی^۲ و پرتو درمانی^۳ موجب پریشانی روانی اجتماعی در این بیماران شده و کیفیت زندگی^۴ آنها را تهدید می کند جعفری، زمانی، فرج زادگان، بهرامی، امامی و امیرلقمانی (Zamani, Jafari, 2013).

-
1. Breast Cancer
 2. Chemical Therapy
 3. Radio Therapy
 4. Quality of Life

2013، 2013، Faraj Zadegan, 2013، Bahrami, 2013، Imami, 2013، Amir Loghmani, 2013). و به عنوان یک بحران، موجب بهم خوردن تعادل زندگی افراد می‌شود فلدشتین، رایت (Feldstime, 1992، Rait, 1992). واکنش نسبت به سرطان پستان می‌تواند شامل ترس، اضطراب^۱، افسردگی^۲ و خشم^۳ باشد هم چنین نگرانی در مورد طرد شدن از طرف همسر نیز وجود دارد (همان منبع). آگاهی از این که بیماری توان فرد را به تحلیل می‌برد از جمله موقعیت‌هایی است که اغلب موجب بروز اضطراب، استرس و افسردگی می‌شود هولون، رابیز و شلتون (Hansen, 2000، Hollon, 2005، Rubies, 2005، Selton, 2005). در تحقیق انجام شده توسط کیسان و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان در مؤسسه روانشناسی دانشگاه ملبورن شیوع افسردگی اساسی ۱۰ درصد، افسردگی مینور ۲۷ درصد و اختلالات اضطرابی ۹ درصد بوده است کیسان بلوچ، اسمیت و میاچ (Kissan, 2003، Bloch, 2003، Simet, 2003، Miach, 2003). پژوهش‌ها آشفتگی عاطفی را در میان بیماران سرطانی در آمریکای شمالی ۳۵ الی ۴۵ درصد گزارش کرده‌اند و نشان دادند که بیماران سرطانی در معرض خطر افسردگی، اضطراب و استرس پس آسیبی قرار دارند بولتز و کارلسون، اسپیکا، پاتل و گودی، کوپمن، آنجل، ترنر، کرشکا، رانلی، مک کوپو اشیگل، زابورا، کاربو، هوکر و پنتاروسی (Boltez & Carlson, 2006، Koopman & Angell & Turner & Carlson & Specia & Patel & Goody, 2004، Kreshka & Donnelly & MCCOY Spiegel, 2001، Zabore & Curbow & Hooker & Piantadosi, 2001). اگر چه جراحی، هورمون درمانی، پرتو درمانی، و شیمی درمانی به عنوان رایج ترین روش‌های مورد استفاده در درمان سرطان پستان بقای این افراد را افزایش می‌دهد هروی و دیگران (Heravi & etc., 2006). اما ان روشهای درمانی به نوبه خود سبب عوارض جانبی کوتاه مدت و بلند مدت در این بیماران می‌گردد به طوری که بیماران سرطان پستان از طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی طی فرایند تشخیص و درمان بیماری رنج می‌برند. نگرانی‌های کیفیت زندگی که توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان اظهار شده است شامل تهدیدها در زمینه‌های فیزیکی، اجتماعی، احساسی، عملکردی، ترس از مرگ، درد، عود بیماری^۴، تداخل در فعالیت جنسی طبیعی، ارتباط با همسر و مشکلات مالی مربوط به درمان می‌باشد. شیمی درمانی در سرطان پستان می‌تواند عمده ترین تاثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران داشته سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود به عبارت دیگر شیمی درمانی سبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از بیماران می‌گردد هروی، پوردهقان، میلانی، فروتن و این (Heravi, Poor Dehghan, Milani, Forootan & aein, 2006).

-
1. Anxiety
 2. Depression
 3. Anger
 4. Recurrence

بر طبق نظر سازمان بهداشت جهانی همه بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت‌های مناسب تسکینی و روانی - اجتماعی مطابق با فرهنگ خود نیاز دارند اراتوزیک (Aratazik, 1994). عدم سازش با بیماری می‌تواند روی ارتباطات بین فردی، سیر کلینیکی و پیش آگهی بیماری آنان تأثیر بگذارد رمضانی (Ramezani, 2000). مداخلات و مراقبت‌های حمایتی از زنان مبتلا به سرطان پستان به منظور کاهش تأثیر روانی اجتماعی سرطان و افزایش کیفیت زندگی آنان انجام می‌شود و لازم است به عنوان یک بخش اساسی از درمان آنها محسوب شود لاندمارک (Land-mark, 2002). این درمان‌های مکمل شامل مجموعه‌ای از مداخلات شناختی- رفتاری را در بر می‌گیرد که برای پیشگیری و درمان، کاهش پریشانی‌های روانی و یا بالا بردن سطح سلامتی و بهتر شدن وضعیت کلی بیماران سرطانی در کنار درمان‌های مرسوم به کار می‌روند. مطالعات جدید نشانگر افزایش روز افزون مراجعات بیماران خصوصاً مبتلایان به سرطان به شاخه‌های مختلف طب مکمل است. بر اساس برآوردهای موجود در کشورهای اروپایی تا سال ۱۹۹۷ این مراجعات بین ۱۰ تا ۳۹ درصد گزارش شده است. این میزان در بین مبتلایان به انواع سرطان‌ها متفاوت است و بالاترین آنها مربوط به سرطان پستان ۸۳-۷۶ درصد بوده است ساجدیان، کاویانی، منتظری، حاجی محمدی، ابراهیمی، سمیعی و دیگران (Sajedian, Kaviani, Montazeri, Haji Mohammadi, Ebrahimi, Samiei and etc., 2005).

مواجهه این بیماران با تغییرات فیزیکی و روانشناختی مختلف ناشی از سرطان و مشکلات جانبی آن، نشان می‌دهد که مطالعه، بررسی و ارتقا کیفیت زندگی این بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است پری، کوالسکی و چانگ (Perry, Kowalski, chang, 2007).

آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری^۱ یک رویکرد چند وجهی است که طی آن فنونی از قبیل آرامش‌آموزی^۲، تنفس دیافراگمی^۳، مراقبه^۴، شناسایی افکار خودکار^۵ منفی، تحریف‌های شناختی^۶ و بازسازی آن با جایگزین کردن افکار منطقی^۷، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم^۸ و ابرازگری^۹ به افراد آموزش داده می‌شود آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن (Antony, Ironson, Schniderman, 2007). نتایج پژوهشها اغلب بیانگر اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر بیماران سرطان پستان است. مداخلات

1 - Cognitive- Behavior Stress Management

2 - Relaxation

3 - Diaphragmatic

4 - Meditation

5 - Automatic Thoughts

6 - Cognitive Distortions

7 - Rational Thoughts

8 - Anger Management

9- Assertion

شناختی رفتاری گروهی در کاهش افسردگی، درد، پریشانی و ناامیدی و ارتقای خلق، عزت نفس^۱ و حمایت اجتماعی در بیماران دارای بیماری مزمن و از جمله بیماران سرطان پستان موثر بوده است گلدشتین، فرانت زو (Goldstein, Fantsve, 2009). گارلیک، وال، کوروین و کوپمن Carlic, Wall, Corwin, Koopman (2011) نشان دادند که مداخلات روانی در زنان دارای سرطان پستان موجب پیشرفت در کیفیت زندگی و کاهش آشفتگی‌های خلقی و روانی از قبیل تنش، اضطراب، افسردگی، خشم و خستگی می‌شود. کاش و فلمینگ (Kush, Fleming) نیز اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری را بر افسردگی و اضطراب نشان دادند.

در پژوهش دیگری، اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش افسردگی در زنان دارای سرطان پستان نشان داده شده است. این مداخله همچنین بیانگر تأثیر مدیریت استرس بر ارتقا بهزیستی^۲ زنان دارای سرطان پستان بود میشل و دیگران (Michael & etc., 2001). نیز می‌توان به پژوهش‌های دیگری اشاره کرد که تأثیر درمان شناختی رفتاری را بر افسردگی و اضطراب بیماران نشان می‌دهند بویر و پاریا (Boyer and Paharia, 2007).

آندرو و دیگران (Andreu & etc., 2012) نشان داده اند که زنان دارای سرطان پستان در مرحله پس از تشخیص سرطان، مرحله شیمی درمانی و جراحی بیشترین آشفتگی را نشان می‌دهند. بنابر مبانی نظری فوق پژوهش حاضر اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کیفیت زندگی زنان سرطان پستان در مرحله پس از شیمی درمانی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه گواه، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این تحقیق شامل زنان دارای سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات سرطان علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی بود که در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ به این مرکز مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۰ بیمار (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) دارای سرطان پستان با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. از این تعداد ۷ نفر (۳ نفر از گروه آزمایش و ۴ نفر از گروه کنترل) ریزش کرده و از تحلیل حذف شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- فقدان علائم بالینی و روانپزشکی دیگر (این بیماران غیر از بیماری سرطان و استرس پریشانی ناشی از آن و عوارض

1. Self Esteem

2. Well Being

مرتبط با درمان‌های فیزیکی وابسته به سرطان مشکل روانشناختی و جسمانی دیگری نداشتند) ۲- همگی در مرحله بعد از شیمی درمانی بودند ۳- بیماران ساکن تهران بودند (بیماران شهرستانی به دلیل بعد مسافت امکان حضور در جلسات را نداشتند). پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12) به عنوان پیش آزمون مورد استفاده قرار گرفته است. گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه آموزش مدیریت شناختی-رفتاری استرس را دریافت کردند در حالیکه گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان پس آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. این برنامه توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی اجرا گردید.

در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس عاملی (MANCOVA) با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) و متغیر کمکی پیش آزمون و متغیر وابسته پس آزمون خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی استفاده شده است. برای بررسی پیش فرض رابطه خطی بین متغیر وابسته با متغیر کمکی از نمودار پراکنش و برای بررسی همسانی ضرایب رگرسیونی در گروه‌ها از تحلیل رگرسیون با یک متغیر مستقل کدگذاری شده به واسطه کدگذاری تصنعی استفاده گردید. بر اساس هر دو مفروضه تایید گردید و در مرحله بعد، تحلیل کوواریانس برای مقایسه اثر متغیر مستقل عضویت گروهی روی متغیر وابسته کیفیت زندگی اجرا شد سن، ویتز، بونت (Senn, 1994؛ Witer, 1962؛ Bonate, 2000)

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12): این پرسشنامه کیفیت زندگی را از نظر سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد. روایی ابزار با روش روای محتوا سنجیده شد و جهت تعیین اعتبار از روش آزمون مجدد استفاده گردید که اعتبار مقیاس ۰/۹۰ گزارش شده است.

معرفی برنامه مداخله‌ای

نمره‌های پیش آزمون جمع آوری گردید. سپس گروه آزمایش در برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری شرکت کردند و بعد از اتمام مداخله، نمرات پس آزمون گردآوری شد. برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری انتونی، ایرونسون، اشنایدرمن (Antoni, Ironson, Schneiderman, 2007) شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در گروه آزمایشی اجرا شد: به طور کلی هر جلسه از دو بخش تشکیل می‌شود بخش اول آموزش آرمیدگی و تمرین تکنیک‌های آرمیدگی را در برداشت و بخش دوم به آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری پرداخته که با مسائل مربوط به بهزیستی

بیماران سرطانی مرتبط است. جلسات مداخله به صورت گروهی تشکیل گردیده که خلاصه محتوای هر جلسه در زیر آمده است.

جلسه اول: معارفه و شرح استرسورها و چگونگی پاسخ به آنها، آگاهی از تأثیرات جسمی استرس و پیامدهای احتمالی آن بر سلامت - آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه عضلات

جلسه دوم: استرس و آگاهی از تأثیر استرس بر هیجان، افکار و رفتار - آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه عضلات
جلسه سوم: شرح ارتباط افکار و هیجانات. تنفس دیافراگمی، تصویر سازی و آرمیدگی عضلانی برای ۴ گروه عضلات.

جلسه چهارم: شناسایی تفکر منفی و تحریفات شناختی و راهکارهای به چالش کشیدن آنها. تنفس، تصویر سازی و آرمیدگی عضلانی منفعل.

جلسه پنجم: جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی و آموزش خودزاد برای احساس سنگینی و گرما.

جلسه ششم: آموزش مقابله کارآمد و آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی.

جلسه هفتم: اجرای پاسخ‌های مقابله کارآمد و آموزش خودزاد همراه با تصویر سازی و خود القایی.

جلسه هشتم: آموزش مدیریت خشم و مراقبه مانترا

جلسه نهم: آموزش ابرازگری در روابط بین فردی و مراقبه شمارش تنفس

جلسه دهم: شرح حمایت اجتماعی و آموزش تکنیک‌های حفظ و گسترش شبکه اجتماعی. مرور کلی

برنامه و ایجاد برنامه مدیریت استرس شخصی

روند ارائه مطالب در هر جلسه به این صورت بود که ابتدا مطالب جلسه قبل مرور می‌شد، سپس مطالب

آموزشی همان جلسه ارائه می‌شد و در پایان مروری از مطالب جدید انجام می‌شد. پس از پایان دوره نیز

پس‌آزمون جهت تعیین میزان کیفیت زندگی در هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها

جهت بررسی همگنی دو گروه کنترل و آزمایش، گمارش و انتخاب تصادفی دو گروه از لحاظ متغیر

کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان

داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله پیش‌آزمون

تفاوتی بر اساس متغیرهای درک کلی از سلامت خود ($F(31,1)=0/18, p=0/66$)، عملکرد فیزیکی

($p=0/78, F(31,1)=0/08$)، سلامت جسمانی ($p=0/98, F(31,1)=0/2$)، مشکلات هیجانی ($p=0/65$)،

($F(31,1)=1/34, p=0/25$)، عملکرد اجتماعی ($F(31,1)=2/93, p=0/10$)، درد جسمانی ($F(31,1)=0/22$)

نشاط و انرژی حیاتی ($F(31,1)=2/98, p=0/09$)، سلامت روان ($F(31,1)=0/37, p=0/54$)، وجود نداشته است. برقراری این مفروضه نشانگر همگنی دو گروه کنترل و آزمایش از نظر متغیر وابسته کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون است.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی در مقیاس کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

گروه	کیفیت زندگی	میانگین پیش آزمون	انحراف معیار	میانگین پس آزمون	انحراف معیار
کنترل	درک کلی از سلامت خود	۲/۳۱	۰/۴۷	۲/۳۸	۰/۵۰
	عملکرد فیزیکی	۳/۶۹	۰/۹۴	۳/۷۵	۰/۸۵
	سلامت جسمانی	۳/۰۰	۰/۸۱	۳/۰۶	۰/۹۲
	مشکلات هیجانی	۲/۸۸	۰/۸۸	۲/۹۴	۰/۹۲
	درد جسمانی	۳/۵۰	۰/۷۳	۳/۳۸	۰/۷۱
	عملکرد اجتماعی	۳/۴۴	۱/۰۳	۳/۲۵	۱/۰۰
	نشاط و انرژی حیاتی	۳/۱۳	۰/۶۲	۳/۱۹	۰/۶۵
	سلامت روان	۷/۱۳	۰/۸۱	۷/۰۶	۰/۷۷
آزمایش	درک کلی از سلامت خود	۲/۴۱	۰/۷۹	۳/۱۲	۰/۸۵
	عملکرد فیزیکی	۳/۷۶	۰/۶۶	۴/۳۵	۰/۷۸
	سلامت جسمانی	۳/۰۰	۰/۸۶	۳/۵۳	۰/۵۱
	مشکلات هیجانی	۳/۰۰	۰/۷۰	۲/۲۴	۰/۵۶
	درد جسمانی	۳/۹۴	۰/۷۴	۳/۳۵	۰/۶۱
	عملکرد اجتماعی	۳/۸۲	۰/۸۸	۴/۵۹	۱/۰۶
	نشاط و انرژی حیاتی	۳/۵۳	۰/۷۱	۳/۶۵	۰/۷۰
	سلامت روان	۷/۲۹	۰/۷۷	۸/۲۴	۰/۷۵

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت بین زنان گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان کیفیت زندگی استفاده شد. نتایج آزمون Box's M حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تایید شد $p>0/05$ ، $F(3206,36/29)=0/63$. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در هر خرده مقیاس درک کلی از سلامت خود $F(31,1)=2/05, p=0/16$ ، عملکرد فیزیکی $F(31,1)=2/42, p=0/13$ ، سلامت جسمانی $F(31,1)=4/05, p=0/053$ ، مشکلات هیجانی $F(31,1)=0/99, p=0/92$ ، درد

جسمانی $F(31,1)=1/13$, $p=0/29$ ، نشاط و انرژی حیاتی $F(31,1)=0/21$, $p=0/65$ ، سلامت روان $F(31,1)=1/63$, $p=0/21$ ، دو گروه کنترل و آزمایش از نظر واریانس همگن هستند، به غیر از عملکرد اجتماعی $F(31,1)=5/70$, $p<0/02$ ، اما به دلیل برابری تعداد گروه‌های مورد مقایسه می‌توان نتایج را تفسیر کرد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷).

نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون متغیر گروه (آزمایشی و کنترل) روی ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی $F(16,8)=16/86$, $p<0/001$, $\eta^2=0/89$ با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز حاکی از وجود اثر معنادار بود.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه آزمایشی و کنترل در خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی

منبع تغییرات	خرده‌مقیاس	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	درک کلی از سلامت خود	۱-۲۳	۴/۶۸	۰/۰۴۱	۰/۱۷
	عملکرد فیزیکی	۱-۲۳	۲/۴۴	۰/۱۳	۰/۰۹
	سلامت جسمانی	۱-۲۳	۳/۶۹	۰/۰۶۷	۰/۱۴
	مشکلات هیجانی	۱-۲۳	۱۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	درد جسمانی	۱-۲۳	۲/۰۴	۰/۱۶	۰/۰۸
	عملکرد اجتماعی	۱-۲۳	۲۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	نشاط و انرژی حیاتی	۱-۲۳	۳/۵۸	۰/۰۷۱	۰/۱۴
	سلامت روان	۱-۲۳	۱۲/۶۶	۰/۰۰۲	۰/۳۶

نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس‌آزمون حاکی از آن بود که میزان کیفیت زندگی گروه آزمایش بعد از شرکت در دوره آموزشی مهارت‌های مقابله با مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری گروه کنترل، افزایش معناداری به لحاظ آماری در خرده‌مقیاس‌های درک کلی از سلامت خود، مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان نشان داده است (جدول ۲ و نمودار ۱).

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با استرس باعث افزایش در میزان کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

نتیجه

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی و رفتاری به نحو موثری منجر به ارتقا کیفیت زندگی و افزایش مولفه‌های آن شده است.

سرطان پستان بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی تاثیر گذار است (Chen & etc., 2009). در افراد مبتلا به سرطان پستان، پس از درمان محدودیت‌هایی ایجاد می‌شود که در کیفیت زندگی فرد موثر است. از جمله محدودیت‌های فیزیکی، درد، تغییر در فعالیت‌های روزمره، تغییر تصویر بدنی و پیامدهای روانی مانند: خشم، کاهش عزت نفس، افسردگی، عدم اطمینان، احساس تنهایی، نگرانی در ارتباط با رویدادها آینده و همچنین از بعد اجتماعی محدودیت‌هایی در سازگاری فرد با افراد خانواده و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی فرد ایجاد می‌شود (Manami-Motlagh, 2012).

یافته‌ها بیانگر تاثیر مدیریت استرس بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان است که این نتیجه بر مبنای راهکارهای شناختی و رفتاری در نظر گرفته شده در مدیریت استرس قابل تبیین است. با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس از قبیل تن آرامی و آرامش عضلانی (جلسات اول الی چهارم) می‌توان تنش و اضطراب را کاهش داد، افراد علائم جسمانی مرتبط با استرس را شناسایی کرده و با تسلط یافتن در کسب آرامش که ناسازگار با تنش است، اضطراب و تنش ناشی از بیماری و عوارض آن را کاهش می‌دهند. و در نتیجه کیفیت زندگی آنها ارتقا می‌یابد.

شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی، جایگزین کردن افکار منطقی که در جلسات چهارم و پنجم آموزش داده می‌شود، نقش مهمی در کاهش افسردگی دارد. با توجه به اینکه خلق افسرده یکی از ویژگی‌های بارز افراد دارای سرطان است و احساس بی‌هدفی و افکار تکرار شونده در مورد مرگ یا لاعلاج بودن بیماری در بیماران سرطانی وجود دارد. سعی می‌شود افکار خودکار و غیرمنطقی که ناکارآمد بوده و برانگیزاننده افسردگی و اضطراب هستند، شناسایی شده و بیمار نسبت به آنها بینش یابد سپس افکار مناسب و منطقی را جایگزین آنها نماید. بدین ترتیب آنها به باوری منطقی تر درباره بیماری و وضعیت خود می‌رسند. لذا به طور منطقی می‌توان انتظار داشت بازسازی شناختی در ارتقای کیفیت زندگی این افراد موثر واقع شود

این بیماران به دلیل خلق افسرده ناشی از تشخیص بیماری، به انزوا و کناره‌گیری از دیگران گرایش دارند که روابط اجتماعی آنها را متاثر کرده و در یک چرخه معیوب افسردگی آنها را تشدید می‌کند. بنابراین آموزش ابراز وجود و کنترل خشم که تسهیل کننده رابطه با دیگران است روابط اجتماعی آنان را گسترش

داده، روابط اجتماعی گسترش یافته، دریافت حمایت اجتماعی را افزایش داده که در نهایت موجب کاهش افسردگی می‌شود. از جنبه شناختی بیماران ممکن است به دلیل شرایط جسمانی و درگیر شدن در درمان‌های پیچیده و برخی عوارض ناشی از آنها، ممکن است به سوی انفعال و درماندگی کشیده شوند که این وضعیت افسردگی آنها را تشدید می‌کند لذا مداخله‌هایی از قبیل بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مساله باعث می‌شود که احساس درماندگی، افسردگی آنها کاهش یافته و کیفیت زندگی شان ارتقا یابد. در مجموع بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق موثر و زندگی بخش با بیماری مزمن‌شان هستند. این افراد نیازمند خواهند داشت تا مهارت‌های شناختی و رفتاری مقابله با استرس جدید را یاد بگیرند، این هدف زمانی می‌تواند تحقق یابد که مقابله و واکنش‌های آن در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن از طریق آگاهی‌افزایی کاملاً شناخته شده باشد. یکی از جوانب مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان، توجه به بهبود و ارتقا کیفیت زندگی و توانمندی‌های مقابله‌ای بیماران، جهت ارتقا سلامت و بهداشت روانی آنان است. از آنجایی که بعد سلامت روان بر تمامی ابعاد سلامت تاثیر گذار است کاربرد تکنیک‌های روان شناختی و حمایت‌های روانی - اجتماعی و آموزش‌های لازم جهت کاهش تنش‌ها، ترس و نگرانی‌های مربوط به بیماری و از همه مهم‌تر برقراری ارتباطی توأم با درک متقابل و احترام به بیمار، می‌تواند نقش کلیدی در کنترل عوارض بیماری و درمان و به تبع آن ارتقا کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد.

References

- A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: Prevalence and risk factors. *Psychology and Health*. Vol. 27, No. 1, 72-87
- Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor.' *Psycho-Oncology*, 18(1), 71-78.
- Altekruse, S. F., Kosary, C. L., Krapcho, M., Neyman, N., Aminou, R., Waldron, W., Edwards, B. K. (Eds). (2010). SEER Cancer statistics review, 1975-2007. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Retrieved from http://seer.cancer.gov/csr/1975_2007/
- American Cancer Society. (2009). Cancer Facts and Figures 2009. Retrieved January 3, 2010, from <http://www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf>.
- American Cancer Society. (2010). Cancer facts & figures 2010. Atlanta, GA: Author.
- Amigo, I., Buceta, J. M., Becona, E., & Bueno, A. M. Cognitive behavioural treatment for essential hypertension: A controlled study. *Stress Medicine*. 1991; 7(2), 103-108.
- Andreu Y, Galdo' n MJ, Dura' E, Marti' nez P, Sandra Pe' rez S, and Murgu S(2012)
- Ansari, Farimah; Molavi, Hossein; and Neshat Doost, Hamid Taher (2009). The effect of the safety making education against stress on the public health care in patients with hypertension. *Psychological Researches*, 12 (3 & 4): 81-96
- Antoni, M. H., Ironson, G. & Schneiderman, N. Stress Management for Persons with HIV Infection: Participant Workbook. , New York: Oxford University Press; 2007.
- Arathuzik D. Effects of cognitive-behavioural strategies on pain in Cancer patients.

- Cancer Nursing 1994; 17(3): 207-14.
- Asgari Mohammad, Hashemi Nasab Batool, Faraji Fardin (2011), the effects of cognitive-behavior treatment on the stress management in life quality and depression of patients with MS in Arak city, clinical psychology studies. No. 24(5), 139-162
- Bahmani Bahman, Etemadi Ahmad, Shafie Aadi Abdollah, Delavar Ali, Ghanbari Motlagh Ali (2010), group of Cognitive-existential therapist and its education based therapy in patients with breast cancer, Publication: psychology "developmental psychology" Iranian psychologists, No. 23, 201-214
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160
- Bonate PL. Analysis of pretest-posttest designs: CRC Press; 2000.
- Boyer, B. A., & Paharia, M. I. Comprehensive handbook of clinical health psychology. Wiley; 2007.
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15, 93-95.
- Canadian Cancer Statistics. (2009). Canadian cancer statistics 2009. Retrieved January 3, 2010, from www.cancer.ca/statistics
- Carlson, L. E., Specia, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 448-474.
- Carlson, L.E., Specia, M., Patel, K.D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571.
- Chen, Xiali Zheng, Ying Zheng, Wei Gu, Kai, Chen Zhi, Lu Wei, Xiao Ou Shou (2009). The Effect of regular Exercise on quality of life Among Breast cancer Survivors. *American Journal of Epidemiology*. 854-862.
- Curado, M. P., Edwards, B., Shin, H. R., Storm, H., Ferlay, J., Heanue, M., & Boyle, P., Eds (2007). *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX*. Retrieved January 3, 2010, from <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/epi/sp160/index.php>. International Agency for Cancer Research Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.
- Duijts, S.F.A., Faber, M.M., Oldenburg, H.S.A., van Beurden, M., & Aaronson, N.K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health related quality of life in breast cancer patients and survivors – a Meta analysis. *Psycho Oncology*, 20, 115-126.
- Feldstine M, Rait D. Family Assessment in oncology setting. *Cancer Nursing* 1992; 15(3):161-164.
- Fukui S. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: A Randomized Controlled Trial. *Cancer* 2000; 89(5): 1026-1036.
- Garlick, M. A., Wall, K., Corwin, D., & Koopman, C. (2011). Psycho-Spiritual Integrative Therapy for women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 78-90.
- Ghanbari Nikzad, Habibi Mojtaba, Shamsedin Salvi (2013), the effectiveness of stress management in cognitive-behavioral manner on the emotional and social

- psychological welfare of students having alienation feeling. No. 17 (10). P 47-56
- Goldstein, D., & Frantsve, L. M. (2009). Group psychotherapy for chronic illness: Clinical applications of selected empirical studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59, 577-583.
- Gurm BK. Understanding Canadian punjabi-speaking south Asian women's experiences of breast cancer: a qualitative study. *International journal of nursing studies* 2008; 45(2): 266- 276.
- Habibi Mojtaba, Ghanbari Nikzad, Khodaei Ebrahim, Ghanbari Parastoo (2013) the effectiveness of education in stress management for decreasing anxiety, stress, depression of women who are being households. *Behavior science research magazine*, No. 11 (3). P 166-175
- Hansen M. Cancer nursing. Principles and practice. 5th ed. London: Jones& Bartlet; 2000.
- Heravi Karimavi M, Pourdehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A. The study of the effect of group counseling on functional scales of patient with breast cancer treated with chemotherapy. *Daneshvar Medicine* 2006; 13(62): 69-78.
- Heravi Karimoui M, Pourdehghan M, Jadid Milani M, Foroutan SK , Aein F. Effect of group counseling on sexual health of patients with breast cancer. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2006; 11(4):201-6.
- Hickey M, Peate M, Saunders CM. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *J Gerontol a Biolsci Med Sci* 2009; 15(3): 323-39.
- Hollon SD, DeRubeis Rg, Shelton Rc, Amsterdam GD. Prevention of relapse following cognitive Therapy vs medications in moderate to sever depression. *Arch Gen psychiatry* 2005; 62(4): 417-22.
- Hong, Y., Wang, J., Mei, Y., Zhang, H., & Tang, L. (2010). Effects of group psychological intervention on the quality of life in breast cancer patients. *Chinese Mental Health Journal*, 24, 903-907.
- Hosseini Qomi Tahereh, Ebrahimi Ghavam Soghra, Alavi Zohreh (2009) part of resiliency education on the life quality of mothers having 10-13 children with cancer in Emam Khomeini Hospital, Tehran between 2009-2010. Publication: psychology "developmental psychology" Iranian psychologists, No. 23, from 77 to 100.
- Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H and Loghmani A. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 18, No. 1, January 2013, 56-69
- Kim YJ, Lee KJ. Relationship of social support and meaning of life to suicidal thoughts in cancer patients. *J Korean Acad Nurs* 2010; 40(4): 524-32.
- Kissan Dw, Bloch S, Simth Gc, Miach P. Cognitive –existential group psychotherapy for women with primary breast cancer. *Psycho oncology* 2003; 12(6): 532-46.
- Knols, R., Aaronson, N.K., Uebelhart, D., Fransen, J., & Aufdemkampe, G. (2005). Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: A systematic review of randomized and controlled clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3830.
- Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J., Kreshka, M. A., Donnelly, P., McCoy, R., Spiegel, D. (2001). Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *Breast Journal*, 7, 25-33.
- Kush, F. R., & Fleming, L. M. R. An innovative approach to short-term group cognitive

- therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2000; 4(2), 176.
- Land-mark B. Issues and innovations in Nursing practice. Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(1):112.
- León-Pizarro C, Gich I, Barthe E, Roviroso A, Farrús B, Casas F. et al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachy therapy patients. *psychooncology*.2007; 16(11):971-9.
- Manami Motlag, Shiva (2012), the effectiveness of Psychotherapy on the improving life quality and comparative structures in women with breast cancer. Thesis for master Degree, Alzahra University, Tehran.
- McKinley, E. D. (2000). Under toad days: Surviving the uncertainty of cancer recurrence. *Annals of Internal Medicine*, 133(6), 479–480.
- McNeely, M.L., Campbell, K.L., Rowe, B.H., Klassen, T.P., Mackey, J.R., & Courneya, K.S. (2006). Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 175(1), 34.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 383–391.
- Michael H. Antoni, Jessica M. Lehman, Kristin M. Kilbourn, Amy E. Boyers, Jenifer L. Culver, Susan M. Alferi, Susan E. Yount, Bonnie A. McGregor, Patricia L. Arena, Suzanne D. Harris, Alicia A. Price, and Charles S. Carver. Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention Decreases the Prevalence of Depression and Enhances Benefit Finding Among Women Under Treatment for Early-Stage Breast Cancer. *Health Psychology*.2001; 20(1), 20-32
- Montgomery, G.H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M.N., Green, S., Bovbjerg, D.H., & Schnur, J.B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28, 317.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 558–584.
- Perry, S., Kowalski, T., & Chang, C. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: Benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 24.
- Pourkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dezhbakhsh T, MohamadianPanah M. Dose rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients. *Payesh* 2010; 9 (1): 61-8.
- Rahman, R.U., Nisar, A., Hussain, N., & Chaudhary, I. (2011). Depressive disorder among the breast cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *European Psychiatry*, 26, 677.
- Ramezani T. Depression and counselling needs in women with breast cancer reffering to chemotherapy in Kerman. *Journal of Shahid Sadoughi University of medical sciences and health services*. 2000; 8(4):30-6.

- Safar-Zadeh Atieh, Roshan Rasool, Shams Jalaladin (2012), the effectiveness of education in stress management in cognitive-behavioral manner for decreasing anxiety, stress, depression of women with breast cancer, Publication: psychology, clinical psychology studies, No. 24, from 139 to 162
- Sajadian AS, Kaviani A, Montazeri A, Haji Mahmoudi M, Ebrahimi M, Samiei Manesh F. et al. complementary medicine use among Iranian cancer patients. Payesh Journal, 2005; 4(3):197-205.
- Sanagu A, Sepehr Sh. The quality of life among women with breast cancer in Golestan province, 2006. Available from: [<http://jouybari.blogfa.com/post-521.aspx>] accessed Dec 1, 2007.
- Senn S. Testing for baseline balance in clinical trials. Statistics in medicine. 1994; 13(17):1715-26.
- Simpson JS. Effect of group therapy for Breast cancer on health care utilization. Cancer practice 2001; 9(1): 19-26.
- Smith, J.E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. Journal of Advanced Nursing, 52, 315–327.
- Taylor KL. Psychological adjustment among African American breast cancer patients: oneyear follow-up results of a randomized psycho educational group intervention. Health psychology 2003; 22(3):310-323.
- Vickberg, S. M. J. (2001). Fears about breast cancer recurrence: Interviews with a diverse sample. Cancer Practice, 9, 237–243.
- Winer BJ. Statistical principles in experimental design. 1962.
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K.R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H.L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. Brain, Behavior, and Immunity, 22, 969–981.
- Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Support Care Cancer. 2005; 13(10):826-33.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psycholoical distress by cancer site. Psycho-Oncology, 10, 19–28.



اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر شادکامی دانش‌آموزان The Effectiveness of Mindfulness Training on Students Happiness

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۳

Seyed Esmail Hashemi, Hossein Mahoor

سیداسماعیل هاشمی^۱، حسین ماهور^۲

Abstract

Purpose: To evaluate the effectiveness of Mindfulness Training on Happiness among High School Students.

Method: This study used a quasi-experimental study (pretest-posttest design with a control group unequal). The study population included all high school boys of Sheshtamad during the academic year 1395- 1394. The sample consisted of 30 high school boys by multistage cluster sampling method who were to randomly divide into control and experimental groups. The instrument used in this study was Oxford Happiness Questionnaire was used in the pre- and post-test. Experimental group participated in 8 sessions of mindfulness training. The assumption was that mindfulness training may increase happiness among students.

Findings: The results of ANCOVA, showed that mindfulness training may increase happiness among students ($05/0 > P$). The differences between experimental and control groups or measure the impact of training courses ($23/0 = 2 \eta$), ie 23% of the remaining variance by mindfulness.

Keywords: mindfulness training, happiness, students.

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر شادکامی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول بود.

روش: این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی (طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول منطقه ششم، در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بوده است. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر دانش‌آموز پسر دوره متوسطه اول بود که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود که در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. دانش‌آموزان گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش ذهن‌آگاهی شرکت کردند. فرض شده بود که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند میزان شادکامی را در دانش‌آموزان افزایش دهد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه (ANCOVA)، نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث افزایش شادکامی دانش‌آموزان شود ($05/0 < P$). میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره آموزشی نیز ($23/0 = 2 \eta$) است؛ یعنی ۲۳ درصد واریانس نمرات کل باقی‌مانده متأثر از ذهن‌آگاهی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش ذهن‌آگاهی، شادکامی، دانش‌آموزان.

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

seyed.h1393@gmail.com

۲. دکتری روان‌شناسی تربیتی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار. Hmahoor@yahoo.com

مقدمه

باید گفت که زندگی تحصیلی یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی اشخاص است که بر سایر ابعاد زندگی تأثیر فراوان دارد. یکی از مسائل و مشکلات اساسی زندگی تحصیلی افراد و نظام آموزشی هر کشور، مسأله‌ی شادی دانش‌آموزان با توجه به مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی آن کشور است (Zahrakar, 2005).

شادکامی از جهت اثرات آن در خانواده نیز حائز اهمیت است. شادی امری مسری است، یعنی شادی یک فرد می‌تواند در دیگران نیز شادی پدید آورد. شادکامی زندگی را دلپذیرتر و انعطاف‌پذیرتر می‌نماید. اما مسئله‌ی شادی نیازمند داشتن سبک زندگی متناسب با ارزشهای یک جامعه است (Abedi, 2007).

مطالعه بر روی شادکامی اخیراً رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. به طور معمول شادی از سه مؤلفه‌ی فراوانی، درجات و اثرات مثبت؛ لذت از زندگی، نداشتن احساسات منفی و میانگین سطوح رضایت از زندگی تشکیل شده است. شادکامی در چندین فرایند شناختی هم چون حافظه، یادگیری، حل مسأله، خلاقیت، انعطاف‌پذیری فکری و موفقیت تأثیر می‌گذارد. همچنین شادکامی در پدیده‌های اجتماعی هم چون روابط بین فردی گروه‌های اجتماعی، ارتباطات اعضای خانواده و انگیزش نفوذ می‌کند (Freeman, 2002).

در ارتباط با شادکامی، دو دیدگاه اصلی وجود دارد: دیدگاه لذت‌گرایی که بر اساس اصول لذت‌گرایی، موجودات زنده برانگیخته می‌شوند تا به دنبال لذت باشند و از درد اجتناب نمایند. شادی از نظر عصب‌شناختی به وسیله‌ی کاهش سریع سرعت شلیک عصبی، فعال می‌شود. رهایی از درد جسمی، رهایی از نگرانی‌ها، حل کردن مسأله‌ای دشوار، و پیروزشدن در رقابتی اضطراب‌انگیز نمونه‌ی الگوی کاهش برانگیختگی عصب‌شناختی شادی است (Rio, 1996).

از آن جا که شادی یکی از هیجانات اساسی بشر است، لذا هرکس به فراخور خود آن را تجربه می‌نماید. اما تعریف شادی به سادگی تجربه‌ی آن نیست. افلاطون در کتاب جمهوری به سه عنصر در وجود انسان اشاره می‌کند که عبارت‌اند از: قوه‌ی عقل یا استدلال، احساسات و امیال. افلاطون شادی را حالتی از عقل می‌داند که بین این سه عنصر تعادل و هماهنگی وجود داشته باشد (Deckey, 1999).

ارسطو شادی را زندگی معنوی می‌داند، جان‌لاک و جرمی بنتام معتقدند که شادی مبتنی بر تعداد لحظات لذت‌بخش است (Aysenck, 1990).

آرگایل، مارتین و لو (Argyle, Martin & Lu, 1995) شادی را ترکیبی از وجود عاطفه مثبت، فقدان عاطفه منفی و رضایت از زندگی می‌دانند. جامع‌ترین و در عین حال عملیاتی‌ترین تعریف شادمانی

را وینهوون (Vennhoven, 1988) ارائه می دهد؛ به نظر او، شادمانی به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی اش اطلاق می گردد.

ذهن آگاهی و حضور ذهن روشی است که مدت هاست برای کاستن و یا از بین بردن مشکلات زندگی و ناراحتی ها و پریشانی های روان شناختی به کار می رود. در دهه اخیر افزایش ناگهانی استفاده از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی دیده شده است و روز به روز این رویکرد در حال گسترش است (Baer, 2003). تمرین های فکری از سنت های بودا نشأت گرفته و در بین متخصصان غربی با نام برنامه های بالینی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده می شوند (Moore, 2003). ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می افتد تعریف شده است (Brown, Ryan, 2003). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه های در حال وقوع در لحظه کنونی (Kabat-zenn, 2003).

این درمان مراجع را قادر می سازد که بدون قضاوت در مورد تجربه اش، آن ها را درک کند، همچنین با به چالش کشیدن و پذیرش باورها و احساساتش روابط خود را با دیگران تغییر دهد، گرچه در این راه ممکن است سختی ها و دشواری های فراوانی وجود داشته باشد اما در حال حاضر یکی از مناسب ترین و موفق ترین روش های موجود در درمان به شمار می رود (Crane, 2009).

کار (Carr, 2004) معتقد است که افراد شاد، معمولاً مهارت های خود را بهتر ارزیابی کرده و رویدادهای مثبت را بیشتر از رویدادهای منفی یادآوری نموده و در برنامه های زندگی تصمیم گیری بهتری دارند. براون و ریان (Brown, Ryan, 2003) در مطالعه ای به بررسی نقش ذهن آگاهی روان شناختی پرداختند؛ نتایج مطالعه آنها نشان داد که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان شناختی همراه است. سمپل و لی (Sample, Lee, 2008) در پژوهش خود دریافتند که آموزش ذهن آگاهی تأثیر قابل توجهی در میزان اضطراب کودکان دارد و دیدگاه آن ها را نسبت به تحصیل و درس خواندن تغییر داده است.

در این پژوهش منظور از شادکامی نمره ی کسب شده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد و منظور از آموزش ذهن آگاهی، بسته آموزشی تدوین شده توسط کابات زین و همکارانش (Kabat-zenn, 1992) می باشد که در هشت جلسه یک و نیم ساعته اجرا می شود.

با توجه به مطالعات و تحقیقات محقق، آموزش ذهن آگاهی با توجه به قدرتی که از آن در درمان اختلالات و آموزش مهارت ها ذکر شده کمتر کار شده است. همچنین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر

شادکامی در ایران سابقه پژوهشی ندارد. لذا محقق به دنبال این است که چگونه می‌توان شادکامی را در جریان آموزش وارد و دانش آموزان را کمک نمود که شادمان باشند؛ یا به عبارتی "آیا آموزش ذهن‌آگاهی باعث افزایش شادکامی دانش‌آموزان می‌شود؟".

مواد و روش‌ها

این پژوهش با توجه به هدف و کاربرد از نوع پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی (طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول منطقه ششم می‌باشند که در سال تحصیلی ۹۵ - ۹۴ مشغول به تحصیل می‌باشند. ابتدا کلیه مدارس پسرانه متوسطه اول منطقه ششم برحسب دهستان تقسیم‌بندی شده و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای یک دهستان انتخاب؛ سپس از دهستان انتخابی یک مدرسه انتخاب و از بین دانش‌آموزان این مدرسه، تعداد ۵۰ نفر دانش‌آموز انتخاب و با استفاده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند؛ و پس از بررسی نتایج پیش‌آزمون، نمونه اصلاح و پایین‌ترین و بالاترین نمرات حذف و تعداد ۳۰ نفر باقی‌مانده به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش ذهن‌آگاهی قرار گرفت و پس از پایان جلسات از هر دو گروه آزمون مجدد گرفته تا اختلاف میانگین نمرات دو نوبت آزمون، برآورد و تجزیه و تحلیل گردد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱- پرسشنامه شادکامی آکسفورد: پرسشنامه شادکامی آکسفورد توسط آرگایل و لو تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده‌ی چهار گزینه‌ای است که به ترتیب از ۰ تا ۳، نمره‌گذاری شده است. بالاترین نمره‌ای که در این پرسشنامه به دست می‌آید ۸۷ می‌باشد، که نشان دهنده بالاترین میزان شادکامی فرد و کمترین آن ۰ می‌باشد. پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ و پایایی بازآزمایی آن را طی ۷ هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره‌ی آنها ۰/۴۳ محاسبه شد. در ایران علی‌پور و نوربالا (Alipoor, Noorbala, 2000) این پرسشنامه را ترجمه کردند و به منظور بررسی مقدماتی پایایی و روایی آن، ۱۰۱ دانشجوی دانشگاه‌های علامه طباطبائی و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند؛ در این راستا همسانی درونی مواد پرسشنامه نشان داد که تمام مواد ۲۹ گانه این پرسشنامه با نمره کل همبستگی بالایی دارد. آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی دونیمه کردن آزمون ۰/۹۲

و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه بعد از سه هفته ۰/۷۹ به دست آمد (Hosseinporanjjar, Fatehizadeh & Abedi, 2014).

۲- بسته آموزش ذهن آگاهی کابات زین: روش اجرای جلسات به اختصار می آید.

جلسه اول: اجرای پیش آزمون: برقراری ارتباط و مفهوم سازی مشکل.

جلسه دوم و سوم: آموزش تن آرامی.

جلسه چهارم: در این جلسه بعد از مرور جلسات قبل، آموزش توجه به تنفس آموزش داده شد.

جلسه پنجم: بعد از مرور کوتاه جلسات قبل، آموزش تکنیک پویش بدن آموزش داده شد.

جلسه ششم: بعد از مرور کوتاه بر جلسه ی قبل، در این جلسه ذهن آگاهی افکار آموزش داده شد.

جلسه هفتم: ذهن آگاهی کامل: در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه ی قبل، آموزش

جلسات ۴، ۵، و ۶ (هر کدام به مدت ۲۰ الی ۳۰ دقیقه) تکرار شد.

جلسه هشتم: در این جلسه جهت پایان دادن به جلسات و اجرای پس آزمون تکنیک های مرتبط با

شادی را مرور و از آزمودنی ها خواسته شد که تکنیک های موجود در آموزش ذهن آگاهی را در زندگی

روزمه خود انجام دهند و از این طریق به بهبود سلامتی و شادکامی خویش کمک نمایند. در این جلسه

اجرای پس آزمون به مدت نیم ساعت انجام شد.

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده های حاصل از اجرای آزمون ها، ابتدا اطلاعات به دست

آمده به کمک روش های آمار توصیفی و تشکیل جداول توزیع فراوانی، محاسبه درصد ها، شاخص های

مرکزی و پراکندگی توصیف گردید. از آمار استنباطی؛ برای پاسخگویی به فرضیه پژوهشی روش تحلیل

کواریانس یک راهه (ANCOVA)؛ و برای انجام این تحلیل، بررسی همگنی رگرسیون انجام گردید. جهت

بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس های لوین^۱؛ و برای بررسی

نرمال بودن توزیع متغیرها آزمون نیکوئی برازش کولموگروف- اسمیرنف یک راهه^۲ استفاده؛ و براساس

خروجی SPSS نسخه ۱۶ داده ها تحلیل گردید.

در این پژوهش میانگین پیش آزمون شادکامی گروه آزمایش ۴۸/۲، پایین ترین نمره ۳۸ و بالاترین

نمره ۵۸ می باشد. همچنین در پس آزمون میانگین ۵۵/۴، پایین ترین نمره ۳۱ و بالاترین نمره ۷۳ می باشد.

میانگین پیش آزمون شادکامی گروه کنترل ۴۸/۱، پایین ترین نمره ۳۹ و بالاترین نمره ۵۸ می باشد. همچنین

در پس آزمون میانگین ۴۶/۳، پایین ترین نمره ۳۴ و بالاترین نمره ۶۳ می باشد.

1 . Levene's Test of equality of error variance

2 . One way Kolmogorov- Smirnov

بررسی مفروضات تحلیل‌های آماری

تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب روش‌های آماری پارامتریک و ناپارامتریک جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی عموماً بر اساس وجود یا عدم وجود برخی مفروضات صورت می‌گیرد. یکی از این مفروضات، فاصله‌ای یا نسبیتی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای پژوهشی است. در تحقیق حاضر متغیر وابسته (شادکامی) در سطح فاصله‌ای قرار دارد. علاوه بر مقیاس اندازه‌گیری، نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه و تحقق فرض همگنی واریانس‌ها نیز باید مورد توجه قرار گیرند. دو مفروضه مورد اشاره در خصوص تمامی تحلیل‌های آماری صادق هستند و هر روش آماری ممکن است مفروضات خاص خود را نیز داشته باشد. در پژوهش حاضر پاسخگویی به فرضیه پژوهشی با روش تحلیل کوواریانس یک راه (ANCOVA) صورت می‌پذیرد. جهت انجام این تحلیل تحقق مفروضه همگنی رگرسیون الزامی است در این بخش به این مفروضه نیز پرداخته خواهد شد.

نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راه استفاده شد. جهت تفسیر این آزمون به دو صورت می‌توان عمل کرد: راه اول توجه به میزان ضریب Z کالموگروف-اسمیرنوف است. اگر این میزان بین $-۱/۹۶$ تا $+۱/۹۶$ قرار داشته باشد می‌توان رأی به نرمال بودن توزیع داد. راه دوم توجه به سطح معنی‌داری است. بدین صورت که سطح معنی‌داری بدست آمده باید بر دو تقسیم گردد اگر میزان حاصله بیشتر از $۰/۰۲۵$ باشد، توزیع نرمال و در غیر این صورت توزیع غیرنرمال خواهد بود (حسینی، ۱۳۸۲). با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون کالموگروف-اسمیرنوف در تمامی متغیرهای بیشتر از $۰/۰۵$ می‌باشد لذا با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت توزیع نمرات متغیرهای مورد بررسی نرمال می‌باشد.

بررسی فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهشی

به طور کلی فرض همگنی واریانس‌ها به دنبال بررسی این مسأله است که آیا نمونه‌ها از جامعه‌هایی با واریانس‌های مساوی انتخاب شده‌اند یا نه. هرگاه این فرض برآورده شود، داده‌های حاصل از این دو نمونه را می‌توان برای بدست آوردن برآوردی بدون اریب از واریانس جامعه، با یکدیگر ترکیب کرد (Ferguson, Takane, 1989). جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی، از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین استفاده شد. بر اساس سطح معنی‌داری بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس‌ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی‌داری بدست آمده بزرگ‌تر از $P=۰/۰۵$ باشد، واریانس‌ها برابرند و بالعکس (Brace, Kemp, Snglar, 1996). بررسی

فرض همگنی واریانس‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- آزمون همگنی واریانسها شادکامی

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱/۶	۱	۲۸	۰/۳۶

بر اساس یافته‌ها ملاحظه می‌شود، آزمون لونز معنادار نبوده است (مقدار P بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد)

بنابر این همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

بررسی فرض همگنی رگرسیون متغیرهای پژوهشی

همگنی رگرسیون به دنبال بررسی این مسأله است که آیا رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (در اینجا نمره پیش آزمون) برای تمامی گروه‌ها یکسان است یا نه. جهت بررسی این فرض از معناداری F استفاده می‌شود. اگر این آماره معنادار باشد داده‌ها از فرض همگنی رگرسیون حمایت نمی‌کنند و بالعکس (۱۹). نتایج بررسی این مفروضه در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲- نتایج آزمون همگنی رگرسیون در متغیر شادکامی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نگرانی	گروه	۹۶/۱	۱	۹۶/۱	۶/۲	۰/۰۳
	نمره پیش آزمون	۶۰۹/۲	۱	۶۰۹/۲	۵/۸	۰/۰۲
	پیش آزمون × گروه	۸۰/۵	۱	۸۰/۵	۰/۷۷	۰/۳۸

نتایج درج شده در جدول فوق نشان می‌دهد که مفروضه همگنی رگرسیون در اثر تعاملی گروه و

نمره پیش آزمون ($F=0.77, P=0.38$) محقق شده است.

فرضیه: آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش شادکامی دانش آموزان می‌شود.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون شادکامی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۶۰۹/۲	۱	۶۰۹/۲	۵/۸	۰/۰۲	۰/۱۸
اثر اصلی	۹۶/۱	۱	۹۶/۱	۶/۲	۰/۰۳	۰/۲۳
خطای باقیمانده	۳۳۹/۳	۲۶	۱۲/۹	---	---	---

همان گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است اثر اصلی معنادار است ($F=6.2, P<0.05$) از این رو

فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. بدین معنی که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش شادکامی دانش آموزان

می‌شود. میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره آموزشی نیز ($\eta^2 = 0/23$) است؛ یعنی ۲۳ درصد واریانس نمرات کل باقی‌مانده متأثر از ذهن آگاهی می‌باشد.

جدول ۴- میانگین نمرات تعدیل شده پس از آزمون شادکامی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۵۵/۴	۲/۶
کنترل	۴۶/۴	۲/۶

میانگین شادکامی گروه آزمایش (۵۵/۴) پس از تعدیل نمرات بیشتر از گروه کنترل (۴۶/۴) بوده است که خود گواه تأثیر ذهن آگاهی بر شادکامی است.

نتیجه

فرضیه‌ی پژوهش: آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش شادکامی دانش‌آموزان می‌شود. در پژوهش حاضر، پاسخگویی به فرضیه پژوهشی با روش تحلیل کوواریانس یک راهه (ANCOVA) صورت پذیرفته؛ و همان‌گونه که در یافته‌ها نشان داده شده اثر اصلی معنادار است ($F(2, 6) = 0/05$ ، $P < 0/05$) از این رو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. بدین معنی که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش شادکامی دانش‌آموزان می‌شود. میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره آموزشی نیز ($\eta^2 = 0/23$) است؛ یعنی ۲۳ درصد واریانس نمرات کل باقی‌مانده متأثر از ذهن آگاهی می‌باشد. از آنجایی که در این پژوهش نشان داده شده که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش شادکامی دانش‌آموزان می‌شود؛ این نتیجه با پژوهش‌های براون و ریان (Brown, Ryan, 2003)، بنجامین و پیترسون (Beauchemin, Patterson, 2008)، تیزدیل (Teasdale, 1999)، سوقندی (Sowqandy, 2015)، دهقانی (Dehghani, 2014)، پژوهش‌منتظری و همکاران (Montazeri, et. al, 2013) و تحقیقات بسیاری دیگر همسو می‌باشد.

از این جهت این پژوهش با پژوهش‌های ذکر شده همسو می‌باشد که همه تحقیقات دال بر اثربخشی ذهن آگاهی بوده و تعداد زیادی از آن‌ها بیانگر تأثیر ذهن آگاهی بر اختلالاتی می‌باشد که درمان هر کدام باعث کم شدن رنج و ملال، و در نتیجه باعث بالا رفتن شادکامی افراد می‌گردد. از جمله این اختلالات، افسردگی، اضطراب، عواطف منفی، نشخوار فکری و مشکلات درونی شده می‌باشد. و همچنین افزایش بهزیستی روحی- روانی، درک افراد از سلامت، بهبود بیماری‌های جسمی و روحی با توجه به پژوهش منتظری و همکاران (Montazeri, et. al, 2013) با شادکامی در ارتباط است. منتظری و همکاران اعلام نمودند: "نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان داد علاوه بر عوامل اقتصادی- اجتماعی از قبیل وضعیت

اشتغال، سطح درآمد و شهر محل سکونت، درک افراد از سلامت خود تأثیر بسزائی بر سطح شادکامی افراد دارد."

در پایان باید گفت که آموزش ذهن آگاهی منجر به بالا رفتن آگاهی و اصلاح شناخت دانش آموزان می گردد و در نتیجه منجر به بالا رفتن عواطف مثبت و مخصوصاً کسب نمره بیشتر در آزمون شادکامی گردیده است. همچنین توجه به حالات روحی- روانی دانش آموزان به عنوان سرمایه های انسانی جامعه وظیفه همه ما و مسئولین جامعه بوده که در این پژوهش آموزش ذهن آگاهی بعنوان یک تکنیک مداخله ای اثربخش جهت بالا رفتن میزان شادکامی دانش آموزان تأیید گردید.

هر پژوهشی از ابتدای انتخاب موضوع، تا انجام مراحل پژوهش نظری، اجرا، تجزیه و تحلیل و نتیجه گیری با موانع و محدودیت هایی مواجه می گردد. در این پژوهش کمبود منابع و کتب و متون چاپی ذهن آگاهی در محدوده مکانی پژوهش از محدودیت های این پژوهش می باشد. همچنین پیشنهاد می گردد با توجه به این که در این پژوهش جامعه آماری، تنها دانش آموزان پسر مقطع متوسطه ی اول منطقه ششم بود؛ محققین در جوامع و گروه های دیگر، مقاطع تحصیلی دیگر و دختران نیز کار نموده و نتایج مورد بررسی واقع گردد؛ و در پژوهش های آتی اثربخشی سایر روش ها بر شادکامی دانش آموزان، همچنین اثر بخشی ذهن آگاهی بر سایر متغیرهای روانی دانش آموزان کار شود.

References

- Abedi, L. (2007). Compare the effectiveness of cognitive-behavioral and social skills in children increase happiness. *Journal of Psychology*. 2 (4), pp.71-59(In Persian).
- Alipoor, A., Noorbala, AA. (2000). A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford happiness questionnaire in students in the universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. Tehran: *Andeesheh va Raftar*. 5(1-2), pp. 55-65(In Persian).
- Argyle, M., Martin, M., Lu, L. (1995). *Testing for stress and Happiness: The role of social and Cognitive factors*. Inc. D. Spilberger & I. Sarason (Eds), Stress and emotion.
- Aysenck, M. (2000). *Always be happy*. (Translated by Chelongar, Zahra) Tehran: the new generation sighted. (Published in the original language, 1990). (In Persian).
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125- 143.
- Beauchemin, J., Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning difficulties. *Complementary Health Practice Review*, 13, 34- 45.
- Brace, N., Kemp, R., Snglar, R. (2004). *Psychological Data Analysis with SPSS*. (Translated by Aliabadi, Kh. , Samadi, A). Tehran: Publication time. (Published in the original language, 1996). (In Persian).
- Brown, KW., Ryan, RM. (۲۰۰۳). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 84, 822-848.

- Carr A. (2007). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. (Translated by Pashashryfy, H., Najafi zand, J., Sana'i, B) Tehran: Speaking publications. (Published in the original language, 2004). (In Persian).
- Crane, R. (2012). *Mindfulness-based cognitive Therapy*. (Translated by Khvshlhjh sedgh, a).Tehran: Publication of Prophet. (Published in the original language, 2009). (In Persian).
- Dehghani, F. (2014). *Compare the development effectiveness of the treatment of generalized anxiety mindfulness and cognitive-behavioral therapy Brakhtl female students*. [Dissertation].Isfahan: Isfahan University. (In Persian).
- Dickey, M. T. (1999). The pursuit of happiness. *Http: www. Dickey. Org*.
- Ferguson, GA., Takaneh, Y. (2010).*Statistical Analysis in Psychology and Educational Sciences*. (Translated by Delaware, A., Naqshbandi, S). Tehran: Arasbaran. (Published in the original language, 1989). (In Persian).
- Freeman, R.(2002). Health psychology. *New York Times*.
- Hosseinporijar, F., Fatehizadeh, M., Abedi, M. (2014).Effectiveness "Happiness theory of" the joy of married women in Asfhan. *pzhvhsh a wisdom Ahl al-Bayt* . 1(1), pp. 1-16. (In Persian).
- Hoseini, Sy. (2004). *Nonparametric statistics*. Tehran: Allameh Tabatabai University Press. (In Persian).
- Kabat- Zinn, J., Massion, A. O., Kristeiler, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W.R., Santorelli, S.F.(1992). Effectiveness of a meditation- based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Journal American Pt Psychiatry*, 19, 936- 943.
- Kabat- Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 144–156.
- Moore, p. (2003). Introducing Mindfulness to Clinical Psychologists in Training: An Experiential Course of Brief Exercises. *Incline Psychos Med Settings*, 15,331-337.
- Montazeri, A., Tavoosi, M., Rakhshani, F., Azin, SA., Jahangiri, K., Ebadi, M., et al.(2013). The happiness of the people of Iran and its influencing factors: health study from the perspective of the Iranian people. *Quarterly monitoring*. 11(4), pp. 467-475.(In Persian).
- Rio, j.m. (2008). *motivation and excitement*.(translated by Yahya,sy.m). Tehran: Nshrvyraysh Institute. (Published in the original language, 1996). (In Persian).
- Sample, R.J., Lee, J. (2008). Treating anxiety with mindfulness: Mindfulness- based cognitive therapy for children. In S. C. Hayes L. A. Greco (Eds), *Acceptance and mindfulness interventions for LD children, adolescents and families* (pp. 63- 87). *Oakland, CA: Context Press/ New Harbinger*.
- Sowqandy, Z. (2015). *Efficacy of mindfulness skills training on self-concept first high school female students*. [Dissertation]. Nishabour: Islamic Azad University. (In Persian).
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *clinical psychology and psychotherapy*, 6, 146- 155.
- Vennhoven, R. (1988). The utility of Happiness. *Sosial indicators Resarch*. 20, 254-333.
- Zahrakar, F. (2005). *The relationship between emotion regulation and affective empathy*. [Dissertation]. Fars Research Sciences. (In Persian).

Table of Contents

The Effectiveness of Transactional Analysis Group Therapy on Decreasing Aggression in Addict Couples Javad Asadolahi , Seyed Ali Kimiaei , Seyed Mohammad Mahdi Moshirian Farahi	5
The Effectiveness of Existential Therapy in a Group Setting on Self- Differentiation and Communication Patterns on Engaged Women Students Ahmad Amani, Naser Yoosefi, Elham Fanayi	16
The Present Research Effect of Narrative Therapy on Shyness, Depression and Self-esteem amonge preschool Children of Ahvaz City Fatemeh Loveimy, Sahar Safarzadeh	32
Prediction of Life Expectancy of Spouses based of Meta-Cognitive Belief and Cognitive Fusion Hamid Reza Samadifard	48
Effectiveness of group counseling with structured approach on Family Function and Marital Satisfaction Iman SeyyedMoharrami, BahramAli Ghanbari Hashemabadi, MohammadJavad Asghari Ebrahimabad	63
Psychometric Indices of Academic Self-Regulation Learning Scale Mohammad Mohammadipour, Ali Delavar, HasanAhadi, FariborzDortaj, HasanAsadzadeh	79
Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing quality of life in patient with breast cancer Jhaleh Habibi, Mojtaba Habibi, Mona Malekzade, Nikzad Ghanbari	96
The Effectiveness of Mindfulness Training on Students Happiness Seyed Esmaeil Hashemi, Hossein Mahoor	111

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 : Mohammad rasool Faiiaz Saberi

Technical Editor : Shahrbanoo Ali

- 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. 6, No 2, Autumn & Winter 2017

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in

ISC

&

SID

and available via

Magiran

Noormags



Ferdowsi University of
Mashhad
Faculty of Education and Psychology

Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol 6, No 2, (2017)

ISSN: 2251-6352

12

- | | |
|--|-----|
| The Effectiveness of Transactional Analysis Group Therapy on Decreasing Aggression ...
Javad Asadolahi , Seyed Ali Kimiaei , Seyed Mohammad Mahdi Moshirian Farahi | 5 |
| The Effectiveness of Existential Therapy in a Group Setting on Self- Differentiation and ...
Ahmad Amani, Naser Yoosefi, Elham Fanayi | 16 |
| The Present Research Effect of Narrative Therapy on Shyness, Depression and ..
Fateme Loveimy, Sahar Safarzadeh | 32 |
| Prediction of Life Expectancy of Spouses based of Meta-Cognitive Belief and ...
Hamid Reza Samadifard | 48 |
| Effectiveness of group counseling with structured approach on Family Function and ...
Iman SeyyedMoharrami, BahramAli Ghanbari Hashemabadi, MohammadJavad Asghari Ebrahimabad | 63 |
| Psychometric Indices of Academic Self-Regulation Learning Scale
Mohammad Mohammadipour, Ali Delavar, HasanAhadi, FariborzDortaj, HasanAsadzadeh | 79 |
| Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing quality of life in ...
Jhaleh Habibi, Mojtaba Habibi, Mona Malekzade, Nikzad Ghanbari | 96 |
| The Effectiveness of Mindfulness Training on Students Happiness
Seyed Esmaeil Hashemi, Hossein Mahoor | 111 |