



دانشگاه فردوسی مشهد
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

سال ۷، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۶

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

۱۳

- ۵ بررسی رابطه سبک زندگی راندگان جوان تهرانی با تصادفات رانندگی
مجتبی عباسی اصل، سیامک ظهه ماسی، سید محمد حسین جواد، علیرضا کریم پور و وظیفه خورانی،
فروغ ادریسی، اسماعیل سلطانی، سعدالله هاشمی زینتی، نادر رحمانی، فریبا کریملو
- ۱۶ بررسی اثر بخشی روان در مانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده
نرگس یوسف پور، احمد اکبری، الهه آهنگری، علی اکبر ثمری
- ۳۲ اثر بخشی گروه در مانی شناختی- انسانگر ایانه بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مساله زنان متأهل
معصومه دامن جانی، سید علی کیمیایی، حسین حسن آبادی
- ۴۸ اثر بخشی طرحواره در مانی و معنادر مانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خود بی‌پنداری
مسعود قربانعلی پور، علی مقدم، ادمه عیسی جعفری
- ۶۳ اثر بخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران مقطع راهنمایی شهر اراک
داود نقوایی
- ۷۹ اثر بخشی طرحواره در مانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک
نصیرانی
- ۹۶ اثر بخشی طرحواره در مانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق
گونا صیادی، محسن گل، محمدیان، علیرضا رشیدی

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 ۷، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۶

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

پروانه انتشار نشریه: نامه شماره ۱۲۴۱۱۴۰۵ مورخ ۸۳/۲/۱۲

به استناد مجوز ۸۹/۳/۱۱/۱۰۵۰۳۴ مورخ ۸۹/۱۲/۱۴ کمیسیون نشریات علمی کشور
دارای اعتبار علمی - پژوهشی است.

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)
- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)
- و در پایگاه Magiran و Noormags نیز در دسترس قرار دارد

مدیر مسؤول: دکتر بختیار شعبانی ورکی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

سر دبیر: دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

هیات تحریریه:

نام	تخصص	مرتبه علمی
دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرفاف	روان شناس	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر امیر امین یزدی	روان شناسی کودک	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر نورمحمد بخشانی	روان شناسی بالینی	دانشیار علوم پزشکی زاهدان
دکتر محمدعلی بشارت	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه تهران
دکتر فریبرز درتاج	روان شناسی تربیتی	دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر جواد صالحی فدردی	روان شناسی بالینی و سلامت	استاد 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 کیومرث بشلیده، دکتر سید ابوالقاسم مهری نژاد، دکتر جعفر طالبیان شریف، دکتر علی
کیمیایی، دکتر شهربانو عالی، آزاده عطاری

مدیر اجرایی و کارشناس مجله: محمدرسلول 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://tpcep.um.ac.ir>

فهرست مندرجات

- ۵ بررسی رابطه سبک زندگی رانندگان جوان تهرانی با تصادفات رانندگی
مجتبی عباسی اصل ، سیامک طهماسبی ، سید محمد حسین جوادى ، علیرضا کریم پور وظیفه خورانی ،
فروغ ادریسی ، اسماعیل سلطانی ، سعدالله هاشمی رزینی ، نادر رحمانی ، فریبا کریملو
- ۲۱ بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده
نرگس یوسف پور، احمد اکبری، الهه آهنگری، علی اکبر ثمری
- ۳۸ اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه بر بهبود مهارتهای ارتباطی و حل مساله زنان متاهل
معصومه دامنجانى، سیدعلی کیمیایی، حسین حسن آبادی
- ۵۲ اثربخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری
مسعود قربانعلی پور، علی مقدم زاده، عیسی جعفری
- ۶۷ اثربخشی آموزش تکنیکهای ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران مقطع راهنمایی شهر اراک
داود تقوایی
- ۷۷ اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس ترک شدن و بی ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال
شخصیت مرزی در شهر اراک
ذبیح پیرانی
- ۸۹ اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده های طلاق
گونا صیادی، محسن گل محمدیان، علیرضا رشیدی



عباسی اصل، مجتبی؛ طهماسبی، سیامک؛ جوادی، سید محمد حسین؛ کریم پور وظیفه خورانی، علیرضا؛ ادیبی، فروغ؛ سلطانی، اسماعیل؛ هاشمی رزینی، سعدالله؛ رحمانی، نادر؛ کریملو، فریا (۱۳۹۶). بررسی رابطه سبک زندگی رانندگان جوان تهرانی با تصادفات رانندگی.

DOI: 10.22067/ijap.v7i1.63119

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۱)، ۲۰-۵.

بررسی رابطه سبک زندگی رانندگان جوان تهرانی با تصادفات رانندگی

مجتبی عباسی اصل^۱، سیامک طهماسبی^۲، سید محمد حسین جوادی^۳، علیرضا کریم پور وظیفه خورانی^۴، فروغ ادیبی^۵، اسماعیل سلطانی^۶، سعدالله هاشمی رزینی^۷، نادر رحمانی^۸، فریا کریملو^۹
تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۲

چکیده

هدف: بررسی سبک زندگی رانندگان جوان تهرانی با تصادفات رانندگی.

روش: روش پژوهش همبستگی می باشد و شیوه نمونه گیری به شیوه طبقه ای از مراکز بیمه، بیمارستان ها، کانون های اصلاح و تربیت و زندان بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد تصادف کرده ۱۸ تا ۲۴ ساله شهر تهران بودند. از بین این جامعه، تعداد ۵۷۶ نفر انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه ی سبک زندگی المحمود، سیمونز و ال اسفار می باشد.

یافته ها: سابقه تصادف با ابعاد سبک زندگی ارتباط معنادار در سطح ($p < 0/01$) دارد. در بین ابعاد سبک زندگی، عامل ادراک قوانین پلیس همبستگی بالاتری با سابقه تصادف دارد. ($p < 0/01$).

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، رانندگان جوان، تصادف

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی تهران، Mojtabaabbasiasl@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، Siyamak.Tahmasebi@gmail.com

۳. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

۵. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۶. استادیار مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۷. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران

۸. رئیس پلیس مرکز کنترل ترافیک راه های تهران

۹. کارشناس آموزش سازمان جوانان جمعیت هلال احمر تهران

مقدمه

سبک زندگی باید به صورت یک ترکیب پیچیده از کارها و عادت‌های رفتاری در افراد و گروه‌ها مورد توجه قرار گیرد، بخصوص با توجه به شالوده فرهنگی و شرایط اجتماعی-اقتصادی و روابط اجتماعی و شخصیت آنها. با اینکه ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می‌گیرند که بر سلامت آن‌ها تاثیرگذار است. مفاهیم تغییرات رفتاری، شکل‌گیری عادت‌ها و گسترش سبک زندگی سهم زیادی برای ایفای نقش آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به وجود می‌آورد (Veal, 2005). سبک زندگی از دیدگاه آدلر شیوه‌ای نسبتاً ثابت است که فرد برای رسیدن به اهداف خود به کار می‌برد یعنی راهی است برای رسیدن به اهداف زندگی. این سبک حاصل دوران کودکی فرد است، به عبارت دیگر، سبک زندگی بعد عینی و کمیت‌پذیر شخصیت افراد است. به همین علت، نظریه سبک زندگی آدلر، نظریه شخصیت او نیز محسوب می‌شود (Lali, Abedi & Kajbaf, 2012). سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، برهم‌کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی حاصل می‌شود (Lali et al, 2012). در طول ۵ سال گذشته میزان تصادف‌های منجر به مرگ رو به افزایش بوده است و در بسیاری از کشورها تبدیل به نگرانی عمومی شده است (Kheyraadi & Bolhari, 2012). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالانه در اثر تصادف‌های رانندگی بیش از یک میلیون نفر کشته و حدود ۵۰ میلیون نفر مجروح می‌شوند (Kheyraadi & Bolhari, 2012). در کشور ایران نیز سالانه بیش از ۲۰۰ هزار فقره تصادف فوتی و جرح در ۱۱۷ هزار کیلومتر و ۱۰۱۷ پیکره شهری اتفاق می‌افتد (Mehmandar, 2011) و همچنین یکی از بالاترین آمارها در جهان است به طوری که تقریباً دو برابر میزان مرگ در کشورهای اروپایی است (Narimani, Rajabi, Ahadi & Hosseini, 2012). اگرچه امکان عمر طولانی همراه با شاد زیستن نسبت به دوران قبل بیشتر شده است اما هرروز شاهد کشتار باور نکردنی مردان، زنان و کودکان در جاده‌ها هستیم. انسان در برابر ماشین قرار گرفته و این یک مبارزه است که انسان در آن بازنده بوده است (Kanani, Aghaei & Abedi, 2013).

امروزه شهرها مهمترین خاستگاه زیستی انسان‌ها هستند و با پدیده‌هایی مدرن نظیر آلودگی هوا، ترافیک، رانندگی‌های پرخطر و تصادف‌مواجهند که ناشی از ورود به دنیای مدرن است (Sharepour, 2011). بسیاری از محققان معتقدند که رانندگی کردن و خطر تصادف احتمالی در بافت زندگی افراد جستجو کرد زیرا رفتارهایی که افراد در هنگام رانندگی برمی‌گزینند، بازتاب شیوه و سبک زندگی آنان است لذا رانندگی با سایر رفتارهای افراد مرتبط است. سبک رانندگی را

می توان مجموعه ای از انتخاب های مثبت و منفی فرد در محدوده های ساختاری تعریف کرد. باید مد نظر گرفت که رفتارهایی که فرد در زمینه رانندگی (نظیر ویراژ دادن، سبقت گرفتن، عبور از چراغ قرمز، نبستن کمربند ایمنی و...) انجام می دهد، تا چه اندازه برآمده از موقعیت های ساختاری و انتخاب های فردی اوست (Erje, 2004).

تردیدی نیست که این ماشین اغلب بدترین ویژگی های انسانی را به وجود می آورد، کسانی که به طور طبیعی آرام و دوست داشتنی هستند ممکن است زمانی که رانندگی می کنند قابل شناخت نباشند، این رانندگان قسم می خورند که آنها از کودکی پرخاشگر و لجوج بوده اند و به نظر می رسد همه ناکامی ها، ناامیدی ها و حسادتهای پنهانشان حین رانندگی بروز می کند (Alexander, 2005). نتایج حاصل از مدل سازی تصادف های بزرگراه ها حاکی از آن است که بین تعداد تصادف های بزرگراه ها و متغیر های متوسط سرعت، انحراف معیار سرعت، حجم ترافیک در هر خط عبوری رابطه معنی داری وجود دارد (Sadathosseini & Soleymani, 2010).

بین سبک زندگی و میزان تصادفات رابطه وجود دارد. برای مثال کسانی که اکثر اوقاتشان را در خارج از خانه به سر می برند و به فعالیت هایی نظیر گوش دادن به موسیقی، علاقه به فوتبال، سینما رفتن و نوشیدن مشروبات الکلی می کنند، نسبت به دیگران رانندگی پرخطر بیشتری داشته اند (Elvik, 2013). الویک (Elvik, 2013) در یک فراتحلیل نشان دادند که مصرف مواد و دارو با تصادفات جاده ای ارتباط دارد. خیرآبادی و بوالهری (Kheyraadi & Bolhari, 2012) در پژوهشی با عنوان نقش عوامل انسانی در تصادفات جاده ای نشان دادند که عوامل انسانی مرتبط با حوادث رانندگی در جاده ها به دو گروه کلی تقسیم می شوند. عواملی که وابسته به عملکرد عصب-زیست شناختی انسان بوده، خارج از کنترل و مدیریت شخص در حال رانندگی است و عواملی که وابسته به زمینه های شخصیتی افراد بوده، در تعامل با هم عمل می کنند و اغلب تجمعی از عوامل در افراد را می توان دید (Gnardellis, Tzamalouka & Papadakaki, 2008).

بین سبک زندگی و رفتار رانندگی ارتباط وجود دارد (Cockerham, 1997; Møller, 2002; Shams, Shojaeizadeh, Majdzadeh, Rashidian & Montazeri, 2011; Berg et al 1999; Chliaoutakis et al, 2002). کوربت (Corbett, 2003) نشان داد که رانندگان پر خطر مردانی هستند که از سرعت زیاد لذت می برند. گناردلیس و همکاران (Gnardellis et al, 2008) نشان دادند که سبک زندگی بر تصادفات رانندگی تاثیر دارد. علیزاده اقدم و صالحی (Alizadehaghdam & Salehi, 2011) در پژوهشی با عنوان سبک زندگی فرهنگی رانندگان ابزاری برای تبیین رفتار ترافیکی آن ها (مطالعه موردی: رانندگان درون شهری تبریز) نشان دادند که بین سرمایه فرهنگی (شامل عادت ها، روش ها، مدارک

تحصیلی و سبک‌های زندگی) و اشتباه‌های بی‌توجهی، اشتباه‌های خطرناک، تخلفات خطرناک و سبک‌زندگی و رفتارهای رانندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد و از بین ویژگی‌های فردی، جنسیت، سطح تحصیلات و نوع خودرو رانندگان نیز بر رفتارهای ترافیکی تأثیرگذار است. بنابراین با توجه به آمار تصادفات در دنیا و ایران و توجه به این نکته که میزان تصادفات در ایران به مراتب از میانگین تصادفات در دنیا بیشتر می‌باشد و همچنین با توجه به رابطه‌ای که بین تصادفات و سبک‌زندگی در بین افراد می‌باشد. هدف پژوهش این است که سبک‌زندگی کاربران جوانی که دارای سابقه تصادف هستند را مورد بررسی قرار دهد تا از این طریق عواملی از سبک‌زندگی که در تصادف دخیل هستند شناسایی و بتوان از طریق برنامه‌های آموزشی و... از میزان تصادفات کاست.

روش

نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه طبقه‌ای از مراکز بیمه، بیمارستان‌ها، کانون‌های اصلاح تربیت و زندان بود. به دلیل اینکه محقق قصد دارد نمونه تحقیق را به گونه‌ای انتخاب کند که مطمئن شود زیر گروه‌های مختلف با گروه‌های سنی متفاوت با همان نسبتی که در جامعه وجود دارند به عنوان نماینده جامعه در نمونه نیز حضور داشته باشند از این روش استفاده شد. این نوع نمونه‌گیری وقتی بکار می‌رود که جامعه دارای ساخت همگن و متجانس نیست. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد تصادف کرده ۱۸ تا ۲۴ ساله شهر تهران بودند که به بیمارستان‌ها، مراکز بیمه، کانون‌های اصلاح تربیت، زندان، مراجعه کرده بودند. از بین این جامعه، تعداد نفر ۵۷۶ انتخاب شدند. بدین صورت که برای مردان ۴۰۷ نفر انتخاب شدند. و برای زنان هم ۱۶۹ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود برای افراد ۱۸ تا ۲۴ سال: دارا بودن سابقه تصادف، راننده بودن یا عابر پیاده، داشتن حداقل تحصیلات برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها و ملاک خروج: داشتن سابقه بیماری روانی، عقب ماندگی ذهنی و جسمی، نداشتن تحصیلات کافی جهت تکمیل پرسشنامه.

پرسشنامه سبک‌زندگی^۱

پرسش‌نامه سبک‌زندگی توسط المحمود، سیمونز و ال اسفار (Al-Mahmoud, Simmons & Al-Asfoor, 2010) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۴۹ گویه می‌باشد که ابعاد مختلفی را از جمله ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، عوامل فرهنگی، عوامل اقتصادی-اجتماعی^۲، استرس‌های ترافیکی^۳، شرایط جاده

1 . Lifestyle

2 . Socio-Economic

3 . Traffic Stress

ای و محیطی و تجارب تصادفات^۱ و تاریخچه خشونت های رانندگی^۲ را می سنجد که مجموعه همه این عوامل به عنوان سبک زندگی فرد در نظر گرفته می شود. برای مثال به چند گویه ای که در این پرسش نامه سنجیده می شود اشاره می شود. "وقتی راننده دیگری از شما سبقت می گیرد شما چه واکنشی نشان می دهید" یا "اگر در هنگام رانندگی از چراغ قرمز عبور کنید و پلیس راهنمایی و رانندگی شما را ببیند، چقدر می ترسید؟" لازم به ذکر است برای انطباق ویژگی ها و رفتارهای رانندگی پرسش نامه مذکور با شرایط و شیوه های رانندگی افراد در داخل کشور، پرسش نامه مذکور ترجمه شد و گزینه هایی که با رفتارهای رانندگی در کشور ما منطبق نبود حذف شد یا تغییر پیدا کرد. روایی صوری پرسش نامه مذکور توسط المحمود و همکاران (Al-Hemoud et al, 2010) با استفاده از نظرات متخصصان و کارشناسان قابل قبول گزارش کرده است. همچنین لازم به ذکر است که پایایی پرسش نامه مذکور در مطالعه الحمود و همکاران با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است.

اجرای پرسش نامه ها توسط جوانان داوطلب هلال احمر که رشته های مرتبط مانند روان شناسی و مددکاری دارند و دانشجوی کارشناسی ارشد بودند، صورت گرفت. در خصوص اجرا آموزش لازم در سه جلسه به آزمون گرها داده شد و پس از اطمینان از صلاحیت آزمون گرها، با هماهنگی با سازمان های مربوطه مانند بیمارستان ها، مراکز بیمه، کانون های اصلاح تربیت، زندان پژوهش به مرحله اجرا در آمد. در حین اجرا نیز دو نفر از همکاران اصلی پژوهش بر روی آزمون گرها نظارت داشتند و پرسشنامه ها به محض پر شدن تحویل همکاران داده می شد.

یافته ها

آمار توصیفی و عوامل سبک زندگی

پاسخ های افراد به پرسشنامه سبک زندگی با استفاده از تحلیل های توصیفی و همچنین رابطه میان تعداد تصادفات افراد در طول ۲۴ ماه گذشته و عوامل مربوط به سبک زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش حدوداً ۷۰ درصد از افراد نمونه، مرد و ۲۹ درصد زن بودند. ۷۹ درصد از افراد مجرد و حدوداً ۲۱ درصد متاهل بودند. ۱۰ درصد از افراد بین ۱۸ تا ۱۹ سال و ۲۶ درصد از افراد بین ۲۰ تا ۲۱ و ۳۳ درصد از افراد بین ۲۲ تا ۲۳ و حدوداً ۳۰ درصد از افراد ۲۴ تا ۲۵ ساله بودند. ۷ درصد از گروه نمونه پایینتر از دبیرستان، ۲۴ درصد دبیرستانی و ۴۸ درصد دانشجوی و ۱۹ درصد از آن ها فارغ التحصیل بودند. ۳۷ درصد از

1 . Traffic Accident Experience

2 . Traffic Violation History

افراد فرزند اول بودند. تحصیلات پدر ۴۱ درصد از افراد گروه نمونه دیپلم و ۱۳ درصد لیسانس بوده، تحصیلات مادر ۳۷ درصد از افراد، سیکل و پایینتر بود. ۷۴ درصد افراد دارای گواهینامه می‌باشند. ۳۵ درصد از افراد ۱-۲ سال بیشتر سابقه رانندگی ندارند. ۳۸ درصد از افراد حداقل یک بار سابقه تصادف داشتند. ۷۳ درصد از افراد در روز تصادف داشتند؛ ۸۱ درصد از افراد خودشان را مقصر می‌دانند. ۶۰ درصد از افراد گزارش می‌کنند که در هنگام تصادف کمر بند ایمنی بستند؛ تنها حدوداً ۱۱ درصد از افراد در هنگام تصادف الکل یا مواد مصرف کرده‌اند. ۷۸ درصد از افراد نقص فنی اتومبیل را گزارش نمی‌کنند؛ نیمی از افراد به هنگام تصادف موسیقی گوش می‌دادند. ۷۵ درصد از افراد گزارش می‌کنند که آب و هوا تاثیری بر تصادف آن‌ها نداشته است و ۵۷ درصد نقش جاده‌ها را بر تصادفات موثر می‌دانند. تنها ۱۶ درصد از گروه نمونه سابقه زندان رفتن داشتند؛ ۶۲ درصد از افراد باور دارند که جرمه‌های پلیس تاثیر مثبتی بر وقوع تصادفات دارد؛ ۱۹ درصد از افراد زمان تصادف از تلفن همراه استفاده می‌کردند. ۳۴ درصد از افراد از آموزشگاه رانندگی خود رضایت متوسط داشتند. فقط ۱۸ درصد از افراد عضو همیار پلیس بودند؛ ۳۲ درصد از افراد از بازی‌های کامپیوتری استفاده نمی‌کنند. ۴۳ درصد از افراد گزارش می‌کنند که زمان تصادف تمرکز متوسطی داشتند و ۴۵ درصد گزارش می‌کنند که واکنش آن‌ها به هنگام تصادف سریع بوده است.

تحلیل‌های امار توصیفی

در این قسمت گزارش تحلیل‌های آماری توصیفی به دست آمده از هر پنج فاکتور سبک زندگی به ترتیب ارائه می‌شود.

الف) سلامتی و عوامل اجتماعی^۱

عامل اول سلامت و عوامل اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. هفت سوال اول عوامل دموگرافیک را بررسی می‌کند؛ و بقیه موارد شامل سوالاتی مربوط به ورزش، نوع لباس پوشیدن، سیگار کشیدن، نوع برنامه مشاهده شده در تلویزیون و نوع موسیقی مورد علاقه فرد می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد حدوداً ۳۸ درصد افراد بطور منظم ورزش می‌کنند. تنها ۲۷ درصد از افراد از نوع پوشش ملی استفاده می‌کنند. ۳۸ درصد از افراد مرتباً به خارج از کشور سفر می‌کنند. حدوداً نیمی از افراد برنامه اخبار را بعنوان برنامه تلویزیونی انتخاب کردند. ۶۰ درصد از افراد مصرف سیگار را گزارش نکردند و ۳۴ درصد موسیقی با ریتم آرام را ترجیح دادند.

1 - Fitness and Social Factors

جدول ۱. گزارش توصیفی آیتم های سلامت و عوامل اجتماعی

آیتم های سلامت و عوامل اجتماعی	درصد	فراوانی
ورزش کردن به طور منظم (N=۳۶۱)		
بلی	(۳۸/۵)	۱۳۹
خیر	(۶۱/۵)	۲۲۲
نوع پوشش (N=۳۶۱)		
ایرانی	(۲۷/۷)	۱۰۰
خارجی	(۷۲/۳)	۲۶۱
سفر خارج از کشور (N=۳۶۱)		
بلی	(۳۸/۲)	۱۳۸
خیر	(۶۱/۸)	۲۲۳
نوع برنامه های تلویزیون (N=۳۶۱)		
اکشن	(۸/۶)	۳۱
ترسناک	(۶/۹)	۲۵
طنز	(۱۳/۳)	۴۸
اخبار	(۴۴/۶)	۱۶۱
ورزشی	(۱۴/۱)	۵۱
مذهبی	(۳/۶)	۱۳
موسیقی	(۸/۹)	۳۲
مصرف سیگار (N=۳۶۱)		
کمتر از ۱ پاکت	(۲۲/۴)	۸۱
۱ پاکت	(۱۱/۱)	۴۰
بیشتر از یک پاکت	(۶/۱)	۲۲
سیگار نمی کشم	(۶۰/۴)	۲۱۸
نوع موسیقی (N=۳۶۱)		
ریتم آرام	(۲۶/۶)	۹۶
ریتم متوسط	(۳۴/۹)	۱۲۶
ضرب تند	(۲۷/۱)	۹۸
موسیقی گوش نمی کنم	(۱۱/۴)	۴۱

ب) استرس‌های زندگی

عامل دیگر، استرس‌های زندگی می‌باشد که شامل سوالاتی می‌باشد که مشکلات مالی، مشکلات شخصی، رضایت زندگی، فقدان شخص مورد علاقه را می‌سنجد. در این پژوهش، نتایج نشان داد حدوداً ۶۰ درصد از افراد در طی ۲۴ ماه گذشته مشکلات مالی، تقریباً ۷۰ درصد مشکلات میان فردی، ۳۵ درصد فقدان فردی عزیز را تجربه کردند و بطور کلی ۶۰ درصد از گروه نمونه رضایت از زندگی را گزارش کردند.

ج) سبک رانندگی

عامل سوم، مربوط به سبک رانندگی می‌باشد که شامل سوالاتی در ارتباط با رانندگی به تنهایی، زمان رانندگی در روز، استفاده از تلفن همراه، استفاده از کمربند ایمنی، مدل و رنگ وسیله نقلیه و بیمه می‌باشد. وضعیت رانندگی افراد دارای سابقه تصادف نشان داد که ۴۵ درصد از افراد تنها و ۴۲ درصد با دوستان رانندگی می‌کنند؛ همچنین تقریباً ۵۰ درصد افراد بعد از ظهرها (۱۲ ظهر تا ۶ عصر) رانندگی می‌کنند. ۵۳ درصد از افراد گزارش می‌کنند گاهی اوقات در هنگام رانندگی از موبایل استفاده می‌کنند؛ تنها نیمی از افراد گزارش می‌کنند که به هنگام رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند و تقریباً ۷۰ درصد از افراد برای رسیدن به مقصد زمان کافی را در نظر می‌گیرند؛ حدوداً ۳۷ درصد از افراد هدف از رانندگی را حمل و نقل و ۳۵ درصد از آن‌ها هدف را سرگرمی می‌دانند. حدوداً ۸۰ درصد از بیمه شخص ثالث برخوردارند و ۷۵ درصد گزارش می‌کنند در شرایط جوی نامساعد با دقت بیشتری رانندگی می‌کنند و تنها ۱۱ درصد تحت چنین شرایطی (باران تند و شن و طوفان) رانندگی می‌کنند. همچنین نتایج نشان داد ۲۱ درصد از افراد قوانین راهنمایی رانندگی را از طریق دوستان و حدوداً ۳۰ درصد خودشان آموزش دیدند و تنها ۴۰ درصد از افراد گروه نمونه از طریق خانواده قوانین را آموزش دیدند؛ بنابراین حدوداً نیمی از افراد آموزش حرفه‌ای برای گرفتن گواهینامه دریافت نکردند.

جدول ۲. گزارش توصیفی آیتیم‌های مربوط به سبک رانندگی

آیتیم‌های مربوط به سبک رانندگی	درصد	فراوانی
وضعیت رانندگی (N=۳۶۱)		
دوستان	(۲۴/۹)	۱۵۵
تنها	(۴۵/۲)	۱۶۳
خانواده بچه‌دار	(۵)	۱۸
خانواده بدون بچه	(۶/۹)	۲۵
ساعت رانندگی		

صبح	(۱۸)	۶۵
بعد از ظهر (۱۲ ظهر تا ۶ عصر)	(۴۹/۳)	۱۷۸
۶ تا ۱۲ شب	(۲۹/۱)	۱۰۵
بعد از ۱۲ شب	(۳/۶)	۱۳
استفاده از تلفن همراه (N=۳۶۱)		
همیشه	(۱۷/۲)	۶۲
گاهی اوقات	(۵۳/۵)	۱۹۳
به ندرت	(۲۹/۴)	۱۰۶
استفاده از کمربند ایمنی (N=۳۶۱)		
بلی	(۵۱/۵)	۱۸۶
خیر	(۲۰/۵)	۷۴
گاهی اوقات	(۲۸)	۱۰۱
اختصاص دادن وقت کافی برای رسیدن به مقصد (N=۳۶۱)		
بلی	(۶۷)	۲۴۲
خیر	(۳۳)	۱۱۹
هدف رانندگی (N=۳۶۱)		
گذراندن وقت	(۱۵/۲)	۵۵
حمل و نقل	(۳۷/۴)	۱۳۵
سرگرمی	(۳۵/۷)	۱۲۹
تفریحات	(۱۱/۶)	۴۲
بیمه (N=۳۶۱)		
بیمه شخص ثالث	(۷۹/۲)	۲۸۶
بیمه بدنه	(۲۰/۸)	۷۵
شرایط جوی نامساعد (N=۳۶۱)		
مانند روزهای دیگر رانندگی می‌کنم	(۱۴/۷)	۵۳
با دقت بیشتری رانندگی می‌کنم	(۷۴/۲)	۲۶۸
رانندگی می‌کنم	(۱۱/۱)	۴۰

د) ادراک فرامین پلیس

عامل دیگری که این پرسشنامه به سنجش آن می‌پردازد ادراک فرامین پلیس می‌باشد. این عامل شامل سوالاتی مانند ملاحظه کردن پلیس ترافیک در چراغ قرمز، سرعت، اجرای تخلف ترافیکی و آگاهی

ترافیکی می‌باشد. نتایج نشان داد حدوداً نیمی از افراد ترس و نگرانی بهنگام عبور از چراغ قرمز یا سرعت غیرمجاز ندارند، که به نظر می‌رسد موضوع مهمی در وقوع تصادفات به شمار می‌آید. یافته مهم دیگر این است که ۶۰ درصد از افراد فعالیت‌های صورت گرفته از سوی پلیس و رسانه‌ها در جهت آگاهی از قوانین راهنمایی و رانندگی و بهبود شرایط ترافیکی را ناکافی ارزیابی می‌کنند.

جدول ۳. گزارش توصیفی آیتیم‌های ادراک فرامین پلیس

آیتیم‌های اطاعت از دستورات پلیس	درصد	فراوانی
عبور از چراغ قرمز در حضور پلیس (N=۳۶۱)		
می‌ترسم	(۴۶/۵)	۱۶۸
نگرانی ندارم	(۵۳/۵)	۱۹۳
مناسب بودن قوانین رانندگی (N=۳۶۱)		
بلی	(۶۶/۲)	۲۳۹
خیر	(۳۳/۸)	۱۲۲
کافی بودن قوانین (N=۳۶۱)		
بلی	(۳۹/۹)	۱۴۴
خیر	(۶۰/۱)	۲۱۷
میزان متوسط سرعت (N=۳۶۱)		
کمتر از ۱۲۰ کیلومتر در ساعت	(۵۹/۸)	۲۱۶
۱۲۰ تا ۱۵۰ کیلومتر در ساعت	(۳۳)	۱۱۹
بالای ۱۵۰ کیلومتر در ساعت	(۷/۲)	۲۶
تعداد عبور از چراغ قرمز در ۲۴ ماه گذشته (N=۳۶۱)		
هیچ بار	(۳۷/۴)	۱۳۵
بین یک تا دو بار	(۳۸/۸)	۱۴۰
بیش از سه بار	(۲۳/۸)	۸۶
جریمه شدن به دلیل عبور از چراغ قرمز (N=۳۶۱)		
هیچ بار	(۵۶/۵)	۲۰۴
بین یک تا دو بار	(۳۱/۹)	۱۱۵
بیش از سه بار	(۱۱/۶)	۴۲
تخلف سرعت غیر مجاز (N=۳۶۱)		
هیچ بار	(۳۰/۷)	۱۱۱

بین یک تا دو بار	(۴۸/۲)	۱۷۴
بیش از سه بار	(۲۱/۱)	۷۶
تصادف در طی ۲۴ ماه اخیر (N=۳۶۱)		
بین ۱ تا ۲ بار	(۸۳/۹)	۳۰۳
بیش از ۳ بار	(۱۶/۱)	۵۸

۵) استرس های رانندگی

عامل آخر این پرسشنامه، مربوط به استرس های رانندگی می باشد که عواملی مانند شرایط جاده ها، شرایط هوا، ترس از آسیب، با فاصله کم و خطرناک دنبال ماشین دیگر حرکت کردن را مورد سنجش قرار می دهد. نتایج نشان می دهد ۷۵ درصد از افراد شرایط جاده را عامل مهمی بر رانندگی می دانند و حدوداً ۴۵ درصد از افراد مشکلاتی را در ارتباط با علائم راهنمایی رانندگی در جاده تجربه می کنند؛ ۵۳ درصد از افراد به اندازه یک ماشین فاصله خود را با ماشین جلویی حفظ می کنند و حدوداً ۴۵ درصد از افراد گزارش می کنند سرعت غیر مجاز راننده های دیگر بر رانندگی آن ها تاثیر دارد.

جدول ۴. گزارش توصیفی آیتیم های استرس رانندگی

آیتیم های استرس رانندگی	درصد	فراوانی
واکنش در برابر سبقت ماشین های دیگر (N=۳۶۱)		
تأخیر می شوم	(۲۵/۸)	۹۳
انتقام می گیرم و سبقت می گیرم	(۲۵/۲)	۹۱
واکنش نشان نمی دهم	(۴۹)	۱۷۷
تأثیر شرایط جاده بر رانندگی		
بلی	(۷۵/۱)	۲۷۱
خیر	(۲۴/۹)	۹۰
مشکلات در ارتباط با علائم راهنمایی رانندگی در جاده (N=۳۶۱)		
بلی	(۴۳/۵)	۱۵۷
خیر	(۶۵/۵)	۲۰۴
تأثیر سرعت غیر مجاز راننده های دیگر بر رانندگی شما (N=۳۶۱)		
بلی	(۴۴/۹)	۱۶۲
خیر	(۵۵/۱)	۱۹۹
تأثیر آب و هوا (N=۳۶۱)		
بلی	(۶۴/۸)	۲۳۴
خیر	(۳۵/۲)	۱۲۷
فاصله با ماشین جلویی		
۱ ماشین	(۵۳/۷)	۱۹۴

حدوداً ۲ ماشین	(۲۷/۷)	۱۰۰
حدوداً بیش از ۲ ماشین	(۱۸)	۶۵
ترسیدن از آسیب دیدن به هنگام رانندگی (N=۳۶۱)		
بلی	(۱۴/۷)	۵۳
گاهی اوقات	(۷۴/۲)	۲۶۸
نمی‌ترسم	(۱۱/۱)	۴۰

ماتریس همبستگی سابقه تصادف با عوامل سبک زندگی در جدول ۵ آمده است. همانطور که مشاهده می‌شود ۳ عامل عوامل اجتماعی، سبک زندگی و ادراک قوانین پلیس تصادف ارتباط معنادار داشتند. عامل ادراک قوانین پلیس همبستگی بالاتری با سابقه تصادف دارد ($p<0/01$, $R\ 0/26$).

جدول ۵. ماتریس همبستگی سبک زندگی و سابقه تصادف

عوامل اجتماعی	استرس زندگی	سبک رانندگی	قوانین پلیس	استرس رانندگی	سابقه تصادف
عوامل اجتماعی	۱				
استرس زندگی	۰/۰۰۸	۱			
سبک رانندگی	۰/۱۰۱	۰/۰۲۴	۱		
ادراک قوانین پلیس	۰/۰۱۴	۰/۱۰۵*	۰/۲۰۹**	۱	
استرس رانندگی	۰/۰۰۹	۰/۱۴۷**	۰/۰۵۸	۰/۱۱۸*	۱
سابقه تصادف	۰/۱۱۳*	۰/۰۴۸	۰/۱۲۴*	۰/۲۶۰**	۰/۰۳۱

*معناداری در سطح ۰/۰۵، **معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۶. تحلیل رگرسیون همزمان سابقه تصادف بر مبنای ابعاد سبک زندگی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۳۰	۰/۱۰	۰/۰۸	۱/۱۲
رگرسیون	(۴۶/۶۸)	۵	(۹/۳۳)	F (۷,۳۱)
باقیمانده	(۴۵۲/۹۲)	۳۵۵	(۱/۲۷)	سطح معناداری ۰/۰۰۰
کل	(۴۹۹/۶۰)	۳۶۰		

جدول ۷. شاخصهای آماری رگرسیون ابعاد سبک زندگی

ابعاد سبک زندگی	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		T	معناداری
	B ضریب	خطای	ضریب بتا	خطای		
عوامل اجتماعی	(-۰/۰۵)	(۰/۰۲)	(-۰/۱۲)	(۰/۰۱)	(-۲/۴۷)	(۰/۰۱)
سبک رانندگی	(۰/۰۲)	(۰/۰۱)	(۰/۰۹)	(۰/۰۱)	(۱/۷۲)	(۰/۰۸)
ادراک فرامین پلیس	(۰/۱۰)	(۰/۰۲)	(۰/۲۵)	(۰/۰۰)	(۴/۸۲)	(۰/۰۰)
استرس رانندگی	(-۰/۰۴)	(۰/۰۳)	(-۰/۰۶)	(۰/۱۸)	(-۱/۳۱)	(۰/۱۸)
استرس زندگی	(۰/۰۴)	(۰/۰۶)	(۰/۰۳)	(۰/۵۲)	(۰/۶۴)	(۰/۵۲)

متغیر وابسته: سابقه تصادف؛ متغیر مستقل: ابعاد سبک زندگی

نتیجه

هدف این پژوهش بررسی سبک زندگی کاربران جوان ترافیکی با سابقه تصادف در شهرستان تهران می باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که سابقه تصادف با ابعاد سبک زندگی ارتباط معنادار در سطح $(P < ۰/۰۱)$ دارد. و در بین این عوامل و ابعاد ادراک فرامین پلیس همبستگی بالاتری با سابقه تصادف دارد $(R = ۰/۲۶, P < ۰/۰۱)$. منظور از ادراک فرامین پلیس ملاحظه کردن پلیس ترافیک در چراغ قرمز، سرعت، اجرای تخلف ترافیکی و آگاهی ترافیکی می باشد. نتایج پژوهش گرجیان، خداویسی، امینی، سلطانیان و رضاپور (Gorjian, Khodaveisi, Amini, Soltanian & Rezapour, 2014) در شهر همدان، موید افزایش وقوع حوادث رانندگی در افرادی است که سبک زندگی خطرناک دارند. آنها در پژوهش خود چهار بعد سبک زندگی (فعالیت های معمول روزانه، سبک رانندگی، درک قوانین راهنمایی و رانندگی و استرس های حین رانندگی) را مورد بررسی قرار دادند و مشاهده کردند که سبک زندگی افراد با حوادث رانندگی رابطه معنادار در سطح $(P < 0/01)$ دارد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین نتایج پژوهش سادات ایزدی (Sadatizadi, 2015) در مورد رفتار رانندگی پر خطر در جوانان نشان داد که سبک زندگی افراد بر رانندگی پر خطر تاثیر گذار است. ایزدی در پژوهش خود به بررسی ابعاد سبک زندگی با تفکیک جنسیت (دینداری، فرهنگ مصرفی، مصرف الکل و ورزش) پرداخته است. همچنین پژوهش شارع پور و همکاران (Sharepour et al, 2011) نیز در این راستا می باشد شارع پور و همکاران در پژوهش خود مانند پژوهش ایزدی سبک زندگی افراد را مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش آنها نشان داد که اعمال مذهبی، علاقه به زیبایی و فرهنگ مصرفی در زنان بیشتر از مردان است و علاقه به رانندگی پر خطر در زنان کمتر از مردان است. بنابراین می توان گفت که تصادفات و حوادث رانندگی و رفتار ترافیکی خلق الساعه

نمی‌تواند باشد و به عنوان سبک زندگی ریشه در جامعه پذیری، گذشته و یادگیری افراد دارد و رفتارهای پرخطر مهمترین عامل در ایجاد سوانح و تصادفات رانندگی در جهان محسوب میشود، رفتارهای پرخطر به مجموعه رفتارهایی گفته می‌شود که رانندگان را در خطر مرگ و یا صدمات ناشی از نقض موازین قانونی قرار می‌دهد (Shams et al, 2011). رفتارهای پرخطری نظیر سرعت غیرمجاز، نادیده گرفتن علائم و مقررات رانندگی، سبقت غیر مجاز و نقض خطوط به وفور اتفاق می‌افتد (Karlsson, Halldin, Leifman, 2003). بررسی‌ها نشان می‌دهد بسیاری از رفتارهای غیر ایمن رانندگان به طور واضح در ارتباط با شخصیت، جنس، درآمد و تحصیلات و سبک زندگی می‌باشد (Pakgozar, Khalili, 2009). همچنین تجزیه و تحلیل تصادفات رانندگی در ایران بیانگر نقش عوامل انسانی به عنوان مهمترین عامل بروز تصادفات رانندگی است این عوامل طیف وسیعی از عوامل جمعیت شناختی- شخصیتی و مهارتهای روانی حرکتی رانندگان را شامل می‌شود (Pakgozar et al, 2009). بر اساس شواهد موجود عوامل انسانی در ۶۰٪ از تصادفات رانندگی به عنوان دلیل اصلی و در ۹۵٪ کل تصادفات نیز به عنوان یک عامل تأثیرگذار معرفی شده است (Mohammadzadeh, Habibi, 2012). بنابراین می‌توان گفت، این عوامل در تعامل پیچیده با هم عمل می‌کنند و به دلیل ارتباط قوی با خصوصیات شخصیتی و شرایط روانشناختی رانندگان می‌توانند عامل خطر جدی در تصادفات رانندگی محسوب شوند. سرعت زیاد و عجله بی‌مورد، عدم رعایت قوانین و مقررات، سبقتهای نابجا، خستگی و رانندگی طولانی بدون استراحت، بی‌توجهی به تابلوهای راهنما و هشدار دهنده (سبک زندگی) از جمله رفتارهای پرخطری هستند که ارتباط قوی با شخصیت و نگرش رانندگان دارند، اگرچه عوامل موقعیت و محیطی نیز در تقویت و یا تضعیف آن نقش دارند.

در اشاره به پیشنهاد پژوهش، پیشنهاد می‌شود که با توجه به اینکه باورهای مانند قانون موثر و بازدارنده نیست یا اجرا نمی‌شود و یا بعضی از مواقع می‌شود آن را دور زد در بین جوانان و نوجوانان وجود دارد، به روز رسانی قوانین بر اساس پژوهش‌های میدانی در فواصل زمانی کوتاه تر صورت گیرد و قوانین موجود به قدر کافی آموزش داده شود. همچنین با توجه به اهمیت بسیار بالای ادراک قوانین پلیس در تصادفات و رفتار پرخطر نمونه جوانان، پیشنهاد می‌شود مداخلاتی در ارتباط با تصحیح نگرش و باورهای افراد در مورد قوانین و اجرای صحیح تر قوانین با توجه به اصول روانشناسانه صورت بگیرد. همچنین تجدید نظر در محتوا و شیوه آموزش آموزشگاه‌های رانندگی با هدف یادگیری رانندگی ایمن و سالم و نه صرف گواهینامه گرفتن و مهارت کسب کردن پیشنهاد می‌شود. در اشاره به محدودیت‌های پژوهش هم می‌توان

به عدم همکاری بعضی از بیمارستان ها، نبود یک پایگاه مشخص و معتبر برای دریافت اطلاعات آماری مربوط به تصادفات، دوره کوتاه مدت آموزش آزماینده ها بویژه در بخش کیفی و عدم امکان ضبط مصاحبه در تعدادی از سازمان ها اشاره کرد.

سپاسگزاری

از تمام شرکت کنندگان در این پژوهش و همچنین مسئولین بیمارستان ها، مراکز بیمه، کانون های اصلاح تربیت و زندان شهرستان تهران جهت همکاری در این طرح سپاس گزاریم. همچنین از سازمان یونیسف و هلال احمر ایران که از نظر مالی طرح، طراحی و اجرای مداخله های روانی- اجتماعی جهت کاهش عوامل خطر تصادفات در نوجوانان و جوانان شهرستان تهران را حمایت کرده و این پژوهش نیز جزئی از طرح مذکور است، نهایت سپاس گذاری را می کنیم.

References

- Alexander, L. G. (2005). For & Against, Longman publisher.
- Alizadehaghdam, M & Salehi, Z. (2011). Cultural Lifestyle traffic driving tools to explain the behavior of (Case Study: Drivers in the city of Tabriz). *Journal of Traffic*, 15: 21-40. [In Persian].
- Berg, H. Y., Eliasson, K., Palmkvist, J., & Gregersen, N. P. (1999). Learner drivers and lay instruction-how socio-economic standing and lifestyle are reflected in driving practice from the age of 16. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 2(3), 167-179.
- Cockerham, W. C. (1997). The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: a lifestyle explanation. *Journal of Health and Social Behavior*, 117-130.
- Chliaoutakis, J. E., Demakakos, P., Tzamalouka, G., Bakou, V., Koumaki, M., & Darviri, C. (2002). Aggressive behavior while driving as predictor of self-reported car crashes. *Journal of safety Research*, 33(4), 431-443.
- Corbett, C. (2003). *Car crime*. Taylor & Francis Publishing.
- Erje, y. (2004). Sociological study on the course of the traffic system accident. *International Journal of Health Sciences*, 13: 240-260.
- Elvik, R. (2013). Risk of road accident associated with the use of drugs: A systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. *Accident Analysis & Prevention*, 60, 254-267.
- Gnardellis, C., Tzamalouka, G., Papadakaki, M., & Chliaoutakis, J. E. (2008). An investigation of the effect of sleepiness, drowsy driving, and lifestyle on vehicle crashes. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 11(4), 270-281.
- Gorjian, S., Khodaveisi, M., Amini, R., Soltanian, A & Rezapour Shahkolai, F. (2014). Drivers Lifestyle as a human factor in occurrence of road traffic accidents in Hamadan. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*, 22 (4): 33-44. [In Persian].
- Karlsson, G., Halldin, J., Leifman, A., Bergman, H., & Romelsjö, A. (2003).

- Hospitalization and mortality succeeding drunk driving and risky driving. *Alcohol and alcoholism*, 38(3), 281-286.
- Kheyraadi, G & Bolhari, J. (2012) Interventional approaches to reduce injuries resulting from traffic accidents. *Journal of rescue*, 1 (3): 48-59. [In Persian].
- Kanani, K., Aghaei, A & Abedi, MR. (2013) Compare the characteristics of incidents involving drivers driving without an accident. *New findings in psychology*, 7 (21):75-83. [In Persian].
- Lali, M., Abedi, A & Kajbaf, M. (2012). Construction and Validation of the Lifestyle Questionnaire (LSQ). *Psychological Research*; 15(1): 64-80. [In Persian].
- Møller, M. (2002). Livsstil og trafikale handlinger. *DTF rapport*, 2.
- Mehmandar, R. (2011) Introduction to Tehran laws and accidents. *Publication Research Center Strategic traffic police*, Tehran. [In Persian].
- Mohammadzadeh, A & Habibi, A. (2012) Review and identification of potential risk based on the behavior of drivers, traffic accidents and crime. *Transport Research Journal*; 9(3): 313- 26. [In Persian].
- Narimani, M., Rajabi, S., Ahadi, B & Hosseini, S. (2012) Compare reaction times, distraction and fatigue in drivers involved in accidents and normal drivers. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2 (12):47-54. [In Persian].
- Pakgozar, A., Khalili, M & Saffarzadeh, M. (2009) Examining the role of human factors in the incidence and severity of road accidents based on LR and CART regression models. *Traic Mgmt Study Qtrly*, 4(13): 49-66. [In Persian].
- Shams, M., Shojaeizadeh, D., Majdzadeh, R., Rashidian, A & Montazeri, A. (2011). Taxi drivers' views on risky driving behavior in Tehran: A qualitative study using a social marketing approach. *Accident Analysis & Prevention*, 43(3), 646-651. [In Persian].
- Sadathosseini, S., Soleymani, M. (2010) Investigate the causes of fatal accidents highways (Case Study of Isfahan). *Studies Traffic Management*, 4 (14):71-84. [In Persian].
- Sadatezadi, E. (2015) Sociological analysis of risky driving behavior among young people. *Journal of disciplinary Knowledge Khorasaneh Shomali*, 2 (5): 50-66. [In Persian].
- Sharepour, M., Vadadheir, A., Ghorbanzadeh, S. (2011) Gender analysis tools with an emphasis on the concept of a healthy lifestyle. *Women in Development & Politics*, 2 (8): 69-92. [In Persian].
- Veal, A. J. (2000). Leisure and lifestyle: A review and annotated bibliography. *Sydney: University of Technology, School of Leisure, Sport & Tourism*.



یوسف پور، نرگس؛ اکبری، احمد؛ آهنگری، الهه؛ ثمری، علی اکبر (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده.

DOI: 10.22067/ijap.v7i1.54663

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۱)، ۳۷-۲۱.

بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده

نرگس یوسف پور^۱، احمد اکبری^۲، الهه آهنگری^۳، علی اکبر ثمری^۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۳۱

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده. **روش:** این پژوهش، از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۳ که بر اساس ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی DSM و روان پزشکی مرکز تشخیص سوگ پیچیده دریافت کردند، بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر مرد و زن بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه تحت درمان به شیوه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه افسردگی BECK بود که در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل ANCOVA نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$).

واژه‌های کلیدی: افسردگی، داغ‌دیدی، سوگ پیچیده، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد بیرجند Yousefpoor.n@gmail.com

۲. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بردسکن، بردسکن، ایران akbari.180@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مدرس دانشگاه

۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران

مقدمه

مرگ حقیقی‌ترین و غیرقابل کنترل‌ترین رویداد زندگی بشر است. شاید دشوارترین کار انسان سازگار شدن با فقدان عزیزانش باشد. مرگ در جامعه همیشه یک موضوع ممنوعه (تابو) برای بحث و گفتگو بوده است (Sayyad Shirazi, 2011). هاوارث (Howarth, 2011) معتقد است، فقدان عزیز یکی از ناراحت‌کننده‌ترین تجربه‌های انسانی است که تقریباً هر شخصی در برخی نقاط با این فرایند سوگ درگیر است. مالکینسون (Malkinson, 2001) بیان می‌کند سوگ یکی از همگانی‌ترین واکنش‌های انسانی است که در همه‌ی فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی در پاسخ به انواع مختلف فقدان، به‌خصوص مرگ یک عزیز اتفاق می‌افتد.

براون و گودمن (Brown & Goodman, 2005) اعتقاد دارند که سوگ واکنش‌های رفتاری، شناختی، روانی و احساسی مختلف به فقدان است و سوگواری شیوه‌ای فرهنگی است که سوگ و غم و اندوه از طریق آن بیان می‌شود. به نظر هاوارث (Howarth, 2011)، فرایند سوگ طبیعی توسط احساساتی چون غم و اندوه و خشم فراوان و نشانه‌های جسمی مثل کاهش وزن و بی‌خوابی و درگیری ذهنی با مرگ مشخص می‌شود (کوهن، ماننارینو و استارون (Cohen, Mannarino & Staron, 2006) نیز بیان می‌کنند سوگ طبیعی شامل سازش است و این سازش از طریق وظایف خاصی که در طی سوگ اتفاق می‌افتد حاصل می‌شود. این وظایف عبارت‌اند از پذیرش واقعیت، تجربه کامل دردی که با فقدان در ارتباط است، تنظیم زندگی بدون عزیز ازدست‌رفته، یکپارچه‌سازی نمودهای عزیز ازدست‌رفته با هویت خود، تبدیل رابطه از یک فعل در حال انجام به یک خاطره، کشف معنی مرگ عزیز، رجوع دوباره به روابط جدید با دیگران. اگرچه بیشتر مردم از نظر مایو (Mayo, 2007) قادرند با فرایند سوگ کنار بیایند و به زندگی رو به جلو خود ادامه دهند اما برخی قادر نیستند این امر را با موفقیت سپری کنند، زمانی که فرد سوگوار از انجام درست وظایف سازش بازداشته می‌شود، فرایند سوگ طبیعی پایان می‌یابد و واکنش سوگ دردناک‌تر و ناتوان‌کننده‌تر می‌شود و ممکن است سوگ پیچیده گسترش یابد. سوگ پیچیده زمانی روی می‌دهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خصوصیات سایکوتیک پیدا می‌کند (Faramarzi, 2013). Asgari & Taghva etal, 2013 علائم سوگ پیچیده از نظر مایو (Mayo, 2007) عبارت‌اند از: تمرکز شدید روی فقدان و یادآورهای عزیز، اشتیاق شدید به شخص ازدست‌رفته، مشکلات پذیرش مرگ، بی‌حسی یا کناره‌گیری، درگیری با احساسات غمگینانه، تلخی فقدان، ناتوانی برای لذت بردن از زندگی، افسردگی یا غم عمیق، اشکال در انجام دادن کارها به روال طبیعی، خروج از فعالیت‌های اجتماعی، تحریک-پذیری و اضطراب، پرخاشگری و عدم اعتماد به دیگران.

برخی از متخصصان بالینی مانند کاپلان و سادوک (Cuplan & Sadok, 2003) معتقدند که وقایع زندگی نقش اصلی یا درجه اول در افسردگی ایفا می‌کند، وقایع پراسترس اخیر قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای شروع دوره افسردگی است. در برخی موارد، علت افسردگی، تجربه داغدیدگی به خاطر از دست دادن فردی عزیز است. گرچه افسردگی شدید بعد از مرگ فردی عزیز، طبیعی است اما چنانچه غم توانکاه و بیش از حد طولانی باشد (بیش از ۲ ماه)، اختلال خلقی محسوب می‌شود (Haljin & Vitborn, 2006). علائم اصلی افسردگی، غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است. وقتی که اشخاص، دچار اختلال افسردگی می‌شوند، ممکن است صدای سرزنش خود در ذهنشان طنین‌انداز شود. ممکن است توجه خود را بر عیوب و کاستی‌هایشان متمرکز کنند. آن‌ها اغلب با دید بسیار منفی به اوضاع می‌نگرند و مستعد از دست دادن امید هستند. افسردگی دارای سه بعد شناختی، عاطفی، و جسمانی می‌باشد. علائم جسمی افسردگی، شامل خستگی، کمبود انرژی، دردها و ناراحتی‌های جسمی است. به نظر سیمون (Simon, 1999) این علائم گاهی چنان شدید است که اشخاص مبتلا را متقاعد می‌کند که قطعاً دچار نوعی بیماری پزشکی جدی شده‌اند، هرچند این علائم علت جسمی آشکاری ندارند. از دیدگاه بک^۱ (Beck & et al, 1996) نشانه‌های شناختی افسردگی را می‌توان در سه حوزه دسته‌بندی کرد: ۱- نظر منفی نسبت به خود، شامل عزت نفس پایین، احساس شکست، حقارت و بی‌کفایتی، به دنبال این‌ها سرزنش کردن خود و احساس گناه ۲- نظر منفی نسبت به آینده شامل اعتقادات بدبینانه نسبت به آینده ۳- نظر منفی نسبت به دیگران (Javanmard, 2011). همچنین نشانه‌های شناختی شامل بدبینی، احساس شکست، انتظار تنبیه، اتهام به خود، افکار خودکشی، بی‌تصمیمی، بی‌ارزشی و اشکال در تمرکز می‌باشد. نشانه‌های عاطفی: شامل غمگینی، نارضایتی، احساس گناه، بی‌زاری از خود، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی و تحریک‌پذیری است (Fathi Ashtiani & Dastani, 2010).

در زمینه درمان سوگ و به‌ویژه سوگ پیچیده هم بر روش‌های روانشناختی و هم درمان‌های دارویی تأکید شده است. مداخلات درمانی غیر دارویی عبارت‌اند از: بازی درمانی، روان‌درمانی، سایکودینامیک و روش‌های اداره اضطراب در بچه‌های کوچک‌تر. در برخی مطالعات اثرات مفید درمان‌های رفتاری را در کاهش علائم سوگ نشان داده‌اند. همچنین زمانی که تعداد زیادی از افراد آسیب‌دیده وجود دارند گروه‌درمانی و گروه‌های حمایتی به‌طور شایع به کار می‌روند. (Mahmoodi Gharaee & et.al, 2007). برخی از مطالعات مانند متیوز و مارویت (Mathews & Marwit, 2004) هم‌چنین استفاده از درمان شناختی

1. Beck

رفتاری را بررسی کرده‌اند. هاوارث (Howarth, 2011) می‌گوید، نمونه‌های دیگر درمان از قبیل روان‌درمانی بین فردی (IPT)^۱، نیز ممکن است مؤثر باشد. یکی از روش‌های درمانی اخیر روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است (QOLT)^۲. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی رویکردی جدید است که شامل انسجام به هم پیوسته شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت است و با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی بک و نظریه‌ی شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ است (Padash Fatehizadeh & Abadi, 2012). تعریف درمان مبتنی بر بهبود بخشیدن کیفیت زندگی از روان‌شناسی مثبت‌نگر و فریش (Frish, 2006) چنین است: مطالعه و افزایش دادن شادکامی، نقاط قوت انسانی و کیفیت بهتر زندگی برای همه. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از رویکردی تشکیل می‌شود که شادمانی را افزایش می‌دهد و نیز رویکردی مداخله‌ای در روان‌شناسی مثبت‌نگر است. این نوع درمان هم برای مراجعان بالینی و هم غیر بالینی به کار برده می‌شود یافته‌های پژوهشی انجام شده در این زمینه مؤید اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای روان‌شناختی است که به مواردی از آن اشاره می‌شود. بولین و وان دن بوت (Boelen & van den Bout, 2007) در پژوهشی تحت عنوان درمان سوگ: مقایسه بین درمان شناختی- رفتاری و مشاوره حمایتی^۳ که روی ۵۴ نفر که دچار اختلال سوگ پیچیده انجام شد، گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم مرتبط با سوگ پیچیده و آسیب روانی نسبت به مشاوره حمایتی مؤثرتر است. بولیر و همکاران (Bolier & et al, 2013) در پژوهشی با عنوان مداخلات روانشناسی مثبت: فرا تحلیل مطالعات کنترل شده تصادفی، به این نتیجه رسیدند که مداخلات روانشناسی مثبت به‌طور قابل توجهی سلامت ذهنی و روانی را افزایش و علائم افسردگی کاهش می‌دهد. پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی توسط (Padash & et al, 2012) بر روی ۳۲ زن و مرد متأهل اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد را در پس‌آزمون در ابعاد تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، روابط، حل تعارض، اوقات فراقت و جهت‌گیری مذهبی افزایش داده است و تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات گروه شاهد و آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون در ابعاد مدیریت مالی، روابط جنسی، شیوه فرزند پروری، خانواده و دوستان، و مساوات طلبی نقش‌ها مشاهده شد. در پژوهش دیگری تحت عنوان اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله: یک مطالعه قبل و بعد توسط (Mahmoodi Gharaee & et al, 2006) روی

1-Interpersonal Therapy

2-Quality of Life Therapy

3-Supportive Counseling

۱۹ نفر از کودکان ۳ تا ۶ سال نشان داده شد که بازی‌درمانی گروهی متمرکز بر نشانه‌های سوگ و آسیب می‌تواند در کاهش نشانه‌های رفتاری و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱ مؤثر باشد. با توجه به جدید بودن رویکرد کیفیت زندگی درمانی و هدف این رویکرد که به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان‌هاست و همچنین این نکته که در سال‌های نخستین شکوفایی علم روان‌شناسی بیشتر روی هیجانات منفی مانند افسردگی و اضطراب تمرکز می‌کرد، ولی کارلسون (Kalerson, 2001) می‌گوید، امروزه این وضعیت تغییر کرده و مقاله‌های روان‌شناسی مربوط به سعادت، شادمانی و رضایت از زندگی چند برابر شده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده انجام می‌شود.

پژوهش‌ها نشان دادند که شناخت درمانی از جمله درمان‌هایی است که برای کاهش افسردگی توسط متخصصین به کار برده می‌شود. اما به نظر می‌رسد که در پژوهش‌های پیشین این خلأ وجود دارد که از رویکرد روانشناسی مثبت در کار با افراد داغ‌دیده استفاده زیادی نشده است. پژوهش حاضر با استفاده از مدل درمانی فریش (درمان مبتنی بر کیفیت زندگی) به مداخله در کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده پرداخته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر که بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR و مصاحبه بالینی تشخیص سوگ پیچیده دریافت کرده بودند، تشکیل داد. با توجه به محدودیت در انتخاب، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. بدین ترتیب که از بین کسانی که به مراکز مراجعه کرده بودند و تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). ابتدا پیش‌آزمون افسردگی اجرا شد، سپس گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه در معرض درمان قرار گرفتند و پس از پایان درمان دوباره از هر دو گروه پس‌آزمون افسردگی به عمل آمد و داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1 Posttraumatic Stress Disorder

پرسشنامه افسردگی بک:

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (Beck & et al, 2000). فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد.

این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) چهار ماده از ویرایش قبلی را نداشته و به جای آنها ماده‌های دیگری در پرسشنامه افزوده شده‌اند. همچنین در این پرسشنامه دو ماده (ماده‌های ۱۶ و ۱۸) به گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند. این پرسشنامه در جمعیت بالای ۱۳ سال به بالا قابل استفاده است.

۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. علائم هر یک از این طبقات در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: خرده مقیاس‌های افسردگی با ذکر ویژگی‌های هر خرده مقیاس

نشانها	تعداد ماده‌ها	علامت اختصاری	طبقات
غمگینی، نارضایتی، احساس گناه، یزاری از خود، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، تحریک‌پذیری	۸	A	نشانه‌های عاطفی
بدبینی، احساس شکست، انتظار تنبیه، اتهام به خود، افکار خودکشی، بی‌تصمیمی، بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز	۸	C	نشانه‌های شناختی
کم‌توانی، تغییر در الگوی خواب، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش علائق جنسی	۵	P	نشانه‌های جسمانی

مطالعات روان‌سنجی انجام‌شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به‌طور کلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود (Beck & et al, 2000) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون و محمدخانی (Dobson & Mohammadkhani, 2007) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. به‌علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام

گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (Gharaei, 2004).

جدول ۲. طرح مداخله

جلسه اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا بمنظور آشنایی، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره درمانی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان جهت حضور در جلسات، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد.
جلسه دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضا گروه با تکنیک‌های قدردانی‌ها، دستاوردها و استعدادها، درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد.
جلسه سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی ۵ ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به‌عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی و شناسایی حوزه‌هایی که باعث نگرانی شده‌اند
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون ۵ ریشه، معرفی نگرش به‌عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی. تمرین مهارت‌های ارتباطی
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون ۵ ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به‌عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم جهت افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی و استفاده از استراتژی‌های تغییر نگرش برای کمک به افراد بمنظور رفع مسائل.
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت. استفاده از اصول مرتبط با نگرش‌ها، طرح‌ها و اقداماتی که بر رضایت بیشتر فرد از خانه، محله و جامعه موثر است.
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط. اجرای طرح فراغت یا عادت جاری تفریح.
جلسه هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی. مدیریت استرس و حل مسائل برای مشکلاتی که عادت‌های سالم را تضعیف و یا به حفظ یا رشد عادات ناسالم کمک می‌کنند.

یافته‌ها

برای انجام این پژوهش پس از انتخاب آزمودنی‌ها و تقسیم تصادفی آن‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه در معرض روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفتند. اعضای گروه کنترل در مدت آزمایش درمان خاصی دریافت نکردند. در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل جمع‌آوری شد و داده‌های حاصله برای تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش در دو سطح تجزیه و تحلیل توصیفی و تجزیه و تحلیل استنباطی که در پاسخ به فرضیات پژوهش می‌باشد، ارائه شد. در بخش اول ابتدا داده‌های توصیفی از قبیل فراوانی و درصد ارائه گردید و در بخش دوم به بررسی فرضیه‌ها پرداخته شد.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش ۵۰ درصد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۵۰ درصد در گروه کنترل قرار گرفتند. و ۷۳ درصد آزمودنی‌ها زن و ۲۷ درصد مرد بودند که ۳۳/۱۳ درصد افراد زیر ۲۵ سال، ۲۶/۶۷ درصد بین ۲۵-۳۰ سال، ۳۳/۳۳ درصد افراد بین ۳۱-۳۵ سال، ۲۰/۰۰ درصد افراد بین ۳۶-۴۰ سال و ۶/۶۷ درصد افراد بالای ۴۰ سال هستند.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. از مهمترین این مفروضه‌ها مفروضه نرمال بودن است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها محاسبه شد آن گونه که جدول نشان می‌دهد مقدار آماره شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها به استثنای نمره کلی افسردگی پیش‌آزمون غیر معنی‌دار بود که با توجه به برابر بودن تعداد اعضای گروه‌های مورد بررسی می‌توان از این پیش‌فرض برای این مؤلفه چشم‌پوشی کرد (جدول ۳).

جدول ۳. بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون شاپیرو ویلک برای نرمال بودن	
	آماره	سطح معنی‌داری (p)
افسردگی پیش‌آزمون	۰/۹۰	۰/۰۰۹
افسردگی پس‌آزمون	۰/۹۶۵	۰/۴۱
نشانگان عاطفی پیش	۰/۹۶۶	۰/۴۳
نشانگان جسمانی	۰/۹۶۷	۰/۴۷
نشانگان شناختی پیش	۰/۹۵۳	۰/۲۰
نشانگان عاطفی پس	۰/۹۳۲	۰/۰۶
نشانگان جسمانی پس	۰/۹۳۰	۰/۰۵۶
نشانگان شناختی پس	۰/۹۶۲	۰/۳۴

در جدول شماره ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نشانگان افسردگی

عنوان	طبقات	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	نشانه‌های عاطفی	آزمایش	۱۵	۱۰/۷۳۳۳	۳/۹۳۶۴۰
		کنترل	۱۵	۱۱/۲۰۰۰	۳/۶۶۸۴۰
	نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۱۵	۶/۳۳۳۳	۲/۷۱۶۷۹
		کنترل	۱۵	۷/۴۶۶۷	۲/۳۵۶۳۵
	نشانه‌های شناختی	آزمایش	۱۵	۷/۶۶۶۷	۴/۹۲۳۲۲
		کنترل	۱۵	۱۰/۶۰۰۰	۳/۵۲۱۳۶
پس آزمون	نشانه‌های عاطفی	آزمایش	۱۵	۶/۲۶۶۷	۱/۸۳۰۹۵
		کنترل	۱۵	۱۱/۴۰۰۰	۲/۹۷۱۲۹
	نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۱۵	۴/۰۶۶۷	۱/۵۷۹۶۳
		کنترل	۱۵	۶/۷۳۳۳	۱/۸۳۰۹۵
	نشانه‌های شناختی	آزمایش	۱۵	۵/۶۶۶۷	۲/۳۵۰۲۸
		کنترل	۱۵	۹/۷۳۳۳	۳/۷۱۲۲۷
نمره کل افسردگی پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۲۴/۷۳۳۳	۱۰/۳۱۲۷۳	
	کنترل	۱۵	۲۹/۲۶۶۷	۹/۱۹۲۱۳	
نمره کل افسردگی پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۶/۰۰۰۰	۵/۲۳۷۲۳	
	کنترل	۱۵	۲۷/۸۶۶۷	۷/۸۴۵۵۳	

در ادامه گزارش نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس چند متغیری داده‌های موردبررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) ($F(28,1) = 0.57, P > 0.05$) و آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی‌دار نیست) و استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است ($F(2) = 2.43, P > 0.05$).

در جدول (۵) نتایج ANCOVA شامل مجموع مجذورات (SS)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F درجات آزادی (df)، سطح معنی‌داری (p) و مجذور اتای سهمی R^2 جهت تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگک پیچیده ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه ANCOVA برای تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی با کنترل نمره افسردگی پیش‌آزمون

منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	D ²
نمره‌های افسردگی پیش‌آزمون	۱۷۲/۸۲۵	۱	۱۷۲/۸۲	۴/۳۴	۰/۰۴۷	۰/۱۴
اثر اصلی (درمان)	۸۱۳/۹۲	۱	۸۱۳/۹۲	۲۰/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۴۳
خطای باقی‌مانده	۱۰۷۲/۹۰	۲۷	۳۹/۷۳			

نتایج ANCOVA نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های افسردگی پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های افسردگی پس‌آزمون معنی‌دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش - کنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۱$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۴۳ بوده است.

میانگین‌های تعدیل‌شده نشان می‌دهد که نمره گروه آزمایش ($۲۷/۲۹ \pm ۱/۶۵$) در مقایسه با گروه کنترل ($۱۶/۵۷ \pm ۱/۶۵$) در پس‌آزمون افسردگی کاهش بیشتری داشته است. به عبارت دیگر نتایج بیانگر آن است که مداخله آزمایشی (روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی) موجب کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش شده است.

همچنین تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیرهای وابسته به‌منظور تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر نشانگان افسردگی انجام شد. نتایج آزمون باکس برای تعیین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس با توجه به مقدار $F = ۱/۰۴$ و سطح معنی‌داری که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس است.

مقدار آزمون اثر پیلای ($F = ۵/۴۷$ و $df = ۶$) و سطح معنی‌داری که کوچک‌تر از ۰/۰۱ است نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین افراد گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در جدول (۶) نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به مقایسه میانگین نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان افسردگی ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به مقایسه میانگین‌ها در متغیرهای وابسته بین افراد گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
نشانگان عاطفی پیش‌آزمون	۱/۶۳	۱	۱/۶۳	۰/۱۱	۰/۷۳
خطا	۴۰۵/۳۳	۲۸	۱۴/۴۷		
نشانگان جسمانی پیش‌آزمون	۹/۶۳	۱	۹/۶۳	۱/۴۹	۰/۲۳
خطا	۱۸۱/۰۶	۲۸	۶/۴۶		
نشانگان شناختی پیش‌آزمون	۶۴/۵۳	۱	۶۴/۵۳	۳/۵۲	۰/۰۷
خطا	۵۱۲/۹۳	۲۸	۱۸/۳۱		
نشانگان عاطفی پس‌آزمون	۱۹۷/۶۳	۱	۱۹۷/۶۳	۳/۴۵	۰/۰۰۰
خطا	۱۷۰/۵۳	۲۸	۶/۰۹		
نشانگان جسمانی پس‌آزمون	۵۳/۳۳	۱	۵۳/۳۳	۱/۲۴	۰/۰۰۰
خطا	۸۱/۸۶	۲۸	۲/۹۲		
نشانگان شناختی پس‌آزمون	۱۲۴/۰۳	۱	۱۲۴/۰۳	۱/۸۵	۰/۰۰۱
خطا	۲۷۰/۲۶	۲۸	۹/۶۵		

طبق یافته‌های جدول (۶) تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات افراد گروه آزمایش و کنترل در نشانگان عاطفی، جسمانی و شناختی افسردگی در پس‌آزمون در سطح آلفای ۰/۰۱ ($p < ۰/۰۱$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). به‌علاوه یافته‌ها نشان می‌دهد که بین نشانگان عاطفی، جسمانی و شناختی افسردگی افراد گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده مؤثر بوده است. به‌علاوه یافته‌ها نشان داد روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قادر است نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی را کاهش دهد. در ادبیات پژوهشی، تحقیق مستقیمی در این زمینه یافت نشد که نشان دهد روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر

افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده اثر دارد اما در تحقیقات مشابهی که دربرگیرنده‌ی مفاهیم نظری روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی است می‌توان به موارد مشابهی اشاره کرد. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج تحقیق سین و لیوبومیسکی؛ (Sin & Lyubomirsky, 2009) بوئلین و وان دن بوت؛ (Boelen, van den Bout, 2007) و همکاران؛ (Cohen & etal, 2006) روشن‌فر، مختاری و پاداش؛ (Roshanfar, Mokhtari & Padash, 2014) و قاسمی و دیگران (Ghasemi and Others, 2012) همسو است. یافته‌های تحقیق ساپینو (Supiano, 2012) در زمینه‌ی درمان سوگ پیچیده نشان داد که شرکت‌کنندگانی که گروه درمانی را دریافت کردند، نسبت به گروهی که درمان حمایتی را دریافت کرده بودند پاسخ‌های درمانی بیشتری را نشان دادند. مهم‌ترین که نیمی از شرکت‌کنندگانی که تحت گروه درمانی قرار گرفتند از لحاظ بالینی بهبود قابل توجهی نسبت به گروه کنترل داشتند. ریتا روسنر و کوتویوکووا (Rita Rosner & Kotoucova, 2011) گزارش کردند که فرا تحلیل مداخلات مربوط به سوگ نشان می‌دهد اثربخشی درمان انجام‌شده مرتبط با سوگ در کاهش علائم سوگ در دامنه متوسط و کم قرار می‌گیرند. ویتوک و همکاران (Wittouck & etal, 2011) گزارش کردند که در مقایسه با مداخلات پیشگیرانه، مداخلات درمانی بهبودهای معنی‌داری را در میانگین نمرات افراد مبتلا به سوگ پیچیده در مرحله درمان و پیگیری نشان می‌دهد. به علاوه در طول مرحله پیگیری اثر مثبت مداخلات درمانی برای سوگ پیچیده افزایش یافت. سین و لیوبومیسکی (Sin & Lyubomirsky, 2009) نشان دادند که روان‌درمانی‌های مثبت‌گرا مثل روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها اثرگذار است. یافته‌های (Ghasemi and Others, 2012) نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی افسردگی، نشانه‌های جسمانی سازی و بد کارکردی اجتماعی را در پس‌آزمون و پیگیری کاهش می‌دهد. همچنین این درمان، بر بهزیستی ذهنی در بعد هیجانی (افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی) در پس‌آزمون اثر داشته است اما در بعد روان‌شناختی (رضایت از زندگی) آزمون‌ها تغییری ایجاد نکرده است. این یافته‌ها همچنین با یافته‌های (Aghayousefi & Seifi, 2013) که اثربخشی این راهبرد مداخله‌ای را در افزایش رضایت از زندگی و احساس شایستگی تأیید می‌کند، همسو می‌باشد. یافته‌های گرانت، سالیسید و هینان (Grant, Salced & Hynan, 1993) نیز نشان داد که این مداخله باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی شده است. چنین به نظر می‌رسد که با تقویت رضایتمندی در هر حیطه‌ی زندگی، می‌توان کیفیت کلی زندگی را افزایش داد. همسو با این یافته ردیگو و همکاران (Rodrigue, & etal, 2005) در پژوهشی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی را در بیماران در انتظار پیوند ریه بر کاهش افسردگی

و اضطراب رایج قبل و بعد از پیوند گزارش کردند. بولن و وان دن بوت (Boelen, Van den Bout, 2007) گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم مرتبط با سوگ پیچیده و آسیب‌شناسی روانی نسبت به مشاوره حمایتی مؤثرتر است. کوهن و همکاران (Cohen & etal, 2006) گزارش کردند کودکانی که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی و اضطراب مرتبط با سوگ پیچیده و استرس پس از سانحه نشان دادند. همچنین رضایت کودک و والدین برای این درمان بالا بود. یافته‌های فرامرزی و همکاران (Faramarzi & etal, 2013) در زمینه تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار نشان داد بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش در خرده مقیاس سازگاری فردی تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

همانگونه که پیشتر ذکر شد، هدف روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، افزایش شادمانی و رضایت از زندگی است و به این اعتبار اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر را بکار می‌گیرد. همچنین در برگیرنده انسجام به هم پیوسته شناخت درمانی است و با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی بک و نظریه شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ است. با توجه ساخت ترکیبی این رویکرد، پردازش‌های شناختی زیربنایی نقش مهمی در شکل‌گیری رضایت‌مندی از زندگی و شادکامی ایفا می‌کند. طبق نظر استنبوک و هولزمن (Stanbook & Holzmann, 2000) هدف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی این است که خودیابی حرفه‌ای یا غنای درونی را افزایش دهد و از افسردگی پیشگیری کند. بنابر این فرد با غنی‌سازی درونی در لحظه (یعنی انجام کارهای کوچک به منظور مراقبت از خویش، حتی هنگامی که اوضاع خیلی بد است و ایجاد تغییر در برنامه‌های عادی دشوار)، می‌تواند شرایط زندگی فعلی را قابل تحمل و مناسب سازد و نیز پس از مراقبت از خویش به گونه‌ای خردمندانه و همه‌جانبه با چالش‌های روزانه زندگی مواجه شود. فرد نباید اجازه دهد که اوضاع بد همیشه پایدار بماند، باید با عادت‌های ناسالم به چالش پردازد و آن‌ها را کنترل، تنظیم و ریشه‌کن سازد.

مفهوم‌سازی شناختی در مدل فریش با دست‌یابی به هدف و رضایت‌مندی از زندگی در نظریه‌ی شناختی بک هماهنگ است و به بسط و گسترش فرایندهای شناختی می‌پردازد. از نظر فریش این فرایند به فعال‌سازی سبک‌های شناختی سازنده منجر می‌شود فریش، (Frish, 2006). یک نگاه به اهداف و محتوای درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از قبیل بهبود رو به افزایش، رضایت از زندگی، و خودیابی نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند با افزایش خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی را در افراد از طریق بهبود سلامتی، خوشحالی و رضایت از زندگی کاهش دهد آقاییوسفی و سیفی، (Aghayousefi & Seifi, 2013). بر اساس

این مدل، رضایت‌مندی متشکل از چهار عامل است: تغییر شرایط خود، تغییر دادن نگرش‌ها، تغییر دادن اهداف و معیارها، تغییر دادن اولویت‌ها و تقویت کردن رضایت‌مندی در حیطه‌هایی که قبلاً مورد توجه نبوده‌اند. راهبردهای مداخله‌ای مبتنی بر مدل پنجگانه رضایت‌مندی از زندگی، موجب بهبود رضایت فرد در هر حیطه‌ی زندگی می‌شود. رویکرد فریش برای کاهش افسردگی و در نتیجه افزایش شادکامی به گونه‌ای است که تنها یک حیطه زندگی را مدنظر قرار نمی‌دهد، بلکه بر ۱۶ حیطه‌ی اصلی زندگی تأکید می‌کند. در این پژوهش نیز تلاش بر این بوده است که با کمرنگ کردن عوامل خطر ساز از قبیل منفی‌گرایی عاطفی، احترام به خویش‌پایین، سبک‌های اسنادی بدبینانه در تفسیر علل رویدادهای منفی، خودکارآمدی پایین، بدبینی، مردم‌آمیزی کم، امیدواری پایین و تقویت عوامل محافظت‌کننده مانند مهارت‌های انطباقی خوب، مهارت‌های اجتماعی، خوش‌بینی، احترام به خویش‌پایین، استعدادها و نقاط قوت، غنای درونی و اصل معنایابی و هدف‌یابی به کاهش افسردگی بپردازد.

همچنین محققان معتقدند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی یک مداخله شناختی- رفتاری است که استراتژی‌های مداخله خاص برای افزایش شادی و رضایت در آن حوزه زندگی را فراهم می‌کند. ردیگو و همکاران (Rodrigue & etal, 2005) معتقدند این درمان به‌طور کلی دربرگیرنده‌ی سلامت جسمی، روابط با خانواده و دوستان، عملکرد اجتماعی، فعالیت‌های اوقات فراقت، سلامت روانی و مشارکت اجتماعی در میان دیگران است.

از دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌نگر و روان‌شناسی بالینی، روابط اجتماعی مثبت مهم‌ترین عامل ایجادکننده‌ی شادکامی است. این فرایند از طریق مطالعه و درک اصول اساسی رضایت‌مندی از روابط و تا حد زیادی از طریق مهارت‌های رفتاری ارتباطی در درمان کیفیت زندگی، حاصل می‌شود. فریش (Frish, 2006) نشان می‌دهد که این درمان در پی آن است که شادی و سلامت را در مردم با کشف استعدادها بالقوه‌شان افزایش دهد و کیفیت زندگی‌شان را بهبود ببخشند. در راستای این هدف سین و لیومیرسکی (Sin & Lyubomirsky, 2009) و اسلاد (Slade, 2010) گزارش کردند که با استفاده از رویکردهای روان‌شناسی مثبت می‌توان در افزایش بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی اثرگذار بود. به نظر سلینگمن (Seligman, 2002)، آگاهی از استعدادها، نقاط قوت، دستاوردها، موهبت‌ها و ترکیب آن با تمرین‌پذیردانی در اصطلاح روان‌شناسی مثبت‌نگر، می‌تواند موجب بهبود بخشیدن به شادکامی و رضایت‌مندی مراجع از خویش‌پایین بشود.

همچنین می‌توان اشاره داشت که مؤثرترین راه موفقیت، ایجاد احترام به خویشتن، خودکار-آمدی و اعتماد به نفس است. پژوهش‌ها در رابطه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی خصوصاً نشان می‌دهد که مراجعین به علت این که در برآورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی احساس شکست و ناتوانی می‌کنند، دچار احترام به خویشتن کم می‌شوند فریش، (Frish, 2006). راه‌های موفقیت برای کسب احترام به خویشتن بیشتر، بر احساس شکست و یاس و نومییدی غلبه پیدا می‌کند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، به مواردی همچون انتخاب آزمودنی‌های جامعه‌ی پژوهش، مراجعان مراکز مشاوره اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را با دشواری مواجه می‌کند. محدودیت دیگر عدم مقایسه آن با سایر رویکردهای درمانی جدید است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت‌ها، کارایی این روش درمانی به صورت گسترده‌تر و دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد. در این پژوهش از نمونه گیری در دسترس استفاده شده است که باید محدودیت‌های این نوع نمونه گیری در نظر گرفته شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، این شیوه‌ی درمانی می‌تواند در کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده مؤثر باشد و پیشنهاد می‌گردد به عنوان یک مدل درمانی مورد استفاده قرار بگیرد.

References

- Aghayousefi, A., Seifi, M, Y. (2013). Group Quality of Life Therapy in Patients with Multiple Sclerosis, *Iranian Journal of Clinical Psychology (IJCP)*, 1(2), 2322-1585. (In Persian)
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, (TX): The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (2000) *BDI-II Fast Screen for Medical Patients Manual*. The Psychological Corporation, London.
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2007). Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or non-violent loss. *Death Studies*, 31, 155-164.
- Bolier, L. H., Merel, W., Gerben J, R., Heleen, S. F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies Bolier et al. *BMC Public Health*, 13(119), 3 – 20.
- Brown E. J., & Goodman R. F. (2005). Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(2), 248-259.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P, & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1225-1233.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Staron, V.R. (2006) A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grif (CBT-CTG). *J Am Acad child Adolesc psychiatry*, 45, 1465-1473
- Cuplan, H., & Sadok, B. (2003) *Summary of Behavioral Sciences Psychiatry / Clinical Psychiatry*. Rafiee, Hassan; Rezaee, Farzeen Second volume, Arjmand publication.
- Dobson, K.S., & Mohammadkhani, P. (2007). The psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory- 2 in patients with major depressive disorder in partial remission period, *Rehabilitation*, 8(29), 86-80.
- Faramarzi, S., Asgari, K., & Taghva, F. (2013). The effect of cognitive behavioral therapy on the rate of high school students' compatibility suffering from abnormal grief. *Journal of Behavioral Sciences Research*, (5)10, 373-382 .
- Fathi Ashtiani, A., & Dastani, M. (2010). *Psychological tests: Evaluation of personality and mental health*, Tehran: Besat.
- Frish, M. B. (2006). *Quality of life Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons
- Frish, M. B. (2011). *Psychotherapy based on the quality improvement of life*. Khamseh, Akram. First volume. Arjmand publication.
- Gharaee, B. (2004). *Determine the identity statuses and its association with identity styles and depression in teens*. Clinical psychology doctoral thesis. Iran University of Medical Sciences. Psychiatry Institute .
- Ghasemi, N., Kajbaf, M. B., & Rabiee, M. (2012). Effectivness of group therapy based on quality of life on the subjective well-being and mental health. *Journal of Clinical Psychology*, (2), 23-36
- Grant, G. M., Salced, V., & Hynan, L. S. (1993). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological report*, 76, 1203-1208.
- Haljin, R. P., Vitborn, S. C. (2006). *Psychopathology (Clinical Perspectives on Psychological Disorders)*. Seyyed Mohammadi, Yahya. Tehran: Ravan publication.

- Howarth, R. (2011). Concepts and Controversies in Grief and Loss, 33, 4-10
- Javanmard, G. H. (2011). Psychopathology. Tehran: Payamnoor University.
- Kalerson, M. (2001). Happy life. Sharifi Daramadi. Tehran. Ravansanji publication.
- Mahmoodi Gharaee, J., Bina, M., Yasami, M.T., Emami, A., & Naderi, F. (2006). Effect of group play therapy on symptoms associated with grief and injuries due to Bam earthquake in children in 1363: A after and before study. *Journal of Pediatrics*, (2)16, 138-144
- Malkinson, R. (2001). Cognitive behavioral therapy of grief: A review and application. *Research on Social Work Practice*, 11(6), 671-698
- Mathews, L.T., & Marwit, S.J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Studies*, 28, 849-863.
- Mayo, C. (2007). Complicated grief. Retrieved June 5, 2015, from <http://www.mayoclinic.com/health/complicated-grief/DS01023>
- Padash, Z., Fatehizadeh, M., & Abedi, M. R. (2012). Effectiveness of psychotherapy training based on the quality improvement of life on the wives's welfare. *Journal of family consulting and psychotherapy*, 1(1), 115-130.
- Rita Rosner, G. P., & Michaela, K. (2011) Treatment of complicated grief, *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 7995
- Rodrigue, J. R, Baz, M. A., Widows, M. R., & Ehlers, S. L .A. (2005) A Randomized Evaluation of Quality-of-Life Therapy with Patients Awaiting Lung Transplantation, *American Journal of Transplantation*, 5, 2425-2432.
- Roshanfar, A. R., Mokhtari, S., & Padash, Z. (2014). Investigate the effectiveness of psychotherapy training based on the quality of life on clients' perfectionism of counseling centers in Isfahan. *Journal of Health System Research*, (8)9, 386-390. (In Persian)
- Sayyad Shirazi, M. (2011). Make acquaintance with grief in children and how to deal with it. *Councilor*, (2)6, 42-46. (In Persian)
- Seligman, M. E. P., Schulman, B. S, Peter., & DeRubeis, R. J. (1999) The Prevention of Depression and Anxiety Prevention & Treatment, 2(8).
- Seligman, M. E. P., Tracy, A. S., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60 (5), 410-421
- Seligman, M. E. P. (2002). Authentic happiness. New York: free press.
- Simon, G. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341, 1329-1335.
- Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptom with positive psychology intervention: A practice friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (3), 467-487.
- Slade, M. (2010) Mental illness and wellbeing: The Central importance and positive psychology andrecovery approaches. *Heal Serv Res*, 2(10).
- Stanbook, I., & Holzman. I. (2000). Quality of life and health: concept, methods and application. Oxford: Black well science.
- Supiano, K. (2012). Complicated Grief in Older Adults: A randomized Controlled Trial Of Complicated Grief Group Therapy, College of Social Work, The University of Utah.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69_78.



اثربخشی گروه درمانی شناختی - انسانگرایانه بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مساله زنان متاهل

معصومه دامنجانی^۱، سیدعلی کیمیایی^۲، حسین حسن آبادی^۳
تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۰

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - انسانگرایانه بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مساله زنان متاهل
روش: روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنان متاهل مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره شهر مشهد بودند که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۲۲ نفر از آنها انتخاب شدند و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، (هر گروه ۱۱ نفر) گمارده شدند. آزمودنیها به پرسشنامه حل مساله خانواده و کارکردهای روان شناختی خانواده ایرانی، مقیاس ارتباط پاسخ دادند. داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند.
یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که آموزش گروه درمانی شناختی - انسانگرایانه بر افزایش مهارت‌های ارتباطی افراد گروه آزمایش تاثیر معناداری داشت ($P < 0/001$). همچنین آموزش گروه درمانی شناختی - انسانگرایانه بر افزایش حل مساله افراد گروه آزمایش نیز تاثیر معناداری داشت ($P < 0/001$).
واژه های کلیدی: گروه درمانی شناختی - انسانگرایانه، مهارت‌های ارتباطی، حل مساله، زنان متاهل

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، m.damanjani@yahoo.com

۲. نویسنده مسؤل، دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، Kimiaee@um.ac.ir

۳. استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

خانواده، به عنوان اولین کانون تربیت انسان به شمار می آید. که در این نهاد، زنان مدیر خانواده و سلامت آنان اساس خانواده و پیش شرط توسعه می باشد. از آن جا که انسان های سالم محور توسعه پایدار هستند و نقش زنان را در پرورش دهندگان این انسان های سالم نمی توان نادیده گرفت، بنا براین بی توجهی به سلامت زنان می تواند مسبب مشکلات بیشماری در زندگی شود. زیرا زنان نیمی از جمعیت هر جامعه را تشکیل می دهند و از مهمترین مخاطبان و گروههای اجتماعی موثر در فرایند توسعه به شمار می آیند. حال به دلیل اینکه زنان بیشتر از مردان در معرض فقر و تبعیض جنسیتی قرار دارند و موانع و محدودیتهای فراوانی بر سر راه تغییر و تحول اجتماعی آنان وجود دارد (Smitt, 1987؛ Scalwaik, 1986، به نقل از Tabatabae, 2005)، بنابراین تاکید زیادی بر توانمندسازی آنان شده است.

زنان به سبب نقشهای چندگانه ی خود، عناصر انسانی تاثیر گذار در خانواده و جامعه هستند و نقش آنان در خانواده به عنوان فردی مؤثر در ثبات روابط زناشویی کاملاً مشخص است، همانطور که جعفری زدی و گلزاری (Jafaryazdi & Golzari, 2005) در پژوهش خود نیز به این نتیجه رسیدند زنانی که بتوانند هیجانهای خود را به خوبی درک کنند و درباره ی خودشان احساس مثبتی داشته باشند، معمولاً در زندگی زناشویی سازگاری بیشتری دارند. پس برای داشتن خانواده سالم برخورداری زنان از سلامت روانی مهم می باشد که لازمه آن داشتن توانایی و مهارتهای خاصی است که یکی از آنها، مهارتهای ارتباطی می باشد. مهارتهای ارتباطی، توانایی اختصاصی به شمار می آیند که برای رابطه ضروری هستند؛ به طوری که انسان می تواند با استفاده از آنها، هنگام انتقال نمادین پیام به شخصی دیگر به شکلی کفایت آمیز رفتار کند (Breneshtain, 2003). این مهارتها، میزان شایستگی، احتمال موفقیت فرد و میزان توانایی و اعتماد به نفس ما را نشان می دهد، همچنین باعث افزایش میزان احترام و ارزش ما نزد دیگران می شود (Cole, 2000). ستیر (Settir, 1987) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافت که در نظام خانواده، عنصر ارتباط، بسیار تعیین کننده است بدین معنی که وقتی اعضای خانواده ای از الگوهای ارتباطی مؤثر استفاده میکنند، انتقال و درک واضحی از محتوا و قصد هر پیام دارند و این موجب رشد احساسات و ارزش ها بین افراد خانواده می شود و سنگ زیربنایی خانواده سالم و موفق پی ریزی می شود. نوع نظام خانواده و الگوهای ارتباطی آن، بر افراد خانواده نیز تاثیر مهمی دارد، زیرا شخصیت، یادگیری، توسعه، اعتماد به نفس، قدرت انتخاب و تصمیم گیری منطقی افراد خانواده، همه به نوع اطلاعات و نحوه انتقال اطلاعات بین اعضای خانواده وابسته است (Oliver & Miller, 1994). و در این فرایند تبادل اطلاعات، فرستنده و گیرنده باید به طور فعال دخالت داشته باشند (Carlson, 1999). از سوی دیگر جارویس (Jarvis, 2005) عقیده دارد که آموزش

مهارت‌های ارتباطی به فرد می‌آموزد که چطور آغازگر رابطه باشد و آن را ادامه دهد و فعالانه به حرفهای طرف رابطه گوش دهد، افکار و احساساتش را به راحتی ابراز کند و احساسات طرف مقابل را درک کند و به طور سازنده ای به حل مسائل بپردازد (به نقل از Babapour, 2008).

درمانگران عقیده دارند که مشکلات ارتباطی، از جمله شایع‌ترین و مخرب‌ترین مشکلات در ازدواج‌های ناموفق می‌باشند. چرا که هر زمان زوج‌ها در زمینه‌ای به مشکل برمی‌خورند مسایل ارتباطی را نیز ایجاد می‌کنند؛ بیشتر زوج‌ها هنگام بروز یک مشکل جدی، علاقه کمتری به برقراری ارتباط دارند؛ لذا اطلاعات کمتری بین آنها رد و بدل شده و به تبع آن، احتمال سوء تفاهم افزایش پیدا می‌کند (Nazari, 2007). پس با آموزش مهارت‌هایی مانند مهارت‌های ارتباطی، ابراز خود و غیره می‌توان تاب‌آوری و به دنبال آن سطح سلامت افراد را افزایش داد (به نقل از Etemad, 1994). البته روش‌های گوناگونی برای آموزش و تغییر الگوهای ارتباطی وجود دارد که یکی از آنها، آموزش روش حل مسئله است.

همه افراد به طور مداوم با مسائل مختلف و تصمیم‌گیری در مورد چگونگی رفع آنها روبه‌رو هستند. بیشتر اوقات فرایند حل مساله روزمره به قدری خودکار انجام می‌گیرد که افراد از چگونگی انجام آن مطلع نمی‌شوند. با وجود این باید به این نکته توجه کرد که بدون توانایی شناسایی مشکلات و رسیدن به راه حل‌های قابل اجرا، زندگی روزمره مردم از هم خواهد پاشید. حل مساله دربرگیرنده حوزه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری است (Ivanoff & etal, 1992). و در این بین افرادی که از توانایی حل مساله بیشتری برخوردارند، بهتر می‌توانند با انواع استرس و مشکلات زندگی مقابله کنند، و آنهایی که حل مساله را یاد می‌گیرند احتمالاً به طور مؤثرتری با استرس مقابله می‌کنند (D'zurilla & Chang, 1995). بدین معنی که داشتن قدرت حل مساله بیشتر، با مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی کمتری همراه است.

حل مساله فرایند رفتاری-شناختی آشکاری است که: ۱- پاسخهای بالقوه مؤثر برای موقعیت دشوار را فراهم می‌سازد. ۲- احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را از بین پاسخ‌های متعدد افزایش می‌دهد.

افرادی که از توان حل مساله بالایی برخوردارند احتمالاً در مقابله مؤثر با طیف وسیعی از موقعیتها موفق خواهند بود. حال آنکه جهت‌گیری فرد نسبت به موقعیت نیز تاثیر قطعی بر نحوه پاسخ او دارد تا جایی که این جهت‌گیری نسبت به موقعیت، رفتار مستقل حل مساله را ترغیب می‌کند که شامل آمادگی یا داشتن این نگرش است، که مشکلات بخشی از زندگی معمولی است و لذا می‌توان از عهده آن برآمد. بر این اساس هرگاه مساله‌ای روی می‌دهد باید ابتدا آن را مشخص کرد تا مانع از گرایش به دادن پاسخ به نخستین تکانش شد (Ivanoff & etal, 1992). البته ناگفته نماند که مهارت‌های ارتباطی و حل مساله افراد تحت یک

فرایند شناختی-قضای صورت می گیرد همانطور که نزو (Nezo, 1987) شیوه های حل مساله را به عنوان فرایندی شناختی-رفتاری تلقی می کند که افراد به واسطه آن راهبردهای مؤثر برای مقابله با موقعیت های مسئله را در زندگی روزمره را شناسایی و کشف کنند (Cassidy & Long, 1996). پس بر طبق این نظر حل مساله مقدماتی یک فرایند مقابله ای آگاهانه، منطقی و هدفمند است که می تواند توانایی فرد را برای مقابله سودمند با انواعی از موقعیت های استرس زا افزایش دهد (D'zurilla & Chang, 1999) و در این بین هرچه افراد خود آگاه تر و خوش بین تر و از معنویت گرایی بالاتری برخوردار باشند به همان میزان توانایی بیشتری در حل مسایل خواهند داشت و در زندگی از رضایت بالاتری برخوردارند.

یکی از روشهایی که به دنبال خود آگاهی و توسعه جنبه های مثبت فرد و رسیدن او به کمال انسانی می باشد درمان شناختی-انسان گرایانه است، که به فرد کمک می کند تا در مسیر خود آگاهی به مهارتهایی مانند مهارتهای شناختی و ارتباطی و غیره دست پیدا کند.

نلسون جونز (Nelson-jonse, 2001) به عنوان پایه گذار این روش معتقد است که افراد برای مسئولیت پذیری شخصی و برای جلب شادی و برای کمتر رنج و درد کشیدن خودشان و دیگران نیاز دارند که مهارت هایی بیاموزند و یا فرا بگیرند. هدف در درمان CHT^۱ نیز رسیدن به سطح بالاتری از بهنجاری یعنی انسان کامل^۲ بودن است و بدست آوردن همدردی انسانی اصیل، مهارتهای رشد یافته برای پرورش شادی و حذف رنج برای دیگران و خود می باشد. و برای رسیدن به این هدف، CHT شامل دو بخش درمان انطباقی^۳ (مهارتهای زندگی^۴) و پرورش روح^۵ (مهارتهای ذهنی) می باشد که با یکدیگر همپوشی دارند (Nelson-jonse, 2004). بخش انطباقی در CHT (آموزش مهارتهای زندگی) پایه ای است برای سازگار شدن بهتر اهداف درمان و کمک به مراجعینی که می خواهند به مهارت های ارتباطی و ذهنی دست یابند تا به عملکرد نرمال برسند. و می تواند شامل ایجاد حمایت عاطفی، اداره کردن مشکل خاص در موقعیت بهتر، مدیریت کردن مشکلات و یافتن مهارتهای ضعیف از جمله مهارتهای ذهنی و مهارتهای ارتباطی در مدیریت مشکلات می باشد. در این بخش درمان، مراجعین ابتدا باید بپذیرند که در چه مهارتهایی ضعف دارند و چه تاثیری بر آنها دارد، سپس مهارتها آموزش داده شود (Nelson-jonse, 2001).

دو بخش انطباقی و پرورش روح در CHT با یکدیگر همپوشی دارند و در چهارچوبی تحت عنوان

1. Cognitive-Humanistic Therapy (CHT)

2. Full Human

3. Adaptation

4. Lifeskills

5. Mental Cultivation

الگوی مشاوره و روان‌درمانی مراجع مهارت یافته و یا به طور خلاصه الگوی مراجع مهارت یافته^۱ مطرح می‌شود (Nelson-jonse, 2004). درمانگر از این طرح برای مراجعان و بهبود مهارت‌های ذهنی^۲ و مهارت‌های ارتباطی^۳ و همچنین مدیریت صحیح مشکل استفاده می‌کند. بهبود مهارت‌های مراجع می‌تواند مهارت‌های قبلی مراجع را که به آن پرداخته نیز فعال کند، مهارت‌های ضعیف را کاهش دهد و مهارت‌های دیگر را بهبود دهد و به خزانه ذهنشان وارد کند. حال با توجه به مبانی نظری و یافته‌های پژوهش که در فوق به آن پرداخته شد، پژوهش حاضر در پی شناسایی و تعیین اثربخشی درمان شناختی-انسان‌گرایانه بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مساله زنان متاهل انجام گرفت. فرضیه‌هایی که در این پژوهش مطرح است عبارتند از:

۱) گروه درمانی شناختی-انسان گرایانه باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی در زنان متاهل می‌شود.

۲) گروه درمانی شناختی-انسان گرایانه باعث افزایش مهارت حل مساله در زنان متاهل می‌شود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنان متاهل مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره شهر مشهد بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۲۲ نفر از آنها انتخاب شد و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، (هر گروه ۱۱ نفر) گمارده شدند. سپس افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت گروه درمانی شناختی-انسان گرایانه قرار گرفتند و افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. کلیه آزمودنی‌ها تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)، پس از اتمام جلسات مداخله گروهی، بار دیگر هر دو گروه به وسیله‌ی ابزارهای پژوهش آزمون شدند. در پایان درمان، برای رعایت اخلاق پژوهش به گروه کنترل نیز، ۱۰ جلسه درمان شناختی-انسان گرایانه ارائه شد.

ابزارها:

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل: "پرسشنامه حل مساله خانواده" و "مقیاس ارتباط" بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می‌شود:

حل مسئله خانواده: این پرسشنامه با الهام از پرسشنامه‌های (Berger & , Forgatch, 1998)

(Hannah, 1999)، (Champion & Power, 2002)، (D'zurilla, & Nezo, 1990) توسط احمدی (2010)،

1. Skilled Client Model

2. Mind Skills

3. Communication Skills

Ahmadi&etal) ساخته شد مواد این پرسشنامه در زمینه‌ی روشهای مواجهه با مشکلات فعلی، میزان شناخت فرایند و گامهای حل مساله و چگونگی به کارگیری روشهای حل مساله در بین زوجها می باشد. بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از گزینه هیچ وقت (۱)، به ندرت (۲)، بعضی مواقع (۳)، خیلی مواقع (۴)، و همیشه (۵) نمره گذاری شده است. عبارات ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۳۰ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. از لحاظ روایی محتوایی، مورد تایید متخصصان قرار گرفته است. ضریب همبستگی درونی پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و میزان اعتبار پرسشنامه با روش بازآزمایی در فاصله دو هفته در بین زوجها ۰/۶۴ محاسبه شد.

ارتباط: این مقیاس یکی از خرده مقیاسهای سنجش کارکردهای روان شناختی خانواده ایرانی (IFPFS) است که توسط کیمیایی و همکارانش در سال ۱۳۹۱ طراحی و ساخته شده است. این مقیاس دارای ۹۲ سؤال می باشد و دوازده بعد از کارکردهای روان شناختی خانواده ایرانی را می سنجد: ارتباط، پیشرفت، سواد عاطفی، معنویت و مذهب، اوقات فراغت، اتحاد، ساختار و سازمان، احساس امنیت، حل تعارض، صله رحم، استقلال و کنترل. شیوه نمره گذاری بدین صورت است که آزمودنی ها می بایست پاسخ های خود را بر مبنای یک مقیاس درجه بندی شده ی "۷=کاملاً موافق"، "۶= موافق"، "۵= تاحدودی موافق"، "۴= بیطرف"، "۳= تاحدودی مخالف"، "۲= مخالف" و "۱= کاملاً مخالف" در سوالات مستقیم، و "۱= کاملاً موافق"، "۲= موافق"، "۳= تاحدودی موافق"، "۴= بیطرف"، "۵= تاحدودی مخالف"، "۶= مخالف" و "۷= کاملاً مخالف" در سوالات معکوس مشخص نمایند. این خرده مقیاس دارای ۱۰ سؤال از حداقل ۱۰ تا حداکثر ۷۰ نمره میباشد که نمرات بالاتر از میانگین نشانه فقدان وجود علائم و اختلال در رابطه و نمرات پائین تر از میانگین نشانه وجود اختلال در رابطه می باشد. میزان اعتبار این خرده مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و همبستگی آن با نمره کل مقیاس ۰/۷۰ برآورد شده است. همچنین پایایی این خرده مقیاس با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد ۰/۷۵ به دست آمده است که بیانگر پایدانی مناسب آن است. پس از ارزیابی آزمودنیها برای شرکت آنها در پژوهش از نظر نداشتن اختلالات حاد روانپزشکی براساس معیارهای مصاحبه های بالینی ساختاریافته، جلسات آموزش انجام شد. به طور کلی خلاصه مراحل درمان در تمامی جلسات (۱۰ جلسه) به این صورت بود که ابتدای هر جلسه مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنیها پرداخته می شد و به دنبال آن بحث و آموزش مقوله مورد نظر در هر جلسه انجام می شد. در طول جلسه نیز به مهارتهای مختص آن جلسه پرداخته می شد و در پایان جلسه به آزمودنیها تکالیفی داده می شد که در طول هفته انجام دهند.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلی جلسات

اهداف و فرایند جلسه	جلسات درمان
بیان قواعد گروه و منطق کار توسط درمانگر، معرفی اعضا و انگیزه آنها برای شرکت در جلسات و اجرای پس آزمون	جلسه اول
بررسی مشکلات مراجعین و رسیدن به یک تعریف مقدماتی از مشکل و بنا نهادن یک ارتباط خوب درمانی برای خودافشاگری مراجعین، و تمرکز روی جنبه های مثبت	جلسه دوم
توجه به مهارت ها، معرفی و شناسایی آنها، یافتن قوت های مراجعین و افکار تخریب کننده با توجه به تکلیف جلسه قبل.	جلسه سوم
شناسایی عملکرد مراجعین در حوزه های مختلف زندگی و درک و نقش خودشان در مدیریت مسائل	جلسه چهارم
طبقه بندی مسائل و مداخله با آموزش و اجرای مهارت ها توسط اعضا	جلسه پنجم
تداوم مداخله و اجرای مهارت ها توسط درمانگر و اعضا	جلسه ششم
ارزیابی اهداف اولیه و بررسی موانع و پیشرفت اعضا	جلسه هفتم
ارزیابی، آموزش و تمرین مهارت های حل تعارض،	جلسه هشتم
تثبیت مهارت های آموخته شده	جلسه نهم
جمع بندی از جلسات، مرور تغییرات و دستاوردهای گروهی و اجرای پس آزمون	جلسه دهم

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی، انحراف استاندارد و نیز روش های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد.

به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت های ایجاد شده در میانگین های پس آزمون هر یک از خرده مقیاس ها از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد (جدول ۳ و ۵). کواریانس بهترین شیوه آماری برای تجزیه و تحلیل داده های طرح های پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد (Gull & etal, 2005). در تحلیل کواریانس نمرات پیش آزمون بعنوان متغیر تصادفی کمکی و نمرات پس آزمون به عنوان متغیر وابسته بکار می رود (Beris & etal, 2005). کواریانس نمره های پس آزمون را بواسطه تفاوت موجود در پیش آزمون گروه های آزمایش و کنترل تعدیل می سازد (Gull & etal, 2004).

همچنین قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مفروضه های این آزمون شامل نرمال بودن، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفت و پس از اطمینان از برقراری این مفروضه ها آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات آزمون پرسشنامه حل مساله خانواده و ارتباط مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های ارتباطی

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	مهارت‌های ارتباطی	۳۲/۰	۲/۳۲	۵۱/۰۹	۶/۶۵
کنترل	مهارت‌های ارتباطی	۳۲/۱۸	۱/۹۹	۳۴/۰	۴/۷۹

همانطور که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مهارت‌های ارتباطی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمرات مهارت‌های ارتباطی گروه آزمایش از پیش‌آزمون (۳۲/۰) به پس‌آزمون (۵۱/۰۹) افزایش یافته است که نشان‌دهنده اثربخش بودن رویکرد بر افزایش مهارت‌های ارتباطی است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای اثربخشی مهارت‌های ارتباطی در گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش‌آزمون	۲۶/۶۹	۱	۲۶/۶۹	۰/۷۸	۰/۳۸	۰/۰۴
گروه	۱۶۲۱/۷	۱	۱۶۲۱/۷	۴۷/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱
خطا	۶۴۶/۲۱	۱۹	۳۴/۰۱			
کل	۴۲۱۰۲/۰	۲۲				

همانطور که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان می‌دهد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی مهارت‌های ارتباطی تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است. ($F_{(1,19)} = 47/68, P < 0/001$). به این معنی که نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون در اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسان‌گرایانه افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون حل مساله

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	حل مساله	۷۵/۱۸	۱۲/۲۰	۹۹/۰۹	۱۴/۶۰
کنترل	حل مساله	۷۲/۹	۹/۵۸	۷۳/۴۵	۱۹/۳۶

همچنین در مقیاس حل مساله نیز میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش آزمون (۷۵/۱۸) به پس آزمون (۹۹/۰۹) افزایش یافته است که این نشان دهنده اثربخشی رویکرد درمانی می باشد، اما نمره حل مساله در افراد گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای نسبت به پیش آزمون نداشته است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش‌های انجام شده بر بهبود حل مساله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۳۴۰۱/۴۷	۱	۳۴۰۱/۴	۲۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷
گروه	۲۸۵۹/۴۷	۱	۲۸۵۹/۴	۲۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۲۴۸۲/۱۶	۱۹	۱۳۰/۶۴			
کل	۹۴۹۸/۳۶	۲۲				

همچنین در جدول شماره (۵) مشاهده می شود نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره نشان می دهد که گروه آزمایش، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی حل مساله تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است. ($F_{(1,19)} = 21/8, P < 0/001$).

به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.

نتیجه

همانطور که قبلا هم اشاره شد هدف کلی از پژوهش حاضر در خصوص فرضیه اول بیانگر آن بود که گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه تاثیر معناداری بر بهبود مهارت‌های ارتباطی زنان متاهل داشت. در واقع نتایج تحلیل کواریانس نشان دهنده تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل بود. بدین ترتیب فرضیه تحقیق تایید شد.

این یافته با نتایج تحقیقات (Shirali, 2007)، (Aslani, 2004)، (Hansson & Lund bland, 2006)، (Ronan, Dreer & Dollard, 2004)، (Atkins, Doss, Thum, Sevier & Christensen, 2005) و (Blumberg, 1991) همسو است. احمدی (Ahmadi, 2014) در پژوهشی بر روی ۶۰ دانش آموز دختر نشان دادند که آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث افزایش خودکارآمدی و موفقیت تحصیلی آنها شد. همچنین یالسین (Yalcin, 2007) در پژوهشی آموزش مهارت‌های ارتباطی را به خانواده ها در دو گروه آزمایش و گواه دادند نتایج یافته های آنان نشان داد که این آموزشها تاثیر معنی داری بر ارتقا رابطه داشته است.

در خصوص تبیین این یافته می‌توان اینگونه اشاره کرد که بهزیستی آدمیان، به توانایی در همسویی و ارتباط با دیگران بستگی دارد. کیفیت این ارتباط مهمترین عامل موثر در شادکامی است. به همین خاطر با بهداشت روانی و سلامت جسمانی که از مولفه‌های سبک زندگی نیز به شمار می‌رود ارتباطی با معنا پیدا کرده است (Wold, 1970; Cohen & Willis, 1985). و اهمیت این ارتباط به اندازه‌ای است که به صورت یک نیاز فطری برای برقراری ارتباط با دیگران مطرح شده است (Barash, 1982).

ارتباط روشن و موثر بین افراد خانواده، موجب رشد احساسات و ارزشها می‌شود. ارتباط موثر سنگ‌زیر بنایی خانواده‌ی سالم و موفق است؛ به عبارتی دیگر در صورتی که اعضای خانواده از الگوهای ارتباطی موثر استفاده کنند، انتقال و درک واضحی از محتوا و قصد هر پیامی دارند، نیازهای روانی یکدیگر را ارضا می‌کنند و ارتباط و شرکت در اجتماع را تداوم می‌بخشند. بنابراین الگوهای ارتباطی شخصیت، یادگیری، اعتماد به نفس، قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری منطقی افراد خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و یکی از ریشه‌های اصلی مشکلات مختلف خانواده است (Oliver & Miller, 1994).

منابع مختلفی که در واقع منابع کثرفهمی محسوب می‌شوند، بر نحوه ارتباط نیز تاثیر می‌گذارند. برای آموزش آن به دیگران، برنامه‌های آموزشی مختلفی در دسترس است و تحقیقات مختلف از جمله همین پژوهش نشان داد که این برنامه‌ها در افزایش مهارت‌های ارتباطی موثرند.

همچنین یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی-انسان‌گرایانه در بهبود حل مساله در زنان متاهل نیز موثر بوده است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تایید قرار گرفت.

که این یافته نیز با نتایج تحقیقات (Montague, 1992)، (Montague, Bos, Montague, 1986)، (Rasoly, 2014)، (Heidari, 2013)، (Ahmadi, 2014)، (Karimi Moonaghi & etal, 2013) همسو است. همچنین احمدی (Ahmadi, 2003) تاثیر روش مداخله‌ای حل مشکل را بر کاهش سازگاری زناشویی بررسی کرد. نتایج نشان داد که آموزش حل مشکل باعث کاهش ناسازگاری در ابعاد صمیمیت، مراودات کلامی و غیر کلامی، حل تعارضات، روابط جنسی شد. همچنین یافته‌ها نشان داد که روش حل مشکل بیش از سایر ابعاد سازگاری بر بهبود و ارتقا روابط صمیمانه زوج تاثیر داشت.

همانطور که قبلاً نیز گفته شد حل مسئله به عنوان یک راهبرد مقابله کلی مطرح است که سازگاری، انطباق و رقابت را تسهیل می‌نماید. (D'zurilla, & Nezo 1990) حل مساله به معنای درگیری در تکلیفی است که راه حل آن مشخص نمی‌باشد. اگرچه انسان در حوزه‌های مختلف با مسائل متنوعی روبه‌رو است با این حال می‌توان اصولی کلی را در نظر گرفت که تقریباً در هر نوع مسائلی کاربرد دارد و شامل مجموعه‌

پیچیده ای از مؤلفه های شناختی، رفتاری و نگرشی و فرایندهای چندمرحله ای است (Twerski & Schwartz, 2005). از بسیاری جهات می توان آموزش شیوه ی حل مساله را کمک به فرد برای ایجاد یک آمايه یادگیری تلقی کرد. به این ترتیب احتمال مقابله ی مؤثر فرد با طیف گسترده ای از موقعیت ها افزایش پیدا می کند. در این عرصه می توان آموزش شیوه حل مساله را شکلی از آموزش کنترل خود یا استقلال دانست که به افراد کمک می کند تا چستی و چگونگی دست یافتن به خواسته هایشان را به وسیله مؤثرترین روش کشف کنند.

در درمان شناختی- انسانگرایانه نیز چهارچوب درمانی به نام مدل مراجع مهارت یافته وجود دارد که شامل سه مرحله می باشد و کار اصلی در مرحله دوم سنجیدن و توافق بر تعریف مشترک از مشکلات مراجعان است که شامل سه فاز می باشد. در فاز اول به شناسایی مشکل پرداخته می شود و سپس به یافتن و جمع آوری مدارکی درباره ی مهارتهای ضعیف در ارتباط با مشکل و بررسی همه ی اطلاعات سودمند برای مهارتی که باید بهبود یابد، پرداخته می شود و در فاز سوم نیز توافقی بر تعریف مشکل و یا مشکلات مراجع صورت می گیرد.

نتیجه آنکه پژوهش حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه با تاکید بر گسترش مهارتهای مراجعان و ذهن آگاهی به خوبی می تواند توانایی حل مساله و مهارتهای ارتباطی آنان را توسعه بخشیده و از این رو به درمانگران و مشاوران پیشنهاد می شود تا در حوزه بالینی از این درمان بهره جویند.

محدودیت ها

همچون هر پژوهشی این پژوهش نیز با محدودیت هایی روبرو بوده است.

۱) تعداد کم اعضای نمونه که قدرت تعمیم نتایج پژوهش را محدود می نماید.

۲) نمونه تک جنسیتی .

۳) استفاده از پرسشنامه های خود-اظهاری.

۴) فقدان مطالعه پی گیری.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات استاد راهنما جناب آقای دکتر سید علی کیمیایی و استاد مشاور محترم و کلیه آزمودنی هایی که امکان اجرای پژوهش را فراهم و در غنی بخشی دانش حوزه مشاوره و روان درمانی مشارکت نموده اند سپاس گذاری می شود.

References

- Ahmadi, Kh. (2003). Identify factors affecting marital adjustment and comparing the effectiveness of two methods of changing lifestyles and problem solving in couples with marital discord. PhD Thesis. .Allameh Tabatabaei University. Faculty of Psychology and Educational Sciences. . (In Persian).
- Ahmadi, M.; Hatami, H.; Ahadi, H.; Assadzadeh, H. (2014). A study of the effect of communication skills training on the femal students' Self-efficacy and Achievement. *Quarterly Jornal of new approach in educational administration*.4 (16).105-116. (In Persian).
- Ahmadi KH, Nabipoor ashrafi M, Kimiaee A, Afzali M.H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Sciences*, 10(8):682-687. .(In Persian).
- Aslani, Kh. (2004). Role communication skills on family performance of Married students. *Quarterly social welfare*, (14).115-135. (In Persian).
- Atkins, D.C., Doss, B.D., thum, Y.M., Sevier, M, Christensen, A., (2005). Improving relationship: Mechanisms of change in couple therapy, *Journal of consoling and clinical Psychology*, 73,624-633.
- Babapour, H. (2008). Effective communication skills of problem solving to students. *Journal of Psychology*, University of Tabriz. 3(10), 8-23. (In Persian).
- Barash, D. P. (1982). *Sociobiology and Behavior* (2nd Ed). New York: Elsevier.
- Wold, C. I. (1970). Characteristics of 26000 Suicide prevention center patients. *Bulletin of Sociology*, 6, 24-28.
- Berger, R. & Hannah, M. (1999). Preventive Approaches in couple therapy Taylor. Francis Inc., France.
- Blumberg, S. L. (1991). Premarital intervention programs: A Comparison Study. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Denver, Co.
- Carlson, J. & spray, L. & Lewis. J. (1999). Family Therapy ensure efficient treatment Translation: (Navabinejad), Tehran: The Parent-Teacher Association.
- Cassidy, I. T., & Long.C. (1996). Problem-solving Style, Stress and Psychological illness.Development of a multifactorial measoure.*British Journal of Clinical Psychology*, 35.256-277
- Champion, L. & Power, M. (2000). Adult Psychological Problems. 2nd Edn, Psychological Press Ltd, France, ISBN: 0-86377-641-8.
- Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Sterss, Social Support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310- 357.
- Dzurilla, I.T., & Chang, E. (1995).the relation between social problem-solving and coping. *Cognitive therapy and Research*, 19.563-587.
- D'zurilla, T. J., & Nezo, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem solving inventory. *J. Psychol. Assess*, 2:156-163.
- Etemad, E.Z. (2010). Effectiveness of cognitive-humanist on increasing self-esteem and life satisfaction of married women. Master's thesis in clinical psychology Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).
- Forgatch, M. s. (1989). Pattern and outcome in family problem solving. *J. Marriage Family*, 51:115-124.
- Jafar Yazdi, H. & Golzari, L. (2005). The effect of life skills training on marital couples.

- The second Congress of pathology family in Iran. Shahid Beheshti University. (In Persian)
- Hansson, K., & Lund Bland, A. (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28, 1.
- Heidari, M., Shahbazi, S., Derris, F. (2013). The effect of Problem-Solving training on decision making skill in emergency medicine students. *Jornal of Health promotion management (JHPM)*, 2(2), 25-31. . (In Persian).
- Ivanoff, A., Smyth, I.N., Grochowski, S., Long, I.S., and Klein, E.K. (1992). Problem-Solving and suicidality among prison inmates: Another look at state versus trait. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 970-973.
- Jarvis, T.J.; Tebbutt, J.; Mattick, R.P.; Shand, F. (2005). *Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence*. John Wiley & sons, LTD.
- Karimi Moonaghi, H., Heydari, A., Taghipour, A., Ildarabadi, E. (2013). Challenges of Community Health nursing education in Iran. *International Journal of Community based nursing and midwifery*, 1(1), 62-68. . (In Persian).
- Kimiaee, A. & Khademian, & Farhadi. (2012). Construction and study of psychometric properties and Validation of a Scale psychological functions Iranian family. *Quarterly modern psychological research*, 7(27), 145-182 (In Persian).
- Kriegelewice, Q. (2006). Problem solving strategies and marital satisfaction. *Journal of Psychiatr Pol*, 40(2):24-59.
- Matthew M, Patric F & Kim P. Effective communication and marital communications. Translation
- Montague M. (1992). The effects of cognitive and metacognitive strategy instruction on the mathematical problem solving of middle school students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25:230-48.
- Montague M, Applegate B, Marquard K. (1993). Cognitive strategy instruction and mathematical problem-solving performance of students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice* 8:223-32.
- Montague M, Bos CS. (1986). The effect of cognitive strategy training on verbal math problem solving performance of learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*; 19:26-33.
- Mosak, H.H., & Maniaci, M.P. (1999). A primer of Adlerian psychology: the analytic behavioral cognition. Philadelphia: brunner/Mazel.
- Nazari, A.M (2007). Foundations couple therapy and family therapy. Tehran: Science
- Nelson-jonse, Rechard. (2001). Theory and practice of counselling & Therapy. Sage pub.
- Nelson-jonse, Rechard. (2004). cognitive-humanistic therapy. Sage pub.
- Oliver, J. & Miller, SH (1994). Couple communication. *Journal of psychology & christianity*, Vol. 13, No. 2, 151-157.
- Rasoly, F (2014). The effect of active method of Problem-Solving on marital conflicts in Yasuj, Iran. *Armaghan Danesh* February, 10(82), 859-868.
- Ronnan, G.F., Dreer, L.E. (2004). Violent couples coping and communication skills. *Journal of family violence*, 19, 131-142.
- Scott, R. L. and Cordava, J. V. (2002). The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, 16 (21):199-208
- Tabatabaei, Sh (2005). Effects of individual and occupational awareness and

- entrepreneurship training on self-esteem and entrepreneurial trends in female-headed households in Tehran. Plan and approved by the Institute of Labor and Social Security. (In Persian).
- Twerski, R.A., & Schwartz, U. (2005). Positive parenting. NY: *Pearson Company Inc. Violent Behavior*, 9, 247-269
- Wold, C. I. (1970). Characteristics of 26000 Suicide prevention center patients. *Bulletin of Sociology*, 6, 24-28.
- Yalcin, B. M. & Karahan, T. E. (2007). *Effects of a couple communication program on marital adjustment of the American*. Boord of family medicine, 20, 36- 44.



قربانعلی پور، مسعود؛ مقدم زاده، علی؛ جعفری، عیسی (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۱)، ۶۶-۵۲.
DOI: 10.22067/ijap.v7i1.51952

اثربخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری

مسعود قربانعلی پور^۱، علی مقدم زاده^۲، عیسی جعفری^۳
تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۰

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش تمرکز بر اضطراب مرگ با دو رویکرد طرحواره درمانی و معنا درمانی در درمان خودبیمارپنداری بود.

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به خودبیمارپنداری همبود با اضطراب مرگ بود که تعداد ۲۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایشی ۲ و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱ به مدت ۲۰ جلسه تحت مداخله طرحواره درمانی و گروه آزمایشی ۲ به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله با رویکرد معنا درمانی قرار گرفتند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات دو آزمون اضطراب مرگ تمپلر و مقیاس نگرش به بیماری کلنر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری روی آزمودنی‌ها اجرا شدند. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی و معنا درمانی هر دو به طور معنی‌داری باعث کاهش خودبیمارپنداری و اضطراب مرگ می‌شوند. این پژوهش دو نتیجه مهم در بر داشت. اول اینکه مشخص شد طرحواره درمانی در درمان خودبیمارپنداری که اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شود اثربخشی بالایی دارد. دوم اینکه مشخص شد تمرکز بر اضطراب مرگ در درمان خودبیمارپنداری باعث بهبود معنی‌دار این بیماران می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، معنادرمانی، اضطراب مرگ، خودبیمارپنداری

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی masoodghorbanalipour@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تهران، sanjeshali30@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

مقدمه

خودبیمارپنداری^۱ اختلالی است که بر اساس ترس معنادار از ابتلاء به یک بیماری جدی و یا فکر ابتلای به آن بر اساس تفسیر اشتباه آمیز یک یا چند نشانه فیزیکی مشخص می شود. اشتغال ذهنی با موضوع بیماری حتی با اطمینان آفرینی های مکرر و ارزشیابی های دقیق پزشکی نیز حداقل به مدت شش ماه دوام داشته و پریشانی و درماندگی معناداری را در زمینه های اجتماعی، حرفه ای و سایر زمینه ها ایجاد می نماید (American Psychiatric Association, 2013). این اشتغال ذهنی به حدی است که بیماران مبتلا به خودبیمارپنداری معمولاً از علائم بدنی گوناگونی شکایت می کنند (Abramowitz, Olatunji & Deacon, 2007). همچنین این بیماران تنها با علائم شان اشتغال ذهنی ندارند، بلکه با معنی علائم شان نیز اشتغال ذهنی دارند (Noyes, Stuart, Watson & Langbehn, 2006; Abramowitz & Moore, 2007). همچنین افراد مبتلا به خودبیمارپنداری خود را در معرض خطر بالای بیماری می دانند و از تجارب آسیب زای دوران کودکی رنج می برند (Veck, Neng, Goller & Muller-Marbach, 2014). در نتیجه، این بیماران گوش به زنگ تغییرات بدنی خود بوده و مستعد توجه افراطی بر احساسات و علائم بدنی و تعبیر اشتباه آمیز این علائم می باشند و با توجه به اینکه مرگ به منزله از دست رفتن بدن و کارکردهای حیاتی آن است، برخی پژوهشگران چنین استدلال می کنند که هراس از ویرانی بدن همان اضطراب مرگ^۲ است. در واقع نگرانی در خصوص مرگ و مردن اغلب دلیل اصلی هراس افراد مبتلا به خودبیمارپنداری از بیماری های خطرناک است (Starcevic, 2005). در همین زمینه برخی شواهد پژوهشی نشان می دهد که اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری خود را به شکل هراس و گمان در خصوص مرگ به واسطه یک بیماری کشنده یا درمان ناپذیر نمایان می سازد (Salkovskis & Clark, 1993). به عبارت دیگر، فکر مرگ و تمام موضوعات مرتبط با مرگ بر ذهن و فکر آنها حاکم است و علی رغم آنکه این بیماران اضطراب شدیدی از مرگ دارند، ولی اضطراب خود را به شکل هراس از بدن و بیماری نشان می دهند (Starcevic, 2005). در همین راستا پژوهش قربانعلی پور، برجعلی، سهرابی و فلسفی نژاد (GhorbanAlipoor, Borjali, Shrabi, & Falsafinezhad, 2010) نیز حاکی از آن بود که اضطراب مرگ باعث اشتغال مفرط افراد در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می شود. پژوهش های صورت پذیرفته در خصوص اضطراب مرگ نیز حاکی از آن هستند که این نوع اضطراب پدیده ای شایع است. با مروری اجمالی بر پژوهش های انجام شده در

^۱. Hypochondriasis

^۲. Death Anxiety

خصوص اضطراب مرگ در جمعیت غیر بالینی می‌توان دریافت که ۱- اضطراب مرگ در میان جمعیت عمومی پدیده‌ای شایع است. ۲- زنان نسبت به مردان سطح بالاتری از اضطراب مرگ را گزارش می‌کنند ۳- در تحقیقات مقطعی، سالخوردگان سطح بالاتری از اضطراب مرگ را در مقایسه با جوانان گزارش نکردند ۴- سطح تحصیلی، اقتصادی و اجتماعی بالاتر با سطح پایین‌تر اضطراب مرگ همراه است و ۵- سطح بالای باورهای مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های دینی لزوماً با سطح پایین اضطراب مرگ همراه نیست (Kastenbaum, 2004).

علی‌رغم اهمیت اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری و سایر بیماری‌ها، این موضوع در کشور ما و حتی کشورهای اروپایی و آمریکایی به مثابه یک تابو در نظر گرفته شده و با واپس‌زنی و مقاومت روبرو شده به گونه‌ای که تاکنون پژوهشی در این زمینه در کشور ما صورت نپذیرفته و در کشورهای اروپایی و آمریکایی نیز تنها در یکی دو دهه اخیر پژوهش‌های اندکی در این زمینه صورت پذیرفته است (Sanati, 2005). حال با توجه به اینکه تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالش‌های مربوط با اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری ضروری است، پژوهش در این زمینه می‌تواند نقطه شروعی برای پژوهش در این حیطه باشد. یکی از رویکردهای درمانی که برای حل مشکلات مزمن و سخت طراحی شده، طرحواره درمانی^۱ است. حدود سی سال قبل Beck بر نقش بنیادی طرحواره‌های شناختی در اختلالات هیجانی تأکید کرد (Riso, du Toit, Stein & Young, 2007). طرحواره درمانی روابط بین فردی بیمار را از اوان کودکی تاکنون ردیابی می‌کند، زیرا طرحواره‌های ناکارآمد اولیه از نیازهای برآورده نشده دوران کودکی به وجود آمده‌اند. سپس با استفاده از این مدل بیمار و درمانگر با هم متحد می‌شوند تا با طرحواره‌ها با استفاده از راهبردهای ویژه‌ای مبارزه کنند. درمانگر از طریق بازسازی روابط والدینی به صورت محدود، بیماران را آماده می‌سازد تا نیازهای برآورده نشده دوران کودکی را بروز دهند و از این طریق، طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را سازگار کنند. این رویکرد درمانی مدعی است، به دلیل اینکه بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند و در پی آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالات مزمن محور I و اختلالات شخصیت برخوردار است (Bamber, 2006). پژوهش‌های صورت پذیرفته نیز عمدتاً موید اثربخشی بالای طرحواره درمانی در درمان اختلالات مزمن می‌باشد. برای مثال (Malogiannis, & et al, 2014) در پژوهشی طرحواره درمانی را روی ۱۲ بیمار با افسردگی مزمن اجرا کردند و نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی در

^۱. Schema Therapy

درمان این بیماران اثربخش بود و ۷ نفر از ۱۲ بیمار تحت درمان، پاسخ مثبت و رضایت بخشی به درمان نشان دادند (Malogiannis, & et al, 2014). همچنین در پژوهش دیگری که در ارتباط با بررسی اثربخشی درمان طرحواره درمانی به صورت گروهی و انفرادی در افراد با اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت، نتایج نشان داد که ترکیب طرحواره درمانی گروهی و انفرادی در درمان این اختلال اثربخش بوده و موجب بهبودی در علائم روان شناختی، کیفیت زندگی و شادکامی در این افراد شده است (Dickhaut & Arntz, 2014). در مطالعه‌ای دیگر، (Ball & Rounsaville, 2006) در پژوهش خود در یافتند طرحواره درمانی باعث کاهش چشمگیر اختلال شخصیت و سوء مصرف مواد می‌گردد.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، معنادرمانی^۱ است. معنادرمانی روشی از رویکرد وجودی^۲ است که زمینه فلسفی و نظری دارد. این رویکرد درمانی با ماهیت وجودی و معنوی انسان سر و کار دارد. آنچه در انسان مهم و با ارزش بوده و وی را از حیوان متمایز می‌کند، بعد روحی و معنوی او است. در این رویکرد درمانی انگیزه اصلی رفتار انسان اراده معطوف به خوشی نیست، معطوف به قدرت هم نیست، بلکه اراده و سائق نسبت به معنا است. در معنادرمانی کوشش می‌شود که فرد در زندگی خود هدف و منظوری را جستجو کند. به بیمار کمک می‌شود تا به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. لازم است به بیمار کمک شود تا نه تنها به تجربه هستی پردازد و کوشش پیگیرانه‌ای در به فعل رساندن ارزش‌های خود نشان دهد، بلکه لازم است او متعهد انجام کاری شود که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود (Guttman, 2008). این رویکرد درمانی بر چهار علاقه مهم که ریشه در هستی یا وجود انسان دارد یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند (Corey, 2011).

پژوهش‌های صورت پذیرفته نیز حاکی از اثربخشی معنادرمانی در افزایش کیفیت زندگی و مقابله با بیماری‌های روانی می‌باشد. برای مثال، در پژوهشی نقش معنای وجودی به عنوان یک مانع در مقابل استرس را در ۱۴۳ نفر از فارغ التحصیلان دانشگاهی مورد بررسی قرار دادند و نتایج حاکی از آن بود که داشتن معنا در زندگی مانعی در برابر ابتلاء به افسردگی ناشی از استرس محسوب می‌شود (Mascaro & Rosen, 2006). در مطالعه‌ای (Hosseinzadeh-Khezri, & et al, 2014) اثربخشی معنادرمانی گروهی را روی سلامت روانی و امید به زندگی در ۱۷ بیمار سرطانی تحت شیمی درمانی مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش نشان داد که آموزش معنادرمانی در کاهش علائم روان شناختی و افزایش سطح امیدواری در بیماران مؤثر است. در پژوهش (Ghorbanalipoor & Esmaeili, 2012) که در زمینه تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ

^۱. Logo Therapy

^۲. Existential

در سالمندان صورت گرفت، نتایج نشان داد که معنادرمانی موجب کاهش اضطراب مرگ در سالمندان در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری شده است. Sorajjakools, Aja, Chilson, Ramirez-Johnson & Earl, (2008) در یک مطالعه کیفی نقش معنویت و معنا را در میان ۱۵ فرد مبتلا به افسردگی مورد بررسی قرار دادند، نتیجه این تحقیق حاکی از آن بود که معنا و معنویت نقش معنی‌داری در غلبه بر افسردگی دارد. حال از طرفی با توجه به اینکه خودبیمارپنداری اختلالی مزمن و عموماً مقاوم به درمان است و همچنین فقدان پژوهش در خصوص اضطراب مرگ و نقش آن در اختلال خودبیمارپنداری و با عنایت به اینکه بخش قابل توجهی از پژوهش‌های انجام شده یا در حال انجام در گستره آسیب‌شناسی، روان‌درمانی و مشاوره به پژوهیدن وجوه مختلف مکاتب، شیوه‌ها و فنون درمانی اختصاص یافته است. تلاش برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی به عنوان درمان انتخابی اختلالات مزمن و معنا درمانی به عنوان رویکردی برای حل مشکلات وجودی در مقابل خودبیمارپنداری در فرایند تولید دانش انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد. در همین راستا، پژوهش حاضر در صدد است تا به سؤالاتی در خصوص اثربخشی تمرکز بر اضطراب مرگ با رویکردهای طرحواره‌درمانی و معنادرمانی در کاهش خودبیمارپنداری پاسخ داده و شیوه‌ای مناسب برای کاهش خودبیمارپنداری معرفی کند.

روش

در این مطالعه از طرح پژوهشی آزمایشی استفاده شده است. طرح آزمایشی پژوهش حاضر طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که شامل مراحل اجرایی زیر است: ۱- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۳- اجرای متغیر مستقل بر روی گروه آزمایشی ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۵- اجرای پی‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها.

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ساکن شهر ارومیه که مبتلا به اختلال خودبیمارپنداری بوده و برای درمان به یکی از مراکز مشاوره شهر ارومیه مراجعه نموده بودند. برای تعیین نمونه از بین افراد مبتلا به خودبیمارپنداری که به مراکز درمانی مراجعه نموده بودند ۶۰ نفر که تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند و نمره آن‌ها در مقیاس نگرش به بیماری بالای ۶۰ و در مقیاس اضطراب مرگ بالای ۷ بود، انتخاب شده و مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روان‌پزشک برای آن‌ها اجرا شد. تعداد ۳۲ نفر از این افراد مبتلا به خودبیمارپنداری تشخیص داده شدند که از این تعداد ۳۰ نفر به تصادف انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری، دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (گروه در لیست انتظار) قرار گرفتند. در این مرحله مقیاس نگرش به بیماری و مقیاس اضطراب مرگ به عنوان پیش‌آزمون

روی آزمودنی‌ها اجرا شد. سپس گروه آزمایشی اول طرحواره درمانی مبتنی بر مدل یانگ (۱۹۹۰) را طی ۲۰ جلسه و گروه آزمایشی ۲ معنا درمانی مبتنی بر مدل گاتمن (۲۰۰۸) را در ۱۰ جلسه درمان هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. لازم به ذکر است با وجود تلاش پژوهشگر و پیگیری مسئولان مراکز مشاوره ۲ نفر از مراجعان گروه آزمایشی طرحواره درمانی بعد از جلسه چهارم و هفتم درمان، از شرکت در جلسات درمانی خودداری کردند و به این ترتیب حجم گروه‌های پژوهش به ۱۸ نفر کاهش پیدا کرد. در مجموع، ۸ مراجع در گروه طرحواره درمانی، ۱۰ مراجع در گروه معنا درمانی و ۱۰ مراجع در گروه کنترل شرکت داشتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از:

- ۱) داشتن افسردگی بنابر تشخیص روان‌پزشک و دارا بودن ملاک‌های DSM-IV-TR، برای اختلال خودبیمارپنداری و نداشتن همبودی با هیچ یک از دیگر اختلال‌های محور I.
- ۲) بیمار تحت دارو درمانی یا روان درمانی برای مشکل فعلی نباشد.
- ۳) مشکل فرد ناشی از مصرف دارو یا مواد نباشد.
- ۴) مشکل فرد ناشی از بیماری جسمانی یا نورولوژیکی خاصی نباشد.

مقیاس نگرش به بیماری (IAS):^۱ این پرسشنامه توسط (Kellner, 1986) ساخته شد که شامل ۲۹ پرسش در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره گذاری می‌شود و به منظور اندازه‌گیری خودبیمار پنداری طراحی شده است. فرم اصلی این مقیاس شامل ۹ زیر مقیاس است اما در پژوهش‌های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت ۵ عامل را مورد شناسایی قرار دادند (Noyes, Woodman, Bodkin & Yagla, 2004). در ایران، این پرسشنامه توسط (Atrifard, Shaeiri & Asghrimoghdam, 2006) مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۳، ۱۰، ۴ و ۳ گویه هستند. بررسی همسانی درونی زیر مقیاس‌ها حاکی از آن است که همگی زیر مقیاس‌ها دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای ۰/۷۰). همچنین در این پژوهش مشخص شد که بین عامل ۱، ۲ و ۴ با خرده مقیاس خودبیمارپنداری MMPI و بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی SCL-90R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاس‌های دیگر رابطه معنادار وجود ندارد.

^۱. Illness Attitudes Scale

(Atrifard, Shaeiri & Asghrimoghadam, 2006).

مقیاس اضطراب مرگ (DAS):^۱ این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. در فرهنگ اصلی، ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، روایی همزمان به وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (Rajabi & Bahrani, 2001). پایایی و روایی این پرسشنامه را در ایران (Rajabi & Bahrani, 2001) مورد بررسی قرار داده و ضریب پایایی تصنیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ۰/۰۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی و ۰/۳۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بوده است.

روند اجرای پژوهش:

پس از تعیین نمونه و جایگزینی و برگزاری جلسه توجیهی آزمودنی‌های گروه آزمایش^۱ (طرحواره درمانی) به صورت فردی در ۲۰ جلسه درمان هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای شرکت کردند و آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲ (معنا درمانی) به صورت فردی در ۲۰ جلسه درمان هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای شرکت نمودند و آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. کلیه اعضای نمونه بعد از اتمام جلسات درمانی دوباره پرسشنامه‌های پژوهش را به عنوان پس آزمون و سه ماه پس از اتمام جلسات به عنوان پی‌گیری تکمیل کردند. خلاصه محتوای جلسات درمانی گروه طرحواره درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول) برقراری ارتباط، جلسه دوم) آموزش به بیمار در خصوص اختلال، جلسه سوم تا هفتم) بررسی و شناسایی افکار تحریف شده و مواجهه و اصلاح آن‌ها، جلسه هشتم تا دهم) آموزش الگوی طرحواره محور شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد، جلسه یازدهم تا سیزدهم) شناسایی اجبارها و اجتناب‌های ناشی از طرحواره‌ها، جلسه چهاردهم تا شانزدهم) حذف اجبارها و مواجهه با اجتناب طرحواره، جلسه هفدهم تا بیستم) چالش شناختی با طرحواره‌های آسیب‌زا. همچنین خلاصه محتوای

^۱. Death Anxiety Scale

جلسات درمانی گروه معنا درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول) برقراری ارتباط و تعیین اهداف، جلسه دوم) شناسایی درک بیمار از مفاهیم مرگ، آزادی، انتخاب و مسئولیت پذیری، جلسه سوم) شناسایی ترس های مراجع و ایجاد آگاهی از جایگاه و پی آمدهای آزادی و انتخاب در سلامت و یا عدم سلامت، جلسه چهارم) مواجهه با ترس ها و افزایش مسئولیت پذیری نسبت به خود و دیگران، جلسه پنجم و ششم) مواجهه با ترس ها و قبول واقعیت مرگ و کشف معنای نهفته در روابط و رنج ها، جلسه هفتم) مواجهه با ترس ها، قبول واقعیت مرگ و درک نقش هدفمندی در افزایش بهره مندی از زندگی سالم و درک معنی و هدف زندگی، جلسه هشتم و نهم) مواجهه با ترس ها و انتخاب هدف های جدید و تعهد نسبت به آن ها، جلسه دهم) مرور جلسات و اتمام جلسات.

یافته ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنی های پژوهش ارائه شده است و سپس با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته فرضیه های پژوهش مورد آزمون قرار گرفته اند.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه در میزان اضطراب مرگ و خود بیمار پنداری در هر سه مرحله نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای اضطراب مرگ و خود بیمار پنداری

تعداد	خود بیمار پنداری		اضطراب مرگ		گروه	مراحل
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۸	۹/۸۸	۹۱/۶۳	۱/۷۵	۱۱/۷۵	طرحواره درمانی	پیش آزمون
۱۰	۶/۵۱	۹۳/۴۰	۱/۷۱	۱۲/۵۰	معنادرمانی	
۱۰	۸/۱۸	۹۴/۱۰	۱/۸۲	۱۲/۳۰	کنترل	
۲۸	۷/۹۲	۹۳/۱۴	۱/۷۲	۱۲/۲۱	کل	
۸	۱۲/۹۶	۶۳/۵	۱/۵۱	۷/۵	طرحواره درمانی	پس آزمون
۱۰	۹/۱۳	۸۲/۱۰	۱/۴۱	۷	معنادرمانی	
۱۰	۸/۱۴	۹۳/۹۰	۲/۲۱	۱۰/۷	کنترل	
۲۸	۱۵/۶۹	۸۱	۲/۴۱	۸/۴۶	کل	
۸	۹/۹۹	۶۵/۲۵	۱/۳۵	۷/۸۸	طرحواره درمانی	پی گیری
۱۰	۹/۸۸	۸۴/۹۰	۱/۳۳	۷/۳۰	معنادرمانی	
۱۰	۶/۶۶	۹۵/۷۰	۱/۹۳	۱۱/۸۰	کنترل	
۲۸	۱۵/۰۸	۸۳/۱۴	۲/۵۸	۹/۰۷	کل	

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب مرگ از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر نمرات اضطراب مرگ

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2
بین گروهی						
زمان	۲۲۹/۳۸	۲	۱۱۴/۶۹	۱۷۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
زمان×گروه	۶۶/۳۶	۴	۱۶/۵۹	۲۵/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
خطا	۳۲/۷۵	۵۰	۰/۶۵			
درون گروهی						
گروه	۱۳۲/۳۹	۲	۶۶/۱۹	۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱
خطا	۱۸۶/۰۲	۲۵	۷/۴۴			

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب مرگ معنی‌دار می‌باشد [$\eta^2 = ۰/۸۲$ ، $F(۲,۵۰) = ۱۷۵/۱۰$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات اضطراب مرگ در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد [$\eta^2 = ۰/۶۸$ ، $F(۵۰,۴) = ۲۵/۳۳$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب مرگ در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که از جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات اضطراب مرگ معنی‌دار است [$\eta^2 = ۰/۵۱$ ، $F(۲۵,۲) = ۸/۸۹$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه معنی‌دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون بن فرنی برای مقایسه میانگین اضطراب مرگ گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری

آزمون بن فرنی	کنترل (۳)		معنادرمانی (۲)		طرحواره درمانی (۱)		زمان
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
پیش‌آزمون	۱/۳۵	۷/۸۸	۱/۵۱	۷/۵	۱/۷۵	۱۱/۷۵	
پس‌آزمون	۱/۳۳	۷/۳۰	۱/۴۱	۷	۱/۷۱	۱۲/۵۰	
پی‌گیری	۱/۹۳	۱۱/۸۰	۲/۲۱	۱۰/۷	۱/۸۲	۱۲/۳۰	

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه‌های آزمایشی وجود ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است ($P < 0/0001$). اما بین میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات اضطراب مرگ در مرحله پیش‌آزمون موثر بوده است. همانطور که از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات اضطراب مرگ طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است ($P < 0/0001$) اما بین میانگین نمرات دو گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون خودبیمارپنداری از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تاثیر زمان و گروه بر خود بیمارپنداری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2
درون گروهی						
زمان	۲۷۸۷/۷۳	۲	۱۳۹۳/۶۸	۸۶/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
زمان × گروه	۲۳۳۲/۲۶	۴	۵۸۳/۰۶	۳۶/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
خطا	۸۰۲/۶۸	۵۰	۱۶/۰۵			
بین گروهی						
گروه	۵۹۹۱/۱۱	۲	۲۹۹۵/۵۵	۱۳/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
خطا	۵۳۶۸/۷۹	۲۵	۲۱۴/۷۵			

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات نگرانی معنی‌دار می‌باشد [$\eta^2 = 0/82$, $F(2, 50) = 86/81$, $P < 0/0001$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه، بین میانگین نمرات خودبیمارپنداری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد [$\eta^2 = 0/67$, $P < 0/0001$, $F(4, 50) = 36/32$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات خودبیمارپنداری در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که از جدول مشاهده می‌شود تاثیر گروه نیز بر نمرات خودبیمارپنداری معنی‌دار است [$\eta^2 = 0/65$, $F(2, 25) = 13/94$, $P < 0/0001$]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که

صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه بر نمرات خودبیمارپنداری معنی‌دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بن فرنی برای مقایسه میانگین خودبیمارپنداری گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری

زمان	طرحواره درمانی (۱)		معنادرمانی (۲)		کنترل (۳)		آزمون بن فرنی
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پیش‌آزمون	۹۱/۶۳	۹/۸۸	۶۳/۵	۱۲/۹۶	۶۵/۲۵	۹/۹۹	۳=۲=۱
پس‌آزمون	۹۳/۴۰	۶/۵۱	۸۲/۱۰	۹/۱۳	۸۴/۹۰	۹/۸۸	۳>۱،۲
پی‌گیری	۹۴/۱۰	۸/۱۸	۹۳/۹۰	۸/۱۴	۹۵/۷۰	۶/۶۶	۳>۱،۲

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه‌های آزمایشی وجود ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است ($P<۰/۰۰۰۱$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات خودبیمارپنداری در مرحله پس‌آزمون موثر بوده است. همان‌طور که از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است ($P<۰/۰۰۰۱$). در نتیجه می‌توان گفت هر دو گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات خودبیمارپنداری موثر بوده‌اند.

نتیجه

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری بود. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی اثربخشی بالایی را در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. همچنین مشخص شد که معنا درمانی نیز اثربخشی بالایی در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. در زمینه اثربخشی بالایی طرحواره درمانی در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری پژوهشی صورت نگرفته است. با این حال، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی اثربخشی بالایی را در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. این

یافته با نتایج پژوهش (Owens, Pike & Chard, 2001) نیز که ۲۸ زن بزرگسال با سابقه تجاوز جنسی کودک را با رویکرد طرحواره درمانی مورد درمان قرار دادند، همسو است. در پژوهش آنها تنها ۲ نفر از ۲۸ فردی که در گروه طرحواره درمانی قرار داشتند پس از اتمام درمان هنوز علائم اختلال استرس پس از ضربه را داشتند. این یافته با نتایج پژوهش (Ball & Rounsaville, 2006) نیز که در پژوهش خود دریافتند طرحواره درمانی باعث کاهش چشمگیر اختلال شخصیت و سوء مصرف مواد می گردد، همسو هماهنگ است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی می توان گفت که در این رویکرد درمانی، طرحواره های خاص هر بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و نیمرخ چند بعدی برای وی ترسیم می شود. راهبردهای درمانی مناسب و مرتبط با تجربیات هر شخص به ویژه تجربیاتی که مانع از همکاری، یادگیری و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می شوند طراحی می شوند. افکار خود کار منفی و برداشت های نادرست هر دو پیامدهای جانبی طرحواره ها محسوب می شوند که این طرحواره ها اطلاعات ورودی را از نظر گذرانده، کدبندی و ارزشیابی می کنند، همچنین طرحواره ها تعیین می کنند که چه چیزی ادراک شده و چه چیزی ادراک نشود. بیماران معمولاً طرحواره های خود را مورد سؤال قرار نمی دهند و آن ها را به عنوان واقعیت مسلم در زندگی خود می پذیرند. طرحواره درمانی در فرایند درمان با استفاده از به بیمار کمک می کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره ها صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. یکی دیگر از دلایل اثربخشی طرحواره درمانی استفاده از تکنیک های رفتاری است. تکنیک های رفتاری به مراجع کمک می کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره - خواست، سبک های مقابله ای سالم تری را جانشین سازد. تکنیک های رفتاری به مراجع کمک می کنند تا از طرحواره ها فاصله بگیرد و به او کمک می کنند تا به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند (Riso, Stein & Young, 2007). همچنین اتحاد درمانی یک عامل مهم در ایجاد تغییرات درمانی است. در واقع اتحاد درمانی مثبت با درمانگر یک تجربه هیجانی تصحیح کننده برای بیماران فراهم می آورد و بنابراین ممکن است یکی از دلایل درمان موثر باشد. اتحاد درمانی مثبت یک محیط امن را ایجاد می کند که در آن بیمار برای نزدیک شدن به عواطف و هیجانات ترسناک به اندازه کافی احساس ایمنی می کند.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که معنا درمانی اثربخشی بالایی در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش (GhorbanAlipoor & Esmaeili, 2012) همسو بود. در این پژوهش مشخص شد که معنا درمانی موجب کاهش اضطراب مرگ در سالمندان در مرحله پس آزمون

و دوره پیگیری شده است. در پژوهش (Sorajjakools, Aja, Chilson, Ramirez-Johnson & Earll, 2008) نیز مشخص شد که معنا و معنویت نقش معنی‌داری در غلبه بر افسردگی دارد. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که معنا درمانی در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری بیماران موثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از دلایل اثربخشی معنا درمانی کمک به مراجعان در یافتن هدف یا اهدافی برای زندگی خود است. داشتن هدف از طریق احیای ارزش‌های خلاق، در سایه کار، خدمت به دیگران یا احیای ارزش‌های تجربی و احیای ارزش‌های گرایشی در بیمار، زندگی را برای او با معنا می‌کند. از دلایل دیگر اثربخشی معنا درمانی، کمک به مراجعان در رویارویی با واقعیت مرگ است. آگاهی از مرگ حس مسئولیت‌پذیری مراجعان را نسبت به زندگی افزایش می‌دهد. نتیجه این که افراد با آگاهی از موضوع مرگ خود تمام تلاش خود را در قبال مسئولیتی که در ازاء تمام لحظات زندگی دارند، به کار می‌گیرند. همچنین آگاهی از مرگ غیر قابل گریز شوق‌مندی در رویارویی با فعالیت‌های مخاطره‌برانگیز را افزایش می‌دهد. استفاده از تکنیک قصد متناقض از دیگر دلایل اثربخشی معنا درمانی است. با استفاده از این تکنیک مراجعان تشویق می‌شوند تا به انجام رفتارهایی بپردازند که از آن‌ها می‌ترسند، همچنین تشویق می‌شوند تا از موقعیت‌هایی که از آن‌ها وحشت دارند، اجتناب نورزند و بدین ترتیب رویارویی با موقعیت‌های خطرناک فرصتی را فراهم می‌آورد که از طریق اشتغال ذهنی با آن موقعیت‌ها، ترس بیماری‌زا جای خود را به آرزوی متضاد بدهد.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی و معنی درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب مرگ و اختلال خودبیمارپنداری موثر است. در واقع این یافته از نقش اضطراب مرگ در اختلال خودبیمارپنداری خبر داده و اضطراب مرگ را به عنوان نه تنها نشانه‌ای از نشانه‌های خودبیمارپنداری بلکه به عنوان عاملی که ممکن است نقشی اساسی در آسیب‌شناسی این اختلال داشته باشد، معرفی می‌کند. از محدودیت‌های عمده این پژوهش اجرای کلیه مراحل پژوهش به وسیله پژوهشگر بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه، سوگیری‌هایی وجود داشته باشد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود مقایسه بین رویکردهای مختلف درمان اختلال خودبیمارپنداری با حضور درمانگران و آزمون‌گران غیر همسان صورت پذیرد.

References

- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 45(3), 413–424.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*. 38(1), 86–94.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition): Washington.
- Atrifard, M., Shaeiri, M., & Asghrimoghadam, M. (2006). Factor structure and psychometric properties of the "scale of the Illness Attitude» (IAS) in Iranian samples. *Clinical Psychology & Personality*, 13(16), 57-70. (In Persian)
- Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (2006). Refinishing without rebuilding: Dual focus schema therapy for personality disorder and addiction. *Treatment companion to the DSM-IV-TR casebook*, 53-65.
- Bamber, R. M. (2006). *CBT for Occupational Stress in Health Professionals*. London: Rutledge Publishing.
- Corey, G. (2011). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Canada: Brooks – Cole.
- Dickhaut, V. & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 242-251.
- GhorbanAlipoor, M., & Esmaeili, A. (2012). Logo determine the effectiveness of the anxiety of death in the elderly. *Quarterly of Culture Counseling & Personality*, 3(9), 53-68. (In Persian)
- GhorbanAlipoor, M., Borjali, A., Shrabi, F., & Falsafinezhad, M. (2010). Effect of death anxiety and age on health promoting behaviors, *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 21(2), 286-292. (In Persian)
- Guttman, D. (2008). *Finding Meaning in Life, at Midlife and Beyond: Wisdom and Spirit from Logotherapy: Wisdom and Spirit from Logotherapy*. ABC-CLIO.
- Hosseinzadeh-Khezri, R., Rahbarian, M., Sarichloo, M. E., Lankarani, K. B., Jahanihashemi, H., Rezaee, F. (2014). Evaluation effect of Logotherapy group on Mental health and hope to life of Patients with Colorectal Cancer receiving Chemotherapy, *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, 3(5), 164-169.
- Malogiannis, I. A. et al. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 45, 319-329.
- Kastenbaum, R. (2004). *Death, society, and human experience* (8th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Mascaro, N. & Rosen, D. H. (2006). The role of existential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psychology*. 46(2), 168-190.
- Noyes, J. R., Woodman, C. L., Bodkin, J. A., & Yagla, S. J. (2004). Hypochondriacal concerns in panic disorder and major depressive disorder: A comparison. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(2), 143 – 154.
- Noyes, R., Stuart, S., Watson, D.B. & Langbehn, D.R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), 270–281.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 32(3), 413-424.
- Rajabi, G., & Bahrani, M. (2001). Death Anxiety Scale factor analysis questions. *Journal of Psychology*, 5(4), 344-331. (In Persian)
- Riso, P. L., du Toit, L. P., Stein, J. D., & Young, E. J. (2007). *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist practitioner guide*. Washington: American Psychological Association.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 23-48.

- Sanati, M. (2005). Earn to Die in the West thought. *Organon Journal*, 26, 1-64. (In Persian)
- Sorajjakools, S. Aja, V. & Chilson, B., Ramirez-Johnson, J., Earll, A. (2008). Disconnection, Depression and Spirituality: A study of the role spirituality and meaning in the lives of individuals with the severe depression. *Pastoral Psychology*, 56(5), 521-532.
- Starcevic, V. (2005). Fear of Death in Hypochondriasis: Bodily Threat and Its Treatment Implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 35(3), 227 – 237.
- Veck, F., Neng, M. B., Goller, K., Muller-Marbach, A. M. (2014). Previous Experiences with Illness and Traumatic Experiences: A Specific Risk Factor for Hypochondriasis? *Psychosomatics*, 55, 362–371.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema–focused approach*. Sarasota. FL. Professional resource exchange Inc. (3rd Ed). Professional Resource Exchange.



تقوایی، داود (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش تکنیکهای ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران مقطع راهنمایی شهر اراک. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۱)، ۶۷-۷۶.

DOI: 10.22067/ijap.v7i1.53481

اثربخشی آموزش تکنیکهای ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران مقطع راهنمایی شهر اراک

داود تقوایی^۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۰

چکیده

هدف: ذهن آگاهی، آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه در لحظه جاری در حال وقوع است تعریف می‌گردد. هدف از مطالعه حاضر، اثربخشی آموزش تکنیک های ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران مقطع راهنمایی شهر اراک بود.

روش: روش تحقیق آزمایشی و طرح پژوهش دو گروهی با پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری، شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اراک بود. نمونه گیری به شیوه خوشه ای و با حجم ۳۰ نفر انتخاب شد. افرادی که در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بیشترین نمره را کسب کرده بودند، انتخاب گردید، که به روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش هشت جلسه ذهن آگاهی را در فاصله زمانی پیش آزمون و پس آزمون دریافت کرد و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد.

یافته‌ها: یافته های تحقیق با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده ها حاکی از تفاوت معنادار بین نتایج پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی بود. به عبارتی دیگر، آموزش ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران و خرده مقیاس های اضطراب و بی خوابی، افسردگی و عملکرد اجتماعی موثر بوده است و شرکت در این دوره آموزشی، به کاهش میانگین گروه آزمایش در اضطراب و آشفتگی روان شناختی منجر شده است.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی

۱. استاد یار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران، d_taghvaei@iau_arak.ac.ir

مقدمه

ذهن آگاهی مفهومی است که در سالهای اخیر تحت تأثیر تفکر بودایی توجه روان‌شناسان، روان‌درمانگران و محققان را به خود جلب کرده است. ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (Walsh, 2009). این توجه، توجهی است هدفمند به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (Leigh, Kabat-zinn, LanMarlatt, 2009).

آموزش ذهن آگاهی تأکید زیادی روی یادگیری از طریق تجربه مستقیم دارد چرا که در بدن پرورش می‌یابد. با حمایت مدرس، شرکت کنندگان طی تمرین‌ها و گفتگوها می‌توانند به شناسایی دقیق اعضای مورد نظر بدن خود بپردازند و می‌توانند با توصیف تجربه حسی خود در آن عضو بدن همراه شوند. این نقطه آغازی بر ادراک ماهیت مستقیم تجربه و آموزش بازگشت به آرامش مجدد در بدن است. جسم ما مناسب‌ترین و در دسترس‌ترین نقطه جهت ادراک مستقیم تجربه هیجان‌آتمان در لحظه و بودن در حال حاضر است (Kabat-Zinn, 2003). مداخلات ذهن آگاهی به صورت مکرر در مراقبت‌های بهداشتی در کمک به بهبودی بیماران در مدیریت درد، استرس و ... تا کیفیت زندگی آنان مورد استفاده قرار گرفته‌اند (Williams & Kabat-Zinn, 2011). در واقع، ذهن آگاهی از جمله روش‌های درمانگری است که در آن بر آگاهی فکری تأکید می‌شود (Parent, McKee, Rough & Forehand, 2015).

مداخله روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به گونه‌ای طراحی شده است که به افراد آموزش دهد تا آگاه‌تر بوده و با افکار و احساسات و حس‌های بدنی‌شان به گونه‌ای دیگر برخورد کنند. روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به تمام محرک‌هایی که هر لحظه در حوزه هشیاری‌شان قرار می‌گیرد، بدون قضاوت کردن و در عین حال با بصیرت نگاه کنند (Shapiro, Astin, Bishop, Cordova, 2005). ذهن آگاهی راه ساده‌ای است، مربوط به همه تجاربی که می‌تواند درد و رنج را کاهش دهد و مرحله‌ای برای تحول شخصیت مثبت است. این یک فرایند روانی درونی است که می‌تواند نحوه پاسخدهی ما به مشکلات اجتناب‌ناپذیر را تغییر دهد. تنها به چالش‌های روزمره‌ای که وجود دارد پاسخ می‌دهد، بلکه به مشکلات شدید روانی مانند افکار خودکشی (Linehan, 1993)، تکانشگری در مبتلایان اختلال شخصیت مرزی (Soler et al., 2016)، افسردگی (Waszczuk et al., 2015)، هذیان‌های روانی (Bach, Hayes, 2002) به نقل از (Siegel, Germer, Olendzki, 2008)، توانبخشی فیزیکی (Hardison & Roll, 2016) پاسخ می‌دهد.

سلامت عمومی هر فردی در جامعه بر جنبه‌های مختلف زندگی او و حتی زندگی دیگر افراد جامعه تأثیرگذار است. در طی سالیان متمادی هدف دانشمندان از تحقیق و پژوهش‌های بسیار، گسترش سلامت عمومی افراد و ارتقای کیفیت زندگی جوامع انسانی می‌باشد.

در متون علمی جاری مداخلات مبتنی بر آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی شرح داده شده و محبوبیت این مداخلات، باعث گسترش سریع آنها شده است. این مطالعات همچنین نشان می‌دهد که بسیاری از بیماران در برنامه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کرده‌اند و با وجود فشار بالای تمرینات خانگی، آنها را به صورت کامل انجام داده‌اند و پس از درمان در گروه‌هایی عضو شده‌اند و تا مدت‌های طولانی این تمرینات را انجام داده‌اند. به نظر می‌رسد که مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بسیاری از رویکردهای درمانی حمایتی سازگاری داشته باشد (Baer, 2003). بر طبق تحقیقات سالمن، سانتورلی و کبات-زین (Kabat-Zinn, 1998 & Salmon, Santorelli) بیش از ۲۴۰ بیمارستان و درمانگاه در ایالات متحده و خارج از کشور، برنامه‌های کاهش استرس بر اساس آموزش ذهن آگاهی را ارائه می‌دهند (Omidi & Mohamadkhani, 2008).

آموزش ذهن آگاهی همچنین جزء اصلی رفتار درمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال شخصیت مرزی است. اثرات آموزش ذهن آگاهی در متون علمی تجربی نشان می‌دهد که مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است منجر به کاهش انواع شرایط مشکل ساز شامل درد، استرس، اضطراب، عود افسردگی و اختلالات خوردن شود (Baer, 2003). لوبرتو و همکاران (Luberto et al, 2014) در پژوهش خود نشان دادند که عمل آگاهانه و نداشتن قضاوت نه تنها در افزایش خودکارآمدی بلکه به عنوان مهارت‌های ذهن آگاهی و نظم‌جویی هیجان عمل می‌کند. در این راستا یکی از محققان نشان داد که با آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افسردگی بیماران نه تنها کاهش یافته است بلکه این آموزش منجر به افزایش اعتماد به نفس آنان شده است (Fennel, 2004). بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران دانش آموز مقطع راهنمایی می‌باشد.

روش

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات آزمایشی و به صورت طرح گروهی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه می‌باشد که با روش مداخله‌ای صورت می‌گیرد. در این تحقیق ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مدرسه از میان مدارس راهنمایی دخترانه شهر اراک انتخاب شدند. از این میان، ۳۰ دانش آموز مطابق معیارهای پژوهش (ضوابط ورود و خروج) به منظور بررسی اثربخشی ذهن آگاهی انتخاب شدند. تخصیص آنان در گروه‌های آزمایش و گواه، (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) بصورت تصادفی صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: کسانی که نمره سلامت روان آنان ۲۱ و بالاتر داشتند، و معیارهای خروج شامل: کسانی که دچار بحران خانوادگی هستند، غیبت بیش از دو جلسه، انجام ندادن تکالیف

جلسات. پس از انتخاب افراد مورد نظر پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۱ قبل از آغاز جلسات ذهن آگاهی برای گروه آزمایش و گواه اجرا شد. این ابزار دارای ۲۸ سؤال است که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته است. سؤالهای این پرسشنامه، به بررسی وضعیت سلامتی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و نشانه‌هایی مانند افکار، احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده که بر موقعیت‌های اینجا و اکنون تأکیدی کند را بررسی می‌نماید. این ابزار دارای ۴ زیرمقیاس است: خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی. از این آزمون برای هر فرد ۵ نمره به دست می‌آید که ۴ نمره آن مربوط به خرده‌مقیاس‌ها و یک نمره هم از مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید که نمره کلی می‌باشد. ضریب پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی ۹۱٪ گزارش شده است. در خصوص روایی آن نیز مطالعات فراوانی انجام شده است (Noorbala et al, 2009). پس از اخذ پرسشنامه سلامت عمومی، هشت جلسه ذهن آگاهی برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هر هفته دو جلسه) تکنیک‌های ذهن آگاهی به صورت گروهی ارائه گردید و در نهایت از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد. خلاصه‌ای از جلسات ذهن آگاهی در جدول (۱) ارائه شد.

جدول ۱- خلاصه‌ای از جلسات ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات ذهن آگاهی
اول	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن آرامی.
دوم	آموزش تن آرامی ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، پیشانی (قسمت پائین) و پیشانی (قسمت بالا)
سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و پیشانی و لب‌ها و چشم‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی
چهارم	مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۱۵ دقیقه
پنجم	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی، تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا
ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت در مورد آنها
هفتم	ذهن آگاهی کامل: تکرار آموزش جلسات ۴، ۵، ۶ هر کدام به مدت ۱۵ تا ۲۵ دقیقه.
هشتم	جمع‌بندی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی (میانگین، میانه، نما و انحراف استاندارد) و از روش آمار استنباطی تحلیل کوواریانس یک راهه برای سنجش معناداری متغیرها استفاده شده است. داده ها از طریق نرم افزار آماری SPSS¹⁶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و پیش فرض های آزمون های پارامتریک نشان داد که فرض برابری واریانس ها و یکسانی شیب خط رگرسیون برای همه متغیرها رعایت شده است، لذا می توان از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی داده ها استفاده کرد. در جدول زیر اطلاعاتی همچون میانگین و انحراف استاندارد مولفه های سلامت عمومی در جدول زیر ارائه گردید.

جدول ۲ - میانگین و انحراف استاندارد مولفه های سلامت عمومی در گروه آزمایش و گواه
در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
-	-	-	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	نشانه های جسمانی	۱۵	۱۰/۸	۳/۴
گواه	نشانه های جسمانی	۱۵	۹/۶	۳/۹
آزمایش	اضطراب و بی خوابی	۱۵	۱۴/۸	۳/۱
گواه	اضطراب و بی خوابی	۱۵	۱۰/۶	۳/۵
آزمایش	کارکرد اجتماعی	۱۵	۱۴/۸	۳/۱
گواه	کارکرد اجتماعی	۱۵	۱۲	۲/۱
آزمایش	افسردگی	۱۵	۱۲/۴	۳/۱
گواه	افسردگی	۱۵	۱۰	۴/۲

جدول ۳ - نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه سلامت عمومی
در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	ضریب ای تا
همپراش	۳۵۸/۵	۱	۳۵۸/۵			
اثر اصلی	۲۵۸۱/۳	۱	۲۵۸۱/۱۳	۳۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۵۳
خطا	۲۲۵۵/۰۴	۲۷	۸۳/۵			

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می دهد نسبت محاسبه شده (۳۰/۹۱) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. به عبارتی نتایج نشان می دهد که با حذف اثر نمره های سلامت عمومی پیش آزمون به عنوان متغیر

همپراشی، اثر اصلی آموزش بر نمره های سلامت عمومی پس آزمون تأثیر معنی داری دارد. ضریب ایثا نشان می دهد که قدرت ارتباط آموزش بر سلامت عمومی ۰/۵۳ است.

جدول ۴ - نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه نشانه های جسمانی در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	ضریب ایثا
همپراش	۱۱۴/۸	۱	۱۱۴/۸			
اثر اصلی	۳۳/۶	۱	۳۳/۶	۳/۲	۰/۰۸	۰/۱۱
خطا	۲۷۷/۹	۲۷	۱۰/۱۹			

همان گونه که نتایج فوق نشان می دهد نسبت محاسبه شده (۳/۲) در سطح ۰/۵۰ معنی دار نیست. به عبارتی نتایج نشان داد که با حذف اثر نمره های نشانه های جسمانی پیش آزمون به عنوان متغیر همپراشی، اثر اصلی آموزش بر نمره های علائم جسمانی پس آزمون تأثیر معنی دار ندارد.

جدول ۵ - نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه اضطراب و بی خوابی در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	ضریب ایثا
همپراش	۵۵/۶	۱	۵۵/۶			
اثر اصلی	۱۱۹/۸	۱	۱۱۹/۸	۱۳/۵	۰/۰۱	۰/۳۴
خطا	۲۳۸/۹	۲۷	۸/۸			

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می دهد نسبت محاسبه شده (۱۳/۵) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارتی نتایج نشان داد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون اضطراب به عنوان متغیرهای همپراشی اثر اصلی آموزش بر نمره های اضطراب پس آزمون تأثیر معنی داری دارد. ضریب ایثا نشان می دهد که قدرت ارتباط آموزش بر اضطراب ۰/۳۴ است.

جدول ۶ - نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه عملکرد اجتماعی در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	ضریب ایثا
همپراش	۴۵	۱	۴۵			
اثر اصلی	۲۷۷	۱	۲۷۷	۲۳	۰/۰۱	۰/۴۶
خطا	۳۲۴/۶	۲۷	۱۲/۰۲			

از مشاهده جدول فوق مشخص می شود که نسبت محاسبه شده (۲۳) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارتی نتایج نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون عملکرد اجتماعی به عنوان متغیر همپراشی اثر اصلی آموزش بر نمره های عملکرد اجتماعی پس آزمون تأثیر معنی دار دارد. ضریب ایتا نشان می دهد که قدرت ارتباط آموزش با عملکرد اجتماعی ۰/۴۶ است.

جدول ۷- نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه افسردگی در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	ضریب ایتا
همپراش	۱۳۰/۳۸	۱	۱۳۰/۳۸			
اثر اصلی	۳۲۸/۱۸	۱	۳۲۸/۱۸	۳۲	۰/۰۱	۰/۵۴
خطا	۲۷۶/۵۴	۲۷	۱۰/۲۴			

با بررسی نتایج مشخص می شود که نسبت محاسبه شده (۳۲) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارتی نتایج نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون افسردگی به عنوان متغیر همپراشی، اثر اصلی آموزش بر نمره های افسردگی پس آزمون تأثیر معنی دار دارد. ضریب ایتا نشان می دهد که قدرت ارتباط آموزش با افسردگی ۰/۵۴ است.

نتیجه

تحقیق در مورد اثربخشی آموزش تکنیک های ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران مدارس راهنمایی مورد آزمون قرار گرفت و تأیید گردید که آموزش تکنیک های ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دختران مقطع راهنمایی اثر معنادار دارد. به عبارت دیگر نتایج نمرات پیش آزمون و پس آزمون هر دو گروه آزمایش و گواه بیانگر این بود که افراد گروه آزمایش که ذهن آگاهی به آن ها آموزش داده شد در مقایسه با افراد گروه گواه که هیچ آموزشی ندیدند از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند. همچنین اثربخشی آموزش تکنیک های ذهن آگاهی بر نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی هم مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل آماری داده ها اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی را تأیید می کند که با تحقیقات کوزاک (Kozak, 2008) مبنی بر اثربخشی ذهن آگاهی در مدیریت درد مزمن که در نهایت باعث کاهش درد مراجعان شد، هم چنین براساس تحقیقات برخی از پژوهشگران آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می شود (Goldin, Gross, 2010) هم چنین تحقیقات، هارتون و

همکاران (Harton et al, 2003) در مورد اثرات مثبت ذهن آگاهی بر میزان آگاهی خودتنظیمی و بازیابی تعادل، هوول و همکاران (Howell et al, 2010) در مورد بررسی ارتباط ذهن آگاهی و بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی، رایان و بروان، (Ryan and Brown, 2003) در مورد بررسی نقش ذهن آگاهی در بهزیستی روانشناختی، موروئه و همکاران (Morone et al, 2008) در مورد اثرات مثبت ذهن آگاهی بر روی درد، توجه و مسایل خواب همسو می باشد. تمرین های ذهن آگاهی به برخی از روشها که راه قدرتمندی جهت پایه گذاری دوباره و تقویت ارتباطات ما با دیدگاههای درونیمان است توجه خاص و بدون قضاوتی دارد (Kabat-Zinn, 2003).

بنابراین یکی از ویژگی های این درمان تمرین های مفیدی است که به طور همزمان مهارت هایی در خصوص مدیریت ثمربخش بر آسیب پذیری عمومی افراد از طریق آثار تمرینهای عملی ذهن آگاهی به شکل ساختاریافته در زندگی روزانه شان به آنها بیاموزد (Mars, Thomas S. & Abbey, Hilary, 2010). در واقع، افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار و هیجانات از جنبه های مثبت ذهن آگاهی است که با هماهنگی رفتارهای سازگارانه منجر به حالت های های روانشناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت های فردی در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی می شود و از طرف دیگر از آنجا که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات از وجوه مثبت ذهن آگاهی است، با پذیرا بودن تجربیات عاری از قضاوت، به پذیرش هیجانات کمک می کند.

لذا، آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، می تواند باعث شود که فرد توانایی خود را بشناسد، با استرسهای زندگی مقابله نماید، و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد. زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که افراد یاد می آموزند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. آموزش ذهن آگاهی میتواند با وجود چنین روشهای مثبتی نقش مهمی در کاهش افسردگی، اضطراب و علایم جسمانی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می دانم از تمامی دانش آموزانی که تا انتها در این پژوهش مرا یاری نمودند تشکر و قدر دانی نمایم.

References:

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a clinical intervention. A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, V10, 125-143
- Fennell, J. V. Melanie. (2004). Depression, Low self-esteem and mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1053-1067.
- Goldin PR, Gross JJ. (2010). Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*.
- Hardison, M. E., & Roll, S. C. (2016). Mindfulness Interventions in Physical Rehabilitation: A Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(3), 7003290030p7003290031-7003290030p7003290039. doi:10.5014/ajot.2016.018069
- Harton- Deutsch. L. Sars & Horton. M. Janell. (2003). Mindfulness: overcoming intractable conflict. *Archives of Psychiatric Nursing*. 17(4), 186-193.
- Howell, A. J.; Digdon, N.; Buro, K. (2010), "Mindfulness predicts sleep-related self regulation and well-being", *Personality and Individual Differences*, 48, 419-424
- Kabat-Zinn, J. (2003), "Mindfulness- Based Interventions in context: Past, Present and Future", *Clinical Psychology: Science and practice*, vol. 10, no. 2, 144-156.
- Kozak, Arnold. (2008). Mindfulness in the Management of Chronic Pain: Conceptual and Clinical Considerations. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 12, 115-118.
- Leigh, L.; Bowen, S.; LanMarlatt, G. A. (2005), "Spirituality, mindfulness and substance abuse", *Addictive Behaviors*, 30.1335-1341.
- Luberto, C. M., Cotton, S., McLeish, A. C., Mingione, C. J., & O'Bryan, E. M. (2014). Mindfulness skills and emotion regulation: the mediating role of coping self-efficacy. *Mindfulness*, 5(4), 373-80
- Mars, T. S., & Abbey, H. (2010). Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13(2), 56-66.
- Morone, N. E.; Lynch, Ch. S.; Greco, C.M.; Tindle, H. A.; Weiner, D. K. (2008), "I Felt Like a New Person, "The effects of mindfulness Meditation on old adults with chronic pain:Qualitative Narrative Analysis of diary entries", *The Journal of pain*, vol. 9, No. 9, p 841-848
- Noorbala, A. A., Bagheri yazdi, S. A., Mohammad, K. (2009). The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim Health Systems Research Journal*, 11(4), 47-53
- Omidi, A., & Mohamadkhani, P. (2008). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Mental Health*, 1(1), 29-38(In Persian)
- Parent, J., McKee, L. G., Rough, J. N., & Forehand, R. (2015). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(1), 191-202
- Ryan R, Brown KW. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental need, contingent love, and mindfulness. *Psychol Inquiry*; 14(3): 27-82.
- Shapiro Shouna L, Astin John, Bishop Scott R, Matthew Cordova (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trail. *International journal of stress management*. 164-175.
- Siegel D. Ronald and Germer K. Christopher and Olendzki Andrew (2008). What is

- mindfulness? Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer. Available at.
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 1. Doi:10.1186/s40479-015-0035-8 substance abuse", *Addictive Behaviors*, 30.1335-1341:www.nicabm.com
- Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S. (2009) "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual differences*, 46, 94- 99
- Waszczuk, M. A., Zavos, H. M. S., Antonova, E., Haworth, C. M., Plomin, R., & Eley, T. C. (2015). A Multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depression and anxiety*, 32(4), 254-261. doi:10.1002/da.22326
- Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(01), 1-18

پیرانی، ذبیح (۱۳۹۶). اثربخشی طرح واره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۱)، ۸۸-۷۷.

DOI: 10.22067/ijap.v7i1.53217



اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک

ذبیح پیرانی^۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۷

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که در سال ۱۳۹۴ به مراکز روان‌پزشکی شهر اراک مراجعه کرده‌اند. به تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس بر اساس تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از آزمون شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تی همبسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنی‌دار نمرات بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن اختلال شخصیت مرزی شده است. با توجه به داده‌های به‌دست‌آمده مبنی بر تأثیر مثبت طرح‌واره درمانی در کاهش نشانه‌های مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی توصیه می‌شود تا از این روش در مراکز درمانی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی، احساس ترک شدن

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران، Z- pirani@iau-arak.ac.ir

مقدمه

نزدیک به نیمی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی از انواع اختلالات شخصیت رنج می‌برند. اختلال شخصیت مرزی در میان جمعیت بالینی دارای اختلال‌های شخصیت، اختلال شخصیت مرزی در ۳۰٪ تا ۶۰٪ موارد مشاهده می‌شود. شیوع این اختلال، بیش از سایر اختلال‌های شخصیت است (Svrakic & Cloninger, 2005). اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف است، مشخصه اصلی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی است (Linehan, 1993). به نظر می‌رسد تقریباً همیشه اوقات در یک حالت بحران به سر می‌برند، نوسانات خلقی در آن‌ها بسیار شایع است. این بیماران زمانی بسیار جدل‌کننده، سپس، افسرده و نهایتاً شاکی هستند که هیچ احساسی ندارند. این بیماران ممکن است دوره‌های گذرایی از پس‌کوز را تجربه کنند، که این دوره‌ها کوتاه‌مدت است و علائم آن تقریباً همیشه محدود و گذرا است. رفتار این افراد کاملاً غیرقابل پیش‌بینی است و اکتسابات آن‌ها به‌ندرت مطابق با سطح توانمندی‌های آنان است. ماهیت دردناک زندگی این بیماران در رفتارهای خود – ویرانگر تکراری آنان منعکس می‌شود، از جمله ممکن است به خودزنی و آسیب رساندن به خود اقدام کنند و از این طریق بتوانند کمک دیگران را جلب کنند. از ویژگی‌های دیگر بیماران مذکور روابط بین فردی آشفته است. بسیار به دیگران وابسته‌اند و برای حفظ تعادل فکری و رفتاری نه تنها به حمایت، امنیت و تشویق دیگران نیاز دارند بلکه نسبت به جدایی از منابع حمایتی بسیار آسیب‌پذیرند. همیشه از اینکه رها شوند، می‌ترسند و از نشانه‌های فقدان وحشت دارند. بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که ترس از رها شدن و تنها ماندن مهم‌ترین مشکل این افراد است

(Millon & Grossman, 2007). پرستون (Preston, 2006) در معرفی انواع مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، یکی از ویژگی‌های این گروه را شامل افرادی می‌داند که ویژگی‌های بارز آن‌ها شامل کج خلقی‌های بسیار شدید، واکنش‌پذیری، هیجانی بودن شدید و خودمداری بیش‌ازحد، هست. این بیماران در روابط بین فردی بسیار متوقع و تقاضاکننده هستند و در معرض تجربه‌ی ناامیدی‌های هیجانی شدید در مواجهه با طرد یا فقدان هستند (حتی در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف).

این اختلال همبودی بالایی با اختلال سوءمصرف مواد (Minks- Brown Durbin, & Burr, 2000) و اختلالات دیگر اختلالات شخصیت (Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2000) و اختلالات محور یک، از جمله فوبیای ساده (۶۰٪)، آگورافوبیا^۱ (۴۵٪)، اختلال اضطراب منتشر (۲۶/۹٪)، اختلال

1. Agoraphobia

وسواسی - جبری (۱۸/۶٪)، اختلال افسردگی اساسی (۱۴/۶٪)، اختلال افسرده خوئی (۷۷/۱٪) دارد (Mattia&Zimmerman, 1999). بر اساس راهنمای عملی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، راه مداخله در اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی است (American Psychiatric Association, 2001).

مبتنی بر شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته که یکی از مداخلات سودمند، طرح‌واره درمانی است که توسط یانگ (Young, 2003) مطرح شده است. وی مدلی را در مورد اختلال شخصیت مرزی ارائه کرده است، که به‌ویژه در فهم ذهنیت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است. یانگ (Young, 1990-1999) این فرض را مطرح ساخت که برخی از طرح‌واره‌ها، به‌ویژه طرح‌واره‌هایی که در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودک شکل می‌گیرند، ممکن است هسته مرکزی اختلال‌های شخصیت، مشکل‌های خصیصه‌ای خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های دیرپای محور یک را تشکیل دهند. وی این زیرمجموعه از طرح‌واره‌ها را طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نام‌گذاری کرد (Hamid Pour & Andouz, 2011). یانگ (Young, 2003) پنج ذهنیت طرح‌واره عمده را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت معرفی کرده است، که عبارت‌اند از:

۱) کودک ترک شده^۱

۲) کودک عصبانی و تکانشی^۲

۳) والد تنبیه‌گر^۳

۴) محافظ بی تفاوت^۴

۵) بزرگ‌سال سالم^۵

این رویکرد درمانی، برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تأکید می‌کنند، بر الگوهای خود-ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. یانگ هیجده طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار را که به‌طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند و در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد را معرفی کرده است. آرنتر و همکاران (Arntz et al., 2005) در زمینه درمان تجربی

-
1. Abandonment Child
 2. Angry And Impulsive Child
 3. Punitive Parent
 4. Detached Protector
 5. Healthy Adult

ذهنیت طرح‌واره در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پژوهشی انجام داده‌اند که نتایج آن‌ها نیز بیانگر مؤثر بودن این روش در درمان این گروه از بیماران است (Arntz, Klokman, Siesweda, 2005).

هاواک (Hawke, 2011) معتقد است طرح‌واره درمانی می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود (Hawke, 2011, Provencher).

در پژوهشی که با عنوان ترکیب طرح‌واره درمانی فردی و گروهی در بیماران اختلال شخصیت مرزی، دو گروه از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. در یکی از گروه‌ها تعداد نمونه برابر ۸ نفر و در گروه دیگر ۱۰ نفر را شامل می‌شد. نتایج نشان داد که در رویکرد ترکیبی طرح‌واره درمانی، احتمال افت آزمودنی‌ها بیشتر از رویکرد طرح‌واره درمانی فردی بود. افزون بر این در روش طرح‌واره درمانی گروهی به نظر می‌رسد بهبودی و کاهش نشانه‌ها سریع‌تر از طرح‌واره درمانی فردی است (Arntz, & Dickhaut, 2014). مانسی (Muncey, 2007) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان طرح‌واره محور و روان‌درمانی انتقال محور در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخت. در این مطالعه ۸۶ بیمار دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی از چهار کلینیک بهداشت روانی انتخاب و به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه مورد درمان طرح‌واره و گروه دیگر تحت روان‌درمانی انتقال محور قرار گرفت. نتایج نشان داد که پس از یک سال بهبود بالینی معنی‌دار در گروه درمان طرح‌واره محور ۵۲ درصد بود درحالی‌که این میزان در گروه درمان انتقال محور ۲۹ درصد بود. درواقع مشخص شد که درمان طرح‌واره محور نسبت به درمان انتقال محور برای این گروه از بیماران به‌طور معنی‌داری مؤثرتر است. در پژوهشی دیگر باهدف بررسی کارایی طرح‌واره درمانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۱، ۳ نفر از بیماران مبتلا به GAD بر اساس مصاحبه بالینی انتخاب شدند. طرح‌واره درمانی به مدت ۲۰ جلسه هفتگی به کار گرفته شد. نتایج نشان داد که اثر طرح‌واره درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر زنان از کارایی لازم برخوردار است (Hamidpour, Dolatshai, PourShahbaz, Dadkhahi, 2011).

بر اساس این پژوهش‌ها، هدف محقق تعیین میزان اثربخشی طرح‌واره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی مبتلایان به شخصیت مرزی است.

روش

این پژوهش جز تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی است که در سال ۱۳۹۴ به مطب‌های روان‌پزشکی شهر اراک مراجعه کرده‌اند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌برداری در دسترس، افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی، مطابق نظر روان‌پزشک بر پایه مصاحبه تشخیصی و با توجه به ملاک‌های زیر، نمونه‌ای واجد شرایط انتخاب شد. ملاک‌های پژوهشی (ضوابط ورود و خروج) برای درمان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی به شرح زیر است:

- ۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5^۱) در محور دو؛
 - ۲) حداقل تحصیلات متوسطه؛
 - ۳) دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۵ سال؛
 - ۴) عدم دریافت درمان روان‌شناختی در گذشته باهدف درمان اختلال شخصیت مرزی؛
 - ۵) در هنگام انتخاب، به‌جز دارودرمانی هیچ‌گونه روان‌درمانی دریافت نکنند.
 - ۶) ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر در مرحله‌ی اول عبارت بودند از:
 - ۷) بیماران روان‌پریش؛
 - ۸) بیماران خلقی دوقطبی؛
 - ۹) بیماران عقب‌مانده‌ی ذهنی؛
 - ۱۰) افرادی که محور یک تشخیص اختلال سوء مواد را داشته باشند؛
 - ۱۱) بیماران مبتلابه دمانس، آلزایمر و سایر اختلالات شناختی؛
 - ۱۲) بیمارانی که در هنگام انتخاب با تشخیص اختلال شخصیت مرزی تحت روان‌درمانی باشند
- نخست ۳۱ نفر از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بر اساس ملاک‌های شمول پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به مطب‌های روان‌پزشکی و مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اراک انتخاب شدند. بیماران ارجاع داده‌شده، توسط مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور یک (SCID-I^۲) و محور دو (SCID-II) توسط متخصص (کارشناس ارشد بالینی) به‌منظور تأیید تشخیص مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گام بعدی، چون از ۳۱ نفر

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.Fifth Edition

2. Structured Clinical Interview for DSM-I

انتخاب شده فقط تعدادی برای شرکت در آزمایش اظهار تمایل کردند، لذا از میان نمونه‌ی نخست، ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به منظور بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی انتخاب شدند. گمارش آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه، (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه) به صورت تصادفی صورت گرفت سپس با اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه وارد مداخله درمانی شدند.

پس از گزینش افراد مورد نظر پرسشنامه شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی (BPDSI^۱) قبل از آغاز جلسات درمانی برای گروه آزمایش و گواه اجرا شد. این پرسشنامه یک مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ی درمانگر-گزارشی است که بر اساس DSM طراحی شده و به منظور ارزیابی فراوانی و شدت نشانه‌های خاص اختلال شخصیت مرزی در طول سه ماه گذشته مورد استفاده قرار می‌گیرد. از این ابزار اندازه‌گیری به عنوان وسیله‌ای برای پایش نتیجه درمان نیز استفاده می‌شود. این شاخص دارای ۷۰ سؤال است که نه معیار اختلال شخصیت مرزی را بر اساس DSM مورد بررسی قرار می‌دهد. تمامی سؤالات توسط مراجع بر اساس یک مقیاس ۱۰ نمره‌ای نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس توسط ویور و کلاس (Viour & Kelass 1993) تهیه شد. آرنتز و همکاران (Arntz et al, 2003) با اعمال تغییر جزئی در آن ویژگی‌های فنی این مقیاس را بررسی و ضریب اعتبار ۸۲٪ را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به دست آوردند. همچنین روایی سازه قابل قبولی برای آن به دست آوردند. در ایران صلواتی (۱۳۸۶) با روش دونیمه سازی برای هر خرده مقیاس و کل مقیاس ضریب اعتبار ۸۵٪ / ۰ گزارش داد (Mazaheri, Borjali, Ahadi, Golshani, 2010). پس از اخذ پرسشنامه فوق، مداخله درمانی (۲۰ جلسه طرح‌واره درمانی) بر روی گروه آزمایش انجام شد. در انتها از هر دو گروه، آزمون فوق مجدداً به عنوان پس آزمون اجرا گردید. با توجه به دوره پیگیری بعد از یک ماه مجدداً آزمون‌های فوق اخذ شد.

1. Borderline Personality Disorder Severity Inventory

جدول ۱: خلاصه‌ای از جلسات طرح‌واره درمانی

جلسات	مداخله درمانی
جلسات یکم و دوم	ایجاد یک رابطه متقابل و برخورداری از تشریک‌مساعی، آموزش رویکرد طرح‌واره درمانی، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، ارائه آزمون‌های پژوهش.
جلسات سوم تا ششم	سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرح‌واره محور و تکمیل فرم مفهوم‌پردازی
جلسات هفتم تا دهم	استفاده از فن‌های شناختی در جهت تردید و بی‌اعتبار سازی طرح‌واره‌های غالب مراجع.
جلسات یازدهم تا پانزدهم	استفاده از فن‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع باریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی.
جلسات شانزدهم تا بیستم	تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشفی نیازهای هیجانی اساسی و واداشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته‌شده در درمان و پیشگیری از عود

پس از گردآوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آن‌ها از نرم‌افزار SPSS19 استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و...) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شد و در مرحله پیگیری، نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، با نمرات پیگیری از طریق آزمون T همبسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

یافته‌ها

توضیح آنکه در فرایند اجرای طرح ۲ نفر از گروه آزمایش تا پایان دوره آزمایش باقی نماندند. بنابراین فقط در مورد ۱۰ نفر تحلیل صورت گرفته است. در مورد گروه گواه نیز ۱ مورد از پاسخ‌نامه‌ها کاملاً نشان می‌داد که بدون دقت و به‌طور سرسری پاسخ داده بودند که ناگزیر از نمونه حذف شدند. لذا تحلیل فقط در مورد ۱۱ نفر از گروه گواه انجام گرفته است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع و برابری واریانس‌ها است. هم‌چنین قبل از اجرای تحلیل کوواریانس باید پیش‌فرض وجود همگنی رگرسیون رعایت شود که بدین منظور از آزمون همگنی ضرایب رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی یکسان است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	بی‌ثباتی هیجانی	۱۰	۱۷/۳۰	۲/۰۵۷	۱۱/۵۰	۱/۸۴	۱۱/۵۰	۱/۸۴
گواه	بی‌ثباتی هیجانی	۱۱	۱۶/۷۲	۲/۶۴	۱۷	۲/۴۸	-	-
آزمایش	احساس ترک شدن	۱۰	۲۳/۵۰	۴/۸۸	۱۶/۸۰	۵/۲۴	۱۶/۸۰	۵/۲۴
گواه	احساس ترک شدن	۱۱	۲۲/۵۴	۳/۵۵	۲۲/۷۲	۳/۶۶	-	-

همان‌طور که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی گروه گواه ۱۶/۷۲ و میانگین احساس ترک شدن ۲۲/۵۴ است. میانگین پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی ۱۷ و میانگین احساس ترک شدن ۲۲/۷۲ است. میانگین پیش‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی گروه آزمایش ۱۷/۳۰ و میانگین احساس ترک شدن ۲۳/۵۰ می‌باشد. میانگین پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی ۱۱/۵۰ و میانگین احساس ترک شدن ۱۶/۸۰ می‌باشد. بعد از اجرای طرح‌واره درمانی بر گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت فاحشی با میانگین گروه کنترل دیده می‌شود که این تفاوت پس از یک ماه پیگیری نیز دیده می‌شود.

جدول ۳: مقایسه پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	توان آزمون
پیش‌آزمون	۲۹/۴۸۱	۱	۲۹/۴۸۱			
گروه	۱۷۳/۳۸۸	۱	۱۷۳/۳۸۸	۴۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
خطا	۶۳/۰۱۹	۱۸	۳/۵۰۱			

R Squared=۰/۸۱

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد F محاسبه‌شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است. به عبارتی با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی به‌عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی معنادار است ($n=۰/۸۱۳$, $F=۴۹/۵۲$, $p=۰/۰۱$). ضریب ایتا نشان می‌دهد که قدرت درمان با بی‌ثباتی هیجانی ۸۱٪ است.

جدول ۴: مقایسه بین نمرات پس آزمون و پیگیری بی ثباتی هیجانی

گروه‌ها	T	درجه آزادی	سطح معناداری
نمرات پس آزمون و پیگیری	۱/۳۴۳	۹	۰/۲۴۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آزمایش در متغیر بی ثباتی هیجانی وجود ندارد ($T=1/343$, $Sig=0/244$).

جدول ۵: مقایسه پس آزمون احساس ترک شدن در دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منابع تغییرات	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب نسبی ایتا
پیش آزمون	۲۶۴/۸۷۴	۱	۲۶۴/۸۷۴			
گروه	۱۸۱/۵۴۴	۱	۱۸۱/۵۴۴	۲۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
خطا	۱۱۶/۹۰۸	۱۸	۶/۴۹۵			

R Squared=۰/۶۱

همان گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است. به عبارتی با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون احساس ترک شدن به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های پس آزمون احساس ترک شدن معنادار است ($n=0/613$, $F=27/95$, $p=0/01$). ضریب ایتا نشان می‌دهد که قدرت درمان با احساس ترک شدن ۶۱٪ است.

جدول ۶: مقایسه بین نمرات پس آزمون و پیگیری احساس ترک شدن

گروه‌ها	T	درجه آزادی	Sig
نمرات پس آزمون و پیگیری	۰/۳۶۱	۹	۰/۷۲۶

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آزمایش در متغیر احساس ترک شدن وجود ندارد ($T=0/361$, $Sig=0/726$).

نتیجه

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انجام پذیرفت. بدین منظور و بر اساس اهداف پژوهش فرضیه‌هایی تدوین و آزمون شد و داده‌ها در جداولی ارائه گردید.

درمجموع با توجه به داده‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر این نتیجه حاصل می‌شود که مداخله طرح‌واره درمانی در کاهش بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن مبتلایان مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد، در این رویکرد، مبتلایان توانسته‌اند با استفاده از راهبردهای تجربی به‌ویژه نوشتن نامه، به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند قادر شده‌اند که با شناخت هیجانات و احساسات خود و بیان حقوقشان پیرازند. از طرف دیگر طرح‌واره درمانی با بهره بردن از رابطه درمانی و استفاده از فن‌های باز والدینی حدودمرز دار و واقعیت آزمایی همدلانه توانسته با بالانس کردن طرح‌واره‌ها به‌ویژه طرح‌واره محرومیت هیجانی بر بی‌ثباتی هیجانی مبتلایان مؤثر باشد. از طرف دیگر آنجا که مبتلایان به نشانه‌های ترک شدن حساس‌اند در طرح‌واره درمانی با بهره بردن از فن‌های شناختی به‌ویژه تعریف مجدد از شواهد تأییدکننده طرح‌واره و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره منجر شده که افراد با یک موضع غیر قضאותی مشاهده‌گر و توصیف‌کننده دقیق رفتارها باشد و چیزی نه به مشاهدات خود بیفزاید و نه از آن کم کند. از طرف دیگر باز والدینی حدودمرز دار یکی از راهبردهای اساسی در طرح‌واره درمانی در مرحله‌ی تغییر هست (Hamid Pour & Andouz, 2011). یکی از دلایل احتمالی که ممکن است برای کاهش احساس ترک شدن در ده بیمار در طول طرح‌واره درمانی خصوصاً در نیمه‌ی اول درمان مطرح شود، که احتمالاً منجر به ایجاد احساس امنیت در بیمار شده است. که با یافته‌های دی چوت و آرنتز (Dickhaut, 2014, Arntz)، مانسی (Muncey, 2007)، هاواک و پرونجر (Hawke, Provencher, 2011) و حمیدپور و همکاران (Hamidpour, Dolatshai, PourShahbaz, Dadkhahi, 2011) همسو است. درمجموع می‌توان ذکر کرد که هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است و همان‌طور که بک (Beck, 2005) ذکر کرده است تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌ها ضروری است. تک‌تک فن‌های طرح‌واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح‌واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند. از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرایند کاهش نشانه‌ها می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرح‌واره‌ها و استفاده از فن‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه

سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارتهای آموزشی و... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرح‌واره غلط است یا سخت اغراق‌آمیز. از موارد دیگر می‌توان به فن‌های تجربی اشاره کرد که بیماران از طریق این فن موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند. استفاده از فن‌های تجربی، یکی از ویژگی‌های کلیدی طرح‌واره درمانی است، چراکه گرینبرگ و سفران (Greenberg & safran, 1994) شواهدی ارائه دادند که نشان می‌داد، سیستم‌های شناختی-عقلانی مبتنی بر زبان از سامانه‌های مرتبط با هیجان مستقل هستند. فن‌های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان‌هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته هستند که به‌نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرح‌واره و ذهنیت‌ها می‌شوند. ازجمله فن‌های بکار گرفته‌شده در این پژوهش می‌توان به نوشتن یک نامه‌ی بدون سانسور به منشأ طرح‌واره اشاره نمود. از دیگر عوامل مؤثر بر کاهش نشانه‌ها می‌توان به الگو شکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی‌ترین و حساس‌ترین بخش طرح‌واره درمانی است. در این قسمت به مراجع کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از همکاری و زحمات مراکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهر اراک و همچنین بیمارانی که در این پژوهش تا انتها همکاری داشتند، تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

References:

- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline
- Arntz, A., Klokman, J. & Siesweda, S. (2005). An experimental test of the Schema mode model of borderline Personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.
- Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorder in hospitalized adolescent and adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2011-2016.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J., Gely, N., Marie, C., Raffard, S. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study *Journal Psychiatry Research*, Volume 209, Issue 3, Pages 361-366
- Dickhaut, V. Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 45, Issue 2, June, Pages 242-251.
- Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iran Journal Psychiatry Clinical Psychology*. 4:420-43. (In Persian).
- Hawke, L. D., Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and

- anxiety disorders: a review. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 257-276.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*: New York: Guilford
- Mazaheri, M., Borjali, A., Ahadi, H., Golshani, F. (2010). Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder. *journal of psychological research*. (In Persian).
- Millon, T., & Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders- a personalized Psychotherapy approach*. New Jersey, USA- John Wiley & Sons, Inc
- Muncey, C. (2007). Schema Focused therapy appears effective for BPD treatment. *Monitor on psychology*. 38 (3).
- Preston, J.D. (2006). *Integrative treatment for borderline personality disorder- effective, symptom-focused techniques, simplified for private practice*. USA: New Harbinger publications, Inc.
- Svrakic, D. M., Cloninger, C. R. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock, (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins
- Trull, T. J., Sher, K.J., Minks- Brown, Co, Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance USE disorders- a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-253.
- Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy A Practitioners Guide* (3rd Ed.) (H, Hamid Pour and Z. Andouz, Trans). Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.



صیادی، گونا؛ گل محمدیان، محسن؛ رشیدی، علیرضا (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۱)، ۱۰۰-۸۹.
DOI: 10.22067/ijap.v7i1.62496

اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق

گونا صیادی^۱، محسن گل محمدیان^۲، علیرضا رشیدی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۳۱

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری، شامل کلیه نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق شهر کرمانشاه در مقطع سنی ۱۵-۱۸ سال می‌باشد، که در مدارس مقطع متوسطه در سال تحصیلی (۹۴-۹۵) مشغول به تحصیل بودند. به همین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تعداد ۱۸ نفر از دانش‌آموزان خانواده‌های طلاق انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایشی در ۸ جلسه‌ای طرحواره درمانی شرکت داده شده و گروه گواه بدون دریافت آموزش در نوبت انتظار قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه‌ی احساس حقارت بود. داده‌های بدست آمده از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر احساس حقارت تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین گروه آزمایش از گروه گواه کمتر بود. یافته‌های این پژوهش نشان دهنده اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق بود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، احساس حقارت، دختران نوجوان خانواده‌های طلاق

۱. کارشناس ارشد مشاور خانواده، دانشگاه رازی، Gonasayadi5868@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، (نویسنده مسول)، mgolmohammadian@gmail.com

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی

مقدمه

طلاق^۱ از مهم‌ترین پدیده‌های حیات انسانی به شمار می‌آید که نه تنها تعادل روانی دو انسان، بلکه تعادل روانی فرزندان، بستگان و نزدیکان را نیز به هم می‌ریزد (Abdi, Porebrahim & Nazari, 2013). طلاق عامل استرس‌زای بسیار قوی است که هم والدین و هم فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بهزیستی روانشناختی آن‌ها را به شدت کاهش می‌دهد (Sutherland, Altenhofen & Biringen, 2012). در این میان یکی از قربانیان اصلی پیامدهای ناشی از طلاق والدین، فرزندان بوده‌اند. با توجه به تحقیقات انجام شده، عدم سازگاری فرزندان با طلاق والدینشان می‌تواند اثرات زیان‌بار و مخربی روی کارکرد روانشناختی و حتی وضعیت جسمانی آن‌ها داشته باشد (Brewer, 2010). مطالعات انجام شده حاکی از تأثیرات نامطلوب طلاق بر خانواده و به خصوص فرزندان تا سنین بالا است (Berry, Stoyles & Donovan, 2010). یکی از مشکلات روان‌شناختی این فرزندان، احساس حقارت^۲ است.

احساس حقارت یک باور عمیق، غیر واقعی و دائم در مورد پایین بودن توانایی‌های عقلانی و جسمانی است که به کاهش سطح ارزش‌ها و ناآرزنده‌سازی فرد منجر می‌شود. احساس حقارت نیروی برانگیزنده رفتار در سطوح مختلف اعم از بهنجار یا نابهنجار به شمار می‌آید اما در بعضی از وضعیت‌های آسیب‌شناختی روانی ممکن است بیشتر دیده شود (Duane, 2012). این واژه برای بیان نداشتن عزت نفس^۳ مطرح است (Hasper, 2013). زمانی که احساس حقارت در فرد شدت می‌یابد برای کاهش آن و پیش‌گیری از خطرهای احتمالی آن به مکانیزم‌های دفاعی جبران، متوسل می‌شود. این مکانیسم‌ها گاهی واقعی و حقیقی هستند که موجب کاهش عقده حقارت و دستیابی به تعادل می‌گردد و گاه انحرافی و کاذبند که در این صورت احساس حقارت نه تنها کاهش نمی‌یابد، بلکه به صورتی ویرانگر و مخرب تشدید می‌گردد و طبیعتاً پیامدهای ناگواری دارد (Borokie Milan & Khodayari Shoty, 2014). کیم (Kim, 2011) در پژوهشی با هدف بررسی پیامدهای طلاق والدین بر رشد فرزندان به این یافته رسید که طلاق بر عزت نفس و خودپنداره نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد. از آنجایی که احساس حقارت همیشه در مقایسه خود با دیگران به کار می‌رود، داشتن چنین احساسی با احساس انزوای اجتماعی و تعلق نداشتن نیز همراه است (Hasper, 2013). پژوهش‌های علمی نشان داده‌اند که در افراد گوشه‌گیر، تنها، منزوی با احساس کمرویی شدید و عزت نفس ضعیف، بیماری‌های روانی و جسمانی بیشتر است (Dorothy, 2012). همچنین مطالعات نشان

1. Divorce

2. Inferiority Feeling

3. Self-Esteem

می‌دهد که فرزندان خانواده‌های طلاق نسبت به فرزندان خانواده‌های عادی، دارای مشکلات عاطفی، رفتاری و تحصیلی بیشتری هستند و از سلامت روانی کمتری برخوردارند. هم‌چنین آن‌ها ناسازگاری‌های روانشناختی بیشتری از خود بروز می‌دهند و عزت نفس پایین و مشکلات اجتماعی بیش‌تری دارند (Kelly, 2000). نتایج پژوهش اسماعیل‌نیا، همدانی، سیگارچی و داودی (Esmailnia, Hamedani, Sigarchi, & Davoudi, 2015)، تحت عنوان بررسی رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودکارآمدی و احساس حقارت در دانشجویان که در بین ۲۰۰ دانشجو انجام گرفت نشان داد که رابطه‌ی مثبت معنی‌داری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (قطع و محرومیت، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و هوشیاری و بازداری) و احساس حقارت در دانشجویان و رابطه‌ی منفی معنی‌داری بین احساس حقارت و خودکارآمدی وجود دارد. علاوه بر این، طرحواره‌های ناسازگار اولیه احساس حقارت را پیش‌بینی می‌کنند. از عوامل تأثیرگذار بر مشکلات روانشناختی، شناخت‌ها، نگرش‌ها و باورهای فرد می‌باشد. شناخت-گرایان ساختاری ذهنی را مد نظر قرار دادند که با نام طرح‌واره^۱ مطرح گردیده است. جفری یانگ (Young, 1991, 1999) درمانی نوین و یکپارچه را تدوین کرد که طرحواره‌درمانی^۲ نام دارد که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. (PanahAli, Shafiabadi, Navabinejad & Nooranipour, 2013). طرحواره درمانی بر تغییر و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قدیمی‌ترین و عمیق‌ترین مؤلفه‌های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهرها، برادرها و همسالان در طی سال‌های اولیه زندگی به وجود می‌آید (Young, Klosko & Weishaar, 2003). از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر پیدایش و میزان احساس حقارت، مؤلفه‌های شناختی هستند. چون طرحواره درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006). به کارگیری طرحواره درمانی باعث افزایش احساس ارزشمندی، با کفایتی، شایستگی، مثبت‌نگری، اعتماد به نفس می‌شود و از بین بردن یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب تغییر در باورهای فرد گردیده و در نتیجه شناخت وی نسبت به خود و توانایی ذاتی خویش تغییر می‌یابد و در کاهش احساس حقارت فرزندان خانواده‌های طلاق مؤثر است.

پژوهش عرفانیان سادتمند و توحیدی مقدم (Erfanian Sadatmand & Tohidimoghdam, 2015)

1. Schema
2. Schema Therapy

نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر طرحواره درمانی بر عزت نفس دختران فراری اثربخش بوده است و مداخلات طرحواره درمانی می‌تواند برخی از توانایی‌های روانشناختی را افزایش داده و علایم آسیب‌شناسی روانشناختی را کاهش دهد. بر اساس پژوهش طاهری مقدم، تقی‌زاده، کاکو جویباری و علاقمند (Tahery Moghadam, Taghizadeh, Kakojoibary & Alaghmand, 2014) نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش متغیر باور و افزایش عزت نفس در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. نتایج پژوهش یوسفیان و اصغری پور (Yousefian & Asgharipour, 2013)؛ بادل، فتحی، آقامحمدیان شرבاف، بادل و استادی (Badeleh, Fathi, Aghamohammadian Sharbaf, Badeleh & Ostadi, 2013)؛ مورتون، راج، رید و استوار (Morton, Roach, Reid & Stewar, 2012)؛ ویت، مک‌ماناس و شفران (Waite, McManus & Shafran, 2012)؛ فرقانی طرقي، جوانبخت، بیاضی، صاحبی، وحیدی و دروگر (Forghani Toroghi, Javanbakht, Bayazi, Sahebi, Vahidi & Derogar, 2012)؛ کاظمینی (Kazemeini, 2012) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش عزت نفس مؤثر است. نتایج پژوهش کاظمیان و کلانتر (Kazemian & Kalantar Hormozi, 2012)، نشان داد که آموزش خودمتمایزسازی بر کاهش میزان اضطراب و اعتماد به نفس فرزندان خانواده‌های طلاق مؤثر بوده است. همچنین پژوهش کاظمیان و اسماعیلی (Kazemian & Esmaeeli, 2013) نشان داد که آموزش خودمتمایزی بر افزایش میزان سازگاری فرزندان خانواده‌های طلاق مؤثر بوده است.

با توجه به ازدیاد آمار طلاق و لزوم کمک به فرزندان که در چنین خانواده‌هایی زندگی می‌کنند و ضروری بودن پیشگیری از خطرات احتمالی و صدمات جبران ناپذیر این معضل اجتماعی که پیش از همه دامن این کودکان را می‌گیرد، و از سوی دیگر تاکنون هیچ پژوهشی در حیطه‌ی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت انجام نگرفته است، بنابراین ضرورت دارد پژوهش اخیر و همچنین پژوهش‌های آتی در رابطه با راه‌حل‌های مؤثر به منظور رفع احساس حقارت فرزندان طلاق انجام شود. با توجه به این موارد و همچنین قابلیت‌های رویکرد طرحواره درمانی پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق شهر کرمانشاه تأثیر می‌گذارد؟

روش

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، شامل کلیه‌ی نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق شهر کرمانشاه در مقطع سنی ۱۵-۱۸ سال می‌باشد، که در مدارس مقطع متوسطه در سال تحصیلی (۹۴-۹۵) مشغول به تحصیل بودند. به منظور بررسی دقیق‌تر

داده‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده گردید. بدین صورت که ابتدا به اداره‌ی کل آموزش و پرورش شهر کرمانشاه مراجعه شد و سپس از بین نواحی سه‌گانه شهر کرمانشاه به صورت تصادفی یک ناحیه انتخاب و با توجه به محدود بودن جامعه از دبیرستان‌های دخترانه واقع در آن ناحیه دو دبیرستان که از لحاظ موقعیت جغرافیایی و سکونت مدارس نسبتاً هم‌تا بودند، انتخاب و به صورت تصادفی یکی از آن‌ها به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. در مرحله‌ی بعد با مراجعه به مشاور مدارس و کسب مجوزهای لازم پرونده‌های تحصیلی دانش‌آموزان بررسی شد و نوجوانان خانواده‌های طلاق مشخص و سپس به هر کدام از آن‌ها کدی اختصاص داده شد و سپس پرسشنامه احساس حقارت اجرا شد و بر اساس ملاک‌های ورود نظیر اعلام رضایت تمام دانش‌آموزان و والدین آن‌ها برای انجام پژوهش، دامنه‌ی سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، عدم دریافت هرگونه درمان دیگر در طول دوره‌ی پژوهش، گذشت حداقل دو سال از طلاق والدین، کسب نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسشنامه احساس حقارت و ملاک‌های خروج: مبتلا بودن به بیماری‌های جسمانی خاص که مانع شرکت در جلسات شود. در هر مدارس ۱۳ نفر انتخاب شدند که از بین آن‌ها در نهایت در هر مدرسه ۹ نفر به صورت داوطلبانه مایل به شرکت در جلسات بودند. برای دانش‌آموزان گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی یک و نیم ساعته طرحواره درمانی اجرا شد. تکرار جلسات به صورت دوبار در هفته بود. لازم به ذکر است به دلیل ملاحظات اخلاقی آموزش‌هایی به گروه گواه نیز داده شد و آنان نیز از این آموزش‌ها بهره‌مند شدند. محتوای جلسات آموزشی با مطالعه‌ی مبانی نظری (Young, 1990) و متخصصان روان‌شناسی و مشاوره تهیه و تدوین گردیده است. در همه‌ی جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات آنان در دستور کار قرار گرفت. محتوای جلسات درمانی، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسه	محتوا و موضوعات جلسات طرحواره درمانی
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و ..)، بستن قرارداد، شناخت مشکل فعلی مراجع، سنجش مراجعین برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه‌ی زندگی
دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرحواره‌ها با ارائه مثال مربوط به احساس حقارت

سوم	(راهبردهای شناختی)؛ ارائه منطق تکنیک‌های شناختی، اجرای آزمون اعتبار طرحواره با ارایه مثال مربوط به احساس حقارت، استفاده از سبک درمانی رویاروسازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تایید کننده‌ی طرحواره
چهارم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه‌ی سالم و جنبه‌ی طرحواره، به چالش کشیدن طرحواره‌ها، آموزش تدوین کارت‌های آموزشی
پنجم	ارائه منطق تکنیک تجربی (جنگیدن با طرحواره‌ها در سطح عاطفی)؛ تصویر سازی ذهنی، ربط دادن تصویر سازی ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی
ششم	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، ارائه راه‌هایی برای تهیه‌ی فهرست رفتار، اولویت‌بندی و مشخص کردن مشکل ساز ترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار
هفتم	تکنیک‌های رفتاری، افزایش برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر و ایجاد تغییرات مهم زندگی
هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبل، جمع بندی و نتیجه‌گیری نهایی، تعیین زمان اجرای پس آزمون‌های مربوطه (با فاصله یک هفته بعد از جلسه آخر) و تشکر از گروه و ختم جلسات.

ابزار پژوهش

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

پرسشنامه‌ی احساس حقارت: پرسشنامه احساس حقارت یاو، کاتراکس، مارتین، مولارد، گرین، آنر و لادوسر (Yao, Cottraux, Martin, Mollard, Guerin, Hanauer & Ladouceur, 1997) دارای ۳۴ گویه شامل افکار منفی است که به طور مکرر به وسیله بیمارانی که از اختلال‌های اضطرابی (به ویژه هراس اجتماعی و وسواس بی‌اختیاری) رنج می‌برند، گزارش شده است. این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی است که ۱۷ گویه‌ی آن کهتری مرتبط با قضاوت‌های دیگران را می‌سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه آن با رویدادهای منفی مانند ضعف، خستگی، اشتباه و انتقاد و ۱۵ گویه دیگر آن با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی، موفقیت و تحسین مرتبط هستند و ۴ گویه دیگر منعکس کننده‌ی اصول موضوعه بی‌قید و شرط هستند. ضریب اعتبار پرسشنامه احساس حقارت از طریق باز آزمایی ۰/۷۶ و همابنگی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمده است (Yousefi, Mazaheri & Adhamyan, 2008).

یافته‌ها

در نمونه‌ی مورد بررسی میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ۱۶/۷۸ و ۰/۴۴ و گروه

کنترل ۱۶/۶۷ و ۱/۰۰ و طول مدت طلاق والدین در گروه آزمایش با میانگین ۱۰/۴۴ و انحراف استاندارد ۲/۸۳ و در گروه کنترل ۱۱/۱۱ و ۴/۱۹ بوده است.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس تک-متغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های انجام کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از پیش‌فرض‌هایی که قبل از تحلیل کوواریانس باید مورد بررسی قرار گیرد همگنی ضرایب رگرسیون می‌باشد. آن‌گونه که خطوط رگرسیون هر دو گروه موازی باشد، نتیجه بررسی همگنی رگرسیون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج بررسی همگنی ضرایب رگرسیون

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
گروه* پیش‌آزمون	۳۸۴۴/۲۶	۲	۱۹۲۶/۱۳	۳/۲۰	۰/۰۹

در جدول ۲ نتایج همگنی ضرایب رگرسیون احساس حقارت نشان داد که F محاسبه شده ($p < ۰/۰۵$)، $F(۳/۲۰)$ برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند و این پیش‌فرض تایید شد.

همچنین جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در گروه آزمایش و گواه از آزمون لون استفاده گردید. آزمون لون محاسبه شده در متغیر مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [$P = ۰/۱۶ > ۰/۰۵$] و $F(۱۶ و ۱) = ۲/۱۶$. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تایید شد. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^۱ استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح $p > ۰/۰۵$ بود که نشان‌دهنده‌ی نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک-متغیره، استفاده از این آزمون مجاز می‌باشد.

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیر احساس حقارت ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات احساس حقارت در دو گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

خرده مقیاس	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
احساس حقارت	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱۹/۶۷	۴/۳۸
		کنترل	۱۲۱/۲۲	۴/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰۱/۳۳	۴/۷۹
		کنترل	۱۱۹/۵۶	۵/۴۵

1. Kolmogorov - Smirnov

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین و (انحراف استاندارد) احساس حقارت در پیش‌آزمون گروه آزمایش از ۱۱۹/۶۷، (۴/۳۸) به ۱۰۱/۳۳، (۴/۷۹) در پس‌آزمون کاهش یافته است. اما در گروه کنترل از ۱۲۱/۲۲، (۴/۲۰) به ۱۱۹/۵۶، (۵/۴۵) در پس‌آزمون تغییر یافته که این تغییر قابل توجه نیست. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی میانگین‌های پس‌آزمون نمرات احساس حقارت گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P	مجدور اتا	توان آماری
نمرات پیش‌آزمون	۱۸۶/۶۷	۱	۱۸۶/۶۷	۱۱/۸۸	۰/۰۰۴	۰/۴۴	۰/۸۹
عضویت گروهی	۱۲۵۲/۲۱	۱	۱۲۵۲/۲۱	۷۹/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱

با توجه به مندرجات جدول ۴ مقدار F برای متغیر احساس حقارت ۷۹/۷۴ به دست آمد که در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۸۴ درصد تغییر در متغیر احساس حقارت ناشی از تاثیر متغیر مستقل (طرحواره درمانی) بوده است.

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق بود. یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که بین نمره‌ی احساس حقارت دختران نوجوان در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این مداخله بر کاهش احساس حقارت مؤثر بوده است همچنین مقایسه نمرات شرکت کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه موفق بوده است و همه‌ی آزمودنی‌ها روند بهبود طرحواره‌ها را طی کرده‌اند. نتایج پژوهش حاضر با عرفانیان سادتمند و توحیدی مقدم (Erfanian Sadatmand & Tohidimoghadam, 2015)؛ طاهری مقدم، تقی‌زاده، کاکو جویباری و علاقمند (Taghizadeh, Kakojoibary & Alaghmand, 2014)؛ یوسفیان و اصغری‌پور (Yousefian & Asgharipour, 2013)؛ باده، فتحی، آقامحمدیان شریاف، باده و استادی (Badeleh, Fathi, Aghamohammadian, 2013)؛ مورتون، روچ، رید و استوار (Morton, Roach, Reid & Stewar, 2012)؛ مک‌مانوس و شفران (Waite, McManus & Shafran, 2012)؛ فرقانی طرقي و همکاران (Forghani Toroghi et al, 2012)؛ کاظمینی (Kazemeini, 2012)؛ کاظمیان و کلانتر (Kazemian &

(Kalanter Hormozi, 2012)؛ کاظمیان و اسماعیلی (Kazemian & Esmaeeli, 2013) همسو می باشد. در تبیین یافته‌های پژوهش می توان گفت فعال شدن طرحواره‌ی نقص / شرم از حوزه‌ی بریدگی و طرد باعث می شود در فرد این احساس به وجود بیاید که در مهم ترین جنبه‌های شخصیت اش، انسانی ناقص، مطلوب، بد، حقیر و بی ارزش است و یا این که در نظر افراد مهم زندگی اش، فردی منفور و نامطلوب به حساب می آید. افرادی که این طرحواره را دارند حساسیت بیش از حدی نسبت به انتقاد، طرد، سرزنش، کمرویی، مقایسه‌های نابجا، احساس ناامنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب و نقص‌های درونی خود را دارند. که ریشه‌های تحولی این طرحواره در فرد، کماگرایی، ایرادگیری و عیب جویی والدین که با شکل گرفتن این طرحواره، فرد بیشتر به نازنده سازی و مقایسه کردن خود با همسالان می پردازد و حتی به دیگران این اجازه را می دهد به نازنده سازی او پردازد. با آگاه شدن آزمودنی از این طرحواره در خود و تعدیل شدن آن، موجب افزایش احساس ارزشمندی آن ها می شود و آن ها احساس می کنند چنین طرحواره‌ای یا اشتباه بوده، یا این که بسیار اغراق آمیز جلوه داده شده است، در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می کنند، کمتر احساس آسیب پذیری و بی پناهی می کنند، تمایل بیشتری برای وارد شدن به روابط اجتماعی دارند، تمایل بیشتری برای صحبت کردن با دیگران نشان می دهند و دیگر سعی نمی کنند بسیاری از جنبه‌های شخصیت خود را پنهان کنند و موفقیت ها و پیشرفت خود را در زندگی نتیجه کوشش ها و استعداد های خود می دانند که این منجر به اعتماد به نفس می گردد. از طرحواره‌های دیگر مرتبط با احساس حقارت، طرحواره‌ی وابستگی / بی کفایتی در حوزه‌ی خود گردانی و عملکرد مختل که ریشه‌های تحولی این طرحواره حمایت افراطی والدین، تصمیم گیری والدین به جای کودک، والدین بی حوصله، انتقادگری و اضطراب والدین که نشانه‌های شکل گرفتن این طرحواره کمک طلبی افراطی، اطمینان طلبی راجع به تصمیم ها، اجتناب از قبول کارهای جدید و چالش گریزی که این عده خود را افرادی درمانده و نمی توانند مسئولیت های زندگی خود را به تنهایی بر عهده بگیرند و در انجام مسئولیت های خود را ناتوان می دانند که این منجر به شکل گیری دید منفی فرد نسبت به خود و خود را فردی بی کفایت تلقی می کند و وقتی فرد به شکل گیری این طرحواره در خود پی می برد سعی می کند از این به بعد مسئولیت های زندگی خود را بر عهده بگیرد و این باعث بینش فرد نسبت به خود می شود. طرحواره شکست در حوزه‌ی خود گردانی و عملکرد مختل که ریشه‌های تحولی این طرحواره ایرادگیری افراطی والدین، بی توجهی به موفقیت های کودک، احساس ضعف در مقابل همسالان، مقایسه ناعادلانه کودک با همشیرها و حاکمیت جو بی انضباطی بر خانواده و به همین دلایل طرحواره شکست در فرد شکل می گیرد و این افراد اغلب خود را کم هوش، نالایق و بی استعداد می دانند و در مقایسه خود با همسالان شان در حوزه‌های پیشرفت غالباً احساس بی کفایتی می کنند و ضعف های خود را بیشتر

برجسته می‌سازند. با آگاه شدن آزمودنی‌ها از این طرحواره و علت ترس آن‌ها از موفق نشدن در آینده، باعث می‌شود جرقه‌ی امیدی در ذهن آن‌ها شکل بگیرد و دید خوشبینانه‌تری نسبت به آینده پیدا کنند. طرحواره انزوای اجتماعی در حوزه‌ی بریدگی و طرد که ریشه‌های تحولی این طرحواره احساس متفاوت بودن با دیگران، مشکلات جسمی، خرده فرهنگ و اقلیت‌ها که نشانه‌های شکل گرفتن این طرحواره احساس حقارت، احساس تنهایی، نگرانی درباره کارها یا حرف‌ها، برنامه ریزی دقیق برای حرف زدن، انزواگزینی، کمرویی می‌باشد این افراد احساس می‌کنند از جهان کناره‌گیری کردن و با دیگران متفاوت هستند. با آگاه شدن آزمودنی‌ها از وجود این طرحواره، بهتر می‌توانند با محیط اطراف ارتباط برقرار کنند و احساس متفاوت بودنشان با دیگران کاهش یابد.

در تبیین دیگر اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سالهای کودکی می‌شود. در بعد رفتاری، با افزایش انگیزه برای تغییر رفتار و جایگزین کردن رفتارهای سالم به بهبود و تعدیل طرحواره کمک می‌کند. بنابراین بکارگیری طرحواره درمانی باعث افزایش دید مثبت نسبت به خود، دیگران و جهان، افزایش احساس ارزشمندی، توانایی انجام مسئولیت‌ها، پذیرش فرزند طلاق بودن و عدم سرزنش خود به عنوان فرزند طلاق، توانایی برقراری ارتباط مناسب با همسالان، افزایش عزت نفس و خودپنداره می‌گردد و در نتیجه منجر به کاهش احساس حقارت می‌شود. مهمترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از پیگیری بود بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه مدت و بلندمدت استفاده کنند. همچنین می‌توان در پژوهش‌های آتی روش‌های این پژوهش را با سایر روش‌ها مثل شناختی رفتاری، فراشناختی، واقعیت درمانی، درمان عاطفی عقلانی و غیره مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، این پژوهش در سایر مقاطع سنی انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش طرحواره درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد.

قدردانی

پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه‌ی کسانی که در پژوهش حاضر شرکت داشته-

اند اعلام می‌دارند.

References

- Abdi, M. R., Porebrahim, T., Nazari, A. M. (2013). Effectiveness of Children of Divorce Intervention Program on Children's Adjustment with their Parental Divorce. *Journal of Family Research*, 9(35): 343-358.
- Badeleh, M., Fathi, M., Aghamohammadian Sharbaf, H. R., Badeleh, M. T., Ostadi, N. (2013). Compare the effect of group cognitive behavioral hypnotherapy and group cognitive behavioral therapy on increasing self-esteem of adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 15(3): 412-22.
- Berry, L., Stoyles, G., & Donovan, M. (2010). Postseparation parenting education in a Family Relationship Centre: A pilot study exploring the impact on perceived parent-child relationship and acrimony. *Journal of Family Studies*, 16, 224-236.
- Borokie Milan, Y., Khodayari Shoty, S. (2014). The role of society in instilling a sense of inferiority in children and adolescents. *International Congress of Culture and Religious Thought*.
- Brewer, M. M. (2010). The Effects of Child Gender and Child Age at the Time of Parental Divorce on the Development of Adult Depression. Unpublished master's dissertation. United States, Minnesota: Department of Psychology, Walden University.
- Dorothy, R. (2012). Keys of education of the basic life skills in the children and adolescent. Trans. Qytasy A. 1st ed. Tehran: Saber Publication.
- Duane, S. P., Sydney, S. E. (2012). Theories of personality. 10th ed. Belmont, CA: Cengage Learning.
- Erfanian Sadatmand, A., Tohidimoghadam, H. A. (2015). The effectiveness of schema-focused group therapy in regulating emotions and self-esteem of runaway girls. The second Natidies. Permanent link recorded in Civilica database: <http://www.Civilica.Com/Paperonal Conference on Sustainable Development in Psychology, Social and Cultural Stu -EPSCONF02- EPSCONF02-0333. Html>.
- Esmailnia, M. R., Gharehgozlou Hamedani, S., Sigarchi, R. & Davoudi, M. (2015). The relationship among early maladaptive schemas, self-efficacy and inferiority feeling in students. *International Journal of Biology, Pharmacy and Allied Sciences*, 4(8), 233-244.
- Forghani Toroghi, O., Javanbakht, M., Bayazi, M. H., Sahebi, A. Vahidi, Sh., Derogar, Kh. (2012). The effectiveness of group cognitive-behavioral training and group reality therapy (based on choice theory) on self-esteem of high school students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*; 14(2): 172-80.
- Hasper, J. (2013). Management of inferior feelings and addictive behaviors. Available at: www.alfredadler.edu/.../Hasper%20MP%202013.
- Kazemeini, T. (2012). The effect of cognitive-behavioral group therapy on improving students' self-esteem and self-efficacy. *Achievements journal Psychological (Education and Psychology)*, Chamran martyr of Ahwaz University, 4(1):191-206.
- Kazemian, S., Esmaeeli, M. (2013). Effectiveness of the Self-Differentiation Training in Reducing the Degree of Anxiety in the Children of Divorced Parents. *Rph*, 6 (4):53-59.
- Kazemian, S., Kalantar Hormozi, A. (2012). The effect of self-differentiation training based on Bowen's theory on Reducing anxiety and increasing confidence of high school students following parental divorce. *New findings in psychology*, 7(22):63-72.
- Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade

- review of research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 39, 963-973.
- Kim, H. S. (2011). Consequences of parental divorce for child development. *American Sociological Review*, 76(3), 487-511.
- Moritz, S., Werner, R., Collani, G. V. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry*, (11), 4
- Morton, L., Roach, L., Reid, H., Stewar, S. H. (2012). An evaluation of a CBT group for women with low selfesteem. *Behav Cogn Psychother*, 40(2), 221-5.
- PanahAli, A., Shafiabadi, A., Navabinejad, SH., & Nooranipour, R. (2013). Effectiveness evaluation of group counseling with an approach to schema therapy to increase the happiness of elderly people in Tabriz nursing home. *Woman and family studies*, 19:77-93.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cogn Ther Res*, 30, 571-84.
- Sutherland, K. E., Altenhofen, S., & Biringen, Z. (2012). Emotional availability during mother-child interactions in divorcing and intact married families. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53(2), 126-141.
- Tahery Moghadam, N., Taghizadeh, M. E., Kakojoibary, A. A., Alaghmand, A. (2014). The Effect of Schema Therapy on the Reduction of Automatic Negative Thought and the Increase of Self-esteem in Women with Depression. *Rph*. 2014; 8 (1):41-50
- Waite, P., McManus, F., Shafraan, R. (2012). Cognitive behavior therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *J Behav Ther Exp Psychiatr*, 43, 1049-57.
- Yao, S. N., Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Guerin, J., Hanauer, M. T. & Ladouceur, R. (1997). *Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobics and controls. Psychotherapies Cognitive e Comparlinental*, 3 (2), 210-211.
- Young, J. E. (1991). Early maladaptive schemas. Unpublished Manuscrip.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: Aschema-focused approach (3rd Ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practioner's Guide*. 1st Ed. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A Schema focused approach .New York: Professional resource exchange TNC
- Yousefi, R., Mazaheri, M. A., & Adhamyan, E. (2008). Inferiority feeling in social and obsessive compulsivedisorder patients. *Iranian Journal of Psychologists*, 5, 63-8 (In Persian).
- Yousefian, F., Asgharipour, N. (2013). Comparative effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*; 15 (3): 205-15.

The Effectiveness of Schema Therapy on the Feeling of Inferiority among the Adolescent Girls of Divorced Families

^aGona Sayadi*

Mohsen Golmohammadian

Alireza Rashidi

^aRazi University

Abstract:

Purpose: The present study aims at investigating the effectiveness of schema therapy on the feelings of inferiority in the adolescent girls of divorced families.

Method: The research method was quasi-experimental with the pretest-posttest design. The statistical population included all the female adolescents of the divorced families of Kermanshah with the age range of 15 to 18 years old who had enrolled in the second level of the high school during 2015-2016. Therefore, using multistage cluster sampling method, 18 students from the divorced families were randomly selected and divided into two experimental and control groups. The experimental group participated in eight sessions of schema therapy, while the control group received no training. The applied instrument was the feeling of inferiority questionnaire. The obtained data were analyzed by univariate analysis of covariance.

Findings: The results showed that there are significant differences between the two groups in terms of feelings of inferiority, while the average was lower for the experimental group. The results of this study indicated the effectiveness of schema therapy on the feeling of inferiority among adolescent girls of the divorced families.

Keywords: Schema therapy, Feelings of inferiority, Adolescent girls of divorced family

*. Gonasayadi5868@gmail.com

The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Emotional Instability and Feeling of Abandonment among Patients with the Borderline Personality Disorder in Arak

Zabih Pirani*

Shiraz University

Abstract

Purpose: The present study aims at evaluating the effectiveness of schema therapy on the feeling of abandonment and emotional instability among people with the borderline personality disorder.

Method: The study was quasi-experimental with pretest-posttest control group. The population were all patients with the borderline personality disorder who have referred to psychiatric centers in Arak in 2015. A total of 24 people were randomly selected and assigned into two experimental and control groups (n = 12 for each group). To gather data, the Borderline Personality Disorder test was used. The data were analyzed through covariance analysis and paired sample t-test.

Findings: The analysis of the covariance results showed that schema therapy can significantly reduce the scores of emotional instability and the feeling of abandonment among patients with the borderline personality disorder. According to the data, based on the positive impact of schema therapy on reducing symptoms of patients with the borderline personality disorder, the method is recommended to be used in remedial settings.

Keywords: Schema therapy, Borderline personality disorder, Emotional instability, Abandonment feeling

*. Z- pirani@jau-arak.ac.ir

The Effectiveness of Mindfulness Education on the General Health of Girls at the Guidance Schools of Arak

Davood Taghvaei*

Arak Branch, Islamic Azad University

Abstract

Purpose: Mindfulness is defined as the paying attention ability on purpose, in the current and non-judgmentally. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness education on the general health of girls at the guidance schools of Arak.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design. The population included all the girls' at the guidance schools of Arak. 30 people were selected through cluster sampling. The students who earned the highest scores on the General Health Questionnaire (GHQ-28) were selected. They were divided randomly into two experimental and control groups. The experimental group participated in the mindfulness training program (eight sessions), while the control group received no training.

Findings: The data were analyzed through covariance method. The results indicated a significant difference between the pre-test and post-test scores of the experimental group. In other words, mindfulness training affected the general health of girls, subscales of anxiety and insomnia along with depression and social performance. Participating in the workshop led to the decrease in the mean level of anxiety and psychological distress in the experimental group.

Keywords: Mindfulness, General health, Social performance

*. d_taghvaei@iau_arak.ac.ir

The Effectiveness of Schema Therapy and Logo Therapy on Death Anxiety in Patients with Hypochondriasis

^aMasood Ghorbanalipour*

^bAli Moghadamzadeh

^cEsa Jafari

^aIslamic Azad University of Khoy

^bUniversity of Tehran

^cPayameNoor University

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to focus on death anxiety with schema therapy and logo therapy approaches in the treatment of hypochondriasis.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design. The population of the study consisted of all individuals with hypochondriasis and death anxiety. To this end, 28 patients were randomly selected and divided into three groups: experiment 1, experiment 2, and the control group. The first experimental group received 20 sessions of interventional therapy, while the second experimental group received 10 sessions of a meaningful therapeutic intervention. The applied research instruments were death anxiety scale and illness attitude scale. To analyze the data, mixed repeated measure has been used.

Findings: The results of mixed repeated measure have showed that schema therapy and logo therapy can decrease death anxiety and hypochondriasis in patients during post-test and follow up. The research has two main results. First of all, the study revealed that schema therapy is highly efficient in treating hypochondriasis which is considered as a disorder resistant to treatment. Secondly, it indicated that focusing on death anxiety in treating hypochondriasis disorder can lead to significant improvements in these patients.

Keywords: Schema therapy, Logo therapy, Hypochondriasis, Death anxiety

*. masoodghorbanalipour@yahoo.com

The Role of Cognitive-Humanistic Group Therapy in the Communication Skills and Problem-Solving of Married Women

Masume Damanjani*

Ali Kimiaee

Hosein Hasanabadi

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The present study aims at investigating the role of cognitive-humanistic group therapy in improving the communication skills and problem-solving across married women.

Method: The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test design. The study population were all married women who had referred to a counselling center in Mashhad, 22 persons of whom were selected and were randomly assigned into the experimental and control groups ($n = 11$ in each group). Participants responded to the family problem-solving questionnaire along with the Iranian psychological functioning families subscale. The data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: The results of univariate analysis of covariance showed that cognitive-humanistic group therapy had a significant effect on the communication skills of the experimental group ($P < 0/001$). Besides, cognitive-humanistic group therapy had a significant effect on problem-solving strategy of the experimental group ($P < 0/005$).

Keywords: Cognitive-humanistic group therapy, Communication skills, Problem-solving, Married women

*. m.damanjani@yahoo.com

An Investigation of the Effectiveness of Psychotherapy based on the Life Quality Improvement on the Reduction of Depression of those Suffering from Complicated Grief

^aNarges Ysefpoor*

Ahmad Akbari[†]

Elham Ahangari

Ali Akbar Samari

^aKharazmi University

Abstract

Purpose: The present study aims at evaluating the effectiveness of psychotherapy based on the life quality improvement on the reduction of depression of those suffering from complicated grief.

Method: This study used a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study consisted of all clients referring to Kashmar's counselling centers during 2013-2014, who were suffering from complicated grief according to DSM-V-TR criteria and the clinical interview. The sample consisted of 30 men and women who were selected through convenient sampling method and were randomly assigned into two control and experimental groups. The experimental group received 8 sessions of psychotherapy based on the life quality. The applied instrument was Beck's Depression Inventory which was used in the pre-test and post-test. The obtained data was analyzed by means of SPSS (Version 22) using covariance analysis.

Findings: The results of ANCOVA revealed that there is a significant difference among the depression mean scores of the experimental and the control group in terms of membership in the post-test with 99% confidence ($p < 0/01$).

Keywords: Depression, Complicated grief, Psychotherapy based on quality of life improvement

*.Yousefpoor.n@gmail.com

†. akbari.180@gmail.com

An Investigation into the Lifestyle of Tehran's Young Drivers with Driving Accidents

Mojtaba Abbasi Asl*, Siamak Tahmasbi†, Seyed Mohammad Hosein Javadi, Alireza Karimpour Vazifekhorani, Forough Edrissi, Esmail Soltani, Sadollah Heshemi Razini, Nader Rahmani, Fariba Karimlou

Abstract

Purpose: The present study aims at investigating the lifestyle of Tehran's young drivers with driving accidents.

Method: The applied research method was correlation. Stratified sampling method was used to select the insurance centers, hospitals, correctional and prison cells. The target population included all people in Tehran with the age range of 18 to 24 who had experienced a car crash. From among this population, 576 patients were selected. The instrument used in this study is the lifestyle questionnaire of Almahmoud, Simmons, and El Asfar.

Findings: There was a significant relationship between the accident background and the lifestyle dimensions; Driving Style (0/124) and Social Factors (-0/13) ($p < 0.01$). Among the dimensions of life style, the perception of traffic rules had a higher correlation (0/26) with the accident background ($p < 0.05$).

Keywords: Life style, Young driver, Driving accident

*. Mojtabaabbasiasl@gmail.com

†. Siyamak.Tahmasebi@gmail.com

Table of Contents

An Investigation into the Lifestyle of Tehran's Young Drivers with Driving Accidents	I
Mojtaba Abbasi Asl, Siamak Tahmasbi, Seyed Mohammad Hosein Javadi, Alireza Karimpour Vazifekhorani, Forough Edrissi, Esmail Soltani, Sadollah Heshemi Razini, Nader Rahmani, Fariba Karimlou	
An Investigation of the Effectiveness of Psychotherapy based on the Life Quality Improvement on the Reduction of Depression of those Suffering from Complicated Grief	II
Narges Ysefpoor, Ahmad Akbari, Elham Ahangari, Ali Akbar Samari	
The Role of Cognitive-Humanistic Group Therapy in the Communication Skills and Problem-Solving of Married Women	III
Masume Damanjani, Ali Kimiaee, Hosein Hasanabadi	
The Effectiveness of Schema Therapy and Logo Therapy on Death Anxiety in Patients with Hypochondriasis	IV
Masood Ghorbanalipoor, Ali Moghadamzadeh, Esa Jafari	
The Effectiveness of Mindfulness Education on the General Health of Girls at the Guidance Schools of Arak	V
Davood Taghvaei	
The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Emotional Instability and Feeling of Abandonment among Patients with the Borderline Personality Disorder in Arak	VI
Zabih Pirani	
The Effectiveness of Schema Therapy on the Feeling of Inferiority among the Adolescent Girls of Divorced Families	VII
Gona Sayadi, Mohsen Golmohammadian, Alireza Rashidi	

Manager in Charge and 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**
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. 7, No 1, Spring & Summer 2017

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in

ISC

&

SID

and available via

Magiran

Noormags



Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol 7, No 1, (2017)

ISSN: 2251-6352

13

- | | |
|---|-----|
| An Investigation into the Lifestyle of Tehran's Young Drivers with Driving Accidents
Mojtaba Abbasi Asl, Siamak Tahmasbi, Seyed Mohammad Hosein Javadi, Alireza Karimpour Vazifekhorani,
Forough Edrissi, Esmail Soltani, Sadollah Heshemi Razini, Nader Rahmani, Fariba Karimlou | I |
| An Investigation of the Effectiveness of Psychotherapy based on the Life Quality ...
Narges Ysefpoor, Ahmad Akbari, Elham Ahangari, Ali Akbar Samari | II |
| The Role of Cognitive-Humanistic Group Therapy in the Communication Skills and ...
Masume Damanjani, Ali Kimiaee, Hosein Hasanabadi | III |
| The Effectiveness of Schema Therapy and Logo Therapy on Death Anxiety in Patients ...
Masood Ghorbanalipoor, Ali Moghadamzadeh, Esa Jafari | IV |
| The Effectiveness of Mindfulness Education on the General Health of Girls at ...
Davood Taghvaei | V |
| The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Emotional Instability and Feeling of ...
Zabih Pirani | VI |
| The Effectiveness of Schema Therapy on the Feeling of Inferiority among the Adolescent ...
Gona Sayadi, Mohsen Golmohammadian, Alireza Rashidi | VII |