

دانشگاه فردوسی مشهد
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

سال ۷، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۶

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

۱۴

- ۵ نقش میانجی‌گرانه اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان در رابطه‌ی درماندگی آموخته‌شده
بایبشرفت تحصیلی
سیده‌خدیجه امیریان، محمدسعید عبدخدایی، حسین کارشکی
- ۲۳ اثر بخشی مدیریت دفاع‌های تاکتیکی بر اساس روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت (ISTDP)
بر تعارضات بین فردی
حسین شکاری، فریده حسین‌نایت، احمد برجلی
- ۳۸ تاثیر مداخله روانی-آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشتیاری بیماران مبتلا
به مالتیپل اسکروزیس
محمدعلی بشارت، شیوا گرامی‌پور، سیدمسعود نبوی، فهیمه تولاتیان
- ۵۵ اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دلزدگی و تعهد زناشویی زنان متأهل
رقیه عمیدی سیمکانی، سمانه نجارپور، سیدعبدالوهاب سماوی
- ۶۹ مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری
بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی
مریم فرش‌زادی، محمدابراهیم مناحی، جواد خلعتبری
- ۹۰ اثربخشی درمان راه‌حل-محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب‌رسان
اسداسدی حسن‌وژده منصور سودانی، ذبیح‌اله عباسپور
- ۱۰۵ اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان
نگین فرهادمنش، الهام طاهری، مهدی امیری

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه فردوسی مشهد
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
گروه روان‌شناسی

سال ۷، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۶
شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

پروانه انتشار نشریه: نامه شماره ۷۹۸۲۹ مورخ ۹۶/۶/۱۳

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 مسئول و سردبیر: دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

هیئت تحریریه:

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

داوران این شماره: سید ابوالقاسم مهری نژاد، جعفر طالبیان شریف، احسان گلی گرمیانکی، سمیه سادات ابراهیمی، ناصر یوسفی، حسین سلیمی بجستانی، علی مشهدی، ذبیح پیرانی، ایمان الله بیگدلی

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 راهنمای نگارش مقاله، لطفا به وبگاه مجله مراجعه نمایید. ☆

نشانی دفتر مجله: مشهد، پردیس دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی،

صندوق پستی ۱۵۱۸- کد پستی ۹۱۷۷۹۴۸۹۹۱

دور نگار: ۰۵۱۳ ۸۸۰۷۳۳۸

تلفن: ۰۵۱۳ ۸۸۰۳۶۹۶

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

فهرست مندرجات

- ۵ نقش میانجی گرانه اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان در رابطه‌ی درماندگی آموخته شده
با پیشرفت تحصیلی
سیده خدیجه امیریان، محمد سعید عبد خدایی، حسین کارشکی
- ۲۳ اثر بخشی مدیریت دفاع های تاکتیکی بر اساس روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر تعارضات
بین فردی
حسین شکاری، فریده حسین ثابت، احمد برجعلی
- ۳۸ تاثیر مداخله روانی- آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به
مالتیپل اسکلروزیس
محمدعلی بشارت، شیوا گرانمایه پور، سید مسعود نبوی، فهیمه تولائییان
- ۵۵ اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دلزدگی و تعهد زناشویی زنان متأهل
رقیه عمیدی سیمکانی، سمانه نجارپوریان، سید عبدالوهاب سماوی
- ۶۹ مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر
نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی
مریم فرح زادی، محمدابراهیم مداحی، جواد خلعتبری
- ۹۰ اثربخشی درمان راه حل- محور به شیوه گروهی بر کاهش پر خاشگری مادران آسیب رسان
اسد اسدی حسن وند، منصور سودانی، ذبیح اله عباسپور
- ۱۰۵ اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان
نگین فرهاد منش، الهام طاهری، مهدی امیری

امیریان، سیده خدیجه؛ عبدخدایی، محمد سعید؛ کارشکی، حسین (۱۳۹۶). نقش میانجی گرانه اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان در رابطه ی درماندگی آموخته شده با پیشرفت تحصیلی.

DOI: 10.22067/ijap.v7i2.46452

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۵-۲۲.



نقش میانجی گرانه اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان در رابطه ی درماندگی آموخته شده با پیشرفت تحصیلی

سیده خدیجه امیریان^۱، محمد سعید عبدخدایی^۲، حسین کارشکی^۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ی درماندگی آموخته شده با پیشرفت تحصیلی با میانجی گری اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان انجام شد. جامعه ی آماری کلیه ی دانش آموزان دختر دوم متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بود.

روش: نمونه ای با حجم ۳۹۴ نفر با روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شد. دانش آموزان پرسشنامه های درماندگی آموخته شده (LHS)، اهمالکاری (PASS) و اضطراب امتحان (TAI) را تکمیل نمودند. همچنین میانگین نمرات آن ها به عنوان ملاک پیشرفت تحصیلی در نظر گرفته شد. پژوهش از نوع همبستگی بود و تجزیه و تحلیل داده ها با شاخص های آماری همبستگی و تحلیل مسیر انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که هر یک از متغیرهای درماندگی آموخته شده، اضطراب امتحان و اهمالکاری تحصیلی با پیشرفت تحصیلی ارتباط منفی معنادار دارند و درماندگی آموخته شده با اضطراب امتحان و با اهمالکاری تحصیلی و همچنین اهمالکاری تحصیلی با اضطراب امتحان ارتباط مثبت معنادار دارد. تحلیل مسیر نشان داد که الگوی پیشنهادی رابطه ی درماندگی آموخته شده با پیشرفت تحصیلی با میانجی گری اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان از برازش خوبی برخوردار نیست. تعدیل هایی که صورت گرفت منجر به ایجاد سه الگو که برازش خوبی داشتند، شد.

واژه های کلیدی: درماندگی آموخته شده، پیشرفت تحصیلی، اضطراب امتحان، اهمالکاری تحصیلی

۱. کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، amirian.kh@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، abdkhoda@um.ac.ir

۳. دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

امروزه پژوهشگران (Buttler & Winn, 1995) بر ضرورت توجه به پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت تحصیلی تأکیدی خاص دارند (Ahmadi & Sheikoleslami, 2012). یکی از متغیرهای موثر بر پیشرفت تحصیلی^۱ دانش‌آموزان، درماندگی آموخته شده^۲ است. درماندگی آموخته شده در مفهوم کلی به معنای درک کنترل ناپذیر بودن رویدادهاست. طبق نظریه‌ی سلینگمن^۳ زمانی که فرد در موقعیت ناکامی‌های متعدد اجتماعی، فرهنگی و آموزشی قرار گیرد؛ احساس ناتوانی در کنترل بر شرایط محیط را تجربه نماید و بی‌تاثیر بودن فعالیت و پاسخ خود را احساس کند؛ دچار نوعی تزلزل و بی‌ثباتی خواهد شد و در موقعیت‌های بعدی نیز با وجود امکان موفقیت، پیشاپیش منتظر شکست است (Shokri, Farahani & Karami-nouri, 2005). آبرامسون و همکاران (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) فرمول بندی اسنادی درماندگی آموخته شده را مطرح کردند. بر اساس نظر آن‌ها هنگامی که فرد با وقایع منفی‌ای که آن را غیرقابل کنترل می‌داند، مواجه می‌شود، درصدد توضیحاتی بر می‌آید؛ این توضیحات همان اسنادها هستند که وینر (Weiner, 1989) آن‌ها را در سه حیطه‌ی مکان، ثبات و کنترل^۴ توضیح داد (Peggy & Schallert, 2008).

انتظار مستقل بودن پاسخ و پیامد، نواقص انگیزشی، شناختی و هیجانی^۵ ایجاد می‌کند (Maier & Seligman, 1976; Smallheer, 2011, Au, Watkins, Hattie & Alexander, 2009). افرادی که یاد می‌گیرند که نمی‌توانند بر محیطشان اثر بگذارند، کمتر تلاش می‌کنند (نقص انگیزشی)؛ از یادگیری راههای جدید اثر گذاشتن بر محیطشان اجتناب می‌کنند و همچنین در نتیجه توقف تلاش، نمی‌توانند اطلاعات صحیحی را در مورد توانایی واقعی خود، از تجربه‌هایشان استخراج کنند (نقص شناختی) (Lemoine, 2016). این افراد حالت‌های هیجانی منفی همچون اضطراب، افسردگی و ناامیدی را نیز تجربه می‌کنند (Verma & Gera, 2012).

دانش‌آموزان درمانده گرایش دارند که پس از شکست، کاهش در عملکرد را نشان دهند (Fincham & Cain, 1986, Dweck & Licht, 1984). اگر چه فرض شده است که تجربه‌ی پیامدهای غیرقابل کنترل منجر به نقص عملکرد می‌شود، شواهد متناقضی نیز در این زمینه ارائه شده است (Abramson et al, 1978, Seligman, 1975؛ نگاه کنید به: Buys & Winefield, 1982). با این وجود، دلایلی در مورد اثر منفی درماندگی بر پیشرفت تحصیلی وجود دارد؛ از جمله سینگر و گلس (Singer & Glass, 1972)

1. Academic Achievement

2. Learned Helplessness

3. Seligman

4. Locus, Stability, Control

5. Emotional, Cognitive, Motivational

معتقدند، درماندگی با پافشاری بر روی تکالیف، همبستگی منفی دارد (Genero, 2008). همچنین درماندگی به علت مشخصه هایی که فرد درمانده دارد می تواند عملکرد تحصیلی را متاثر سازد. دانش آموزان درمانده اطمینان کمی به توانایی های خود دارند، شکست هایشان را به بی کفایتی شخصی، هوش و توانایی حل مساله پایین و حافظه ضعیف نسبت می دهند و پیوند بین متعهد بودن و کسب موفقیت را نمی بینند؛ موفقیت هایی که تا به حال داشته اند را نیز به عامل های بیرونی همچون شرایط منحصر به فرد و شانس مربوط می دانند. بنابراین بر اساس همین غیرقابل کنترل دانستن پیامدها، منفعل می شوند و این انفعال، بیشتر در تکالیف چالش بر انگیز خود را نشان می دهد. این مشکل منجر به رفتارهایی از جمله اجتناب از مدرسه و غیبت می شود که به نوبه ی خود عملکرد تحصیلی را بدتر می کند (Sorrenti, Filippello, Orecchio, Buzzai, 2016).

یکی دیگر از پدیده های مرتبط با پیشرفت تحصیلی اهمالکاری تحصیلی^۱ است. اهمالکاری مزمن عبارت است از گرایش برای به تعویق انداختن کارها در موقعیت های مختلفی که به نظر برای دستیابی به اهداف ضروری است (Ferrari, Jonson & Mccown, 1995; Schouwenburg, Lay, Pychyl & Ferrari, 2008; Diaz-Morales, Cohen & Ferrari, 2008). اهمالکاری تحصیلی یکی از انواع اهمالکاری است که در موقعیت های تحصیلی رخ می دهد و فرد مبتلا به آن در برانگیختن خود برای انجام فعالیت هایی چون نوشتن مقاله ی ترم، مطالعه برای امتحان، به اتمام رساندن پروژه های مرتبط با مدرسه و انجام تکالیف خواندنی هفتگی، شکست می خورد (Jiao, DaRos-Voseles, Collins, Onwuegbuzie, 2011; Ackerman & Gross, 2005). شیوع اهمالکاری را ۲۵ تا ۵۰ درصد و حتی ۸۰ الی ۹۵ درصد بیان کرده اند (Ellis & Knaus 1977; Steel, 2007; Moon & Illingworth, 2005).

عوامل گوناگونی به عنوان علت و یا پیشایندها اهمالکاری مطرح شده اند که در این میان به باورهای غیرمنطقی (Kothari, 2011; Flat et al, 1992)، تحریف شناختی (Akinsola, Tella, Tella, 2007; Ellis & Knaus, 1977, Noran, 2000)، ترس و اضطراب (Haycock, McCarthy & Skay, 1998; Akinsola, Tella, & Tella, 2007, Solomon & Rothblum, 1984, Noran, 2000) و اسنادهای بیرونی برای موفقیت (Brownlow & Reasinger, 1996) اشاره کرده اند. همچنین دانش آموزانی که کمبود انگیزش درونی دارند به احتمال بیشتری عادت اهمالکاری در انجام وظایف مربوط به مدرسه را نشان می دهند (Vij & Lomash, 2014). با توجه به شباهت های درماندگی آموخته شده با برخی از پیشایندهای اهمالکاری، این فرضیه به وجود می آید که این دو متغیر با یکدیگر ارتباط داشته باشند.

در رابطه با اثر اهمالکاری بر عملکرد، هم به بهبود و هم اختلال عملکرد اشاره شده است. اغلب معتقدند که اهمالکاران به علت به تعویق انداختن کارها به ساعات آخر و زمان کمتری که برای آماده شدن دارند، عملکرد ضعیف تری نشان می دهند. نتایج پژوهش نشان داده است که اهمالکاری تحصیلی به طور معکوس پیش بین معناداری برای پیشرفت تحصیلی است (Sepehran Azar, 2013). با وجود پژوهش‌های متعددی که موید این دیدگاه است (Akinsola et al, 2010; Tamadoni, Hatami, Hashemi razini, 2010; Steel, Brothen, Wambach, 2000; Pychyl, Morin & Salmon, 2000 و Ferrari, 1992; Solomon & Rothblum, 1984)، دیدگاه متضادی نیز وجود دارد که چند پژوهش از آن حمایت می کند (Cao, 2012).

دانش آموزان اهمالکار گرایش دارند در تمام نیمسال اضطراب بیشتری داشته باشند (Rothblum, 1988). همچنین اضطراب امتحان و تحصیلی، منجر به سطوح بالاتر اهمالکاری می شود (Klassen, Ang, 1999; Chong, Krawchuk, Huan & Wong, 2009; Milgram, 1999). در پژوهشی بین استرس تحصیلی و ابعاد اهمالکاری عمدی، اهمالکاری به علت خستگی جسمی و روانی و اهمالکاری به علت درهم ریختگی، رابطه مستقیم معنادار به دست آوردند (Zohreyi, Erfani, Jadidian, 2016). به طور کلی مطالعات، نتایج متفاوتی در مورد ارتباط اهمالکاری و برخی اشکال اضطراب به بار آورده است که نشان دهنده ی ارتباط متوسط و کم و یا عدم ارتباط است (Steel et al, 2000). اخیرا کاستر (Custer, 2016) همبستگی متوسط و معناداری بین اضطراب امتحان و اهمالکاری تحصیلی در دانشجویان پرستاری به دست آورد.

اضطراب امتحان^۱ یکی از عوامل تاثیر گذار بر پیشرفت تحصیلی است (Dadsetan, 1997, Parvaneh, 1984, Abas abadi, 1997؛ به نقل از: Shaeri et al, 2004). زیدنر (Zeidner, 1998) اضطراب امتحان را به عنوان "مجموعه ای از پاسخ های رفتاری، فیزیولوژیکی و پدیدارشناختی که با نگرانی درباره ی پیامدهای منفی ممکن و یا شکست در یک امتحان یا موقعیت ارزشیابی مشابه همراه است" تعریف کرده است (Chamarro-Premuzic, Ahmetoglu & Furnham, 2008). اضطراب امتحان ابعاد مختلفی دارد؛ این پدیده را شامل دو مولفه ی هیجان پذیری^۲ و نگرانی^۳ (یا بعد شناختی^۴) دانسته اند (Cassady, 2002). شیوع اضطراب امتحان را ۱۰ تا ۳۰ درصد در میان دانش آموزان و دانشجویان بیان کرده اند (McReynolds et al, 1978؛ به نقل از: Abolghasemi, 2003). شیوع آن در دانشجویان و دانش آموزان

1. Test Anxiety
2. Emotionality
3. Worry
4. Cognitive

ایرانی، ۱۷/۲ گزارش شده است (Beirami & Abdi, 2009). همچنین پژوهش ها نشان داده اند که زنان مستعد تجربه ی سطوح بالاتری از اضطراب امتحان هستند (Talbot, 2016).

اکثر مطالعات نشان دهنده ی ارتباطی منفی بین اضطراب امتحان و موفقیت تحصیلی است (Shaeeri et al, 2004; Lashkaripour, Bakhshani, Solaimani, 2007; McCarthy & Goffin, 2005; Mahdavi gharvi, Khosravi & Najafi, 2012; Akinsola & Dubem Nwajei, 2013; Onyekuru & Ibegbunam, 2002; Culler & Holahan, 1980; Hembree, 1988; Williams, 1996; Cassady & Johnson, 2002; Lucangeli & Scraggs, 2003; Champell et al, 2005; Kivimaki, 1995; Dadsetan, 1995; Abolghasemi et al, 2008). پژوهش های دیگری انجام شده است که نشان دهنده ی ارتباط اندک و غیر معنی دار است (Poulman & Kennelly, 1984; Suinn, 1969; Paul & Eriksen, 1964; Cheraghian et al, 2008). نگاه کنید به: (Abolghasemi et al, 2008). در پژوهشی که اخیرا انجام شد، بین نمرات دانش آموزان در امتحان و اضطراب امتحانی که توسط نرخ ضربان قلب سنجیده شده بود، رابطه ی معناداری وجود داشت. اما نمرات با اضطراب امتحان سنجیده شده توسط پرسشنامه، رابطه ی معناداری نداشت (Fulton, 2016). همچنین نتیجه پژوهش دیگری نشان داد، فقط بین بعد شناختی اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد (Yazici, 2017). همچنین بین اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی در دروس علوم (فیزیک، شیمی، ریاضی و زیست) همبستگی منفی معنادار مشاهده شده است (Shabbir Ali & Naeem Mohsi, 2013).

هر چند تصور شده است که درماندگی آموخته شده با اضطراب امتحان ارتباط دارد (Fincham, Hill & Sanders, 1989) و پژوهش هایی برای بررسی رابطه ی آن ها انجام شده است (Akca, 2011)، اهمیت نسبی این دو متغیر برای درک پیشرفت کنونی و آتی، ناشناخته مانده است (Fincham et al, 1989). در پژوهشی که اخیرا انجام شد، بین درماندگی آموخته شده و اضطراب امتحان همبستگی معناداری به دست نیامد. علت احتمالی به دست آمدن این نتیجه محدوده گسترده نمونه بوده است. همچنین در پژوهشی دیگر این نتیجه جالب توجه به وجود آمد که بعد هیجان پذیری اضطراب امتحان با درماندگی آموخته شده همبستگی مثبت داشت، درحالی که بعد نگرانی با درماندگی آموخته شده همبستگی منفی داشت (Raufelder, Regner & Wood, 2017).

بنابراین با توجه به اهمیت پیشرفت تحصیلی و ضرورت توجه به پیش آیندهای آن و نتایج متناقضی که درباره رابطه ی متغیرهای مورد بررسی به دست آمده است، پژوهش حاضر به بررسی فرضیه های زیر می پردازد:

فرضیه ی اصلی: "اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان میانجی رابطه ی درماندگی آموخته شده و پیشرفت تحصیلی است." و فرضیه های فرعی: (۱) بین میزان درماندگی آموخته شده و معدل دانش آموزان

همبستگی منفی معنی داری وجود دارد؛ ۲) بین میزان درماندگی آموخته شده و میزان اهمالکاری تحصیلی دانش آموزان همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد؛ ۳) بین میزان درماندگی آموخته شده و میزان اضطراب امتحان دانش آموزان همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد؛ ۴) بین میزان اضطراب امتحان و معدل دانش آموزان همبستگی منفی معنی داری وجود دارد؛ ۵) بین میزان اهمالکاری تحصیلی و معدل دانش آموزان همبستگی منفی معنی داری وجود دارد؛ ۶) بین میزان اهمالکاری تحصیلی و میزان اضطراب امتحان دانش آموزان همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر با توجه به عدم مداخله در به وجود آمدن داده‌ها از حیث روش توصیفی و از نوع همبستگی و تحلیل مسیر است.

جامعه، نمونه و روش آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانش آموزان دختر سال دوم مقطع متوسطه شهر مشهد بود که از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۹۴ نفر با شیوه‌ی نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شد. نواحی هفتگانه مشهد به سه دسته (برخوردار، نیمه برخوردار و محروم) تقسیم شد. به صورت تصادفی از هر دسته یک ناحیه (نواحی ۱، ۳، ۷) از هر ناحیه سه مدرسه و از هر مدرسه ۴۴ دانش آموز انتخاب شد. افراد حاضر در نمونه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و معدل خود را گزارش کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل شد. روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (همبستگی پیرسون) برای بررسی داده‌ها استفاده شد. فرضیه اصلی پژوهش از طریق تحلیل مسیر و با استفاده از نرم افزار LISREL 8/80 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه درماندگی آموخته شده (LHS)^۱: این مقیاس توسط گروه درماندگی آموخته شده در پروژه‌ی گراندویک^۲ ایجاد شده است. مقیاس کوینلس و مک درمات (Quinless & Mcdermott, 1982) که بر اساس مدل درماندگی آموخته شده نظریه‌ی سلینگمن ایجاد شده بود نقطه‌ی آغازی برای فرایند طولانی درک، آزمایش و تغییر این ابزار بوده است (the center of Excellence on Learnd helplessness). در این پرسشنامه افراد در مورد ۲۷ گزاره، موقعیت خود را بر اساس یک طیف از ۱ تا ۱۰ نشان می‌دهند. حداقل نمره‌ی فرد ۲۷

1.Learned Helplessness Snapshot

2.Grundtvig Project

و حداکثر آن ۲۷۰ است. نمره ی بالاتر نشان دهنده ی درماندگی آموخته شده ی بیشتر است. پس از جستجوی ابزاری برای اندازه گیری درماندگی آموخته شده، که برای استفاده در مورد دانش آموزان نیز مناسب باشد، این ابزار به دست آمد. سپس روایی محتوایی آن توسط چند روانشناس مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه توسط متخصص زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و توسط چندین روانشناس بررسی و اشکالات رفع گردید. در جریان پژوهش برای بررسی پایایی، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر با ۰/۷۸ بود.

پرسشنامه اهمالکاری (PASS^۱): سولومون و راثبلوم (Solomon & Rothblum, 1989) این مقیاس را که شامل ۲۱ گویه است، ایجاد کرده اند. در پژوهش فاتی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در ایران برابر با ۰/۸۶ بود (Fatehi, 2010). همچنین ضریب آلفای کرونباخ را برای سه مقوله ی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۷۶ محاسبه کرده اند (Onwuegbuzie, 2004). روایی سازه ی این مقیاس، از طریق همگرایی مثبت و معنادار آن با مقیاس تعلل ورزی تاکمن (Tuckman, 1991) با مقدار همبستگی $P < 0/001$ و مقیاس خود گزارشی اهمالکاری فراری (Ferrari, 1989) با همبستگی برابر با $P < 0/001$ ، احراز شده است (Howell & Watson, 2007).

پرسشنامه اضطراب امتحان (TAI^۲): توسط اسپیلبرگر (Spielberger, 1980) ساخته شده است. این مقیاس ۲۰ ماده دارد که واکنش قبل، حین و بعد از امتحان را توصیف می کند. این پرسشنامه شامل دو خرده آزمون "نگرانی" و "هیجان پذیری" است. گرفتن نمره ی بالا در این پرسشنامه نشان دهنده ی اضطراب امتحان بالاست (Kazemian Moghadam & Mehrabi zadeh, 2010). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین ضرایب ۰/۹۲ و ۰/۹۷ گزارش کرده اند (Kazemian Moghadam & Mehrabi zadeh, 2010; EL-Zahhar, 1991; Anton Anton et al, 1991; Bandalos et al, 1995). این پرسشنامه با مقیاس اضطراب امتحان ساراسون (Sarason et al, 1978) در پسران، به میزان ۰/۸۲ و در دختران به میزان ۰/۸۳ همبستگی دارد. رجیستر و همکاران (Register et al, 1991) این ضرایب را نشانه ی روایی خوب و رضایت بخش پرسشنامه دانسته اند (Kazemian Moghadam & Mehrabi zadeh, 2010).

نتایج

بین درماندگی آموخته شده و هر یک از متغیرهای پیشرفت تحصیلی، اضطراب امتحان و اهمالکاری تحصیلی دانش آموزان به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۲۲، ۰/۴۵ و ۰/۵۳ وجود دارد که همگی

1.Solomon & Rothblum Academic Procrastination Scale
2.Test Anxiety Inventory

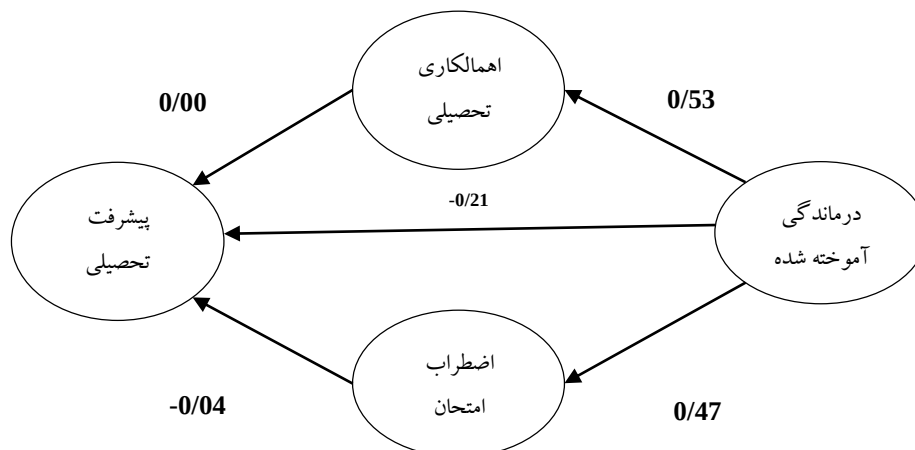
در سطح ۹۹ درصد ($P < 0/01$) معنادار هستند (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی پرسون بین متغیرهای پژوهش

همبستگی				SD	M	متغیرهای مشاهده شده	
۴	۳	۲	۱				
			۱	۳۱/۲۷	۱۱۲/۲۱	درماندگی آموخته شده	۱
		۱	۰/۵۳۱**	۱۲/۹۹	۵۰/۳۲	اهمالکاری تحصیلی	۲
	۱	۰/۳۷۲**	۰/۴۵۷**	۹/۶۹	۴۸/۲۳	اضطراب امتحان	۳
۱	-۰/۱۴۸**	-۰/۱۲۸*	۰/۲۲۶**	۱/۸۱	۱۷/۸۳	پیشرفت تحصیلی	۴

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

همچنین بین اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی ضریب همبستگی $-۰/۱۴$ وجود دارد که در سطح ۹۹ درصد ($P < 0/01$) معنادار است. همبستگی به دست آمده بین اهمالکاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی $-۰/۱۲$ است که در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($P < 0/05$) معنادار است. ضریب همبستگی بین اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان نیز $۰/۳۷$ است که رابطه ای مثبت و معنادار در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($P < 0/01$) را نشان می دهد.



$\chi^2/df=9.60$, $P\text{-value}=0/00195$, $RMSEA=0/148$, $GFI=0/99$, $AGFI=0/88$ $9/6=\chi^2$, $df=1$

شکل ۱: الگوی ارتباط درماندگی آموخته شده با پیشرفت تحصیلی با میانجی گری اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان

برای آزمون فرضیه ی اصلی پژوهش از تحلیل مسیر استفاده شد. مدلی پیشنهادی در شکل ۱ مشاهده می شود. شاخص های کلی آزمون نیکویی برازش، از طریق تحلیل مسیر، حاکی از عدم برازش الگو است

GFI و AGFI به یک نزدیک تر باشد (بین 0/9 و ۱)، الگو از برازش بهتری برخوردار است و داده ها به نحو بهتری الگوی روابط مفروض را تایید می کنند. همچنین مطلوب است تا RSMEA به صفر نزدیک باشد (بین 0/1 و صفر) تا برازش بهتر الگو را نشان دهد. شاخص χ^2/df نیز هر چه کمتر باشد بهتر است و نباید بیشتر از ۳ و یا ۵ باشد (Sanavi, 2013, Kareshki, 2012, Schreiber, Stage & King, 2006). بنابر این داده ها، الگوی مفروض را تایید نمی کنند.

جدول ۲: شاخص های برازش دو مدل تعدیل شده ی روابط متغیرهای پژوهش

تعدیل صورت گرفته	تثبیت خطای پیشرفت تحصیلی	حذف مسیر اهمالکاری تحصیلی به پیشرفت تحصیلی
χ^2	۸/۸۹	۹/۶۰
df	۲	۲
χ^2/df	۴/۴۴	۴/۸
P-value	۰/۰۱۱۷۳	۰/۰۰۸۲۳
RMSEA	۰/۰۹۷	۰/۰۹۸
GFI	۰/۹۹	۰/۹۹
AGFI	۰/۹۴	۰/۹۴
وضعیت برازش مدل	تایید	تایید

هنگامی که در مدل اولیه تعدیلی (جدول ۲) شامل تثبیت خطای پیشرفت تحصیلی صورت گرفت، شاخص های نیکویی برازش بهبود یافت و مدل تعدیل شده تایید شد. همچنین مسیر اهمالکاری تحصیلی به پیشرفت تحصیلی حذف شد که پس از این اصلاح، شاخص های به دست آمده نشان دهنده ی برازش این مدل بود. بر اساس شاخص های دو مدل اصلاح شده که در جدول ۲ آمده است از آن جایی که χ^2/df کوچکتر از ۵، RSMEA نزدیک صفر و GFI و AGFI نزدیک ۱ است، می توان گفت که هر دو مدل تایید می شود.

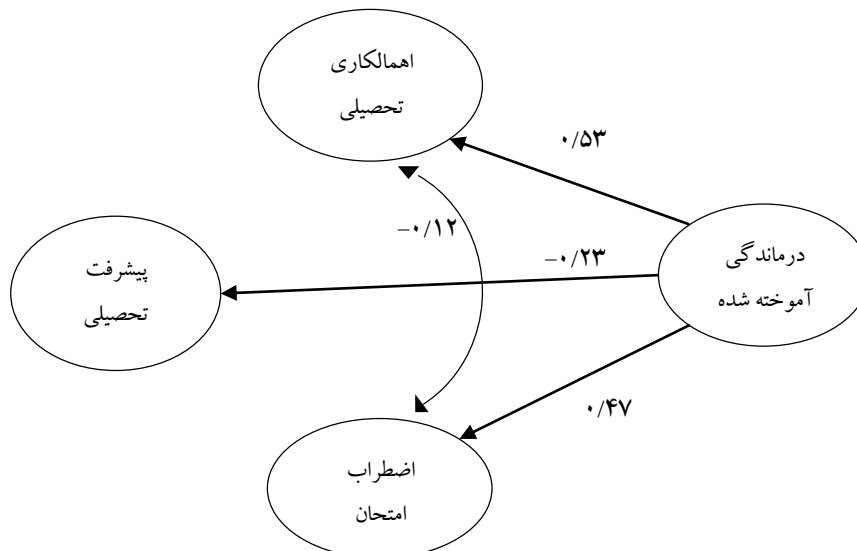
مدل تعدیل شده ای که با حذف مسیر اهمالکاری تحصیلی به پیشرفت تحصیلی و حذف مسیر اضطراب امتحان به پیشرفت تحصیلی و با افزودن مسیر بین اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان ایجاد

1.Root Mean Sqare Error Of Approximation

2.Goodness of Fit Index

3.Adjusted Goodness of Fit Index

شده است (شکل ۲)؛ بهترین مدلی است که روابط متغیرها را نشان می‌دهد و شاخص‌های کلی آزمون نیکویی برازش، حاکی از برازش این الگو است، ($\chi^2/df = 0/27$, $df=2$, $\chi^2 = 0/55$)، $GFI = 1/0$ ، $AGFI = 1/0$ ، $RSMEA = 0/0$ ، χ^2/df برابر با صفر و χ^2/df برابر با $0/27$ و همان طور که مطلوب است، کوچکتر از ۳ است؛ که همگی نشانگر برازش بسیار مطلوب الگو است.



$\chi^2=0/55$, $df = 2$, $\chi^2/df= 0/27$, $P\text{-value}=0/76105$, $RMSEA =0/000$, $GFI=1/0$, $AGFI=1/0$

شکل ۲: بهترین الگوی تایید شده برای ارتباط درماندگی آموخته شده، پیشرفت تحصیلی، اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان

نتیجه

نتایج نشان داد که همبستگی متغیرهای درماندگی آموخته شده، اضطراب امتحان و اهمالکاری تحصیلی با پیشرفت تحصیلی به ترتیب $-0/22$ ، $-0/14$ و $-0/12$ بود.

در نظریه‌ی درماندگی آموخته شده عملکرد آسیب دیده با نواقص انگیزشی، شناختی و هیجانی ایجاد شده و تاثیری که بر عدم پافشاری بر روی تکلیف دارد توضیح داده می‌شود. به نظر می‌رسد نواقص سه گانه‌ی درماندگی آموخته شده منجر به فاصله گرفتن از آغاز ارادی فعالیت‌ها می‌شود. کاهش استقامت و تلاشی که روی می‌دهد، می‌تواند دلیلی برای ارتباط منفی معنادار بین درماندگی و عملکرد تحصیلی باشد. این نتیجه موافق با تعدادی از پژوهش‌های انجام شده است (Licht & Dweck, 1984؛ به نقل از: Fincham, Hokoda؛ Abramson et al, 1978؛ Buys & Winefield, 1982؛ Fincham & Cain, 1986).

Sanders, 1989 & نگاه کنید به: Abolghasemi, 2003 و Sorrenti, 2016). همچنین جاردین و وینفیلد (Jardin & Winefield, 1981)؛ به نقل از Buys & Winefield, 1982) نتیجه ای متناقض با پژوهش حاضر به دست آوردند. البته پژوهش آن ها بر روی دانشجویان انجام شده بود. احتمال دارد دانش آموزان دبیرستانی به علت جوان تر و ناپخته تر بودن، انتظار کنترل ناپذی را سریع تر از دانشجویان ایجاد کنند.

در مورد ارتباط منفی اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی این گونه استدلال می شود که دانش آموزان دارای اضطراب امتحان بالا حتی اگر مطالب امتحانی را خوب یاد گرفته باشند؛ به علت اضطراب نمی توانند دانش خود را در امتحان نشان دهند. مدل هایی برای تبیین رابطه ی اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی ارائه شده است. بر اساس مدل شناختی توجهی^۱ افراد دارای اضطراب امتحان، توجه خود را معطوف به فعالیت های نامربوط به تکلیف، اشتغال فکری، انتقاد از خود و نگرانی های جسمانی نموده و در نتیجه، توجه کمتری بر تکلیف دارند که این امر موجب کاهش عملکرد آنان می گردد. مدل تداخل^۲ بیان می دارد که اضطراب امتحان در یادآوری آموخته های قبلی اشکال ایجاد کرده و بنابراین عملکرد را مختل می سازد. از دیدگاه مدل پردازش اطلاعات^۳، نقص در عملکرد دانش آموز دارای اضطراب امتحان بالا، ممکن است به دلیل مشکلاتی در یادگیری، سازماندهی و یا در بازیابی اطلاعات حین امتحان باشد. مدل نقص مهارت^۴، پایین بودن نمره های امتحانی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان را به علت عادت های نامناسب و ناکافی و یا مهارت های انجام نادرست امتحان می داند.

همبستگی منفی به دست آمده بین اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی نتیجه تعدادی از پژوهش انجام شده را تایید می کند (Shabbir et al, 2013؛ McCarthy & Goffin, 2005؛ Abedini et al, 2010؛ Mahdavi gharvi 2013؛ Shaeeri et al, 2005؛ Seif & Alborzi, 2000). البته متناقض با نتیجه چند پژوهش دیگر است (Alborzi & Samani, 2000؛ نگاه کنید به: Razavieh et al, 2006؛ Cheraghian et al, 2008). بین اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان مراکز استعداد های درخشان رابطه معناداری مشاهده نشده است؛ که یکی از دلایل آن، می تواند محدودیت دامنه پیشرفت تحصیلی در گروه مورد مطالعه باشد (Razavieh et al, 2006؛ Alborzi & Samani, 1999). دو فراتحلیل در این زمینه انجام شده است که هر دو همبستگی ۰/۲۱- را به دست آورده اند (Hembree, 1988؛ Seip, 1991؛ به نقل از: Chapell et al, 2005). همبستگی به دست آمده در پژوهش حاضر ($r = -0.14$) کمتر از فراتحلیل ها است.

-
1. Attentional-Cognitive Model
 2. Interference Model
 3. Information Processing Model
 4. Skill Deficit Model

این مساله می‌تواند به این علت باشد که میانگین نمرات دانش‌آموزان از خود آن‌ها پرسیده شد و ممکن است نمرات بیشتری را گزارش کرده باشند.

نتایج نشان داد که ارتباط منفی معناداری بین اهمالکاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی وجود دارد ($r = -0.12$). اغلب این گونه استدلال می‌شود که اهمالکاران به علت این که کارها را به ساعات آخر می‌اندازند، زمان کمتری را برای آماده شدن دارند و این مساله اثر مخرب بر کارشان دارد. اهمالکاری ممکن است افرادی را نیز در برگیرد که برای فواید انطباقی اهمالکاری به آن روی آورده‌اند؛ در این راستا بین اهمالکاری فعال و منفعل تمایز قائل شده‌اند (Chu & Choi, 2005؛ به نقل از Cao, 2012). تحقیقات زیادی نتیجه پژوهش حاضر را تایید می‌کند (Steel et al, 2007; Akinsola et al, 2012; Tamadoni et al, 2012; Sepehrian Azar, 2013; al, 2000).

بین درماندگی آموخته شده و اهمالکاری تحصیلی همبستگی 0.53 به دست آمد. نواقص انگیزشی، شناختی و هیجانی که در نتیجه‌ی درماندگی آموخته شده ایجاد می‌شود به کاهش آغاز ارادی برای پاسخ دادن و پافشاری بر روی تکالیف منجر می‌شود.

بین درماندگی آموخته شده و اضطراب امتحان نیز همبستگی معنادار ($r = 0.45$) به دست آمد. این نتیجه با نظر پژوهشگرانی که از ارتباط نظری بین این دو متغیر حمایت کرده‌اند موافق است (Fincham et al, 1989). همچنین موید پژوهشی است که نشان داد رابطه‌ی درماندگی آموخته شده و اضطراب امتحان از نزدیک صفر در کلاس اول شروع شده و سیر صعودی تا کلاس ششم دارد (Hill & Sarason, 1966؛ نگاه کنید به: Akca, 2011). همچنین موافق با (Gundogdu, 1994) است که نشان داد دانش‌آموزان پایه‌ی ششم ابتدایی که سطح درماندگی آموخته شده بیشتری داشتند، اضطراب امتحان بیشتری را نیز تجربه کردند (Akca, 2011). (Akca, 2011) بین درماندگی آموخته شده و اضطراب امتحان همبستگی معناداری به دست نیاورد ($r = 0.45$)؛ که علت آن می‌تواند محدوده‌ی گسترده نمونه‌ی وی باشد.

بین اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان نیز همبستگی معناداری به دست آمد ($r = 0.37$). یکی از نظریه‌های تبیین اهمالکاری، نظریه‌ی اضطراب است که بیان می‌کند؛ اضطرابی که فعالیتی خاص برای فرد ایجاد می‌کند منجر به طفره رفتن از انجام آن می‌شود. دانش‌آموزان مضطرب، استقامت ندارند و از تکالیف دشوار اجتناب می‌کنند، به عبارتی خصیصه‌های رفتاری مشابه با اهمالکاری را نشان می‌دهند (Tan, Ang & Klassen, 2008). دانش‌آموزان اهمالکار به دلیل به تعویق انداختن تکالیف تحصیلی و آماده شدن برای امتحان، قبل از امتحان فشار بالایی را متحمل می‌شوند و به دلیل آمادگی کمتر، در حین امتحان

اضطراب امتحان بیشتری را تجربه می کنند.

نتیجه‌ی به دست آمده موافق با چند پژوهش است (Klassen et al, 2009؛ Kothari, 2011؛ Lay & Johnson, 2004). متناقض با پژوهش حاضر نیز نتایجی به دست آمده است (Tan et al, 2008؛ Shaterian, Pakdaman, Shahmohammadi, 2010؛ Silverman, 1996). یکی از دلایل وجود نتایج متناقض پژوهشی در مورد ارتباط بین اضطراب امتحان و اهمالکاری تحصیلی، وجود انواع سازگارانه اهمالکاری تحصیلی یا به عبارتی اهمالکاری فعال است و حاکی از لزوم استفاده از مقیاس های مختلف اهمالکاری است.

همانطور که تحلیل مسیر نشان داد الگوی ارائه شده ی روابط متغیرهای پژوهش معنادار نبود. در مدل اصلاحی نخست، با تثبیت خطای پیشرفت تحصیلی، و در مدل اصلاحی دوم با حذف مسیر اهمالکاری تحصیلی به پیشرفت تحصیلی، شاخص ها، بهبود یافت و منجر به تایید شدن این دو مدل شد. مدل اصلاح شده ی سوم که با حذف مسیر اهمالکاری تحصیلی به پیشرفت تحصیلی و مسیر اضطراب امتحان به پیشرفت تحصیلی و ایجاد مسیر بین اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان، به وجود آمد، بهترین مدلی بود که شاخص های نیکویی برازش، به نحو مطلوبی نشان دهنده ی برازش آن بود.

در رابطه با توضیح رد مدل اولیه می توان بیان داشت؛ پیشرفت تحصیلی مساله ای است که تحت تاثیر عوامل متعدد بیرونی و درونی قرار می گیرد. عوامل درونی نیز به نوبه ی خود علل گوناگونی از جمله؛ هوش و استعداد، عزت نفس، خودپنداره، انگیزه، نیاز پیشرفت و را شامل می شود. متغیرهایی که در این مدل به عنوان علت پیشرفت تحصیلی لحاظ شده اند تنها بخش کوچکی از عوامل تاثیرگذار بر پیشرفت تحصیلی را دربر می گیرد. این عوامل ممکن است اثر درماندگی آموخته شده بر پیشرفت تحصیلی را خنثی کرده باشد و منجر به تایید نشدن این مدل شده باشد. از طرف دیگر ممکن است متغیرهای میانجی دیگری وجود داشته باشد که دربرگیرنده ی ارتباطات غیرمستقیم باشد که در این مدل به آن ها پرداخته نشده است. یکی از اصلاحاتی که در مدل نهایی ایجاد شد، عبارت بود از حذف مسیر اهمالکاری تحصیلی به پیشرفت تحصیلی. در رابطه با ارتباط اهمالکاری و عملکرد نتایج متفاوتی که نشان دهنده ی عدم ارتباط، ارتباط ضعیف و ارتباط قوی و نیرومند است، گزارش شده است. یکی از علل این مساله می تواند وجود انواع گوناگون اهمالکاری، از جمله اهمالکاری فعال و منفعل و فواید انطباقی برخی گونه های اهمالکاری باشد.

اصلاح دیگری که در مدل نهایی انجام شد، حذف مسیر اضطراب امتحان به پیشرفت تحصیلی بود. به نظر می رسد دانش آموزان دارای اضطراب امتحان بالا حتی اگر آمادگی خوبی داشته باشند، به دلیل اثری

که اضطراب امتحان بر توجه و حافظه دارد، نمی‌تواند توانایی واقعی خود را نشان دهند. برای تبیین این تاثیر نظریه‌های مختلفی ارائه شده است. اما در مورد ارتباط اضطراب امتحان با پیشرفت تحصیلی نیز نتایج متناقضی به دست آمده است.

در مدل اصلاح شده‌ی نهایی که تایید شد، مسیری بین اهمالکاری و اضطراب امتحان ایجاد شده است. در مورد رابطه‌ی این دو متغیر می‌توان گفت؛ از آن جا که دانش آموزان مضطرب استقامت ندارند و از انجام تکالیف دشوار اجتناب می‌کنند، اضطراب به عنوان علت اهمالکاری بیان شده است. از طرف دیگر دانش آموزان اهمال کار به دلیل به تعویق انداختن تکالیف و آماده نشدن، اضطراب امتحان بیشتری را تجربه می‌کنند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش، پرسیدن معدل دانش آموزان از خود آن‌ها بود. همچنین این پژوهش بر روی دانش آموزان دختر پایه‌ی دوم مقطع دبیرستان انجام شده است و قابلیت تعمیم به مقاطع و پایه‌های دیگر را ندارد. بنابراین مناسب است که در مورد جامعه‌ی پسران و مقاطع و پایه‌های دیگر نیز انجام شود تا به علت اهمیت سن و جنسیت افراد در متغیرهای مورد بررسی، امکان مقایسه فراهم شود. همچنین با توجه به ابزارهای موجود برای تفکیک اهمالکاری منفعل و فعال، از جمله APS، رابطه‌ی این دو نوع اهمالکاری به طور جداگانه با پیشرفت تحصیلی بررسی شود.

با توجه به ارتباط درماندگی آموخته شده، اهمالکاری تحصیلی و اضطراب امتحان با کاهش عملکرد تحصیلی، می‌بایست بر روی روش‌های پیشگیری و درمان آن‌ها کار شود. از جمله آموزگاران می‌توانند با دادن فرصتهایی برای موفقیت در گام‌های کوچک، پسخوراند فوری و از همه مهمتر، انتظارات منطقی و وفا کردن به عهد، از درماندگی آموخته شده در دانش آموزان جلوگیری کنند. همچنین با تمرکز بر اهداف یادگیری به جای اهداف عملکردی، درماندگی را کاهش دهند، زیرا تمام دانش آموزان نمی‌توانند به درجات مختلف، به اهداف یادگیری دست یابند.

References

- Abolghasemi, A. (2003). Test anxiety. Ardabil, Nik Amooz puplication.
- Abedini, Y., Bagherian R., & Kadkhodae M.S. (2010). The relation among motivational beliefs, cognitive and Meta cognitive strategies and academic achievement: testing of Alternative Models. *Advances in cognitive science*, 12 (3), 34-48. (In Persian)
- Abolghasemi, A., Golpoor, R., Narimani, M., & Ghomri, H. (2008). The investigation of relationship between meta-cognitive beliefs with academic success in test anxious students. *Studies in Education and psychology*, 10(3), 5-20. (In Persian)
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and Reformulation of Ab. *Journal normal Psychology*, 87(1), 49-7.
- Ackerman, D. S., & Gross, B.L. (2005). My instructor made me do it: task characteristics of procrastination. *Journal of Marketing Education*, 27(5), 4-13.
- Ahmadi, S., & Sheikoleslami, R. (2012). The investigation of relationship between emotional intelligence and academic achievement with the intervention of academic satisfaction. *Journal of Educational Psychology Studies*, 8(13), 1-21. (In Persian)
- Akca, F. (2011). Relationship between test anxiety and learned helplessness. *Social Behavior & personality: An Introduction Journal*, 39 (1), p 101.
- Akinsola, E. F., & Dubem Nwajei, A. (2013). Test anxiety, depression and academic performance: assessment and management using relaxation and cognitiv restructuring techniques. *Psychology* 4(6A1), 18-24.
- Akinsola, M, K., Tella, A., & Tella, A. (2007). Correlates of academic procrastination and mathematics achievement of university undergraduate students. *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education*, 3(4), 363-370.
- Au, R. C. P., Watkins, D., Hattie, J., & Alexander, P. (2009). Reformulating the depression model of learned hopelessness for academic outcomes. *Educational Research Review*, 4, 103-117.
- Beirami, M., & Abdi, R. (2009). The investigation of mindfulness-based intervention and its influence on reduction in students test anxiety. *Education Journal*, 2(2), 35-54. (In Persian)
- Brownlow, S., & Resinger, R. D. (1996). Putting off until tomorrow what is better done today: academic procrastination as a function of motivation toward college work. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 15-34.
- Buys, N. J., & Winefield, A., H. (1982). Learned helplessness in high school students following experience of non contingent rewards. *Journal of research in personality*, 16, 118-127.
- Cao, Li (2012). Differences in procrastination and motivation between undergraduate and graduate students. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 12(2), 39-64.
- Cassady, J. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 27, 270-295.
- Cassady, J. C., (2004). The impact of cognitive test anxiety on test comprehension and recall in the absence of external evaluative pressure. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 311-325.
- Chamorro-Premuzic, T., Ahmetoglu, G., & Furnham, A. (2008). Little more than personality: dispositional determinants of test anxiety (the Big Five, core self-evaluations, and self-assessed intelligence). *Learning and Individual Differences*, 18, 258-263.

- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., & Gubi, A. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, 97(2), 268-274.
- Cheraghian, B., Fereidooni Moghadam, M., Baraz-Pardejani, S., & Bavarsad, N. (2008). Test anxiety and its relationship with academic performance among nursing students. *Knowledge & Health*; 3(3-4): 25-29. (In Persian)
- Custer, N. R. (2016). Test anxiety and academic procrastination among pre-licensure nursing students. Indiana University of Pennsylvania.
- Diaz-Morales, J. F., Cohen, J. R., & Ferrari, J. R. (2008). An integrated view of personality styles related to avoidant procrastination. *Personality and Individual Differences*, 45, 554-558.
- Fatehi, Y. (2010). The prevalence of academic procrastination and its relationship with academic self-efficacy and study habits in the high school students in Shiraz city. MA thesis, Ferdowsi University of Mashhad.
- Fincham, F. D., & Cain, K. M. (1986). Learned helplessness in humans: a developmental analysis. *Developmental Review*, 6, 301-333.
- Fincham, F. D., Hokoda, A., Sanders, J. R. (1989). Learned helplessness, test anxiety, and academic achievement: a longitudinal analysis. *Child Development*, 60, 138-145.
- Fulton, B. A. (2016). The relationship between test anxiety and standardized test scores. Walden University.
- Genero, C. (2008). Chaotic environments, learned helplessness and academic achievement in adolescence.
- Haycock, L. A., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling & Development*, 76(3), 317-324.
- Howell, A. J., Watson, D. C., Powell, R. A., & Buro, K. (2006). Academic procrastination: The pattern and correlates of behavioral postponement. *Personality and Individual Differences*, 40, 1519-1530.
- Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences*, 43, 167-178.
- Jiao, Q. G., DaRos-Voseles, D. A., Collins, K. M. T., & Onwuegbuzie, A. J. (2011). Academic procrastination and the performance of graduate-level cooperative groups in research methods courses. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 11(1), 119 - 138.
- Klassen, R. M., Ang, R. P., Chong, W. L., Krawchuk, L., Huan, V. S., & Wong, I. Y. F. (2009). A cross-cultural study of adolescent procrastination. *Journal of research on adolescence*, 19(4), 799-811.
- Kazemian Moghadam, K., & Mehrabi zadeh, M. (2010). Test anxiety and techniques for dealing with it. Tehran: Arad book.
- Kothari, R. A. (2011). The investigation of procrastination in students and its relation with achievement motivation and test anxiety. MA thesis, Ferdowsi university of Mashhad.
- Lashkaripour, K., Bakhshani, N.M., & Solaimani, M.J. (2007). The relationship between test anxiety and academic achievement in students of guidance school in Zahedan in 2006. *East Medic*, 8(4), 253-259. (In Persian)

- Liebert, R. M., & Morris, L. W. (1967). Cognitive and emotional components of test: a distinction and so initial data. *Psychological Reports*, 20, 975-978.
- Lemoine, D. (2016). The process of self-discovery: learned helplessness, self-efficacy, and endogenous overoptimism. University of Arizona Working Paper 16-01.
- Mahdavi gharvi, M., Khosravi, M., & Najafi, M. (2012). The relationship between test anxiety, perfectionism and achievement motivation with academic achievement. *Quarterly Journal of new Thoughts on Education*, 8(3), 31-50. (In Persian)
- McCarthy, J. M., & Goffin, R. D. (2005). Selection test anxiety: exploring tension and fear of failure across the sexes in simulated selection scenarios. *International journal of selection and assessment*, 13(4), 282-295.
- Moon, S. M., & Illingworth, A. J. (2005). Exploring the dynamic nature of procrastination: A latent growth curve analysis of academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 38, 297-309.
- Mortezaee, Z. (2011). The investigation of prevalence of academic procrastination in Ferdowsi university students and its relationship with learning strategies and problem solving skills. MA thesis, Ferdowsi university of Mashhad.
- Onwuegbuzie, A. J. (2004). Academic procrastination and statistics anxiety. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 29(1), 3-19.
- Onyekuru, B., & Ibegbunam, J. (2014). Relationships among test anxiety, locus of control and academic achievement among college students. *European Scientific Journal* 10 (13), 387-401.
- Razavieh, A., Seif, d., & Taheri, A. (2005). The investigation into influence of anxiety components and mathematics attitude on academic achievement in students. *Faslnameh Taleem va Tarbiat*, 21(2), 7-30. (In Persian)
- Raufelder, D., Regner, N., & Wood, M. A. (2017). Test anxiety and learned helplessness is moderated by student perceptions of teacher motivational support. *Educational Psychology*.
- Sanavi (2013). The role of self determined social milieu in students goal orientation. MA thesis, Ferdowsi university of Mashhad.
- Sepehrian Azar, F. (2013). Self-efficacy, achievement motivation and academic procrastination as predictors of academic achievement in pre-college students. *Proceeding of the Global Summit on Education*, 11-12 March 2013, Kuala Lumpur.
- Shaeeri, M., Molamirzaee, M., Parvari, M., Shah Moradi, F., & Hashemi, A. (2004). The investigation of test anxiety and academic achievement with regard to gender and students field. *Daneshvar Raftar*, 11(6), 55-62. (In Persian)
- Shabbir Ali, M., & Naeem Mohsin, M (2013). Relationship of test anxiety with students achievement in science. *International Journal of Educational Science and Research*, 3(1), 99-106.
- Smallheer, B. A. (2011). Learned helplessness and depressive symptoms in patients following acute myocardial infarction.
- Sorrenti, L., Filippello, P., Orecchio, S., & Buzzai, C. (2016). Learned helplessness and learning goals: Role played in school refusal, a study on Italian students. *Mediterranean Jurnal of Clinical Psychology*, 4(21).
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65-94.
- Steel, P., Brothen, T., & Wambach, C. (2000). Procrastination and personality, performance,

- and mood. *Personality and Individual Differences*, 30, 95-106.
- Talbot, L. (2016). Test anxiety: Prevalence, effects, and interventions for elementary school students. *James Madison Undergraduate Research Journal*, 3(1), 41-51.
- Tamadoni, M., Hatami, M., & Hashemi razini, H. (2010). General self-efficacy, academic procrastination and academic achievement in university students. *Educational psychology*, 6(17), 65-85. (In Persian)
- The center of Excellence on Learned helplessness (?). Practitioner handbook of learned helplessness. <http://www.4shared.com/web/preview/doc/XwymgsSU> .
- Tan, C. X., Ang, R. P., Klassen, R. M., Yeo, L. S., Wong, I. Y., & Huan, V. (2008). Correlates of academic procrastination and students grade goals. *Curr Psychol*, 27, 135-144.
- Verma, S., & Gera, M. (2012). Learned helplessness in adolescents. *International Journal of Science and Research*, 3(7).
- Vij, J., & Lomash, H. (2014). Role of motivation in academic procrastination. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 5(8), 1065-1070.
- Yazici, K. (2017). The relationship between learning style, test anxiety and academic achievement. *Universal Journal of Educational Research* 5(1): 61-71.



شکاری، حسین؛ حسینی ثابت، فریده؛ برجعلی، احمد (۱۳۹۶). اثر بخشی مدیریت دفاع های تاکتیکی بر اساس روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر تعارضات بین فردی.

DOI: 10.22067/ijap.v7i2.53415

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۲)، ۳۷-۲۳.

اثر بخشی مدیریت دفاع های تاکتیکی بر اساس روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر تعارضات بین فردی

حسین شکاری^۱، فریده حسینی ثابت^۲، احمد برجعلی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۶/۷/۱۶

چکیده

هدف: تعیین اثر بخشی مدیریت دفاع های تاکتیکی بر اساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر کاهش تعارضات بین فردی بود.

روش: این پژوهش به شیوه ی نیمه آزمایشی با گروه کنترل، از نوع پیش آزمون و پس آزمون به همراه پیگیری ۲ ماهه صورت گرفت. ۱۶ نفر از جوانان ۲۰ تا ۴۰ ساله که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. برای ارزیابی متغیر از پرسشنامه تعارض ویکر و فیشر و اوری استفاده شد. اعتبار و روایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۹ بود. همه شرکت کنندگان گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین نتایج پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش، در نمره تعارض بین فردی تفاوت معنا داری وجود دارد، اما در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل چنین تفاوتی دیده نشد. همچنین نتایج بدست آمده از آزمون T همبسته در گروه آزمایش نشان داد که اثربخشی مداخله در طی ۲ ماه ماندگار بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مدیریت دفاع های تاکتیکی بر اساس روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت در کاهش تعارضات بین فردی موثر بوده است.

واژه های کلیدی: تعارض بین فردی؛ دفاع های تاکتیکی؛ روان درمانی پویشی کوتاه مدت

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، h.shekary.1986@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده ی مسئول)، farideh_hosseinsabet@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، borjali@atu.ac.ir

مقدمه

تعارضات در روابط فردی^۱ نقش دو سویه‌ای داشته، نه تنها اجتناب ناپذیر نبوده بلکه به فهم ریشه و اهمیت روابط نیز کمک می‌کنند. به بیان بهتر نبود تعارض نشانه‌ای از بی‌علاقگی است و نه تنها رابطه را تعریف می‌کند، بلکه به تحریک علاقه‌ی اصیل در رابطه کمک می‌کند. (Kaslow, 2001). با این حال تعارضات در صورت طولانی شدن و برخورد ناسازگارانه می‌توانند زمینه‌ی بروز اختلافات و خشونت‌ها نیز باشند. درمانگران باید در مواجهه با تعارضات گسترده و افزایش خشونت بین فردی و خانگی و در جلوگیری از تعارضات آماده باشند و به آنها در پردازش تعارض در شرایط مثبت و سالم کمک نمایند. (Afzalur Rahim, et al 2002)

بیماران از دفاعهای گوناگونی استفاده می‌کنند. این دفاع‌ها مشکلات و نشانه‌هایی را ایجاد می‌کنند که بیماران از آنها رنج می‌برند (Frederickson, 2013). بیماران ممکن است از دفاعهای تاکتیکی، سرکوب‌کننده^۲، کاراکتر^۳ و واپس‌رونده^۴ استفاده کنند (Davanloo, 1996). دفاعهای تاکتیکی (Davanloo, 1995) سرکوب‌کننده می‌باشند و کارکرد اولیه آنها به عنوان یک تاکتیک برای دور نگه داشتن بیمار از درمانگر می‌باشد. آنها مقاومت در برابر نزدیکی هیجانی را آشکار می‌کنند. دفاعهای اصلی بیشتر ماهیت درون روانی دارند، در حالیکه دفاعهای تاکتیکی بیشتر ماهیتی بین فردی دارند و برای جلوگیری از صمیمیت و نزدیکی هیجانی به کار می‌روند. بدیهی است آسیب‌هایی که به تلاش برای برقراری یک رابطه صمیمی و اصیل در گذشته وارد می‌شود، زمینه ساز ظهور دفاعهای تاکتیکی است. دوانلو تأکید می‌کند که دفاعهای تاکتیکی و اصلی یک پیوستار را تشکیل می‌دهند و هر نوع تلاش در جهت تمایز دقیق بین آنها بی‌حاصل است (Davanloo, 1996).

مطالعاتی با رویکردهای روان درمانی روان پویایی کوتاه مدت برای کاهش دفاع‌ها و مقاومت زوجها و برخورد با پدیده انتقال و در نتیجه ارتقاء رضایت زناشویی و عملکرد خانواده‌ها انجام گرفته است (Kaslow, 2006; Jarareh, 2011). در این بررسی‌ها به نقش دفاعهای تاکتیکی و همچنین به بررسی پدیده انتقال و انتقال متقابل در بافت زوجها و خانواده‌ها پرداخته شده است. نتایج این تحقیقات اثربخشی رویکرد مزبور را نشان می‌دهد و موجب بهبودی روانی در آنان گردیده است. یک پژوهش نشان داد که مدیریت دفاعهای تاکتیکی باعث کاهش تعارضات بین فردی در زوجها می‌شود (Mobasem, 2012). پژوهشهای انجام شده مرتبط در ایران نشان داده‌اند که درمان روان پویایی با تمرکز بر ارتباط تجارب آسیب‌زای دوران

1. Interpersonal Conflict
2. Repressive
3. Character
4. Regressive

کودکی و تعارضات کنونی زناشویی بر کاهش تعارضات زناشویی یا افزایش رضایت و سازگاری زناشویی مؤثر است. رایج ترین دفاع های تاکتیکی شامل لغات پوشان^۱، کناره گیری^۲، پراکنده گویی^۳، طفره روی^۴، کلی گویی^۵، سخن فرضی یا غیرمستقیم^۶، بازپس گیری^۷، نشخوار ذهنی^۸ و مبهم گویی^۹ می باشد (Frederickson, 2013).

احساسات، اضطراب و دفاع ها با توجه به تخریب های ایجاد شده در روابط اولیه، در ایجاد تعارضات بین فردی نقش دارند. روان درمانی روان پویشی فشرده و کوتاه مدت با توجه به کار بر روی دفاع ها، اضطراب و تجربه احساسات، می تواند در حل تعارضات بین فردی تاثیر داشته باشد. با توجه به این که مطالعات اندکی به خصوص در ایران در زمینه تاثیر مداخلات پویشی در دفاع های تاکتیکی و تاثیر این مداخلات بر تعارضات بین فردی انجام شده است، بررسی و ایجاد مداخلات مناسب جهت رفع تعارضات بین فردی ضروری به نظر میرسد. این پژوهش کاربرد روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت دوانلو را در افراد با تعارض بین فردی نشان می دهد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و پی گیری) بود.

زمان	T1	T2	T3
گروه آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
گروه کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری

نمودار ۱: نمودار طرح پژوهش

جامعه آماری مورد پژوهش ۱۶۰ نفر از افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به سه مرکز مشاوره و روان درمانی در شهر تهران در سال ۹۳-۹۴ که با توجه به مصاحبه و پرسشنامه ی تعارضات بین فردی، تعارض بین

- 1 . Watered-Down
- 2 . Distancing
- 3 . Diversification
- 4 . Evasiveness
- 5 . Generalization
- 6 . Indirect or Hypothetical Speech
- 7 . Retraction
- 8 . Rumination
- 9 . Vagueness

فردی داشتند، بود. ۲۴ نفر شرایط ورود به مطالعه را داشتند که از بین آنها ۱۶ نفر حاضر به همکاری شدند. روش نمونه‌گیری داوطلبانه هدفمند بود.

افراد مورد پژوهش به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر دو گروه قبل و بعد از درمان به پرسش‌نامه مربوطه پاسخ دادند. دوره پی‌گیری بعد از گذشت دو ماه انجام گرفت. شرایط ورود به درمان عبارت بودند از: دفاع‌های جداسازی^۱ با مسیر تخلیه‌ی اضطراب در عضلات مخطط و دفاع-های رپرسیو^۲ با مسیر تخلیه‌ی اضطراب در عضلات صاف. در این پژوهش افرادی که دفاع‌های رگرسیو^۳ با الگوی تخلیه‌ی اضطراب در مسیر آسیب‌شناختی و ادراکی (Abbass, 2015) داشتند از فرایند پژوهش حذف شدند. ملاک‌های دیگر ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن حداقل توانایی جسمی و شناختی برای شرکت در مداخلات روان‌شناختی، نداشتن مشکلات و بیماری‌های جسمانی شدید بخصوص بیماری‌های قلبی، زخم معده، حالت‌های شدید سوء استعمال مواد، سایکوزها، اختلال شدید در تکانه (که تمام این موارد در مصاحبه‌ی آزمایشی اولیه تعیین می‌شد) و داشتن علاقه‌مندی تمام برای شرکت در جلسات که بر اساس خود اظهاری اعضا تعیین شد

ابزارها

پرسشنامه حل تعارض (CRQ^۴): این پرسشنامه توسط فیشر (Fisher 1991) و ویکز (Weeks 1994) ساخته شد. این پرسشنامه از ۴۰ گویه تشکیل شده است و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ تقریباً هرگز (۱ نمره)، گاهی (۲ نمره)، نیمی از اوقات (۳ نمره)، معمولاً (۴ نمره)، همیشه (۵ نمره) و به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری ایده‌های حل تعارض و توانایی شخص در خلق و ارائه راه حل‌های برنده - برنده و سودمند به حال طرفین تعارض ساخته شد. جمع نمرات هر چه بالاتر باشد نشان دهنده کارایی و اثر بخشی بیشتر در حل تعارض است. بالاترین و پائین‌ترین نمرات به ترتیب نشان دهنده اثر بخش‌ترین و ضعیف‌ترین توانایی‌ها در ارائه راه حل برای تعارض است. عبارات این پرسشنامه ادراک و برداشت پاسخ‌دهندگان را بر مبنای این که معمولاً چگونه در رفتارهای خاص مرتبط با تعارض وارد می‌شوند و میزان آگاهی آنها را از موضوع تعارض می‌سنجد. پرسشنامه CRQ، به عنوان وسیله‌ای برای ارتقاء و بهبود درک

۱. Isolation

۲. Repressive

۳. Regressive

۴. Conflict Resolution Questionnaire

افراد از تعارض، طراحی و به عنوان ابزاری آموزشی مورد استفاده قرار گرفته است (Alirezayee, 2008). این پرسشنامه از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده است که خرده مقیاس های آن عبارتند از: ۱. تعارض را امری طبیعی می داند (سوالات ۱ تا ۴). ۲. فضا و موقعیت (سوالات ۵ تا ۸). ۳. شفاف سازی دریافت و برداشت ها (سوالات ۹ تا ۱۲). ۴. توجه به نیازها به جای خواسته ها (سوالات ۱۳ تا ۱۶). ۵. ایجاد رابطه همکاری مثبت و قدرتمند (سوالات ۱۷ تا ۲۰). ۶. تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته ها (سوالات ۲۱ تا ۲۴). ۷. ارائه گزینه هایی برای سود متقابل (سوالات ۲۵ تا ۲۸). ۸. بسط و ارائه کارهای شدنی، هدف گذاری گام به گام تا عمل (سوالات ۲۹ تا ۳۲). ۹. ایجاد توافق های مبتنی بر سود متقابل (سوالات ۳۳ تا ۳۶). ۱۰. ملاحظه کاری و مراعات بیش از حد (سوالات ۳۷ تا ۴۰). هنینگ (Henning, 2003) ضرایب پایایی این ابزار را با استفاده از روش تصنیف ۰/۶۹ و با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ بدست آورد. ارزیابی کلی این تست نشان می دهد با استفاده از روش دونیمه کردن نمره دو فاکتور دو و هفت از کل فاکتورهای این تست پایا و معتبر بودند. اعتبار سازه با روش تحلیل عوامل وجود ۱۰ زیر مقیاس پرسشنامه را تایید کرد (Alirezayee, 2008 Quoted). همچنین اعتباریان و پورولی (Etebarian and Poorvali, 2009) آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ بدست آورد. آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۷۷ بدست آمد.

روش اجرا

برگزاری ۱۲ جلسه درمانی و ضبط جلسات. قبل از برنامه درمانی، پیش آزمون و یک هفته پس از اجرای مداخلات درمانی پس آزمون اجرا شد و دو ماه بعد آزمون پیگیری برای گروه آزمایشی اجرا شد. جلسات اول درمان به علت ارزیابی مطابق روش دوانلو بین ۱/۵ تا ۳ ساعت طول می کشید. و بعد از آن جلسات بصورت هفته ای و ۱ ساعت طول می کشید. درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت، با تمرکز بر دفاع های تاکتیکی (مشکلات با ماهیت بین فردی) بود.

در جلسات اولیه تمرکز بر اتحاد درمانی، کمک به بیمار در بیان اهداف مثبت بود. درعین حال که جلسات پیش می رفت تمرکز بر شناسایی دفاع های تاکتیکی که مانع از بیان واضح مشکلات بیمار و رابطه ی اصیل با درمانگر بود. و در ادامه به روشن سازی بیشتر دفاع ها، مقاومت، مکانیسم های دفاعی و انتقال با تمرکز بر تعارضات اصلی توجه می شد. انواع دفاع های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در زیر ارائه می شوند:

(۱) **لغات پوشان:** زمانی که از بیمار دعوت می کنیم که توصیف کند چه احساسی دارد، وی ممکن است

- به جای احساسش یک لغت پوشان^۱ را بیان کند. برای مثال به جای بیان احساس خشم که نسبت به رئیس خود، که وی را در مقابل جمع تحقیر کرده است، بیمار ممکن است بگوید که احساس ناامیدی، ناراحتی و یا تحریک پذیری می‌کند. این لغات احساس واقعی خشم را می‌پوشاند.
- (۲) **کناره‌گیری:** بعضی از بیماران ممکن است از ژست‌ها، تن صدا و لغاتی استفاده کنند تا فاصله‌ی بین فردی خود را از درمانگر حفظ کنند. بنابر این درمانگر باید برای داشتن رابطه‌ای اصیل با بیمار، این دفاع را به توجه بیمار آورد.
- (۳) **پراکنده‌گویی:** بیمار ممکن است برای دوری از احساساتش، موضوع گفتگوی خود را تغییر دهد. این تداعی آزاد به احساسات نیست. بلکه در عوض تداعی کردن به دور از احساسات می‌باشد. دفاع را مسدود^۲ کنید و به موضوع اصلی برگردید.
- (۴) **طفره روی:** بعضی از بیماران از دادن پاسخ‌های روشن و دقیق به پرسش‌های درمانگر دوری می‌جویند، تا بدین طریق درمانگر نتواند یک تصویر روشن و واضح از مشکلات آنها داشته باشد. با اشاره به دفاع طفره روی به بیمار برای بیان روشن مشکلاتش کمک نمایید.
- (۵) **کلی‌گویی:** بیمار ممکن است خود را بوسیله‌ی واژه‌های کلی برای درمانگر توصیف نماید. با اشاره به این دفاع و مسدود کردن آن به بیمار کمک نمایید تا مشکلاتش را با جزئیات بیان نماید.
- (۶) **سخن فرضی یا غیرمستقیم:** به جای ایجاد یک توضیح روشن در مورد یک موضوع اضطراب‌زا، بیماران در مورد شرایطی که یک موضوع می‌تواند داشته باشد را بیان می‌نمایند. آنها ممکن است بگویند: احتمالاً، می‌تونه، فرض می‌کنم، حدس می‌زنم، ممکنه حق با شما باشه، تقریباً یا من باید احساس غم کنم. بیمار از طریق این واژه‌ها، یک واقعیت را تبدیل به یک فرضیه محض می‌نماید.
- (۷) **بازپس‌گیری:** باز پس‌گیری یک نوعی از باطل‌سازی می‌باشد. بیمار یک چیزی را می‌گوید و سپس آن را باز پس می‌گیرد.
- (۸) **نشخوار ذهنی:** تعجب، گمانه‌زنی و نشخوار ذهنی می‌تواند همکاری به نظر برسد، اما آنها دفاع هستند. بیمار جملاتش را در یک حالتی از سردرگمی به پایان می‌رساند، تا بدین طریق از تجربه احساساتش دوری نماید. نشخوار ذهنی را قطع نمایید، و به بیمار کمک کنید تا آن را ببیند، و بر علیه آن حرکت نماید. هنگامی که بیمار در مورد این که دیگران چه فکر و احساسی می‌نمایند نشخوار

۱ . Watered-Down

۲ . Block

ذهنی می کند آن را مسدود نمایید. بعضی از بیماران در مورد گذشته نشخوار ذهنی می نمایند. وقتی این رخ می دهد، نشخوار ذهنی را مسدود نمایید. یا ممکن است در مورد آینده نشخوار ذهنی نمایند. یا ممکن است به جای بیان خواسته ی خود در درمان شروع به نشخوار ذهنی نماید. آن را مسدود نمایید و بر خواسته ی بیمار برای درگیر شدن در درمان تمرکز نمایید. اگر بیمار می گوید که او از آنچه که قرار است در درمان کشف شود، وحشت دارد. در پاسخ به او بگویید که، شما از آنچه که می خواهید در مورد خود کشف نمایید، ترسیده اید. شما می توانید از این ترس اجتناب نمایید، و هرگز نفهمید که در زیر نشانه های شما چه می گذرد. یا ما می توانیم با یکدیگر با این ترس مواجه شویم و درک نماییم که چه چیزی سبب مشکلات و نشانه های شما شده است.

۹) **مبهم گویی:** زمانی که بیمار در مورد مشکلی که برای آن در جستجوی کمک از شما برآمده، و یا در مورد ارائه ی یک مثال از آن در حالت ابهام باقی می ماند، آنها با این کار، برای هر دو شما داشتن یک تصویر روشن از مشکل را غیر ممکن می سازند. همیشه به بیمار کمک نمایید تا دفاع مبهم بودن را ببیند و بر علیه آن حرکت نماید، تا شما بتوانید یک فهم روشن از مثلث تعارض داشته باشید (Frederickson, 2013). در تمام این دفاع ها اصول مداخله یکسان می باشد: به بیمار کمک می شود که دفاع ها و هزینه آنها را ببیند تا او بتواند بر دفاع هایش غلبه کند و با مشکلات و احساسات خود روبرو شود.

روش تحلیل داده ها

در پژوهش حاضر جهت انجام محاسبات آماری و تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری زیر استفاده گردید: آمار توصیفی که به منظور توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد. پس از بررسی توزیع طبیعی و برابری واریانس ها بین دو گروه در مورد متغیر وابسته که سطح تعارض بین فردی بود، با در نظر گرفتن سطح تعارض اولیه (نمره پیش آزمون) به عنوان کوواریانس، از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. برای دوره پی گیری از آزمون T همبسته استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار کامپیوتری SPSS-21 استفاده شد.

یافته ها

نمونه شامل شرکت کنندگان زن و مرد از ۲۳ تا ۳۶ سال که تعارض بین فردی داشتند و جویای درمان بودند. خصوصیات جمعیت شناختی شرکت کنندگان به طور خلاصه در جدول زیر آمده است.

جدول ۱: اطلاعات شرکت کنندگان

مراجع	میانگین سن	نسبت مرد به زن	درصد تاهل	درصد تحصیلات دانشگاهی
گروه آزمایش	۳۱/۸	۱	٪۵۰	٪۷۵
گروه کنترل	۲۸	۱	٪۶۲	٪۲۵

جدول ۲: اطلاعات توصیفی متغیر تعارضات بین فردی

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پی گیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعارض	آزمایش	۸	۰/۴۳	۱۵/۲۲	۰/۶۷	۱۶/۰۵	۰/۵۵	۱۳/۰۵
	کنترل	۸	۰/۶۰	۱۴/۱	۰/۵۴	۱۳/۱۶	۰/۵۵	۱۳/۲۱

همچنان که ملاحظه می‌شود در گروه آزمایش میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون زیاد شده است. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس روان درمانی پویایی کوتاه مدت، باعث تغییر در تعارضات بین فردی در افراد شده است. در بکارگیری روش‌های آماری پارامتریک، ابتدا باید مفروضات آزمون مورد تایید قرار بگیرد تا بتوان از آزمون مورد نظر استفاده کرد؛ بنابراین ابتدا مفروضات روش تحلیل کواریانس «استقلال مشاهدات، نرمال بودن توزیع متغیر وابسته و همگنی واریانس‌ها در گروه‌های مختلف» مورد بررسی قرار می‌گیرد. مستقل بودن به این معنی است که نمره هر فرد در متغیر همراه و وابسته، مستقل از نمره‌های تمام آزمودنی‌های دیگر است. این شرط در پژوهش ما برقرار بود زیرا پاسخ‌های آزمودنی‌ها به سوالات تحت تأثیر آزمودنی‌های دیگر نبود. برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای

متغیرها شاخص	۱- تعارض طبیعی	۲- فضا و موقعیت	۳- شفاف سازی بر دانشها	۴- توجه به نیازها	۵- ایجاد رابطه همکاری	۶- تمرکز بر آینده	۷- سود متقابل	۸- بسط کارهای شدنی	۹- ایجاد توافق	۱۰- ملاحظه کاری
Z	۰/۹۲	۰/۴۷	۱/۱۹	۱/۰۱	۰/۹۵	۱/۳۵	۰/۸۹	۰/۷۳	۰/۸۳	۰/۷۹
P	۰/۳۶	۰/۹۷	۰/۱۱	۰/۲۵	۰/۳۱	۰/۰۵۵	۰/۴	۰/۶۵	۰/۴۸	۰/۵۵

با توجه به نتایج جدول ۳ و سطوح معناداری بدست آمده برای هریک از متغیرهای پژوهش که

بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، فرضیه صفر تایید شده و توزیع داده های تمام متغیرها طبیعی است. مفروضه دیگر همگنی شیب واریانس ها است. این مفروضه بدین معنی است که ضریب رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیرهای همپراش در گروه ها یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه برای هر یک از مولفه ها از آزمون تحلیل واریانس (آزمون F) استفاده شد.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری متغیرها	SS	DF	MS	F	sig
گروه تعارضات بین فردی	۰/۰۰۴	۱	۳۲۵۴۷۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۸۴
گروه تعارض طبیعی	۰/۰۴	۱	۳۱۶۴/۰۶۲	۰/۰۵۱	۰/۸۲
گروه فضا و موقعیت	۰/۰۰۵	۱	۳۸۴۴	۰/۰۰۵	۰/۹۴
گروه شفاف سازی برداشتها	۰/۰۸۸	۱	۳۲۴۹	۰/۰۸۸	۰/۷۷
گروه توجه به نیازها	۱/۸۶	۱	۴۲۵۷/۵۶۲	۲/۵	۰/۱۳
گروه ایجاد رابطه همکاری	۲/۴۱	۱	۲۴۵۰/۲۵۰	۳/۹۴	۰/۰۷
گروه تمرکز بر آینده	۰/۳۷	۱	۳۰۸۰/۲۵۰	۰/۲۹	۰/۵۹
گروه سود متقابل	۰/۲۵	۱	۳۷۵۱/۵۶۲	۰/۱۹	۰/۶۶
گروه بسط کارهای شدنی	۱/۲۶	۱	۳۰۸۰/۲۵۰	۱/۷	۰/۲۱
گروه ایجاد توافق	۰/۱۰۲	۱	۳۶۳۰/۰۶۲	۰/۱۸	۰/۶۷
گروه ملاحظه کاری	۰/۱۹۷	۱	۲۳۰۴	۰/۲۲	۰/۶۴

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با توجه به ضرایب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش آزمون در هیچ یک از گروه ها معنادار نمی باشد ($P > 0.05$). در نتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب رگرسیون بین متغیرهای وابسته و همپراش در دو گروه مشاهده نمی گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در گروه های تعارضات بین فردی و همه زیر مقیاس ها برقرار است.

جدول ۵. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در گروه ها

متغیرها شاخص	تعارض طبیعی	فضا و موقعیت	شفاف سازی برداشتها	توجه به نیازها	ایجاد رابطه همکاری	تمرکز بر آینده	سود متقابل	بسط کارهای شدنی	ایجاد توافق	ملاحظه کاری
F	۰/۷۷	۴/۳۵	۰/۷۴	۰/۱۱	۰/۰۲۳	۰/۵۷	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۳۶
sig	۰/۳۹	۰/۰۵۶	۰/۴۰	۰/۷۴	۰/۸۸	۰/۴۶	۰/۷۱	۰/۷۳	۰/۷۰	۰/۵۵

همان گونه که مشاهده می شود با توجه به سطح معناداری به دست آمده و فرض تساوی واریانس ها برای همه متغیرها برقرار است ($p > 0.05$).

باتوجه به مجموع پیش فرض‌های مطرح شده، مشاهده می‌گردد که داده‌های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کواریانس را دارا می‌باشند و می‌توان تفاوت‌های دو گروه را در متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد.

جدول ۶: آزمون تحلیل کواریانس برای نمره کل تعارض بین فردی

شاخص آماری متغیرها	SS	df	MS	F	sig	اندازه اثر
پیش آزمون	۱/۰۷	۱	۵۸۷/۴	۳/۲۴	۰/۰۹	۰/۲
گروه	۳۴/۴۰	۱	۶۳/۴۴	۱۰۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
خطا	۴/۲۸	۱۳				
کل	۲۵۴۳/۱۹	۱۶				

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات تعارض بین فردی شرکت کنندگان برحسب مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0.05$). بنابراین با توجه به میانگین‌های اصلاح شده و نتایج جدول نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد شده و مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت در شرکت کنندگان تاثیر بیشتری بر تعارض بین فردی آنها داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۸۸ بوده است، یعنی ۸۸ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در تعارض بین فردی مربوط به روش درمان مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس روان درمانی پویشی بوده است.

جدول ۷: آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری برای زیر مقیاس‌های تعارض بین فردی

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	df خطا	sig
تفاوت گروه‌ها	اثربیایی	۱	۱۱۷۴/۱۷	۴	۱	۰/۰۲۲
	لامبدای ویلکس	۰	۱۱۷۴/۱۷	۴	۱	۰/۰۲۲
	اثربه‌تینگ	۴۶۹۶/۷۱	۱۱۷۴/۱۷	۴	۱	۰/۰۲۲
	بزرگترین ریشه روی	۴۶۹۶/۷۱	۱۱۷۴/۱۷	۴	۱	۰/۰۲۲

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از زیر مقیاس‌های تعارض بین فردی تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس، $p < 0.05$).

جدول ۸: آزمون های تحلیل واریانس یک راهه در دل تحلیل کواریانس چند متغیری برای زیر مقیاس های تعارض بین فردی

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تعارض طبیعی	گروه	۱۵/۴۳	۱	۲۲/۹۸	۰/۰۰۹	۰/۸۵
فضا و موقعیت	گروه	۱۵/۹۱	۱	۹/۴۹	۰/۰۳۷	۰/۷
شفاف سازی برداشتها	گروه	۱۵/۴۴	۱	۹/۴۰	۰/۰۳۷	۰/۷
توجه به نیازها	گروه	۳۷/۴۴	۱	۳۴/۹۲	۰/۰۰۴	۰/۸۹
ایجاد رابطه همکاری	گروه	۴۵/۷۹	۱	۹۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۶
تمرکز بر آینده	گروه	۲۷/۳۸	۱	۱۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۷۸
سود متقابل	گروه	۳۹/۶۶	۱	۴۴/۷۱	۰/۰۰۳	۰/۹۱
بسط کارهای شدنی	گروه	۴۲/۴۳	۱	۸۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
ایجاد توافق	گروه	۳۰/۶۱	۱	۵۴/۳۵	۰/۰۰۲	۰/۹۳
ملاحظه کاری	گروه	۲۷	۱	۳۳/۵۱	۰/۰۰۴	۰/۸۹

نتایج جدول ۸ نشان می دهد، همه زیر مقیاس های تعارض بین فردی معنادار می باشند. همانگونه که در جدول ۹ ملاحظه می گردد ستون آخر مربوط به اندازه اثر زیر مقیاس های تعارض بین فردی می باشد که نشان دهنده میزان واریانس مربوط به مدیریت دفاع های تاکتیکی براساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت در این مولفه ها بوده است. برای بررسی متغیرها در زمان پیگیری، از آزمون t وابسته استفاده شد نتایج به صورت زیر به دست آمد.

جدول ۹: مقایسه پس آزمون با پیگیری در مورد زیر مقیاس های تعارض های بین فردی

شاخص آماری گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین ها	مقدار t	df	sig
تعارض طبیعی	۸	۱۵/۶۲	۱/۴۰	۰/۶۲	-۱/۶۶	۷	۰/۱۴
پیگیری	۸	۱۵	۰/۷۵				
فضا و موقعیت	۸	۱۵/۲۵	۱/۶۶	۰/۷۵	-۲/۰۴	۷	۰/۰۸
پیگیری	۸	۱۴/۵	۰/۹۲				
شفاف سازی برداشتها	۸	۱۶/۱۲	۱/۱۲	۲/۱۲	-۳/۱۸	۷	۰/۰۱
پیگیری	۸	۱۴	۱/۵۱				

۰/۰۲	۷	-۳	۰/۷۵	۱/۱۶	۱۶/۷۵	۸	توجه به نیازها
				۰/۷۵	۱۶	۸	پیگیری
۰/۰۰۸	۷	-۳/۶۶	۱/۳۷	۱/۲۸	۱۶/۲۵	۸	ایجاد رابطه همکاری
				۱/۴۵	۱۴/۸۷	۸	پیگیری
۰/۱۹	۷	-۱/۴۲	۰/۳۷	۱/۵۱	۱۶	۸	تمرکز بر آینده
				۱/۰۶	۱۵/۶۲	۸	پیگیری
۰/۰۹	۷	-۱/۹۳	۰/۶۲	۱/۱۹	۱۶/۵	۸	سود متقابل
				۰/۶۴	۱۵/۸۷	۸	پیگیری
۰/۰۸	۷	-۲/۰۴	۰/۳۷	۰/۹۱	۱۶/۳۷	۸	بسط کارهای شدنی
				۰/۷۵	۱۶	۸	پیگیری
۰/۰۴	۷	-۲/۳۹	۰/۷۵	۱/۱۸	۱۶/۳۷	۸	ایجاد توافق
				۱/۰۶	۱۵/۶۲	۸	پیگیری
۰/۱۰	۷	۱/۸۷	۰/۵	۱/۲۸	۱۵/۲۵	۸	ملاحظه کاری
				۱/۰۳	۱۴/۷۵	۸	پیگیری

در جدول ۹ برای همه زیر مقیاس‌ها یا مولفه‌ها مقدار t و سطح معناداری ارائه شده است. برای مولفه‌های شفاف سازی برداشتها، توجه به نیازها، ایجاد رابطه همکاری و ایجاد توافق مقدار t به دست آمده با درجه آزادی ۷، از مقدار t جدول بزرگتر است و سطح معنی داری این مولفه‌ها کوچک تر از سطح معنی داری ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات (پس آزمون‌ها و پیگیری‌ها) معنی دار می‌باشد.

در نتیجه پیگیری‌های مربوط به تاثیر مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر روی افراد ماندگار نبوده است. ولی برای سایر مولفه‌ها که مقدار t از مقدار t جدول کوچکتر است و سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ در نتیجه تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها (پس آزمون و پیگیری) معنادار نمی‌باشد و فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین‌ها تایید می‌شود. این نشان می‌دهد که پیگیری‌های مربوط به تاثیر مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر روی افراد پایدار بوده است.

نتیجه

در این پژوهش به بررسی تأثیر مدیریت مداخلات دفاع های تاکتیکی بر اساس روان درمانی پویایی کوتاه مدت بر حل تعارضات و رضایت روابط بین فردی پرداخته شد. در این پژوهش هدف درمان نشان دادن ارتباط بین دفاع های تاکتیکی و نحوه ی وجود آمدن مشکل تعارض بین فردی بود (روشن سازی و هزینه دفاع) تا بدین طریق بیمار انگیزه ی لازم برای یورش بردن بر علیه دفاع ها و کنار گذاشتن آنها را داشته باشد. نتایج بررسی های آماری این پژوهش نشان دادند که مدیریت دفاع های تاکتیکی بر اساس روان درمانی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش تعارضات بین فردی موثر است. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش (Mobasem, 2012; Jarareh, 2011)، مبنی بر این که روان درمانی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت در کاهش تعارضات بین فردی و زناشویی موثر است، بود. در پژوهشی نشان داده شد که روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش تعارضات بین فردی دانشجویان موثر بود (Hatefi 2013). هم چنین در پژوهشی اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت بر کاهش تعارضات بین پدر و دختر نشان داده شد (Allahyari, 2013). این ضروری است که بیماران نسبت به تعارضات درونی (مثلث تعارض) بینش پیدا کنند و این که چگونه این تعارضات در روابط بین فردی تکرار می شوند (مثلث شخص) آگاه شوند.

دفاع های تاکتیکی باعث پنهان ماندن تعارض بین فردی و یا بیان آن به شیوه غیر مستقیم و بیان تعارض به شیوه ای که باعث می شود تعارض غیر قابل حل و رفع شدن به نظر آید (Neborsky & ten Have, 2012). بیمار در جلسه ی درمان با استفاده از دفاع های تاکتیکی مسائل را در زمین هوا رها می نماید (ابهام گویی)، بیمار ممکن است برای دوری از احساساتش، موضوع گفتگوی خود را تغییر دهد. این تداعی آزاد به احساسات نیست. بلکه در عوض تداعی کردن به دور از احساسات می باشد (پراکنده گویی)، مشکل را طوری بیان نماید که لاینحل به نظر رسد (طفره رفتن)، از رُستها، تن صدا و لغاتی استفاده کند تا فاصله ی بین فردی خود را از درمانگر حفظ کند (کناره گیری)، بیمار ممکن است خود را بوسیله ی واژه های کلی برای درمانگر توصیف نماید (کلی گویی)، به جای ایجاد یک توضیح روشن در مورد یک موضوع اضطراب زا، بیمار شرایطی که یک موضوع می تواند داشته باشد؛ را بیان می نماید (گفتار غیر مستقیم یا فرضی)، چیزی را می گوید و سپس آن را باز پس می گیرد (باز پس گیری)، جملاتش را در یک حالتی از سردرگمی به پایان می رساند، تا بدین طریق از تجربه احساساتش دوری نماید (نشخوار ذهنی)، در این پژوهش در تمام این دفاع ها اصول مداخله یکسان بود: به بیمار کمک می شد تا دفاع ها و هزینه دفاع ها را ببیند و بتواند بر دفاع هایش غلبه کند و با مشکلات و احساسات خود روبرو شود. این پژوهش دارای محدودیت هایی است که در تعمیم پذیری نتایج باید به آن دقت شود. روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی

بود که تمام ملاک‌های اعتبار درونی و بیرونی را ندارد و تعمیم یافته‌ها را دشوار می‌سازد. همچنین این پژوهش روی نمونه‌ای از افراد مراجعه کننده به سه مرکز مشاوره در شهر تهران انجام شده است. بنابر این در تعمیم نتایج به سایر افراد باید دقت کرد. پژوهشهای بعدی می‌تواند با نمونه‌هایی از مراکز مختلف انجام گیرد. بیماران این پژوهش همگی با دفاع‌های جداسازی و مسیر تخلیه‌ی اضطراب در عضلات مخطط و دفاع‌های رپرسیو با مسیر تخلیه‌ی اضطراب در عضلات صاف بودند. پیشنهاد می‌شود در آینده بیماران با دفاع‌های رگرسیو^۱ و الگوی تخلیه‌ی اضطراب در مسیر آسیب شناختی و ادراکی نیز به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شود. در این مطالعه مشخص گردید که مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس روان درمانی روان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش تعارضات بین فردی موثر است.

تشکر

پژوهشگران از دکتر محمد احمدی و آقای نادر نادری که در مراکز مشاوره و روان شناسی شهر تهران همکاری لازم را نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- Abbass, A. (2015). *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*. Seven leaves press.
- Afzalur Rahim, M., Psenicka, C., Polychroniou, P., Zhao, J. H., Yu, C. S., Anita Chan, K., Wai Yee Susana, K., Alves, M. G., Lee, C. W., Ralunan, S. & Ferdausy, S. (2002). A model of emotional intelligence and conflict management strategies: A study in seven countries. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10(4), 302-326.
- Allahyari, M. (2013). *The effectiveness of short term psychodynamic psychotherapy on reducing parent- child conflict among female students*. (MA Dissertation, Ferdowsi University of Mashhad). (In Persian).
- Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 11(3), 129-152.
- Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part II: Spectrum of tactical defenses. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 11(3), 153-199.
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *International Journal of short Term Psychotherapy*, 10, 121-156.
- Etebarian, A., Poorvali, Z. (2009). To determine the relationship between self- monitoring

۱. Regressive

- and conflict- solving strategies; A case study of employees of Khurasgan Islamic Azad University. *Journal of New Approaches in Educational Administration*, 1, 111-130. (In Persian).
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Seven leaves press.
- Haghighi, H., Zarei, E. & Ghaderi, F. (2012). Factor structure and psychometric characteristics conflict resolution styles questionnaire Rahim (ROCI-II) in Iranian couples. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*, 2(1), 534-562. (In Persian).
- Hatefi, M. (2013). *The effectiveness of short term psychodynamic psychotherapy on reducing interpersonal conflict*. (MA Dissertation, Ferdowsi University of Mashhad). (In Persian).
- Henning, M. (2003). *Evaluation of the conflict resolution questionnaire* (Doctoral dissertation, Auckland University of Technology).
- Jarareh, J. (2011). Comparison of effectiveness of short-term comprehensive scanning therapy (ISTDP) and relation to improvement of mental health and satisfaction of couples. *Consulting Research*, 8(30), 7-28. (In Persian).
- Kaslow, F. W. (2001). Whither countertransference in couples and family therapy: A systemic perspective. *Journal of clinical psychology*, 57(8), 1029-1040.
- Mobasem, S. (2012). *Evaluate the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy in reducing marital conflict on women*. (MA Dissertation, Allameh Tabataba'i University). (In Persian).
- Neborsky, R. J. & ten Have-de Labije, J. (2012). *Mastering Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Roadmap to the Unconscious*. Karnac Books.



بشارت، محمدعلی؛ گرانمایه، پورشیوا؛ نبوی، سیدمسعود؛ تولائی، فهیمه (۱۳۹۶). تاثیر مداخله روانی-آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس.

DOI: 10.22067/ijap.v7i2.61147

روانشناسی و روان‌پزشکی، ۷ (۲)، ۵۴-۳۸.

تاثیر مداخله روانی-آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

محمدعلی بشارت^۱، شیوا گرانمایه پور^۲، سید مسعود نبوی^۳، فهیمه تولائی^۴

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۹

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی مداخله روانی-آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به بیماری MS بود.

روش: ۲۴ بیمار MS مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماران MS که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. دو گروه نیز به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از ابزارهای مقیاس کیفیت زندگی، مقیاس سلامت روانی و مقیاس بهشیاری استفاده شد. ابتدا هر دو گروه پرسشنامه‌های پیش‌آزمون را تکمیل نمودند. سپس افراد گروه آزمایش تحت مداخله روانی-آموزشی به مدت ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای و یک روز تمرین بهشیاری قرار گرفتند و افراد گروه کنترل تنها درمان دارویی را ادامه دادند. در نهایت هر دو گروه پرسشنامه‌های پس‌آزمون را کامل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله روانی-آموزشی کیفیت زندگی و بهشیاری بیماران مبتلا به MS را به طور معنادار بهبود بخشید. سلامت روانی بیماران بعد از مداخله روانی-آموزشی تغییر قابل توجهی نداشت. بر اساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که این مداخله می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل مناسب و تاثیرگذار برای افراد مبتلا به بیماری MS مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مداخله روانی-آموزشی، کیفیت زندگی، سلامت روانی، بهشیاری، بیماری MS

۱. استاد، گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)، besharat@ut.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، geranmayeh_s@gmail.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه شاهد

۴. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس^۱ (MS)، یک بیماری مزمن^۲ ناتوان کننده است که سیر و دوره های نامشخص دارد. یکی از مشخصات اغلب بیماری های مزمن عدم قطعیت و بلا تکلیفی در سیر بیماری است، اما این بلا تکلیفی در بیماری MS تهدیدی جدی به خصوص برای بهزیستی روان شناختی^۳ بیماران محسوب می شود (Dennison, Moss-Morris, & Chalder, 2009). بیماری های مزمن هرگز به طور کامل درمان نمی شوند. این بیماری ها افراد را مجبور می کنند که برای مقابله با بیماری و وضعیت سلامت خود، تطابق و سازگاری پیدا کنند. برای کمک هر چه بیشتر به این افراد در جهت مقابله موثر با بیماری، نیازمند این هستیم که بفهمیم چگونه بیماران می توانند برای مدیریت زندگی خود با وجود بیماری مزمن تلاش کنند و به خودشان بیشترین کمک را برسانند (Larsen, 2006).

بیماری MS در سال های اخیر شیوع فزاینده ای در سراسر جهان داشته است. از جمله مشخصه های اساسی آن، می توان به علایم تخریب و از دست دادن توانایی تحرک، مشکلات مربوط به بینایی، اختلال در کارکرد شناختی، خستگی و کاهش سطح انرژی فرد اشاره کرد (Reynolds, & Prior, 2003). دوره های نامشخص و غیر قابل پیش بینی بیماری MS، که با دوره های بهبودی و عود و همچنین افزایش ناتوانی ها مشخص می شود، اغلب با سطح پریشانی ها و مشکلات هیجانی که در بیماری MS به طور چشمگیری بیشتر از دیگر بیماری های مزمن است، مرتبط است (Gulick, 2001). عدم قطعیت و بلا تکلیفی در سیر این بیماری، اغلب دوره هایی از به هم ریختگی های شدید روانی را ایجاد می کند که در آن تصویر فرد از خودش، با واقعیت از هم گسسته می شود (Mishel, 1999). درواقع با بروز هر علامت جدید در بدن، فرد دوباره از دست دادن کنترل خود بر زندگی، باورها، هویت و انتظارات و آرزوهای آینده اش را تجربه می کند. این تجربه باعث از دست دادن هماهنگی و وحدت بدن و ذهن در شخص می شود و رنج و پریشانی بسیار در پی دارد (Charmaz, 1999). افراد مبتلا به MS، در کنار شکایت ها و عوارض جسمی، علایم ناخوشایند و غیر قابل پیش بینی، رژیم های درمانی سخت، عوارض جانبی داروها، همچنین با پیامدهای روانی-اجتماعی شامل شکست در رسیدن به اهداف زندگی، شغل، درآمد، ارتباطات، فعالیت های تفریحی و فعالیت های روزمره زندگی روبه رو هستند و اختلالات قابل ملاحظه ای در بهزیستی روانی و کیفیت زندگی؛ و همچنین علایم افسردگی، خستگی و اضطراب را نشان می دهند (Mitchell, Benito-Leon, Morales Ganzalez, &)

1. Multiple Sclerosis (MS)

2. Chronic

3. Psychological Well-Being

(Rivera-Navarro, 2005)؛ به‌طوری که طبق شواهد پژوهشی، شیوع افسردگی در طول زندگی بیماران مبتلا به MS، حدود ۵۰ درصد گزارش شده است (Siegert, & Abernethy, 2005). حداقل ۶۵ درصد بیماران مبتلا به MS از خستگی شکایت دارند و ۵۰ تا ۱۵ درصد آنها خستگی را برجسته‌ترین نشانی ناتوانی‌شان می‌دانند (حاجی‌میکائیل، ولمر و اولین-برکی، ۲۰۰۸)؛ شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به MS، ۲۵ درصد گزارش شده است (Feinstein, O'Connor, Gray, & Feinstein, 1999). MS همچنین با افزایش نرخ خودکشی در ارتباط است که ممکن است در روان‌پریشی ناشی از بیماری MS، افزایش نیز داشته باشد (American Psychiatric Association, 2013).

ویژگی‌ها و پیامدهای بیماری MS به تهدید بهزیستی فرد در زندگی و کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود. کیفیت زندگی، به درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی، زمینه‌های فرهنگی و سیستم‌های ارزشی اطلاق می‌شود که با اهداف، آرزوها و استانداردهای آنها رابطه دارد (Barbotte, Guillemin, & Chau, 2001). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ارزشی است که فرد علی‌رغم تأثیری که بیماری، جراحت یا درمان بر کنش‌وری، ادراکات و فرصت‌های اجتماعی او دارند، برای زندگی قایل است (Bazazian, & Besharat, 2010). بنابراین، می‌توان مجموعه‌ای متشکل از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی را که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود، تعریفی از کیفیت زندگی دانست. بیماری MS، به عنوان یک بیماری که دارای عوارض جسمی و روانی است و ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بسیاری از حوزه‌های کیفیت زندگی فرد را تخریب می‌کند و سطح کیفیت زندگی بیماران را پایین می‌آورد. بر اساس مطالعاتی که در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS در مقایسه با جمعیت سالم صورت گرفت (Nejat, Montezeri, Mohammad, Majdzadeh, Nabavi, et al. 2006)، مشخص شد که این افراد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند.

نتایج مطالعات انجام شده در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS همچنین نشان می‌دهد که این افراد سطح بالایی از استرس و احساس شدید افسردگی را تجربه می‌کنند و از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند (Pandaya, Patten, Metz, 2005). همچنین پژوهش‌ها بین بیماری MS و سلامت روانی رابطه معنادار نشان داده‌اند (Besharat, Barati, & Lotfi, 2008; Katon, Von, Lin, Simon, Ludman, & Russo, 2004; Zabad, Patten, & Metz, 2005). MS همچنین می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلال‌ها و نشانگانی مانند اختلال‌های افسردگی،

اختلال‌های دوقطبی^۱، روان‌پریشی ناشی از شرایط پزشکی دیگر^۲، اختلال عصبی شناختی عمده^۳، اختلال خواب ناشی از شرایط پزشکی دیگر^۴، ناتوانی در انزال^۵، اختلال نعوظ^۶، اختلال ارگاسمی در زنان^۷ و نشانگان پاهای بی‌قرار^۸ شود، یا با آن‌ها همایند باشد (American Psychiatric Association, 2013).

در پاسخ به مشکلات گسترده ناشی از بیماری MS، روش‌های درمانی متعددی از قبیل درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی و درمان‌های طب مکمل پیشنهاد شده است. درحالی که اثربخشی درمان‌های فعلی مورد تایید قرار گرفته است، اما به دلیل عوارض جانبی و هزینه‌های بالای درمان، نتایج چندان رضایت‌بخش نبوده است. در دهه‌های اخیر، با توجه به پیامدها و عوارض روان‌شناختی بیماری MS، مطالعات زیادی در زمینه درمان‌های روان‌شناختی و اثربخشی آن در بیماران مبتلا به MS صورت گرفته است. درمان‌های روان‌شناختی با هدف افزایش علاقه به خود در بیماران مبتلا به MS ممکن است در بهبود علایم ایمنی-شناختی این بیماران موثر باشد (Tahbaz Hoseinzadeh, Ghorbani, & Nabavi, 2011).

مدل‌های مختلف مداخله‌های روان‌شناختی، با تاکید بر مداخله‌های شناختی-رفتاری، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به MS را تایید کرده‌اند. طبق شواهد موجود در یک مطالعه مروری که در زمینه مداخلات روان‌شناختی در این بیماران، توسط دنیسون و همکارانش (Dennison, Moss, Morris, & Chalder, 2009) صورت گرفت، شواهدی برای موفقیت رویکردهای شناختی-رفتاری در درمان افسردگی بیماران به دست آمد. همچنین در این مطالعه به هشت عامل روان‌شناختی مرتبط با سازگاری و نتایج آن اشاره شده است. این عوامل عبارتند از: استرس و مقابله با آن (استرس ادراک شده، ارزیابی استرس و سبک‌های مقابله)، حمایت اجتماعی و تعامل با دیگران (حمایت اجتماعی ادراک شده، الگوهای ارتباطی، پاسخ‌های خانواده)، مدل‌های شناختی آسیب‌پذیری روانی (نارسایی عملکرد شناختی و خطاهای تفکر و حافظه)، بیماری و شناخت علایم (تظاهرات بیماری، ابهام در مورد بیماری، ناامیدی، نگرش نسبت به علایم، پاسخ‌های رفتاری و شناختی نسبت به علایم، شناخت دردهای مرتبط و باورهای خود بیمارپندارانه)، ادراک از کنترل و خودکارآمدی، مثبت‌نگری (خوش‌بینی، امید، پذیرش، معنویت)، رفتارهای بهداشتی (درک موانع برای انجام رفتارهای بهداشتی) و عوامل دیگر (شامل تفکر جادویی، انکار، صفات شخصیتی).

1. Bipolar Disorders
2. Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition
3. Major Neurocognitive Disorder
4. Sleep Disorder Due to Another Medical Condition
5. Inability to Ejaculate
6. Erectile Disorder
7. Female Orgasmic Disorder
8. Restless Legs Syndrome (RLS)

نکته قابل توجه در این میان، وجود مزایای متعدد مداخلات شناختی- رفتاری، از جمله ساختارمند بودن، فرهنگ‌پذیر بودن، عینی و قابل سنجش بودن نتایج درمان و داشتن شواهد پژوهشی اثربخشی در بین بیماران مبتلا به MS است؛ هرچند مداخله‌های روان‌شناختی به دلیل هزینه‌های بالای درمان، عدم حضور مداوم بیمار در جلسات درمانی به دلیل شرایط متغیر بیماری و نیز ضرورت مهارت درمانگر در آنها، اغلب با محدودیت‌هایی در اجرا همراه است. در سال‌های اخیر محققان به دنبال یافتن روش‌هایی هستند که با شرایط بیماران همسویی بیشتری داشته و قابل کاربرد در بهبود مشکلات بیماران باشد (Dennison, Moss-Morris, & Chalder, 2009). یکی از این روش‌های نوین، استفاده از روش کاهش استرس مبتنی بر بهشپاری^۱ (MBSR) است. بهشپاری^۲ یکی از مولفه‌های روان‌شناختی است که به دو شکل ذاتی (سرشتی) و یا مهارتی (اکتسابی)، مورد ارزیابی و مطالعه قرار می‌گیرد. افزایش بهشپاری در افراد چه به شکل سرشتی و چه بر اثر مداخلات درمانی و یا آموزشی باعث افزایش خودآگاهی و آگاهی فرد از دنیای پیرامونش می‌شود. مهارت- های بهشپاری به عنوان یک فن برای مقابله با میل و اشتیاق به درگیر شدن با افکار منفی در نظر گرفته شده است. همچنین پژوهشگران اهمیت توجه و آگاهی هشیارانه را در بهینه شدن خودتنظیم‌گری و بهزیستی و کاهش عواطف و تجارب آزاردهنده تایید کرده‌اند. بنابراین، زمانی که بهشپاری به بیماران آموزش داده می‌شود، در واقع آنها با فراگیری راهبردهای تنظیم عواطف و درگیر نشدن در افکار منفی، با خود ارزیابی- های منفی در حیطه‌های مختلف زندگی و بیماری خود مقابله می‌کنند (Parto, 2010).

در یک رویکرد شناختی- رفتاری نوین، اجرای مداخلات روانی- آموزشی به صورت مستقل و جداگانه عنوان شده است. منظور از این مداخله، فراهم آوردن اطلاعات برای بیماران درباره اختلال و روش- های غلبه بر آن، با هدف ارتقای نگرش و تغییر رفتار است. این روش با رویکردهای گذشته که درمانگر در مورد مراقبت از بیمار تصمیم‌گیری می‌کرد، متفاوت است و حامل این پیام است که بیمار خودش مسوول تغییر است. این پیام انگیزه بیماران را برای درمان، افزایش و حالت‌های تدافعی آنها را کاهش می‌دهد. مداخلات روانی- آموزشی به تدریج جایگاه مهمی در روش‌های درمانی پیدا کرده‌اند و توسط متخصصان حوزه‌های مختلف، هم برای پیشگیری و هم برای درمان بیماری‌ها به کار گرفته می‌شوند (Eslami, 2008). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که استفاده از روش MBSR، که در مداخله روانی- آموزشی پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است، می‌تواند در کاهش علائم اضطراب (Miller, 1995; Fletcher, & Kabat-Zinn, 2007)، پیش‌گیری از عود افسردگی (Teasdale, & Segal, 2007)، کاهش

1. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

2. Mindfulness

استرس و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (Cramer, Lauche, Paul, & Dobos, 2012; Henderson, Clemow, Massion, & Hurley, 2012; Sarenmalm, Mårtensson, Holmberg, Gayner, Esplen, Deroche, Wong, Bishop, Andersson, Oden, et al. 2013) و بیماران مبتلا به ایدز (et al. 2012) موثر باشد. همچنین مارکز (Markes, 2010) در پژوهش خود، این اثربخشی را در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن گزارش کرد.

با وجود اثربخشی مداخلات روانی-آموزشی، در حوزه وسیعی از اختلالات روانی و جسمانی، اثربخشی این روش‌ها در بیماران مبتلا به MS مشخص نیست. بنابراین، با توجه به افزایش روزافزون ابتلا به بیماری MS و همچنین تاثیر مشاهده شده مداخلات روان‌شناختی در کاهش علایم بیماری‌های مزمن، هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مدل مداخله روانی-آموزشی بر شاخص‌های کیفیت زندگی و سلامت روانی در بیماران مبتلا به MS بود. مداخله روانی-آموزشی که در این پژوهش طراحی شده است، بر پایه ترکیب روش آموزش کاهش استرس بر اساس بهشیاری (MBSR) و مجموعه‌ای از ملاحظات با موضوعات روان‌شناسی و مراقبت‌های بهداشتی در بیماران مبتلا به MS است.

روش

طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نظر نوع هدف، بنیادی-کاربردی، از نظر نوع جمع‌آوری داده‌ها آزمایشی و از لحاظ طرح، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش، مداخله روانی-آموزشی به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری، شامل کلیه افراد مونث مبتلا به بیماری MS ساکن استان تهران بود. نمونه پژوهش حاضر در مرحله اول شامل هفتاد نفر بود که به روش هدفمند-در دسترس انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌ها همه افراد داوطلب مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماران MS با ابزارهای مورد نظر و انجام یک مصاحبه نیمه ساختاریافته مورد ارزیابی قرار گرفتند و در صورت دارا بودن ملاک‌های ورود و نداشتن ملاک‌های خروج، بعد از پر کردن فرم رضایت‌نامه پژوهش وارد طرح شدند. در نهایت ۲۴ آزمودنی انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و این دو گروه نیز به شکل تصادفی به عنوان کنترل و آزمایش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از تشخیص قطعی پزشکی بیماری MS حداقل در یک سال اخیر توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، دارا بودن نمره EDSS^۱ حداکثر ۵/۵ و یا کمتر، داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۱ سال و داشتن حداقل

1. Expanded Disability Status Scale (EDSS)

مدرک تحصیلی دیپلم. سابقه بستری شدن در بیمارستان در یک مرحله حاد، ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی جدی (مثل روان‌پریشی، سوء مصرف مواد)، سابقه شرکت در مداخلات روان‌شناختی، ابتلا به بیماری‌های حاد یا مزمن جسمی به طور همزمان مانند بیماری‌های قلبی و سرطان ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش بودند. پس از انجام مراحل نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمایش و کنترل، به تکمیل پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون پرداختند و پس از جمع‌آوری اطلاعات مربوط به پیش‌آزمون، افراد گروه آزمایش طی هشت هفته در جلسات هفتگی ۱۵۰ دقیقه‌ای، در کتابخانه بیمارستان فوق تخصصی آتیه شرکت نمودند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ آورده شده است. طی این مرحله، برای افراد گروه کنترل هیچ اقدام درمانی و یا مداخله‌ای خارج از درمان دارویی مربوط به بیماری MS انجام نشد. پس از پایان اجرای مداخله در گروه آزمایش، هردو گروه پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون را تکمیل کردند. میانگین سنی و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۲/۶۹ و ۶/۷۲ بود.

جدول ۱: خلاصه‌ای از محتوای جلسات مداخله روانی-آموزشی در گروه آزمایش

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	انجام پیش‌آزمون، جلسه معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با قوانین گروه، معرفی بیماری MS، بحث گروهی، تمرین تنفس، توضیح تکالیف
جلسه دوم	تمرین کشمش، انجام تمرین مشاهده مراقبه‌ای بدن، بحث گروهی، تمرین تنفس، بحث گروهی، ۱۰ دقیقه استراحت، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۱
جلسه سوم	انجام تمرین مشاهده مراقبه‌ای بدن، بحث گروهی، پیگیری تکلیف خانگی، بحث گروهی، تمرین یک نشست هشیارانه، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۲
جلسه چهارم	تمرین اول یوگای هوشیارانه، بحث گروهی، بررسی تاثیر فیزیوتراپی در MS و آموزش حرکات اصلاحی برای پیشگیری از مشکلات رایج در MS، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، آموزش گروهی یک، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۳
جلسه پنجم	تمرین دوم یوگای هوشیارانه، بحث گروهی، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، آموزش گروهی، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۴
جلسه ششم	اجرای تمرین دو نشست هوشیارانه، بحث گروهی، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، اجرای تمرین ۳ دقیقه‌ای، آموزش مهارت ارتباط موثر، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۵
روز بهشیاری	اجرای تمرینات رسمی بهشیاری و تمرینات غیررسمی بهشیاری در سکوت کامل با راهنمایی‌های مربی به مدت ۵ ساعت و سپس بحث گروهی در زمینه نحوه تجربه افراد در این روز و بررسی

تمرینات و اثر آن بر افراد	
اجرای تمرین سوم نشست هوشیارانه، بحث گروهی، آموزش تمرین راه رفتن هوشیارانه، بحث گروهی در مورد روز بهشیاری، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، بحث گروهی در مورد ارتباطات شخصی و اجتماعی، توضیح در مورد جلسه هشتم به عنوان روز بخشش، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۶	جلسه هفتم
انجام تمرین مشاهده مراقبه‌ای بدن، بحث گروهی در مورد تمرینات، کاربرد تکنیک‌های بهشیاری، بحث و گفت‌وگوی گروهی، اجرای تمرین نشست هوشیارانه، اجرای برنامه روز بخشش، بحث و گفت‌وگو در زمینه چگونگی استفاده از تکنیک‌های بهشیاری، بررسی و آموزش مهارت‌های خودیاری در زمینه سلامت جسمی شامل موضوعات بهداشت خواب، تغذیه، ورزش، تبعیت از درمان دارویی، تعیین برنامه برای رسیدگی بهتر در امور سلامت جسمی، تمرین تمرکز روی بدن و تنفس، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۷	جلسه هشتم

ابزار سنجش

مقیاس کیفیت زندگی (SF-36): مقیاس کیفیت زندگی^۱ یک پرسش‌نامه جامع جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی در تمامی مسایل مرتبط با بهداشت است. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت، هشت بعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند، دارای ۳۶ سوال است، توسط خود فرد یا از طریق مصاحبه تکمیل می‌گردد، و در گروه‌های مختلف سنی و در بیماری‌های مختلف قابل اجرا است. پایایی^۲ و روایی^۳ این مقیاس توسط ویر و همکاران^۴ (۱۹۹۴؛ به نقل از Ware, & Kosinski, 2001) مورد تایید قرار گرفته است. این مقیاس درک افراد را از کیفیت زندگی خود در هشت بعد می‌سنجد و در آن هر بعد دارای نمره استاندارد است که بین ۰ (پایین‌ترین نمره) تا ۱۰۰ (بالا‌ترین نمره) متغیر است (Ware, & Kosinski, 2001). نمره ۱۰۰ وضعیت بهینه و نمره ۰، بدترین وضعیت موجود را در هر بعد نشان می‌دهد. ابعاد این پرسش‌نامه شامل: عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت بر اثر مشکلات جسمی، درد جسمانی، سرزندگی، سلامت عمومی، سلامت روانی، محدودیت فعالیت بر اثر مشکلات روانی و عملکرد اجتماعی است. این هشت بعد در مجموع، دو بعد جسمی و روانی را تشکیل می‌دهند؛ بعد جسمی شامل ابعاد: عملکرد جسمی، درد جسمی، محدودیت فعالیت بر اثر مسایل جسمی و سلامت عمومی؛ و بعد روانی شامل: عملکرد اجتماعی، محدودیت فعالیت در اثر مسایل روانی، سلامت روانی و سرزندگی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون همسانی

1. Quality of Life

2. Reliability

3. Validity

4. Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. K.

درونی^۱ آن در تمام زیرمقیاس‌ها به استثنای زیرمقیاس سرزندگی، بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و در زیرمقیاس سرزندگی، ۰/۶۵ بوده است. برای سنجش روایی ابعاد، روایی همگرا^۲ استفاده شد؛ که ارتباط خطی تک‌تک ابعاد با خرده سنجش مفروض در تمام موارد بالای ۰/۴ یعنی بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بوده است و به این ترتیب پایایی و روایی ترجمه فارسی مقیاس تایید شد.

مقیاس بررسی وضعیت ناتوانی منتشر (EDSS): در این مطالعه، شدت ناتوانی بیماران با استفاده از مقیاس وضعیت ناتوانی منتشر (EDSS) که توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب اندازه‌گیری می‌شود، مورد سنجش قرار گرفت. این ابزار شدت ناتوانی فیزیکی و عصبی-عضلانی را در بیمار اندازه‌گیری می‌کند و عملکرد مسیرهای هرمی، مخ، ساقه‌مغز، مخچه و حس‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری آن بین ۰ تا ۱۰ است که ۰ نشان‌دهنده نداشتن هرگونه مشکل یا اختلال فیزیکی در زمینه عملکرد سیستم‌ها و ۱۰ نشان‌دهنده عدم توان بیمار است (Kurtzke, 1983).

مقیاس سلامت روانی (MHI-28): مقیاس سلامت روانی^۳ فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سوالی سلامت روانی (Beshrat, 2006, 2009)، یک آزمون ۲۸ سوالی است که دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره شرکت‌کننده در زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ خواهد بود. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۲۸ سوالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت شرکت‌کننده در دو گروه بیمار (۲۷۷؛ n=۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (۴۸۳؛ n=۲۶۷ زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره شرکت‌کنندگان بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره شرکت‌کنندگان بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان بهنجار (n=۹۲) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۴ محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r=0/90$ و $r=0/89$ و در سطح $0/001 < p$ معنادار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان بیمار (n=۷۶) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r=0/83$

1. Internal Consistency
2. Convergent Validity
3. Mental Health Inventory
4. Retest Reliability

و $r=0/88$ و در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسش نامه سلامت عمومی^۱ در مورد همه شرکت کنندگان دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی شرکت کنندگان در پرسش نامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روان شناختی همبستگی منفی معنادار ($p < 0/001$)، ($r = -0/87$) و با زیر مقیاس درماندگی روان شناختی همبستگی مثبت معنادار ($p < 0/001$)، ($r = 0/89$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی را مورد تایید قرار داد (Besharat, 2006, 2009).

مقیاس بهشیاری (MAAS)-مقیاس بهشیاری^۲ توسط براون و رایان (Brown, & Ryan, ۲۰۰۳) ساخته شده است و برای سنجش بهشیاری به کار می رود. این مقیاس از پایایی خوبی برخوردار است، به طوری که روی ۷ گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. مقیاس بهشیاری همبستگی بسیار بالایی با تعدادی از متغیرهای سلامت روانی نشان داده است. نمرات بالا در این مقیاس با آشفتگی پایین و نشانه های استرس کم مرتبط است (Brown, & Ryan, 2003). این مقیاس در جامعه ایران اجرا شد و آلفای آن به طور میانگین ۰/۸۲ بود که با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روانی (Ghasemipour, 2006) و همچنین ارضای نیازهای روانی بنیادی رابطه مثبت و با افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده رابطه منفی نشان داده است (Ghorbani, 2003).

یافته ها

داده های پژوهش با استفاده از طرح تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) مورد بررسی قرار گرفت. در این تحلیل، "مداخله روانی-آموزشی بیماران مبتلا به MS" با دو سطح آزمایش و کنترل به عنوان متغیر مستقل؛ پس آزمون متغیرهای کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری به عنوان متغیرهای وابسته؛ و پیش آزمون متغیرهای وابسته به عنوان متغیرهای کنترل وارد تحلیل شدند. سایر روش های مورد استفاده عبارت است از آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه به منظور بررسی میزان همتا بودن گروه های پژوهش در متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، تعداد فرزند و مدت بیماری؛ کای اسکوتر (مربع کای) برای

1. General Health Questionnaire

2. Mindfulness Attention Awareness Scale

بررسی همگنی گروه‌ها از نظر تحصیلات، شاغل بودن و وضعیت تاهل؛ همبستگی پیرسون جهت بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش و آلفای کرونباخ با هدف بررسی همسانی درونی مقیاس‌های پژوهش. به منظور بررسی همتا بودن دو گروه از نظر سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، تعداد فرزند و نیز مدت زمان بیماری، از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. با توجه به اینکه آزمون لوین، فرض همگنی واریانس گروه‌ها را در آزمون تحلیل واریانس تک متغیره (ANOVA) بررسی می‌کند، ابتدا نتایج این آزمون در جدول ۲ گزارش می‌شود.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	شاخص لوین	df	Sig
سن	۰/۲۲	۲۱، ۱	۰/۶۴
مدت بیماری	۰/۶۷	۲۱، ۱	۰/۴۲
فرزند	۰/۰۳	۲۱، ۱	۰/۸۶
وضعیت اقتصادی	۰/۴۸	۲۱، ۱	۰/۵
وضعیت اجتماعی	۰/۳۳	۲۱، ۱	۰/۵۷

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای متغیرهای ذکر شده مفروضه همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها تایید می‌شود. در نتیجه می‌توان آزمون ANOVA را انجام داد، که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی همتا بودن گروه‌های پژوهش در متغیرهای سن، فرزند، مدت بیماری، وضعیت اقتصادی و اجتماعی

منبع واریانس	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig
سن	۵۲/۴۴	۱	۵۲/۴۳	۱/۱۷	۰/۲۹
خطا	۹۴۰/۴۳	۲۱	۴۴/۷۸		
مدت بیماری	۱۰/۰۸	۱	۱۰/۰۸	۱/۰۶	۰/۳۱
خطا	۱۹۹/۸۳	۲۱	۹/۵۱		
فرزند	۰/۱۶	۱	۰/۱۶	۰/۲۱	۰/۶۵
خطا	۱۵/۶۷	۲۱	۱۵/۶۶		
وضعیت اقتصادی	۰/۵	۱	۰/۵	۰/۵	۰/۴۹
خطا	۲۰/۹۸	۲۱	۰/۹۹		
وضعیت اجتماعی	۱/۲۷	۱	۱/۲۷	۰/۶۳	۰/۴۴
خطا	۴۲/۲۱	۲۱	۲/۰۱		

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان می‌دهد که دو گروه از نظر متغیرهای ذکر شده همگن هستند. جدول ۴ نشان می‌دهد که کیفیت زندگی و بهشیاری بیماران گروه آزمایش پس از شرکت در مداخله روانی-آموزشی به طور معنادار افزایش یافته است، ولی در متغیر سلامت روانی این مداخله منجر به تغییر معنادار نشده است.

جدول ۴: انحراف استاندارد، میانگین و میانگین تعدیل شده متغیرهای وابسته در پس آزمون پس از کنترل اثر پیش آزمون

متغیر	گروه‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	میانگین تعدیل شده
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۰/۳۵	۴۵/۳۹	۴۶/۶۳
	کنترل	۹/۲۱	۴۲/۰۱	۴۰/۸۸
بهبودی روان‌شناختی	آزمایش	۰/۸۸	۳/۶۴	۳/۶۷
	کنترل	۰/۴۹	۳/۶۵	۳/۶۱
درماندگی روان‌شناختی	آزمایش	۰/۹۸	۲/۳۹	۲/۳۶
	کنترل	۰/۹	۲/۴۳	۲/۴۵
بهشیاری	آزمایش	۰/۱	۴/۶۷	۴/۶
	کنترل	۰/۹۴	۴/۰۶	۳/۹۴

نتیجه

پژوهش حاضر اثربخشی مداخله روانی-آموزشی را بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به MS مورد بررسی قرار داد. یافته‌های به دست آمده، اثربخشی این مداخله را بر ابعاد کیفیت زندگی و بهشیاری این بیماران نشان داد، اما تغییر معنادار در زمینه سلامت روانی این بیماران مشاهده نشد. از علل احتمالی اثربخشی مداخله روانی-آموزشی کاهش استرس بر اساس بهشیاری (MBSR) بر کیفیت زندگی و بهوشیاری بیماران مبتلا به MS، می‌توان به نزدیک بودن این رویکرد درمانی به فرهنگ شرقی و تعالیم فرهنگ ایرانی-اسلامی اشاره داشت.

یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله روانی-آموزشی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS بود که نتایج، اثربخشی آن را نشان داد. در مداخله روانی-آموزشی استفاده شده در این پژوهش، علاوه بر لحاظ شدن نیازهای روان‌شناختی بیماران، به آن‌ها این امکان داده می‌شد تا با آموزش دیدن در زمینه سبک زندگی صحیح و متناسب با بیماری، به بهبود کیفیت زندگی خود کمک کنند. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از پژوهش بندیکت و همکاران (Benedict, et al., ۲۰۰۵) در زمینه بررسی

پیش‌بین‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS همسو بود. درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی که تاکنون برای این بیماران طراحی و اجرا شده است، اغلب به صورت اختصاصی به یک یا چند حوزه از علایم بیماران محدود بوده است ولی در پژوهش حاضر تلاش برای هدف قرار دادن ابعاد مختلف مشکلات این بیماران و درگیر کردن آنها در یک مداخله روانی-آموزشی هشت هفته‌ای کاهش استرس براساس بهوشیاری شامل موضوعات زیر بود: ۱- بیماری MS، علایم و درمان؛ ۲- ارتباط موثر؛ ۳- راهبردهای حل مساله؛ ۴- انواع سبک‌های مقابله؛ ۵- آموزش تغذیه صحیح در بیماری MS و نیز نقش فیزیوتراپی به عنوان یکی از درمان‌های مکمل در این بیماری. در این مداخله سعی شد به مشکلات روزمره و رایج این بیماران که اغلب جزء علایم اولیه و اصلی بیماری نیستند اما بر اثر سبک زندگی اشتباه و ارزیابی نادرست این افراد از علایم و شرایط جسمانی و روانی‌شان، موجب تهدید بهزیستی جسمی و روان‌شناختی این بیماران می‌شود، توجه ویژه‌ای صورت گیرد. به نظر می‌رسد توجه به این موارد، به عنوان مجموعه‌ای از عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS، توانست به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

پژوهش حاضر همچنین به بررسی اثربخشی مداخله روانی-آموزشی بر بهوشیاری پرداخت. یافته‌ها، اثربخشی مداخله روانی-آموزشی را بر بهوشیاری بیماران مبتلا به MS تایید کردند. با توجه به این که در مداخله اجرا شده، از روش‌های برنامه مداخله کاهش استرس براساس بهوشیاری (MBSR) استفاده شد و این برنامه بر توجه و آگاهی از زمان حال، پذیرش افکار بدون قضاوت درباره آن‌ها، آشنایی با مفهوم پذیرش، و تمرینات منظم و گسترده بهوشیاری تاکید دارد، نتایج پژوهش قابل انتظار بود. در ارتباط با تبیین این یافته می‌توان به مکانیسم‌های اثرگذاری بر بهوشیاری توجه نمود. برخی پژوهشگران تمرینات بهوشیاری را به عنوان یک مداخله فراشناختی توصیف کرده‌اند. مشاهده این که چگونه شناخت‌ها هیجان‌های منفی را به وجود می‌آورند، به تغییر تدریجی در نگرش فرد نسبت به تفکر منجر می‌شود. مهارت‌های بهوشیاری به عنوان یک فن برای مقابله با میل و اشتیاق به درگیر شدن با افکار منفی در نظر گرفته شده است. همچنین پژوهشگران بر اهمیت توجه و آگاهی باز و هشدار در بهینه شدن خودتنظیم‌گری و بهزیستی و کاهش عواطف و تجارب آزاردهنده صحنه گذاشته‌اند (Parto, 2010). بنابراین، زمانی که بهوشیاری به بیماران آموزش داده می‌شود، در واقع آنها با فراگیری خودتنظیمی و درگیر نشدن در افکار منفی با خود ارزیابی‌های منفی در حیطه‌های مختلف زندگی و بیماری خود مقابله می‌کنند.

بررسی اثربخشی مداخله روانی-آموزشی بر سلامت روانی بیماران مبتلا به MS از دیگر اهداف پژوهش حاضر بود. یافته‌ها نشان دادند که این مداخله در شاخص سلامت روانی بیماران تاثیر معنادار نداشت.

بشارت (Besharat, 2009)، و جین و همکاران (Jean et al., ۱۹۹۹) نیز در این رابطه به نتایج مشابه دست یافتند. در این رابطه بولمیر و همکاران (Bohlmeijer, et al., ۲۰۱۰) و همکاران (۲۰۱۰) نیز به بررسی اثربخشی برنامه MBSR بر سلامت روانی بیماران دچار مشکلات پزشکی مزمن پرداختند. نتایج حاکی از اثر محدود این برنامه بر سطح درماندگی روان‌شناختی این بیماران بود. برخلاف نتایج پژوهش‌های ذکر شده، رزنزوایگ و همکاران (Rosenzweig, 2010) در مداخله‌ای که با کمک برنامه MBSR در بیماران دچار درد مزمن انجام دادند، توانستند به شکل معنادار درماندگی روان‌شناختی را در این بیماران کاهش دهند. این یافته بر حسب چندین احتمال قابل تبیین است. نخست، ماهیت تمرین‌های مداخله روانی و به خصوص تمرینات مربوط به مداخله MBSR، منجر به رویارویی افراد با احساسات و هیجان‌های مثبت و منفی عمیق درونی‌شان می‌شود. این رویارویی می‌تواند به آشفته‌گی روانی فرد به طور موقتی منتهی شود. از آنجایی که پس‌آزمون این پژوهش بلافاصله پس از اتمام آخرین جلسه مداخله انجام شده و بررسی و پیگیری مجدد صورت نگرفته است، نتایج پس‌آزمون در زمینه سلامت روانی می‌تواند حاکی از همین آشفته‌گی موقتی باشد. در نتیجه بررسی بیشتر و انجام آزمون‌های پیگیری در پژوهش‌های بعدی توصیه می‌شود. علاوه بر این، عدم اثربخشی مداخله روانی-آموزشی بر سلامت روانی بیماران مبتلا به MS در پژوهش حاضر را شاید بتوان به ماهیت و اساس زیستی این بیماری مرتبط دانست. چنان که زابد و همکاران (Zabad et al., 2005) و کتون و همکاران (Katon et al., 2004) بین MS و سلامت روانی رابطه معنادار گزارش کرده‌اند و نتایج پژوهش پانداپا و همکاران (Pandaya et al., 2005) و همکاران (2005) نیز در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS نشان داد که این افراد سطح بالایی از تنش و احساس شدید افسردگی را تجربه می‌کنند و از سلامت روانی پایین-تری برخوردارند. از دیگر دلایل احتمالی مغایرت یافته پژوهش حاضر با دیگر پژوهش‌های مرتبط در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS، می‌توان به مقیاس مورد استفاده در این پژوهش اشاره کرد که به بررسی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی در جمعیت عادی می‌پردازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مقیاس‌های اختصاصی برای بیماران مبتلا به MS استفاده شود.

از مهمترین محدودیت‌هایی که تعمیم نتایج این پژوهش را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد، می‌توان به اجرای پژوهش در نمونه مونث اشاره داشت، از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تاثیر مداخله مورد نظر بر گروه مردان نیز مورد بررسی قرار گیرد، تا علاوه بر ایجاد امکان تعمیم نتایج، امکان مقایسه دو گروه زنان و مردان را نیز فراهم سازد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم کوچک نمونه بود، پیشنهاد می‌شود در صورت امکان مطالعات بعدی بر حجم نمونه بیشتری صورت گیرد. همچنین انجام مداخلات

مشابه، با جلسات پیگیری چند ماهه به منظور بررسی طولی اثرات درمان پیشنهاد می‌شود.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington DC: Author.
- Barbotte, E., Guillemin, F., & Chau, N. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: Review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 1042-1056.
- Bazazian, S., & Besharat, M. A. (2010). Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with diabetes type I. *Contemporary Psychology*, 9, 3-11. (In Persian)
- Benedict, R. H. B., Wahlig, E., Bakshi, R., Fishman, I., Munschaur, F., Zivadoniv, R., et al. (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: Accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of the Neurological Sciences*, 231, 29-34.
- Besharat, M. A. (2006). Validity and reliability of Mental Health Scale (MHI). *Daneshvare Raftar*, 16, 11-16. (Persian)
- Besharat, M. A. (2009). Reliability and validity of a 28 question form of the Mental Health Scale in an Iranian population. *Forensic Medicine*, 54, 87-91. (In Persian)
- Besharat, M. A., Barati, N., & Lotfi, J. (2008). Relationship between coping styles with stress and levels of psychological adjustment in MS patients. *Research in Medicine*, 32, 27-35.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical distress: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present, mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Charmaz, K. (1999). Stories of suffering: Subjective tales and research narratives. *Qualitative Health Research*, 9, 362-382.
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, 19, 343-352.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29, 141-153.
- Eslami Shahreabaki, H. (2008). *The effectiveness of a psycho-educational intervention on health indices in obese women*. PhD. Dissertation in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. (In Persian)
- Feinstein, A., O'Connor, P., Gray, T., & Feinstein, K. (1999). Pathological laughing and crying in multiple sclerosis: A preliminary report suggesting a role for the prefrontal cortex. *Multiple Sclerosis*, 5, 69-73.
- Gayner, B., Esplen, M. J., Deroche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L., et al. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioural Medicine*, 35, 272-285.

- Ghasemipour, Y. (2006). *Maindfulness and basic psychological needs in CHD patients*. MA. Thesis in psychology. University of Tehran, Tehran, Iran. (In Persian)
- Ghorbani, N. (2003). Spirituality, on the gains experience, the essence of knowledge, and modern religion or a psychological construct. *Articles and Review*, 76, 69-98.
- Gulick, E. E. (2001). Emotional distress and activities of daily living functioning in persons with multiple sclerosis. *Nursing Research*, 50, 147-154.
- Hadjimichael, O., Vollmer, T., & Oleen-Burkey, M. (2008). Fatigue characteristics in multiple sclerosis: The North American Research Committee on Multiple Sclerosis (NARCOMS) survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 100- 106.
- Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., & Hurley, T. G. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast Cancer Research Treat*, 131, 99-109.
- Jean, V. M., Paul, R. H., & Beatty, W. W. (1999). Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychoogy*, 55, 21- 6.
- Katon, W. J., Von, K. M., Lin, E. H., Simon, G., Ludman, E., & Russo, J. (2004). The path way study. *Archive of General Psychiatry*, 61, 1042-1049.
- Kurtzke, J. (1983). Rating neurological impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33, 1444- 1452.
- Larsen, P. D. (2006). Chronicity. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic illness: Impact and interventions* (pp. 3-22). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 16, 200-210.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 269-294.
- Mitchell, A., Benito-Leon, J., Morales Ganzalez, M. J., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural*, 4, 556-566.
- Nejat, S., Montezeri, U., Mohammad, K., Majdzadeh, S., Nabavi, N., Nejat, F., et al. (2006). Quality of life in MS patient and normal individuals in Tehran. *Iranian Epidemiology*, 1, 19-24.
- Pandaya, R., Patten, S. B., Metz, L. M. (2005). Predictive value of the CES-D in multiple sclerosis psychosomatics. *Psychosomatics*, 46, 131-134.
- Parto, M. (2010). *Mindfulness, resilience and drug use in adolescents at risk*. PhD. Desertation in Health Psychology. University of Tehran, Tehran, Iran. (In Persian)
- Reynolds, F., & Prior, S. (2003). "Sticking jewels in your life": Exploring women's strategies for negotiating an acceptable quality of life with multiple sclerosis. *Qualitative Health Research*, 13, 1225-1251.
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic*

- Research*, 68, 29–36.
- Sarenmalm, E. K., Mårtensson, L., Holmberg, S., Andersson, B., Oden, A., & Bergh, I. (2013). Mindfulness based stress reduction study design of a longitudinal randomized controlled complementary intervention in women with breast cancer. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 248–257.
- Siebert, R. J., & Abernethy, D. A. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76, 469–475.
- Tahbaz Hoseinzadeh, S., Ghorbani, N., & Nabavi S. M. (2011). Self defeating and self knowledge in MS patients and normal individuals: A comparative study. *Contemporary Psychology*, 12, 35-44. (In Persian)
- Teasdale, J., & Segal, Z. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001). *SF-36 physical and mental health summary scales: A manual for users of version 1* (2nd Ed.). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. K. (1994). *SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston, MA: The Health Institute.
- Zabad, R. K., Patten, S. B., & Metz, L. M. (2005). The association of depression with disease course in multiple sclerosis. *Neurology*, 64, 1-11.

اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دلزدگی و تعهد زناشویی زنان متأهل

رقیه عمیدی سیمکانی^۱، سمانه نجارپوریان^۲، سید عبدالوهاب سماوی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۶

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و تعهد زناشویی در زنان متأهل.

روش: این پژوهش از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان متأهل شهرستان صفاشهر با حداقل یکسال و حداکثر ۱۵ سال تجربه ازدواج بودند که ۵۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند (هر گروه شامل ۲۵ آزمودنی). پرسشنامه دلزدگی زناشویی پاینز و تعهد زناشویی آدامز و جونز، و نیز هشت جلسه آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد ابزارهای گردآوری اطلاعات در این مطالعه بودند.

یافته‌ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط آزمون آماری تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر دلزدگی و تعهد زناشویی زنان متأهل در سطح $p < 0/01$ تأثیر معنادار داشته است. همچنین مشخص گردید که آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهبود میزان تعهد اخلاقی، شخصی و ساختاری زنان متأهل شهرستان صفاشهر نیز در سطح $p < 0/01$ تأثیر معنادار داشته است.

واژه‌های کلیدی: رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، دلزدگی زناشویی، تعهد زناشویی

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان، r_amidi2011@yahoo.com

۲. استادیار گروه مشاوره و روانشناسی، هسته پژوهشی علوم تربیتی و رفتاری، دانشگاه هرمزگان، (نویسنده مسئول)، najarpourian@hormozgan.ac.ir

۳. استادیار گروه مشاوره و روانشناسی، هسته پژوهشی علوم تربیتی و رفتاری، دانشگاه هرمزگان

مقدمه

ازدواج به‌عنوان مهم‌ترین و عالی‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی افراد همواره مورد تأیید بوده است. ازدواج رابطه‌ای انسانی، پیچیده و بسیار ظریف است (Navabinejad, 2001). رایج‌ترین دلیل ازدواج، عشق است. ازدواج از روی عشق یعنی مجموعه‌ای از احساسات عمیق و مثبت ما به یک فرد دیگر احساساتی نظیر دلبستگی، علاقه، صمیمیت، آمیختگی، هوس و تفاهم (Navidi, 2005). رابطه رمانتیک همیشه با امید فراوان آغاز می‌شود، امید به اینکه روزی کاملاً شناخته و پذیرفته شوید، امید به تعلق خاطر، حمایت کردن و حمایت شدن و عشقی عمیق و پیوندی ماندگار؛ اما این امید در تضاد با واقعیت‌های زندگی نیز قرار می‌گیرد، بطوریکه نیازها باهم نمی‌خوانند، عصبانیت باعث جدایی و فاصله می‌شود، قضاوت‌ها مانع از پذیرش می‌شوند و تنهایی بر زندگی‌های موازی اما دور از هم، سایه می‌افکند (McKay, Fanning, & Paleg, 2007).

وقتی توقعات عاشقانه محقق نشوند، احساس سرخوردگی مستقیماً به همسر نسبت داده می‌شود و سبب تحلیل رفتن عشق و تعهد می‌شود و دلزدگی جایگزین عشق می‌گردد (Pines, 1996).

دلزدگی زناشویی از عدم تناسب میان واقعیات و توقعات، ناشی می‌شود و میزان آن به میزان سازگاری زوج‌ها و باورهایشان بستگی دارد. اولین مقاله‌ها درباره دلزدگی شغلی در اواسط دهه هفتاد در نشریات علمی منتشر شدند (Pines, 1996). پایتر اولین کسی بود که دلزدگی را به حوزه‌های غیر شغلی و سایر جنبه‌های زندگی تعمیم داد و اولین کسی بود که «دلزدگی زناشویی» را مطرح کرد. دلزدگی زناشویی یک حالت دردناک فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است و افرادی که توقع دارند عشق رؤیایی و ازدواج به زندگیشان معنا ببخشد را متأثر می‌سازد. دلزدگی هنگامی بروز می‌کند که زوجین متوجه می‌شوند علی‌رغم تمام تلاش‌هایشان، رابطه مشترک به زندگی آنها معنا نداده و نخواهد داد (Pines, 1996; Pines & Nunes, 2003; VanPelt, 2004).

شروع دلزدگی به‌ندرت ناگهانی است و معمولاً روند آن تدریجی است. درواقع صمیمیت و عشق به تدریج رنگ می‌بازند و به همراه آن احساس خستگی عمومی عارض می‌شود. در شدیدترین حالت دلزدگی برابر است با فروپاشی رابطه (Pines, 1996; Pines & Nunes, 2003). دلزدگی با علائمی از قبیل از پافتادن جسمی، که با شانگانی مانند احساس خستگی، بی‌حالی، سردردهای مزمن، دردهای شکمی، اختلال خواب، کاهش اشتها و پرخوری مشخص می‌شود؛ از پافتادن عاطفی همراه با احساس آزرده‌گی، عدم تمایل به حل مشکلات، ناامیدی، غمگینی، احساس تهی بودن، احساس بی‌انگیزه‌گی، در دام افتادن، بیهودگی، آشفتگی عاطفی و حتی انگیزه‌های خودکشی؛ و از پافتادگی روانی که به شکل کاهش خودباوری، نظر منفی نسبت به همسر، احساس یأس و سرخوردگی نسبت به همسر، ناکامی در مورد خود و دوست‌نداشتن خود مشخص همراه است (Adiberad, 2004). دلزدگی هنگامی بروز می‌کند که یکی از

زوجین به اندازه طرف دیگر برای رابطه ارزش قائل نیست و یا مهم ترین نیازهای یکی از طرفین نادیده گرفته می شود، بطوریکه رضایت زناشویی کمرنگ شده و یا دلیل باهم بودن از بین می رود (Pines, 1996). از سویی تعهد زناشویی نیز مؤلفه ای است که به زوجین برای حفظ زندگی مشترکشان در مقابله با مسائل و دشواری های زندگی کمک می کند و باعث می شود زوج علی رغم تجربه رویدادهای دردناک همچنان باهم بودنشان را حفظ کنند. وجود تعهد زناشویی در یک رابطه نشانه ای از امید برای ادامه یافتن زندگی مشترک در آینده است و می توان آن را به منزله فرصتی برای جبران گذشته و جلوگیری از جدایی در نظر گرفت (Marston, Hecht, Manke, McDaniel & Roder, 1998). تعهد زناشویی به عنوان میل و تمایل همسر به فدا کردن نیازها و خواسته های شخصی است (Tang, 2012). تعهد متغیری شناختی است که اعتقادات فردی را بیان می کند و بر روی پیوند افراد تأثیر می گذارد (Johnson, Caughlin, & Huston, 1999)، به این ترتیب می تواند جنبه ی مثبت رابطه را ارتقا دهد و منجر به سطوح بالاتری از امنیت و پایداری برای ازدواج شود (Tang, 2012). صاحب نظرانی دیگر تعهد را متشکل از دو بعد کردند: تعهد اجباری و تعهد شخصی. تعهد شخصی معمولاً افراد را تحت تأثیر قرار می دهد و با میل به بهتر کردن رابطه، با فداکاری کردن، سرمایه گذاری کردن و مقدم دانستن رفاه و شادی همسر همراه است. تعهد اجباری زمانی که رابطه با مشکلاتی مواجه شده و همسران با چالش هایی روبرو می شوند، می تواند منجر به جدایی شود (Markman, Stanley, & Blumberg, 1994).

همچنین مدل دیگری از تعهد پیشنهاد داده شد که به نظر کامل تر می آید و شامل سه نوع تعهد می باشد: تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد اجتماعی (حس گیر افتادن). تعهد به همسر یا همان تعهد اخلاقی شامل ایثار، رضایت، عشق و سرسپردگی است. تعهد به ازدواج یا تعهد شخصی به میزان مسوولیت پذیری زوج برای حفظ رابطه زناشویی شان اطلاق می گردد؛ و تعهد ساختاری یا تعهد اجتماعی تعهدی است که فرد فکر می کند به دلیل عوامل بیرونی مجبور به حفظ رابطه زوجی است (Adams & Jones, 1997; Tang, 2006). تعهد را دین و اسپانیر^۱ برای نخستین بار به عنوان "تمایل پایداری زوجین برای حفظ و تداوم ازدواج" تعریف نمودند. تعهد همچنین بعنوان یکی از عوامل پیش بینی کننده کیفیت و ثبات رابطه زناشویی مطرح است (Shahedi, 2015). بطوریکه هرچه میزان تعهد زناشویی در زوج افزایش پیدا کند، میزان ابراز عشق، سازگاری و ثبات زناشویی، توانمندی در زمینه حل مساله و رضایت زناشویی افزایش می یابد (Kapinus & Johnson, 2003). رویکردهای روانی-آموزشی به دلیل داشتن برخی ویژگی هایی مانند بار روانی کمتر، حضور شرکت کنندگان در جلسات زمانی که هنوز احساسات خوبی به

رابطه‌شان دارند و وابستگی کمتر به مشاور نسبت به رویکرد‌های درمانی محبوبیت بیشتری دارند (Faghirpour, 2002). بنظر می‌رسد یکی از روش‌ها که می‌تواند افراد را در شناسایی احساسات، خودآگاهی و کنترل هیجان یاری دهد بطوریکه بتوانند شناخت بهتر و روشن تری از احساسات خود داشته، در جهت تنظیم احساسات و جایگزینی هیجانات مثبت به جای هیجانات ناهنجار و مخرب تلاش کرده و در راستای تأمین سلامت روانی و بهبود بخشش قدم بردارند، روش پذیرش و تعهد (ACT)^۱ می‌باشد. ACT نامش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصیت است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش. هدف ACT کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد (Izadi & Abedi, 2014). اگرچه ACT بعنوان یک رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش تجربی در درمان طیف وسیعی از اختلالات فردی مفهوم سازی شده است، اما بطور سیستماتیک در درمان پریشانی‌های زوجی بکار گرفته نشده است و اولین مطالعه در این زمینه در سال ۲۰۰۹ و با هدف استفاده از ACT در درمان پریشانی‌های زناشویی صورت گرفت (Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson, 2009). در این مطالعه از تکنیک‌های ذهن آگاهی و پذیرش برای کمک به زوجین جهت افزایش آگاهی از واکنش‌های شان به چرخه ارتباطی منفی استفاده شد. همچنین به کمک شیوه‌های هماهنگ با ارزشهای رابطه به زوجین کمک می‌شد تا با افکار و احساسات ناخواسته مقابله کنند. نتایج این مطالعه موردی مقدماتی نشان داد که ACT ممکن است در افزایش سازگاری و رضایت زناشویی و نیز در کاهش فشارهای بین فردی و روانشناختی زوجین موثر باشد. در پژوهشی دیگر زوجینی که مداخله مبتنی بر آموزش پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل رضایت زناشویی و سلامت روان بالاتری حتی پس از یک دوره پیگیری سه ماهه نشان دادند (Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom, & Simpson, 2011). در مطالعه‌ای نیز دریافتند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش استرس ناباروری، پریشانی روانی و افسردگی ناشی از ناباروری است (Peterson & Eifert, 2011). نتایج مطالعه‌ای دیگر که به مقایسه اثربخشی دو شیوه زوج درمانی سیستمی و پذیرش و تعهد روی پریشانی زناشویی زوجین ۲۰ تا ۳۰ ساله پرداخت، نشان داد همه متغیرهای ارتباطی با استفاده از رویکرد ACT بهبود بیشتری نشان دادند (Bauch, Kanler & Busch, 2012). در پژوهشی دیگر نیز که ۴۴ زوج با استفاده از درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی مورد بررسی قرار گرفتند نتایج نشان داد این مداخلات سبب افزایش

غنی سازی ارتباط زوجین و بهزیستی روانشناختی فردی شد (Carson, Carson, Gill & Baucom, 2004). پژوهشی نیز به بررسی تاثیر رویکرد ACT بر رضایت زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی پرداخت و به این نتیجه رسید که این مداخله به همراه ذهن آگاهی رضایت زناشویی همسران جانبازان را افزایش داد (Lashani, Farhoudian, Azkhosh, Dolatshahi, & Saadat, 2013). همچنین در بررسی اثربخشی مداخله ACT نشان داده شد که این روش با تغییر در انعطاف پذیری روانی و توجه آگاهانه، علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می دهد (Eilenberg, Kronstrand, Fink, & Frostholm, 2013). در مطالعه ای به بررسی اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و تعارضات زناشویی پرداخته شد؛ نتایج این مطالعه نشان داد که این رویکرد هم تعارضات زناشویی را کاهش داده و هم سبب افزایش صمیمیت بین زوجین می گردد (Arabnejad, & Abolmaali Alhossini, 2014). نتایج مطالعه ای دیگر نیز که به بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها پرداخت نشان داد که این مداخله می تواند در کاهش فرسودگی زناشویی گروه آزمایش موثر باشد (Morshedi, Davarniya, Zahrakar, Mahmudi, & Shakarami, 2015).

مطالعات دیگری نیز در این زمینه صورت گرفته است؛ از جمله نتایج پژوهشی نشان داد رفتارهای مخالف دزدگی زناشویی با سلامتی روانی و دلزدگی زناشویی زوجین با افسردگی رابطه معنی داری دارند (Bakker, 2009). در پژوهش دیگری نیز رابطه بین دلزدگی زناشویی کنونی و رضایت زناشویی بررسی و نتایج حاکی از آن بود که دلزدگی زناشویی کنونی عامل پیش بینی کننده رضایت زناشویی آینده می باشد و دلزدگی کنونی منجر به از بین رفتن صمیمیت و جدایی عاطفی زوجین می شود (Tsapelas Aron, & Orbu, 2009).

در پژوهشی که به بررسی اثربخشی سبک زندگی اسلام محور بر روی تعهد زناشویی پرداخته شد به این نتیجه دست یافت که این آموزش می تواند تعهد و صمیمت زناشویی را در زوجین افزایش دهد (Rezaee, 2010). در پژوهشی اثربخشی آموزش غنی سازی ازدواج بر تعهد زناشویی بررسی و نتایج نشان داد که آموزش برنامه غنی سازی ازدواج با رویکرد مبتنی بر امیدواری بر افزایش میزان سازگاری خصوصاً در ابعاد ابراز محبت و همبستگی زوجی موثر بوده و نتوانست خرده مقیاس تعهد اخلاقی را افزایش دهد (Shahedi, 2015).

نتایج مطالعه ای که به بررسی مقایسه تعهد و رضایت زناشویی در سطوح مختلف مذهبی دانشجویان متأهل می پرداخت نشان داد که میزان تعهد زناشویی در بین افرادی با تقیدات مذهبی کمتر، پایینتر است (Naser, 2012). پژوهشی دیگر نیز نشان داد که جلسات درمانی و آموزش مهارت های ارتباطی به زوجین در کاهش دلزدگی زناشویی موثر است (Abbasi, 2009).

چنانکه مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعنوان موج سوم درمانهای شناختی- رفتاری یکی از مداخلات عمده موثر در زمینه کاهش آسیب‌های بین فردی و بویژه درون فردی مورد توجه قرار گرفته است. این درمان با توجه به ماهیت مفاهیم اصلی آن تاکنون بیشتر مورد توجه درمانگران بالینی و فردی قرار گرفته است، حال آنکه بسیاری از داوطلبین دریافت مداخلات روانشناختی زوجینی هستند که به سبب مشکلات مرتبط با زندگی زناشویی نظیر دلزدگی زناشویی، تعهد و یا مشکلات ارتباطی مراجعه می‌نمایند. بطوریکه هرگونه تلاش برای حفظ روابط زوجین از آسیب‌های احتمالی و تقویت پیوند زناشویی لازم و ارزشمند است. از اینرو بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی کارا در حوزه درمانهای فردی برای شکایات و مشکلات زوجی می‌تواند گام موثری برای تجهیز متخصصان زوج درمانی به انواع روشهای کاربردی موثر در این زمینه باشد. از سوی دیگر، ادبیات پژوهشی شواهد اندکی از اثربخشی رویکرد پذیرش و اعهد بر کارکردهای زوجی، خصوصاً دلزدگی زناشویی و تعهد زناشویی، گزارش می‌کنند و اطلاعات و دانش اندکی در این خصوص وجود دارد. بنابراین با عنایت به آنچه گفته شد این پژوهش سعی دارد با بازکردن مسیر نوینی از بکارگیری رویکرد پذیرش و تعهد در حوزه مداخلات زناشویی به بررسی اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و تعهد زناشویی زنان متأهل بپردازد.

فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

- ✓ الف. آموزش رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود دلزدگی زناشویی و تعهد زناشویی زنان متأهل مؤثر است.
- ✓ ب. آموزش رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود ابعاد دلزدگی زناشویی (خستگی جسمی، خستگی عاطفی، خستگی روانی) در زنان متأهل تأثیر دارد.
- ✓ ج. آموزش رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود ابعاد تعهد زناشویی (تعهد شخصی، تعهد اخلاقی، تعهد ساختاری) در زنان متأهل تأثیر دارد.

روش

این تحقیق به لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت از نوع تحقیقات آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه زنان متأهل شهرستان صفاشهر می‌باشد. نمونه آماری انتخاب شده شامل ۵۰ زن متأهل که حداقل یکسال و حداکثر ۱۵ سال طول ازدواج بود، که به دلیل محدودیت در انتخاب به روش در دسترس انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش

شدند (هر گروه ۲۵ نفر). هدف از انتخاب گروه نمونه با طول تاهل در دامنه ای از ۱ تا ۱۵ سال این بود که اولاً گستره و سیعتری از افراد جامعه هدف را شامل گردد و نیز با توجه به متغیرهای مورد مطالعه خصوصاً دزدگی زناشویی بایستی به اندازه گیری و مداخله در افرادی پرداخته می شد که هم در ابتدای ازدواج و تجربه عشق رمانتیک نبودند (کمتر از یکسال) و هم طول تاهل بسیار طولانی (بالای ۱۵ سال) نداشتند، زیرا براساس فرض دیدگاه نمودار U رضایت زناشویی، رضایت زناشویی زوجین با افزایش طول ازدواج بار دیگر افزایش می یابد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دزدگی زناشویی (Pines, 1996) و تعهد زناشویی (1999, Adams, & Jones) و نیز هشت جلسه آموزشی با رویکرد پذیرش و تعهد بود. پرسشنامه ها دوبار قبل و بعد از جلسات آموزشی توسط افراد شرکت کننده در گروه کنترل و آزمایش، همچنین سه ماه بعد، جهت پیگیری تکمیل گردیدند. محتوای جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

پرسشنامه دزدگی زناشویی پاینز: به منظور اندازه گیری دزدگی زناشویی از پرسش نامه ۲۱ سوالی (Pines, 1996) استفاده شد. این مقیاس شامل سه جزء اصلی از پافتادگی جسمی (خستگی، سستی، اختلال خواب و ...)، از پافتادگی عاطفی (افسردگی، ناامیدی، دردام افتادگی و ...) و از پافتادگی روانی (بی ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر و ...) است. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت درجه ای لیکرت پاسخ داده می شود (۱ = هرگز تا ۷ = همیشه) بطوریکه این طیف نمره درجه دزدگی زناشویی فرد را نشان می دهد. ضریب اطمینان آزمون - بازآزمون برای این آزمون ۰/۸۹ و در یک دوره یک ماهه ۰/۷۶ بوده و ضریب آلفای اندازه گیری شده بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است (Adiberad & Adiberad, 2006). در این پژوهش پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ بدست آمد.

پرسشنامه تعهد زناشویی آدامز و جونز: این پرسشنامه ۴۴ گویه ای در سال ۱۹۹۷ توسط آدامز و جونز (Adams, & Jones, 1997) برای سنجش تعهد زوجین نسبت به همسر و ازدواجشان ساخته شد. در این پرسشنامه هر سه بعد تعهد زناشویی (شخصی، اخلاقی، ساختاری) مورد سنجش قرار می گیرد. آدامز و جونز در ۶ پژوهش مختلف برای به دست آوردن روایی و پایایی پرسشنامه، آن را بر روی ۳۴۷ فرد مجرد، ۴۱۷ فرد متأهل و ۴۶ فرد مطلقه اجرا کردند و نتایج بدین شرح بودند: همبستگی هر سؤال با کل سؤالات پرسشنامه بالا و معنی دار بود؛ آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه برابر ۰/۸۹ و میزان پایایی تعهد شخصی ۰/۹۱، تعهد اخلاقی ۰/۸۹ و تعهد ساختاری ۰/۸۶ گزارش شد. هر سؤال دارای یک مقیاس ۵ درجه ای است که به روش لیکرت نمره دهی می شود و به گزینه کاملاً موافقم عدد ۵ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق

می‌گیرد. دامنه کلی نمرات از ۱ تا ۱۷۲ است و نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده تعهد کلی بیشتر زوجین است. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۸ در ایران اعتباریابی و پایایی انبر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرد (Abbasi, 2009). در این پژوهش پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای تعهد اخلاقی ۰/۷۸، تعهد ساختاری ۰/۷۹ و تعهد شخصی ۰/۸۳ بدست آمد.

جدول شماره ۱. جلسات آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT

جلسه اول	انجام پیش آزمون و معارفه و ایجاد رابطه حسنه
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ایجاد درماندگی خلاق
جلسه سوم	گسیختگی شناختی آموزش و تمرین تکنیک ذهن آگاهی
جلسه چهارم	نگاه کردن به افکار و اندیشیدن به جای نگاه کردن از طریق افکار
جلسه پنجم	پذیرش و تمایل، تماس با زمان حال
جلسه ششم	معرفی خود به عنوان زمینه جلسه
جلسه هفتم	معرفی ارزش‌ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش‌ها و تعیین ارزش‌ها
جلسه هشتم	درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی درمان و اجرای پس آزمون

یافته‌ها

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دزدگی زناشویی و تعهد زناشویی زنان متأهل بود. پس از تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفته‌شده توسط نرم‌افزار SPSS، نتایج به صورت آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) یافته‌های استنباطی (تحلیل کواریانس) ارائه می‌گردد.

جدول شماره ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای دزدگی و تعهد زناشویی

ردیف	شاخص‌های آماری	آزمایش			کنترل		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
داده‌های توصیفی	میانگین	۹۰/۸۴	۷۸/۸۸	۷۷/۹۲	۹۰/۸۸	۹۱/۰۴	۹۰/۳۲
	انحراف معیار	۱۳/۴۸	۱۳/۳۸	۱۳/۹۲	۱۲/۱۴	۱۳/۵۵	۱۴/۱۶
	حداقل نمره	۷۰	۵۱	۵۱	۷۱	۷۰	۲۵
	حداکثر نمره	۱۰۵	۹۴	۹۶	۱۰۵	۱۰۵	۶۰
داده‌های استنباطی	میانگین	۱۰۵/۶۸	۱۲۸/۶۴	۱۲۹/۶۸	۱۰۶/۵۲	۱۰۶/۲۴	۱۰۶/۶۴
	انحراف معیار	۷/۰۳	۱۳/۲۵	۱۴/۱۱	۶/۶۷	۶/۹۲	۷/۱۴

۹۵	۹۸	۹۸	۵۱	۹۵	۹۸	حداقل نمره	
۱۱۸	۱۱۶	۱۱۷	۹۷	۱۵۵	۱۱۶	حداکثر نمره	
۴۲/۴۴	۴۱/۷۲	۴۲/۰۰	۵۰/۶۸	۴۹/۶۰	۴۱/۰۸	میانگین	تعهد شخصی
۴/۵۸	۴/۸۰	۴/۶۸	۶/۴۰	۶/۶۷	۴/۸۲	انحراف معیار	
۴۸	۴۸	۴۹	۶۴	۶۳	۴۷	حداقل نمره	
۳۵	۳۴	۳۴	۳۶	۳۶	۳۴	حداکثر نمره	
۳۱/۲۸	۳۰/۵۲	۳۰/۵۹	۴۰/۴۸	۳۸/۵۶	۳۰/۵۲	میانگین	تعهد اجتماعی
۴/۱۷	۳/۷۵	۳/۷۶	۵/۱۳	۴/۹۲	۳/۷۵	انحراف معیار	
۴۰	۳۶	۳۶	۵۳	۵۰	۳۶	حداقل نمره	
۲۵	۲۵	۲۳	۳۱	۳۰	۲۳	حداکثر نمره	
۲۹/۵۲	۲۸/۰۸	۲۸/۳۶	۳۶/۲۸	۳۴/۷۶	۲۷/۵۲	میانگین	تعهد خانوادگی
۳/۹۱	۲/۴۳	۲/۱۷	۴/۵۷	۴/۰۰	۲/۵۶	انحراف معیار	
۴۰	۳۱	۳۲	۴۳	۴۰	۳۲	حداقل نمره	
۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۴	۲۴	حداکثر نمره	

برای بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض های آن، یعنی مستقل بودن (وجود گروه آزمایش و کنترل)، نرمال بودن از طریق آزمون کولموگورف-اسمیرنف، همگنی واریانسها از طریق آزمون لوین، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. بعد از تأیید مفروضه های تحلیل کوواریانس، فرضیه های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

پژوهش گروه های بین تفاوت بررسی برای کوواریانس تحلیل جدول شماره ۳. نتایج

نام متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معنی داری
دلزدگی زناشویی	۱۷۴۱/۳۰	۱	۱۷۴۱/۳۰	۱۶/۸۱	۰/۲۶	۰/۰۰۱
تعهد زناشویی	۶۴۱۷/۴۶	۱	۶۴۱۷/۴۶	۶۱/۴۰	۰/۵۷	۰/۰۰۱
تعهد شخصی	۸۱۷/۴۵	۱	۸۱۷/۴۵	۳۳/۱۷	۰/۴۲	۰/۰۰۱
تعهد اخلاقی	۸۱۵/۵۲	۱	۸۱۵/۵۲	۴۳/۶۵	۰/۴۹	۰/۰۰۱
تعهد ساختاری	۵۵۵/۵۶	۱	۵۵۵/۵۶	۴۷/۹۲	۰/۵۱	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تاثیر پس آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش برای کلیه متغیرهای تحقیق معنی دار بوده است ($P < 0/01$). بطوریکه جلسات آموزشی با رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی زناشویی، بهبود تعهد زناشویی و همچنین خرده مقیاس های آن (تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و ساختاری) تاثیر مثبت داشته است. به عبارت دیگر تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون، از لحاظ کلیه متغیرهای تحقیق در سطح ۹۵ درصد اطمینان است. همچنین ضریب اندازه اثر نشان داد که ۲۶ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر دلزدگی زناشویی و ۵۷ درصد هم از نظر متغیر تعهد زناشویی مربوط به مداخله ی آزمایشی بوده است. این نتیجه بدین معنی است که جلسات درمانی با رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است بر متغیرهای دلزدگی زناشویی، تعهد زناشویی و هریک از ابعاد آن مؤثر واقع شده و فرضیه های پژوهش تایید گردد.

به منظور بررسی ثبات نتایج حاصل شده در طول زمان هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از سه ماه و در مرحله پیگیری با آزمونهای دلزدگی زناشویی و تعهد زناشویی مجدداً مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج تحلی کوواریانس بررسی تفاوت بین گروههای پژوهش در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

پژوهش در مرحله پیگیری گروه های بین تفاوت جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی

نام متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معنی داری
دلزدگی زناشویی	۱۷۳۳/۹۴	۱	۱۷۳۳/۹۴	۱۳/۵۶	۰/۲۲	۰/۰۰۱
تعهد زناشویی	۵۰۳۶/۶۲	۱	۵۰۳۶/۶۲	۳۶/۴۵	۰/۴۴	۰/۰۰۱
تعهد شخصی	۸۶۸/۸۴	۱	۸۶۸/۸۴	۳۷/۲۵	۰/۴۵	۰/۰۰۱
تعهد اخلاقی	۱۰۳۴/۴۰	۱	۱۰۳۴/۴۰	۴۷/۷۶	۰/۵۱	۰/۰۰۱
تعهد ساختاری	۵۴۰/۱۵	۱	۵۴۰/۱۵	۲۸/۱۸	۰/۳۸	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در مرحله پیگیری سه ماهه نشان داد که تاثیر پس آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش برای کلیه متغیرهای تحقیق معنی دار بوده است ($P < 0/01$). در نتیجه تاثیر جلسات آموزشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی زناشویی و افزایش تعهد زناشویی و نیز خرده مقیاس های آن (تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و ساختاری) تداوم داشته است. به عبارت دیگر تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون از لحاظ کلیه متغیرهای تحقیق در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار بوده و ضریب اندازه اثر نشان داد که ۲۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پیگیری از نظر متغیر

دلزدگی زناشویی و ۴۴ درصد نیز از نظر متغیر تعهد زناشویی متعلق به مداخله‌ی آزمایشی بوده است. این نتیجه بدین معنی است که جلسات آموزشی با رویکرد پذیرش و تعهد توانست تأثیر بر متغیرهای دلزدگی زناشویی، تعهد زناشویی و ابعاد تعهد را تا مرحله پیگیری حفظ کند.

نتیجه

خانواده به عنوان واحدی عاطفی- اجتماعی کانون رشد و تکامل، التیام و شفا دهندگی، تغییر و تحول آسیب‌ها و عوارضی است که هم بستر شکوفایی و هم فروپاشی روابط بین اعضایش می‌باشد. رابطه‌ای که در میان سایر روابط از اهمیتی ویژه برخوردار باشد، رابطه با همسر است که در قالب ساختار خانواده صورت می‌گیرد. با وجود این که تشکیل خانواده و روابط با همسر، از سالم‌ترین و ارضاکنده‌ترین رابطه‌هاست، اما آسیب‌های متعددی نیز وجود دارد که به این رابطه امن صدمه می‌زند. یکی از صدمات وجود دلزدگی و عدم تعهد به روابط زناشویی از سوی حداقل یکی از همسران است. این نوع روابط، منجر به تعارضات عمیق، جدایی، طلاق و آسیب‌های روانی و اجتماعی دیگر می‌شود. از آنجایی که دلزدگی زناشویی و تعهد زناشویی هردو سازه مهمی در زندگی زناشویی محسوب می‌شوند و کارکرد مهمی در حفظ و ثبات ازدواج و کیفیت روابط زناشویی دارند؛ لذا شناخت صحیح این دو سازه و عوامل تأثیرگذار بر آن‌ها ضرورت دارد. با توجه به اهمیت این موضوع پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و تعهد زناشویی زنان متأهل شهرستان صفاشهر صورت گرفت.

نتایج نشان داد که آموزش رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی زناشویی زنان متأهل موثر بوده است. نتیجه حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش‌های باکر (Bakker, 2009)، تساپلاس، آرون و ارباک (Tsapelas, Aron, & Orbu, 2009)، اولادی (Ouladi, 2011) و عباسی (Abbasi, 2009) هم‌سو می‌باشد. در تبیین این یافته باید گفت که آموزش‌های مرتبط با تجربیات درونی، ذهن آگاهی، پذیرش و تماس با زمان حال می‌تواند به افراد در برقراری یک رابطه‌ی حسنه، دوسویه و کارآمد زناشویی که در جهت رشد و شکوفایی آنان باشد کمک کند و از ایجاد یا تداوم احساسات مخرب و منفی در جریان رابطه‌ی زناشویی بکاهد. همچنین این آموزش‌ها به زوجین در حل تعارض و رفع مشکلات زناشویی، پرهیز از روابطی که منجر به شکست می‌شود، کاهش ناامیدی، خشم، احساس بی‌ارزش بودن، افسردگی و ناکامی و همچنین افزایش حس همدلی و شناخت بهتر از نیازها و تمایلات هم‌سر، افزایش رغبت جهت تداوم رابطه‌ی زناشویی و در نهایت کاهش تنش‌ها و سرخوردگی‌ها کمک کند.

همچنین این مداخله بر افزایش تعهد زناشویی (تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری) زنان متأهل تأثیر داشته است. نتیجه حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش‌های پترسون و ایفرت (Peterson & Eifert, 2011)، تانگ (Tang, 2012)، ناصر (Naser, 2012) و شاهدی (Shahedi, 2015) مطابقت دارد. در تبیین این فرضیه نیز میتوان گفت که آموزش پذیرش و تعهد به زنان سبب شد که آنها در قبال خطاکاری و پیمان شکنی همسر مسئولیت بیشتری بپذیرند و با بخشی از وجود خود روبرو شوند که به شکل گیری این گونه مسائل پیش آمده برای طرف مقابل منجر شده است، و به نحوی خود را تغییر دهند که صمیمیت را از نو بین خود و همسرشان برقرار کنند. زنان در نتیجه این آموزش‌ها یاد گرفتند که لازمه ایجاد و حفظ روابط زناشویی سالم و افزایش تعهد در بین آنها این است که طرفین برای علاقه مندی‌ها و نیازمندی‌های یکدیگر ارزش قائل شوند و سعی کنند در روابط و تصمیم گیری‌ها به نیازها و خواسته‌های همسرشان توجه کنند. به عبارتی خود را در وضعیت طرف مقابل قراردادن، قبول مسئولیت و شناخت انتظارات متقابل، قدم اول در بهبود تعهد بین زوجین و روابط زناشویی است. لذا رویکرد آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش میتواند به آنها کمک کند تا در جهت بهبود اوضاع، رفع اختلافات زناشویی و افزایش تعهد، آموزش‌های لازم را کسب کنند. بنابراین با توجه به نتایج حاصل شده پیشنهاد می‌گردد راهکارها و تدابیر مناسب و اثربخش به خانواده‌های آسیب دیده از روابط زناشویی آموزش داده شود تا بدین وسیله با توسعه بهداشت روانی زوجین بتوان تاحدی مانع فروپاشی بنیان خانواده شد. از طریق برگزاری کارگاههای تخصصی اصول و روش‌های خاص مداخلات درمانی به مشاوران و متخصصان بهداشت روانی ارائه شود تا هنگام مواجهه با این مسأله بغرنج از آمادگی مناسبتی بهره مند شوند. همچنین پیشنهاد می‌گردد با برای زوجین برگزاری کارگاههای آموزشی برای کلیه خانواده‌ها در زمینه بهبود روابط زناشویی و پیشگیری از عوامل زمینه ساز و تداوم بخش خیانت، ناسازگاری، تعهد و دلزدگی زناشویی، زمینه ساز افزایش آگاهی اجتماعی در این زمینه شد. به پژوهشگران نیز پیشنهاد می‌گردد با توسعه پژوهشهایی نظیر رویکرد پذیرش و تعهد بصورت زوج درمانی به بررسی اثربخشی آن بر روی هردو همسران پرداخته شود.

References

- Abbasi, H. (2009). The effectiveness reality therapy on marital commitment. MA. Dissertation, Tehran University. (In Persian)
- Adams, J. M., & Jones, W. H. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1177.
- Adams, J. M., & Jones, W. H. (Eds.). (1999). Handbook of interpersonal commitment and relationship stability. Springer Science & Business Media.

- Adiberad, N. (2004). Investigation of marital burnout and career burnout in nursing women. *Journal of Counseling Research*, 5(19), 35- 47. (In Persian)
- Adiberad, N. (2005). The Relationship of relational belives with marital burnout and compression in women applying for divorce and women that continuing marriage. *Journal of Counseling Research*, 4(13), 99- 110. (In Persian)
- Aouladi, Z. (2011). The effectiveness of reality therapy on marital burnout and marital satisfaction. MA. Dissertation, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian)
- Arabnejad, S., B., Abolmaali Alhosseini, K., H. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing marital intimacy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. *Journal of Social Issues & Humanities*, 2(8), 89- 93. (In Persian)
- Bakker, A.B. (2009). The crossover of burnout and its relation partner health. *Stress and Health*, 25, 343-353.
- Bauch, D., Kanler, J., Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: Enhancing the relationship. *Journal of Clinical Case Studies*, 8(3), 241- 257.
- Carson, J., W., Carson, K., M., Gill, K., M., & Baucom, D., H. (2004). Mindfulness based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35(3), 471- 494.
- Christensen, A., Atkins, D., C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D., H., Simpson, L., E. (2011). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed marital couples. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 176- 191.
- Eilenberg, T., Kronstrand, L., Fink, P., & Frostholm, L. (2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety-Results from a pilot study. *Journal of anxiety disorders*, 27(5), 461-468.
- Faghirpour, M. (2012). The Role of social skills on marital adjustment. MA. Dissertation, Allame Tabatabaie University. (In Persian)
- Izadi, R. & Abedi, M. R. (2013). Acceptance and commitment therapy. Jungle pub, Tehran. (In Persian)
- Johnson, M. P., Caughhlin, J. P., and Huston, T. L. (1999). The tripartite nature of marital commitment: Personal, moral, and structural reasons to stay married. *Journal of Marriage and Family*, 61, 10-177.
- Kapinus, C.A., Johnson, M.P. (2003). The quality of family life cycle as a theoretical and empirical tool commitment and family life – cycle stage. *Journal of Family Issue*, 24 (2), 155-184.
- Lashani, L., Farhoudian, A., Azkhosh, M., Dolatshahi, B., Saadat, H. (2013). Acceptance and commitment therapy in the satisfaction of veterans with spinal cord injuries spouses. *Iranian Rehabilitation Journal*, 11(18), 56- 60. (In Persian)
- Markman, H., Stanley, S. M., Blumberg, S. L. (1994). Fighting for your marriage: Positive steps for preventing divorce and preserving a lasting love. New York: Brunner/ mazel.
- Marston, P. J., Hecht, M. L., Manke, M. L., McDaniel, S., & Roder, H. (1998). The subjective experience of intimacy, passion and commitment in heterosexual relationship. *Personal Relationship*, 5, 15-30.
- McKay, M., Fanning, P., & Paleg, K. (2006). Couple skills. New Harbinger, Oakland.

- Morshedi, M., Davarniya, R., Zaharakar, K., Mahmudi, M. J., Shakarami, M. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing couple burnout of couples. *Iranian Journal of Nursing Research*, 10(4), 76- 87. (In Persian)
- Naser, Z. (2012). The comparison of marital commitment and satisfaction between high and low religious people. MA. Dissertation, Marvdasht Azad Islamic University. (In Persian)
- Navabinejad, Sh. (2001). Marriage counseling and family therapy. Parents- Teachers Association Pub., Tehran. (In Persian)
- Navidi, F. (2005). The comparison of marital burnout with organizational atmosphere in educational employee and hospital employee. MA. Dissertation, Shahid Beheshti University. (In Persian)
- Peterson, B. D., Eifert, G.H. (2011). Using and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18: 577-587.
- Peterson, B. D., Eifert, G.H., Feingold, T., Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-0442.
- Pines, A. M. (2004). Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross- cultural investigation. *Work and Stress*, 66-80.
- Pines, A. M. (1996). Couple Burnout: Causes and Cures. Rutledge, London.
- Pines. A. M, & Nunes. R. (2003). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*, 40, 50-64.
- Rezaee, J. (2010). The effectiveness of Islamic life style on couple commitment and intimacy. MA. Dissertation, Isfahan University. (In Persian)
- Shahedi, S. (2015). The effectiveness of enrichment program with approach of hope on adjustment and commitment. MA. Dissertation, Kharazmi University. (In Persian)
- Tang, C. Y. (2012). Routine housework and tripartite marital commitment. *Personal Relationships*, 19(3), 483-503.
- Tang, C. Y. (2006). The relationship between marital commitment and house work, Purdue University.
- Tsapelas. I., Aron, A., & Orbuc. T. (2009). Marital boredom now predicts less Satisfaction 9 years later. *Psychological Science*, 20(5), 543-545.
- Vanpelt.N. (2004). Creative ways to keep romance alive, retrieved, Septamber 1, 2004, <http://www.heartnthon1e.c01.Tuarticlesfkeepingromancealive.htm>



فرح زادی، مریم؛ مداحی، محمدابراهیم؛ خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۸۹-۹۶.
DOI: 10.22067/ijap.v7i2.65791

مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی

مریم فرح‌زادی^۱، محمدابراهیم مداحی^۲، جواد خلعتبری^۳
تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۶

چکیده

هدف: مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی بود.

روش: پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده‌ی ۲۳-۳۸ ساله‌ی دارای نارضایتی از تصویر بدنی در سال ۹۵-۱۳۹۶ به مراکز سلامت شهرداری تهران بود. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس پهنه‌بندی شهرداری تهران پنج منطقه انتخاب و از هر منطقه چهارخانه سلامت به تصادف انتخاب شد، بدین طریق ۴۵۳ نفر از مجموع ۲۰ خانه‌ی سلامت حجم نمونه را تشکیل دادند، که با توجه به نمرات برش در پرسشنامه‌ها، ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت تعداد ۴۵ زن انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت از پرسشنامه‌های خرده‌مقیاس حساسیت بین فردی (SCL-90R)، (Dragutes and others 1984)، روابط چندبعدی بدن-خود، (Cash, 1997) بود. گروه‌های آزمایشی ۱۲ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد الف) گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور مشابه سبب بهبود رضایت از تصویر بدن گردیدند ب) گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به‌طور معناداری سبب کاهش حساسیت بین فردی در پس‌آزمون شد اما این تأثیر در پیگیری سه‌ماهه پایدار نماند. لذا این روش‌های مداخله در بهبود مشکلات روان‌شناختی این گروه از افراد مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، نارضایتی از تصویر بدنی،

حساسیت بین فردی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، maryamfarahzadi.me@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، (نویسنده‌ی مسئول)، memadahi@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن

مقدمه

انسان موجودی زیبا دوست است و تمایل به زیبایی از دیرباز در سرشت او وجود داشته است. اینکه چه ظاهری زیبا است، تحت تأثیر دوره‌ی زمانی و معیارهای مختلفی نظیر معیارهای اجتماعی- فرهنگی، دوستان، خانواده، رسانه‌ها، باورها و نگرش‌های فرد می‌باشد. این عوامل بر تصویر بدنی فرد - یعنی تصویر ذهنی فرد از اندازه، شکل بدن خود، نیز احساس فرد نسبت به تک‌تک و کل اعضای بدنش، و اینکه چگونه فرد ارزش، تائید، عدم تائید خود را ارزیابی می‌کند- تأثیر می‌گذارد (Cohen, Blaszczynski, 2015, Grogan, 2006, Huebscher, 2010).

اگرچه این معیارها بر هر دو جنس تأثیر می‌گذارد اما جذابیت ظاهری (فیزیکی) و رضایت بدنی در جامعه به‌عنوان عنصر مهم از مفهوم خودزنان شناخته شده است (Thornton, Ryckman, Gold, 2013). به‌طور مثال رسانه‌ها محصولات آرایشی بیشتری را برای زنان تبلیغ می‌کنند و در تبلیغات خود از زنانی که دارای ظاهر، شکل بدنی خاص و بی‌نقص می‌باشند، استفاده می‌کنند. همچنین در بین خانواده و دوستان مقایسه‌ی ظاهر، شکل بدنی زنان و دختران با این ایده آل‌ها به چشم می‌خورد. چنین پیام‌هایی به‌صورت غیرمستقیم زیبایی و جذابیت را به‌ظاهر و شکل بدنی خاص پیوند می‌زند و طبق نظر بروک، شفر و تامپسون (Burke, Schaefer, Thompson 2012) بر تصویر بدنی تأثیر می‌گذارند. زنان به‌مرور این پیام‌ها را درونی می‌کنند و آن‌ها را به‌عنوان ملاک‌هایی برای ارزیابی زیبایی و جذابیت بکار می‌برند. مسئله‌ی مهم زمانی اتفاق می‌افتد که معیارهای زیبایی درونی شده قابل دستیابی نباشند و به شکل‌گیری هدف غیرواقع‌بینانه برای زنان منجر گردند که سبب شرم و نارضایتی از ظاهر و بدن می‌شوند (McLean, Paxton, Wertheim, 2013 & Kinnally, Van Vonderen, 2014). در ایران، به نظر می‌رسد وجود فرهنگ اسلامی، تأکید آن بر پوشیدن بدن و رعایت اصول دینی در نحوه‌ی حضور در اجتماع مخصوصاً برای زنان در مقایسه با فرهنگ غربی کاهش مشغولیت ذهنی با بدن و ظاهر را به همراه داشته باشد. اما سهولت دستیابی به اطلاعات و رسانه‌ها سبب می‌شود که جریان اطلاعات محدود به یک جامعه‌ی خاص نباشد و زنان ایرانی نیز با اطلاعات گسترده در مورد ایده آل‌های ظاهری مواجه شوند.

برخی از این زنان دچار نارضایتی کلی از تصویر بدنی می‌شوند، اما ملاک تشخیصی برای اختلال خوردن یا اختلال تصویر بدنی را برآورده نمی‌کنند. همان‌طور که لی^۱، ۲۰۰۷ و والکر^۲، ۲۰۱۲ (نقل از

1. Lee

2. Walker

Stefano, Hudson, Whisenhunt, Buchanan, Latner, 2016) بیان می‌کنند این نوع نارضایتی کلی بدنی سبب رفتارهای معنادار بررسی بدنی، و افکار منفی نسبت به بدن می‌شود، و موجب پرنشانی آنها را فراهم می‌کند.

این گروه از زنان برای از بین بردن نارضایتی از تصویر بدنی^۱، و نزدیک کردن واقعیت بدنی به ایده آل‌های درونی شده از راهبردهای مختلفی نظیر رژیم‌ها، ورزش افراطی، وایت و هایل (White & 2010) Halliwell، الگوهای رفتاری شبیه اختلال خوردن و لیپوساکشن، فردریک، کلی، لنتر، سندهو و تی سانگ (Frederick, Kelly, Latner, Sandhu, & Tsong, 2016)؛ آرایش، جراحی زیبایی، پیرسون، هفتر و فالت (Pearson, Heffner, Follette, 2010) استفاده می‌کنند.

نمونه‌هایی از راهبردهای فوق در ایران به صورت روزافزون مشاهده می‌شود، بطوریکه آمار نشان می‌دهد، سالانه حدود ۲۵ تا ۳۰ هزار جراحی زیبایی در کشور انجام می‌شود. از نظر جراحی پلک و صورت ایران در رده چهارم و از نظر لیپوساکشن، سینه و شکم پس از آمریکا در رده دوم قرار دارد. همچنین طبق آمارهای اعلام شده، ایران از لحاظ واردات محصولات آرایشی دارای مقام هفتم جهان و در مصرف در میان کشورهای منطقه بعد از هند و پاکستان دارای مقام سوم است (Tahmasbi, Tahmasbi, Yaghmaie, 2015 & Kiani, mugouei, 2017).

استفاده از راهبردهای مطرح شده ممکن است در ابتدا احساس رضایت را ایجاد کند، اما در درازمدت اثر آن پایدار نمی‌باشد، زیرا این زنان از راهبردهای مطرح شده به امید دستیابی به موفقیت، پذیرش اجتماعی و احساس ارزشمندی و کاهش برخی مسائل روانشناختی مانند اضطراب در روابط بین فردی، افسردگی استفاده می‌کنند اما با وجود صرف وقت و هزینه‌ی گزاف موفق به دستیابی به اهداف فوق نمی‌شوند، لذا نسبت به خود نظر منفی بیشتری پیدا می‌کنند. از سوی دیگر استفاده‌ی مفرط از راهبردها نیز به نوبه‌ی خود مشکل‌زا می‌باشند، به طور مثال محدود کردن غذا، سبب می‌گردد پس از مدتی فرد به عدم بازداری و پرخوری مبتلا شود، همچنین رضایت حاصل از جراحی‌های زیبایی در درازمدت باقی نمی‌ماند (Cash & Smolak, 2011). یکی از مسائلی که زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی با آن مواجه هستند، حساسیت در روابط بین فردی^۲ است. این زنان نسبت به پیام‌های اجتماعی در مورد ظاهر بسیار حساس می‌باشند، لذا ممکن هر گونه اظهار نظر در مورد ظاهر را منفی برداشت کنند. کش و همکاران (۲۰۰۴ نقل از Calogero, Park, Rahemtulla, Williams, 2010) نشان دادند که نگرانی درباره‌ی تأیید، پذیرش در تعاملات

1. Body Image Dissatisfaction

2. Interpersonal Sensitivity

اجتماعی، اختلال در سرمایه‌گذاری ظاهری و نگرانی تصویر بدنی موقعیتی را پیش‌بینی می‌کند، و زنانی که ترس از جذاب نبودن، نیز ترس از طرد بین فردی را به دلیل نارضایتی از تصویر بدنی تجربه می‌کنند به راهبردهای تغییر شکل بدنی دست می‌زنند به امید اینکه در روابط بین فردی از جذابیت ظاهری استفاده کنند و پذیرش بیشتری بگیرند.

رویکردهای مختلف به تبیین نارضایتی از تصویر بدن و درمان آن پرداختند. بر طبق نظریه‌های شناختی، توجه انتخابی با فرایند کسب اطلاعات تصویر بدن ترکیب می‌شود و به افزایش هیجانات منفی منجر می‌شود. لذا رفتارهای ناسالم باهدف تغییر شکل بدنی رخ می‌دهد. بر این اساس، درمان شناختی-رفتاری^۱ تصویر بدن به‌منظور کمک به افراد با نارضایتی بدنی ایجادشده است، که می‌توان در این حیطه به پژوهش آشتون، دراپ، ویندور، هینبرگ (Ashton, Drerup, Windover, Heinberg, 2009)، گرینبرگ، مارکوتز، پترونکو، تایلر، ویلهم و ویلسون (Greenberg, Markowitz, Petronko, Taylor, Wilhelm, Wilson, 2010) اشاره نمود.

از سوی دیگر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ عنوان می‌کند، افراد ممکن است برای اجتناب از هیجانات ناخوشایند و افکار آزارنده در حوزه‌های مختلف زندگی که قابل کنترل نمی‌باشند، سعی در کنترل بخشی از خود یعنی ظاهر بدنی کنند و از طریق رژیم، ورزش افراطی، جراحی و آرایش، اجتناب کردن از موقعیت‌های اجتماعی دست به اقدام زنند که سبب انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌گردد. لذا هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی است (Pearson, Follette, Haye, 2012 & Nourian, Aghaei, Ghorbani, 2015).

از محدود پژوهش‌هایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای بهبود رضایت بدنی در نمونه‌های بالینی بکار بردند می‌توان به پژوهش غلامحسینی، خدابخشی کولایی و تقوایی (Gholamhoseini, Khodabakhshi Koolae, Taghvae, 2015)، منلیک، کاجران و کان (Manlinck, Cochran, koon, 2013) و پیروسون و همکاران (Pearson & others, 2012) اشاره نمود. همان‌گونه که اشاره شد به دلیل مشکلات متعدد زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی و خلأ پژوهشی، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان مبتلا به نارضایتی از تصویر بدنی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی در چارچوب یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه

2. Cognitive- Behavioral Therapy

3. Acceptance and Commitment Approach

آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری سه‌ماهه انجام شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را زنان ۲۳-۳۸ ساله دارای نارضایتی از تصویر بدنی تشکیل می‌دادند که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به ۳۵۴ خانه‌ی سلامت شهرداری در مناطق ۲۲ گانه‌ی تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش حاضر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند.

جهت نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس پهنه‌بندی شهر تهران (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) از هر جهت جغرافیایی یک منطقه به تصادف انتخاب شد (۵، ۱۸، ۲۱، ۴، ۱۰) و از لیست هر منطقه ۴ خانه سلامت را به تصادف انتخاب و جمعاً ۲۰ خانه سلامت مشخص گردید. در مجموع ۴۵۳ نفر از ۲۰ خانه سلامت حجم نمونه را تشکیل دادند.

با توجه به توضیحات پرسشنامه که به صورت طیف نمرات بررسی می‌شوند، پژوهشگر به منظور دستیابی به نمره‌ی برش در مؤلفه‌های نارضایتی از تصویر بدنی، حساسیت بین فردی ۳۰ زن ۲۳-۳۸ ساله را به تصادف انتخاب کرد و پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. در پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود (میانگین ۱۶۵/۹۳ و انحراف استاندارد ۱۱/۹۸) برآورد شد. لذا نمره‌ی برش دو انحراف پایین‌تر از میانگین آن‌ها یعنی ۱۴۲ در نظر گرفته شد. در حساسیت بین فردی (میانگین ۲۲/۷۸ و انحراف استاندارد ۲/۴۰) برآورد شد که یک انحراف بالاتر از میانگین حساسیت بین فردی ۲۵ برآورد شد که به عنوان نمره‌ی برش در نظر گرفته شد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۴۵۳ نفر، ۱۸ پرسشنامه به دلیل تکمیل نشدن و مخدوش بودن کنار گذاشته شد. سپس با مقایسه‌ی نمره‌ی افراد در پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود با نمره‌ی برش، تعداد ۱۰۸ نفر که نمره‌ی برش ۱۴۲ یا پایین‌تر از آن را گرفتند، شناسایی شدند. تعداد ۱۰ نفر از این افراد گزینه‌ی عدم تمایل به حضور در ادامه‌ی پژوهش را مشخص کرده بودند که کنار گذاشته شدند. سپس نمرات آن‌ها با نمره‌ی برش حساسیت بین فردی یعنی نمره‌ی برش ۲۵ بررسی شدند و از ۹۸ نفر ۶۱ نفر نمره‌ی برش لازم را در این مقیاس کسب کردند. از ۶۱ نفر باقی‌مانده ۲ نفر سن بالاتر از ۳۸ را در پرسشنامه قید کرده بودند که به دلیل یکی از ملاک‌های ورود یعنی طیف سنی بین ۲۳-۳۸ کنار گذاشته شدند و از ۵۹ نفر باقی‌مانده ۸ نفر به دلیل داشتن عمل جراحی، (ملاک‌های ورود و خروج) کنار گذاشته شدند و در نهایت از ۵۱ نفر ۴۵ نفر به تصادف انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. دو گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری (شرح آن در جداول ۱ و ۲ آورده شده است) قرار گرفتند و پس از جلسات، سه گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و در

مرحله‌ی پیگیری پس از سه ماه از پایان جلسات پرسشنامه‌ها توسط افراد سه گروه تکمیل شدند. از میان اعضای گروه آزمایش (مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۴۷ درصد تحصیلات کارشناسی و ۱۳ درصد تحصیلات دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند؛ همچنین در گروه آزمایشی (شناختی-رفتاری) از میان اعضا ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۵۳ درصد تحصیلات کارشناسی و ۷ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند و گروه گواه ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم و ۶۰ درصد تحصیلات کارشناسی داشتند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۰/۶ سال و گروه شناختی-رفتاری ۳۰/۸ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۳۰/۶۷ سال بود.

ملاک‌های ورود افراد گروه نمونه:

- (۱) کسب نمره‌ی برش در پرسشنامه‌ها
 - (۲) نداشتن عمل زیبایی
 - (۳) طیف سنی ۲۳-۳۸ ساله
 - (۴) تحصیلات حداقل دیپلم
 - (۵) نداشتن بیماری، مشکلات و سوانحی که سبب تأثیر بر ظاهر جسمی فرد شده باشد.
- ملاک‌های خروج افراد گروه نمونه:

- (۱) غیبت بیش از ۲ جلسه موجب خارج شدن افراد از گروه‌های آزمایشی می‌شود.
- (۲) برآورده شدن ملاک‌های اختلال خوردن، بدشکلی بدنی
- (۳) وجود ضایعات و بیماری‌هایی که ظاهر فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ابزارها

پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود^۱: در مطالعه حاضر، نسخه نهایی پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود که در سال ۱۹۹۷ توسط کش آماده شد، مورد استفاده قرار گرفت که مشتمل بر ۴۶ گویه و شش بعد روابط بدن-خود (شامل ارزشیابی قیافه^۲، جهت‌گیری قیافه^۳، ارزشیابی تناسب اندام^۴، جهت‌گیری تناسب اندام^۵، وزن ذهنی^۶ و رضایت بدنی^۷) می‌باشد که به‌منظور

1. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
 2. Appearance Evaluation, AE
 3. Appearance Orientation, AO
 4. Fitness Evaluation, FE
 5. Fitness Orientation, FO
 6. Subjective Weight, SW
 7. Body Areas Satisfaction, BAS

ارزیابی نگرش افراد درباره ابعاد تصویر بدنی خود بکار می‌رود (Raghibi, Minakhany, 2012). نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت ۵ مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالف = ۱، کاملاً موافق = ۵) است. لازم به ذکر است که در سؤالات ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۲ نمره‌گذاری به صورت معکوس صورت می‌گیرد. نمره کلی پرسشنامه در طیف ۴۶ و ۲۳۰ برآورد شده است.

مشخصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. از جمله در مطالعه‌ای که توسط کش در سال ۱۹۹۴ انجام شده، همسانی درونی^۱ زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری، ۰/۸۸ و همسانی درونی زیرمقیاس رضایتمندی از نواحی، ۰/۷۷ بود. همچنین زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری دارای اعتبار ۰/۸۱ و زیرمقیاس رضایتمندی بدنی دارای اعتبار ۰/۸۶ بود (Wolff, Clark, 2001).

در ایران راحتی (Rahati, 2007) به بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه پرداخت. نتایج مربوط نشان داد که بین تصویر بدنی با عزت نفس، در دختران، پسران و کل نمونه‌های دانشجویی، به ترتیب، همبستگی‌های ۰/۵۲، ۰/۵۸، ۰/۵۵ به دست آمد. در پژوهش راقبی و مینا خانی (Raghibi & Minakhany, 2012) آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاس‌های ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی به ترتیب، ۰/۸۴، ۰/۷۱، ۰/۷۸، ۰/۶۶، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۷۴ به دست آمد.

خرده مقیاس حساسیت بین فردی پرسشنامه‌ی SCL-90R: در پژوهش حاضر از خرده مقیاس نه گویه ای (۶-۲۱-۳۴-۳۶-۳۷-۴۱-۶۱-۶۹-۷۳) حساسیت بین فردی پرسشنامه‌ی ۹۰ نشانه مرضی (SCL-90R) استفاده گردید. فرم اولیه چک‌لیست علائم روانی (SCL-90) توسط لیمین و کوری (۱۹۷۳) برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. دراگوئیس و همکاران (1984) پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار داده و فرم نهایی آن را بانام فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی (SCL-90-R) تهیه نمودند (Ansi, Akbari, Majdian, Atashkar, Ghorbani, 2011).

آزمودنی‌ها در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی از صفر (هیچ) تا چهار (شدید) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند که طیف نمرات صفر تا ۳۶ هست (Najarian, Davoodi, 2001).

در مورد روایی و پایایی پرسشنامه می‌توان اشاره کرد در پژوهش دراگوئیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶)؛ نقل از (Ansi, Eskandari, Bahmanabadi, Noohi, Tavalayi, 2014) ضرایب پایایی سلامت روانی

کلی و در هر یک از ابعاد نه گانه این آزمون در حد مطلوب و رضایت‌بخش گزارش شده است. در پژوهش زرگر، صیاد و بساک نژاد (Zargar, Sayad, Bassak Nejad, 2012) ضریب پایایی آن ۰/۸۳ دست آمد. همچنین در پژوهش مدبریان، شجاعی تهرانی، فلاحی و فقیر پور (Modabernia, Shojaie Tehranie, Falahi, Faghirpour, 2009) ضریب آلفا خرده مقیاس حساسیت بین فردی ۰/۷۶ محاسبه شد.

روش اجرا

آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) تحت درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش و شناختی-رفتاری قرار گرفتند که شرح آن به‌طور خلاصه در جداول ذیل آورده شده است:

جدول (۱) جلسات و محتوای گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (Pearson&others, 2010)

جلسه اول	تسهیل‌کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.
جلسه دوم	تسهیل گر در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی (نظیر ژنتیک، خانواده، رسانه‌ها و...) توضیح داد. سپس در مورد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک از اصطلاح دو کوه توضیحاتی را ارائه کرد. سپس در مورد راهبردهای ناکارآمد اعضا در مقابله با تصویر بدنی منفی بحث شد. از اعضا خواسته شد به‌عنوان تکلیف راهبردهای ناکارآمد در مواجهه با تصویر بدنی نظیر اجتناب‌های اجتماعی، وسایل آرایشی و... را یادداشت کنند.
جلسه سوم	تسهیل گر از اعضا خواست تا هر یک راهبردهای ناکارآمد خود را در کلاس به اشتراک بگذارند. سپس از آن‌ها خواست تا از طرف ذهن به بدن نامه و سپس خود را جای بدن بگذارند و به ذهن نامه بنویسند. در تمرین دیگر خواسته شد بدون هیچ گفتگویی هر دو نفر به چشمان هم نگاه کنند و پس دو دقیقه شروع به نوشتن حدس‌های خود در مورد اینکه مخاطب چه فکری در موردشان داشته است، کردند و تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند. تکلیف خانگی
جلسه چهارم	در مورد مفهوم گسلش شناختی توضیح داده شد، به اعضا توضیح داده شد که افکار در مورد ظاهر را به‌عنوان حقیقت مطلق فرض نموده‌اند. سپس از اعضا خواسته شد کلمه شیر را تکرار کنند تا متوجه شوند به یک صدای بی‌معنی تبدیل می‌شود. سپس از استعاره سربازان در حال رژه و تمرین با ذهنیت صحبت کن استفاده شد.
جلسه پنجم و ششم	از اعضا خواسته شد به‌منظور تمرین تمرکز بر تنفس در موقعیت آسوده قرار بگیرند و بر نحوه‌ی ورود و خروج تنفس متمرکز باشند. سپس تمرین ذهن آگاهی خوردن انجام شد که بدین منظور تکه‌ای شکلات به اعضا داده و از آن‌ها خواسته شد مطابق دستورات به لمس، جویدن و بلعیدن آن و احساسات حین این اعمال توجه کنند. در تمرین ذهن آگاهی از هیجانات و تمرین نزدیک شدن به موقعیت دشوار از اعضا خواسته شد بر روی کار برگ‌ها

موقعیت‌های دشوار را یادداشت و به آن‌ها الویت دهند و سپس از موقعیت‌های کمتر استرس‌آور شروع به تمرین کنند. از اعضا خواسته شد تکلیف خانگی تمرین ذهن آگاهی با استفاده از آینه را انجام دهند یعنی به بدن نگاه کنند و سپس هیجانات و افکار خود را یادداشت کنند.	
مرور تکلیف اعضا انجام شد، سپس در مورد خود مفهومی و خود زمینه‌ای توضیح داده شد، برای درک بهتر اعضا از استعاره خانه با مبلمان، داستان خیاط و لباس استفاده گردید. تمرین خانگی اعضا از آن‌ها خواسته شد دو خود مفهومی را شرح دهند، چگونه فکر می‌کنند، چه احساسی دارند، ظاهرشان چگونه است. سپس رفتارهایی را توصیف کنند که دقیقاً با انتظارات آن‌ها در مورد این خود مفهومی متضاد باشد.	جلسه هفتم و هشتم
تسهیل‌گر و اعضا به مرور تکلیف پرداختند، سپس توضیحاتی در مورد اهداف و ارزش‌ها، تفاوت آن‌ها ارائه گردید. سپس تسهیل‌گر تمرین زندگی بدون نگرانی از تصویر بدنی را انجام داد و از اعضا خواست ارزش‌های خود را یادداشت کنند و الویت بندی نمایند، سپس از اعضا خواست تا بر طبق اینکه چقدر به ارزش‌ها می‌پردازند نمره دهند. همچنین تمرین لکه نارنجی انجام شد از اعضا خواسته شد دست خود را طراحی و سپس لکه‌ای با مداد نارنجی بر آن قرار دهند و سپس با استفاده از این لکه طراحی کنند.	جلسه نهم و دهم
تسهیل‌گر با مشارکت اعضا هدف‌های رفتاری که در راستای رسیدن به ارزش‌ها می‌باشد توضیح و یادداشت کردند. سپس آموزش الگوریتم (شامل آمیختگی شناختی، ارزیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجارب، دلیل برای اجتناب کردن از رفتار) به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا این سرفصل‌ها را یادداشت کنند و به تمرین بپردازند. سپس جمع‌بندی جلسات، موارد آموزشی و اهداف مدنظر از تشکیل گروه مرور شد و در آخر پس‌آزمون گرفته شد.	جلسه یازدهم و دوازدهم

جدول (۲) جلسات و محتوای گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (Cash, 1988)

تسهیل‌کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل‌گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.	جلسه اول
تسهیل‌گر از اعضا خواست تا برگه‌های راهنما تکمیل کنند تا بدین صورت نسبت به نقاط مثبت و ضعف تصویر بدنی خود آگاه شوند. سپس در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی (نظیر محیط، مقایسه‌های اجتماعی، ژنتیک، خانواده و...) توضیحات داده شد و در مورد نارضایتی از تصویر بدنی تاریخچه، آمارهای مکتوب ارائه گردید. از اعضا خواسته شد تا آن‌ها نیز نظرات و تجربیات خود را در مورد مطالب مطرح‌شده ارائه دهند.	جلسه دوم و سوم
تسهیل‌گر به آموزش (رویداد، باور و پیامد) پرداخت، از اعضا خواسته شد تا تجربیات خود را بیان کنند سپس در چهارچوب الگوی فوق تجربیات آن‌ها صورت‌بندی شد. تکلیف خانگی انجام (رویداد، باور و پیامد) در مورد تجربیات خارج از جلسه بود.	جلسه چهارم
مرور تکلیف هفته‌ی گذشته انجام شد. تمرین آرمیدگی یعنی اعضا در موقعیت راحت قرار گرفتند، سپس با توجه به موقعیت‌هایی که مراجع از آسان به دشوار ساخته است به انجام تمرین حساسیت‌زدایی منظم پرداخته شد، و بر افکار، هیجانات ناشی از آن موقعیت‌ها تمرکز شد. پس از تمرین اعضا شروع به بحث در مورد این تجربه نمودند.	جلسه پنجم

جلسه ششم و هفتم	تسهیل‌گر در مورد افکار خود آیند منفی و چرخه‌ی فکر، هیجان و رفتار توضیح داد سپس از اعضا خواست تا تجربه‌ای را که سبب شده بود نسبت به‌ظاهر خود هیجان منفی را تجربه کنند یادداشت نمایند، هر یک از اعضا تجربه خود را در کلاس به اشتراک گذاشته و با کمک تسهیل‌گر شناسایی فرض‌های مشکل‌آفرین صورت گرفت، سپس جایگزین کردن فکر منطقی با مشارکت خود فرد و کمک تسهیل‌گر انجام شد. تکلیف خانگی عبارت بود از انجام این فرایند برای تجربیات خارج از جلسه و مکتوب کردن آن.
جلسه هشتم	مرور تکلیف جلسه‌ی گذشته، تسهیل‌گر به توضیح انواع تحریف‌ها در مورد تصویر بدنی (نظیر خوارشماری، ذهن‌خوانی، اغراق، تفکر همه‌یاهیج و...) پرداخت، سپس از هر یک از اعضا خواسته شد تا موقعیت خاصی را مدنظر قرار دهند و نوع خطاهای شناختی را با توجه به مثال‌ها و توضیحات تسهیل‌گر مشخص و در کلاس به اشتراک قرار دهند. آموزش مؤلفه‌های دیگر یعنی مجادله و اثرات مجادله با خطاهای شناختی توضیح داده شد. سپس تکلیف خانگی شامل انجام این فرایند بیرون از جلسه به اعضا داده شد.
جلسه نهم	مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، سپس به بررسی اجتناب‌ها و آیین‌های دل‌مشغولی نظیر اجتناب از برخی موقعیت‌های اجتماعی پرداخته شد. تسهیل‌گر اعضا را با توجه به اینکه هر کدام از اعضا نحوه‌ی اجتناب‌های خود را کشف کرده‌اند تشویق کرد تا نردبان موفقیت برای مواجهه را ایجاد کنند. تسهیل‌گر بر اساس نردبان مواجهه، یادگیری مرحله هماهنگ کردن (یعنی آمادگی، عمل، مقابله، لذت) را آموزش داد.
جلسه دهم	اعضا به بیان نقاط و اظهارنظرهای مثبت به‌ظاهر پرداختند، سپس الویت بندی فعالیت‌های جسمانی بر اساس تسلط و لذت انجام شد. از آن‌ها خواسته شد طبق لیست به‌عنوان تکلیف در یکی از اولویت‌ها و موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند.
جلسه یازدهم و دوازدهم	مرور تکلیف، اعضا مجدد آزمون‌های مرتبط به تصویر بدنی را تکمیل کردند، سپس به بررسی موانع احتمالی پرداخته شد. راهبردهای جرئت ورزی در موقعیت‌های اجتماعی آموزش داده شد.
جلسه دوازدهم	تسهیل‌گر به جمع‌بندی جلسات پرداخت، پاسخ به سؤالات اعضا انجام شد و پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. ابتدا بررسی مؤلفه‌ی نارضایتی بدنی، سپس مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی از نظر توصیفی و استنباطی انجام گردید.

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نارضایتی بدنی فردی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

مؤلفه‌ها	مراحل آزمون	پذیرش و تعهد		شناختی-رفتاری		گواه	
		SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین
ارزشیابی قیافه	پیش‌آزمون	۰/۳۶	۲/۷۲	۰/۳۴	۲/۹۱	۰/۴۳	۲/۷۳
	پس‌آزمون	۰/۲۷	۳/۰۷	۰/۳۸	۳/۱۳	۰/۳۴	۲/۹۵
	پیگیری	۰/۵۱	۳/۱۷	۰/۴۲	۳/۱۳	۰/۴۰	۲/۹۶
جهت‌گیری قیافه	پیش‌آزمون	۰/۳۳	۳/۰۲	۰/۲۸	۳/۲۷	۰/۳۲	۳/۱۹
	پس‌آزمون	۰/۲۴	۳/۱۸	۰/۳۵	۳/۱۱	۰/۳۶	۳/۰۲
	پیگیری	۰/۳۴	۳/۲۸	۰/۳۳	۳/۱۰	۰/۳۸	۲/۹۲
ارزشیابی تناسب‌اندام	پیش‌آزمون	۰/۴۳	۲/۷۶	۰/۵۴	۲/۷۶	۰/۴۱	۲/۷۶
	پس‌آزمون	۰/۵۵	۲/۹۶	۰/۴۶	۲/۹۸	۰/۵۹	۲/۸۲
	پیگیری	۰/۸۵	۲/۹۶	۰/۹۵	۳/۰۷	۰/۹۶	۲/۸۰
جهت‌گیری تناسب‌اندام	پیش‌آزمون	۰/۲۵	۲/۸۱	۰/۴۰	۲/۹۷	۰/۲۹	۲/۹۳
	پس‌آزمون	۰/۲۹	۳/۱۴	۰/۲۷	۲/۸۷	۰/۳۶	۲/۷۲
	پیگیری	۰/۳۹	۳/۱۳	۰/۳۲	۳/۱۲	۰/۵۳	۲/۹۱
وزن ذهنی	پیش‌آزمون	۰/۷۲	۳/۳۷	۰/۷۰	۲/۸۳	۰/۸۳	۳/۳۷
	پس‌آزمون	۰/۶۳	۳/۰۰	۰/۶۴	۳/۳۷	۰/۹۶	۲/۶۷
	پیگیری	۰/۹۴	۲/۷۳	۰/۹۳	۲/۸۷	۰/۹۳	۲/۹۰
رضایت بدنی	پیش‌آزمون	۰/۵۰	۲/۷۴	۰/۲۴	۲/۰۱	۰/۳۷	۲/۱۲
	پس‌آزمون	۰/۳۰	۳/۳۴	۰/۳۶	۳/۳۰	۰/۴۴	۲/۷۴
	پیگیری	۰/۳۲	۲/۷۹	۰/۲۹	۲/۹۸	۰/۵۲	۲/۴۷
رضایتمندی کلی از بدن	پیش‌آزمون	۰/۱۵	۲/۸۴	۰/۱۳	۲/۸۳	۰/۱۴	۲/۸۲
	پس‌آزمون	۰/۱۲	۳/۱۶	۰/۱۴	۳/۰۸	۰/۱۹	۲/۸۴
	پیگیری	۰/۱۶	۳/۰۸	۰/۱۶	۳/۰۸	۰/۲۱	۲/۸۳

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود میانگین مؤلفه‌های تصویر بدن و نمره‌ی کلی (رضایت از تصویر بدن) در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است. در ادامه تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای متغیر نارضایتی از تصویر بدن در جدول ۴ آورده شده است:

جدول (۴) آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته مؤلفه‌های نارضایتی از تصویر بدن

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌دار	اندازه اثر
ارزشیابی قیافه	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲	۱/۱۹	۷/۶۱	۰/۰۰	۰/۱۵۳
		تعامل آزمون* گروه	۴	۰/۰۶	۰/۴۰	۰/۸۱	۰/۰۱۹
		خطا	۸۴	۰/۱۶			
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۲	۰/۳۶	۲/۵۶	۰/۰۹	۰/۱۰۹
		خطا	۴۲	۰/۱۴			
جهت‌گیری قیافه	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲	۰/۰۵	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۰۱۳
		تعامل آزمون* گروه	۴	۰/۳۲	***۳/۵۳	۰/۰۱	۰/۱۴۴
		خطا	۸۴	۰/۰۹			
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۲	۰/۲۰	۱/۴۴	۰/۲۵	۰/۰۶۴
		خطا	۴۲	۰/۱۴			
ارزشیابی تناسب اندام	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۹۲	۱/۷۳۸	۰/۵۳	۱/۱۹	۰/۰۲۸
		تعامل آزمون* گروه	۰/۲۸	۳/۴۷۵	۰/۰۸	۰/۱۸	۰/۰۰۹
		خطا	۳۲/۵۰	۷۲/۹۸۱	۰/۴۵		
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۴۷	۲	۰/۲۳	۰/۴۰	۰/۰۱۹
		خطا	۲۴/۲۷	۴۲	۰/۵۸		
جهت‌گیری تناسب اندام	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۶۳	۲	۰/۳۱	۲/۷۵	۰/۰۶۱
		تعامل آزمون* گروه	۱/۳۰	۴	۰/۳۲	*۲/۸۳	۰/۱۱۹
		خطا	۹/۶۱	۸۴	۰/۱۱		
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۷۶	۲	۰/۳۸	۲/۵۷	۰/۱۰۹
		خطا	۶/۱۹	۴۲	۰/۱۵		
وزن ذهنی	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲/۸۴	۲	۱/۴۲	۲/۱۵	۰/۰۴۶
		تعامل آزمون* گروه	۶/۶۸	۴	۱/۶۷	*۲/۵۲	۰/۱۰۷
		خطا	۵۵/۶۴	۸۴	۰/۶۶		
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۰۷۸	۲	۰/۰۳۹	۰/۰۵۶	۰/۰۰۳
		خطا	۲۸/۹۸۹	۴۲	۰/۶۹۰		
رضایت بدنی	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱۵/۷۴	۲	۷/۸۷	*۶۴/۲۰	۰/۶۰۵
		تعامل آزمون* گروه	۳/۸۷	۴	۰/۹۷	*۷/۸۹	۰/۲۷۳
		خطا	۱۰/۳۰	۸۴	۰/۱۲		

رضایتمندی کلی	Z:	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۶/۰۴	۲	۳/۰۲	۱۵/۵۵**	۰/۰۰	۰/۴۳۶
		خطا	۸/۱۵	۴۲	۰/۱۹			
	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱/۰۴	۲	۰/۵۲	۹۱/۰۷**	۰/۰۱	۰/۶۸
		تعامل آزمون* گروه	۰/۴۴	۴	۰/۱۱	۱۹/۱۴**	۰/۰۱	۰/۴۸
		خطا	۰/۴۸	۸۴	۰/۰۱			
	Z:	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۱/۰۳	۲	۰/۵۱	۸/۱۳**	۰/۰۱	۰/۲۸
		خطا	۲/۶۵	۴۲	۰/۰۶			

نتایج جدول فوق برای رضایتمندی کلی از تصویر بدنی درون‌گروهی و بین‌گروهی به ترتیب) $F=19/14$ و $F=8/13$ در سطح معناداری $P<0/01$ معنی‌دار است.

نتایج در خرده مقیاس‌ها نشان داد که تفاوت میانگین جهت‌گیری قیافه ($F=3/53$ ، $P<0/01$)، جهت‌گیری تناسب‌اندام ($F=2/83$ ، $P<0/05$)، وزن ذهنی ($F=2/52$ ، $P<0/05$)، رضایت بدنی ($F=7/89$ ، $P<0/01$) در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است و همچنین در بخش بین‌گروهی، تفاوت میانگین رضایت بدنی ($F=15/55$ ، $P<0/01$) در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیگیری معنی‌دار می‌باشد. با توجه به معنادار شدن F آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ی گروه‌درمانی‌ها با گروه کنترل استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۵ ذکر شده است:

جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین مؤلفه‌های نارضایتی بدنی و نمره‌ی کل برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری

نوع گروهی قیافه	درمان	رویکردهای درمانی		میانگین	خطای استاندارد	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
						ACT	CBT			
نوع گروهی قیافه	درمان	رویکردهای درمانی	ACT	۳/۱۶	۰/۰۶	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	ACT	۰/۰۰	۰/۰۸	۱
			CBT	۳/۱۶	۰/۰۶		Ctrl	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۴۵
			Ctrl	۳/۰۴	۰/۰۶		Ctrl	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۴۵
	درمان	رویکردهای درمانی	پیش‌آزمون	۳/۱۶	۰/۰۵	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰/۰۶	۰/۰۶	۱
			پس‌آزمون	۳/۱۰	۰/۰۵		پیگیری	۰/۰۶	۰/۰۶	۱
			پیگیری	۳/۱۰	۰/۰۵		پیگیری	۰/۰۱	۰/۰۶	۱
نوع گروهی تناسب‌اندام	درمان	رویکردهای درمانی	ACT	۳/۰۳	۰/۰۵۷	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	ACT	۰/۰۴	۰/۰۸۱	۱
			CBT	۲/۹۹	۰/۰۵۷		Ctrl	۰/۱۷	۰/۰۸۱	۰/۱
			Ctrl	۲/۸۵	۰/۰۵۷		Ctrl	۰/۱۴	۰/۰۸۱	۰/۳
	درمان	رویکردهای درمانی	پیش‌آزمون	۲/۹۰	۰/۰۴۸	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۰۱	۰/۰۶۷	۱
			پس‌آزمون	۲/۹۱	۰/۰۴۶		پیگیری	-۰/۱۵	۰/۰۷۲	۰/۱
			پیگیری				پیگیری			

وزن ذهنی	درمان	رویکردهای درمانی	پیگیری	۳/۰۵	۰/۰۶۳	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۷۵	۰/۲
			ACT	۳/۰۳	۰/۱۲۴	ACT	CBT	۰/۱۷۵	۱
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	CBT	۳/۰۲	۰/۱۲۴	Ctrl	Ctrl	۰/۱۷۵	۱
			Ctrl	۲/۹۸	۰/۱۲۴	CBT	Ctrl	۰/۱۷۵	۱
			پیش‌آزمون	۳/۱۹	۰/۱۱۲	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	۰/۱۵۱	۰/۷۳
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	پس‌آزمون	۳/۰۱	۰/۱۱۳	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۱۹۱	۰/۲۱
			پیگیری	۲/۸۳	۰/۱۳۹	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۱۷۰	۰/۹۱
			ACT	۲/۹۶	۰/۰۷	ACT	CBT	۰/۰۹	۰/۱۳
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	CBT	۲/۷۶	۰/۰۷	Ctrl	Ctrl	۰/۰۹	۰/۰۱
			Ctrl	۲/۴۴	۰/۰۷	CBT	Ctrl	۰/۰۹	۰/۰۱
			پیش‌آزمون	۲/۲۹	۰/۰۶	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	۰/۰۸	۰/۰۱
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	پس‌آزمون	۳/۱۳	۰/۰۶	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۷	۰/۰۱
			پیگیری	۲/۷۵	۰/۰۶	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۷	۰/۰۱
			ACT	۳/۰۳	۰/۰۳۷	ACT	CBT	۰/۰۵۳	۱
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	CBT	۳/۰۰	۰/۰۳۷	Ctrl	Ctrl	۰/۰۵۳	۰/۰۱
			Ctrl			CBT	Ctrl	۰/۰۵۳	۰/۰۱
			پیش‌آزمون	۲/۸۳	۰/۰۲	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	۰/۰۱	۰/۰۱
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	پس‌آزمون	۳/۰۳	۰/۰۲	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۲	۰/۰۱
			پیگیری	۲/۹۹	۰/۰۳	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۲	۰/۰۹
			ACT			ACT	CBT	۰/۰۳۰	۰/۰۵۳
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	CBT			Ctrl	Ctrl	۰/۱۹۸	۰/۰۱
			Ctrl			CBT	Ctrl	۰/۱۶۸	۰/۰۱
			پیش‌آزمون			پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۰۱
رضایت بدنی	درمان	رویکردهای درمانی	پس‌آزمون			پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۱۷	۰/۰۱
			پیگیری			پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۴	۰/۰۹
			ACT			ACT	CBT		

بر اساس نتایج جدول (۵) مقایسه جفتی میانگین‌ها برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری قابل بررسی است. نتایج نشان داد که در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش رضایتمندی کلی از تصویر بدن و رضایت بدنی داشته‌اند و این افزایش به‌طور مشابه در دو گروه پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه ($P < 0/01$) ایجاد شده است.

همچنین جهت بررسی مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی در سه گروه ابتدا شاخصه‌های توصیفی و سپس از واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد و نتایج شاخصه‌های توصیفی در جدول شماره ۶ گزارش شده است:

جدول (۶) شاخص توصیفی حساسیت بین فردی در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه

مراحل آزمون	پذیرش و تعهد		شناختی-رفتاری		گواه	
	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD
پیش‌آزمون	۳/۰۵	۰/۲۹	۳/۰۷	۰/۲۶	۳/۰۵	۰/۳۲
پس‌آزمون	۲/۷۸	۰/۲۳	۲/۶۹	۰/۱۸	۲/۹۵	۰/۲۳
پیگیری	۲/۸۰	۰/۱۶	۲/۷۶	۰/۲۰	۲/۹۳	۰/۲۸

همان‌طور که در جدول (۶) ملاحظه می‌شود میانگین حساسیت بین فردی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر (۲/۷۸) و (۲/۶۹) است که در مقایسه با پیش‌آزمون آن‌ها (۳/۰۵) و (۳/۰۷) کاهش داشته است. در ادامه نتایج واریانس آمیخته برای مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول (۷) آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته حساسیت بین فردی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱/۷۷	۱/۶۱	۲۴/۴۸**	۰/۰۱	۰/۳۷
	تعامل آزمون* گروه	۰/۳۱	۳/۲۲	۲/۱۷	۰/۱۰	۰/۰۹
	خطا	۳/۰۴	۶۷/۶۵			
بین گروهی	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۴۳	۲	۲/۰۴	۰/۱۴	۰/۰۹
	خطا	۴/۴۵	۴۲			

نتایج به‌دست‌آمده از جدول (۷) در مورد متغیر حساسیت بین فردی نشان داد که در تکرار آزمون ($F=24/48$, $P<0/01$) تفاوت میانگین حساسیت بین فردی گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است. با توجه به معنادار شدن F تکرار آزمون برای متغیر حساسیت بین فردی انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری است که در جدول ذیل گزارش شده است.

جدول (۸) نتایج آزمون بنفرونی حساسیت بین فردی در مراحل اندازه‌گیری

	میانگین	خطای استاندارد	مقایسه جفتی رویکردها- مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
$\frac{\eta^2}{h}$	پیش‌آزمون	۳/۰۶	پیش‌آزمون	۰/۲۴۵**	۰/۰۴	۰/۰۱
	پس‌آزمون	۲/۸۰	با	۰/۲۳۰**	۰/۰۵	۰/۰۱
	پیگیری	۲/۸۳	پس‌آزمون با	-۰/۰۲۴	۰/۰۳	۱

بر اساس نتایج جدول (۸) مقایسه جفتی میانگین کلی متغیر حساسیت بین فردی بر حسب مراحل اندازه‌گیری قابل بررسی است. مقایسه‌ها نشان داد که نمرات حساسیت بین فردی فقط در گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش یافت ($P<0/01$)، اما این کاهش در پیگیری سه‌ماهه حفظ نشد.

نتیجه

همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد هدف کلی از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر میزان نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان ۲۳-۳۸ ساله‌ی مبتلا به نارضایتی از تصویر بدنی شهر تهران بود. به‌طور کلی نتایج نشان داد که نمرات افراد در گروه‌های آزمایش در رضایتمندی کلی از تصویر بدنی و مؤلفه‌ی رضایت بدنی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشت. لازم به ذکر است که این افزایش در دو گروه مشابه اتفاق افتاد. این یافته‌ها با نتایج فوگلوئیست، پارلینگ، کجلین و گاستافسون (Fogelkvist, Parling, Kjellin, 2016)، پیرسون و همکاران (Pearson and others, 2012)، مارکو، پرفینا و بوتلا (Marco, Gustafsson, 2016)، مارگولیس و اورسیلو (Perpina and Botella, 2013)، (Margolis & Orsillo, 2016)، غلامحسینی و همکاران (Gholamhoseini and others, 2015) و برهانی (Borhani, 2014) همسو می‌باشد.

نارضایتی از تصویر بدنی یک سازه‌ی پیچیده از تصویر ذهنی درباره‌ی اندازه، شکل، ظاهر به بدن و احساسات نسبت به این ویژگی‌ها است. این سازه شامل سه مؤلفه‌ی ادراکی، ذهنی و رفتاری است (Sachdev, Mondraty, Wen, Gulliford, 2008). بر اساس دیدگاه شناختی - رفتاری نگرش‌ها یا طرحواره‌های مرتبط به شکل، وزن، ظاهر بر فرایند اطلاعات درباره‌ی تصویر بدنی اثر می‌گذارد و به دلیل تعصباتی که در نگرش‌ها وجود دارد، موجب توجه انتخابی می‌گردد که در نهایت به نوبه‌ی خود در فرایند پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد. این فرایند فرضیه‌سازی را به وجود می‌آورد که منجر به افزایش هیجانات منفی درباره‌ی تصویر بدنی می‌شود و رفتارهای ناسالم باهدف کاهش هیجانات منفی صورت می‌گیرد مانند رفتارهایی نظیر واریسی بدن، جستجوهای اطمینان بخشی، آرایش، اجتناب از تعاملات اجتماعی و ... (Cash & Smolak, 2011). در نظر گرفتن این موارد در الگوی شناختی - رفتاری کش می‌تواند سبب موفقیت و به دست آوردن بهبودی در تصویر بدنی آزمودنی‌ها به صورت کلی و نیز خرده مقیاس رضایت بدنی باشد. در این الگو، افراد بر روی ادراکات، افکار و احساسات خود در مورد تصویر بدنی متمرکز می‌شوند. لذا بنا بر آنچه گفته شد در تمرینات به شناسایی تحریفات شناختی به صورت مبسوط پرداخته شده است. خطاهای شناختی شامل اغراق در ویژگی‌های ظاهر بدنی، همه‌یاهی، فیلتر منفی و ذهن خوانی شناسایی شده است و از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از سازه‌های مهم دیگر رفتار است با استفاده از تکنیک‌های رفتاری نظیر مواجهه، حساسیت‌زدایی منظم به آن پرداخته شده است. آنچه در این الگو به آن پرداخته شده است تأکید بر امکان ایجاد و رضایتمندی از بدن است درواقع به آزمودنی آموخته می‌شود که چگونه فرصت‌هایی برای

لذت بردن از ظاهر ایجاد کند. بر این اساس فعالیت‌های فیزیکی مثبت و فعالیت‌هایی در مورد پرداختن به ظاهر که سبب ایجاد احساس مثبت نسبت به ظاهر می‌شود به او پیشنهاد می‌گردد. لذا این گروه‌درمانی با توجه به شناسایی خطاها، بازسازی شناختی، تمرینات رفتاری نظیر مواجهه و جلوگیری از پاسخگویی سبب اصلاح تحریفات شناختی شده است.

از سوی دیگر بر اساس دیدگاه مبتنی بر تعهد و پذیرش زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی به دلیل وجود مشکلات دیگر از جمله مشکلات در مهارت‌های ارتباطی و مشکلات زندگی که قادر به کنترل و اجتناب از آن‌ها نیستند، تأکید بیش از حد بر روی مسائل مربوط به تصویر بدنی که برخلاف مشکلات دیگر قابل کنترل می‌باشند، می‌کنند. این افراد با استفاده از راهبردهای مختلف کنترل مانند رفتارهای اجتنابی، تغییر در شکل و ظاهر بدنی باعث ایجاد رنج مضاعف می‌گردند. درواقع این راهبردها در درازمدت کمکی به آن‌ها نمی‌کند بلکه سبب گیر افتادن در چرخه‌ی تلاش برای تغییر ظاهر، جستجوی اطمینان و نارضایتی عمل می‌شود (Pearson & others, 2010).

لذا از طریق تمرینات آزمودنی‌ها درمی‌یابند که راهبردها نتیجه‌ی دلخواه را ایجاد نمی‌کنند. آن‌ها درمی‌یابند که تلاش برای کنترل تصویر بدنی به صورت مبارزه‌ی دائمی آن‌ها را درگیر کرده است. از طریق تمرینات مختلف در گسلش شناختی، دریافتند که برداشت‌های آن‌ها در مورد ظاهر تنها افکار آن‌هاست و مبتنی بر واقعیت‌های موجود نمی‌باشد. همچنین با تمرینات می‌توانند مسائل مهم و باارزش خود را در زندگی شناسایی کنند و لذا انرژی و زمان خود را بجای صرف کردن بر روی مسائل ظاهری، معطوف به مسائل مهم زندگی کنند و به آن‌ها متعهد باشند.

در مورد مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که فقط گروه‌درمانی شناختی- رفتاری (الگوی کش) بر کاهش نمرات حساسیت بین فردی بعد از مداخله (پس‌آزمون) نسبت به قبل از مداخله (پیش‌آزمون) مؤثر بود. لازم به ذکر است اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در پیگیری سه‌ماهه نتیجه‌ی مداخله حفظ نشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش زرگر و همکاران (Zargar and others, 2012) که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش حساسیت بین فردی مؤثر یافتند، همسو بود اما با نتایج پژوهش‌های پالمیرا، کانه‌ها، پینتو گوئویا (Palmeira, Cunha., & Pinto-Gouveia, 2017) و دابنمیر، کریستلر، هچت، مینگر، کورواتا، جاوری، اپل (Daubenmier., Kristeller., Hecht., Maninger.,) (Kurwata., Jhaveri., Epel, 2011) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را مؤثر دانستند ناهمسو می‌باشد، پژوهشی که درمان‌ها را در درازمدت بررسی نماید، وجود نداشت.

در تبیین یافته‌ها می‌توان اشاره کرد زنانی که از ظاهر خود رضایت ندارند به نظرات دیگران حساس‌تر می‌گردند و در تعاملات اجتماعی استرس را تحمل می‌کنند و تفسیرهای منفی بیشتری دارند. لذا در جستجوی راهبردهای مختلف (نظیر رژیم، جراحی، آرایش و پوشیدن لباس خاص) هستند تا با استفاده از این راهبردها تائید و رضایت دیگران را به دست آورند و استرس‌هایشان کاهش یابد (ko, Lee, 2015; Chow Tan, 2016).

در درمان شناختی- رفتاری اعضا در جلسات گروهی به نحوی توجه انتخابی خود به مشخصه‌های ظاهری در روابط بین فردی پی بردند، آن‌ها از طریق تمرینات، افکار خود آیند منفی یا خطاهای فکری نظیر ذهن‌خوانی‌های خود در روابط بین فردی را شناسایی کردند و دریافتند که چگونه خطاهای فکری بر توجه انتخابی آن‌ها به مؤلفه‌های ظاهری تأثیر گذاشته است و با تمرینات توانستند این خطاها را استخراج کنند و هیجانات مرتبط با خطاها را شناسایی کردند، هیجان‌هایی مانند احساس گناه، شرم، اضطراب و غم که سبب شده بود برای کاهش آن‌ها به صورت اغراق‌آمیزی به انجام راهبردهایی نظیر نوع لباس پوشیدن، آرایش، تمایل به جراحی و به تعویق انداختن مناسبات اجتماعی مثل رفتن به کلاس ورزشی تا زمانی که کاهش وزن صورت بگیرد، بیانجامد. در جلسات آرمیدگی و حساسیت‌زدایی منظم آموزش داده شد و با انجام این تمرینات در موقعیت واقعی تلاش برای کنترل اضطراب صورت گرفت. همچنین اعضای گروه شناختی- رفتاری پس از شناسایی خطاهای فکری و به چالش کشیدن آن‌ها، افکار سازگارانه‌تری را جایگزین نمودند و از طریق این تمرین تأثیر خود‌گویی‌های سازگارانه را بر هیجانات و رفتار گزارش دادند.

لذا استفاده از درمان تکلیف‌مدار نظیر شناختی- رفتاری که دو بعد شناختی (بازسازی شناختی، به چالش کشیدن خطاهای شناختی، جایگزین کردن صدای جدید) و رفتاری (حساسیت‌زدایی منظم، نردبان مواجهه موفقیت‌آمیز، ابراز خود و جرئت‌مندی) را هدف قرار می‌دهد نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که مبنای آن ورود فرد به روابط بین فردی با وجود افکار قضاوت‌گر و نگران‌کننده بود، مؤثرتر می‌باشد. اما در درازمدت به دلیل برخی از مسائل محیطی نظیر عدم تمرین اعضا، فراموشی، فشردگی جلسات همچنین ضعف در مهارت‌های ارتباطی، مداخلات توانسته اثربخشی خود را حفظ کنند.

لزوم بررسی روش‌های مطرح‌شده در این پژوهش با توجه به گستردگی تبلیغات رسانه‌ای، اینترنتی و ماهواره‌ها درباره‌ی ایده‌ال‌های ظاهری که در اکثر مواقع قابل دسترسی نمی‌باشد، بچشم می‌خورد. لذا روش‌های درمانی بکار برده شده در این پژوهش می‌تواند یاریگر ترمیم تصویر بدنی منفی آزمودنی‌ها، و سرمایه‌گذاری انرژی آن‌ها در مسائل باارزش زندگی شود، همان‌گونه که در پژوهش حاضر مشاهده شد که دسترسی به رضایت از تصویر بدنی و کاهش حساسیت بین فردی بدون تغییرات ظاهری و فیزیکی امکان‌پذیر است.

References

- Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. (2009). Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*; 5(2):257-62.
- ANSI, J., Eskandari, M., Bahmanabadi, s., Noohi, S., Tavalayi, A. (2014). Standardization of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) of a military Unit. *Journal of military Psychology*, 17(5): 57-67. (In Persian)
- ANSI, J., Akbari, F., Majdian, M., Atashkar, M., Ghorbani, Z. (2011). Standardization of mental disorders Symptoms Checklist 90 Revised (SCL -90 -R) in Army Staffs. *Journal of Military Psychology*, 5(2): 29-37(In Persian).
- Burke, N. L., Schaefer, L. M., Thompson, J.K. (2012). *Body Image*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* (pp. 365-371). New York, NY: Academic Press.
- Borhani, S. (2014). *Effectiveness of Cognitive- Behavior Group Therapy" Cash" on improvement body image student with negative body image and depression*[dissertation]. Ferdowsi University. (In Persian)
- Cohen R, Blaszczyński A. (2015). Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction. *Journal of eating disorders*; 3(1):23.
- Calogero RM, Park LE, Rahemtulla ZK, Williams KC. (2010). Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of appearance-based rejection sensitivity. *Body Image*; 7(1):78-81.
- Chow, C.M., Tan, C. C. (2016). Weight status, negative body talk and body dissatisfaction: A dyadic analysis of male friends. *Journal of health Psychology*, 21(8): 1597-1606
- Cash TF, Smolak L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press.
- Cash, T. (1988). *The body image workbook: an 8-step program for learning to like your looks*. Raygan, Niloofar .Tehran: Danjeh publication
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., & Epel, E. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of obesity*, doi:10.1155/2011/651936
- Frederick DA, Kelly MC, Latner JD, Sandhu G, Tsong Y. (2016). Body image and face image in Asian American and white women: Examining associations with surveillance, construal of self, perfectionism, and sociocultural pressures. *Body image*; 16:113-25.
- Fogelkvist M, Parling T, Kjellin L, Gustafsson SA. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders*. 12; 4(1):29.
- Grogan S. (2006). Body image and health: Contemporary perspectives. *Journal of health psychology*; 11(4):523-30.
- Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolaei A, Taghvaei D. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. *Community Health*; 2(2): 72-79 (In Persian)
- Greenberg JL, Markowitz S, Petronko MR, Taylor CE, Wilhelm S, Wilson GT. (2010). Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder. *Cognitive*

- and Behavioral Practice; 17(3):248-58.
- Huebscher BC. (2010). Relationship between Body Image and Self Esteem among Adolescent Girls. *The Journal of Social Psychology*; 146:15-30.
- Kinnally, W., Van Vonderen, K, E. (2014). Body Image and the Role of Television Clarifying and Modelling the Effect of Television on Body Dissatisfaction. *Journal of Creative Communications*; 9(3): 215–233
- Ko, S. H., & Lee, C. S.(2015). Structural relationship between self-esteem, appearance management behavior, body image, interpersonal relationship and hope of adults workers. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(8), 783-789
- Kiani, M., Mugouei, F. (2017). Socio-economic factors influencing cosmetic products use by females under 20 years old in Yazdanshahr NajafAbad. *Dermatology and Cosmetic*; 4 (1): 1-9. (In Persian)
- Manlick CF, Cochran SV, Koon J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 43(2):115-22.
- Modabernia, M.J., Shojaie Tehranie, H., Falahi, M., Faghirpour, M. (2009). Normalizing SCL-90R Inventory in Guilan High- School Student. *Guilan University of Medical Sciences*, 79: 58-65. (In Persian).
- Marco JH, Perpina C, Botella C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry Research*; 209(3):619-25.
- Margolis SE, Orsillo SM. (2016). Acceptance and Body Dissatisfaction: Examining the Efficacy of a Brief Acceptance Based Intervention for Body Dissatisfaction in College Women. *Behavioural and cognitive psychotherapy*; 44(4):482-92.
- McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. (2013). Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: Implications for prevention. *Body Image*; 10(3):282-9.
- Nourian, L., Aghaei, A., Ghorbani, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Eating among Obese Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2(16): 15-23. (In Persian)
- Najarian, B., Davoodi, A. (2001). Validating of SCL-90R. *Psychology*, 5: 136-149. (In Persian)
- Rahati, A. (2007). *The effectiveness of Cognitive Behavioral Strategies on improvement of body image girls* [dissertation]. Tehran University. (In Persian)
- Raghibi, M., Minakhany, Gh.(2012). Body Management and its Relation with Body Image and Self Concept. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 12(4): 72-81. (In Persian)
- Pearson, A, Follette, V, Hayes SC. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*; 19(1):181-97.
- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinta- gouveia, J. (2017). Processes of change in quality of life, weight self- stigma, body mass index and emotional eating after an acetance, mindfulness and compassion- based group intervention (Kg- Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 1359105316686668
- Pearson, A; Heffner, M& Follette, V. (2010). *Acceptance and Commitment therapy for body image dissatisfaction: Apractitioers guide to using mindfulness, acceptance*

- and values- based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.
- Thornton B, Ryckman RM, Gold JA. (2013). Competitive orientations and women's acceptance of cosmetic surgery. *Psychology*, 4(01):67.
- Tahmasbi S, Tahmasbi Z, Yaghmaie F. (2015). Factors related to cosmetic surgery based on theory of reasoned action in shahrekord students. *Journal of Holist Nursing and Midwifery*; 24 (4):53-61. (In Persian)
- Sachdev P, Mondraty N, Wen W, Gulliford K. (2008). Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: an fMRI study. *Neuropsychologia*; 46(8):2161-8
- Stefano, E. C., Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Buchanan, E. M., & Latner, J. D. (2016). Examination of body checking, body image dissatisfaction, and negative affect using Ecological momentary assessment. *Eating behaviors*, 22, 51-54
- Zargar, Y., Sayad, S., Bassak Nejad. (2012). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic disorder and interpersonal sensitivity among female high school students. *Medical sciences*, 5(9): 341-349(In Persian)
- White J, Halliwell E. (2010). Examination of a sociocultural model of excessive exercise among male and female adolescents. *Body Image*. 7(3):227-33.
- Wolff, GE& Clark, MM. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. *Eating Behaviors*. 2(2):97-1



اسدی حسن وند، اسد؛ سودانی، منصور؛ عباسپور، ذبیح اله (۱۳۹۶). اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان.

DOI: 10.22067/ijap.v7i2.61207

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۹۰-۱۰۴.

اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان

اسد اسدی حسن وند^۱، منصور سودانی^۲، ذبیح اله عباسپور^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۶

چکیده

هدف: تعیین اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان
روش: طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه آزمایش و گواه بود. نمونه پژوهش، ۳۰ مادر پرخاشگر آسیب رسان بودند که فرزندان پسر آنها در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ در مدارس متوسطه اول شهر اهواز تحصیل می کردند و با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای به طور تصادف در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت مداخله درمان راه حل - محور به شیوه گروهی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری استفاده شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری و مولفه های آن در مادران گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده و این اثر (به غیر از مولفه ی پرخاشگری کلامی) تا مرحله پیگیری ادامه داشته است.

واژه های کلیدی: درمان راه حل - محور، پرخاشگری، آسیب رسان

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه شهید چمران اهواز، asadiasad454@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)، sodani_m@scu.ac.ir

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

امروزه خشونت و پرخاشگری^۱ به عنوان یک معضل بزرگ جهانی در نظر گرفته شده و آثار مخرب روانی و جسمانی آن در سطوح فردی و اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. در دیدگاه اسلام نیز از خشونت و پرخاشگری به عنوان عامل انحطاط اخلاقی و سقوط معنوی بسیاری از جوامع، گروه ها و افراد یاد شده است. (Abvalmaly & Musazadeh, 2011).

بررسی آمار و اطلاعات نشان می دهد که در چند دهه اخیر خشم و پرخاشگری افزایش یافته است و شواهد تجربی زیادی آثار مخرب خشم را در روابط انسانی نشان داده اند (Wheatley & et al, 2009; taken from Zanganeh, Malakpour & Abedi, 2010). عدم مهار رفتار پرخاشگرانه علاوه بر اینکه می تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی، جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران شود، می تواند درون ریزی شده و باعث انواع مشکلات جسمی و روانی، مثل زخم معده، سردردهای میگرنی و افسردگی گردد (Ellis, 1998; taken from Zanganeh & et al, 2010). تحقیقات نشان داده است افراد خشمگینی که از اعمال شفاهی و فیزیکی دیگران صدمه دیده اند، گرایش نیرومندی دارند که انتقام بگیرند. پرخاشگری اغلب با تحریک کلامی شروع می شود، اما ممکن است که به سرعت منجر به خشونت فیزیکی شود (Baron & Byrne, 1977). در بسیاری از موارد رفتار والدین به صورت پرخاشگری با همدیگر یا با فرزندان می باشد و این نحوه رفتار می تواند عواقب ناخواسته زیادی مانند اختلال توجه و اضطراب در فرزندان را ایجاد کند (Jouriles, Barling & Leary, 1987; Vitolo, Elitlich & Goodman, 2005; taken from Mousavi, 1999). این ادبیات بدرفتاری به وضوح نشان می دهد که نرخ بالاتر از هر دو پرخاشگری فیزیکی شدید و پرخاشگری کلامی تاثیر منفی بر توسعه روانی اجتماعی فرزندان در بزرگسالی دارد (Petrenko, Friend, Garrido, Taussig & Culhane, 2012; taken from Leroy, 2013). (Mahoney, Boxer & Gullan, 2013). لروی و همکاران (Leroy & et al, 2013)، در مطالعه ای که بر روی ۲۳۹ نوجوان ۱۱ تا ۱۸ ساله و پدر و مادر مراجعه کننده به مرکز سلامت روان خصوصی در آمریکا انجام دادند یک الگو از اثرات متقابل پرخاشگری شدید بدنی و کلامی مادران در مشکلات رفتاری نوجوانان به دست آوردند. در این تحقیق نشان داده شد موقعی پرخاشگری بدنی شدید ارائه می شود که پرخاشگری کلامی مادران مسلما با بیشترین مشکلات رفتاری نوجوانان همراه بوده است. در مواقعی که پرخاشگری بدنی شدید وجود نداشت رابطه بین پرخاشگری کلامی و مشکلات رفتاری، زیاد معنی دار نبود. شواهد تجربی

نشان می‌دهد که فرزندان پرخاشگر بیش از سایر فرزندان، قصد خصومت آمیز خود را به رفتار مادران نسبت می‌دهند (Weiss, 1992; taken from Lewis, Lidsey & Frabutt, 2014). فرآیند فرزند پروری یکی از برجسته‌ترین پیشینی‌ها برای مقدمات پرخاشگری است (Mc Dowell, Parke & Spitzer, 2002; taken from Ozdemir, Vazsonyi & Cok, 2013).

از دید روان‌شناختی، پرخاشگری به عنوان رفتاری با هدف صدمه زدن، اذیت کردن و یا آسیب رساندن به فرد دیگر تعریف شده است (Dodge, Coie & Lynam, 2006; taken from Hart & Ostro, 2013). روشن است که طبق این تعریف، رفتارهای خشونت آمیز (جنسی یا غیر جنسی) که گاهی به صورت توافقی بین گروه‌هایی از افراد دیگر آزار و خود آزاری روی می‌دهند، مستثنی می‌گردند و رفتارهای خود تخریب گرانه نیز حذف می‌شوند. بنابراین به قصد و تعمد فرد پرخاشگر از صدمه زدن یا آسیب رساندن به دیگری نیز توجه می‌شود. همچنین رفتارهای آسیب رسان آشفته و بی هدف که در بعضی از وضعیت‌های عضوی دیده می‌شود، در این تعریف جای نمی‌گیرد. بدیهی است که میزان تعمد پرخاشگر را از مقدمات یا نتایج رفتار می‌توان سنجید (Rajai, 2011). بندورا^۱ اعمالی را که باعث آسیب فردی یا بدنی یا تخریب مالی می‌شود در چارچوب پرخاشگری قرار داده است. آدلر^۲ پرخاشگری را تجلی میل به قدرت^۳ و فروید^۴ بیان غریزه مرگ^۵ در رفتار هشیارانه می‌دانند (English & English, 1985; taken from Saghafi, Shafiabadi & sodani, 2009). با توجه به این که ریشه بسیاری از جرایم، نابسامانی‌ها، انحرافات و حتی جنگ‌ها را باید در پرخاشگری و خشونت جست و جو کرد، متخصصان بر ضرورت مطالعه علمی پرخاشگری و خشونت به منظور شناسایی عوامل ایجاد کننده و برانگیزاننده آن و همچنین ارائه راهکارهای پیش گیرانه تاکید کرده‌اند (Abvalmaly & Musazadeh, 2011). در اوایل ۱۹۹۰ زمانی که قیمت خدمات زیاد و منابع خدمات رسانی ضعیف شده بودند، گرایش به درمان‌های کوتاه مدت زیاد شد و درمان راه حل – محور (SFT)^۶ یکی از این درمانها بود (Molnar & De Shazer, 1987). دی شازر^۷، برگ^۸ و دی جانگ^۹ درمان راه حل – محور را توسعه دادند و ایده خود را اریکسون^{۱۰} و کار انجام شده در موسسه تحقیقات روان

1. Bandura

2. Adler

3. Will to Power

4. Freud

5. Death Instinct

6. Solution – Focused Therapy

7. De Shazer

8. Berg

9. De Jong

10. Erickson

گرفتند. ایده های آن ها بر خلاف بحث محبوب درمان بود که بر مشاوره مبتنی بر مشکل تاکید می کرد. به جای تمرکز بر مشکلات، دی شازر و برگ لحظاتی را جستجو کردند که مشکل بر روی مراجع تاثیری نداشت یا موقعی که مشکل مانعی برای مراجع نبود (Meyer & Cottone, 2013).

درمان راه حل - محور یک رویکرد نظری مطلع است که توسط دست اندرکاران بهداشت روانی مورد استفاده قرار گرفت تا به مراجعان کمک کند که از نقاط قوت خود در تمرکز بر اهداف آینده گرا و وظایف شان بهره گیرند (De Shazer & et al, 2007; taken from Archuleta & et al, 2015). بنابر این هر مراجع مسیر خود را در جهت راه حلی که بر اساس تعریف هدف، راهبرد ها، منابع قوت و منابع مختص خودش است، پیدا می کند (Trepper & et al, 2010).

تاکید راه حل - محور بر یادگیری این که چه چیزی برای هر فرد موثر است، باعث شده این رویکرد گزینه ای جذاب برای افرادی باشد که به گونه ای در کشمکش برقراری یک رابطه کارآمد با درمانگر هستند (Bliss & Bray, 2009). پس به طور کلی با توجه به این که مشکلات رفتاری والدین می تواند صدمات جدی و جبران ناپذیری به خودشان و اطرافیان شان وارد کند، لذا ضرورت دارد که برای خانواده های دارای مشکلات رفتاری به خصوص خانواده ها، با مادران پرخاشگر و آسیب رسان که توانایی کافی در مدیریت رفتار کودکان خود ندارند راهکار های درمانی اندیشیده شود.

بنابراین پژوهش حاضر بر آن است تا میزان اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی را بر کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان مورد آزمون قرار دهد. سوال اساسی در این پژوهش این است که آیا درمان راه حل - محور به شیوه گروهی پرخاشگری مادران آسیب رسان را کاهش می دهد؟ بنابراین فرضیه های پژوهش عبارتند از:

- ۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری مادران آسیب رسان می شود.
- ۱-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری جسمانی مادران آسیب رسان می شود.
- ۲-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری کلامی مادران آسیب رسان می شود.
- ۳-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش خشم مادران آسیب رسان می شود.
- ۴-۱- درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش خصومت مادران آسیب رسان می شود.

روش

طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی با گروه آزمایش و گواه با استفاده از روش پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مادران دانش آموزان پسر بود که

در دبیرستان‌های متوسطه اول شهر اهواز در سال ۹۴-۹۳ مشغول تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ مادر می باشد که به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت نمونه گیری از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شده است به این صورت که از بین نواحی چهارگانه آموزش و پرورش اهواز به صورت تصادفی ناحیه ۲ اهواز انتخاب، سپس از میان مدارس متوسطه اول پسرانه آن ناحیه اهواز، دو مدرسه به صورت تصادفی برگزیده شدند. بین مادران، آزمون پرخاشگری (AQ) اجرا شد و آنهایی که در آزمون یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین کسب کردند و گواهی مدیران و معاونین مدارس و مصاحبه انجام شده تاییدی بر آسیب رسانی مادران به فرزندان بود به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش درمان راه حل - محور را طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت یک جلسه در هفته دریافت نمود و یک هفته پس از اجرای آخرین جلسه از هر دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد و آزمون پیگیری نیز پس از گذشت یک ماه از اجرای پس آزمون، انجام شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین سن مادران شرکت کننده در این طرح پژوهشی ۳۸ سال با انحراف معیار ۷ بود و همگی آن ها خانه دار بودند. از ملاک های ورود افراد به مطالعه حاضر تحصیلات به میزان حداقل دیپلم و رضایت به شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار

پرسشنامه پرخاشگری (AQ): این آزمون به وسیله باس^۱ و پری^۲ در سال 1992 ساخته شده است. فرم انگلیسی این پرسشنامه که دارای ۲۹ پرسش است چهار عامل پرخاشگری کلامی (۵ پرسش)، پرخاشگری جسمانی (۹ پرسش)، خشم (۷ پرسش)، خصومت (۸ پرسش) را مورد سنجش قرار می دهد در این پرسش نامه گزینه ها به شیوه ای تنظیم شده اند که جایگاه فرد را هر پرسش، روی یک مقیاس پنج نقطه ای، از ۱ (کاملاً من را توصیف نمی کند) تا ۵ (کاملاً من را توصیف می کند)، مشخص می کند.

نتایج تحلیل روان سنجی باس و پری نشان داده است که این پرسش نامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین، همبستگی زیر مقیاس های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است (Felsten & Hill, 1998; taken from Mohammadi, 2006). در بیشتر پژوهش هایی (Harris, 1995; Nakano, 2001; Bryant & Smith, 2001;)

1. Buss

2. Perry

(taken from Mohammadi, 2006) که در زمینه ی تحلیل عامل پرسش نامه ی پرخاشگری باس و پری انجام شده است. نتایج، شاخص های آماری مناسبی برای هر دو جنس ارائه کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل مقیاس برابر ۰/۸۴ و برای مولفه های خصومت، پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی و خشم به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۷۲، ۰/۷۳، ۰/۷۰ محاسبه شد که نشان از پایایی قابل قبول این مقیاس است.

شیوه ی اداره جلسات درمان راه حل - محور:

- ۱) جلسه اول: آشنایی مراجعان و مشاور با همدیگر، اخذ شرح کوتاهی از تاریخچه زندگی مراجعان و بیان اصول و دیدگاه درمان راه حل - محور.
- ۲) جلسه دوم: کمک به مراجعان برای تدوین اهداف خود بر اساس رویکرد راه حل - محور و ارائه راه حل های خود در جلسه درمان.
- ۳) جلسه سوم: کمک به مراجعان برای پی بردن به توانمندی های خود، آموزش مراجعان جهت درک دیدگاه متفاوت همدیگر.
- ۴) جلسه چهارم: کمک به مراجعان برای شناسایی و بیان استثنائات مثبت در روابط خود، تحسین و تمجید مراجعان از رفتارهای مثبت یکدیگر و چشم پوشی از رفتارهای منفی.
- ۵) جلسه پنجم: استفاده از پرسش معجزه آسا توسط مشاور، آموزش به مراجعان که دریابند لحظات خوب و بد زاینده افکار و رفتار فرد هستند.
- ۶) جلسه ششم: آموزش استفاده از واژه مهم «بجای» برای تجربه احساسات جدید، برجسته سازی پاسخ های نهفته.
- ۷) جلسه هفتم: جمع بندی مطالب با همکاری مراجعان و نتیجه گیری

یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان می دهد. همانگونه که ملاحظه می گردد پرخاشگری گروه آزمایش بعد از اجرای آموزش کاهش یافته است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پرخاشگری مادران در گروه‌های آزمایش و گواه، به تفکیک در مراحل

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری	آزمایش	۳۱/۵۳	۵/۵۷	۲۷/۲	۴/۸۴	۲۷/۱۳	۵/۳۳
بدنی	گواه	۳۳/۴۶	۵/۳۳	۳۳/۴۶	۵/۲	۳۳/۸۶	۵/۱۸
پرخاشگری	آزمایش	۲۰/۱۳	۳/۰۴	۱۷/۴۶	۲/۹۲	۱۷/۶	۳/۲۴
کلامی	گواه	۲۰/۶	۲/۰۲	۲۰/۳۳	۲/۱۹	۲۰/۴۶	۲/۱۳
خشم	آزمایش	۲۸/۲	۳/۳۴	۲۴/۸	۲/۸۸	۲۵	۲/۵۳
	گواه	۲۹/۶۶	۲/۴۱	۲۹/۹۳	۲/۷۱	۲۹/۸۶	۲/۴۶
خصوصیت	آزمایش	۳۰/۰۶	۵/۴۱	۲۴/۷۳	۴/۶۵	۲۵/۴	۵/۳۵
	گواه	۳۰/۵۳	۳/۶۸	۳۰/۴	۳/۹	۳۰/۶	۳/۵۸
کل	آزمایش	۱۰۹/۳	۹/۷۵	۹۴/۲	۱۲/۱۱	۹۵/۱۳	۱۳/۵۴
	گواه	۱۱۴/۲۶	۷/۷۹	۱۱۴/۱۳	۷/۶۱	۱۱۴/۸	۸/۰۳

در پژوهش حاضر به منظور آزمون فرضیه‌ها و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره‌های گروه آزمایش و گواه در متغیر وابسته ی پرخاشگری مادران (و مولفه های آن) از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. به این منظور قبل از تحلیل داده ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۲. آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس ها

متغیر وابسته	F	df1	df2	سطح معنی داری
پرخاشگری بدنی	۱/۴۳	۱	۲۸	۰/۲۴
پرخاشگری کلامی	۰/۰۵	۱	۲۸	۰/۸۲
خشم	۱/۷۹	۱	۲۸	۰/۱۹
خصوصیت	۱/۶۳	۱	۲۸	۰/۲۱
کل پرخاشگری	۳/۲۳	۱	۲۸	۰/۰۸

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، آزمون لوین در هیچ یک از زیر مقیاس ها معنادار نشده است که نشان دهنده همگنی واریانس ها است.

جدول ۳. نتایج کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

پس آزمون ها	Z کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
پرخاشگری بدنی	۰/۱۰	۰/۲
پرخاشگری کلامی	۰/۰۷	۰/۲
خشم	۰/۰۶	۰/۲
خصوصیت	۰/۱۰	۰/۲
کل پرخاشگری	۰/۰۹	۰/۲

و همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معنی داری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. بنابراین با توجه به یافته های جدول ۲ و ۳ آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجرا است.

در جدول ۴ نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون نمرات در دو گروه آزمایش و گواه، پس از شرکت در جلسات راه حل - محور گروهی ارائه شده است. نتایج نشان می دهد مقدار F برای متغیر پرخاشگری مادران، ۳۳/۸۸ به دست آمد که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. و نیز نمرات زیر مقیاس های پرخاشگری بدنی ($F = ۱۵/۷۶$)، پرخاشگری کلامی ($F = ۷/۰۴$)، خشم ($F = ۲۰/۱۲$) و خصوصیت ($F = ۱۷/۱۷$) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار بوده اند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان راه حل - محور به شیوه گروهی موجب کاهش پرخاشگری (و مولفه های آن) در مادران آسیب رسان شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره های پس آزمون پرخاشگری مادران

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پرخاشگری جسمانی	۱۱۳/۴۶	۱	۱۱۳/۴۶	۱۵/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۶
پرخاشگری کلامی	۲۶/۵۴	۱	۲۶/۵۴	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۷۰
خشم	۶۳/۷۹	۱	۶۳/۷۹	۲۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۸
خصوصیت	۱۴۷/۰۸	۱	۱۴۷/۰۸	۱۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۷
نمره کل پرخاشگری	۱۹۲۷/۰۹	۱	۱۹۲۷/۰۹	۳۳/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶	۱/۰۰

همچنین اثرات این مداخله با توجه به جدول ۵ بعد از گذشت یک ماه به این شرح می باشد: مقدار F برای متغیر پرخاشگری مادران، ۲۲/۲۷ به دست آمد که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. و نیز در

نمرات زیر مقیاس های پر خاشگری بدنی ($F=12/16$ و $P<0/003$)، خشم ($F=16/42$ و $P<0/001$) و خصومت ($F=8/57$ و $P<0/001$) افراد دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ولی نمره ی زیر مقیاس پر خاشگری کلامی ($F=2/99$ و $P<0/1$) افراد دو گروه تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این اثر موجب کاهش پر خاشگری مادران آسیب رسان (و مولفه های پر خاشگری به جز پر خاشگری کلامی) تا مرحله پیگیری یک ماهه شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره های پیگیری مؤلفه های پر خاشگری مادران گروه های آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پر خاشگری جسمانی	۱۴۱/۸۶	۱	۱۴۱/۸۶	۱۲/۱۶	۰/۰۰۳	۰/۴۳	۰/۹۰
پر خاشگری کلامی	۲۲/۶۷	۱	۲۲/۶۷	۲/۹۹	۰/۱	۰/۱۶	۰/۳۷
خشم	۶۰/۳۲	۱	۶۰/۳۲	۱۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۶
خصومت	۱۰۹/۲۵	۱	۱۰۹/۲۵	۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۷۸
نمره کل پر خاشگری	۱۹۳۳/۳	۱	۱۹۳۳/۳	۲۲/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پر خاشگری مادران آسیب رسان است. بر اساس نتایج به دست آمده می توان گفت مادرانی که در گروه آزمایش شرکت داشته اند، بیشتر توانستند پر خاشگری خود را کاهش داده و تعاملات سازنده ای با افراد برقرار کنند. این یافته با فرضیات زیربنایی رویکرد راه حل - محور در زمینه ی استفاده از قابلیت ها و برجسته کردن استثنائات همخوانی دارد. در جریان هر گفتگویی، درمانگر قصد دارد مراجع را نسبت به یادآوری خودانگیخته ی مواقعی که مشکل، به هر دلیلی، رخ نداده و یا کمتر مسئله ساز بوده، هشیار کند (Quiek, 2008). این شیوه به ما امکان می دهد تا در حداقل زمان ممکن، به هدفی که در نظر داریم دست بیاییم. گویی مسیر سریعی برای برطرف کردن مشکلات و دستیابی به راه حل های مناسب است (Davis& Osborn, 2000; translation Adibrad& Nazari, 2007). نتایج این پژوهش با یافته های زنگنه و همکاران (Zanganeh& et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari& Beirami, 2008)، فرج زاده، پورشریفی، رضاییان و آهنگر آنزابی (Farajzadeh, Pour Shahriari, Rezaeian& Ahanger Anzabi, 2010)، رحیمی

احمدآبادی، آقامحمدیان شهرباف، مدرس قروی و کارشکی (Rahimi Ahmadabadi, Aghamohamadian, 2013)، میلنر و سینگلتون (Milner & Singleton, 2008)، کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003) و گینگریچ و پترسون (Gingerich & Peterson, 2013) در موثر بودن فرآیند درمان بر کاهش پرخاشگری همخوانی دارد. همچنین پژوهش حاضر با پژوهش های ذیل در موثر بودن درمان راه حل - محور همسو می باشد: سودانی (Sodani, 2006)، ایزدی (Izadi, 2011)، اکبری (Akbari, 2014)، امیری، کارشکی و اصغری (Amiri, Kareshki & Asghari, 2014)، دستباز و ابراهیمی (Dastbaz, 2014)، سفرپور، فرحبخش، شفیع آبادی و پاشاشریفی (Safarpour, Frahbakhsh, 2014)، زیممن، جاکوبسن، ماسیتیر و واتسون (Zimmeman, Jacobsen, 2011)، کوک بون، توماس و کوک بون (Macintyre & Watson, 1996)، اسپولسبری (Spilsbury, 2011) و سپوکی و پاکروسن (Cepukiene & Pakrosnis, 2011). آنها در مطالعه خود نشان دادند که درمان راه حل - محور، یک روش موثر برای طیف گسترده ای از پیامدهای رفتاری و روانی است.

همانطور که یافته های پژوهش نشان می دهد کاربرد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری جسمانی مادران موثر است. براساس یافته های پژوهش حاضر فرضیه ۱-۱ تایید می شود. در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت، درمان راه حل - محور از اندوخته ها و توانایی های خود مراجعان در فرآیند تغییر استفاده می کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می کند. درمانگران راه حل - محور حس خود کفایی و خودمختاری را در مراجعان تقویت می کنند. آن ها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه حل ها و ساختار دادن به این راه حل ها انجام می دهند (Corcoran & Pillaiy, 2009). درمان به جای کاهش مشکلات، بر راه حل متمرکز است، سوال این است: چه کاری بجای آن می خواهید انجام دهید؟ (Bannink, 2007). و به این ترتیب مادران وادار می شوند در جستجوی توانایی هایی باشند که اخیرا از آنها استفاده نمی کنند. و در نتیجه متوجه می شوند که می توانند بجای روش های ناکارآمد گذشته، راه حل های متفاوتی را به کار بندند. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های ذیل همخوانی دارد: زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی و همکاران (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتون (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

نتایج پژوهش نشان داد کاربرد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری کلامی مادران موثر است. بنابراین فرضیه ۲-۲ تایید می شود. در رویکرد راه حل - محور، راه حل ها از گفتگو حاصل می شوند. خواه گفتگو با خود باشد یا گفتگو در درمان. اگر درمان ما را ترغیب کند تا درباره ی همان مشکلات صحبت کنیم که کاملاً با آنها آشنا هستیم، در این صورت احتمالاً همان خود قدیمی را نگه می داریم. تغییر با گفتگو کردن درباره ی راه حل ها آغاز می شود (De Shazer, 1994; taken from Prochaska & Norcross, 2007). به این ترتیب درمان راه حل - محور این امکان را برای مراجعان فراهم می کند تا با بهره گیری از کلام، پرخاشگری کلامی خود را کاهش دهند. و در تبیین اینکه این اثر تا مرحله پیگیری ادامه نداشته است، شاید بتوان به عدم پاسخ دهی دقیق آزمودنی ها، دور شدن از فضای آموزش و یا عوامل زیستی و محیطی اشاره کرد. این یافته موافق با فرض های زیربنایی درمان راه حل - محور است. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های ذیل همخوانی دارد: زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی و همکاران (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتن (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر کاهش خشم مادران موثر است. بنابراین فرضیه ۳-۱ تایید می شود. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که در مشاوره راه حل - محور اعتقاد بر آن است که مشکلات ممکن است به دلیل بعضی رفتارهای نگهدارنده مشکل، در دنیای بین فردی مراجع ادامه پیدا کنند. اگر رفتار نگه دارنده تغییر کند، رفتار تغییر خواهد کرد (Nazari, 2011). درمانگر راه حل - محور از مراجع می پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیفتد و مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چطور تشخیص می دهی که مشکل حل شده است؟ استفاده از این گونه سوالات به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مسائلشان کمک می کند و می تواند گام مهمی در فرآیند تغییر باشد (De Castro & Guterman, 2008). نتایج این یافته پژوهشی نیز، با پژوهش های ذیل همخوانی دارد: زنگنه و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتن (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

همچنین نتایج نشان داد کاربرد درمان راه حل - محور به شیوه گروهی، بر کاهش خصومت مادران آسیب رسان موثر است. بر اساس یافته های پژوهش حاضر فرضیه ۴-۱ تایید گردید در تبیین یافته فوق می توان گفت با توجه به اینکه خصومت یک نگرش دشمنانه نسبت به چیزی و یا کسی است که با تعدادی از پدیده ها مانند پرخاشگری در رابطه است (Masoudnia, 2010; taken from Khanjani & Azimzadeh, 2010). در رویکرد راه حل - محور، آزمودنی ها می توانند با توجه کردن به استثنائات، نگرش های خود را درباره ی مسائل زندگی تغییر دهند (Nazari & Beirami, 2008). و درمانگران راه حل - محور نیز معتقدند افرادی که برای درمان مراجعه می کنند از توانایی رفتار کردن به صورت ثمربخش برخوردارند، حتی اگر شناخت های منفی موقتا از این ثمربخش بودن جلوگیری کرده باشند (Walter & Peller, 2000; taken from Corey, 2005). نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های ذیل همسو است: زنکته و همکاران (Zanganeh & et all, 2010)، نظری و بیرامی (Nazari & Beirami, 2008)، فرج زاده و همکاران (Farajzadeh & et all, 2010)، رحیمی احمدآبادی و همکاران (Rahimi Ahmadabadi & et all, 2013)، میلنر و سینگلتون (Milner & Singleton, 2008) و کونولی و همکاران (Conoley & et all, 2003).

در اشاره به محدودیت های پژوهش حاضر باید گفت: نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مربوط به مادران می باشد. لذا تعمیم نتایج آن به سایر افراد باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت های این پژوهش، دوره کوتاه پیگیری بوده است. در صورت طولانی تر شدن دوره می توان یافته های دقیق تری به دست آورد. بر اساس یافته های حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می شود که از سایر روش های درمانی و مشاوره ای در جهت کاهش پرخاشگری مادران استفاده شود. مادران از مهم ترین ارکان خانواده و جامعه می باشند و سهم بزرگی در رشد و پرورش فرزندان دارند. بنابراین با کاهش پرخاشگری در مادران، کیفیت زندگی نیز بهبود می یابد و فضای خانواده گرم و صمیمی می شود و در نتیجه جامعه ای پویا و بالنده خواهیم داشت. از این رو لازم است که تیم های درمان جهت ارزیابی و کاهش پرخاشگری مادران اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز می باشد. گروه پژوهشی بر خود لازم می داند که از اساتید، شرکت کنندگان در پژوهش و اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ اهواز کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

References

- Abvalmaly, K., & Musazadeh, Z. (2011). Aggression: nature, causes and prevention of Annex nature and prevention of aggression from an Islamic perspective. Tehran: Argmand, (In Persian).
- Akbari, S (2014). The Effectiveness of solution – focused group therapy to Happiness and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis. Master's Degree, Shahid Chamran University of Ahvaz.
- Amiri, A, Karashki, H & Asghari, M (2014). The effectiveness of group counseling is a solution-centered on the general health of single-level male secondary school students. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, 4(15): 37-58. (In Persian).
- Archuleta, K. L., Burr, E. A., Carlson, M. B., Ingram, J., Kruger, L. I., Grable, J., & Ford, M. (2015). Solution – focused financial therapy: A brief report of a pilot study. *Journal of financial Therapy*, 6 (1), 1-16.
- Bannink, F. P. (2007). Solution – focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87-94.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (1977). *Social psychology: Understanding Human Interaction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bliss, E. V., & Bray. D. (2009). The smallest solution focused particles: Towards a minimalist definition of when therapy is solution focused. *Journal of Systemic Therapies*, 28(2), 62-74.
- Cepukiene, V., & Pakrošnis, R. (2011). The outcome of solution – focused brief therapy among foster care adolescents: the changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children and Youth Services Review*, 33, 791-797.
- Conoley, C. W., Graham, J. M., New, T., Graig, M. C., Opry, A., Cardin, S.A., Brossart, D. F., & Parker, R. L. (2003). Solution focused family therapy with three aggressive and oppositional acting children: An N=1 empirical study. *Family Process*, 24(3), 361-374.
- Cookburn, J. T., Thomas, F. N., & Cookburn, O. J. (1997). Solution – focused therapy and psychotherapy adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), 97-106.
- Corcoran, T., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution – focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 42-234.
- Corey, G. (2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy. Translated: Syedmohammadi, Y. (2011). Tehran: Arasbaran. (In Persian).
- Dastbaz, A., Yonsei, J., Moradi, O., & Abrahimi, M. (2014). Effectiveness of solution – focused therapy group practices on compatibility and efficacy high school male student in the first year. *Knowledge and Research in Applied Psychology*: 15(55), 88-98. (In Persian).
- Davis, T. E., & Osborn, C. J. (2007). School counseling with solution – focused approach. Translated: Adibrad, N., & Nazari, A. Tehran: Science. (In Persian).
- De Castro, S., & Guterman, J. T. (2008). Solution – focused therapy for families coping with suicide. *Journal family therapy*, 34(1), 93-106.
- Farajzadeh, R., Pourshahriari, M., Rezaeian, H., & Anzabi, A. V. (2010). Anger control group training to way behavioral – cognitive and amount review the effect of a aggression change and social competence in unsupervised adolescents living in

- dormitories in the city of Tabriz welfare. *Journal New Thoughts on Education*, 8(3), 51-66. [In Persian].
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution – focused brief therapy: A systematic quality review of controlled outcome studies research on social work practice. *Children and Youth Services Review*, 23, 266-283.
- Hart, E., & Ostrov, J. (2013). Functions of aggressive behavior and future functional impairment. *Early Childhood Research Quarterly*, 28, 683-691.
- Izadi, M. (2011). Evaluating the effectiveness of a solution – focused group approach to reducing marital heart rate. Master thesis, Khuzestan University of Research Sciences. (In Persian).
- Khanjani, Z., & Azimzadeh, S. (2010). Compare the type and level of aggression among teens exposed to violent films meshkinshar teenagers. *Journal of Women and Family Studies*, 3(9), 81-96. (In Persian).
- Leroy, M., Mahoney, A., Boxer, P., Gullan, R. L., & Fang, Q. (2013). Parents who hit and scream: Interactive effects of verbal and severe physical aggression on clinic – referred adolescents adjustment. *Child Abused & Neglect*, 38(5), 893-901.
- Lewis, C. M., Linsey, E. W., Farabutt, J. M., & Chambers, J. C. (2014). Mother – adolescent conflict in African American and European families: The role of corporal punishment, adolescents hostile attributions of mothers intent. *Journal of Adolescent*, 37, 851-861.
- Meyer, D., & Cottone, R. (2013). Solution – focused therapy as a culturally acknowledging approach with American indians. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 41, 47-55.
- Milner, J., & Singleton, T. (2008). Domestic violence: Solution – focuse practice with men and women who are violent. *Journal of Family Therapy*, 30, 29-53.
- Mohmmadi, N. (2006). A preliminary review of psychometric properties of the questionnaire bass – perry aggression. *Journal of Humanities and Social Sciences*: 25, 135-151. (In Persian).
- Molnar, A., & de Shazer, S. (1987). Solution – focused therapy: Toward the identification of therapeutic tasks. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 349-358.
- Mousavi, S., Abrahimi, A., Samui, R., & Afshar, H. (2008). Relationship between parental aggressions with an average grade of elementary school students in the last academic year. *Hakim Research Journal*, 4, 33-37. (In Persian).
- Nazari, A. (2011). Foundation couple therapy and family therapy. Tehran: Science. (Persian).
- Nazari, A. M., & Beirami, M. (2008). To determine the effects of solution – focused counseling on marital satisfaction in terms of aggression, togetherness, agreement on financial issues and sexual satisfaction in couples both working. *Journal of Modern Psychology*, 3(9), 97-120. (In Persian).
- Ozdemir, Y., Vazsonyi, A. T., & Cok, F. (2013). Parenting processes and aggression: The role of self – control among Turkish adolescents. *Journal of Adolescence*, 36, 65-77.
- Prochaska, J., & Norcross, G. (2007). Systems of psychotherapy (A Transtheoretical Analysis). Translated: Syedmohammadi, Y. (2013). Tehran: Ravan. (In Persian).
- Quiek, E. (2008). Doing what work in brief theory: a strategic solution focused. Translated: Shahmoradi, S., Fatehizadeh, M., Myrnam, L., & Sadeghi, M. (2013). Tehran: savalan. (In Persian).

- Rahimi Ahmadabadi, S., Aghamohamadian Sherbaf, H., Modares Qaravi, M., & Kareshki, H. (2013). Review the effectiveness of cognitive – behavioral therapy in reducing aggression in patients with head trauma. *Journal Health Psychology*, 2(1), 23-33. (In Persian).
- Rajai, H. (2011). Aggression, clinical phenomenon – social. Tehran: Ghatreh. [In Persian].
- Safarpour, S., Frahbakhsh, K., Shafiabadi, A., & Pashasharifi, H. (2011). The effectiveness of solution – focused brief therapy on increasing social adjustment of Female students residing tehran university dormitories. *Journal of Psychology and Counseling*, 3(2), 24-28. (In Persian).
- Saghafi, T., Shafiabadi, A., & Sodani, M. (2009). The effectiveness of transactional analysis based group on reduction of aggressive behavior in Rasht high school first grade girl. *Journal of New Thoughts on Education*, 1, 23-29. [In Persian].
- Sodani, M. (2006). Comparison of the effectiveness of ellis cognitive therapy by solution – focused therapy individually and coupled on marital satisfaction. Phd thesis, allameh tabatabai university of Tehran.
- Spilsbury, G. (2011). Solution – focused brief therapy for depression and alcohol dependence: A case study. *Clinical Case Studies*, 11(4), 263-275.
- Trepper, T. S., Mc Collum, E. E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., & Franklin, C. (2010). Solution – focused therapy treatment manual for working with individuals. Research committee of the solution – focused brief therapy association. Available from: <http://www.sfbta.org/PDFs/fileDownloader.asp>. Accessed September 6, 2014.
- Zanganeh, S., Malakpour, M., & Abedi, M. (2010). Impact on the control of aggression and anger management skills training mothers of elementary school deaf student. *New Findings in the Journal of Psychology*, 5, 81-94. [In Persian].
- Zimmerman, T., Jacobsen, R. B., Macintyre, M., & Watson, C. (1996). Solution – focused parenting groups: An empirical study. *Journal of Systemic Therapies*, 15(4), 12-25.



فرهاد منش، نگین؛ طاهری، الهام؛ امیری، مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان.

DOI: 10.22067/ijap.v7i2.66492

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۱۰۵-۱۲۲.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان

نگین فرهاد منش^۱، الهام طاهری^۲، مهدی امیری^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۸

چکیده

هدف: اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان دانشجویان انجام شد. **روش:** طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب بود که با شکایت از نشانه‌های اضطراب، جهت دریافت مداخلات درمانی به کلینیک روانشناسی مراجعه کرده بودند. از این میان، ۱۵ نفر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر در گروه گماش شدند. اعضای گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تعداد ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی را دریافت کردند، اما برای اعضای گروه گماش، مداخله خاصی ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله، پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R) و پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴) توسط گروه نمونه تکمیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که در پس‌آزمون، نمرات حساسیت اضطرابی و دشواری‌های تنظیم هیجان در آزمودنی‌های گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به آزمودنی‌های گروه گماش، کاهش معناداری داشته است.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجان.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات خراسان رضوی

۲. دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، نویسنده مسئول: elhamtaheri85@gmail.com

۳. دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، استادیار گروه روانشناسی بالینی

مقدمه

یکی از مشکلات روانشناختی که در قشر دانشجو بیشتر مشاهده می‌شود و تأثیرات عمیقی بر وضعیت روانشناختی و پیشرفت تحصیلی آن‌ها می‌گذارد، اضطراب^۱ می‌باشد. اضطراب حالتی است که با احساس وحشت مشخص می‌شود و با علائم جسمی که بیانگر افزایش فعالیت دستگاه عصبی خود مختار می‌باشد، همراه است. اضطراب بر عملکرد جسمانی و شناختی اثر گذار است و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود (Sadock & Sadock, 2015). اضطراب معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نا مطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود. شخص مضطرب خصوصاً در مورد خطرات ناشناخته بسیار نگران است و ترکیبی از این علائم را نشان می‌دهد: طپش قلب، تنگی نفس، اسهال، بی‌اشتهایی، سستی، سرگیجه، تعریق، بی‌خوابی، تکرار ادراک و لرزش بدنی (Roemer & Orsillo, 2002). اضطراب یک حالت خلقی منفی است که با علائم جسمی مانند تنش عضلانی و اندیشناکی^۲ نسبت به آینده مشخص می‌شود (Barlow, 2008). اضطراب یک علامت هشدار دهنده است که خبر از خطری قریب‌الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله آماده می‌سازد. ترس که یک علامت هشدار دهنده مشابه می‌باشد، از اضطراب با خصوصیات زیر تفکیک می‌شود: ترس واکنش به تهدیدی معلوم، خارجی و از نظر منشأ بدون تعارض است، اما اضطراب واکنش در مقابل خطری نامعلوم، درونی، مبهم و از نظر منشأ همراه با تعارض است. تحقیقاتی که در زمینه اضطراب انجام شده است، نرخ شیوع این اختلال در طول زندگی را ۲۵/۵ درصد گزارش نموده‌اند (Sadock & Sadock, 2015). بخشی از این مطالعات نشان داده‌اند که تجربه نشانگان اضطراب در دوران جوانی، پیش‌بیند گرایش به مصرف مواد مخدر و دیگر اختلالات روانی می‌باشد و در صورتی که فرایند درمان اضطراب به درستی انجام نگیرد، احتمال بروز اختلالات روانی عمده از قبیل افسردگی اساسی وجود دارد (Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keogh, 2006). بنابراین با توجه به تأثیرات منفی اضطراب بر جنبه‌های مختلف زندگی روانشناختی جوانان، پرداختن به آن و شناسایی عوامل و مداخلات تأثیرگذار بر آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. تحقیقاتی که در راستای بررسی سبب شناسی اضطراب انجام شده است، عواملی را به عنوان ویژگی‌های زمینه ساز تجربه بیمارگونه اضطراب در افراد شناسایی و معرفی کرده است. یکی از این عوامل که بر شکل‌گیری اضطراب آسیب شناسانه تأثیر می‌گذارد، حساسیت اضطرابی^۳ است (Kashdan, Zvolensky, & McLeish, 2008). حساسیت اضطرابی یک سازه شناختی است که در آن فرد از نشانه‌های

1. Anxiety

2. Apprehension

3. Anxiety sensitivity

بدنی که با انگیزش اضطرابی مرتبط است (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه)، می‌تسد و اصولاً از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی مانند حملات قلبی منجر می‌شود. حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی از جمله اضطراب و وحشت‌زدگی فراهم می‌سازد (McCabe, 2009). در سطحی وسیع‌تر، تحقیقات نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی می‌تواند به عنوان یک ریسک فاکتور برای انواع علائم آسیب‌شناسی روانی علی‌الخصوص اختلالات اضطرابی عمده مطرح باشد (Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keogh, 2006). تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، حساسیت اضطرابی بالایی دارند، به این معنی که از اضطراب و احساسات جسمانی مربوط به آن ترس شدیدی دارند. این حساسیت اضطرابی بالا باعث می‌شود با تجربه کوچک‌ترین نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب، فرد احساس کند که وضعیت سختی را پیش رو دارد که طی آن ممکن است حتی حمله‌های وحشت‌زدگی رخ دهد. این پدیده زمینه‌ساز بروز اضطراب بیشتر در آن‌ها و حتی بروز بالفعل حملات وحشت‌زدگی می‌گردد که سلامت روانی آن‌ها را مختل می‌سازد و آن‌ها را با مسائل شدید روانی درگیر می‌سازد (Zvolensky et al, 2006).

از دیگر متغیرهایی که در کنار اضطراب نقش چشم‌گیری در وضعیت روانشناختی و پیشرفت اجتماعی-تحصیلی دانشجویان دارد، توانایی تنظیم هیجانی^۱ آن‌ها می‌باشد. تنظیم هیجانی به عنوان مقوله‌ای مشتمل بر آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات و توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی مفهوم‌سازی می‌شود. در تعریفی دیگر، توانایی تنظیم هیجانی شامل مهارت‌هایی از قبیل توانایی در شناسایی هیجانات، ابراز هیجانات، همدلی کردن و مدیریت هیجانات چالش‌برانگیز می‌باشد. به عبارت دیگر توانایی تنظیم هیجانی شامل روش‌های اکتسابی هر فرد برای شناسایی کردن، سازمان‌دهی کردن و ابراز هیجاناتش و همچنین نحوه پاسخ‌گویی او به هیجانات دیگران می‌باشد (Cordova, Gee, & Warren, 2005).

توانایی تنظیم هیجانی صرفاً تجربه احساسات مثبت نیستند، بلکه مشخص‌کننده مهارت فرد در کاربرد هیجانات برای تنظیم رفتارها و روابطش می‌باشند. میرگین (Mirgain, ۲۰۰۳) توانایی تنظیم هیجانی را به عنوان سازه منفردی که از حداقل چهار توانایی تشکیل می‌گردد در نظر می‌گیرد. این چهار توانایی مشتمل اند بر: کنترل بر هیجانات، آسودگی در ابراز هیجانی، بازشناسی و ارتباط با هیجانات و همدلی کردن. توانایی‌های

تنظیم هیجانی بخش مهمی از روابط هستند و در روابط نزدیک، به دلیل تأثیرات چگونگی فرایند حل و فصل کردن موقعیت‌های چالش‌برانگیز هیجانی بر کیفیت رابطه، احتمالاً از اهمیت بیشتری برخوردارند (Dorian, & Cordova, 2004). گولمن (۲۰۰۸، Goleman) نشان می‌دهد هرگونه نقصی در رشد توانایی تنظیم هیجانی می‌تواند صدماتی را به بار آورد و در زندگی اجتماعی و فردی و حتی در وضعیت سلامت جسمی مشکلاتی ایجاد کند. اصطلاح توانایی تنظیم هیجانی را برای بیان کیفیت و درک احساسات افراد، همدردی با احساسات دیگران و توانایی اداره مطلوب خلق و خو نیز به کار برده‌اند. در حقیقت این توانایی مشتمل بر شناخت احساسات خویش و دیگران و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیمات مناسب در زندگی است. به عبارتی عاملی است که به واسطه داشتن مهارت‌های اجتماعی بالا منجر به برقراری رابطه خوب با مردم می‌شود (دربان‌باشی، ۱۳۹۱).

گولمن (۲۰۰۸، Goleman) همچنین اظهار می‌دارد که توانایی‌های شناختی در بهترین شرایط تنها ۲۰ درصد از موفقیت‌ها را باعث می‌شود و ۸۰ درصد از موفقیت‌ها به عوامل دیگر وابسته است. در واقع سرنوشت افراد در بسیاری از موقعیت‌ها در گرو توانایی‌های تنظیم هیجانی است. توانایی تنظیم هیجانی پیش‌بینی‌کننده موفقیت افراد در زندگی و نحوه برقراری ارتباط مناسب با دیگران است (Gottman, 2011). افراد با توانایی تنظیم هیجانی ضعیف و در نگاهی وسیع‌تر هوش هیجانی پایین، واکنش‌های شدیدی نسبت به نظر دیگران در مورد خودشان بروز می‌دهند. این گونه افراد پیوسته برای کسب تایید اطرافیان در تکاپو هستند و به انجام اعمالی مبادرت می‌ورزند که کنش‌وری آن‌ها را در زندگی روزمره محدود می‌کند و این محدودیت‌ها مشکلاتی را در زندگی روزمره روابط بین فردی آن‌ها به وجود می‌آورد که باعث افزایش اضطراب آن‌ها می‌گردد (Salovey, Mayer, & Caruso, 2007). می‌توان پیش‌بینی کرد که این گونه افراد، دائماً نگران کسب تایید اطرافیان هستند و لذا در موقعیت‌های اجتماعی از قبیل دانشگاه، اضطراب گسترده‌ای را تجربه می‌کنند.

تاکنون روش‌های درمانی متعددی نظیر درمان دارویی، روان‌درمانی فردی، تحلیلی، شناختی رفتاری و خانواده‌درمانی برای درمان علائم اضطراب و بهبود توانایی تنظیم هیجانی مبتلایان به اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است. از این قبیل می‌توان به درمان چند سیستمی (Stanley, 2001)، درمان شناختی-رفتاری بر اساس مدل‌های اختلالات اضطرابی (Barlow, 2008)، درمان فن‌محور (Donaldson, Lam, & Mathews, 2007)، ارتباط حمایتی (Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008)، رفتار درمانی دیالکتیک (Hashemi, Aliloo, & Hashemi, 2010) و درمان فراشناختی (Hashemi et al, 2010) اشاره نمود. در

سال های اخیر الگوهای جدیدی همانند رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ شکل گرفته اند و تحول بزرگی در درمان این مشکلات ایجاد شده است (Finucane & Mercer, 2006). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش بینی کننده عود علائم آسیب شناسی روانی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه ای در پیشرفت رویکرد شناختی رفتاری در درمان اختلالات روانی است، چرا که آموزش ذهن آگاهی به همراه یادگیری های فراشناختی و استراتژی های رفتاری جدید برای کنترل توجه، با گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند، بهبود توانایی تنظیم هیجانی و پاسخ های اضطراب آمیز را به همراه دارد (Crane, 2009).

ذهن آگاهی به حالت پردازش کنترل شده هشیارانه و تلاش گرایانه اطلاق می شود، حالتی که نقطه مقابل بی توجهی است (Crane, 2009). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مفهوم ذهن آگاهی را با اصول نظریه شناختی- رفتاری درهم می آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را در بر می گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می گردند و عدم محوریت آن را موجب می گردند. مثلاً اظهاراتی چون "افکار واقعیت نیستند"، "من افکارم نیستم" (Singh, Wahler, Winton, & Adkins, 2011). این رویکرد با بکار بردن فنون تمرکز زدایی، برای بهبود توانایی تنظیم هیجانات و همچنین حس های بدنی نیز به کار می رود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش عود علائم آسیب شناسی روانی از قبیل اضطراب طراحی شده، بدین صورت که افراد در طی آن می آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت و آمد هستند، و جنبه هایی از خودشان و یا لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری خود گیر نیفتند و اضطراب ناشی از هجوم افکار منفی مرتبط با نشخوار ذهنی را متحمل نشوند (Segal, Williams, & Teasdale, 2012). بنابراین عناصر و فرایند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هم بر روی توانایی تنظیم هیجانی اثرگذار است و هم باعث کاهش اضطراب افراد می گردد.

تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی پرداخته اند، تاثیرات مثبت آن را برای نشانگان اضطراب به اثبات رسانده اند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تغییر شناختی را آسان می سازد (Teasdale, 2011)، پاسخ های آرام سازی در مقابل استرس را تقویت می کند (Borkovec & Sharpless, 2011).

(2004)، به پردازش فراشناختی سازگارانه‌تر منجر می‌شود (Wells, 2002)، غلبه انعطاف‌ناپذیر قوانین کلامی حاکم بر رفتار را کاهش می‌دهد (Hayes, 2002)، خودکارآمدی و مقابله انطباقی را افزایش می‌دهد (Craske & Hazlett-Stevens, 2002)، اجتناب از تجربه کردن را کاهش می‌دهد و پردازش عاطفی را عمیق می‌سازد (Roemer & Orsillo, 2002) و تنظیم هیجانی، آگاهی هیجانی و فهم هیجانی را بهبود می‌بخشد (Mennin Heimberg Turk & Fresco, 2002). حساسیت اضطرابی یک سازه سرشتی است که بر اساس نظریه حساسیت به تقویت‌گری می‌تواند به واسطه سیستم سیتوهیپوکامپال^۱ باعث برانگیختگی هیجان‌های اضطراب و افسردگی شود. از آنجایی که این سیستم بر اساس عملکردهای انطباقی تکاملی به صورت خودکار فعالیت می‌کند، توانایی مدیریت و تنظیم هیجان‌های اضطرابی یا افسردگی مهارتی است که می‌تواند از بروز اختلالات اضطرابی و خلقی پیشگیری کند (Corr, 2008). همچنین ساختارهای تحت قشری لیمبیک در برانگیختگی و تنظیم هیجانها نقش و تاثیر ویژه‌ای دارند. اضطراب نیز به عنوان یکی از هیجان‌های اساسی توسط سیستم لیمبیک، مدیریت می‌شود، سیستمی که در تنظیم هیجانهای دیگری مانند خشم نیز نقش مهمی را دارد (Gray and McNaughton, 2003). بنابراین مهارت یا توانمندی که بتواند با افزایش خودآگاهی توانایی مدیریت هیجانها را افزایش دهد می‌تواند ضمن تاثیر بر حساسیت اضطرابی در مدیریت یا تنظیم هیجان‌های ناخوشایند به افراد کمک کند.

با توجه به مطالب فوق سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و توانایی تنظیم هیجان دانشجویان مبتلا به اضطراب اثربخش است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب دانشگاه فردوسی مشهد در سال ۹۵ بود. بنابراین پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه و انجام هماهنگی‌های لازم، پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر توسط ۵۳ نفر از دانشجویانی که به کلینیک روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مراجعه کرده بودند، تکمیل گردید. پس از ارزیابی اولیه از بین دانشجویان، تعداد ۳۰ نفر از دانشجویانی که نمره بالاتر از خط برش را در پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر کسب کرده بودند، انتخاب شدند. این دانشجویان به جلسه اولیه دعوت شدند و توضیحاتی در مورد روند

1. Septo-Hippocampal

پژوهش به آنها داده شد. سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. مقرر شد گروه گواه، پس از اتمام پژوهش در جلسات گروه درمانی شرکت کنند و تا این مدت منتظر بمانند. سپس مداخله آزمایشی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) طی ۸ جلسه دو ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. در طی این مدت گروه گواه هیچ گونه برنامه درمانی دریافت نکردند. در نهایت پس از پایان ۸ جلسه درمانی از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. اطلاعات حاصل از پیش آزمون و پس آزمون هر دو گروه با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شد.

معیارهای ورود و خروج پژوهش

به منظور کنترل بیشتر و افزایش اعتبار درونی طرح پژوهش، لازم است معیارهایی برای ورود به پژوهش و نیز خروج از پژوهش در نظر گرفته شود.

معیارهای ورود به پژوهش:

۱- دانشجوی دانشگاه فردوسی که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده است.

۲- داشتن نشانه‌های اضطرابی بالاتر از خط برش بر اساس پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگر

۳- تمایل به شرکت در طرح و امضای رضایتنامه حضور در طرح پژوهش

معیارهای خروج از پژوهش:

۱- داشتن تشخیص اختلالات شدید روانی در زمان اجرای پژوهش شامل (اختلالات سایکوتیک،

دوقطبی، سوء مصرف مواد).

۲- داشتن بیماریهای شدید جسمانی در زمان پژوهش شامل هر گونه بیماری که بر علایم اضطرابی

و هیجانی فرد تاثیر گذاشته و حضور در جلسات گروه درمانی را تحت تاثیر قرار دهد.

۳- مصرف داروهای روانپزشکی در زمان پژوهش

۴- غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات گروه درمانی

۵- عدم تمایل به شرکت در جلسات گروه درمانی

ابزارهای پژوهش

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

۱- پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R): در این پژوهش برای اندازه گیری

حساسیت اضطرابی از پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R) (Tailor & Cox, 1998)

استفاده خواهد شد. این پرسشنامه ۳۶ سوالی که در طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، چهار بعد ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای و ترس از عدم مهار شناختی را شامل می‌شود. مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده، همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ سنجیدند و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش کردند. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در تحقیق مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۶) برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ به دست آمد.

۲- پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر: این پرسشنامه یک شاخص خود گزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت است. نتایج مربوط به بررسی پایایی نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا ($\alpha = 0.93$) می‌باشد و پایایی آزمون بازآزمون برای این مقیاس ($\alpha = 0.88$) مناسب گزارش شده است (Grates & Roemer, 2004). همچنین پایایی همسانی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج مطالعه همسانی درونی بالایی را برای مقیاس ($\alpha = 0.86$) نشان داد (علوی، ۱۳۸۸). برای تعیین اعتبار، همبستگی نمره پرسشنامه تنظیم هیجانی با نمره پرسشنامه هیجان خواهی ذاکرمین ($r = 0.26$ ، $p = 0.043$ و $n = 59$) معنادار و مثبت به دست آمد که بیانگر برخورداری پرسشنامه از اعتبار لازم بود (Heydari, Ehteshamzadeh, & Hallajani, 2009).

۳- پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر (STAI): حالت اضطراب به تنش کوتاه مدتی که تحت تاثیر یک موقعیت ویژه پدید می‌آید اشاره دارد و صفت اضطراب به استعداد نسبتاً بالا برای ابتلا به اضطراب در بسیاری از موقعیت‌ها اطلاق می‌شود. اشپیل برگر (Spielberger, 1983) نظریه اضطراب حالت و صفت را گسترش داده و پرسشنامه سنجش اضطراب حالت و صفت (STAI) را تدوین نماید. در پژوهش پناهی (Panahi, 1993) برای بررسی اعتبار مقیاس، هماهنگی درونی این مقیاس که از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه

شده برای مقیاس حالت اضطراب در هر ۲ گروه دانش آموزان « $N=394$ » و دانشجویان « $N=387$ » مونث برابر یا ۰/۹۱ و در دانش آموزان « $N=359$ » و دانشجویان « $N=387$ » مذکر به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بوده است. این ضریب در مقیاس صفت اضطراب برای آزمودنی های مونث به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ و برای آزمودنیهای مذکر به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بوده است. این نتایج بیانگر اعتبار (هماهنگی درونی) STAI است. در پژوهش فوق برای یافتن روایی STAI ضرایب همبستگی مقیاس حالت اضطراب در این سیاهه، با مقیاس اضطراب آشکار تایلور برای آزمودنیهای مونث و مذکر به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۷۶ و برای مقیاس صفت اضطراب، به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۸۴ بوده است. این نتایج همگی از لحاظ آماری معنادار و بیانگر روایی همزمان STAI می باشد.

مقیاس STAI می تواند به دو صورت فردی و یا گروهی اجرا شود. آزمون دارای ۴۰ گزینه است و عبارات بصورت ۴ گزینه ای بوده و پاسخ ها در یک طیف ۴ درجه ای قرار می گیرند. به هر کدام از سوالات بر اساس پاسخ ارائه شده نمره ای بین ۱ تا ۴ تخصیص می یابد. نمره ۴ نشان دهنده میزان بالایی از اضطراب است. وزن های نمره گذاری برای عباراتی که عدم اضطراب را نشان میدهند بصورت معکوس است.

نتایج

میانگین سنی آزمودنی های گروه آزمایش ۲۲/۴۶ سال و میانگین سنی آزمودنی های گروه شاهد، ۲۲/۰۶ سال بود و همگی مونث بودند، بدین صورت که پانزده آزمودنی در گروه آزمایش و پانزده آزمودنی در گروه گواه شرکت داشتند. در ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل در دو مقطع زمانی پیش آزمون و پس آزمون ارائه می شوند (جدول ۱ و ۲).

جدول ۱- شاخص های توصیفی متغیر وابسته تنظیم هیجانی به تفکیک گروه ها

گروه	متغیرها	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
			میانگین	انحراف معیار
آزمایش	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	۱۵	۱۷/۰۶	۳/۳۹
	دشواری های رفتار هدفمند	۱۵	۱۶/۵۳	۴/۴۵
	دشواری های کنترل تکانه	۱۵	۱۶/۲۶	۳/۲۶
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۵	۱۷/۱۳	۲/۸۹
			میانگین	انحراف معیار
			۱۳/۲۰	۳/۱۲
			۱۲/۲۰	۳/۹۶
			۱۳/۰۰	۳/۰۹
			۱۳/۲۶	۲/۶۲

۳/۹۳	۱۵/۸۰	۴/۳۰	۲۰/۴۰	۱۵	دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی	
۳/۴۷	۱۲/۴۰	۲/۲۷	۱۴/۷۳	۱۵	فقدان شفافیت هیجانی	
۱۰/۳۰	۷۹/۶۷	۱۲/۷۴	۱۰۲/۱۳	۱۵	نمره کلی دشواری‌های تنظیم هیجانی	
۲/۷۰	۱۸/۴۷	۳/۱۱	۱۹/۵۳	۱۵	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	گواه
۴/۳۰	۱۵/۳۳	۴/۹۰	۱۴/۹۳	۱۵	دشواری‌های رفتار هدفمند	
۴/۲۰	۱۴/۵۳	۵/۱۳	۱۵/۰۶	۱۵	دشواری‌های کنترل تکانه	
۴/۰۸	۱۶/۶۷	۴/۶۸	۱۶/۹۳	۱۵	فقدان آگاهی هیجانی	
۴/۷۷	۱۵/۳۳	۴/۶۲	۱۴/۴۶	۱۵	دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی	
۳/۹۲	۱۳/۶۷	۴/۱۷	۱۳/۱۳	۱۵	فقدان شفافیت هیجانی	
۱۳/۰۴	۹۳/۸۰	۱۲/۹۲	۹۴/۰۶	۱۵	نمره کلی دشواری‌های تنظیم هیجانی	

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در مولفه‌های آزمون تنظیم هیجانی کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نشد.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته حساسیت اضطرابی به تفکیک گروه‌ها

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		تعداد	متغیرها	گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۳/۱۸	۱۳/۸۶	۴/۰۶	۱۹/۹۳	۱۵	نشانه‌های تنفسی	آزمایش
۲/۳۲	۱۴/۵۳	۳/۹۰	۲۱/۰۶	۱۵	واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع	
۲/۳۶	۱۴/۰۰	۳/۶۳	۱۹/۸۰	۱۵	نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای	
۴/۸۵	۱۴/۸۰	۶/۶۳	۲۱/۴۷	۱۵	عدم مهار شناختی	
۷/۹۶	۵۷/۲۰	۹/۰۹	۸۲/۲۷	۱۵	نمره کلی حساسیت اضطرابی	
۳/۰۳	۲۰/۰۶	۳/۴۲	۱۹/۸۰	۱۵	نشانه‌های تنفسی	گواه
۴/۰۸	۲۱/۰۰	۳/۴۵	۲۱/۳۳	۱۵	واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع	
۴/۰۷	۲۲/۲۶	۴/۳۸	۲۱/۹۳	۱۵	نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای	
۲/۷۹	۲۱/۶۶	۴/۱۰	۲۰/۶۰	۱۵	عدم مهار شناختی	
۸/۱۱	۸۵/۰۰	۸/۹۰	۸۳/۶۷	۱۵	نمره کلی حساسیت اضطرابی	

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در مولفه‌های آزمون حساسیت اضطرابی کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه

گواه مشاهده نشد. در این تحقیق از آزمون آماری کوواریانس چند متغیره به دلیل تناسب و سازگاری بیشتر با فرضیه تحقیق استفاده شده است. همچنین در تحلیل کوواریانس چند متغیره چهار فرض مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان

متغیر	آزمون همگنی واریانس ها	آزمون همگنی رگرسیون	اثر پیش آزمون	اثر گروه	Partial η^2
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	$F(1,28)=0.008$	$F(1,26)=1.733$	$*F(1,22)=23.199$	$*F(1,21)=16/406$	۰/۴۲۷
دشواری های رفتار هدفمند	$F(1,28)=2/624$	$F(1,26)=1/683$	$*F(1,22)=41/353$	$*F(1,21)=21/352$	۰/۴۹۳
دشواری های کنترل تکانه	$F(1,28)=0.002$	$F(1,26)=2/560$	$*F(1,22)=34/431$	$F(1,21)=3/398$	۰/۱۳۴
فقدان آگاهی هیجانی	$F(1,28)=0.000$	$F(1,26)=3/539$	$*F(1,22)=26/216$	$*F(1,21)=12/975$	۰/۳۷۱
دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی	$F(1,28)=0.320$	$F(1,26)=2/791$	$*F(1,22)=56/871$	$*F(1,21)=14/777$	۰/۴۰۲
فقدان شفافیت هیجانی	$F(1,28)=0.048$	$F(1,26)=1/336$	$*F(1,22)=19/660$	$*F(1,21)=8/192$	۰/۲۷۱
نمره کلی دشواری های تنظیم هیجانی	$F(1,28)=0.179$	$F(1,26)=1/898$	$*F(1,22)=21/12$	$F*(1,22)=65/944$	۰/۷۵۰

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون مولفه های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری های رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و نمره کلی دشواری های تنظیم هیجانی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، این نمرات در دانشجویانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی

متغیر	آزمون همگنی واریانس ها	آزمون همگنی رگرسیون	اثر پیش آزمون	اثر گروه	Partial η^2
نشانه های تنفسی	$F(1,28)=1/295$	$F(1,26)=1/733$	$*F(1,22)=23/199$	$*F(1,21)=16/406$	۰/۴۲۷
واکنش های اضطرابی قابل مشاهده در جمع	$F(1,28)=2/729$	$F(1,26)=1/683$	$*F(1,22)=41/353$	$*F(1,21)=21/352$	۰/۴۹۳
نشانه های قلبی عروقی - معدی روده ای	$F(1,28)=0.516$	$F(1,26)=2/560$	$*F(1,22)=34/431$	$F(1,21)=3/398$	۰/۱۳۴
عدم مهار شناختی	$F(1,28)=1/005$	$F(1,26)=3/539$	$*F(1,22)=26/216$	$*F(1,21)=12/975$	۰/۳۷۱
نمره کلی حساسیت اضطرابی	$F(1,28)=0.046$	$F(1,26)=2/791$	$*F(1,22)=56/871$	$*F(1,21)=14/777$	۰/۴۰۲

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون مولفه‌های نشانه‌های تنفسی، واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای، عدم مهار شناختی و نمره کلی حساسیت اضطرابی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، این نمرات در دانشجویانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است.

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان دانشجویان انجام شد. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود تنظیم هیجان دانشجویان می‌گردد. در تبیین تأثیرات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش حساسیت اضطرابی باید به مکانیسم عمل این درمان بر اجتناب‌های مراجع و نحوه برخورد وی با ترس‌ها و اضطراب‌هایش اشاره کرد. در مورد افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، اجتناب از تجربه ترس و اضطراب یک عامل اصلی در تداوم اختلال است (Barlow, 2008). به اجتناب از تجربه، کنترل تجربه نیز گفته می‌شود و به معنی تلاش برای کنترل یا تغییر فرم، بسامد (فراوانی) یا حساسیت موقعیتی تجارب درونی (مثل افکار، احساسات، تغییرات بدنی و یا خاطرات) است (Heyes et al, 2011). افراد با حساسیت اضطرابی بالا، باورهای جزمی در مورد ضرورت اجتناب از تجربه ترس و اضطراب دارند و به راحتی این باورها را رها نمی‌کنند. آن‌ها تنها راه نجات از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی رنج‌آورشان را چسبیدن به این باورهای جزمی ناکارآمد می‌دانند و در کنار گذاشتن آن‌ها مقاومت شدیدی نشان می‌دهند. تعدیل و اصلاح باورها درباره اجتناب و نیاز به کنترل تجربه ترس و اضطراب از طریق کاهش تلاش برای کنترل آن‌ها و فاجعه زدایی و کم رنگ کردن اهمیت شان برای رهایی از نشانگان رنج‌آور، در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی صورت گرفته است. محقق پژوهش حاضر در درجه اول به عنوان یک معلم در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی چگونگی شکل‌گیری، تداوم و مکانیسم عمل باورهای اجتنابی را برای بیماران توضیح می‌داد و سعی می‌کرد به کمک خود بیماران، اجتناب‌های آن‌ها را بازشناسی کند. سپس فرایند اثرگذاری این اجتناب‌ها بر وضعیت روانشناختی و پیامدهای آن‌ها را بر حالات هیجانی بیمار برای آن‌ها بازگو می‌کرد. تجربه محقق همسو با نتایج دیگر تحقیقات به او نشان داد که تنها در صورتی بیماران از چسبیدن به اجتناب‌های خود دست می‌کشند

که از پیامدهای منفی این رفتارهای ناکارآمد بر حالات روانشناختی خود و تجربه نشانه‌های اضطراب آگاهی یابند. بعد از این مرحله، استفاده از تکنیک‌هایی مانند لکه ابر، پلنگ و مزاحم تلفنی باعث می‌شد که مراجعین راحت‌تر اجتناب‌های ناکارآمدشان را کنار بگذارند و با استفاده از مولفه پذیرش، این تجارب درونی را بپذیرند. کنار گذاشتن اجتناب از تجربه ترس و اضطراب و پذیرش آن‌ها باعث می‌شود حساسیت فرد نسبت به این تجارب کاهش یابد و متعاقباً فرد حساسیت اضطرابی کمتری را تجربه کند. در واقع فرد به سمتی پیش می‌رود که اضطرابش را بپذیرد، نه اینکه از آن بگریزد (Rector et al, 2006).

در تبیین این یافته پژوهش حاضر همچنین مفید است که اشاره ای به نحوه شکل‌گیری حساسیت اضطرابی از دیدگاه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشته باشیم. رویکرد شناختی از ابتدا این گونه ادعا کرده است که باورهای شناختی ناکارآمد و افکار اتوماتیک منفی باعث شکل‌گیری نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در افراد می‌گردد. در واقع در تبیین شکل‌گیری نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی به محتوای افکار توجه داشته است. اما رویکرد جدیدتر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دیدگاه جامع‌تری ارائه کرده است. طبق این دیدگاه، علاوه بر این که محتوای فکر در تعیین ماهیت اختلال روان شناختی مهم است، چگونگی برخورد افراد با افکار و هیجاناتش نیز یک بعد مهم دیگری است که در بهبود و حفظ اختلال روان شناختی موثر است. هیز و همکاران (۲۰۱۱) نیز بروز نشانگان آسیب‌شناسی روانی از قبیل حساسیت اضطرابی را به نحوه برخورد افراد با هیجاناتشان مرتبط ساخته‌اند.

با توجه به تبیینی که رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در رابطه با شکل‌گیری حساسیت اضطرابی ارائه می‌دهد، این درمان برای از بین بردن حساسیت به نشانه‌های اضطراب، سعی در تغییر نحوه برخورد افراد با هیجانات و افکارشان دارد (Abramowitz et al, 2009). مهمترین گام در تغییر نحوه برخورد ناکارآمد افراد با هیجانات و افکارشان، آموزش نحوه برخورد فرد به خودش می‌باشد و پس از آن که بیمار از عواقب منفی این الگوی نامناسب برخورد با رخداد‌های درونی یعنی هیجانات اضطراب‌آمیز آگاه شد، ترغیب می‌شود تا الگوی جدیدی را که درمانگر در اختیار او قرار می‌دهد، به کار برد. بنابراین برای بهبود نحوه پردازش و برخورد با تجارب درونی که در به وجود آمدن اختلال روانی نقش دارد، افراد باید دامنه‌ای از راهبردهای مناسب را در اختیار داشته باشند تا بتوانند از آن‌ها برای مقابله تجارب ناراحت‌کننده و ناخواسته استفاده کنند. این راهبردها، همان‌هایی اند که درمانگر در هنگام آموزش تکنیک‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اختیار بیماران قرار می‌دهد (Brigs & Price, 2009). بدین ترتیب

قابل پیش بینی است که مبتلایان به اضطراب، پس از شرکت در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش معنی داری را در میزان حساسیت اضطرابی نشان دهند.

در تبیین این یافته پژوهش مبنی بر تأثیرات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان باید به مکانیسم عمل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و چگونگی اثرگذاری آن بر مقابله با هیجانات منفی اشاره کرد. همان‌طور که در فصول قبل اشاره شد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان طرحی اساسی برای درمان مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی مفهوم سازی شده است که هدف اصلی خود را بهبود خودتنظیمی هیجانی قرار می‌دهد. باورها و هیجانات خاص بعضی از افراد مبتلا به اختلال روانشناختی به تداخل راهبردهای رفتاری و شناختی با خود تنظیمی هیجانی منجر می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده است که بعضی افکار نظیر باورها در مورد معنای خاصی از افکار و باور در مورد اثر بخشی حافظه و کنترل شناختی در به وجود آمدن و تداوم اشکال غیر انطباقی مقابله مشارکت دارند (Heyes et al, 2011). در این راستا، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تکنیک‌هایی را بکار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجاناتش را تغییر دهد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجانات ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا بیمار، در مقابله با هیجاناتش احساس خودکنترلی و تسلط و درنهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری داشته باشد.

از سوی دیگر، رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل «تغییر» می‌باشد، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل «پذیرش» می‌باشند درآمیخته است و بر این اساس روش‌های مداخله‌ای اثربخشی را مطرح می‌کند که در شیوه درمان گروهی نیز قابل استفاده است. اولین و یکی از مهم‌ترین عوامل تغییر در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجاناتش را به طور چشم‌گیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجانات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند (Segal, 2012).

ذهن آگاهی با قابلیت بالایی که در کاهش اضطراب و استرس و افزایش تمرکز برای کسانی که این روش را به کار می‌برند، دارد، باعث می‌گردد فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی تنظیم هیجانی را مختل می‌کنند، ثبات هیجانی‌اش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی باعث می‌شود افکار خودآیند و هیجانات

منفی، اشتغال فکری بیش از حدی که قبلاً برای فرد به وجود می‌آوردند را ایجاد نکنند و به تنظیم هیجانی آسیب نرسانند. در واقع اجرای تکنیک‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث می‌شود از ابتدا، جلوی اختلال در تنظیم هیجانی گرفته شود (Crane, 2009).

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از یک سو با اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش اضطراب و استرس در فرد می‌گردد و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی، بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با افکار خود آیند و هیجانات منفی می‌انجامد (Brigs & Price, 2009) که این به نوبه خود باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌گردد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود تنظیم هیجان دانشجویان می‌گردد. نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت بهبود سلامت روانی و وضعیت روانشناختی دانشجویان مبتلا به اضطراب حمایت می‌کند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بهبود نظارت بر رخدادهای درونی از طریق کاهش روش‌های مقابله با هیجانات ناکارآمد و افکار منفی، بهبود نحوه کنترل هیجانات و افکار، آموزش به بیمار در مورد نحوه مناسب کنترل رفتارهایش، بهبود راهبردهای مقابله‌ای و کاهش رنج ناشی از تجربه هیجانات منفی زمینه‌ساز بهبود وضعیت روانشناختی و کاهش علائم آسیب شناسی دانشجویان می‌شود.

References

- Alavi, K., Modarres gharavi, M., Amin Yazdi, S. A., & Salaehi Fadardi, J., (2011). Effectiveness of group dialectic behavioral therapy on depression symptoms in students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. (In Persian).
- Barlow, D. H. (2008). Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford press.
- Barnhofer, T., Crain, C., Hargus, E., Amarasingh, M., Williams, M. (2009). Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research And Therapy*; 82: 1101-8.
- Beyrami, M., & Abdi, R. (2009). Effectiveness of education of mindfulness techniques on decreasing exam anxiety. *Educational Sciences*, 2 (6), 35-54.
- Borkovec, T., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: bringing cognitive behavioral therapy into the valued present. In S. C. Hayes, V. C. Follette & M. M. Linehan (Ed.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioural Tradition*. New York: The Guilford Press.
- Carighead, W. E., (2003) Behavioral & cognitive behavioral psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology* vol. 8, Clinical Psychology. NJ: John Wiley & Sons.
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- Corr, P. J. (2008, Ed). *The Reinforcement sensitivity theory of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crane, R. (2009). Mindfulness based cognitive therapy. 1st Ed. New York: Routledge press; 35.
- Craske, M. G., & Hazlett-Stevens, H. (2002). Facilitating symptom reduction and behavior change in GAD: The issue of control. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 69-75.
- Crozier, W.R., & Alden, L.E. (2005). The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians. John Wiley & Sons.
- Deacon, B., & Abramowitz, G. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Anxiety Disorder*, 20, 837-857.
- Deacon, J., Jonathan S., Carol M., & David, F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behavior Research and Therapy*. 41, 1427-1449.
- Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther*; 45: 2664-2678.
- Dorian, M., & Cordova, J. V. (2004). Observing intimacy in couples' interactions. Invited chapter in P. K. Kerig & D. Baucom (Eds.), *Couple observational coding systems*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721.
- Finucane, A., & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patient with active depression and anxiety. *BMC psychiatry*; 6: 50- 61.

- Goleman, D. (2008). Working with emotional intelligence. New York : Bantam Books.
- Gottman, J. (2011). Emotional Intelligence, Introduction taken from the book raising an Emotionally Intelligent Child. *Journalism Quarterly*, N 60, 615-621.
- Gray, J.A. and McNaughton, N. (2003). The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System, Oxford University Press
- Hashemi, Z., Aliloo, M., & Hashemi, T. (2010). Effectiveness of Metacognitive Therapy on Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology*, 2, 3. (in persian).
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *J Psychol Rev*; 115: 291-313.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 429-440.
- Mccabe, R. E. (2009). Implicit and explicit memory for threat words in high-and lowanxiety- sensitive participants. *Cognitive Therapy and Research*. 23(1), 21-38.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.
- Miller, C. (2007). Social Anxiety Disorder (Social Phobia); Symptoms and Treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*; 12:24-9.
- Mirgain, S. A. (2003) The emotional life of marriages: An investigation of emotional skillfulness and its effects on marital satisfaction and intimacy. PhD dissertation, University of Illinois at Urbana-Champaign, United States -- Illinois.
- Moradmanesh, F., Mirjafari, S. A., Goodarzi. M. A., & Mohammadi, N. (2007). Psychometric Characteristics of Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASIR). *Psychology*, 44 (4), 426-446.
- Patel S. R, Carmody J., Simpson H. B. (2007). Adapting mindfulness- based stress reduction for the treatment of obsessive- compulsive disorder: A case report. *The Journal of Cognitive and Behavioral practice* 14(4): 375-380.
- Rector, N., Shimizu, K., & Leybman, M. (2006). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behavior Research and Therapy*. 45, 1967-1975.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology, Science and Practice*, American Psychological Association, V10 N2.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11th Ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salovey P, Mayer JD, Caruso D, (2007). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *J Intelligence*; 27(4): 267-298.
- Segal, Z.V., Williams, J. M. G., Teasdale, J.D. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New Yourk: Guilford press.

- Singh N. N, Wahler R. G, Winton A. S, Adkins A. D. (2011). A mind fullness- based treatment of obsessive- compulsive disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3(4), 275-287.
- Stanley (2011). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 47 250–255.
- Taylor, S.; & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-484.
- Teasdale, J. D. (2011). Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-basedcognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 95-100.
- Yalom, D. I. Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books.
- Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., Bernstein, A., & Keough, M. E. (2006). Risk factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1219–1239.
- Zvolensky, M. J.; Arrindell, W. A.; Taylor, S.; Bouvard, M.; Cox, B. J.; Stewart, S. H.; Sandin, B.; Cardenas, S. J.; & Eifert, G. H. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 841-859.

The Effectiveness of Cognitive Therapy based on Mindfulness on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation

Negin Farhamanesh
Elham Taheri*
Mahdi Amiri

Abstract

Purpose: The present study investigated the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the anxiety sensitivity and the emotion regulation of the students.

Method: The design of this study was semi-experimental in a form of pretest-posttest with the control group. The sample included 30 students with the anxiety symptoms attending the psychological clinic, half of them were assigned to the mindfulness-based cognitive therapy group and a half to the control group. The experimental group received eight sessions of mindfulness-based cognitive therapy, while the control group didn't receive the specific intervention. Before and after the intervention, Anxiety Sensitivity Questionnaire-Revised (ASI-R) with Gratz and Romer (2004) emotion regulation questionnaire was completed by the participants.

Findings: The results of MANCOVA showed that in the post-test, the anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation of the members of the mindfulness-based cognitive therapy group had a significant decrease compared to the control group.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Anxiety sensitivity, Emotion regulation

*. elhamtaheri85@gmail.com

The Effectiveness of Solution-Focused Group Therapy on Reducing the Aggression of the Injurious Mothers

Asad Asadi Hasanvand
Mansour Sodani*
Zabihollah Abbaspour

Abstract

Purpose: Determine the effectiveness of a solution-focused group therapy on reducing the aggression of the injurious mothers.

Method: The experimental design was a pre-test, post-test, and a follow-up test with the experimental and control groups. The samples consisted of 30 aggressive injurious mothers whose sons were educated in the first-grade schools of Ahvaz in the academic year of 2014-2015. They were randomly assigned to two experimental and control groups using multi-stage sampling. The experimental group received the intervention treatment of solutions-focused group therapy for seven sessions of 90 minutes which were held one session per week. Buss-Perry aggression questionnaire was used to collect the data. The data were analyzed using descriptive statistics and analysis of covariance.

Findings: The results of this study showed that solution-focused group therapy treatment reduced aggression and its components among the mothers of the experimental group compared to the control group, while its effect (except the verbal aggression component) continued to the follow-up.

Keywords: Solution-focused therapy, Aggression, Injurious

*. sodani_m@scu.ac.ir

Comparison the Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment
and Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Body Image Dissatisfaction and
Interpersonal Sensitivity in Women with the Body Image Dissatisfaction

Maryam Farahzadi
Mohammad Ebrahim Maddahi*
Javad Khalatbari

Abstract

Purpose: This study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment group therapy and cognitive-behavior group therapy on the body image dissatisfaction and interpersonal sensitivity in women with the body image dissatisfaction.

Method: The research was experimental including a pretest-posttest design with two experimental groups and one control group along with the three-month follow-up. The statistical population consisted of females aged from 23 to 38 years with the body image dissatisfaction who had referred to the health centers of Tehran municipal during 2016-2017. The study sample was chosen through cluster sampling method. Four health homes were randomly selected from five zones of Tehran municipality. In this way, 453 people from the total of 20 health houses formed the sample size, which according to the cutting scores in the questionnaires, entry and exit criteria, 45 women were selected and randomly replaced in three groups. The research tools were Interpersonal Sensitivity Subscale Scale (SCL-90R) and others (Dragotis et al 1984), multidimensional self-body questionnaire (Cash, 1997). The experimental groups consisted of 12 sessions, 90 minutes (weekly one session) under cognitive-behavioral group therapy and group therapy based on acceptance and commitment.

Findings: The results of the mixed variance and Bonferroni analysis showed a significant increase in the body image satisfaction. While both therapies were effective on the body image satisfaction at the same level, a significant decrease of interpersonal sensitivity took place in the cognitive-behavior group therapy in the pretest, however, the result did not maintain in the follow-up.

Keywords: Acceptance and commitment group therapy, Cognitive- behavior group therapy, Body image dissatisfaction, Interpersonal sensitivity

*. memadahi@yahoo.com

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Boredom and Marital Commitment in Married Women

Roghaye Amidi Simakani*
Samaneh Najarpourian
Sayed Abdolwahab Samavi

Abstract

Purpose: The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on Boredom and Marital commitment in Married Women

Method: This study was a quasi-experimental research with the pre-test and post-test design. The statistical population was married women in Safashahr with at least one year and at most 15 years of marriage experience, 50 of them were selected by convenience sampling method. They were randomly divided into the experimental and control groups (each group = 25 subjects). Pines' marital boredom questionnaire, Adams and Jones' marital commitment questionnaire, as well as eight sessions of Acceptance and Commitment Training (ACT) were used as the instruments of the study.

Findings: The statistical analysis of covariance showed that the impact of eight sessions of acceptance and commitment training on the couple boredom and marital commitment in married women has been significant ($p < 0.01$). It also showed that the effect of acceptance and commitment training sessions have been significant in the promotion of ethical, personal, and structural commitments in married women.

Keywords: Couple burnout, Couple commitment, Acceptance and commitment therapy

*r_amidi2011@yahoo.com

The Effect of Psychoeducation Intervention on the Quality of Life, Mental Health, and Mindfulness in Patients with Multiple Sclerosis

Mohammad Ali Besharat
Shiva Granmaye Pour*
Seyed Masoud Nabavi
Fahime Tavalaeayan

University of Tehran

Abstract

Purpose: The effectiveness of the psychoeducation intervention on quality of life, mental health and well-being of patients with MS disease.

Method: Twenty-four MS patients referred to MS Specialized Clinic who had criteria for entering the study were selected and randomly divided into two groups. The two groups were randomly divided into experimental and control groups. To measure the variables of the research, instruments such as QOL, Mental Health Scale and Mindfulness Scale were used. At first, both groups completed the pre-test questionnaires. Subjects were then subjected to psycho-educational intervention for 8 sessions of 150 minutes and one day of vigilance training, and control subjects continued only drug therapy. Finally, both groups completed the post-test questionnaires.

Findings: The results showed that psychosocial intervention significantly improved the quality of life and the scores of patients with MS. Mental health of the patients did not change significantly after the psycho-educational intervention. Based on the results of this study, it is concluded that this intervention can be used as an appropriate and effective supplement therapy for people with MS.

Keywords: Psychoeducational intervention, Quality of life, Mental health, Mindfulness, Multiple sclerosis

* . besharat@ut.ac.ir

The Effectiveness of Tactical Defenses Management based on Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Interpersonal Conflict

Hossein Shekari*
Farideh Hosseinsabet
Ahmad Borjali

Abstract

Purpose: The aim of the present study was to determine the effectiveness of tactical defenses management based on intensive short-term dynamic psychotherapy on the interpersonal conflicts .

Method: The study was a quasi-experimental with a control group by using pre-test and post-test with the two months follow-up period. Sixteen young people aged 20-40 years who had criteria for entering the research were randomly selected and assigned to control and experimental groups. The intervention took 12 sessions of intensive short-term dynamic psychotherapy for cases. The Weeks, Fisher, and Ury questionnaire (1994) were used. The reliability of the questionnaire was 0.77, 0.69, by Cronbach's alpha and splitting method, respectively. The data were analyzed using analysis of covariance and paired sample t-test.

Findings: Data analysis showed that there is a significant difference between the pretest and posttest results of the experimental group in the interpersonal conflict score, but no difference was observed in the pretest and posttest of the control group. Also, the results of the T-test in the experimental group showed that the effectiveness of the intervention was stable for 2 months. management of tactical defenses by intensive short-term dynamic psychotherapy had notable and persistent effectiveness to reduce the interpersonal conflicts.

Keyword: Interpersonal conflict; Tactical defenses; Intensive short-term dynamic psychotherapy

* h.shekary.1986@gmail.com

The Mediating Role of Academic Procrastination and Test Anxiety in the Relationship between Learned Helplessness with Academic Achievement

Seyede Khadije Amirian*
Mohammad Saeed Abdkhodae
Hosein Kareshki

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The purpose of the present study was to investigate the relationship between Learned Helplessness (LH) and the academic achievement with the Mediating of test anxiety and academic procrastination .

Method: The population of the study consisted of all second grade female high school students in Mashhad in the academic year of 2012-2013. The sample was composed of 394 students. The sampling procedure was done based on the multi-level sampling. The students filled the learned helplessness snapshot, the academic procrastination scale, and the test anxiety inventory. This study was conducted within the descriptive framework using path analysis and correlational methods.

Findings: The results indicated that LH was negatively correlated with academic achievement, while it correlated positively with the test anxiety and academic procrastination. The test anxiety and academic procrastination correlated negatively with the academic achievement, however, the academic procrastination correlated positively with the test anxiety. Path analysis results showed that the model for the relationship between the learned helplessness and the academic achievement with the mediation of academic procrastination and test anxiety does not fit. Some modifications were made which resulted in three new models which fit.

Keywords: Learned Helplessness (LH), Academic achievement, Test anxiety, Academic procrastination

* . amirian.kh@gmail.com

Table of Contents

The Mediating Role of Academic Procrastination and Test Anxiety in the Relationship between Learned Helplessness with Academic Achievement I

Seyede Khadije Amirian, Mohammad Saeed Abdkhodae, Hosein Kareshki

The Effectiveness of Tactical Defenses Management based on Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Interpersonal Conflict II

Hossein Shekari, Farideh Hosseinsabet, Ahmad Borjali

The Effect of Psychoeducation Intervention on the Quality of Life, Mental Health, and Mindfulness in Patients with Multiple Sclerosis III

Mohammad Ali Besharat, Shiva Granmaye Pour, Seyed Masoud Nabavi, Fahime Tavalaeayan

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Boredom and Marital Commitment in Married Women IV

Roghaye Amidi Simakani, Samaneh Najarpourian, Sayed Abdolwahab Samavi

Comparison the Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment and Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Body Image Dissatisfaction and Interpersonal Sensitivity in Women with the Body Image Dissatisfaction V

Maryam Farahzadi, Mohammad Ebrahim Maddahi, Javad Khalatbari

The Effectiveness of Solution-Focused Group Therapy on Reducing the Aggression of the Injurious Mothers VI

Asad Asadi Hasanvand, Mansour Sodani, Zabihollah Abbaspour

The Effectiveness of Cognitive Therapy based on Mindfulness on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation VII

Negin Farhamanesh, Elham Taheri, Mahdi Amiri

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**
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. 2, Autumn & Winter 2018

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, Autumn & Winter 2018

ISSN: 2251-6352

14

- | | |
|---|-----|
| The Mediating Role of Academic Procrastination and Test Anxiety in the Relationship ...
Seyede Khadije Amirian, Mohammad Saeed Abdkhodaei, Hosein Kareshki | I |
| The Effectiveness of Tactical Defenses Management based on Intensive Short-Term ...
Hossein Shekari, Farideh Hosseinsabet, Ahmad Borjali | II |
| The Effect of Psychoeducation Intervention on the Quality of Life, Mental Health, and ...
Mohammad Ali Besharat, Shiva Granmaye Pour, Seyed Masoud Nabavi, Fahime Tavalaeian | III |
| The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Boredom and ...
Roghaye Amidi Simakani, Samaneh Najarpourian, Seyed Abdolwahab Samavi | IV |
| Comparison the Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment ...
Maryam Farahzadi, Mohammad Ebrahim Maddahi, Javad Khalatbari | V |
| The Effectiveness of Solution-Focused Group Therapy on Reducing the Aggression of the ...
Asad Asadi Hasanvand, Mansour Sodani, Zabihollah Abbaspour | VI |
| The Effectiveness of Cognitive Therapy based on Mindfulness on Anxiety Sensitivity and ...
Negin Farhamanesh, Elham Taheri, Mahdi Amiri | VII |