



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۸، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۷

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

۱۵

- ۵ اثر بخشی خانواده-درمانی کوتاه-مدت سستیر بر حس-انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار
باپیشرفت تحصیلی
احمد رضا کیانی چلمردی، سعید خاکدال، حسین قمری کیوی، یاسمن جمشیدیان
- ۲۱ رابطه‌ی هوش معنوی، قدرت ادانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی بارفتار شهر وندی سازمانی
مهدی پیام‌صدیق‌نگین‌تاجی، کیومرث بشلیدممچین‌نگین‌تاجی، سیداسماعیل‌هاشمی
- ۳۷ نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی در تبیین بهزیستی روان‌شناختی سربازان
محمدجواد صغری‌ابراهیم‌آبادی، محمدحسین زاده‌وچور
- ۵۲ مقایسه اثر بخشی درمان فراشناختی و زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و
خودکنترلی زوجین
ناصریوسفی، بنت‌الهدا کریمی‌پور
- ۷۳ ساخت و اعتباریابی مقیاس شرم‌در دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی و پیام‌نور مشهد
سیده‌فاطمه‌نجنفی، زهره سپهری، شاملو، حسین کارشکی
- ۹۱ تاثیر یادگیری اشعار ریتمیک بر کارکرد حافظه شنیداری-کلامی کودکان
زهره‌اطغان احمدآبادی، علی محمدزاده، صادق جعفرزاده، صدیقه مهدی طباطبایی
- ۱۰۵ اثر بخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی
و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین
صباحتی، طاهره حق‌طلب، محمدعسگری
- ۱۲۴ مقایسه اثر بخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه
در بیماران بی‌اشتهای عصبی با پیوند ضعیف مادری
طاهره محمودیان دستتایی، شعلامیری، حمید طاهر نشاط‌نوست، غلامرضا منشتی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پژوهش‌های
روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه فردوسی مشهد
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
گروه روان‌شناسی

سال ۸، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۷

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

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

به استناد مجوز ۵۰۳۴/۱۱/۱۰۵۳/۸۹/۳ 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 شهرباف	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 : بهروز مهران، شهربانو عالی، جواد صالحی فدردی، علی کیمیایی، کیومرث بشلیده، تکتب کاظمینی، ذبیح پیرانی، حسین سلیمی بحستانی، سمانه شیخ نظامی، جعفر طالبیان، جواد وکیلی
مدیر اجرایی و کارشناس مجله : محمدرسلول فیاض صابری
ویراستار: دکتر شهربانو عالی، کسری شریفی

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 اثربخشی خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار
احمد رضا کیانی چلمردی، سعید خاکدال، حسین قمری کیوی، یاسمن جمشیدیان
- ۲۱ رابطه‌ی هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی
مهدی پیام، صدیقه نگین تاجی، کیومرث بشلیده، مجید نگین تاجی، سید اسماعیل هاشمی
- ۳۷ نقش انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی در تبیین بهزیستی روانشناختی سربازان
محمدجواد اصغری ابراهیم آباد، محمد ممی‌زاده اوچور
- ۵۲ مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین
ناصر یوسفی، بنت الهدا کریمی پور
- ۷۳ ساخت و اعتبار یابی مقیاس شرم در دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی و پیام نور مشهد
سیده فاطمه نجفی، زهره سپهری شاملو، حسین کارشکی
- ۹۱ تاثیر یادگیری اشعار ریتمیک بر کارکرد حافظه شنیداری - کلامی کودکان
زهره طغان احمدآبادی، علی محمدزاده، صادق جعفرزاده، سید مهدی طباطبایی
- ۱۰۵ اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین
صبا حقی، طاهره حق‌طلب، محمد عسگری
- ۱۲۴ مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران بی‌اشتهای عصبی با پیوند ضعیف مادری
طاهره محمودیان دستتایی، شعله امیری، حمید طاهر نشاط دوست، غلامرضا منشئی

کیانی چلمردی، احمد رضا؛ خاکدال، سعید؛ قمری کیوی، حسین، جمشیدیان، یاسمن (۱۳۹۷). اثربخشی خانواده-درمانی کوتاه مدت ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار.

DOI: 10.22067/ijap.v8i1.64107

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۲۰-۵.



اثربخشی خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار

احمد رضا کیانی چلمردی^۱، سعید خاکدال^۲، حسین قمری کیوی^۳، یاسمن جمشیدیان^۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۰

هدف: بررسی اثربخشی خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار شهر اردبیل.

روش: روش این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۱۶ زوج بود که از میان زوجین مراجعه کننده به بهزیستی استان اردبیل که به فراخوان محقق پاسخ مثبت داده بودند، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. این ۱۶ زوج به صورت تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. مداخله به شیوه گروهی، طی ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم کوتاه پرسشنامه حس انسجام آنتونوسکی و فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان حسنی بود که زوج ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به سئوالات آنها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$). بنابراین خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر باعث افزایش حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوج های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

واژه های کلیدی: حس انسجام، تنظیم شناختی هیجان، خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر.

۱. استادیار مشاوره خانواده دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)، Ahmadreza_kiani@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، saeedkhakdal@gmail.com

۳. استاد مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی

۴. کارشناس ارشد مشاوره خانواده

مقدمه

ازدواج مدت‌هاست که نهاد اجتماعی مهمی در شکل دادن خانواده است و خانواده به نوبه خود مکانی امن برای زندگی مردان، زنان و کودکان در سراسر جهان است. این حقیقت وجود دارد که خانواده «منبع حمایت و گه‌گاهی مانع رشد فردی یا اجتماعی؛ پناهگاهی هیجانی و گاهی منبع فشار هیجانی است» (Laura, Lippman and Bradford, 2013) با این حال، تحقیقات نشان داده است که ازدواج و درگیری در یک رابطه، حتی اگر نوعی هم‌خانگی هم باشد، در مقایسه با زندگی مجردی باعث افزایش بهزیستی هم مردان و هم زنان می‌شود (McKeown, 2001، Cited in Ayenew, 2016). ازدواج به عنوان مهم‌ترین و عالی‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی و امنیتی افراد بزرگسال، همواره مورد تایید بوده و رابطه انسانی پیچیده ظریف و پویا می‌باشد که از ویژگی‌های خاصی برخوردار است. همچنین توجه به کانون خانواده، محیط سالم و سازنده، روابط گرم و تعاملات میان فردی و صمیمی‌ای ایجاد می‌کند که می‌تواند موجب رشد و پیشرفت افراد گردد که از جمله اهداف و نیازهای ازدواج محسوب می‌شوند (Bernstein, 1988). اما آنچه از خود ازدواج مهمتر است، سازگاری یا ناسازگاری زندگی زناشویی است. سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند. سازگاری در ازدواج از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر و پذیرش و درک یکدیگر و ارضای نیازها ایجاد می‌شود (Sinha & Mukerjee, 2005). اما رویه تاریک زندگی خانوادگی بسیار گسترده است و با تصاویر آرمانی حاکی از هماهنگی بی‌وقفه که در فیلم‌های تجارتي تلویزیون و در جاهای دیگر در رسانه‌های جمعی مشاهده می‌کنیم، در تناقض است. رویه ناخوشایند خانواده دارای جنبه‌های متعددی است، از جمله ستیزها و دشمنی‌هایی که به جدایی و طلاق می‌انجامد (Gidenz, 2003). وجود ناسازگاری زناشویی در روابط زن و شوهر باعث مشکل در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زوجها می‌شود (Sinha & Mukerjee, 1990). زوجین ناسازگار، زوجینی هستند که از زندگی زناشویی خود رضایت نداشته و به شیوه‌های ناسازگارانه‌ای با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند (Halford, 2002).

در دهه اخیر، اکثریت کارهایی که در زمینه رفتارهای زوجی انجام شده بر موضوعاتی همچون قدرت، تصمیم‌گیری و برابری، عدم اطمینان، راهبردهای شریک برای حل تعارض‌های بین‌نسلی بوده است (Helms, 2013). از این میان، یکی از عواملی که سلامت فرد را در مواجهه با حوادث استرس‌زای زندگی محافظت

می‌کند و موجب سازگاری می‌شود، حس انسجام^۱ می‌باشد (Grevenstein & Bluemke, 2015). آرون - آنتونوسکی (Antonovsky, 1987)، حس انسجام را به صورت جهت‌گیری شخصی به زندگی تعریف می‌کند و بر این باور خود تاکید دارد که از طریق حس انسجام می‌توان توجیه کرد که چرا فردی می‌تواند حد بالایی از استرس را از سر بگذراند و سالم بماند. افراد دارای حس انسجام قوی نسبت به افراد دارای حس انسجام ضعیف در مقابل استرس بسیار مقاوم و سخت‌کوش هستند (Kupka, Altshuler, Nolen, 2007). بر اساس تئوری آرون آنتونوسکی (Antonovsky)، حس انسجام یک تجربه‌درونی است که به صورت تدریجی در طول جوانی رشد می‌کند تا در یک فرد به یک کیفیت نسبتاً پایدار برسد (Langeland, Whal, 2009) در نتیجه، حس انسجام یعنی تمایل افراد به اینکه دنیای خودشان را درک‌کردنی، اداره‌شدنی و بامعنا ببینند (Kravetz, Drory, Florian, 1993). سطوح بالای قابلیت ادراک و کنترل‌پذیری، که در نظریه حس انسجام ارائه شده است، می‌تواند با فراهم کردن فرصت ادراک رویدادهای استرس‌زا به صورت قابل کنترل و پیش‌بینی‌پذیر، میزان وقوع مقابله‌کنشی فرد را تحت تاثیر قرار دهد (Meiring, 2010). حس انسجام را می‌توان عامل تعیین‌کننده سلامت‌روان در نظر گرفت، همچنین می‌توان استدلال کرد که تغییر دائمی سطح حس انسجام، چه مثبت و چه منفی، نشان‌دهنده تغییرات اساسی در شرایط زندگی افراد است (Volanen, 2011).

از دیگر عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده را در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، توانایی تنظیم‌شناختی هیجان^۲ می‌باشد. تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تاثیر بگذارند (Ghasemzade, 2007). یو، ماتسو ماتو و لیروکس (Yoo, Matsumoto, LeRoux, 2006) تنظیم هیجان‌ها را مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده سازگاری مثبت دانسته‌اند. وان اودن هون و واندرزی (Van Oudenhoven and Vanderzeczis, 2002) در بررسی توانایی سازگاری مثبت با شرایط، توانایی در تنظیم‌شناختی هیجان‌ها در مواجهه با تعارض‌ها و فشارها را مهمترین عوامل سازگاری میان‌فرهنگی دانستند. تنظیم هیجان توسط گراس (Gross, 1998) بدین گونه تعریف شده است: «فرایندی که بدان وسیله افراد می‌فهمند که چه هیجانی دارند و کی چنین هیجانی را دارند و چگونه این هیجان‌ها را تجربه و ابراز می‌کنند». تامپسون (Thompson, 1994) نیز تنظیم هیجان را اینگونه تعریف کرده است: «فرایندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند، تا فرد به اهدافش دست یابد».

1. Sense of Cohesiveness

2. Cognitive-Emotion Regulation

هیجانات همسران در تعاملات زناشویی نقش مهمی، هم در عملکرد کلی ارتباط (Greenberg & Goldman, 2008) و هم در سلامت فردی زوجین (Mead, 2002) دارد. به ویژه، هیجانات همسران در دوره کشمکش با سازگاری ارتباطی جاری و بلندمدت آنها ارتباط دارد (Fletcher & Thomas, 2000)، و آسیب‌شناسی افسردگی افراد به صورت منظمی با تعاملات متعارض بیشتر زوجین ارتباط دارد (Hautzinger, Linden, & Hoffman, 1982). تنظیم هیجان موفق همراه با دستاوردهای مثبت می‌باشد، دستاوردهایی چون رشد صلاحیت‌های اجتماعی (Eisenberg, 2000)، سلامتی به کارگیرنده تنظیم هیجان و در مقابل، هیجان تنظیم نشده با اشکال برجسته آسیب‌های روانی همراه است؛ مثلاً گفته شده است که عدم تنظیم هیجان می‌تواند منادی رفتارهای مشکل‌آفرینی همچون خشونت باشد (Cited in Dillon, Ritchey, Johnson, La-Bar, 2007).

ابعاد تنظیم شناختی هیجان سبک‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار شامل پنج زیرمقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای بهنجار محسوب می‌شوند که شامل:

۱. پذیرش: تفکر با محتوی پذیرش و تسلیم رخداد،
 ۲. تمرکز مجدد مثبت: فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد بجای تفکر در مورد حادثه واقعی
 ۳. تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: فکر کردن درباره مراحل فایق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن
 ۴. ارزیابی مجدد مثبت: تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقاء شخصی
 ۵. اتخاذ دیدگاه: تفکرات مربوط به کم‌اهمیت بودن واقعه یا تاکید بر نسبیّت آن در مقایسه با سایر وقایع
- سبک‌های تنظیم شناختی هیجان ناسازگار شامل چهار زیرمقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای نابهنجار را تشکیل می‌دهد که عبارتند از:

۱. سرزنش خود: تفکر با محتوی مقصر دانستن و سرزنش خود
۲. نشخوار ذهنی: اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی
۳. فاجعه‌انگاری: تفکر با محتوی وحشت از حادثه
۴. سرزنش دیگران: تفکر با محتوی مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001)

شواهد بسیاری ثابت می‌کنند که افراد دارای مهارت هیجانی؛ یعنی کسانی که احساسات خود را به خوبی می‌شناسند، و آنها را تنظیم می‌کنند و احساسات دیگران را نیز درک و به طرز اثربخشی با آن برخورد می‌کنند، در حوزه‌های مختلف زندگی موفق و کارآمد می‌باشند (Yaryari, Moradi, Yahyazade, 2007). پژوهش‌های متعددی از دیدگاه‌های مختلف خانواده‌درمانی برای کاهش ناسازگاری و افزایش سازگاری

زناشویی صورت گرفته است. یکی از رویکردهایی که امروزه مقبولیت فزاینده‌ای یافته، رویکرد کوتاه مدت تجربه‌نگر ستیر می‌باشد.

بنمن (Banmen, 2002) معتقد است مدل کوتاه مدت ستیر^۱ بر اساس توانایی انسان برای تغییر، رشد و آشکار کردن آنهاست. هر انسانی موجودی یگانه است و دارای منابع درونی و نیروی بالقوه‌ای است که آنها را به کار نمی‌گیرد. مدل کوتاه مدت ستیر برای همه مراجعان امید را به ارمغان می‌آورد، زیرا تصور می‌شود که همه انسان‌ها دارای منابع درونی برای تغییر و رشد هستند. همچنین تصور می‌شود که افراد قادرند استعدادها و نیروهای بالقوه خود را تحقق بخشیده و به شکل کامل‌تری از انسانیت دست یابند. مدل ستیر برخلاف انواع درمان‌های کوتاه مدتی که تک بعدی هستند و تنها به رفتار، شناخت و یا احساسات می‌پردازند، همه این ابعاد را مورد توجه قرار می‌دهد و نشان می‌دهد که اختلال عملکرد خانواده از ارتباط‌های نادرست برخاسته است و این موضوع به عزت نفس پایین هر فرد مربوط می‌شود.

در این رویکرد هر نشانه ناسالمی در اعضای خانواده، نشانگر مشکلاتی است که مانع رشد شناختی، عاطفی و رفتاری آنها شده است (Seif & Yadegari, 2007). سودانی، امیری مقدم و مهرابی (Soudani, Amiri Moghadam and Mehrabizade, 2013) اثر بخشی رویکرد ارتباطی ستیر را بر کاهش تعارضات زناشویی و انطباق پذیری مورد مطالعه قرار دادند و نتیجه گرفتند درمان ستیر بر تعارض زناشویی و انطباق پذیری زوجین تاثیر مثبت دارد.

همچنین گودرزی، نوابی نژاد و محسن زاده (Goudarzi, Navabinejad and Mohsenzade, 2007) در پژوهشی دریافتند که مشاوره گروهی با رویکرد ستیر باعث همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار زوجین ناکارآمد در روابط میان فردی آنها می‌شود. و قادری (Ghaderi et al., 2008) در پژوهشی دریافت اجرای الگوی خانواده درمانی ستیر بر کاهش تعارض‌های خانوادگی، استفاده از سبک هیجانی و افزایش سازگاری خانواده و ابراز محبت موثر است.

در پژوهش نظری و همکاران (Nazari et al., 2009) بین خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر با صمیمیت رابطه وجود داشته است. با توجه به موارد ذکر شده و لزوم کاهش ناسازگاری زناشویی، و عوامل موثر در ناسازگاری زناشویی، اهمیت و ضرورت این پژوهش مشخص می‌شود. بنابراین، در راستای تحقق هدف مورد نظر، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که آیا خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار تاثیر دارد؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی شهر اردبیل در پاییز سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌داد که ناسازگار تشخیص داده شده بودند. حجم نمونه‌ی این تحقیق شامل ۱۶ زوج (۱۶ زن و ۱۶ مرد) بودند که حداقل دو سال از ازدواج آنها گذشته بود.

روش نمونه‌گیری داوطلبانه بوده است، بدین صورت که ابتدا از بین زوجینی که به مراکز بهزیستی مراجعه و به فراخوان محقق پاسخ مثبت داده بودند، و در پرسشنامه سازگاری زوجی پایین‌ترین نمره را گرفته بودند، انتخاب شدند و از بین آنها هشت زوج به صورت تصادفی برای گروه آزمایش و هشت زوج برای گروه کنترل انتخاب شدند. به گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، رویکرد کوتاه مدت ستیر آموزش داده شد.

ابزار تحقیق

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

۱. **فرم کوتاه پرسشنامه حس انسجام آنتونوسکی**^۱: این پرسشنامه توسط آنتونوسکی در سال ۱۹۸۷ طراحی شده است. ۱۳ سوال دارد که هر سوال از لیکرت هفت نقطه‌ای (از هرگز تا همیشه) تشکیل شده است و سوالات ۱، ۲، ۳، ۷ و ۱۰ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. سه خرده‌مقیاس دارد که عبارتند از: الف) ادراک‌پذیری، ب) کنترل‌پذیری و ج) معناداری.

در ایران محمدزاده و همکاران پرسشنامه مذکور را پس از ترجمه بر روی دانشجویان ایرانی هنجاریابی کردند که آلفای کرونباخ پرسشنامه در دانشجویان پسر و دختر به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه ۰/۴۵ سوالی سرسختی روانشناختی ۰/۵۴ به دست آوردند. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس ۰/۶۶ به دست آمده است. همچنین این پژوهشگران به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه، ارتباط خرده‌مقیاس‌های ادراک‌پذیری، کنترل‌پذیری و معناداری را با نمره کل پرسشنامه بررسی کردند که به ترتیب این نتایج به دست آمد ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۶؛ نتایج به دست آمده نشان از اعتبار و پایایی مطلوب مقیاس است (Alipour & Sharif, 2012).

۲. **فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان**^۲: این پرسشنامه فرم کوتاه شده یکی از معتبرترین ابزار ارزیابی برای اندازه‌گیری راهبردهای گوناگون شناختی می‌باشد که به وسیله گرانفسکی، کرایچ و اسپاینهون

1 . Sense of Coherence Questionnaire-Short Form Ntnvnsky

2 . Short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

(Spinhoven, Kraaij, Garnefski, 2002) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و در طیف ۵ لیکرتی (از هرگز تا همیشه) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه از فرد خواسته می شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند را به وسیله پاسخ به ۱۸ پرسش که ۹ راهبرد شناختی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می کند، مشخص نماید. ۹ راهبرد شناختی عبارتند از:

- ۱- ملامت خویش ۲- پذیرش ۳- نشخوارگری ۴- تمرکز مجدد مثبت ۵- تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
- ۶- ارزیابی مجدد مثبت ۷- دیدگاه‌گیری ۸- فاجعه سازی ۹- ملامت دیگران.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در پژوهش حسنی (Hasani, 2011) پایایی مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بوده است و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی می باشد. پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت ستیر) قرار گرفتند، اما روی گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

جدول ۱: دیاگرام پژوهش

گروه‌ها	انتخاب نمونه	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	داوطلبانه	T ₁	X ₁	T ₂
کنترل	داوطلبانه	T ₂	-	T ₂

شیوه‌اجراء

در هر هفته، یک جلسه برگزار می‌شد. محتوای هر جلسه شامل عنوان موضوعات و تکلیف بود. در جدول ۲ خلاصه جلسات آورده شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزشی بر اساس خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت ستیر

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	خوش‌آمدگویی به اعضا، معرفی رهبر گروه به اعضا و سایر اعضا به یکدیگر، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، بحث در مورد ارزش شخصی و میزان توجه هر فرد به خود، بحث در مورد ارتباط زناشویی.
جلسه دوم	تمرین فنون توجه کردن، حرف زدن و گوش دادن به همسر، تمرین تکنیک توجه به حالات هم.
جلسه سوم	تشریح الگوهای ارتباطی و اجرای این الگوها از سوی زوج‌ها. تشریح و تمرین الگوی پیام‌رسانی همخوان.
جلسه چهارم	تشریح فن لمس یا تماس و نقش آن در روابط. تشریح و تمرین تکنیک الگوسازی ارتباط موثر با استفاده از پیام‌های «من»
جلسه پنجم	تشریح فن حائل‌ها برای نشان دادن این موضوع که همه اعضا به نوعی با هم در ارتباط هستند. اجرای تکنیک نقشه خانوادگی.
جلسه ششم	آموزش به اعضا برای این که بتوانند با یکدیگر به صورت مستقیم و روشن ارتباط برقرار کنند و درباره احساسات‌شان صحبت کنند و آنها را ابراز کنند، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.
جلسه هفتم	مرور جلسات قبلی و دادن بازخورد، تقویت مهارت گوش دادن فعال و اجرای فن مجسمه‌سازی خانوادگی.
جلسه هشتم	اجرای پس‌آزمون و دریافت بازخورد و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر در جدول ۳ و ۴ نشان داده شده است. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره‌های زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر حس انسجام، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره‌های حس انسجام زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷/۸۱	۱۰/۴۶	۱۶
	کنترل	۳۸	۹/۸۴	۱۶
پس‌آزمون	آزمایش	۵۴/۰۶	۹/۷۴	۱۶
	کنترل	۳۶	۹/۱۲	۱۶

با توجه به داده‌های مندرج در جدول ۳، مشاهده می‌شود که میانگین و انحراف معیار نمره کل حس‌انجام در مرحله پیش‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۷/۸۱ و ۱۰/۴۶ و برای زوج‌های گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۸ و ۹/۸۴ می‌باشد.

همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل حس‌انجام در مرحله پس‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب ۷۴/۰۶ و ۹/۷۴ و برای زوج‌های گروه کنترل برابر با ۳۶ و ۹/۱۲ می‌باشد.

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمره‌های زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی)، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره‌های تنظیم شناختی هیجان گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله		گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	مثبت	آزمایش	۲۳/۵۶	۶/۳۶	۱۶
		کنترل	۲۴/۳۸	۵/۵۵	۱۶
	منفی	آزمایش	۲۳/۲۳	۵/۶۰	۱۶
		کنترل	۲۳/۴۳	۶/۱۴	۱۶
پس‌آزمون	مثبت	آزمایش	۳۶/۸۸	۳	۱۶
		کنترل	۲۳/۱۰	۵/۸۰	۱۶
	منفی	آزمایش	۱۸/۴۴	۶/۰۷	۱۶
		کنترل	۲۲/۱۳	۵/۶۶	۱۶

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت در مرحله پیش‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب ۲۳/۵۶ و ۶/۳۶ و برای زوج‌های گروه کنترل ۲۴/۳۸ و ۵/۵۵ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمره‌های تنظیم شناختی هیجان منفی در مرحله پیش‌آزمون برای زوج‌های گروه آزمایش به ترتیب ۲۳/۲۳، ۵/۶۰ و برای زوج‌های گروه کنترل ۲۳/۴۳، ۶/۱۴ می‌باشد. در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت برای زوج‌های گروه آزمایش ۳۶/۸۸، ۳ و برای زوج‌های گروه کنترل ۲۳/۱۰، ۵/۸۰ میانگین و انحراف معیار

نمره‌های تنظیم شناختی هیجان منفی برای زوج‌های گروه آزمایش ۱۸/۴۴، ۶/۰۷ و برای زوج‌های گروه‌های کنترل ۲۲/۱۳، ۵/۶۶ می‌باشد.

قبل از انجام تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای مقابله میانگین گروه‌ها، جهت تعیین همگنی واریانس‌ها نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است که خلاصه نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	f	df1	df2	سطح معنی داری (p)
حس انسجام	۰/۵۰۳	۱	۳۰	۰/۴۸۴
تنظیم شناختی هیجان	۱/۲۶	۱	۳۰	۰/۵۱۲
	۰/۲۱۳	۱	۳۰	۰/۶۴۷

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج آزمون همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل یکسان است. برای بررسی سوال پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری و تک متغیری استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول ۶ و ۷ نشان داده شده است.

جدول ۶: نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان همبستگی گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۸۶۴	۵۹/۴۱۳	۳	۲۸	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۶	۵۹/۴۱۳	۳	۲۸	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۶/۳۶۶	۵۹/۴۱۳	۳	۲۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۶/۳۶۶	۵۹/۴۱۳	۳	۲۸	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت دست کم در یکی از متغیرهای وابسته

(حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۷ درج شده است.

جدول ۷: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان پس‌آزمون زوج‌های گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	f	سطح معنی‌داری
حس انسجام	۱۱۰۶۳/۲۸	۱	۱۱۰۶۳/۲۸	۱۱۳/۷۹	۰/۰۰۱
تنظیم شناختی هیجان	۱۴۴۲/۵۸	۱	۱۴۴۲/۵۸	۱۶۶/۴۵	۰/۰۰۱
	۱۸۰/۰۲	۱	۱۸۰/۰۲	۵/۱۷	۰/۰۳۱

با توجه به مندرجات جدول ۶، مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیر حس انسجام ($f=113/79$)، متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت ($f=166/45$) در سطح $p<0/001$ و در متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی ($f=5/17$) در سطح $p<0/05$ معنی دار است. بنابراین، آموزش خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر، سبب افزایش حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان مثبت و کاهش تنظیم شناختی هیجان منفی گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است.

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت ستیر بر حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین ناسازگار شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵ بود. از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که این شیوه درمانی موجب افزایش حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان زوجین در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج این تحقیق در مورد اثربخشی خانواده‌درمانی ستیر بر انسجام خانواده با نتایج تحقیق نظری، اسدی و شاهینی (Asadi & Shahini, 2009)، مبنی بر اینکه درمان استحاله‌ای نظام‌دار ستیر می‌تواند بر ارتقای صمیمیت زوج‌ها تأثیرگذار باشد و تحقیق بنمن (Banmen, 2002) مبنی بر اثربخشی خانواده‌درمانی انسان‌گرای ستیر بر همبستگی و انسجام خانواده و یافته کوهن (Cohen, 2006) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که در دیدگاه ستیر مشکل، مشکل نیست، بلکه چگونگی مقابله با مشکل است که مشکل می‌باشد، پس ادراک درست تعاملات و مشکلات نقش مهمی در روابط زوجی دارد. ضمناً انسجام، رشد و تحول، در دیدگاه ستیر فرایندهای طبیعی و ذاتی

انسانی هستند و از این روی باید در تغییر درمانی بر آنها متمرکز شد. به علاوه، همانطوری که السون (Olson, 1993) گفته است، مفاهیم یا متغیرهای مهمی که می‌توانند برای تشخیص و اندازه‌گیری ابعاد انسجام خانواده مورد استفاده قرار گیرند شامل پیوندهای هیجانی، مرزها، فضا، دوستان، تصمیم‌گیری و ... می‌باشد. انسجام خانوادگی از نظر وینک (Wineck, 2010) به صورت پیوند عاطفی بین اعضای خانواده و میزان خودمختاری فردی آنها تعریف شده است. این ابعاد همان چیزهایی هستند که در نظریه کوتاه‌مدت ستیر بر آنها تاکید بسیاری می‌رود.

از دیدگاه نظریه کوتاه‌مدت ستیر، در حس انسجام خانوادگی بر معناداری و انتخاب‌گری، مسئولیت-گرایی و همخوانی تاکید می‌شود. همانطوری که آنتونوفسکی (Antonovsky, 1987) گفته است، احساس پیوستگی یک سازه شخصیتی با سه مؤلفه درک‌پذیری^۱، توانایی مدیریت^۲ و معناداری^۳ می‌باشد. در درک-پذیری به احساس پیوستگی اشاره می‌شود که در آن فرد معتقد است هیچ چیز منفی یا حیرت‌آوری اتفاق نیفتاده و زندگی می‌تواند خوب و معقولانه و مطابق انتظارش پیش رود. مؤلفه توانایی مدیریت، احساس دارا بودن منابع مورد نیاز برای حل مشکل و مبارزه با استرس‌ها را منعکس می‌کند و در نهایت، احساس معناداری متضمن این است که چقدر فرد زندگی را با ارزش دانسته و تا چه اندازه این حس را تنها به لحاظ شناختی بلکه به طور هیجانی به همراه دارد (Cited in Vastamaki, 2009).

همچنین نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط بروباچر (Brubacher, 2006)، تیلور (Taylor, 2002)، موریسون و جودی (Morison & Judi, 2002) مبنی بر اثربخشی خانواده‌درمانی ستیر بر آگاهی، رهاسازی و ابراز مناسب هیجانات سرکوب شده همسو است. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت که بیان احساسات شامل نشان دادن عواطف با کلمات و انتقال احساسات درونی به طرف مقابل است (Etemadi, 2005). از آنجایی که خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت ستیر گفتگوی مستقیم بین افراد را تسهیل می‌کند و آنها را ترغیب می‌نماید تا در پیام‌رسانی‌های خود همخوان عمل نمایند و بدون قید و شرط احساسات خود را با وضعیت بدنی خود همتا سازند (Goldenberg & Goldenberg, 2006)، در نتیجه می‌تواند در بهبود روابط و در نهایت تنظیم هیجانات زوجین موثر واقع گردد. همچنین، در طول جلسات، تمام اشخاص درگیر در این فرایند به نیازها و احساسات‌شان حساسیت بیشتری پیدا می‌کنند و با هیجان‌هایشان بیشتر هماهنگ می‌شوند و بیشتر قادرند که خودمختاری، هیجان و صمیمیت خود را نشان دهند (Khazaei, 2007).

1 . Comprehensibility

2 . Manageability

3 . Meaningfulness

در آیسبرگ خانواده ستیر بر رفتار، احساسات، ادراک‌ها و باورها تاکید زیادی می‌شود (lee, 2001) و می‌توان گفت زوجینی که هنگام بروز مشکلات بر این ابعاد توجه دارند، بهتر می‌توانند هیجانات خود را کنترل و تنظیم نمایند و از تنظیم شناختی هیجان مثبت استفاده نماید؛ یعنی بجای تفکر در مورد مشکل واقعی، به موضوع لذتبخش و شاد فکر کنند (Garnefski, 2006). بیشتر مشکلات میان اعضای خانواده و جو عاطفی خانواده ناشی از نقص و کمبود در مهارت‌ها، ارتباطات، ابراز احساسات و ... است. مفروضه زیربنایی این رویکرد این است که افراد در خانواده‌ها از هیجان‌اتشان آگاه نیستند، یا اگر هم هستند، این هیجانات را سرکوب کرده و آنها را ابراز نمی‌کنند. این گونه است که فضای مردگی عاطفی به وجود می‌آید. در چنین فضایی، اعضای خانواده از یکدیگر پرهیز می‌کنند و اینگونه رفتارها، ناکارآمدی خانواده را نمایان و پایدار می‌کند. ستیر راه حل چنین وضعیتی را تاکید بر ابراز احساسات و ترمیم بافت‌های معیوب خانواده می‌داند (Satir, 2009). در دیدگاه ستیر، درمانگر فعالانه با مراجع درگیر می‌شود تا به وی در قاب‌دهی مجدد ادراکات خلق گزینه‌های احتمالی کمک کند. تمرکز بر سلامت و احتمالات مثبت است و فرد قادران منابع درونی خود می‌باشد و در انتظار رشد است نه در پی آسیب‌شناسی یا حل مشکل (Cohen, 2006). از این روی طبیعی است که بجای ابعاد منفی تنظیم شناختی هیجان مثل فاجعه‌سازی یا نشخوار ذهنی منفی بر ابعاد مثبت آن مثل پذیرش و بازاریابی مثبت متمرکز شود. وقتی درمانگر بر احساسات مراجع تلنگور می‌زند، معمولاً در انتظارات و ادراکات وی تغییر ایجاد می‌کند و وقتی مراجع احساسات را دوباره تجربه می‌کند، این باعث تصدیق و پذیرش آن احساسات شود و اگر درمانگر آگاهی مراجع را از ادراکات و انتظارات وی بالا ببرد و آنها را با احساسات پیوند بزند، مراجع از شر این احساسات خلاص خواهد شد (Banmen, 2003) و بنابراین، این باعث بالا رفتن شناخت‌های مثبت مراجع می‌شود.

در نهایت، می‌توان گفت که مدل خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت ستیر می‌تواند برای افزایش انسجام زناشویی و تنظیم شناختی هیجان زوجین مدل کارآمدی باشد و باعث افزایش سازگاری و ارتقاء روابط زوجین شود. از آنجا که این پژوهش در زمان محدود و جلسات محدود و روی فرهنگ خاصی انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی تعداد جلسات و بازه زمانی و همچنین تنوع فرهنگی با گستردگی بیشتری لحاظ شود.

References

- Alipour, A & Sharif, N. (2012). Validity of Antonovsky sense of coherence scale at students, *Pejouhandeh*. 17 (1) 50-65.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.

- Ayenew, Eyob. (2016). Association of Conflict Resolution Style and Relationship Satisfaction between Couples. *The International Journal of Indian Psychology*. 2 (6), 2348-5396 (e).
- Banmen, J. (2002). The Satir model: Yesterday and today. *Journal of Contemporary Family Therapy*. 24 (1), 7-23.
- Banmen, J. (2003). *Satir Brief Therapy Workshop*. Vancouver, B.C.
- Bernstein, Philip, and Bernstein, Marse, tee. (2003). *Cognitive therapy and marital disputes*. Translated by Hamid Reza Sohrabi. Tehran: rasa Cultural Services. (In Persian).
- Brubacher, L. (2006), Integrating emotion-focused therapy with the satir model. *Journal of Marital and Family Therapy*. 32 (2), 141-153.
- Cohen, B. (2006). *The effect of Satir brief therapy on patients in a maternity hospital*. Dissertation for degree of M.A. in social science. University of South Africa.
- Dillon, D.G., Ritchey, M., Johnson, B.D., La-Bar, K.S. (2007). Dissociable effects of conscious emotion regulation strategies on explicit and implicit memory. *Emotion*. 7 (2):345-62.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., & Guthrie, I. K. (2000). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, 72(4), 1112-1134.
- Fletcher, G. J. O., & Thomas, G. (2000). "Behavior and On-Line Cognition in Marital Interaction. *Personal Relationships* 7.111-130.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006) Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 40(8), Pages 1659-1669
- Garnefski, N., Kraaij V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 30(8): 1311- 1327.
- Ghaderi, Z., Tabrizi, M., Ahar, Gh. (2008). The effectiveness of Satir Relational Theory on Coping Style and conflict. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 11 (3). 67-76. (In Persian)
- GhasemzadehNassaji S, Peyvastehgar M, Hasinian S, Mutaiei F, Banyhashemi, S (2007). Effectiveness of cognitive -behavioral Interventions on coping responses and cognitive- emotion regulation strategies in women. *Journal of Behavioral Sciences*; 4(1): 35-43. [In Persian].
- Gidenz, A. (2003). *Sociology*. Translated by Sabouri, M. Tehran. Ney publisher. (In Persian)
- Goodarzi. M., Navvabinejad, Sh., Mohsenzade, F. (2007). The Effectiveness of group counseling based on Satir communication approach on dysfunctional couples Function. *Females research journal*. 1 (2). 57-74. (In Persian)
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). Emotion-focused couple's therapy: The dynamics of emotion, love, and power. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Grevenstein, D., Bluemke, M (2015). Can the Big Five explain the criterion validity of Sense of Coherence for mental health, life satisfaction, and personal distress? *Personality and Individual Differences*. 77: 106-11.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 2. 271-299.

- Halford, K. (2002). *Short-term couple therapy*. Translated by tabrizi, M. Kardani, M., Jafari, F. Tehran, Fararavan Publisher. (In Persian)
- Hasani J. (2011). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*; 2(3): 73-83.
- Hautzinger, M., Linden, M., & Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*. 13. 307-314.
- Helms, H.M. (2013). *Marital Relationships in the twenty- first century*. Handbook of marriage and family, Springer.
- Kravetz S, Drory Y, Florian V (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*. 1993; 7: 233-244.
- Kupka R, Altshuler L, Nolen W, et al (2007). Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disorder*. 9:531-5.
- Langeland E, WhalAK (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: a longitudinal panel survey. *International Journal of Nurses Study*. 46 (6):830-7.
- Laura H., Lippman and Bradford W. (2013). *World family map. Mapping family change and child well-being outcomes*. An International Report from.al.
- Lee. B. K. (2001). *The religious significance of the Satir Model: Philosophical, ritual, and empirical perspectives*. Doctoral dissertation. Ottawa: University of Ottawa.
- Alipour, A., Sharif, N. (2012). Validity and reliability of the Sense of Coherence (SOC) questionnaire in university students. *Pajoohandeh Journal*; 17 (1):50-56 (In Persian)
- Meiring, CJ (2010). *Just World Beliefs, Sense of Coherence and Proactive Coping in Parents with A Child with Autism*. dissertation. University of Pretoria.
- Nazari, A.M., Asadi, M., Shahini, A. (2009). Effectiveness of Satir Relational Theory on Couples intimacy. *Woman and family studies*, 2 (2) 109-129. (In Persian)
- Olson, D. H. (1993). *Circumplex Model of marital and family systems: Assessing family functioning*. In Walsh, F. (Ed.), *Normal family processes*, (2nd Ed.) (pp.104-137). New York: Guilford Press.
- Seif, S., Yadegari, H. (2007). Investigating a case with family problems based on Satir theory. Articles Complex on marriage and family counseling. Tehran. *Parents and teacher's association*. (In Persian)
- Sinha, P. Muckerjee, N. (2005). Marital adjustment space orientation. *Journal of social psychology*, 5:633-639.
- Sinha, SP. Muckerjee, N. (1990). Marital adjustment and depressive symptoms. *Journal of family psychology*, 16(21):199-208.
- Soudani, M., Amiri Moghadam, A., Mehrabizade, M. (2013). Effectiveness of Satir Relational Theory on Marital Conflict and Adaptiveness. *Journal of Research in Clinical. Psychology & Counseling*. 3 (1). 5-20. (In Persian)
- Taylor, G. J. (2002). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research Canadian. *Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 59(2-3):25-52.
- Van Oudenhorn, J. P., and Vander Zee, K. I. (2002). Predicting multicultural effectiveness of international student: The Multicultural Personality Questionnaire. *International Journal of Intercultural Relation*, 26,677-694.

- Vastamaki, J. (2009). *Sense of coherence and Unemployment*. Academic Dissertation. University of Erlangen- Nuremberg and University of Kuopio. Faculty of social Sciences.
- Volanen, S.M (2011). Sense of coherence: determinants and consequences [dissertation]. Faculty of medicine university of Helsinki: Finland; 2011.
- Winek, J. L. (2010). Systemic family therapy: From theory to practice. Los Angeles, CA.
- Yaryari, F., Moradi, A., Yahyazade, S. (2007). The relationship between Emotional intelligence and cognitive mental health in Mazandaran university students, *psychological studies*. 1 (3)21-39. (In Persian)
- Yoo, S.H., Matsumoto, D., LeRoux, J.A. (2006). The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relation*, 30, 345-363.

پیام، مهدی؛ نگین تاجی، صدیقه؛ بشلیده، کیومرث؛ نگین تاجی، مجید؛ هاشمی، سید اسماعیل (۱۳۹۷). رابطه‌ی هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی.

DOI: 10.22067/ijap.v8i1.65538

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۳۶-۲۱.



رابطه‌ی هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی

مهدی پیام،^۱ صدیقه نگین تاجی،^۲ کیومرث بشلیده،^۳ مجید نگین تاجی،^۴ سید اسماعیل هاشمی^۵

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۲۱

چکیده

هدف: بررسی رابطه‌ی هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. نمونه شامل ۱۹۵ نفر از کارکنان دانشگاه شهید چمران بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸)، قدردانی مک کالوف، امانس و تسانگ (۲۰۰۲)، تعهد سازمانی ماودی استیرز و پورتر (۱۹۷۹)، اشتیاق شغلی اسکافلی و باکر (۲۰۰۱) و رفتار شهروندی سازمانی ارگان و کونوفسکی (۱۹۸۹) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام انجام شد.

یافته‌ها: ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی هوش معنوی، قدردانی، اشتیاق شغلی و تعهد سازمانی با رفتار شهروندی سازمانی برابر $MR=۰/۴۵۰$ و ضریب تعیین برابر $RS=۰/۲۰۳$ بود که در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنی دار بود. همچنین بین متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک، رابطه مثبت و معنی دار ($p<۰/۰۵$) وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی، اشتیاق شغلی، رفتار شهروندی سازمانی.

۱. مدرس دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)، mehdipayam65@gmail.com

۲. مدرس دانشگاه پیام نور، negintaji80@gmail.com

۳. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی شهید چمران اهواز

۴. مدرس دانشگاه پیام نور

۵. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی شهید چمران اهواز

مقدمه

در سال‌های اخیر یکی از متغیرهای بسیار مهم، چه از نظر مفهومی و چه از بعد علمی، که توجه روانشناسان صنعتی و سازمانی را در جهت توسعه سازمان‌ها به خود جلب نموده است، رفتارهای شهروندی سازمانی^۱ می‌باشد. رفتارهای شهروندی سازمانی به عنوان رفتار ارادی و از روی میل کارکنان تعریف می‌گردد که داوطلبانه بوده و به آن‌ها پاداش تعلق نمی‌گیرد، اما می‌توانند عملکرد سازمان‌ها را بهبود بخشند (Organ, 1998). پودساکف، مک-کنزی و بومر (Podsakoff, MacKenzie & Bommer, 1996) چنین نتیجه‌گیری نموده‌اند که وجود رفتارهای شهروندی سازمانی در یک سازمان می‌تواند اثربخشی سازمانی را از طریق سازوکارهایی همچون افزایش بهره‌وری مدیریت و کارکنان، استفاده اثربخش از نتایج و یا انعطاف‌پذیری سازمانی فزاینده، افزایش دهد.

با توجه به اینکه افزایش اثربخشی همواره یکی از مسائل و دغدغه‌های مدیران است، شناخت رفتار شهروندی سازمانی و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند گام مؤثر و مفیدی در این مسیر به شمار آید. در این راستا، تحقیقات زیادی در جستجوی یافتن پاسخ بدین پرسش که چه عواملی می‌تواند در ایجاد و حفظ چنین رفتاری مؤثر واقع شوند، به عمل آمده است و محققان زیادی پیش زمینه‌ها و پیامدهای رفتار شهروندی سازمانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. در همین راستا ثابت شده متغیرهایی همچون هوش معنوی^۲ می‌تواند در افزایش رفتارهای شهروندی سازمانی مؤثر واقع شود. امانس (Emmons, 2000) مفروض دانسته که معنویت می‌تواند به عنوان هوش مطرح شود. این عقیده به‌طور قابل توجهی در دهه ۱۹۲۰ مورد توجه لایرد^۳ قرار گرفته بود. امانس در سال ۲۰۰۰ در رشته روانشناسی مذهب (دین) بحث می‌کند که معنویت، شاخص‌های گاردنر را تداعی می‌کند و باید به عنوان یک هوش طبقه‌بندی شود. همچنین امانس مفروض دانسته است که حداقل ۵ توانایی می‌تواند هوش معنوی را تعریف کند:

۱. ظرفیت ماورایی
۲. توانایی برای رسیدن به حالت‌های معنوی آگاهانه
۳. توانایی برای سرمایه‌گذاری هرروزه فعالیت‌ها، رخدادها و روابط با احساسات روحانی (مقدس)
۴. توانایی برای به‌کارگیری منابع معنوی برای حل مشکلات زندگی
۵. ظرفیت درگیر شدن در رفتارهای پرهیزکارانه یا پرهیزکاربودن (بخشندگی، فروتنی، احساس همدردی، حق‌شناسی)

1 . Organizational Citizenship Behaviors

2 . Spiritual Intelligence

3 . Laird

بنابراین هوش معنوی را می‌توان بنیانی برای بروز رفتارهای مثبت شغلی مورد توجه قرارداد. در این صورت می‌توان پیش‌بینی کرد که هرچه کارکنان سازمان، هوش معنوی بالاتری داشته باشند، انتظار بروز رفتارهای شغلی مثبت افزایش پیدا کند. البته رفتارهای شهروندی را باید حد اعلای رفتارهای شغلی مثبت و سازنده دانست. یکی از مؤلفه‌های هوش معنوی، داشتن ظرفیت عمل اخلاقی مانند بخشش، تواضع و نوع‌دوستی است که این ویژگی در رفتار شهروندی سازمانی هم دیده می‌شود. بنابراین انتظار می‌رود بین هوش معنوی و رفتارهای شهروندی سازمانی، رابطه معنادار مثبت وجود داشته باشد.

متغیرهای دیگری از جمله قدردانی^۱ نیز می‌تواند در افزایش رفتارهای شهروندی سازمانی مؤثر واقع شوند، قدردانی عبارت است از میزان ادراک کارکنان از اینکه مشارکت و کمک‌های آن‌ها به سازمان شناسایی می‌شوند و مورد قدردانی قرار می‌گیرند (Koys & DeCotiis, 1991). مک کالوف و همکاران (McCullough et al, 2001) نشان داده‌اند که قدردانی، رفتار سودمند اجتماعی را باعث می‌شود و کارکرد خود را به صورت یک انگیزه اخلاقی بروز می‌دهد. قدردانی، اغلب یک رابطه متقابل ایجاد می‌کند که این سوق دادن افراد به پاسخ دادن به صورت سودمند اجتماعی به فرد خیر منجر می‌شود و قدردانی می‌تواند باعث شود که فرد ذینفع نه تنها به فرد خیر متقابلاً رفتار سودمند اجتماعی را ابراز کند، بلکه هم‌چنین رفتاری را نسبت به سایر افراد نیز داشته باشد (Bartlett & Desteno, 2006; Tsang, 2006; Tsang, 2007; Farah Bijjari, 2012).

افراد قدردان احتمالاً برای ابراز قدردانی خود رفتار سودمند اجتماعی را ابراز می‌کنند و با گذشت زمان این رفتارهای سودمند اجتماعی می‌توانند باعث افزایش و ارتقای روابط اجتماعی فرد شوند (Emmons & Shelton, 2002; Harpham, 2004; Kamter 2004; Farah Bijjari, 2012). به علاوه، قدردانی به ایجاد اعتماد در روابط اجتماعی کمک می‌کند. از طرف دیگر یکی از آثار قدردانی، دستیابی به عدالت اجتماعی است. اگر ارتباط و رفتار اجتماعی انسان بر حق‌شناسی استوار باشد، دستیابی به عدالت اجتماعی میسر می‌شود. رفع ظلم و گسترش عدالت در بین نهادهای اجتماعی منوط به حاکمیت عدالت فردی بر روابط انسان با یکدیگر است و رعایت حقوق فردی و اجتماعی در گرو وجود روحیه حق‌شناسی در آن‌هاست. اگر این گرایش درونی در اعمال و رفتار فردی ظهور و بروز نداشته باشد، قطعاً نهادهای اجتماعی نیز از برقراری روابط مثبت و سالم با یکدیگر قاصر و ناتوان خواهند بود (Beheshti et al, 2008).

یکی از نگرش‌های عمده که می‌تواند بر رفتارهای شهروندی سازمانی اثرگذار باشد، تعهد سازمانی^۲ است. مایر و آلن (Meyer & Allen, 1991) در مطالعات خود درباره تعهد سازمانی، یک مدل سه‌بعدی

1 - Gratitude

2 - Organizational Commitment

ارائه داده‌اند که عبارت‌اند از: تعهد عاطفی؛ شامل وابستگی عاطفی کارکنان، تعیین هویت با سازمان و درگیر شدن در فعالیت‌های سازمان. تعهد مستمر؛ که شامل تعهدی که مبتنی بر ارزش نهادن به سازمان است و کارمند در زندگی سازمان سهیم می‌شود. تعهد تکلیفی (هنجاری)؛ شامل احساسات افراد مبنی بر ضرورت ماندن در سازمان می‌باشد. تعهد سازمانی دارای پیامدهای مثبت بسیاری است که موجب توجه سازمان‌ها به آن گردیده است. کارکنانی که دارای تعهد بالایی هستند نظم بیشتری در کار خود داشته، مدت بیشتری در سازمان مانده و کار بیشتری کرده و تأخیر و غیبت کمتری دارند (Bozorgadeh & Vonosee, 1998). نتایج تحقیقات میلیمن، زابلیوسکی و فورگاسون (Milliman, Czaplewski & Ferguson, 2003) ارتباط معنی‌داری بین معنویت و تعهد سازمانی را نشان دادند.

نتایج تحقیقی بیان می‌دارد که در محیط کاری با معنویت بالا رفتارهایی از قبیل رضایت، تعهد، بهره‌وری، انعطاف‌پذیری و ظرفیت بیشتر بوده است و خروج نیرو از سازمان کمتر می‌باشد (Klenke, 2005). تعهد سازمانی یک سازه چند بعدی است که نشان داده تأثیرات ویژه‌ای بر مسائل کاری و شغلی نظیر کاهش غیبت، رفتارهای ناکارآمد شغلی و ترک خدمت (Riketta, 2002)، رفتارهای مدنی سازمانی خود گزارش شده (Meyer et al, 1993)، تلاش و کوشش کاری (Bycio et al, 1995) و عملکرد شغلی (Meyer et al, 2002) به‌جای می‌گذارد؛ بنابراین هوش معنوی می‌تواند از طریق تعهد سازمانی بر رفتارهای شهروندی سازمانی اثر بگذارد.

یکی دیگر از نگرش‌های مؤثر بر رفتار شهروندی سازمانی، اشتیاق شغلی^۱ است. اشتیاق شغلی و میزان جذب و نیرومندی نسبت به کار، از جمله عوامل دیگری است که بر مؤلفه رفتار مدنی - سازمانی تأثیر می‌گذارد (Hakanen et al, 2005). اشتیاق شغلی، خود میزان اشتیاق و دل‌بستگی (Schafeli et al, 2002) و درگیری مطلوب با شغل است. به تعبیر دیگر از نظر باکر و لیتز (Bakker & Leiter, 2009) حالتی از سلامت شغلی است که مثبت، خشنودکننده و برانگیزاننده می‌باشد و بر این اساس کارکنان مشتاق، انرژی زیادی داشته، بیشتر درگیر شغل می‌شوند و شدیداً با حرفه خود هم‌ذات‌پنداری می‌کنند؛ طی تحقیقات افرادی همچون دریسکول و همکاران (Driscoll et al, 2006) همچنین می‌تواند بر رفتارهای فداکارانه - که بیشتر با روحیه امدادگر زنان هم‌خوان بوده - و رفتار مدنی سازمانی و ارتقاء عملکرد شغلی کارکنان مؤثر بوده و ارتباط نزدیکی داشته باشد. اشتیاق شغلی مفهومی است که با پیامدهای مثبتی همچون عملکرد شغلی، تقویت رفتارهای مدنی سازمانی و خشنودی شغلی رابطه مثبت و با قصد ترک شغل رابطه منفی بالایی دارد. (Hakanen et al, 2005).

1 . Work Engagement

قدردانی و سپاس‌گزاری به معنی حق‌شناسی و ارزش قائل شدن برای توانایی‌های دیگران و رعایت حقوق افراد می‌باشد؛ بنابراین یکی از جلوه‌های حسن معاشرت در زندگی اجتماعی قدردانی است. در نتیجه ارزش قائل شدن برای توانایی‌های دیگران، بهره‌گیری از امکانات آن‌ها را میسر می‌سازد و پیوند انسان‌ها را با یکدیگر تقویت می‌کند. هرچند پیوند انسان‌ها با یکدیگر بیشتر باشد کمتر به مقابله باهم برمی‌آیند و از این رو احتمال بروز کنش کاهش می‌یابد و تفرقه و جدایی جای خود را به وحدت، تعاون و همکاری می‌دهد. پایداری و استحکام ارتباطات متقابل انسان‌ها در صورتی است که از کیفیت قابل قبولی برخوردار باشد. گرایش و تمایل اجتماعی انسان باعث ایجاد پیوند می‌شود و زمینه‌های استحکام و تداوم آن‌ها را فراهم می‌سازد؛ چنانچه ابعاد این تمایل درونی و گسترده‌تر و قوی‌تر باشد -به نحوی که انسان دیگران را همچون خود بداند و آنچه برای خود می‌پسندد برای دیگران نیز بخواهد- پایداری آن بیشتر می‌گردد (Beheshti et al, 2008).

تاکنون مطالعات بسیاری در زمینه‌ی هر کدام از متغیرهای هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی انجام شده است؛ موسوی، طالب زاده نوبریان و شمس مورکانی (Mousavi, Talebzadeh Nobariyan & Shams Morakani, 2011) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه هوش معنوی و رفتار شهروندی سازمانی معلمان، به این نتیجه رسیدند که بین هوش معنوی با رفتار شهروندی سازمانی معلمان، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

زارع احمدآبادی، جلیلی و رودپشتی (Zare and Jalili and Rood Pushti, 2013) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه هوش معنوی و رفتار شهروندی سازمانی، به این نتیجه رسیدند که نزدیک به ۱۷ درصد رفتار شهروندی سازمان، به وسیله هوش معنوی افراد تبیین می‌شود. همچنین بین ابعاد هوش معنوی، «خودآگاهی، عشق و علاقه» و «سجایای اخلاقی» بر بروز رفتارهای شهروندی سازمانی تأثیر گذارتر هستند. قربانی و همکاران (Ghorbani et al, 2012) در پژوهشی با عنوان رابطه هوش معنوی و تعهد سازمانی نشان داده‌اند که از میان ابعاد ده گانه هوش معنوی، به ترتیب، توجه به مکان‌های مذهبی و متولیان آن، تجربه‌های معنوی، اعتقاد به مفاهیم مذهبی و احساس هدف‌مندی در دنیا، دارای بیشترین همبستگی با تعهد سازمانی است.

فرح بیجاری (Farah Bijjari, 2012) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه قدردانی با ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای جامعه‌گرا به این نتیجه رسیده‌اند که ابعاد قدردانی با رفتارهای جامعه‌گرا، رابطه مثبت و معنادار دارد. پور سلطانی و امیرجی نقندر (Poursoltani & Amirjinaghandar, 2013) در پژوهشی با عنوان ارتباط تعهد سازمانی با رفتار شهروندی سازمانی به این نتیجه رسیده‌اند که بین تعهد سازمانی و

رفتارهای شهروندی سازمانی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های تعهدسازمانی، تعهد عاطفی قدرت بیشتری برای پیش بینی رفتار شهروندی سازمان است. گاتام و همکاران (Gautam et al, 2006) در پژوهشی که با عنوان رابطه رفتار شهروندی سازمانی و تعهدسازمانی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بین تعهدسازمانی و رفتار شهروندی سازمانی رابطه وجود دارد. نارمین، دانیال و تاسوار (Narmeen, Danial & Tasawar, 2012) در پژوهش خود رابطه بین رفتار مدنی سازمانی کارکنان و اشتیاق شغلی آنان را بررسی نمودند و در نهایت به این نتیجه رسیدند، مدل ویژگی‌های شغلی و اشتیاق شغلی اثر مثبتی بر روی رفتار مدنی سازمانی دارد. با این وجود تحقیقاتی که به بررسی رابطه‌ی همه متغیرهای هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی پردازد، کمتر مشاهده شده است. بنابراین با توجه به مطالب عنوان شده در سطور پیشین، هدف این است که به بررسی رابطه‌ی هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی پرداخته شود.

روش

روش پژوهش با توجه به هدف پژوهش که بررسی رابطه بین متغیرها بود، از نوع همبستگی و از طرف دیگر چون قصد پیش بینی متغیر ملاک از روی چندین متغیر پیش‌بین بود، از نوع تحلیل رگرسیون چندمتغیری بود. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی کارکنان دانشگاه شهید چمران اهواز بوده اند که از این بین، ۱۹۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و ابزارهای پژوهش که شامل پرسشنامه بود، بین آن‌ها توزیع شد.

ابزارها

پرسشنامه هوش معنوی: پرسشنامه هوش معنوی کینگ (SISRI) توسط کینگ (King, 2008) طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ گویه است و چهار زیرمقیاس دارد: تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی و بسط حالت هشیاری. هر چه فرد نمره بالاتری در این پرسشنامه بگیرد، دارای هوش معنوی بیشتری است. پرسشنامه هوش معنوی کینگ (SISRI) دارای ۲۴ ماده بوده و هدف آن سنجش میزان هوش معنوی از ابعاد مختلف (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، بسط حالت هشیاری، آگاهی متعالی) می‌باشد. طیف نمره دهی آن، بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای می‌باشد. در پژوهش رقیب و همکاران (Raghib et al, 2010) پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد. روایی صوری و محتوایی مقیاس توسط متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفت. برای برآورد روایی همگرایی از

پرسشنامه‌ی تجربه‌ی معنوی غباری بناب و همکاران (Ghobari Bonab et al, 2005) به‌طور همزمان استفاده شده که ضرایب همبستگی این دو پرسشنامه ۰/۶۶ به‌دست آمده است. برای محاسبه‌ی روایی سازه مقیاس از تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تاییدی مرتبه‌ی اول استفاده شد. نتیجه‌های به‌دست آمده نشان داد که این مقیاس، ابزاری پایا برای سنجش هوش معنوی است و با توجه به روایی و پایایی مناسب، آن را می‌توان در محیط‌های آموزشی و پژوهشی؛ مانند: دانشگاه استفاده نمود. در پژوهش حاضر جهت تعیین ضریب پایایی این پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه قدردانی: پرسشنامه قدردانی، فرم شش سؤالی توسط مک کالوف، امانس و تسانگ (McCullough, Emmons & Tsang, 2002) طراحی شده است و مشتمل بر ۶ گویه می‌باشد که به‌صورت (به‌هیچ‌وجه در مورد من صادق نیست) تا (کاملاً در مورد من صادق است) نمره‌گذاری می‌شود. سوالات ۳ و ۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر گویه، میزان و شدت قدردانی که فرد تجربه می‌کند را اندازه‌گیری می‌کند. مک کالوف و همکاران در چهار مطالعه جداگانه کارایی پرسشنامه قدردانی را تأیید نموده‌اند.

در مطالعه اول مک کالوف، امانس و تسانگ که به‌منظور طراحی فرم اولیه پرسشنامه قدردانی انجام شد، محققین ۳۹ عبارت مثبت و منفی را به‌منظور ارزیابی بیان و تجربه قدردانی در زندگی روزانه افراد تدوین، و بر روی نمونه‌ای مشتمل بر ۲۳۸ دانشجوی کارشناسی (۵۷ مرد، ۱۷۴ زن و ۷ مورد با جنسیت نامشخص) اجرا نمودند.

تحلیل عاملی اکتشافی بر روی این ۳۶ گویه، نمایانگر یک عامل کلی با ۶ گویه دارای بار عاملی قابل قبول بود. همچنین تحلیل عاملی ساختار تک عاملی پرسشنامه را تأیید کرد. ضرایب اعتبار همگرا با متغیرهایی همچون خوش‌بینی، رضایت از زندگی، شادکامی ذهنی، عواطف مثبت و منفی، اضطراب، افسردگی و روان رنجورخویی، مورد قبول بودند. همچنین پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

وود و همکاران (Wood et al, 2008) در مطالعه دیگری ساختار عاملی پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند. در پژوهش حاضر جهت تعیین ضریب پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه تعهد سازمانی: در این پژوهش جهت تعهد سازمانی از پرسشنامه تعهد سازمانی ماودی استیرز و پورتر (Mowday, Steers & Porter, 1979) استفاده شد که دارای ۱۵ آیتیم از (کاملاً مخالفم)

تا (کاملاً موافقم) می‌باشد. کراور (Craver, 2008) در پژوهش خود ضریب اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد. ارشدی (Arshadi, 1995) در پژوهش خود ضرایب اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف، به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر جهت تعیین ضریب پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه اشتیاق شغلی: در این پژوهش، جهت سنجش اشتیاق شغلی از مقیاس پرسشنامه اشتیاق شغلی اسکافلی و باکر (Schafeli & baker, 2001) استفاده شد.

این مقیاس دارای ۱۷ آیت‌م و سه بعد نیرومندی (۶)، وقف خود (۵) و جذب (۶) می‌باشد. پاسخ‌های این پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. اسکافلی، پایایی این مقیاس را در دو نمونه به ترتیب برابر با ۰/۶۳ و ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب آلفا برای بعد نیرومندی در نمونه اول ۰/۶۸ و در نمونه دوم ۰/۸۰، برای بعد وقف خود در نمونه اول ۰/۷۳ و برای نمونه دوم ۰/۷۵ و برای بعد سوم در هر دو نمونه برابر با ۰/۹۱ به دست آورد.

تقی‌پور (Taghipour, 2009) در پژوهش خود ضریب آلفای ۰/۹۴ را گزارش نموده است. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین روایی این مقیاس از طریق روش همبسته کردن با یک سؤال محقق ساخته ۰/۷۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر جهت تعیین ضریب پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه رفتار شهروندی سازمانی: در این پژوهش جهت سنجش رفتار مدنی از یک پرسش‌نامه ۱۶ ماده‌ای استفاده شد. این پرسش‌نامه یک پرسش‌نامه تعدیل شده است که از ارگان (Organ, 1996) گرفته شده و اقتباسی از کار ارگان و کونوفسکی (Organ & Konovsky, 1989) می‌باشد.

ارگان در مطالعه خود، ضریب اعتبار این پرسش‌نامه را در دامنه ۰/۹۱-۰/۸۹ گزارش کرده است. اشجع (Ashja, 2008) در پژوهش خود برای برآورد ضریب کرونباخ از روش اسپیرمن-براون و گاتمن استفاده نمود و به ترتیب ضرایب ۰/۷۲ و ۰/۶۶ و ۰/۶۵ را گزارش نمود. در پژوهش حاضر جهت تعیین ضریب پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۱ به دست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های کسب شده کارکنان شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	ضرایب همبستگی				
				۱	۲	۳	۴	۵
۱	رفتار شهروندی سازمانی	۴۵/۵۸۵	۸/۵۱۰	-				
۲	هوش معنوی	۴۷/۰۱۰	۹/۵۷۵	۰/۲۸۹**	-			
۳	قدردانی	۱۸/۸۰۵	۳/۴۴۷	۰/۲۴۳**	۰/۰۶۳	-		
۴	اشتیاق شغلی	۵۰/۲۲۰	۱۱/۲۳۱	۰/۲۹۹**	۰/۲۳۴**	۰/۱۶۶*	-	
۵	تعهد سازمانی	۴۵/۴۶۱	۶/۵۳۲	۰/۳۱۶**	۰/۳۴۷**	۰/۱۸۶**	۰/۲۴۸**	-

$$p^* = 0.05, p^{**} = 0.01$$

همان گونه که نتایج مندرج در جدول نشان می‌دهد، بین متغیرهای هوش معنوی، قدردانی، اشتیاق شغلی و تعهد سازمانی با رفتار شهروندی سازمانی ($p < 0.05$) همبستگی معنی‌داری وجود دارد. به منظور تحلیل‌های اکتشافی از تجزیه و تحلیل رگرسیون به شیوه‌ی گام به گام استفاده شد، که در آن رفتار شهروندی سازمانی به عنوان متغیر ملاک و متغیرهای هوش معنوی، قدردانی، اشتیاق شغلی و تعهد سازمانی به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله‌ی رگرسیون شدند. در جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون برای رفتار شهروندی سازمانی نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون هوش معنوی، قدردانی، اشتیاق شغلی و تعهد سازمانی با رفتار شهروندی سازمانی

شاخص آماری	نسبت F	ضرایب رگرسیون (β) و (B)				متغیرهای پیش‌بین
		۱	۲	۳	۴	
۱- تعهد سازمانی	$F=21/403$ $p < 0.001$	۰/۴۱۲				B β t P
		۰/۳۱۶				
		۴/۶۲۶				
		۰/۰۰۱				
۲- اشتیاق شغلی	$F=17/197$ $p < 0.001$	۰/۳۳۵	۰/۱۷۹			B β t P
		۰/۲۵۸	۰/۲۳۶			
		۳/۷۵۴	۳/۴۳۴			
		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱			
۳- قدردانی	$F=13/726$	۰/۳۰۳	۰/۱۶۳	۰/۴۰۴		B β t
		۰/۲۳۲	۰/۲۱۵	۰/۱۶۴		

P		۲/۴۳۰ ۰/۰۱۶	۳/۱۴۳ ۰/۰۰۲	۳/۳۸۹ ۰/۰۰۱	$p < ۰/۰۰۱$	
B β t P	۰/۱۵۳ ۰/۱۷۲ ۲/۴۶۳ ۰/۰۱۵	۰/۴۱۳ ۰/۱۶۷ ۲/۵۱۷ ۰/۰۱۳	۰/۱۴۲ ۰/۱۸۷ ۲/۷۳۷ ۰/۰۰۷	۰/۲۳۳ ۰/۱۷۹ ۲/۵۱۳ ۰/۰۱۳	$F=۱۲/۰۸۵$ $p < ۰/۰۰۱$	۴-هوش معنوی

همان طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، به ترتیب متغیرهای تعهد سازمانی ($\beta=۰/۳۱۶$)، اشتیاق شغلی ($\beta=۰/۲۳۶$)، قدردانی ($\beta=۰/۱۶۴$)، و هوش معنوی ($\beta=۰/۱۷۲$) توان پیش‌بینی رفتار شهروندی سازمانی را دارند.

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه ی هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی انجام شد. نتایج مندرج در جدول ۱ حاکی از وجود رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار بین هوش معنوی، قدردانی، تعهد سازمانی و اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی بود ($p < ۰/۰۵$). همچنین با توجه به جدول ۲ می‌توان گفت از بین متغیرهای ذکر شده، به ترتیب متغیرهای تعهد سازمانی ($\beta=۰/۳۱۶$)، اشتیاق شغلی ($\beta=۰/۲۳۶$)، قدردانی ($\beta=۰/۱۶۴$)، و هوش معنوی ($\beta=۰/۱۷۲$) بیشترین توان پیش‌بینی رفتار شهروندی سازمانی را دارا بودند.

همان طور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین هوش معنوی و رفتار شهروندی سازمانی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ یعنی افرادی که از هوش معنوی بالایی برخوردارند، حس نوع دوستی بیشتری داشته و تمایل بیشتری هم برای کمک به همکاران و حل مشکلات آن‌ها دارند. از آن جایی که کارکنان باهوش معنوی بالا، در کارشان احساس معنا و مفهوم عمیق تری پیدا می‌کنند و باور دارند که انسان‌ها با یکدیگر پیوند داشته، در محیط کار خود با دیگران همبستگی دارند و ارزش و اهداف سازمان را همسو با ارزش و اهداف خود می‌دانند و اعتقاد بیشتری دارند که سازمان، نسبت به مسائل و مشکلات آنان توجه بیشتری دارد؛ بنابراین احتمال اینکه رفتارهای شهروندی سازمانی بیشتر از خود نشان دهند بالا می‌رود. که این یافته با نتایج پژوهش‌های گارسیا-زامورا، فتاحی، فرهنگی و واثق و موسوی، طالب زاده نوبریان و شمس مورکانی (Fattahi, Farhangi & Vaseghi 2006, Mousavi, Talebzadeh Nobariyan & Shams Morakani 2011, Garcia-Zamora) همسو می‌باشد. براین اساس، کارکنانی که در کارشان احساس معنا و مفهوم

عمیقی دارند، باور دارند که انسان‌ها با یکدیگر پیوند دارند؛ در محیط کار احساس همبستگی با دیگران دارند؛ ارزش‌ها و اهداف خود را همسو با ارزش‌های سازمان می‌بینند و باور دارند که سازمان نسبت به آن‌ها و مسایل شان؛ مثل: رفاه همه کارکنان سازمان توجه و ملاحظه دارد و احتمال زیادی وجود دارد که در محیط کار، از خود رفتارهای رفتار شهروندی سازمانی نشان دهند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین قدردانی و رفتار شهروندی سازمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ اگر کارکنان احساس کنند که از رفتار و عملکرد مطلوب آن‌ها به‌طور مناسبی قدردانی می‌گردد، اشتیاق بیشتری به شغل خود خواهند داشت (Bakker & Demerouti, 2008). این اشتیاق می‌تواند فرد را در زمینه کاری راضی نگه دارد و باعث شود فرد احساس خوبی نسبت به کار خود پیدا کند و این احساس خوب را با افزایش رفتارهای فراتر از نقش و داوطلبانه سازمانی تلافی کند. همچنان که مک کالوف و همکاران (McCullough et al, 2001) نشان داده اند که قدردانی، رفتار سودمند اجتماعی را باعث می‌شود و کارکرد خود را به‌صورت یک انگیزه اخلاقی بروز می‌دهد. قدردانی، اغلب یک رابطه متقابل ایجاد می‌کند که این سوق دادن افراد به پاسخ دادن به‌صورت سودمند اجتماعی به فرد خیر منجر می‌شود و قدردانی می‌تواند باعث شود که فرد ذینفع نه تنها به فرد خیر متقابلاً رفتار سودمند اجتماعی ابراز کند، بلکه هم چنین رفتاری را نسبت به سایر افراد نیز داشته باشد (Bartlett & Desteno, 2006; Tsang, 2006; Tsang, 2007; Farah Bijjari, 2012).

افراد قدردان احتمالاً برای ابراز قدردانی خود رفتار سودمند اجتماعی ابراز می‌کنند و با گذشت زمان این رفتارهای سودمند اجتماعی می‌توانند باعث افزایش و ارتقای روابط اجتماعی فرد شود (Emmons & Shelton, 2002; Harpham, 2004; Kamter, 2004; Farah Bijjari, 2012).

همچنین نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین اشتیاق شغلی با رفتار شهروندی سازمانی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ یعنی وقتی شخصی نسبت به کارش اشتیاق و احساس خوبی داشته باشد و برای شغلش ارزش قائل شود، بیشتر درگیر خواهد شد و با سطوح بالای انرژی و انعطاف پذیری ذهنی هنگام کار کردن اشتیاق به سرمایه گذاری بیشتر در کار پیدا می‌کند و در برابر سختی‌ها بیشتر مقاومت می‌کند و از این طریق دارای انگیزه برای کار می‌شود. بنابراین منطقی است چنین کارمندی رفتارهای خودجوش، همکارانه و فراتر از نقش و وظایف رسمی بیشتری از خود نشان دهد. نتایج حاصل شده با یافته های نارمین، دانیال و تاسوار (Narmeen, Danial & Tasawar, 2012)؛ گرانت و برگ (Grant & Berg, 2010)؛ باکر و لیتز (Bakker & Leiter, 2009)؛ دریسکول و همکاران (Driscoll et al, 2006)؛ هاکنن و همکاران (Hakanen et al, 2005)؛ چن و چاو، کینگ (Chen & Chiu, 2005)؛ جورج و هبل (George & Hebl, 2005)؛ نجار اصل (Najar asl, 2002)؛ پورسلیمان (Poursoliman, 1999) و اشرفی

(Ashrafi, 1995) همخوانی دارد. طبق الگوی اشتیاق شغلی باکر و دمروتی (Bakker & Demerouti, 2008) برخی از منابع شغلی و شخصی در محیط کار موجب ایجاد اشتیاق شغلی در کارکنان می‌گردند و متعاقب اشتیاق شغلی نیز به پیامدهای مثبت در محیط کار منجر می‌شود؛ بنابراین اشتیاق سبب می‌شود کارکنان به فعالیت‌هایی که برای سازمان سودمند بوده، بپردازند. باکر معتقد است کارکنانی که نسبت به شغل شان اشتیاق و علاقه زیادی دارند به طور کامل مجذوب شغل شان می‌شوند و تکالیف شغلی شان را به طرز مطلوبی به انجام می‌رسانند.

نتایج به‌دست‌آمده همچنین نشان داد که بین تعهد سازمانی و رفتار شهروندی سازمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ طبق نتایج پژوهش‌ها، تعهد سازمانی کارکنان منافع زیادی را برای سازمان دربر دارد. از منافی که ممکن است در پرتو تعهد سازمانی مضاعف کارکنان حاصل شود می‌توان به رفتارهای فرانش اشاره کرد (Gautam et al, 2006). همان گونه که در تعریف تعهد سازمانی ذکر شد، وقتی فرد دارای تعهد سازمانی، اهداف سازمانی را پذیرفته و برای رسیدن به آن اهداف از خود تلاش و ایثار فوق‌العاده‌ای نشان می‌دهد، این نوع از تلاش مضاعف را به منظور به دست آوردن اهداف سازمانی، می‌توان در زمره رفتارهای شهروندی سازمانی دسته‌بندی کرد (Sobhaninejad, Yoozbashi & Shateri, 2010).

لمبرت، هوگان و گریفین (Lambert, Hogan & Griffin, 2007) معتقدند: تعهد سازمانی حالتی است که در آن کارکنان احساس وفاداری به سازمان دارند، ارزش‌ها و اهداف آن را درونی می‌کنند و می‌پذیرند و به سازمان دل‌بسته می‌شوند؛ از طرفی تعهد سازمانی، مکرراً به عنوان منبع رفتار شهروندی سازمانی مشخص شد است. همان‌طور که از تعریف تعهد سازمانی قابل استنباط است، میل و خواسته درونی فرد بدون آنکه مسئله پاداش‌های رسمی مطرح شود، موردنظر است و این خواسته فرد در جهت دستیابی به اهداف سازمان می‌باشد. میزان تعهد کارکنان به سازمان، می‌تواند در بروز و یا نوع رفتارهای شهروندی سازمانی مؤثر باشد. تعهد سازمانی، نگرشی است که بیانگر این نکته می‌باشد که اعضای سازمان، به چه میزان خودشان را با سازمانی که در آن کار می‌کنند، تعیین هویت می‌کنند و چقدر در آن درگیر هستند. فردی که تعهد سازمانی بالایی دارد، در سازمان باقی می‌ماند، اهداف آن را می‌پذیرد و برای رسیدن به آن اهداف از خود تلاش بیش‌ازحد و یا حتی ایثار نشان می‌دهد. به این ترتیب انتظار می‌رود که افزایش تعهد سازمانی موجب افزایش بروز رفتارهای شهروندی سازمانی شود. یافته‌های تجربی نیز این موضوع را تأیید می‌کند.

References

- Arshadi, N. (2007). *Designing and testing a model of the important achievements and the implication of job motivation in the employees of the National Oil Company of Southwestern Regions-Ahvaz*. Ph.D. Dissertation. Faculty of Industrial and Organizational Psychology, Shahid Chamran University, Iran. (In Persian)
- Ashja, A. (2008). *The relationship of participation in decision making and trust with organizational citizenship behavior, identity and organizational justice in Mobarakeh Steel Complex in Isfahan*. Master thesis. Faculty of Industrial Psychology, Isfahan University, Iran. (In Persian)
- Ashrafi, B. (1995). *The effective factors affecting organizational threat: Managers and employees of Eastern Alborz Coal Company*. Master thesis, Tarbiat Modarres University, Iran. (In Persian)
- Bakker, A. B. & Leiter, M. P. (2009). *Work engagement: The essential theory and research*. New York: Psychology Press.
- Bakker, A. & Demerouti, E. (2007). The Job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development Internatio*, 13(3), 209-223.
- Beheshti, M., Abu Jafari, M., Faghihi, A. & Araf, A. (2008). *The goals of education from the point of view of Islam*. Tehran: Position. (In Persian)
- Bozorgzadeh, M. & Vonosee, A. (1998). Job satisfaction and organizational the commitment of managers and instructors of irgc educational centers. *Tehran: Research Department of the Joint Staff Training Department*. (In Persian)
- Bycio, P., Hackett, R. D., & Allen, J. S. (1995). Further assessments of Bass's (1985) conceptualization of transactional and transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 80(4), 468-478.
- Carver, L. (2008). *Organizational commitment and generational differences in nursing faculty*. Ph. D. Dissertation. University of Nevada, Las Vegas.
- Chiu, S., & Chen, H. (2005). Relationship between job characteristics and organizational citizenship behavior: The mediational role of job satisfaction. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 33(6), 523-540.
- Driscoll, P., Pierce, L. J., Ann, M. & Arie, C. (2006). Group and organizational management. *Thousand Oaks*, 31(3), 88- 26.
- Emmons, R. (2000). Spirituality and intelligence, problem and prospects. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 57-67.
- FarahBijjari, A. (2012). Gratitude relationship with personality traits of community-oriented orphans in female and female students. *Quarterly of Psychological Studies*, 8(3), 107-133. (In Persian)
- Fattahi, M. & Azami, A. (2008). Organizational citizenship behavior: Explaining definitions, causes, consequences, and providing an initial model, 1st National Conference on Organization Citizenship Behavioral Management, Faculty of Management, Tehran. (In Persian)
- Fattahi, M., Farhangi, A. & Vaseghi, S. (2006). Spirituality in the workplace and its role in improving citizenship behavior of the organization, organizational culture. *Management*, 13(1), 36-5. (In Persian)

- Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Garcia-Zamora, J. (2003). Workplace spirituality and organizational performance. *Public Administration Review*, 63(3), 355-363.
- Gautam, T., Dick, R. V., Wagner, U., Upadhyay, N., & Davis, A. J. (2006). Organizational citizenship behavior and organizational commitment in Nepal. *Asian Journal of Social Psychology*, 8(3), 305- 320.
- Ghobari Bonab, B., Gholamali Lavasani, M. & Mohammadi, M. R. (2005). Developing the scale of spiritual experiences of students. *Journal of Psychology*, 9(3), 278-261. (In Persian)
- Ghorbani, M., Haghighi, M., Mohammad, I., Tajrishi, A. & Rasta- Moghadam, A. (2012). The relationship between spiritual intelligence and organizational commitment in a government organization. *Quarterly Journal of Management and Development Process*, 25(3), 67-92. (In Persian)
- Grant, A. M., & Berg, J. M. (2010). *Prosocial motivation at work: How making a difference makes a difference*. Oxford University Press.
- Hakanen, J.J., Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences*, 113(6), 479-487.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure*. MA Thesis, Trent University, Canada, Ontario.
- King, E. B., George, M. & Hebl, M. R. (2005). Linking personality to helping behaviors at work: An interactional perspective. *Journal of Personality*, 73(3), 586-607.
- Koys, D. J. & DeCotiis, T. A. (1991). Inductive measures of psychological climate. *Human Relation*, 44, 265-285.
- Lambert, E. G., Hogan, N. L., & Griffin, M. L. (2007). The impact of distributive and procedural justice on correctional staff job stress, job satisfaction, and organizational commitment. *Journal of Criminal Justice*, 35(6), 644-656.
- Markow, K. & Klenke, K. (2005). The effects of personal meaning and calling on organizational commitment: An empirical investigation of spiritual leadership. *International Journal of Organizational Analysis*, 13(1), 8-27.
- Mousavi, Sh., Talebzadeh, M. & Shams Morakani, Gh. (2011). The relationship between spiritual intelligence and organizational citizenship behavior in high school teachers in Zanjan. *Quarterly of Educational Psychology*, 7(23), 94-65. (In Persian)
- McCullough, M. E., Emmons, R. A. & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112- 127.
- McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A. & Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127(2), 249-266.
- Meyer, J. P. & Allen, N. J. (1991). A three components conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-88.
- Meyer, J. P., Allen, N. J. & Smith, C. A. (1993). Commitment to organization and occupations: External and test of three-component conceptualizations. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551.
- Meyer, J. P., Stanley D. J., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents,

- correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20-52.
- Milliman, J., Czaplewski, A. J. & Ferguson, J. (2003). Workplace spirituality and employee work attitudes: An exploratory empirical assessment. *Journal of Change Management*, 16(4), 426-447.
- Mowday, R. T., Steers R. M. & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224-47.
- Najarasl, S. (2002). The relationship between important variables of occupational motivation and organizational behavioral organizational behavior among the employees of Islamic Azad University. *Quarterly Journal of New Findings in Psychology*, 5(16), 98-85. (In Persian)
- Narmeen, M., Danial Aslon, H. & Tasawar, J. (2012). Exploring organizational citizenship behavior and its critical link to employee engagement for effectual human resource management in organizations. *Mediterranean Journal of Sciences*, 3(1), 2039-2117. (In Persian)
- Organ, W. D. (1998). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. Lexington: MA Lexington Books.
- Organ, W. D. (1996). *A restatement of the satisfaction- performance hypothesis*. In S. Richard, P. Lyman and B. Gregory. *Motivation and leadership at Work* (6th Edition). New York: McGraw-Hill.
- Organ, D. W. & Konovsky, M. (1989). Cognitive versus affective determinants of organizational citizenship behavior. *Journal of Applied Psychology*, 74(1), 157-164.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B. & Bommer, W. H. (1996). Transformational leader behaviors and substitutes for leadership as determinants of employee satisfaction, commitment, trust and organizational citizenship behaviors, *Journal of Management*, 22(2), 259-298.
- Poursoliman, A. (1999). *A review of the viewpoint of the secretaries about the effective communication between male managers of high schools in Tehran*. Master Thesis, Tarbiat University of Tehran, Iran. (In Persian)
- Poursoltani, H. & Amirjinaghandar, R. (2013). The Relationship between Organizational Commitment and Organizational Citizenship Behavior in Physical Education Teachers of Mashhad, *Journal of Sports Management*, 5(16), 127-147. (In Persian)
- Raghib, M., Sidat, A., Hakiminia, H. & Vahmadi, S. J. (2010). Reconciliation of king's spiritual intelligence scale (sisri-24) on students at Isfahan University. *Journal of Psychology Achievements*, 4(1), 164-141. (In Persian)
- Riketta, M. (2002). Attitudinal organizational Commitment and Job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 23(3), 257-266.
- Schafeli, W. B. & Bakker, A. B. & Salanova, M (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire, A Cross-National Study, *Journal of Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Schafeli, W. B., Martinez, I., Marques-Pinto, A., Salanova, M. & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481.
- Sobhaninejad, M., Yoobbashi, A. R. & Shateri, K. (2010). *Organizational citizenship behavior: Theoretical foundations, correlated measuring instruments*. Tehran: Estrazan Publication. (In Persian)

- Taghipour, A. (2009). *Investigating the relation between an organizational culture with job motivation, job excitement, and innovative behavior by mediating psychological empowerment among employees of national Ahvaz Drilling Company*. Master Thesis, Faculty of Industrial and Organizational Psychology, Shahid Chamran University, Iran. (In Persian)
- Wood, A. M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, p. A. & Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 854-871.
- Zare-Ahmadabadi, H., Mirjalili, M. & Roodushti, M. Sh. (2014). The relationship between spiritual intelligence and organizational citizenship behavior. *Journal of Ethics in Science and Technology*, 3(9), 1-12. (In Persian)

اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ ممی‌زاده اوجور، محمد (۱۳۹۷). نقش انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی در تبیین بهزیستی روانشناختی سربازان.

DOI: 10.22067/ijap.v8i1.67658

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۵۱-۳۷.



نقش انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی در تبیین بهزیستی روانشناختی سربازان

محمدجواد اصغری ابراهیم آباد^۱، محمد ممی‌زاده اوجور^۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۷/۵ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱/۲۸

چکیده

هدف: بررسی رابطه انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی در سربازان "مرکز آموزشی وظیفه شهداء وظیفه پدافند هوایی سمنان".

روش: روش انجام پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهشی شامل سربازان "مرکز آموزشی وظیفه شهداء وظیفه پدافند هوایی سمنان" بود. ۱۶۲ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)، مقیاس سرسختی اهواز (AHI) و پرسشنامه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB) تکمیل نمودند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی، و همچنین بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی، رابطه معنادار و مستقیم (سطح معناداری ۰/۰۱) وجود دارد. علاوه بر آن سرسختی روانشناختی می‌تواند ۵۱ درصد از بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی می‌کند.

واژه‌های کلیدی: انعطاف‌پذیری روانشناختی، سرسختی روانشناختی، بهزیستی روانشناختی، سربازان.

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

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، M.mamizade1371@gmail.com

مقدمه

هر کشوری برای دفاع از تمامیت ارضی و دفاع از استقلال و مرزهای خویش، نیاز به نیروی مقتدر دفاعی دارد. بر اساس آنچه که در تاریخ و رویدادهای نظامی و سیاسی کشورها به وقوع پیوسته، این نکته را نمی‌توان انکار کرد که میان استقلال سیاسی و اقتصادی یک کشور با بنیه نظامی و دفاعی آن، رابطه مستقیمی وجود دارد. نیروهای مسلح در هر کشوری، از دو بخش «وظیفه» و «درجه‌دار» تشکیل می‌شود؛ اما بخش عمده نیروهای مسلح را سربازان و نیروهای وظیفه تشکیل می‌دهند. بر هیچ کس پوشیده نیست که نیروی انسانی ارزشمندترین گنجینه ارتش‌های جهان و از ارکان سازمان‌های نظامی محسوب می‌شود و موفقیت و ناکامی در مأموریت‌ها و عملیات علاوه بر تسلیحات و فناوری گران قیمت، به سلامتی جسمی و روحی نیروها بستگی دارد (Daneshfard & Zakeri, 2012). توجه به موارد روانشناختی و ویژگیهای دوران سربازی، از جمله نکاتی است که باید مورد ارزیابی و بررسی برنامه‌ریزان و فرماندهان ارشد قرار گیرد، در این راستا باید عوامل تقویت‌کننده سلامت سربازان را شناسایی نمود و پس از شناسایی و بررسی، در جهت تقویت آن‌ها گام برداشت و همزمان با احصاء عوامل تضعیف‌کننده نسبت به رفع آن نیز اقدام نمود.

سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً غیاب بیماری می‌داند و سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی‌های خود را شناخته، از آنها به نحو مؤثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است، تعریف می‌کند (Chame, 2011). در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت، به جنبه‌ی مثبت آن تأکید شده است و فردی واجد سلامت شناخته می‌شود که به لحاظ زیستی، روانی و اجتماعی از شرایط معینی برخوردار باشد (Baum, Revenson & Singer, 2001).

احساس بهزیستی اصطلاحاً به عنوان احساسی مثبت و احساس رضامندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و... می‌باشد، تعریف شده است. احساس بهزیستی هم دارای مؤلفه‌های عاطفی و هم دارای مؤلفه‌های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ در حالی که افراد احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (Chow & Henry, 2007; Safarinia, Aghayousefi, & Baradaran, 2014).

یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روانشناختی^۲ را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل چند

1. World Health Organizatio

2. Psychological Well-Being

بعدی ریف^۱ و همکاران است (Ahadi, Sotodeh & Habibi, 2012). ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خود شکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) و عملکرد سازگارانه (مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاهدودا) شکل گرفته و گسترش یافته است (Kavehghahfarokhi, Yoosefilooyeh, & Alizadeh, 2012). براساس الگوی ریف، بهزیستی روان شناختی از شش عامل تشکیل می‌شود: که شامل پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) است (Ahadi, Sotodeh & Habibi, 2012). بهزیستی روانی، جزء روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده و شامل دو بخش است. اولین بخش آن قضاوت شناختی درباره این است که چه طور افراد در زندگی خود در حال پیشرفت هستند و دومین بخش آن، سطح تجربه های خوشایند است (Ahadi, Sotodeh, & Habibi, 2012).

ریف این الگو را براساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مؤلفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کرد. در پژوهشی که انجام دادند، نتایج نشان داد که عزت نفس بالا با بهزیستی روانشناختی بالا همراه است.

یکی از سازه‌های روان شناسی مثبت که احساس بهزیستی را در افراد تحت تاثیر قرار می‌دهد، انعطاف‌پذیری شناختی است (Compton, 2001). این سازه که حدود چهار دهه است مورد توجه و علاقه محققان قرار گرفته (Cheng, 2003)، یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد، به طور انعطاف‌پذیر شناختش را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی الگوهای پاسخ عادی بدهد (Johnco, Wuthrich & Rappee, 2013).

به طور کلی، توانایی تغییر مجموعه شناختی برای سازگاری با تغییرات محیطی قسمت اصلی تعریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (Dennis & Vander Wal, 2009). بعضی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده اند که این ارزیابی در موقعیتهای

مختلف تغییر میکند (Soltani, 2013). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (Dickstein et al, 2007)؛ در پژوهشی نشان داده شد که انعطاف‌پذیری شناختی با تاب‌آوری، سبک مقابله‌ای، راهبردهای حل مسئله، جلب حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی همبستگی مثبت دارد (Soltani, Shareh, Bahrainian, & Farmani, 2013)؛ همچنین جانکو، وثریچ و ریپ (Johnco, Wuthrich & Rapee, 2014) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری شناختی کمتر، بر توانایی استفاده از باسازی شناختی که یک راه کاهش پریشانی عاطفی است، تأثیرات منفی می‌گذارد و انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر به افراد اجازه می‌دهد بر روش‌های جایگزین تغییرات شناختی تمرکز بیشتری داشته باشد. کشاورز، مولوی و یارمحمدیان (Keshavarz, Molavi & Yarmohammadian, 2008) در پژوهش خود نشان دادند که بین انعطاف‌پذیری شناختی و شادکامی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین پژوهش‌های (Brooks, Iverson, Sherman & Roberge, 2010) و (Farrin, Hull, 2003) وجود همبستگی بین انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی را مورد تایید قرار می‌دهند. نتایج پژوهش (Marshall & Brockman, 2016) نیز حاکی از رابطه معنادار بین فرآیندهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از جمله پذیرش ذهنی، سرخوردگی و رفاه عاطفی با خود-پذیری دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که خود-پذیری، از طریق شاخص‌های بهزیستی هیجانی، درصد بالایی از واریانس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را تبیین می‌کند.

یافته‌های پژوهش (Salande & Hawkins, 2017) نیز نشان داد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با دلبستگی اضطرابی رابطه منفی دارد و همچنین همبستگی منفی با دفاعهای اولیه و پراکندگی هویت در افراد دارد. همچنین براساس پژوهش ایوبی، تیموری و نیری (Aubi, Teimory, & Nayyeri, 2010) از مولفه‌های دیگری که می‌تواند بر احساس بهزیستی فرد مؤثر باشد، ویژگی شخصیتی "سرسختی" است. کوباسا^۱ سرسختی را به عنوان بخشی از مشخصه‌های شخصیتی می‌داند که به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با حوادث تنیدگی‌زای زندگی عمل می‌کند. سرسختی به طور کلی، یک ساختار متشکل از سه جزء است: تعهد شخصی، مهار احساس شخصی به هنگام وقوع رویدادها و پیامدها و یک اعتقاد درونی که تغییر، چالش و فرصتی برای تحول است و نه یک تهدید. افراد سرسخت نسبت به آنچه انجام می‌دهند متعهدترند و خود را وقف هدف می‌کنند، احساس می‌کنند بر اوضاع مسلط هستند و خودشان تعیین‌کننده‌اند و تغییرات زندگی را چالش‌ها و فرصت‌هایی برای تحول و پیشرفت می‌دانند نه محدودیت و تهدید (Sozani, 2013).

در پژوهش انجام گرفته بر روی افسران نظامی کانادا مشخص شد که سرسختی روانشناختی اثر معناداری در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی دارد (Skomorovsky, & Sudom, 2011). و در پژوهشی که با هدف نقش پیش‌بینی کنندگی سرسختی روانشناختی در استخدام متقاضیان در مدرسه نظامی نروژ انجام گرفت مشخص شد که این متغیر نقش مثبت و معناداری در استخدام این متقاضیان دارد. افرادی که در گزینش موفق شدند از لحاظ نمره سرسختی روانشناختی نسبت به گروه مقابل نمره بالاتری کسب نمودند (Hystad, Eid, Laberg, & et al, 2011). همچنین یافته‌های پژوهشی که با هدف بررسی وضعیت سلامت روان، سرسختی روانشناختی و همبستگی بین آن‌ها بر روی ۷۴۳ کارگر «منطقه ویژه اقتصادی انرژی پارس»^۱ که ۸۳ درصد آنها مرد بودند، انجام شد نشان دهنده اهمیت سرسختی روانشناختی در حفظ سلامت روان افراد است (Hajebi, Emami, Hosseinzadeh & Khajeian, 2016).

یافته‌های پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که سرسختی به مثابه سپری در مقابل تنیدگی در موقعیت‌های گوناگون زندگی عمل می‌کند، بیانگر استقلال است و همچنین خودپروی در فرد را افزایش می‌دهد و باعث ارتقاء و بهبود عملکرد در فرد می‌شود (Teimory & Mashhadi, 2008). همچنین بشارت، پورحسین و کریمی به نقل از ایوبی، تیموری و نیری (Aubi, Teimory & Nayyeri, 2010)؛ نیز در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که بین سرسختی و مؤلفه‌های آن با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت وجود دارد و این متغیرها می‌توانند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را به صورت معنادار پیش‌بینی کنند. (Dibaji Sayyed, Oreyzi Samani Sayyed & Abedi, 2017) نیز نشان دادند که افرادی که دارای سطوح بالای سرسختی روانشناختی هستند، موقعیت‌های چالش برانگیز شغلی را به صورت تنش ادراک نمی‌کنند، بنابراین این چالش‌ها برای این افراد لزوماً منجر به استرس و افسردگی نمی‌شود. در پژوهش دیگری نیز، همبستگی معناداری بین سرسختی روانشناختی و شاخصهای کنترل احساسات، خشم، اضطراب، افسردگی پیدا شد (Azarian, Farokhzadian & Habibi, 2016). نتایج پژوهش خالدیان، بابائی و امانی (Khaledian1, Babaee & Amani, 2016) نیز نشان داد رابطه مثبت معناداری بین سرسختی روانشناختی و هوش هیجانی وجود دارد.

در جمع‌بندی نتایج پژوهشهای مورد اشاره، می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی هر یک با بهزیستی روانشناختی رابطه دارند، ولی تاکنون نقش این دو متغیر به صورت توأم بر بهزیستی روانشناختی بررسی نشده است. با توجه به اینکه سربازان نقش مهمی در تأمین امنیت کشور دارند

و در طول تاریخ به عنوان نیروی دفاعی کشور در نظر گرفته می‌شوند، انجام این پژوهش ضروری و مهم به نظر می‌رسد.

بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ساده و ترکیبی بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی در سربازان به مرحله اجرا در آمد و بر همین اساس فرضیه‌های زیر مطرح شدند:

۱. بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در سربازان ارتباط مثبت وجود دارد.
۲. بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در سربازان ارتباط مثبت وجود دارد.
۳. بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی در سربازان ارتباط مثبت وجود دارد.
۴. از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی می‌توان بهزیستی روانشناختی در سربازان را پیشینی کرد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

این پژوهش از نوع همبستگی (تحلیل رگرسیون) است که طی آن متغیرهای انعطاف روانشناختی و سرسختی روانشناختی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و متغیر بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش سربازان "مرکز آموزشی وظیفه شهداء وظیفه پدافند هوایی سمنان" در بهار سال ۱۳۹۵ بودند که از بین آنها ۱۶۲ سرباز، از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. سربازان در این پادگان به ۵ گردان آموزشی (بدر، نصر، احد، حنین و خیبر) تقسیم می‌شوند، مراحل نمونه‌گیری به این صورت بود که از بین ۵ گردان آموزشی دو گردان آموزشی احد و خیبر به شیوه تصادفی انتخاب شدند و از هر یک از این دو گردان، ۳ گروهان به صورت تصادفی انتخاب شدند (از گردان احد ۳ گروهان به نام‌های شهید صبوری، شهید عزت‌الهی و شهید باقری و از گردان خیبر نیز ۳ گروهان به نام‌های شهید احمدی، شهید شهید ناصری و شهید قیاسی) و در مرحله آخر از هر گروهان ۲۷ سرباز انتخاب شدند.

ابزارها

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل دو ابزار: ۱- پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال، ۲- مقیاس سرسختی اهواز و ۳- پرسشنامه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می‌شود:

پرسشنامه ی انعطاف پذیری شناختی (CFI):^۱ توسط دنیس و وندروال (Dennis & Vander Wal, 2010) معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود و تلاش می‌کند تا سه جنبه از انعطاف-پذیری شناختی را بسنجد: الف. توانایی درک چندین توجه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها؛ ب. میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های کنترل‌پذیر؛ ج. توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک (II-BDI) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بود. در ایران نیز سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی (Soltani, Shareh, Bahrainian & Farmani, 2013) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند.

مقیاس سرسختی اهواز (AHI):^۲ این مقیاس را کیامرسی (Kiamarsi, 1998) تهیه و اعتباریابی کرده است. مقیاس سرسختی اهواز یک مقیاس خودگزارشی مداد-کاغذی ۲۷ ماده‌ای است. نمره‌گذاری به این صورت است که آزمودنی‌ها باید به یکی از چهار گزینه «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «اغلب اوقات» پاسخ دهند. دامنه نمره در این مقیاس از ۲۷ تا ۱۰۸ است. کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده سرسختی روانشناختی زیاد در فرد است. در پژوهش کیامرسی ضرایب آلفای کرونباخ کل آزمودنی‌ها برابر با ۰/۷۶، برای آزمودنی‌های دختر برابر با ۰/۷۴ و برای آزمودنی‌های پسر برابر با ۰/۷۶ بدست آمد. برای بررسی روایی همزمان مقیاس سرسختی اهواز، این مقیاس به طور همزمان با چهار پرسشنامه ملاک یعنی مقیاس خودشکوفایی مزلو، مقیاس اعتبار سازهای سرسختی، مقیاس افسردگی اهواز و پرسشنامه اضطراب به گروه‌هایی از دانشجویان داده شد. ضریب همبستگی مقیاس سرسختی روانشناختی با پرسشنامه اضطراب (۰/۵۵-)، افسردگی (۰/۶۲-)، مقیاس خودشکوفایی (۰/۵۵)، اعتبار سازه‌های سرسختی (۰/۵۱) بود (Rahimianboogar & Asgharnejadfarid, 2008).

پرسشنامه مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB):^۳ این مقیاس توسط ریف (Ryff, 1998)

1. Cognitive Flexibility Inventory
2. Ahvaz Hardiness Inventory
3. Ryff Scale Psychological Well-Being

طراحی شد که دارای شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌باشد. پاسخ به هر سوال براساس طیفی از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) مشخص می‌شود (Aghababaei & Farahani, 2011). در پژوهشی پایایی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ بوده و همبستگی مثبت آن با مقیاس رضایت زندگی (۰/۴۷)، پرسشنامه شادی آکسفورد ۱ (۰/۵۸) و پرسشنامه حرمت نفس روزنبرگ ۲ (۰/۴۶) که حاکی از روایی همگرایی آن است (Aghababaei, Farahani & Tabik, 2012).

یافته‌ها

به طور کلی در نمونه مورد بررسی ۱۶۲ نفر سرباز از "مرکز آموزشی وظیفه شهداء وظیفه پدافند هوایی سمنان" مورد مطالعه قرار گرفتند. در جدول ۱ برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع ویژگیهای جمعیت شناسی در نمونه مورد بررسی

متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت	مجرد	۸۹/۵
	متاهل	۱۰/۴
گروه سنی	۱۸ تا ۲۰ سال	۶۹/۱
	۲۱ تا ۲۳ سال	۲۵/۳
	۲۴ تا ۲۶ سال	۵/۵۵
	بالای ۲۷ سال	۰
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲۴/۶
	دیپلم	۴۴/۴
	کاردانی	۱۴/۱
	کارشناسی	۱۱/۷
	کارشناسی ارشد	۴/۹
		۱۰۰
	۱۶۲	

داده‌های توصیفی بدست آمده در جدول ذیل نشان داده شده است.

1. Oxford Happiness Questionnaire
2. Rosenberg Self-esteem Scale

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	میانگین M	انحراف معیار SD	همبستگی		
			۱	۲	۳
۱- بهزیستی روانشناختی	۹۱/۶۱	۱۴/۰۶	۱		
۲- انعطاف‌پذیری روانشناختی	۹۶/۷۳	۱۵/۳۴	۰/۶۷	۱	
۳- سرسختی روانشناختی	۸۱/۲۲	۹/۶۷	۰/۶۴	۰/۹۰	۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و بهزیستی روانشناختی ($r=0/67$, $p<0/001$)، سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی و ($r=0/64$, $p<0/001$)، انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی ($r=0/90$, $p<0/001$) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. با توجه به این موارد فرضیه اول، دوم و سوم پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۳. ضرایب همبستگی چندگانه میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی به روش ورود (Enter)

متغیر	B	ضریب رگرسیون (β)	t	شاخص تحلیل واریانس (F)	ضریب تبیین (R^2)
مقدار ثابت	۸/۶۸	---	۱/۲۰	۶۷/۵۷*	۰/۴۵*
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۰/۲۳	۰/۲۵	۳/۷۴		
سرسختی روانشناختی	۰/۲۷	۰/۵۱	۷/۵۲		

همانطور در جدول ۳ مشاهده می‌شود، R^2 تعدیل شده برابر با ۰/۴۵ است به این معنا که ۰/۴۵ از "بهزیستی روانشناختی" توسط "سرسختی روانشناختی" و "انعطاف‌پذیری روانشناختی" قابل تبیین است و ۰/۵۵ نیز از طریق سایر عوامل که در این تحقیق لحاظ نشده است. همچنین میزان $F=67/57$ مشاهده شده، معنادار است. ($p<0/001$) بنابراین، این دو متغیر به لحاظ آماری بطور معناداری می‌توانند "بهزیستی روانشناختی" را در بین سربازان پیش‌بینی کنند، و در نتیجه فرضیه‌ی چهارم پژوهش تأیید می‌شود. در این میان "انعطاف‌پذیری روانشناختی" با ضریب بتای ۰/۲۵ به صورت مثبت سهم معناداری برای پیش‌بینی "بهزیستی روانشناختی" دارند، ولی "سرسختی روانشناختی" با ضریب بتای ۰/۵۱ در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی در سربازان نقش بالاتری ایفا می‌کند.

نتیجه

حضور پسران جوان کشور در بهترین دوران عمر خود، به مدت دو سال در نیروهای مسلح، از اهمیت خاصی برخوردار است و باید بیش از گذشته به آن اهمیت داد. توجه به موارد روان‌شناختی و ویژگی‌های دوران سربازی، از جمله نکاتی است که باید مورد ارزیابی و بررسی برنامه ریزان و فرمانده‌های ارشد قرار گیرد. هدف از این پژوهش بررسی ارتباط ساده و ترکیبی بین انعطاف‌پذیری و سرسختی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی در سربازان بود.

با توجه به بررسی‌های انجام شده مشخص شد بین بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و گویای آن است که افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی با افزایش بهزیستی روانشناختی در سربازان همراه است. این نتیجه با یافته‌های سینگ و منسی (Singh & Mansi, 2009)؛ اوی و همکاران (Avey et al, 2010)؛ شهنی ییلاق و همکاران (Shahni et al, 2011)؛ بیانی، گودرزی و کوچکی (Bayani, Gudarzi, & Koochekya, 2009)؛ و فاضلی، احتشام زاده و هاشمی (Fazeli, Ehteshamzadeh & Hashemi, 2015) همخوانی دارد.

در تبیین این رابطه می‌توان بیان داشت که افراد منعطف از وجود استرس در زندگی شان اجتناب نمی‌کنند در عوض شرایط استرس آمیز را به عنوان فرصتی برای رشد و بالندگی شان در نظر می‌گیرند. مفهوم انعطاف از فعل انعطاف داشتن مشتق شده است و به حالت اولیه برگشتن است به این صورت که موقعی که یک شی ارتجاع پیدا میکند یا خم میشود این قابلیت را دارد که به حالت اولیه برگردد؛ به این صورت اصطلاح انعطاف‌پذیری جایگزین آسیب‌ناپذیری شده. هر چه انعطاف‌پذیری فرد بیشتر باشد می‌تواند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه‌حلهای جایگزین فکر کند، و در نتیجه ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌های زندگی بالاتر است (Farmani & Taghizadeh, 2014). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روانشناختی بهزیستی بیشتری دارند. ویژگی و نیمرخ شخصیت افراد منعطف به گونه‌ای است که واقعیت را می‌پذیرند، باور عمیق دارند که زندگی با معنی است و توانایی بهبود و سازگاری معنی‌دار با تغییرات زندگی را دارند می‌توانند در راه خود شکوفایی مسیر خود را ادامه بدهند و این خصایص می‌تواند به بهزیستی آنها کمک کند. افرادی که از بهزیستی روانشناختی برخوردارند در مقایسه با افراد فاقد این خصیصه، رویدادهای منفی را به صورت

انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود میدانند.

همچنین نتایج پژوهش نشان دادند که بین سرسختی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت وجود دارد، به عبارت دیگر هرچه سرسختی روانشناختی سربازان بالاتر باشد، بهزیستی خود را مطلوبتر گزارش می‌کنند. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش (Aubi, Teimory & Nayyeri, 2010؛ Sinclair & Tetrick, 2008؛ Rahimianboogar & Asgharnejadfarid, 2008؛ Teimory & Mashhadi, 2008؛ 2002؛ Beasley, Thompson & Davidson, 2003؛ Maddi et al, 2002) همخوان است و این رابطه را این گونه می‌توان تبیین کرد که سرسختی از طریق مجهز کردن فرد به سپری برای مقابله با شرایط تنیدگی‌زا موجب کاهش سطح اضطراب و افسردگی می‌شود و از طریق فعال‌سازی راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور در شرایط تنیدگی‌زا موجب می‌شود فرد رویدادها را با خوش‌بینی بیشتری موردنظر قرار دهد. در نتیجه احتمال بروز بیماری‌های جسمانی و روانی را کاهش داده و هیجان‌های خوشایند، شادکامی و احساس‌های مثبت نسبت به زندگی و بهزیستی را در فرد افزایش می‌دهد.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. مطابق با نظریه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است (Fazeli, Ehteshamzadeh & Hashemi, 2015). تعهد یکی از سازه‌های سرسختی است، فردی که دارای خصوصیت تعهد است، فعالیت‌های زندگی را جالب، با اهمیت و معنی‌دار در نظر می‌گیرد. چنین دیدگاهی، شدت فشار وقایع را کاهش می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا موقعیت‌ها را قابل کنترل ارزیابی کند که موجب افزایش انعطاف روانی در فرد می‌شود.

در تحلیل رگرسیون در مجموع هر دو متغیر "انعطاف‌پذیری روانشناختی" و "سرسختی روانشناختی" درصد قابل توجهی را برای پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی دارند، اما متغیر سرسختی روانشناختی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری نسبت به انعطاف‌پذیری روانشناختی برخوردار است. بنابراین می‌توان بیان کرد که افزایش سطوح انعطاف‌پذیری و سرسختی، منجر به ارتقاء بهزیستی روانشناختی سربازان می‌شود و باعث افزایش عملکرد مؤثر و بهبود وضعیت زندگی در سربازان می‌گردد. همچنین با توجه به نقش اساسی سرسختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی بر بهزیستی روانشناختی سربازان، بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که با تحت تأثیر قرار دادن هر کدام از این متغیرها، بهزیستی روانشناختی افراد متاثر خواهد شد. انجام این پژوهش با محدودیتهایی نیز روبه‌رو بوده است، از جمله: نمونه این پژوهش محدود به جامعه

سربازان "مرکز آموزشی وظیفه شهداء وظیفه پدافند هوایی سمنان" بود. جمع‌آوری داده‌ها براساس مقیاس‌های خود گزارش‌دهی انجام شده که امکان سوگیری در پاسخ‌ها را مطرح می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از جامعه غیر سربازان نیز نمونه‌هایی انتخاب شود و مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده باید برای سربازان برنامه‌های خاصی در نظر گرفته شود و به آنها کمک نمود برای بالا بردن بهزیستی روانی در دوره خدمت مقدس، از راهبرهای ارتقای سرسختی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی: از شرکت کنندگان پژوهش به ویژه پرسنل مرکز آموزشی وظیفه شهداء وظیفه

پدافند هوایی سمنان به خصوص آقای محمدعلی ذاکر محرمی که در گردآوری داده‌ها با ما همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Aghababaei, N., & Farahani, H. (2011). The Role of Trait Gratitude in Predicting Psychological and Subjective Well-being. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 8(29): 75-85 (In Persian).
- Aghababaei, N., Farahani, H., Tabik, M. (2012). The relationship of gratitude to God with personality factors, well-being, and mental health. *Journal of Psychology and Religion*, 5(1): 115-132 (In Persian).
- Ahadi, B., Sotodeh, M., & Habibi, I. (2012). The comparison of psychological well-being and defense mechanisms in stuttering and nonstuttering students. *Journal of School Psychology*, 1 (4): 6-22 (In Persian).
- Aubi, S., Teimory, S., & Nayyeri, M. (2010) Hardiness, Quality of life and Well-being. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 6(24): 353-358 (In Persian).
- Alizadeh, H, Kavehghahfarokhi, M, Yoosefilooyeh, M, & Roohi, A. (2012). Development of a resilience fostering program, and its effects on psychological well-being in adolescents with externalizing and internalizing behavioral disorders. *Iranian J Except Child*, 12: 43-60. (In Persian).
- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M., & Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 17-28.
- Azarian, A. Farokhzadian, A. A. & Habibi, E. (2016). The relationship between psychological Hardiness and Emotional Control Index: A Communicative Approach. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(5): 216-21.
- Baum, A., Revenson, T.A. & Singer, J.E. (2001). *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Bayani, A., Gudarzi, H., & Koochekya, A. (2009). A Relationship of Dimensions of Psychological Well-Being and General Health among Students of Islamic Azad University, Azadshahr Branch. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 0(35), 153-164 (In Persian).

- Bayani, A., Koochekya, A., & Bayani, A. (2008). Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(2): 146-151 (In Persian).
- Beasley, M. Thompson, T. & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Brooks, B. L., Iverson, G.L., Sherman, E. M. S., & Roberge, M. C. (2010). Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. *Appl Neuropsychol*, 17(1):37-43.
- Chame, R. (2011). Personality and Psychological Well-Being: mediation role of Forgiveness in adolescents. *Journal Management System*, 2 (6): 1-16 (In Persian).
- Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Personality and social psychology*, 84, 425-438.
- Chow, Henry P. H. (2007). Psychological well-being and scholastic achievement among university students in a Canadian Prairie City. *Social Psychological Education*, 10: 483-493.
- Compton, W. C. (2001). "Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity". *Journal of Psychology*, 135, 486-500.
- Daneshfard, k., & Zakeri, M. (2012). Study of the effect of military training courses on psychological empowerment of the soldiers affiliated to the ground force of the Iranian Army. *A Research Quarterly In Military Management*, 12 (45): 43-62 (In Persian).
- Dennis, JP., Vander Wal, J. S. (2009). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy Research*, 34, 241-253.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity, *Cogn Ther Res*, 34, 241-253.
- Dibaji, S.M. Oreyzi Samani, S. H. & Abedi, M. (2017). The Mediating Role Of Psychological Hardiness And Extraversion In The Relationship Of Job Demands With Stress And Depression Of Working Men. *Iran Occupational Health Journal*, 14(3): 105-16.
- Dickstein, D. P., Nelson, E., McClure, E. B., Grimley, M. E., Knopf, L., Brotman, M. A., Rich, B. A., Pine, D. S., & Leibenluft, E.(2007). Cognitive flexibility in phenotypes of the pediatric bipolar disorder. *Child Adolesc*, 46(3), 341-355.
- Farrin, L., Hull, L., Unwin, C., Wykes, T., & David, A. (2003). Effects of depressed mood objective and subjective measures of attention. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 15(1):98-104.
- Fazeli, M., Ehteshamzadeh, P., & Hashemi, S.E. (2015). The effectiveness of cognitive behavior therapy on the cognitive flexibility of depressed people. *Journal of Clinical Psychology Andiske VA Raftar*, 9(34), 27-35 (In Persian).
- Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S., & Shen, X. (2006). The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. *Pers Indiv Diff*, 40(5):859-71.
- Hajebi, A., Emami, H., Hosseinzadeh, M. & Khajeian, A. (2016). A Study of the Mental Health and Psychological Hardiness of the Staff at the Pars Special Economic Energy Zone in Iran: A Cross-Sectional Study. *Health Scope*, 5(2): 1-6.
- Hinkelman, K., Moritz, S., Botzenhardt, J., Riedesel, K., Wiedemann, K., Kellner, M., & et

- al. (2009). Cognitive impairment in major depression: Association with salivary cortisol. *Biol Psychiatry*, 66(9):879-85.
- Hystad S W, Eid J, Laberg J C. & et al. (2011). Psychological hardiness predicts admission into Norwegian military officer schools. *Military Psychology*. 23(4): 381-389.
- Johnco, C., Wuthrich, V.M., Rapee, R.M. (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 27, 576-584.
- Johnco, C., Wuthrich, V.M., Rapee, R.M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive-behavioral treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 1-13.
- Khaledian, M. Babae, H, Amani, M. (2016). The relationship of psychological hardiness with irrational beliefs, emotional intelligence, and work holism. *World Scientific News*, 28: 86-100.
- Keshavarz, A., Molavi, H., & Yarmohammadian, A. (2008). The relationship between dogmatism, flexibility and demographic characteristics with happiness. *Journal of Psychology*, 12(1): 4-19 (In Persian).
- Kiamarsi, A., Najarian, B., & Mehrabizade, M. (1998). Making and validating a scale for measuring psychological hardiness. *Journal of Psychology*, 2 (3): 272-284 (In Persian).
- Maddi, S, R. Khoshaba, D. M. Persico, M. L. J. Harvey, H. & Bleecker, F. (2002). The personality construct of hardiness: Relationships with comprehensive tests of personality and psychopathology. *Journal of Research in Personality*. 36, 72-85.
- Marshall, E. J. & Brockman, R. (2016). The Relationships between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 30(1): 60-72.
- Rahimianboogar, E., Asgharnejadfarid, A. (2008). The Relationship between Psychological Hardiness also Ego-resiliency and Mental Health in Adolescent and Adult Survivors of Bam Earthquake. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14 (1): 62-70 (In Persian).
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J.Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach*, 69-96.
- Safarinia, M, Aghayousefi AR, & Baradaran, M. (2014). The relationship between personality aspects, problem-solving and psychological well-being the role of narcissism. *Counsel Psychother Culture*, 5: 89-102. (In Persian).
- Salande, J. D. & Hawkins, R. C. (2017). Psychological flexibility, attachment style, and personality organization: Correlations between constructs of differing approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(3): 365-80.
- Shahni, M., Shojaei, A., Behrozi, N., & Maktabi, G. (2011). The relationship between emotional intelligence and social skills with psychological well-being in female students of Shahid Chamran University. *Journal of Psychological Achievements*, 18 (1), 73-92.
- Singh, S., & Mansi, M.Sc (2009). Psychological capital as a predictor of psychological well-being. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 233-238.
- Sinclair, R. Tetrick, I. E. (2002). Implications of item wording for hardiness structure,

- relation with neuroticism, and stress buffering, *Journal of research in personality*. 14, 420-443.
- Skomorovsky A, & Sudom K A. (2011). Role of hardiness in the psychological well-being of Canadian Forces officer candidates. *Military Medicine*. 176 (4):389-96.
- Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, A., & Farmani, A. (2013) the mediating role of cognitive flexibility in the correlation of coping styles and resilience with depression. *The Quarterly Journal of School of Medici Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 18(2): 88-96 (In Persian).
- Sozani S. [Psychological hardiness]. Paper presented at the Psychology and Wellbeing Congress, Tehran, 2013 (Persian).
- Taghizadeh, M. E., Farmani, A. (2014). A Study of the Role of Cognitive Flexibility in Predicting Hopelessness and Resilience among University Students. *Journal of Cognitive Psychology*, 1(2), 67-75 (In Persian).
- Teimory, S., & Mashhadi, a. (2008). Hardiness and Personality Characteristics of Acquired Students. *Journal of Psychological Sciences*, 7 (25): 102-114 (In Persian).



یوسفی، ناصر؛ کریمی پور، بنت الهدا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خود کنترلی زوجین.

DOI: 10.22067/ijap.v8i1.62302

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۷۲-۵۲.

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خود کنترلی زوجین

ناصر یوسفی^۱، بنت الهدا کریمی پور^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

هدف: بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمان فراشناخت و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خود کنترلی زوجین.

روش: این پژوهش با روش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. نمونه شامل ۶۰ نفر از زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد بود. برای گروه آزمایش اول آموزش مبتنی بر روش خود نظم بخشی و برای گروه آزمایش دوم آموزش مبتنی بر درمان فراشناخت اجرا شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (CSQ) و پرسشنامه خود کنترلی تانجی را در سه مرحله تکمیل نمودند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد هر دو روش زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی و درمان فراشناخت بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و خود کنترلی زوجین به طور معناداری اثربخش بودند. روش خودنظم بخشی تأثیر بیشتر و ماندگارتری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای زوجین داشت و رویکرد فراشناخت بر کنترل موثر زوجین و آموزش خود کنترلی موثرتر بوده است. همچنین تغییرات ایجاد شده در پیگیری یک ماهه نیز ماندگار بود. بنابراین با آموزش روش فراشناخت و خودنظم بخشی می‌توان راهبردهای مقابله‌ای زوجین را بهبود بخشید و در ارتقاء سازوکارهای تعدیل رفتار در بین زوجین تأثیر گذار بود به صورتی که این زوجین در زمینه خود کنترلی و راهکارهای مقابله‌ای توانمند گردند.

واژه‌های کلیدی: راهبرد مقابله‌ای، کنترل، خود نظم بخشی، فراشناخت.

۱. دانشیار دانشگاه کردستان، (نویسنده مسئول)، naseryoosefi@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه کردستان، karimi.moshavere66@gmail.com

مقدمه

خودکنترلی یکی از نشانه‌های رضایتمندی زناشویی و یکی از ابعاد کارایی و عملکرد مطلوب خانواده است. خودکنترلی غلبه منطق، شناخت و برنامه ریزی درونی در فرد است زمانی که تعارض و تنش در روابط بروز می‌نماید (Huang, 2006). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند خودکنترلی روشی موثر برای سلامت ذهنی و روانی است و داشتن مشکل در تنظیم هیجانات با گستره‌ای از مشکلات روان شناختی در ارتباط است (Mahbobi, Solimani & Hossini, 2015). در رویکردهای نوین، علت اختلالات هیجانی به نقص در کنترل شناختی و هیجانی نسبت داده می‌شود، به طوری که ناتوانی در کنترل هیجانات منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی، به استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای منجر می‌شود (Tsaousis & Nikolaou, 2005). کاربرد مقابله ناکارآمد در طولانی مدت، طیف وسیعی از استرس پایدار و بی نظمی هیجانی را به بار می‌آورد که این آشفتگی در حوزه‌های جسمانی، اجتماعی و کل زندگی نمود پیدا کرده و فرد را از کیفیت زندگی مناسب جهت رشد و بالندگی به دور می‌سازد (Nedaei, Paghoosh & Sadeghi-Hosnijeh, 2017). راهبردهای مقابله‌ای عبارت از روش‌های مدیریت موقعیت‌ها و مقابله با رویدادهای زندگی است (Carr, 2004). لازاروس و فولکمن (Lazarus & Folkman, 1991) راهبردهای مقابله‌ای را روش تغییر موقعیت‌ها و یا تفسیر موقعیت‌ها می‌دانند. به نظر آن‌ها، این راهبردها فرایند مداوم و پویا هستند و به طور کلی به دو نوع تقسیم می‌شوند: مسئله مدار^۱ و هیجان مدار^۲. راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار بیانگر اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیت‌های فشارزا است. معمولاً زمانی که موقعیت یا رویداد، قابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصور کند که می‌تواند موقعیت را کنترل کرده و آن را تغییر دهد، از راهبرد مسئله مدار استفاده می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار عبارت است از تنظیم پاسخ هیجانی فرد در برابر مسئله. در صورتی که موقعیت یا رویداد، غیر قابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصوری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان مدار استفاده می‌نماید (Bond & Dryden, 2005).

امروزه تنیدگی و تعارض در روابط زوجین به بخش مهم و اجتناب ناپذیر زندگی تبدیل شده است. بررسی زمینه‌های تنیدگی در روابط بر این نکته تأکید دارد که آنچه سلامت روابط را با خطر روبه رو می‌سازد، شیوه‌های ارزیابی زوجین از تنیدگی و روش‌های مقابله و مدیریت تعارض و توانایی زوجین در کنترل به موقع هیجان، افکار و رفتار است (Nickel & Egle, 2006). یکی از رویکردهای موثر در تغییر

1. Coping strategies
2. Problem - focused
3. Emotion - focused

شناخت و نحوه ارزیابی زوجین نسبت به همدیگر رویکرد فراشناختی (MCT) است که دلیل آسیب‌پذیری به اختلال‌های هیجانی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعال شدن باورهای غیر منطقی ناسازگارانه و فرایندهای بازتابی خاص می‌داند (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). فراشناخت در برگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل می‌کند (Wells, 2009). این روش بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی، منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توجه خواننده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (Wells, 2009). هدف تغییر باورهای فراشناختی در راستای تغییر ارزیابی‌ها و باورهای منفی زوجین در مورد نگرانی‌ها است که در نهایت زوجین به این آگاهی دست می‌یابند که تفکر و هیجان‌های آنها قابل کنترل است (Ridder & Wit, 2006). نتایج پژوهش غفاری و همکاران (Ghaffari, Mohammadkhani, 2014) نشان داد که درمان فراشناختی اثر معنی‌داری در کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای خودکنترلی دارد. ولز و کارتر (Wells & Carter, 2002) در پژوهشی با عنوان نقش باورهای فراشناختی در کاهش نگرانی و خودکنترلی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد، باورهای فراشناختی با کاهش باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری باعث کاهش اختلالات اضطراب فراگیر در مبتلایان می‌شود. همچنین درمان فراشناخت در پژوهش‌های مختلفی در بهبودی نشانه‌های اجتناب از خاطرات و رویدادهای ناخوشایند مفید بوده است (Wells & Sami, 2004). Wells & Celber (2012) برای مثال ولز و همکاران (Wells & et al, 2012) در پژوهشی نشان دادند که در افراد با نشانه‌های افسردگی درمان فراشناختی باعث کاهش افکار منفی و نشانه‌های افسردگی می‌شود.

از طرفی برای ارتقاء سازگاری زناشویی در زوجین رویکردهای درمانی متعددی طرح‌ریزی شده‌اند که از آن میان می‌توان به رویکرد زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی اشاره کرد. رویکرد مبتنی بر خودنظم بخشی نوعی روان درمانی است که برای بهبود تعارض‌های تعاملی ناشی از ابعاد مختلف اجتماعی، هیجانی، اقتصادی، و... به وجود آمده است. با استفاده از فرایند تغییر در مداخله خودنظم بخشی هر یک از همسران تشویق می‌شوند که اهدافی را برای تغییر انتخاب کنند تا با دست‌یابی به آنها، بر مشکل غلبه کنند و در نهایت آن اهداف را تحقق بخشند (Halford, 2001).

هدف اصلی در زوج درمانی خودنظم بخشی این است که سبک ارزیابی زوجین از همسر و رابطه-شان را تغییر داده به نحوی که رفتارهای مثبت مورد توجه و ارزش قرار گیرند (Halford, 2001). از نقطه نظر خودنظم بخشی، مداخله موثر عبارت است از فرایندی که از طریق آن، زوجین مهارت‌هایی را برای تعدیل رفتارشان فراگیرند (Wilson, Chaiker, Lizzio, Halford, Kimlin, 2005). سودانی، دهقان و محرابی زاده هنرمند (Soudani, Dehghan & Mehrabi Zade Honarmand, 2011)، تبرزی، نوابی نژاد (Janbaz Fereydouni, Tabrizi, Navabnejad, 2009)، منصورى (Mansouri, 2014)، چایکر (Caiker, 2003)، هالفورد، ساندرز و بهرنز (Halford, Sanders & Behrens, 2001) در پژوهش خود دریافتند که زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی قادر است میزان سازگاری زناشویی و همچنین مهارت‌های ارتباطی زوجین آشفته را به میزان محسوسی افزایش دهد. در پژوهش کارگر و همکاران (Karegar, Kimiai & Mashhadi, 2015) نتایج نشان داد زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی باعث کاهش آزار عاطفی در بین زوجین می‌شود و این رویکرد آشفته‌گی زناشویی را در بین آن‌ها به طور معناداری کاهش می‌دهد. دو رویکرد درمانی بکار برده شده در این پژوهش از نظر بنیان نظری مشابه بوده و هر دو پس از آغاز موج سوم درمان رفتاری- شناختی از سال ۱۹۹۰ به بعد به عنوان توسعه و شاخه‌ای جدید از شناخت درمانی به وجود آمده‌اند. لیکن سازوکار اجرائی و فنون بکار برده شده در این رویکردها متفاوت است. خودنظم بخشی به ظرفیت فرد برای تعدیل رفتارها بر اساس شرایط و تغییرات محیط درونی و بیرونی اطلاق می‌شود و به زوج‌های آشفته کمک می‌کند مهارت‌ها و توانایی‌های بیشتری را برای تغییر الگوهای مشکل ساز رفتاری، شناختی و عاطفی به دست آورند و از این طریق روابط خود را تقویت کنند (Halford, 2001). اما رویکرد فراشناخت نشخوار فکری و باورهای غیر منطقی زوجین را هدف قرار داده و از طریق آموزش توجه به زوجین کمک می‌کند تا فرایند نشخوار فکری را قطع کنند و باورهای خود را به چالش بکشند.

از آنجایی که داشتن خودکنترلی در سطوح مختلف هیجانی، فکری و رفتاری در جامعه امروز برای سلامت ذهن و روان خصوصاً در روابط زوجی نقش کلیدی دارد و داشتن مشکل در تنظیم هیجان و رفتار با گستره‌ای از مشکلات روانشناختی ارتباط دارد، آموزش در این حیطه می‌تواند زوجین را به این ابزارهای مهم کنترلی و مقابله‌ای تجهیز نماید و نقشی پیشگیرانه در بروز آسیب‌های اجتماعی مانند طلاق داشته باشد. هدف از مقایسه درمان فراشناختی و درمان خودنظم بخشی به پایه‌های نظری دو روش برمی‌گردد. با توجه به اشتراک‌هایی که بنیان‌های نظری دو درمان دارند بر آن شدیم تا ضمن بررسی تأثیر دو درمان بر راهبردهای

مقابله‌ای و خودکنترلی، کارایی بیشتر و قوی‌تر آنها را بر هر کدام از متغیرهای پژوهش به صورت جداگانه آزمون کرده و در صورت تفاوت در این زمینه به تبیین آن پرداخته و تأثیر مکانیزم‌های کلیدی موجود در هر کدام از روش‌ها را بر نحوه استفاده زوجین از راهبردهای مقابله‌ای و شیوه‌های خودکنترلی آن‌ها مشخص کنیم. همچنین دلیل دیگر در مورد انتخاب این دو روش درمانی به مرور پژوهش‌های پیشین بر می‌گردد چرا که در رابطه با سنجش اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر خودنظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین مطالعه منسجمی صورت نگرفته است.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش شبه آزمایشی بود که با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زوجین دارای مشکلات ارتباطی و ناسازگار مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی سطح شهر خرم آباد بودند. نمونه تحقیق به شیوه در دسترس از بین زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر خرم آباد انتخاب شد که ابتدا در طول ۳ ماه لیستی از ۷۰ زوج متمایل مشارکت تهیه شد. در مصاحبه مقدماتی که پژوهشگر با زوجین داشت افرادی که گزارش کرده بودند دارای ویژگی‌های تحصیلات حداقل دیپلم، تمکین مالی، امکان ایاب و ذهاب و متعهد به حضور مرتب، زندگی مستقل (هسته‌ای بیرون از خانواده اصلی) هستند به عنوان نمونه انتخاب شدند و ۱۰ زوج که مشکلات اعتیاد، مصرف داروهای روانپزشکی، بیماری مزمن یا معلولیت و یا حضور همزمان در سایر برنامه‌های روانشناسی، روانپزشکی یا مددکاری داشتند خارج شدند. سپس ۳۰ (زوج براساس فرمول کوکران) انتخاب شدند، لازم به ذکر است که مقادیر واریانس از طریق مطالعه مقدماتی اولیه برآورد شد. نمونه انتخاب شده در سه گروه (۱۰ زوج در هر گروه) جایگزین شدند، شامل گروهی که درمان فراشناختی دریافت کرد، گروه دوم درمان مبتنی بر خودنظم بخشی و گروه کنترل که هیچ گونه درمان یا آموزشی دریافت نکردند. از هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون به عمل آمد. پس از آن، درمان فراشناختی و زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی هر کدام به مدت ۸ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه برای گروه‌های آزمایش به اجرا درآمد و گروه کنترل هیچ برنامه‌ای دریافت نکرد. جلسات گروه‌های آزمایش در کلاس‌هایی با نور و تهویه مناسب و امکانات رفاهی خوب برگزار شد و زوجین آزادانه در کنار همدیگر یا دور از همدیگر در دو ردیف مستقر شدند. جلسات توسط محقق و به کمک و راهنمایی اساتید دانشگاه به صورت تخصصی برگزار گردید. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله‌ها از سه گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج پیش آزمون و پس آزمون در هر سه گروه‌ها با یکدیگر مقایسه شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی،

زوج‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان تحقیق، جلسات زوج درمانی نیز در مورد آن‌ها اعمال گردد. سپس در مرحله پیگیری پس از گذشت یک ماه زوجین پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند.

ابزارها

- پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای^۱ لازاروس و فولکمن (CSQ):** این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط لازاروس و فولکمن (Lazarus & Folkman) ساخته شد. این پرسشنامه ۶۶ سوال دارد که در مقیاس ۴ گزینه‌ای (از ۱ تا ۴) نمره گذاری می‌شود و دو راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان مدار را اندازه می‌گیرد.
۱. **رویارویی:** این روش مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد جهت حل مشکل به کار می‌برند و متضمن درجاتی از ابراز خصومت و به کار بردن ریسک در عملکردهاست.
 ۲. **دوری گزینی یا فاصله گیری:** مجموعه رفتارهای شناختی را ذکر می‌کند که فرد یا گروه را برای دوری از منبع ایجاد کننده مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن به کار می‌برند.
 ۳. **خود کنترلی:** این روش مجموعه عکس العمل‌هایی است که واکنش‌های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجاد کننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس العمل‌ها توسط افراد در بر می‌گیرد.
 ۴. **جستجوی حمایت اجتماعی:** تلاش‌های فرد برای کسب حمایت‌های اطلاعاتی و حمایت‌های ملموس و حمایت‌های عاطفی را بازگو می‌نماید.
 ۵. **مسئولیت پذیری:** این روش شامل مجموعه واکنش‌هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش‌های مداوم او در اصلاح موقعیت موجود را نشان می‌دهد.
 ۶. **فرار - اجتناب:** این روش افکار آرزومندانه یا کوشش‌های رفتاری در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا را توصیف می‌کند و شامل گریز از واقعیت است.
 ۷. **مسأله گشایی برنامه ریزی شده:** مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز برخورد با مشکل توأم با بکارگیری رویکردهای تحلیل گرایان برای مشکل گشایی می‌باشد.
 ۸. **ارزیابی مجدد مثبت:** مجموعه تلاش‌هایی است که در جهت ایجاد مفاهیم مثبت با توجه به درجه تکامل فردی اطلاق می‌گردد، این روش ممکن است ابعاد مذهبی را شامل شود.
- این الگوهای هشت گانه به دو دسته روش‌های مسأله محور (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسأله گشایی برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویارویی، دوری گزینی،

فرار -اجتناب، خویشنداری) تقسیم شده است (Esmaili, 2009).

پایایی این آزمون در تحقیقی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹. به دست آمده است (Lazarus, 1993). در تحقیق علیپور و همکاران (Alipour, Hashemi, Babapour & Tousi, 2010) نیز پایایی این آزمون برابر با ۰/۸۵. به دست آمده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش سبقتی و امامی پور (Sebghati & Emamipur, 2015) برابر با ۰/۸۰ به دست آمد که نشانگر همسانی درونی بسیار خوب پرسشنامه است. همچنین روایی سازه این مقیاس در پژوهش ندائی، پاغوش و صادقی هسنیجه (Nedaei, Paghoosh & Sadeghi-Hosnijeh, 2017) با استفاده از روش تحلیل عامل محاسبه شد که نتایج تحلیل عاملی به روش اصلی با چرخش متعامد از نوع واریماکس، وجود دو عامل راهبرد مسأله مدار و هیجان مدار در گویه‌ها را نشان داد.

پرسشنامه خودکنترلی: پرسشنامه خودکنترلی فرم کوتاه در سال ۲۰۰۴ توسط تانجی، باومیستر و بون (Tangney, Baumeister & Boone, 2004) به منظور ارزیابی میزان خودکنترلی افراد به عنوان یک صفت ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۳ سوال است و یک نمره کلی به دست می‌دهد. این آزمون در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای تهیه شده است. تانجی، باومیستر و بون (Tangney, Baumeister & Boone, 2004) به منظور هنجاریابی مقیاس خودکنترلی، فرم کوتاه شده آنرا روی دو نمونه مجزا اجرا کردند که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در دو گروه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده خودکنترلی بهتر فرد می‌باشد.

این پرسشنامه دو خرده مقیاس شامل خودکنترلی اولیه و خودکنترلی منع کننده دارد که خرده مقیاس خودکنترلی اولیه نسبت به دیگر خرده مقیاس پیش بینی کننده بهتر رفتارهای مطلوب است و همچنین خودکنترلی منع کننده جلوگیری از رفتارهای ناخوشایند را پیش بینی می‌کند (Raider & etal, 2011). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش چشمه سنگی، کرد تمینی و کهرازی (Cheshme- Sangi, Kord - Tamini & Kahrazi, 2016) برابر با ۰/۷۹ به دست آمد که نشانگر همسانی درونی بسیار خوب پرسشنامه است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه توسط کارشناسان مورد تأیید قرار گرفت (Cheshme- Sangi, Kord - Tamini & Kahrazi, 2016).

مداخله

درمان فراشناخت بر اساس رویکر ولز (Wells, 2000) در قالب ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت یک ساعت به اجرا درآمد.

جدول ۱. طرح مداخله

جلسه	اهداف و مداخلات درمانی
اول	تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و آماده سازی، اجرای آزمایشی فرونشانی فکر، شروع چالش با باورهای کنترل ناپذیری، تمرین تکنیک آموزش توجه.
دوم	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، ادامه آماده سازی و اسناد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری.
سوم	شناسایی برانگیزاننده ها و به کار گیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناخت های مربوط به کنترل ناپذیری، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل، بررسی سطح فعالیت و مقابله های اجتنابی.
چهارم	ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی.
پنجم	وارسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه هایی برای بهبود آن، تمرین تکنیک آموزش توجه.
ششم	بررسی و چالش با باورهای منفی، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیر منطقی باقی مانده.
هفتم	کار بر روی تدوین برنامه های جدید، شروع چالش با باورهای مثبت.
هشتم	کار بر روی باورهای شناختی باقی مانده، پیش بینی برانگیزاننده های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه های جدید، برنامه ریزی جلسه های تقویتی.

رویکرد زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر اساس رویکرد هالفورد (Halford, 2001) در قالب ۸ جلسه درمان هفتگی و هر جلسه یک ساعت به اجرا درآمد.

جدول ۲. طرح مداخله

جلسه	اهداف و مداخلات درمانی
اول	برقراری ارتباط اولیه با زوجین، شناسایی عوامل تهدید کننده رابطه زناشویی، ایجاد انتظارات درمانی واقع بینانه، متعهد کردن زوجین برای درگیر شدن با مسئله.
دوم	تهیه فهرستی از نقاط قوت و ضعف رابطه زناشویی و عوامل موثر بر آن‌ها، ارزیابی امکان عملی بودن زوج درمانی، ایجاد درک مشترک از مشکلات موجود در رابطه برای تسهیل تغییر، پیدا کردن زمینه‌های مشترک و مثبت بین زوجین.
سوم	بررسی نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک از طریق بیان مجدد اظهارات و تأکید بر قالب‌بندی جدید نگرانی‌ها، تأکید بر توجه کردن بر جنبه‌های مثبت رابطه، قالب‌بندی مجدد برای همدلی با همسر، تغییر اسناد زوجین.
چهارم	بازخورد و هدف گذاری معطوف به خود، بحث در مورد مدل‌های کارآمد رابطه، شناسایی اهداف مشترک زوجین، مشخص کردن اهداف و آغاز فرایند خود تغییری.
پنجم	ارزیابی صلاحیت‌های مورد نیاز برای خودتغییری، ارزیابی زوجین از تأثیر خودتغییری بر رابطه‌شان، شناسایی نقش موقعیت‌های پرخطر در روابط زناشویی، مشخص نمودن نحوه برخورد با این شرایط و نحوه کنترل خود.
ششم	رشد مهارت‌های خود نظم بخشی، بالابردن توانایی زوجین برای ارزیابی ارتباط فعلی و تنظیم اهداف خود تغییری.
هفتم	آموزش تمرینات ساختاریافته و مهارت‌های ارتباطی، گفتگوی موثر زوجین برارزشیابی نتایج خود تغییری، تلاش جهت تعمیم و حفظ این نتایج.
هشتم	ارزشیابی نتایج خود تغییری، تلاش جهت تعمیم و حفظ این نتایج (پیگیری)

یافته‌ها

ابتدا خلاصه‌ای از آمار توصیفی افراد نمونه شرکت کننده در پژوهش به قرار زیر است:

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۶۰ نفر می‌باشند که شامل ۳۰ زوج (۳۰ نفر مرد و ۳۰ نفر زن) بوده که میانگین سن آنها ۳۰/۲۶ سال می‌باشد. میانگین تعداد فرزند آنها نیز ۱/۳۶ بوده است. مسن‌ترین فرد در این پژوهش ۳۹ سال و جوانترین فرد ۲۱ سال داشته‌اند. همچنین اکثر زوج‌ها بچه دار بوده‌اند و بیشترین تعداد فرزند در این خانواده‌ها ۳ فرزند بوده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد و واریانس متغیرهای پژوهش

مراحل	پیش آزمون خودکنترلی	پس آزمون خودکنترلی	پیگیری خودکنترلی	پیش آزمون راهبرد مقابله‌ای	پس آزمون راهبرد مقابله‌ای	پیگیری راهبرد مقابله‌ای
میانگین	۱۷/۰۳	۲۳/۲۰	۲۱/۲۵	۴۸/۹۸	۶۲/۲۳	۵۸/۱۸
انحراف استاندارد	۲/۰۵	۵/۵۲	۴/۲۹	۵/۳۲	۱۳/۲۲	۱۰/۵۶
واریانس	۴/۲۳	۳۰/۵۰	۱۸/۴۶	۲۸/۳۹	۱۷۵/۰۲	۱۱۱/۶۴

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای خودکنترلی و راهبردهای مقابله‌ای در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش پیدا کرده است. همچنین مقدار میانگین‌ها در هر دو متغیر در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون کاهش نامحسوسی داشته است.

یافته های استنباطی

باتوجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل می- باشد، در صورت رعایت شدن پیش فرض‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس این آزمون بهترین روش تجزیه و تحلیل می‌باشد. به همین منظور برای پاسخگویی به این سوال از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده کرده‌ایم. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، وجود رابطه خطی بین متغیر همراه و متغیر وابسته و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد، که تمام پیش فرض‌ها در این پژوهش رعایت شده است. یکی از پیش فرض‌ها نرمال بودن توزیع نمرات است. هدف از بررسی پیش فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد.

این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. برای بررسی این پیش فرض از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش (یک گروه آزمایش) در جدول ۲ آمده است. در این جدول دو خرده مقیاس اصلی راهبردهای مقابله‌ای یعنی راهبردهای مساله محور و هیجان محور و دو خرده مقیاس خودکنترلی یعنی خودکنترلی اولیه و منع کننده مورد بررسی قرار می‌گیرند.

جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری
مساله محور	پیش آزمون	۰/۶۶	۰/۷۶	۱/۱۲	۰/۸۳
	پس آزمون	۰/۶۵	۰/۷۴	۰/۶۵	۰/۷۸
هیجان محور	پیش آزمون	۱/۲۴	۰/۰۸	۰/۶۱	۰/۸۳
	پس آزمون	۱/۰۲	۰/۷۶	۰/۶۵	۰/۷۸
خودکنترلی اولیه	پیش آزمون	۱/۱۰	۰/۱۷	۰/۴۷	۰/۹۷
	پس آزمون	۱/۱۶	۰/۸۳	۰/۶۳	۰/۸۱
خودکنترلی منع کننده	پیش آزمون	۰/۶۵	۰/۷۸	۰/۴۷	۰/۹۸
	پس آزمون	۰/۸۴	۰/۹۸	۰/۵۸	۰/۸۸
مقیاس کلی راهبرد مقابله ای	پیش آزمون	۰/۶۲	۰/۸۳	۰/۶۰	۰/۸۵
	پس آزمون	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۵۹	۰/۸۱
مقیاس کلی خودکنترلی	پیش آزمون	۱/۵۲	۰/۰۶	۰/۶۰	۰/۸۴
	پس آزمون	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۶۳	۰/۸۱

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای خرده مقیاس‌های مساله محور و هیجان محور و مقیاس کلی راهبردهای مقابله‌ای و همچنین خرده مقیاس‌های خودکنترلی اولیه و منع کننده و مقیاس کلی خودکنترلی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نمی‌باشند ($P > 0/05$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشد.

این آزمون فقط برای یک گروه آزمایش و گروه کنترل انجام گرفت و برای سایر گروه‌های آزمایشی و تمام مراحل پیگیری نیز متغیرها نرمال می‌باشند.

پیش فرض بعدی که بررسی می‌شود همگنی واریانس‌ها است که یکی از مهمترین پیش فرض برای تحلیل کواریانس می‌باشد. هدف از بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، مساوی بودن واریانس‌های گروه-هاست. بدین منظور از آزمون لون استفاده شده است.

نتایج این آزمون برای متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون لون: همگنی واریانس ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
مساله محور	۱/۷۱	۲	۵۷	۰/۱۷۷
	۰/۳۵۸	۲	۵۷	۰/۷۸۳
هیجان محور	۱/۲۱	۲	۵۷	۰/۳۱۳
	۱/۱۱	۲	۵۷	۰/۳۲۰
خودکنترلی اولیه	۰/۷۰۸	۲	۵۷	۰/۵۵۲
	۰/۳۵۷	۲	۵۷	۰/۷۸۴
خودکنترلی منع کننده	۰/۷۸۱	۲	۵۷	۰/۵۱۰
	۰/۸۷۴	۲	۵۷	۰/۴۶۱
مقیاس کلی راهبردهای مقابله‌ای	۰/۵۴۱	۲	۵۷	۰/۶۵۷
	۲/۰۳	۲	۵۷	۰/۱۲۲
مقیاس کلی خودکنترلی	۰/۵۳۰	۲	۵۷	۰/۶۶۴
	۰/۵۶۴	۲	۵۷	۰/۶۴۲

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهمترین پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج این آزمون در جدول ۶، ۷ و ۸ ارائه گردیده است.

جدول ۶: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون‌ها

آزمون	ارزش	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۱/۲۳	۴۴/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۹۰/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۷۷
اثر هالتینگ	۱۲/۴۹	۱۶۵/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶
بزرگترین ریشه وی	۱۲/۰۳	۳/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۲

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی راهبردهای مقابله‌ای (پس آزمون)

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب نسبی ایتا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۶۹۸/۸۶	۴۸/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۴۶	۱/۰۰۰
گروه	۲	۳۶۵۲/۹۱	۲۵۶/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۱۴/۲۶				
کل	۶۰					

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی خود کنترلی (پس آزمون)

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ایتا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۹۴/۸۲	۱۹/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۹۹۹
گروه	۲	۶۹۶/۱۲	۱۴۳/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰۰
خطا	۴۷	۵/۳۰				
کل	۵۲					

همان‌گونه که در جدول ۷ و ۸ نمایان است با توجه به کنترل اثر پیش آزمون بر پس آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است ($\text{Sig.} = ۰/۰۰۰$) لذا نتایج نمایانگر تفاوت در بین گروه‌ها است. حال باید ببینیم که بین کدام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول شماره ۹ و ۱۰ به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر راهبردهای مقابله‌ای و خود کنترلی تاثیر بیشتری داشته‌اند

و یا به عبارتی آیا تفاوت ناشی از تاثیر دو روش بر راهبرد های مقابله ای و خودکنترلی از لحاظ آماری معنادار است از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید.

جدول ۹. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر راهبردهای مقابله ای

گروه I	گروه های J	تفاوت میانگین های I-J	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	-۲/۰۳	۱/۱۹	۰/۰۹۵
	گروه کنترل	۲۲/۹۵	۱/۲۲	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	۲/۰۳	۱/۱۹	۰/۰۹۵
	گروه کنترل	۲۴/۹۸	۱/۲۱	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۲۲/۹۵	۱/۲۲	۰/۰۰۰
	خودنظم بخشی	-۲۴/۹۸	۱/۲۱	۰/۰۰۰

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، بین گروه ها تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی هم بین دو روش درمانی فراشناخت و خودنظم بخشی تفاوت وجود دارد و با وجود اینکه هر دو روش تاثیر مطلوبی بر راهبرد مقابله ای داشته است، اما روش درمان خودنظم بخشی نسبت به روش درمان فراشناخت تاثیر بیشتری بر راهبرد های مقابله ای داشته است.

جدول ۱۰. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر خودکنترلی

گروه I	گروه های J	تفاوت میانگین های I-J	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	۳/۱۸	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	کنترل	۱۱/۴۴	۰/۶۹	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	-۳/۱۸	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	کنترل	۸/۲۵	۰/۶۹	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۱۱/۴۴	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	خودنظم بخشی	-۸/۲۵	۰/۶۹	۰/۰۰۰

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، بین گروه های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین دو گروه آزمایش و تاثیر آن بر خودکنترلی تفاوت معنی داری وجود دارد. با وجود اینکه هر دو روش تاثیر مطلوبی بر خودکنترلی داشته است اما روش درمانی فراشناخت نسبت

به روش خودنظم بخشی تاثیر بیشتری بر متغیر خودکنترلی داشته است.
حال به بررسی نتایج مرحله پیگیری و تداوم تأثیرات درمانی مرحله پس آزمون می‌پردازیم.

جدول ۱۱. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پیگیری

با کنترل پیش آزمون‌ها

آزمون	ارزش	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۱/۰۸	۳۲/۵۶	۰/۰۰	۰/۵۴
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۹۱/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۷۷
اثر هالتینگ	۱۵/۵۷	۲۰۶/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸
بزرگترین ریشه وی	۱۵/۴۰	۴/۲۳۷	۰/۰۰۰	۰/۹۳

نتایج جدول ۱۱ حاکی از آن است که بین گروه‌های آزمون در مرحله پیگیری و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. اکنون به سراغ نتایج تحلیل کواریانس مرحله پیگیری در هر دو متغیر راهبرد مقابله‌ای و خودکنترلی می‌رویم.

جدول ۱۲. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها در متغیر کلی راهبردهای

مقابله‌ای (پیگیری)

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ای تا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۲۶۵/۲۴	۳۰/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۳۵	۱/۰۰۰
گروه	۲	۲۴۸۲/۴۳	۲۸۷/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۸/۶۲				
کل	۶۰					

جدول ۱۳. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها در متغیر

خودکنترلی (پیگیری)

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ای تا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۲۱/۰۲	۳۲/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۶	۱/۰۰۰
گروه	۲	۳۶۳/۴۵	۹۷/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۷۷	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۸/۶۲				
کل	۶۰					

نتایج جدول‌های ۱۲ و ۱۳ نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشته است و مرحله پیگیری برای هر دو متغیر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی اثر بخش بوده است. حال باید ببینیم که بین کدام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول شماره ۱۴ و ۱۵ به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی تأثیر بیشتری داشته‌اند و یا به عبارتی آیا تفاوت ناشی از تأثیر دو روش بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی از لحاظ آماری معنادار است از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید.

جدول ۱۴. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر راهبردهای مقابله‌ای

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	۰/۸۷	۰/۹۳	۰/۳۵۲
	کنترل	۲۰/۲۷	۰/۹۵	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	- ۰/۸۷	۰/۹۳	۰/۳۵۳
	کنترل	۱۹/۳۹	۰/۹۴	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۲۰/۲۷	۰/۹۵	۰/۰۰۰
	خودنظم بخشی	-۱۹/۳۹	۰/۹۴	۰/۰۰۰

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، در مرحله پیگیری بین دو روش درمانی فراشناختی و خودنظم بخشی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما تفاضل نمرات پس آزمون و پیگیری در راهبردهای مقابله‌ای در درمان فراشناخت نسبت به درمان خودنظم بخشی بیشتر است.

جدول ۱۵. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر خودکنترلی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	۲۸/۵۳	۰/۶۱	۰/۰۰۰
	کنترل	۸/۳۲	۰/۶۱	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	-۲/۵۳	۰/۶۱	۰/۰۰۰
	کنترل	۵/۷۹	۰/۶۱	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۸/۳۲	۰/۶۱	۰/۰۰۰

۰/۰۰۰	۰/۶۱	-۵/۷۹	خودنظم بخشی
-------	------	-------	-------------

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، در مرحله پیگیری بین دو روش درمانی فراشناخت و خودنظم بخشی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما تفاضل نمرات پس آزمون و پیگیری در خودکنترلی در درمان خودنظم بخشی نسبت به درمان فراشناخت بیشتر است.

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سوال بود که آیا دو روش فراشناخت و روش خودنظم بخشی باعث بهبود روش‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی در زوجین می‌شوند یا خیر و نیز اینکه آیا این دو روش مداخله از حیث میزان بهبود با یکدیگر تفاوت معناداری دارند یا خیر. یافته‌های تحقیق نشان داد روش فراشناخت و روش خودنظم بخشی به عنوان روش‌های موثری در مواجهه با موقعیت‌های فشارزای زندگی با کاهش تنش از طریق سازوکارهای تغییر در شناخت و غلبه بر شیوه‌های منفی ارزیابی زوجین از تنیدگی، به میزان قابل توجهی در بهبود روش‌های مقابله و مدیریت تنیدگی و خودکنترلی زوجین اثرگذار می‌باشند.

همچنین نتایج نشان داد اثربخشی دو روش خودنظم بخشی و فراشناخت در میزان بهبود راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین، به میزان معناداری متفاوت است و این تفاوت را می‌توان این گونه تبیین کرد که، دو رویکرد درمانی بکار برده شده در این پژوهش از نظر بنیان نظری مشابه بوده و هر روش به عنوان شاخه‌ای جدید از شناخت درمانی به وجود آمده‌اند. لیکن سازوکار اجرایی و فنون بکار برده شده در این رویکردها متفاوت است و هر کدام از این مداخله‌ها از طریق استفاده از راهبردهای متفاوت در پی تغییر بخش خاصی از نظام باور و شناخت زوجین می‌باشند. نتایج حاکی از تأثیر ماندگارتر درمان خودنظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای در مرحله پیگیری بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت روش خودنظم بخشی بر استفاده زوجین از راهبردهای مقابله‌ای موثر در روابط بین فردی از طریق توانایی برنامه ریزی و بازبینی انعطاف پذیرانه رفتار خویش اثرگذاری بیشتری دارد و این افراد مسئله و مشکل را به عنوان چالش و فرصتی برای بهبود شرایط ارزیابی می‌کنند نه به عنوان تهدیدی برای بهزیستی خود که در مقابل آن احساس درماندگی، عجز و انفعال کنند و از حل آن اجتناب کنند. افراد خودنظم بخش باور دارند مسائل قابل حل است و به توانایی‌های شخصی خود برای حل موفقیت آمیز مسائل اعتماد دارند. آنها در موقعیت‌های تنش زا با استفاده از راهبردهای موثر و سازش یافته مقابله‌ای وضعیت را تعدیل نموده و به کاهش و یا تغییر موقعیت‌های فشارزا و تنظیم پاسخ‌های هیجانی خود در برابر مسئله دست می‌زنند (Cooper, 1989). تأکید

بر خود نظم بخشی صلاحیت‌های سطح بالاتری را افزایش می‌دهد که نه تنها به زوجها امکان می‌دهد تعاملات رایج در مشکلات رابطه را تغییر دهند بلکه همچنین به آنها کمک می‌کند که خود تغییری ایجاد کنند و به راهبردهای مقابله‌ای مجهز شوند که این مهارت باعث تقویت روابط صمیمانه زناشویی در آینده می‌شود (Asadpour, Shaghaghi & Mahdinezhad Ghushchi, 2013).

هالفورد و همکاران (Halford & etal, 2001) در پژوهش خود دریافتند که زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی در جلوگیری از مشکلات ارتباطی زوجین و کاهش آشفتگی آنها موثر است و این بهبود حداقل برای شش ماه پس از اختتام درمان تداوم داشته و زوجین ثبات خود را در رضایتمندی حفظ کرده‌اند. پژوهش کارگر و همکاران (Karegar, Kimiai & Mashhadi, 2015) نیز نشان داد زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی باعث کاهش آزار عاطفی در بین زوجین می‌شود و همچنین این رویکرد آشفتگی زناشویی را به طور معناداری در بین آنها کاهش می‌دهد. تأکید روش خودنظم بخشی بر این است که به زوجین کمک شود در یک رابطه آشفته، توانمندی بیشتری را برای تغییر ساختارهای مشکل ساز رفتاری، شناختی و عاطفی فراگیرند (Halford, 2002).

در تبیین اثربخشی روش فراشناخت در بهبود خودکنترلی زوجین و تأثیر ماندگارتر این درمان بر افزایش خودکنترلی در مرحله پیگیری می‌توان گفت با توجه به اینکه دلیل اصلی آسیب پذیری به اختلال‌ها در روش فراشناختی فعال شدن باورهای غیر منطقی و استفاده از روش‌های ناسازگارانه در برخورد با موقعیت تنش زا است این روش با هدف قرار دادن فرایند نشخوار فکری، ناهماهنگی شناختی ایجاد شده در پاسخ به افکار منفی را کاهش داده و می‌تواند از طریق بالا بردن کنترل افراد و چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری و استفاده از تکنیک آموزش توجه فرایند نشخوار فکری را قطع نموده، سپس سبک پاسخ دهی فرد را به سمت افکار مثبت و باورهای منطقی سوق دهد (Wells & Celber, 2012). یافته‌های پژوهش غفاری و همکاران (Ghaffari, Mohammadkhani, Pourshahbaz, Dolatshahi & Mohammadi, 2014)، ولز (Wells, 1999)، ولز و کارتر (Wells & Carter, 2009؛ Wells, 2002)، ولز و کلبر (Wells & Celber, 2012) نشان می‌دهد درمان فراشناختی گروهی اثر معنی داری بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی دارد و باعث بهبود راهبردهای کنترل فکر می‌شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر دو روش درمانی اثربخشی خود را تا یک ماه بعد حفظ نموده و نتایج پژوهش در مرحله پیگیری موید این امر است.

بنابراین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش فراشناخت و روش خودنظم بخشی در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین موثر است. در واقع این یافته به خوبی به نقش سیستم شناختی و نحوه ارزیابی افراد در پردازش رویدادهای زندگی به صورت مثبت و منفی اشاره می‌کند و نشان می‌دهد روش‌های

مداخله مبتنی بر تنظیم شناخت و هیجان به نحوه موثری در نحوه تعبیر و ارزیابی و به طبع آن بر باورهای مثبت و منفی زوجین از رویدادها و روابط بین فردی نقش داشته و در تسهیل و بهبود روابط زوجی بسیار یاری رسان می‌باشند. در یک نتیجه گیری نهایی می‌توان چنین اظهار داشت که با توجه به موثر بودن روش فراشناخت و خود نظم بخشی بر چگونگی استفاده زوجین از راهبردهای مقابله‌ای و کنترل رفتار، روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات روان‌درمانی و مشاوره می‌توانند از این روش‌ها در جهت توانمندسازی زوجین در زمان بروز مشکلات و تعارض در روابط زناشویی استفاده نمایند تا کیفیت روابط زوجین بالاتر رود. از آنجا که هدف پژوهش حاضر علاوه بر تعیین اثربخشی مداخله فراشناخت و خودنظم بخشی، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای زوجین بود، بررسی وضعیت اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی و فرهنگی افراد به منظور مشخص نمودن بهترین گروه هدف برای هر کدام از این مداخله‌های درمانی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

سپاسگذاری و قدردانی

بدینوسیله از کلیه افراد شرکت کننده در جلسات این پژوهش به جهت مساعدت و همکاری سپاسگذاری بعمل می‌آید.

References

- Alipour, A., Hashemi, T., Babapour, J. & Tousi, F. (2010). The Relationship between coping strategies and happiness among university students. *Journal of Psychology (Tabriz University)*, 5(18), 72-86. (In Persian).
- Asadpour, I., Shaghaghi, S.H. & Mahdinezhad-Ghushchi, R. (2013). Comparing the effectiveness of self-regulation couple therapy & emotionally focused couple therapy on the increasing marital intimacy of couples. *Counseling Research and Development*, 12(45), 96-113. (In Persian).
- Bond, F.W., & Dryden, W. (Eds.). (2005). *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. John Wiley & Sons.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*, 27 Church Road, Hove, East Sussex BN3 2FA.
- Charker, J. H. (2003). *Self-regulation and wisdom in relationship satisfaction*. Griffith University.
- Cooper, T. (1986). *Problem-solving*. Queensland: Brisbane College of advanced education.
- Esmaili, M. (2009). *Compare personality characteristics, attitudes inefficient and coping strategies in patients with essential hypertension and normal people*. MA dissertation in Tabriz University. (In Persian).
- Ghaffari, F.H., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B. & Mohammadi, F. (2014). The effectiveness of Group Metacognitive Therapy on anxiety thought and improvement thought control strategy in patients with generalized anxiety disorder. *Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly*, 23(80), 66-76. (In Persian).
- Ghazanfari, F., Kadampoor, A. (2008). The relationship between mental health and coping strategies in the citizenship of Khoramabad city. *The Quarterly Journal of*

- Fundamentals of Mental Health*, 10(37), 47-54. (In Persian).
- Halford, W. K. (2001). *Brief couple therapy for couples*. New York: Guilford publications.
- Halford, W. K. (2002). Best practice in couple relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 385.
- Halford, W. K., Osgarby, S., & Kelly, A. (1996). The brief behavioral couple, s therapy: A preliminary evaluation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24(03), 263-273.
- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 750-761.
- Hwang, J. (2006). *A processing model of emotion regulation: Insights from the attachment system*. Doctoral dissertation, College of Arts and Sciences, Georgia State University.
- Janbaz-Fereydouni, K., Tabrizi, M. & Navabi Nejad, SH. (2009). The effectiveness of self-regulation brief couple therapy on marital satisfaction of the clients of clinics cultural city of Babolsar, *Journal of Family Research*, 4(15), 213-229. (In Persian).
- Karegar, M. Kimiai, A. & Mashhadi, A. (2015). The effectiveness of self-regulation group therapy based on emotional abuse and marital turmoil. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*, 4(2), 270-296. (In Persian).
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Mahbobi, T., Salimi, H. & Hossini, A. (2015). The Effect of Emotional Self- control Training on the Reduction of Verbal Aggression of Payame Noor University Students. *Social Cognition*, 2(8), 124-136. (In Persian).
- Mansouri, N. (2014). *The effectiveness of self-regulation couple therapy on marital satisfaction, identity styles, and Family problem-solving*. MA dissertation in The Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).
- Nickel, R., Egle, U. T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities, and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 30(2), 157-70.
- Soudani, M., Dehghan, S. & Mehrabi Zade- Honarmand, M. (2011). Even short-term treatment to evaluate the effectiveness of self-regulation practices and psychological well-being of their marital relationship incompatible. *Counseling Culture*, 1(3), 43-71. (In Persian).
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 86-95.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A., & Carter, K. (2002). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85-102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognition questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4),

- 385-396.
- Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 373-381.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 365-377.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 367-373.
- Wilson, K. L., Charker, J., Lizzio, A., Halford, K., & Kimlin, S. (2005). Assessing how much couples work at their relationship: the behavioral self-regulation for effective relationships scale. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 385.

نجفی، سیده فاطمه؛ سپهری شاملو، زهره؛ کارشکی، حسین (۱۳۹۷). ساخت و اعتبار یابی مقیاس شرم در دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی و پیام نور مشهد.

DOI: 10.22067/ijap.v8i1.46555

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۹۰-۷۳.



ساخت و اعتبار یابی مقیاس شرم در دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی و پیام نور مشهد

سیده فاطمه نجفی^۱، زهره سپهری شاملو^۲، حسین کارشکی^۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۶ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۲۵

چکیده

هدف: ساخت آزمون بر اساس رویکرد برادشاو به شرم و تلاش برای یکپارچه نمودن نظریات مختلف به شرم و متناسب سازی آن با فرهنگ و جامعه ایرانی

روش: جامعه در این پژوهش دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی و پیام نور مشهد می‌باشد. حجم نمونه ۹۰۰ نفر برای دو دانشگاه محاسبه شد. در این پژوهش به منظور ساخت آزمون روش‌های ترکیبی، اکتشافی، متوالی به کار گرفته شد

یافته‌ها: نتایج نشان‌دهنده شاخص‌های روایی محتوایی، روایی سازه در اشکال روایی عاملی، روایی همگرا ($r = 0.02, p > 0.05$)، و اگر ($r = -0.08, p > 0.05$) و افتراقی ($r = -0.008, p > 0.05$) و روایی ملاکی پیش‌بین ($r = 0.55, p < 0.001$) و ($r = 0.52, p < 0.001$) می‌باشد. پایایی آزمون ۰/۷۲ نیز قابل قبول نشان داده شد. به منظور تحلیل یافته‌ها از روش همبستگی و نرم افزار لیزرل کمک گرفته شد. نتایج تحلیل عاملی حاکی از تأیید طبقه‌بندی برادشاو به شرم می‌باشد. پیشنهادت در دو سرفصل پژوهشی و درمانی نیز ارائه گردیده‌اند.

واژه‌های کلیدی: آزمون، شرم سالم، شرم ناسالم، اعتباریابی

۱. کارشناس ارشد مشاور خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد. seyvedefateme.najafi@gmail.com

۲. استادیار دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول). z.s.shamloo@gmail.com

۳. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

یکی از زمینه‌های که علی‌رغم داشتن تاریخچه گسترده و طولانی در ادبیات روانشناسی اخیراً بیشتر مورد توجه درمانگران و نظریه‌پردازان روانشناسی در حیطه آسیب‌شناسی شده است مفهوم شرم^۱ و شکل‌گیری آن و پیامدهای آن می‌باشد (Singh, et al, 2016; Wong, Qian, 2016). شرم به عنوان یک مؤلفه هیجانی شامل نگرش منفی و دردناک از کل وجود خود، احساسات بی‌ارزشی، ضعف و بی‌لیاقتی نسبت به وجود خود است (So, 2015). درواقع شرم در هر نوعی که باشد هیجان دردناکی است که با خودارزیابی منفی مرتبط می‌باشد (Ludwig, Duarte, et al, 2017). از سوی دیگر بسیاری از نظریه‌پردازان بر این باورند که احساس شرم اساساً هیجان‌هایی انطباقی هستند (Tangney, Dearing, 2003). حفظ روابط اجتماعی مناسب از دیدگاه تکاملی بسیار مهم است، چراکه بقای فرد اغلب به شرایط گروه بزرگ‌تری بستگی دارد که فرد به آن تعلق دارد. حفظ روابط مناسب اجتماعی به دو فرایند تکمیلی بستگی دارد: حساس بودن نسبت به نیازهای دیگران؛ و داشتن انگیزه برای اصلاح یا بازسازی روابط بعد از اینکه خللی در روابط پدید می‌آید. احساس شرم می‌تواند در دو فرایند مذکور نقش محوری بازی نماید (Thompson, 2015).

بررسی سوابق نظری شرم نشان می‌دهد که اطلاعات تجربی کمی در مورد ماهیت و ریشه‌های این هیجان در دست است (Sheikh, S., & Janoff-Bulman, 2010). با این حال در سال‌های اخیر با افزایش بررسی‌های نظری و پژوهشی مشخص شد که این متغیر به عنوان یک هیجان در گستره وسیعی از رفتارهای برانگیخته شده انسان وجود دارد (Ferreira, et al, Oliveira, et al, 2017). شرم دربرگیرنده هیجان‌های خودآگاهی است که اساساً به ارزیابی درباره خود مربوط می‌شوند و تأثیرات و پیامدهای زیادی را برای بروز جنبه‌های روانی در سطح شناختی و رفتاری دارد. جنبه‌های منفی شرم که اشاره به بعد ناسالم آن دارد با بسیاری از مشکلات و اختلالات روان‌شناختی از جمله نگرش منفی نسبت به حمایت اجتماعی (Dodson, Beck, 2017)، رفتارها و عادات غذایی منفی (Duarte, Pinto-Gouveia, 2016)، اضطراب اجتماعی (Levinson, Byrne, Rodebaugh, 2015)، افسردگی (Paulus, Vanwoerden, Norton, Sharp, 2016)، و سواس فکری عملی (Weingarden, Renshaw, 2016) و اختلال شخصیت (Ritter, et al, 2014) رابطه دارد.

1. Shame

همچنین شرم مثبت می‌تواند به عنوان یک مؤلفه مهم در خودتنظیمی (Patricia, DeYoung, 2015)، حفظ و تداوم روابط اجتماعی (Bradshaw, 2005) و خودآگاهی (Gibson, 2016) می‌باشد.

بنابراین همان‌طور که مشخص است شرم به عنوان یک مؤلفه روان‌شناختی هم در درمان اختلالات روانی و هم به عنوان یک مؤلفه مثبت می‌تواند مورد هدف قرار گیرد. همین مسأله باعث شده است به‌ویژه در سال‌های اخیر نیاز ویژه‌ای به عملیاتی نمودن این متغیر در راستای مطالعات میدانی آن احساس گردد. به همین دلیل نیز ابزارهای مختلفی برای سنجش آن ساخت و اعتباریابی شده است. در مطالعه‌ای توسط پیرولا و همکاران (Pirola, 2016) در پرتغال با این استدلال که شرم در افراد سرطانی باعث افزایش مشکلات اختلالات روانی در آن‌ها می‌شود، مقیاسی برای ارزیابی آن در این بیماران طراحی و ساخته شد. در این مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار از جمله اعتبار هم‌زمان و پایایی باز آزمایی مطلوب گزارش شد. در مطالعه دیگری توسط ویزین، آربن و انوکا (Vizin, Urbán, Unoka, 2017) در مجارستان مقیاس تجربه شرم در یک نمونه بالینی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نیز نشان از اعتبار این پرسشنامه و رابطه مثبت آن با وضعیت بالینی بیماران نشان داد. در مطالعه دیگری ماتوس و همکاران (Matos, 2015) شرم بیرونی را به عنوان یک مؤلفه از درک قضاوت منفی در مورد خود در ذهن دیگران مورد ارزیابی قرار دادند. در این مطالعه نتایج نشان از تک عاملی بودن این مقیاس و اعتبار واگرایی بالای آن با سایر مقیاس‌های شرم بود. واتسون، گومز و گالون (Watson, Gomez, Gullone, 2016) نیز در مطالعه‌ای ابزاری برای سنجش شرم خودآگاه را در نوجوانان بررسی کردند. در این مطالعه نیز اعتبار همگرا و واگرا ابزار با علایم منفی اختلالات روانی از جمله افسردگی و همدلی مثبت بررسی و تأیید گردد. در یکی از جدیدترین مطالعات ترینداد، فریرا و پینتو گویا (Trindade, Ferreira, Pinto-Gouveia, 2017) نیز به ساخت و اعتبار مقیاس احساس شرم در بیماران مزمن پرداختند. نتایج این مطالعه ضمن تأیید اعتبار و روایی سازه، محتوایی و ملاک این پرسشنامه نشان از رابطه شرم با علایم افسردگی در بیماران تأکید داشت. علاوه بر مطالعات یادشده در سراسر دنیا در رابطه با ساخت و ارزیابی روان‌سنجی ابزار سنجش شرم مطالعات زیادی صورت گرفته است (Laskoski, Natividade, Hutz, 2016؛ Weingarden, Renshaw, Tangney, Michalopoulos, et al, 2015؛ oktedalen, 2014؛ Simonds, et al, 2016؛ Wilhelm, 2016) که خود نشان از اهمیت این متغیر به عنوان یک سازه محوری در آسیب‌شناسی روانی دارد.

بررسی مطالعات انجام گرفته در رابطه با ضرورت ساخت و سنجش ابزار شرم نشان می‌دهد که یکی از محوری‌ترین دلایل آن، شناسایی دقیق‌تر و درمان بهتر عوامل ایجادکننده و تثبیت‌کننده آسیب‌ها در دنیای درون فردی و روابط میان فردی بیمارانی بوده است (Trindade, 2017). در همین زمینه برخی از پژوهشگران نیز اذعان داشته‌اند که با شناسایی و سنجش شرم می‌توان به مراجعان در راستای اکثر مداخلات به‌ویژه در بافت گروه‌درمانی، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی استفاده‌های زیادی نمود (Dearing, Tangney, 2011). بنابراین شرم با چنین مشخصاتی می‌تواند موضوع ارزشمندی برای پرداختن و سنجش می‌باشد. بخصوص که مراجعان هرروزه خواهان کمک در این زمینه و زمینه‌های وابسته مانند عزت‌نفس، احساس گناه، خودپنداره می‌باشند. سنجش این خصیصه هسته‌ای، می‌تواند موجب شناسایی و بهبود عملکرد در زمینه‌های همبسته و وابسته گردد.

برای دستیابی به این هدف شاید اولین نظر، سنجش شرم با استفاده از ابزارهایی باشد که اخیراً ساخته شده و می‌تواند ترجمه و اعتباریابی گردد. بااین‌حال شواهد مبین آن است که متغیر شرم سازه‌ای وابسته به فرهنگ است. در همین راستا نیکرا و همکاران (Sznycera, 2016) پس از بررسی کشورهای مختلف از لحاظ شرم به این نتیجه دست یافت که ارزش‌ها و باورهای هر کشور نقش تعیین‌کننده‌ای در احساس شرم دارد. همچنین شواهد نشان می‌دهد در بین کودکان غربی، شرم شدید با احساس‌های بی‌کفایتی («من احمق»؛ «من آدم نفرت‌انگیزی هستم») و ناسازگاری ارتباط دارد - کناره‌گیری و افسردگی به علاوه خشم و پرخاشگری شدید نسبت به کسانی که در موقعیت شرم برانگیز دخالت داشته‌اند (Mills, 2005). اما پیامدهای شرم برای سازگاری کودکان، در فرهنگ‌های مختلف تفاوت دارند. افراد در جوامع جمع‌گرای آسیا، که خود را در ارتباط با گروه اجتماعی خویش توصیف می‌کند، شرم را به‌صورت یادآور سازگارانۀ این خود وابسته به دیگران و اهمیت قضاوت‌های دیگران در نظر می‌گیرند (Tangney, 2002). بنابراین به نظر می‌رسد برای سنجش سازه شرم باید با توجه به مبانی نظری ابزاری برای سنجش شرم ساخت که بتواند منطبق با فرهنگ ایرانی باشد.

در همین راستا یکی از مهم‌ترین رویکردها به شرم که به نظر می‌رسد می‌تواند به عنوان پایه و اساس ساخت آزمون مورد استفاده قرارگیرد رویکرد برادشاو به شرم می‌باشد. جمع‌بندی بررسی نکات مهم در رویکردهای مختلف با تمرکز بر رویکرد برادشاو و انطباق آن با فرهنگ ایرانی نشان می‌دهد که شرم مربوط به خویشتن می‌باشد که می‌تواند به شکل کمبود عزت‌نفس، خجالت، احساس گناه، خودش را نشان دهد.

یک بعد از شرم بعد عاطفی آن است و بعد دیگر آن آمادگی برای شرم و یا احساس گناه (شرم سالم) می باشد. در بعد عاطفی هرگاه عواطف انسان با شرم همراه شوند، تجربه بعدی این عواطف، عاطفه شرم را فعال خواهد ساخت، شرم در هفت بعد ظاهری می شود و دو نوع سالم یا ناسالم دارد. شرم معمولاً با پدیده رازآلودگی همراه می باشد. با توجه به نکات و اشارات رویکردها به طور کلی می توان شرم را به دو دسته اصلی شرم سالم و شرم ناسالم تقسیم نمود. شرم سالم یک نوع انرژی در حال حرکت می باشد، این احساس به ما می گوید که ما انسان ها محدود هستیم و ما را در مقابل شرم بیش از حد یا شرم کمتر از حد حفظ می کند. شرم ناسالم باور به این است که چیزی در وجود ما اشتباه است و اینکه بد و ناقص هستیم، این شرم ما را از خود و دیگران جدا می کند به تاریکی و راز تمایل دارد و در اشکال بسیاری خودنمایی می کند (مانند بیماری های روانی و مشکلات شخصیتی). در میان موکفه های شرم ناسالم می توان شش بعد را متصور نمود:

- ✓ شرم ناسالم جسمانی ۱: احساس شرم ناشی از باور اینکه به خاطر جسم (شکل ظاهری، قد، وزن و مانند این) یا نیازهای جسمی مانند گرسنگی و نیاز جنسی فرد دچار نقص در وجود خود می باشد، بنا به تعریف چنین فردی دچار شرم ناسالم جسمانی می باشد.
- ✓ شرم ناسالم ادراکی ۲: احساس شرم ناشی از باور این که فرد ادراکاتش اعم از ادراک بویایی، شنوایی، چشایی بینایی و لامسه، بدون مشکل فیزیولوژیک بارز دچار نقص و ایراد می باشند، شرم ناسالم ادراکی محسوب می شود.
- ✓ شرم ناسالم نیازهای وابستگی ۳: احساس شرم ناشی از این باور که فرد به خاطر نیاز و وابستگی هایش به دیگران موجودی ناقص است و نه طبیعی.
- ✓ شرم ناسالم احساس ۴: احساس شرم ناشی از این باور که فرد به خاطر احساساتش اعم از خشم، غم، شادی و دیگر احساسات، فرد بدی است و یا احساساتش خوب و درست نیستند.
- ✓ شرم ناسالم تفکر ۵: احساس شرم ناشی از باور اینکه در نحوه تفکر فرد اشکالی وجود دارد و اعتقاد نهایی به اینکه فرد به خاطر نیروی تفکرش موجود خوبی نیست.
- ✓ شرم ناسالم اراده: شرم ناسالم اراده در نیروی خواستن فرد نمایان می شود، احساس شرم ناشی از باور اینکه به خاطر توانایی اراده و تصمیم گیری موجود بدی هستیم و یا نیروی اراده، نیروی مخرب است.

-
1. Physical Toxic Shame
 3. Dependency Needs Toxic Shame
 2. Perceptual Toxic Shame
 3. Dependency Needs Toxic Shame
 4. Emotional Toxic Shame
 5. Thought Toxic Shame

همانطور که دیده شد به لحاظ نظری می‌توان ابعاد مختلفی را برای شرم متصور بود که نیاز است تا چگونگی سنجش آن را در ایران بررسی نماییم. لیکن با توجه به اهمیت روزافزون شرم در نظر روان‌شناسان نقاط مختلف جهان و همچنین لزوم ساخت ابزاری بومی منطبق با فرهنگ ایرانی، با این پژوهش قصد داریم تا به ساخت و اعتباریابی مقیاس شرم در یک نمونه ایرانی بپردازیم. با توجه به موارد گفته‌شده و در راستای ساخت پرسشنامه سؤال‌های اصلی پژوهش به شرح زیر بررسی شدند:

۱. آیا مقیاس شرم از پایایی کافی برخوردار است؟
۲. آیا مقیاس شرم از روایی سازه همگرا برخوردار است؟
۳. آیا مقیاس شرم از روایی ملاک پیش‌بین برخوردار است؟
۴. آیا ساختار عاملی شرم در دانشجویان ایرانی تأیید می‌شود؟
۵. آیا مقیاس شرم از روایی محتوایی برخوردار است؟

روش

طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش این پژوهش بر مبنای مطالعات توصیفی و زمینه‌یابی از نوع آزمون سازی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی مشهد و دانشگاه پیام نور مشهد می‌باشند که در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای بود. با استفاده از این روش نمونه‌گیری، حجم کل نمونه دانشگاه‌های پیام نور و فردوسی با استفاده از فرمول کوکران ۹۰۰ نفر محاسبه شد (تعداد ۴۵۰ نفر برای هر دانشگاه). به دلیل عدم تفکیک رشته‌های دانشگاهی در دانشگاه پیام نور و عدم الزام حضور دانشجویان دانشگاه پیام نور و دسترسی نداشتن به تعداد نمونه‌های محاسبه‌شده در این دانشگاه، نمونه‌گیری در دانشگاه مذکور دچار مشکل شد. در این دانشگاه پرسشنامه‌ها بین هر یک از دانشجویانی که در دانشگاه حضور داشتند، بدون در نظر گرفتن رشته تحصیلی و جنسیت، توزیع گردید.

جهت نمونه‌گیری در دانشگاه فردوسی، ابتدا تعداد دانشکده‌ها، جنسیت در هر دانشکده، مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری محاسبه گشت. سپس با استفاده از فرمول و به تفکیک جنسیت در هر دانشکده، آزمودنی‌ها انتخاب شدند. در دانشگاه فردوسی مشهد ۶۰۰ عدد پرسشنامه توزیع و ۴۱۸ عدد پرسشنامه جمع‌آوری شد. ۳۰۰ عدد پرسشنامه در دانشگاه پیام نور مشهد توزیع و ۲۱۰ عدد پرسشنامه جمع‌آوری شد. شرح تعیین حجم نمونه در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱) فراوانی دانشجویان در دانشکده‌های دانشگاه فردوسی مشهد به تفکیک جنسیت

دانشکده	تعداد کل	تعداد زن	تعداد مرد
دانشکده ادبیات	۲۷۲۶	۱۹۸۳	۷۴۳
دانشکده الهیات	۱۴۰۱	۱۰۷۱	۳۳۰
دانشکده اقتصاد	۲۰۱۴	۱۲۳۵	۷۷۹
دانشکده تربیت بدنی	۴۴۳	۲۳۲	۲۱۱
دانشکده دامپزشکی	۵۱۶	۲۷۶	۲۴۰
دانشکده علوم پایه	۱۹۰۸	۱۲۷۱	۶۳۷
دانشکده علوم تربیتی	۱۷۴۳	۱۴۵۵	۲۷۹
دانشکده علوم ریاضی	۹۲۹	۶۵۳	۲۷۶
دانشکده فنی و مهندسی	۴۴۴۷	۳۰۸۹	۱۳۵۸
دانشکده معماری	۳۶۶	۲۷۳	۹۳
دانشکده کشاورزی	۲۵۰۴	۱۴۸۶	۱۰۵۴
دانشکده منابع طبیعی	۴۴۳	۲۹۸	۱۴۵

روش ساخت آزمون

روند ساخت آزمون به ترتیب زیر انجام پذیرفت:

۱. ابتدا ساخت پرسشنامه اصلی آغاز شد و به این منظور مطالعه مبانی نظری شرم در مقالات و رویکردهای مختلف توسط پژوهشگر انجام گرفت.
۲. در ادامه، تعاریف موجود در نظریات مختلف و یکپارچه‌سازی تعاریف در زمینه شرم سالم و ناسالم جمع‌آوری شد.
۳. ۲۰۰ نشانگر از کتاب مذکور و منابع فارسی و آزمون قبلی محقق استخراج شد که در پیوست ب نمایش داده می‌شود.
۴. نهایتاً با بازنگری مجدد سؤالات و نشانگرها، تعداد سؤالات به ۱۰۸ رسید.

۵. فرم ارزیابان جهت ارزیابی روایی محتوایی آزمون تهیه شد و به ۹ نفر از متخصصین و اساتید دانشگاه (البته دو نفر از متخصصین همکاری نمودند) ارسال و بعد از جمع‌آوری نظرات و بررسی و تحلیل سؤالات با توجه به نظر متخصصین، برخی سؤالات حذف و اصلاح شدند. فرم اولیه آزمون برای اجرای آزمایشی با ۱۰۷ سؤال طراحی شد.
۶. اجرای مطالعه آزمایشی روی ۴۱ نفر دانشجوی و فارغ‌التحصیل از دانشکده‌های علوم تربیتی، ادبیات و مهندسی، تعیین آلفا برای کل آزمون‌ها، زیر مقیاس‌ها و سؤالاتی که برعکس نمره‌گذاری می‌شوند، تعیین شدند.
۷. آزمون‌های روایی هم‌زمان که در دسته‌های روایی همگرا، واگرا و دسته‌ای نیز برای روایی ملاک هم‌زمان تعیین و برای اجرای هم‌زمان آماده‌شده و برای اجرا آماده شدند.
۸. در این مرحله بر اساس تصحیح ارزیابان از آزمون شرم که با روش CVR و CVI استفاده شد. به عبارتی جهت اطمینان از اینکه مهم‌ترین و درست‌ترین محتوا انتخاب شده است یا نه، از شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) و برای اطمینان از اینکه آیا سؤالات یا آیتم‌ها، محتوا را اندازه‌گیری می‌کنند یا نه، از شاخص روایی محتوایی (CVR) استفاده می‌شود. انجام شد، تعدادی از سؤالات که بنا بر تشخیص ارزیابان نمره پایین‌تری در آزمون ضرورت گرفته بودند، حذف شدند.
۹. سپس پرسشنامه وارد مراحل ارزیابی تحلیل عاملی، روایی همگرا، واگرا و روایی پیش‌بین به‌عنوان روایی سازه شد. در ارزیابی تحلیل عاملی تأییدی همه هشت خرده آزمون تأیید شدند، بنا بر نظر پژوهشگر دو آزمون که بار عاملی منفی داشتند حذف شدند و تعداد آیتم‌های آزمون به ۸۶ عدد رسید.
۱۰. درنهایت بعد از انجام همه مراحل اعتبار و روایی، فرم نهایی آزمون شرم بانام جدید آزمون شرم سالم و ناسالم) تهیه شد.

ابزار سنجش

آزمون شادکامی آکسفورد^۱: این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پرسشنامه مذکور، در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک^۲ (BDI) ساخته شده است. هر گویه پرسشنامه شادکامی دارای چهار گزینه است که آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خودش یکی از آن‌ها را انتخاب نماید. آرگایل و همکاران پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آن‌ها ۰/۴۳ محاسبه شد. در پژوهش علی پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود.

1. Oxford Happiness Inventory

2. Beck Depression Inventory

آزمون عاطفه خودآگاه: آزمون عاطفه خودآگاه یک پرسشنامه خودسنجی و مداد-کاغذی است که توسط Tangney (1989)، تدوین شده است. این ابزار ۱۶ موقعیت (سناریو) از وضعیت‌های فرضی زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌دهد که ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی دارای ارزش مثبت و ۵ وضعیت آن دارای ارزش منفی است. تمام سؤالات به صورت مستقیم نمره گذاری می‌شوند. آزمودنی پاسخ‌های خود را به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه می‌دهد که دامنه آن‌ها از ۱ به معنی «احتمال ندارد» تا ۵ به معنی «به احتمال زیاد» است. لازم به ذکر است که تمام سناریوهای این آزمون دارای آیتم‌های شرم و گناه و اشتغال ذهنی با احساس گناه هستند. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط فرگوسن (Fergusen, 2001) و همچنین، (Chesli, Atrifard, Noori moghadam, 2008) برای شرم و احساس گناه به ترتیب ۷۸/۰ و ۶۴/۰ احراز گردیده است.

پرسشنامه هموابستگی اسپن - فیشر: آزمون هموابستگی توسط (Spann-Fisher, 1990) به منظور نظم‌بخشی به مفهوم هموابستگی طراحی شده است. این آزمون ۱۶ سؤالی در طیف لیکرت ۱ تا ۶ پاسخ داده می‌شود و تعداد ۲ سؤال آن نمره گذاری معکوس دارد در مطالعه وی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و روایی ایرانی این پرسشنامه در مطالعه (Ashraf, 2010) ضریب آلفا ۰/۷۳ گزارش شد. در مطالعه وی ضریب پایایی بر اساس هر دو روش اسپیرمن-براون و گاتمن محاسبه شد و مقدار آن ۰/۷۴۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب این پرسشنامه است.

یافته ها

سؤال اول: آیا مقیاس شرم از پایایی کافی برخوردار است؟

این سؤال در بررسی اهداف تعیین همسانی درونی آزمون شرم و سنجش طبقه بندی برادشاو به شرم، آماده شده و نتایج به دست آمده با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه گردید. پایایی یک ابزار اندازه گیری، عبارت است از درجه ثبات، همسانی و قابلیت پیش بینی آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد. این کیفیت، در هر نوع اندازه گیری، یک امر اساسی است. یکی از روش‌های بررسی پایایی یک ابزار، روش همسانی درونی است. همسانی درونی به این مسأله می‌پردازد که آیا کل گویه‌ها یک پدیده مشابه اندازه گیری می‌کنند. رایج ترین روش برای محاسبه همسانی درونی، آلفای کرونباخ می‌باشد. همسانی درونی، نوعی آزمون از سازگاری پاسخ‌های پاسخ‌دهندگان به همه گویه‌های یک پرسشنامه است. تا آنجا که گویه‌ها، عبارت‌های مستقلی از مفهوم مشابهی هستند، آن‌ها با یکدیگر همبستگی خواهند داشت. در این پژوهش، به منظور احراز پایایی پرسشنامه شرم از روش همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ

استفاده شد؛ که نتایج مربوط به آن برای هر یک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه در جدول (۲) ارائه گردیده است.

جدول (۲) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه شرم

خرده مقیاس	تعداد آیت‌ها	ضرایب آلفای کرونباخ		
		پسران	دختران	کل
شرم ناسالم	۱۱	۰/۷۳	۰/۷۲	۰/۷۲
شرم سالم	۱۸	۰/۷۵	۰/۸۰	۰/۷۷
شرم ناسالم اراده	۱۱	۰/۶۸	۰/۷۱	۰/۶۹
شرم ناسالم احساس	۹	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۸۲
شرم ناسالم ادراک	۴	۰/۷۰	۰/۷۰	۰/۷۰
شرم ناسالم جسم	۱۳	۰/۶۵	۰/۷۰	۰/۶۸
شرم ناسالم نیازهای وابستگی	۱۲	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۷۵
شرم ناسالم تفکر	۸	۰/۶۷	۰/۶۸	۰/۶۸
شرم ناسالم کلی	۸۶	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۹۳

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون شرم سالم و ناسالم، پاسخ به این سؤال مثبت است. به این دلیل که پایایی گزارش شده کل ۰/۷۲ می‌باشد و این پایایی قابل قبولی برای آزمون می‌باشد.

سؤال دوم: آیا مقیاس شرم از روایی سازه همگرا برخوردار است؟

منظور از روایی همگرا در ساخت آزمون اینست که هر گاه یک یا چند خصیصه از طریق دو یا چند روش اندازه‌گیری شوند و همبستگی آزمون‌هایی که خصیصه واحدی را اندازه می‌گیرند بالا باشد، پرسشنامه دارای روایی همگرا می‌باشد.

اگر همبستگی بین دو آزمون بالا باشد، نتیجه می‌گیریم که دو آزمون سازه واحدی را می‌سنجند (Karami, 2002). بنابراین آزمون جدید نیز یک آزمون روا برای سازه مورد نظر است. در این پژوهش جهت تعیین روایی همگرای پرسشنامه شرم از مؤلفه شرم پرسشنامه عاطفه خودآگاه استفاده شد. به طوری که همبستگی بین نمرات خرده مقیاس شرم ناسالم کلی با مؤلفه شرم پرسشنامه عاطفه ناخودآگاه محاسبه شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمرات شرم ناسالم کلی با مؤلفه شرم پرسشنامه عاطفه ناخودآگاه، رابطه مثبت و غیرمعناداری وجود دارد ($p > 0/05$, $r = 0/02$). با وجود ضعیف و غیرمعنادار بودن

این رابطه، مثبت بودن همبستگی بین نمرات شرم ناسالم کلی با مؤلفه شرم پرسشنامه عاطفه ناخودآگاه نشان‌دهنده عدم روایی همگرایی پرسشنامه شرم با پرسشنامه عاطفه ناخودآگاه می‌باشد.

سؤال سوم: آیا مقیاس شرم از روایی ملاکی هم‌زمان برخوردار می‌باشد؟

روایی ملاکی عبارت است از کارآمدی یک ابزار اندازه‌گیری در پیش‌بینی رفتار فرد در موقعیت‌های خاص (Sarmad, Hejazi, Bazargan, 2003). این پژوهش از روایی هم‌زمان ملاکی استفاده نمود. در این نوع روایی، هر دو آزمون پیش‌بین و ملاک، به صورت هم‌زمان اجرا شده و همبستگی بین نمرات این آزمونها به عنوان شاخص روایی هم‌زمان محاسبه می‌گردد (Karami, 2002).

در این پژوهش برای بررسی روایی ملاک خرده مقیاس شرم سالم از پرسشنامه شادکامی و برای خرده مقیاس شرم ناسالم کلی از پرسشنامه هم‌وابستگی استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان‌داد بین نمرات شرم سالم و شادکامی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r = 0.52, p < 0.001$). همچنین، نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمرات شرم ناسالم کلی و هم‌وابستگی نیز رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r = 0.55, p < 0.001$). در مجموع نتایج بدست آمده حاکی از روایی ملاک خرده مقیاس شرم سالم و شرم ناسالم کلی می‌باشد؛ زیرا بر اساس روابط مثبت بدست آمده، می‌توان اذعان کرد هر چه نمرات شرم سالم بیشتر باشد، نمرات شادکامی نیز بالاتر بوده و هر چه نمرات شرم ناسالم بیشتر باشد، نمرات هم‌وابستگی نیز بالاتر بوده است.

سؤال چهارم: آیا آزمون شرم از روایی محتوایی برخوردار است؟

روایی محتوایی تنها روایی است که بر شواهد منطقی و نه آماری تأکید دارد. درواقع این نوع روایی با استفاده از نظر متخصص بررسی و تعیین می‌شود. برای احراز این روایی، پس از تهیه پرسشنامه در اختیار متخصصین حیطه مورد نظر قرار می‌گیرد و از آن‌ها خواسته می‌شود، قضاوت کنند آیا سؤالات پرسشنامه، صفت مورد نظر را اندازه‌گیری می‌کند، کدام سؤالات مناسب اندازه‌گیری حیطه مورد نظر هستند و کدام‌ها نامناسب هستند. چه تغییراتی در پرسشنامه باید صورت گیرد؟ در مجموع سؤالات تا چه حد قادرند صفت مورد نظر یا حیطه مدنظر را اندازه‌گیری کنند؟ البته گاهی اوقات توصیه می‌شود نسبت روایی محتوایی^۱ (CVR) پرسشنامه و شاخص روایی محتوایی^۲ (CVI)، تعیین و ارزیابی شود. به عبارتی جهت اطمینان از مهم‌ترین و درست‌ترین محتوا انتخاب شده است یا نه، از شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) و برای

۱. Content Validity Ratio

۲. Content Validity Index

اطمینان از اینکه آیا سؤالات یا آیتم‌ها، محتوا را اندازه‌گیری می‌کنند یا نه، از شاخص روایی محتوایی (CVR) استفاده می‌شود.

جهت تعیین روایی محتوایی پرسشنامه شرم، پرسشنامه فوق در اختیار ۷ نفر از متخصصان قرار گرفت و جهت تعیین نسبت روایی محتوایی (CVR)؛ از آنان خواسته شد در خصوص معیار ضرورت هر یک از آیتم‌های پرسشنامه، یکی از سه گزینه "آیتم ضروری است"، "مفید اما ضروری نیست" و "ضرورتی ندارد"، را انتخاب کنند. سپس بر اساس پاسخ‌های متخصصان به هر آیتم، CVR، با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد.

فرمول محاسبه نسبت روایی محتوایی هر سؤال

$$CVR = \frac{[E - (N/2)]}{(N/2)}$$

E= تعداد متخصصانی که گزینه ضروری را انتخاب نموده اند

N= تعداد کل متخصصان

همچنین جهت تعیین شاخص روایی محتوایی؛ از این متخصصان خواسته شد در مورد هر یک از آیتم‌ها، بر اساس طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای سه معیار مرتبط بودن، سادگی و روان بودن، و وضوح یا شفاف بودن آیتم را نیز ارزیابی کنند؛ سپس با استفاده از فرمول CVI شاخص روایی محتوایی محاسبه گردید. لذا علاوه بر ضرورت، مرتبط بودن، سادگی و واضح بودن نیز برای آیتم‌های پرسشنامه بررسی شد.

فرمول محاسبه شاخص روایی محتوایی هر سؤال

$$CVI = [P / (N)]$$

E= تعداد متخصصانی که گزینه ۳ و ۴ را انتخاب نموده اند

N= تعداد کل متخصصان

پس از محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR) برای معیار ضرورت هر آیتم، شاخص روایی محتوایی (CVI) مربوط به سه معیار مرتبط بودن، سادگی و واضح بودن نیز برای هر آیتم محاسبه گردید حداقل مقادیر قابل قبول برای ۵، ۶ یا ۷ داور، (۰/۹۹) است. بنابراین آیتم‌هایی که CVR آن‌ها کمتر از ۰/۹۹ می‌باشد، نسبت روایی محتوایی رضایت بخشی ندارند و وجود این آیتم‌ها در پرسشنامه شرم ضروری نیست از بین ۱۰۸ آیتم پرسشنامه، نسبت روایی محتوایی برای ۴۸ آیتم کمتر از ۰/۹۹ بود. اما علاوه بر پایین بودن مقدار عددی نسبت روایی محتوایی (CVR) بعنوان ملاکی برای حذف این آیتم‌ها، مبانی نظری نیز مدنظر قرار گرفت. در نهایت

با توجه به نسبت روایی محتوایی (CVR) و مبانی نظری، ۱۶ آیتم از ۴۸ آیتم فوق الذکر حذف گردید، بنابراین فرم نهایی پرسشنامه شرم برای اجرا، دارای ۸۸ آیتم بود.

همچنین برای تفسیر شاخص روایی محتوایی (CVI)، متداول‌ترین ملاک، (۰/۸۰) است. به عبارتی، آیتم‌هایی که شاخص روایی محتوایی آن‌ها بالای (۰/۸۰) است، آیتم‌های مناسبی هستند و آیتم‌هایی که شاخص روایی محتوایی آن‌ها کمتر از ۰/۸۰ است، نیاز به اصلاح دارند. البته ملاک (۰/۷۰) هم مورد توجه قرار گرفته است؛ که در این پژوهش نیز از ملاک ۰/۷۰ استفاده گردید شاخص روایی محتوایی (CVI) معیارهای وضوح، ارتباط و سادگی برای ۱۰۸ آیتم پرسشنامه بالاتر از ۰/۷۰ می‌باشد.

سؤال پنجم: آیا ساختار عاملی شرم در دانشجویان ایرانی تأیید می‌شود؟

موارد استفاده تحلیل عاملی را می‌توان به دو دسته تقسیم نمود: الف) مقاصد اکتشافی که معروفترین آن‌ها تحلیل مولفه‌های اصلی و تحلیل عامل مشترک است. ب) مقاصد تأییدی که هدف آن تأیید ساختار عاملی از پیش تعیین شده‌ای باشد (Sarmad, Hejazi & Bazargan, 2002). در پژوهش حاضر با توجه به اینکه ساختار عاملی پرسشنامه شرم بر اساس مبانی نظری از پیش معین شده، از روش تحلیل عاملی تأییدی برای احراز روایی سازه این پرسشنامه استفاده شد. برازش و روایی پرسشنامه در تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از شاخص مجذور خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی^۱ (CFI)، شاخص هنجار شده برازندگی^۲ (NFI)، شاخص برازندگی نسبی^۳ (RFI)، شاخص نیکویی برازش^۴ (GFI) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۵ (RMSEA) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جدول (۳) مشاهده می‌شود.

جدول (۳) شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه شرم

مدل	χ^2	Df	CFI	NFI	RFI	GFI	REMSEA
قبل از حذف سؤال ۳ و ۴۳	۱۱۴۶۴/۸۲	۳۷۱۲	۰/۶۸	۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۷۱	۰/۰۵
پس از حذف سؤال ۳ و ۴۳	۹۸۵۶/۸۴	۳۳۷۴	۰/۶۹	۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۷۳	۰/۰۵

۱. Comparative Fit Index

۲. Normed Fit Index

۳. Relative Fit Index

۴. Goodness of Fit Index

۵. Root Mean Square Error of Approximation

شاخص نیکویی برازش (GFI) برای آزمون شرم سالم و ناسالم در محدوده خوب یعنی ۰/۰۵ گزارش شد. نتایج نشان‌دهنده تأیید ساختار هشت عاملی مبتنی بر نظریه برادشاو و دقت کافی در مبانی نظری آزمون شرم سالم و ناسالم می‌باشد.

نتیجه

نتایج بیانگر روایی سازه، روایی محتوایی و روایی ملاکی آزمون شرم سالم و ناسالم در جامعه دانشگاه‌های فردوسی و پیام نور مشهد است.

این نتایج که با پژوهش‌های روایی و پایایی آزمون‌های دیگر مورد مقایسه قرار گرفتند، نشان دهنده توانایی این آزمون در تحلیل عاملی اکتشافی می‌باشد و نتایج آن می‌تواند با تحلیل عاملی تأییدی مقایسه و بحث گردد. آزمون حاضر دارای روایی پیش‌بین قوی ای می‌باشد که جای آن در دو آزمون مهم در زمینه شرم خالی است. در روایی واگرا احتیاج به پژوهش‌های بیشتر می‌باشد. پایایی پرسشنامه شرم سالم و ناسالم نیز مورد تأیید قرار گرفت و تحلیل عاملی برای هر دو جنس شاخص‌های مناسبی نشان می‌دهد. بنابر آنچه از نتایج پرسشنامه به دست آمده می‌توان اذعان داشت:

شرم ناسالم با هم‌وابستگی مرتبط است (Whitefield, 2000) و در صورت بالا بودن شرم ناسالم می‌توان انتظار داشت هم‌وابستگی یا لااقل آمادگی برای هم‌وابستگی بالا باشد. شرم سالم نیز هم‌آیند شادکامی است، بنابراین با افزایش شرم سالم می‌توان انتظار بالارفتن شادکامی در افراد را داشت و از شادکامی قابل قبول در افراد می‌توان خصیصه شرم سالم را ردیابی نمود (Keshavarz, Vafaian, 2008). با توجه به مشاهدات و تبیین‌های صورت گرفته و اینکه این اولین نسخه از پرسشنامه شرم سالم و ناسالم می‌باشد می‌توان انتظار داشت این پرسشنامه مورد استفاده و بررسی پژوهشگران قرار گرفته و در پژوهش بتواند ایده‌های جدیدی مطرح نموده، در درمان راهگشا باشد.

پس از مطالعات برای نام این آزمون شرم سالم و ناسالم انتخاب شد. این آزمون شامل ۸۶ سؤال و ۸ خرده آزمون در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=۶، اکثر اوقات=۵، برخی اوقات=۴، کمی اوقات=۳، بندرت=۲ و هیچگاه=۱) می‌باشد. یک خرده آزمون به بررسی شرم سالم و هفت خرده آزمون دیگر (شامل شرم ناسالم، شرم ناسالم اراده، شرم ناسالم احساس، شرم ناسالم جسم، شرم ناسالم نیازهای وابستگی، شرم ناسالم تفکر به به بررسی ابعاد شرم ناسالم می‌پردازند.

پیشنهاها

۱. این آزمون را بر روی جمعیت بالینی نیز هنجاریابی نمود.
۲. ارتباط میان متغیر سلامت روان و شرم سالم را مورد بررسی قرار داد.
۳. ارتباط میان متغیر رضایت‌مندی از زندگی و شرم سالم را مورد بررسی قرار داد.
۴. ارتباط میان متغیر منبع کنترل و شرم (سالم و ناسالم) را به طور کلی و به طور خاص با شرم ناسالم اراده مورد بررسی قرار داد.
۵. ارتباط میان متغیر تفکر غیرمنطقی و شرم (سالم و ناسالم) به طور کلی و به طور خاص با شرم ناسالم تفکر، مورد بررسی قرار داد.

پیشنهادهای درمانی

۶. بررسی اثربخشی رویکرد فراشناخت بر بهبود شرم ناسالم.
۷. پیشنهاد می‌شود اثربخشی برنامه بهبود و غنی سازی زندگی LEAP بر بهبود شرم مخصوصا شرم ناسالم اراده مورد بررسی قرار گیرد.
۸. بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود شرم ناسالم بخصوص شرم ناسالم تفکر.
۹. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهبود شرم ناسالم و بخصوص شرم احساس، اراده و تفکر.

References

- Ashraf, M. H. (2009). *MSC Thesis, Education and Psychology Faculty, Model Of Codependency in According to Dependet Wives*, Allame Tabatabaie. University. (In Persian)
- Boersema, J. R. (2013). *Afrikaner, nevertheless: Stigma, shame & the sociology of cultural trauma*. University of Amsterdam
- Bradshaw, J. (1993). *Healing the shame that binds you*. Library of congress cataloging-in-publication data.
- Bradshaw, J. (2005). *Healing the Shame that Binds You: Recovery Classics Edition*. HCI; Revised edition
- Bradshaw, Jhon. (2003). *Creation of Love, Translated by Shafei Moghadam and Ejadi*, First Edition, Tehran: Paykan Publishing
- Brown, B. (2005). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 87, 43-52.
- Cherry, M., Taylor, P., Brown, S., Rigby, J., Sellwood, W. (2017). Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: A systematic review. *Psychiatry Research*, 249, 139-151
- Dearing, R., Tangney, J. (2011). *Shame in the Therapy Hour*. NY: American Psychological Association

- Dodson, T., Beck, G. (2017). Posttraumatic stress disorder symptoms and attitudes about social support: Does shame matter? *Journal of Anxiety Disorders*, In Press, Corrected Proof
- Duarte C, Matos M, Stubbs RJ, Gale C, Morris L, Gouveia JP, et al. (2017) The Impact of Shame, Self-Criticism and Social Rank on Eating Behaviours in Overweight and Obese Women Participating in a Weight Management Programme. *PLoS ONE* 12(1): e0167571.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. (2016). Body image flexibility mediates the effect of body image related victimization experiences and shame on binge eating and weight. *Eating Behaviors*, 23, 13-18
- Gibson, M. (2016). Constructing pride, shame, and humiliation as a mechanism of control: A case study of an English local authority child protection service. *Children and Youth Services Review*, 70, 120-128
- Kaufman, G. (1989, 1996). *The Psychology of Shame: Theory and treatment of Shame-Based Syndromes*. Second Edition, New York: Springer Publishing Company.
- Keshavarz, Amir; Vafaian, Mahbobe. (2008). Effective Factor on Happiness. *Applied Psychology*, 5, 51-62
- Laskoski, L., Natividade, J. (2013). Development of Instruments to Assess Shame and Guilt in Adolescents: Empirical Differences between the Constructs 1
- Levinson, C., Byrne, M., Rodebaugh, T. (2016). Shame and guilt as shared vulnerability factors: Shame, but not guilt, prospectively predicts both social anxiety and bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 22, 188-193
- Ludwig, S., Röhling, G., Thoma, C. (2017). Do women have more shame than men? An experiment on self-assessment and the shame of overestimating oneself. *European Economic Review*, 92, 31-46
- Lutwak, N., Panish, J., Ferrari, J. (2003). Shame and guilt: character logical vs behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and Individual Differences*, 33, 909-916.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, p., Duarte, C., Figueiredo, C. (2015). The Other As Shamer Scale – 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11
- Michalopoulos, L. T., Murray, L. K., Kane, J. C., Skavenski, S., Chomba, E, Cohen, J., Imasiku, M., Semrau, K., Unick, J., Bolton, P. A. (2015). Testing the validity and reliability of the shame questionnaire among sexually abused girls in Zambia. *PLoS One*, 16; 10(4), 12-38
- Mills, R. 2005. Taking stock on the development literature on shame. *Developmental Review*, No, 25, pp 26-63.
- Oktealden, T., Hagtvet, K., Hoffart, A., Langkaas, T., Smucker, M. (2013). The Trauma Related Shame Inventory: Measuring Trauma-Related Shame among Patients with PTSD, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 4, 600-615.
- Oliveira, V., Ferreira, C., Mendes, A., Marta-Simões, J. (2017). Shame and eating psychopathology in Portuguese women: Exploring the roles of self-judgment and fears of receiving compassion. *Appetite*, 110, 1, 80-85
- Ouellette, B. Pitrowski, N .A. Ficscher, B., Sarnoff, D. (2009). *The construct and influence of shame in adult women ages 18 through 45 with opioid dependence and who are involved in the legal system*, Canella University.

- Patricia, A., DeYoung, D. (2015). *Understanding and Treating Chronic Shame: A Relational/Neurobiological Approach*. New York: Routledge
- Paulus, D., Vanwoerden, S., Norton, P., Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 15, 376-385
- Pirola, W., Paiva, B., Barroso, E., Kissane, D., Serrano, C., Paiva, C. (2016). Translation and cultural adaptation of the Shame and Stigma Scale (SSS) into Portuguese (Brazil) to evaluate patients with head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, In Press, Corrected Proof
- Ritter, K., Vater, A., Rüsch, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, T., Roepke, S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215, 2, 28, 429-437
- Roshan Chesli, Rasool, Atrian Fard, Mahdiye, Noori Moghadam, Sana (2006). Validation of Third Edition of the TOSCA to measure shame and guilt. *Bimonthly Scientific Research of Shahed University*. 31-46)TOSCA-3 (
- Sarmad, Zohre; Bazargan, Abbas; Hejazi, Elahe. (1988) *Research Methods in the Behavioral Sciences*. Tenth Edition, Tehran, Agah Publishing.
- Schibalski, J., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Vetter, S., Rodgers, N., Oexle, P.W., Corrigan, W., Rössler. (2017). Stigma-related stress, shame and avoidant coping reactions among members of the general population with elevated symptom levels. *Comprehensive Psychiatry*, In Press, Accepted Manuscript
- Sheikh, S., & Janoff-Bulman. R. (2010). The “Shoulds” and “Should nots” of moral emotions: A self regulatory perspective on shame and guilt. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(2), 213-224.
- Simonds, L. M., John, M., Fife-Schaw, C., Willis, S., Taylor, H., Hand, H., Rahim, M., Winstanley, H., Winton, H. (2016). Development and validation of the Adolescent Shame-Proneness Scale. *Psychol Assess.* 28(5):549-62.
- Singh, S., Wetterneck, C., Williams, M., Knott, L. (2016). The role of shame and symptom severity on quality of life in Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 49-55
- So, J., Achar, C., Han, D., Agrawal, N., Duhachek, A., Maheswaran, D. (2015). The psychology of appraisal: Specific emotions and decision-making. *Journal of Consumer Psychology*, 25, 3, 359-371
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Heigel, C., Harty, L., & McCloskey, L. (2010). Shaming, blaming, and maiming: Functional links among the moral emotions, externalization of blame, and aggression. *Journal of Research in Personality*, 44, 91-102.
- Sznycera, D., Toobyb, J., Cosmidesa, L., Poratc, R., Shalvie, F., Halperinc, E. (2015). Shame closely tracks the threat of devaluation by others, even across cultures, *University of Texas at Austin*, 2625–2630
- Tangney, J. P, Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (6), 1256-1269.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour research and therapy*, 34 (9), 741-754.
- Tangney, J. P. (2002). Perfectionism and the self-conscious emotion: shame, guilt, embarrassment, and pride. In G. L. Flett and P. L. Hewitt (Eds.). *Perfectionism:*

- Theory, research, and treatment* (pp. 199-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J., Dearing, R. (2003). *Shame and Guilt*. NY: Guilford Press
- Thompson, C. (2015). *The Soul of Shame: Retelling the Stories We Believe about Ourselves*. Publisher InterVarsity Press
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). *The nature of pride*. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotion: Theory and research*. New York: Guilford.
- Trindade, A., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. (2016). Chronic Illness-Related Shame: Development of a New Scale and Novel Approach for IBD Patients' Depressive Symptomatology. *Clin Psychol Psychother*, 24(1):255-263.
- Vizin, G., Urbán, R., Unoka, Z. (2016). Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of the Experience of ShameScale. *Psychiatry Research*, 246, 30, 62-69
- Watson, S. D., Gomez, R., Gullone, E. (2016). The Shame and Guilt Scales of the Test of Self-Conscious Affect-Adolescent (TOSCA-A): Psychometric Properties for Responses from Children, and Measurement Invariance across Children and Adolescents. *Front Psychol*, 9, 7, 635.
- Weingarden, H., Renshaw, K. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 15, 74-84
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Tangney J. P., Wilhelm, S. (2016). Development and Validation of the Body-Focused Shame and Guilt Scale. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 1, 8, 9-20.
- Whitefield. Charlse. (2002) *Codependency to get rid of the human. New model for professionals and people seeking freedom from addictions and obsessions*, Translated by Hesam Aldin Masomian Sharghi. Tehran: Farabi Hakim Publishing.
- Wong, M., Qian, M. (2016). The role of shame in emotional eating. *Eating Behaviors*, 23, 41-47



طغان احمدآبادی، زهرا؛ محمدزاده، علی؛ جعفرزاده، صادق؛ طباطبایی، سید مهدی (۱۳۹۷). تاثیر یادگیری اشعار ریتمیک بر کارکرد حافظه شنیداری - کلامی کودکان.

DOI: 10.22067/ijap.v8i1.56689

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۹۱-۱۰۴.

تاثیر یادگیری اشعار ریتمیک بر کارکرد حافظه شنیداری-کلامی کودکان

زهرا طغان احمدآبادی^۱، علی محمدزاده^۲، صادق جعفرزاده^۳، سید مهدی طباطبایی^۴

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۲۷

چکیده

هدف: تعیین تاثیر یادگیری اشعار ریتمیک بر کارکرد حافظه شنیداری - کلامی کودکان.

روش: این مطالعه کارآزمایی تصادفی شده شاهددار (RCT) با مشارکت ۸۰ دانش‌آموز هنجار دختر و پسر پایه ششم ابتدایی (۹۵-۱۳۹۴) که به صورت تصادفی به دو گروه ۴۰ نفری شاهد و تجربی تقسیم شدند، دانش‌آموزان گروه تجربی ۸ هفته متوالی بصورت روزانه به اشعار ریتمیک ضبط شده کتاب فارسی گوش دادند. قبل و بعد از مداخله، حافظه شنیداری - کلامی هر دو گروه، با آزمون حافظه شنیداری - کلامی ری ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمونهای من ویتنی، تی زوجی و ویلکاکسون تحلیل شدند.

یافته‌ها: دامنه سنی دانش‌آموزان ۱۱-۱۲ سال و از نظر جنسیتی بطور مساوی انتخاب شدند. در پس آزمون، میانگین امتیاز یادگیری کلی از حافظه شنیداری-کلامی در دانش‌آموزان گروه تجربی (۱۰/۶±۱/۵۴) بصورت معنی داری بیشتر از گروه شاهد (۸/۴۰±۱/۶۸) بود ($p=0/028$). همچنین در پس آزمون، میانگین امتیاز یادگیری کلی، امتیاز با مداخله، یادآوری بلافاصله، یادآوری تاخیری و بازشناسی در گروه تجربی بصورت آماری معناداری بیشتر از پیش آزمون بود ($P<0/05$).

واژه‌های کلیدی: اشعار ریتمیک، حافظه شنیداری - کلامی، دانش‌آموزان ابتدایی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد شنوایی شناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسئول)، amzadeh@sbmu.ac.ir

۳. استادیار گروه آموزشی شنوایی شناسی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران،

sjafarzade@gmail.com

۴. عضو هیات علمی گروه علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

حافظه یکی از توانایی‌های عالی مغز است که باعث می‌شود انسان بتواند اطلاعات را ثبت و ذخیره کرده و در موقع لزوم آنها را به گونه‌ای فراخواند (Baddeley, 2012). یادگیری و حافظه از مهم‌ترین مکانیسم‌هایی است که رفتار انسان را از طریق محیط تغییر می‌دهد. یادگیری فرایندی است که انسان به وسیله آن درباره جهان دانش کسب می‌کند، در حالی که حافظه فرایندی است که به وسیله آن دانش کد گذاری ذخیره و سپس یادآوری می‌شود (Dehn, 2008). رابطه یادگیری با حافظه اجتناب‌ناپذیر است، به طوری که توانایی یادگیری باید حفظ و نگهداری شود تا پس از متراکم شدن این تجربیات یادگیری رخ دهد.

اگر کودکی در بازشناسی یا به خاطر آوردن اطلاعات شنیداری مشکل داشته باشد، عملکرد و یادگیری او در مورد هر تکلیفی که نیازمند انجام پردازش‌هایی در زمینه فوق باشد، دچار مشکل شدید خواهد شد (Austeng, Brubakk, Skranes, Lohaugen & Grunewal, 2013).

کودکی که در محیط مدرسه پیشرفت تحصیلی رضایت‌بخشی ندارد، ممکن است در یک نگاه محدود چنین تصور شود که دانش آموزی تنبل، بازیگوش یا کند ذهن است. اما باید توجه داشت که بخشی از مشکل تحصیلی او می‌تواند به دلیل اختلال در فرایند روانشناختی یادگیری مطالب باشد. افرادی که حافظه کاریشان ظرفیت و کارایی بالاتر دارد، در مقایسه با کسانی که ظرفیت و کارایی حافظه شان پایین‌تر است، عملکرد شناختی بهتر داشته‌اند. بنابراین، توجه به بهبود ظرفیت و کارایی حافظه یادگیرندگان، بی‌گمان بر اثربخشی و کارآمدی فرایند آموزش و طراحی و ارائه مواد آموزشی که هدف نهایی همه آنها ایجاد، گسترش یا تسهیل یادگیری است، اثرات مثبت می‌گذارد. (Debney, Druce & Mense, 2006).

حافظه شنوایی برای یادگیری زبان ضروری است و توانایی پردازش گفتار و مشارکت در محاوره، شدیداً به حافظه شنوایی وابسته است (Saed, 2010). وقتی صداهای آشنا در ذهن کودک جای می‌گیرد، نه تنها آنها را پس از شنیدن شناسایی می‌کند، بلکه از حافظه خود بیرون می‌کشد. به این ترتیب زبان از طریق شنوایی رشد می‌کند و اهمیت این رشد، در دوران کودکی بیشتر است، زیرا این دوران، برای همه کودکان دوره‌ای سرنوشت ساز است و ساختار شخصیتی و رفتاری کودک در این مرحله شکل می‌گیرد (Dahlin, 2011).

برهمر و همکاران (Brehmer, 2013) اظهار داشتند که عملکرد حافظه در گروه‌های سنی مختلف بعد از برنامه آموزش حافظه بهبود می‌یابد ولی میزان این بهبودی در کودکان بیشتر است. لذا سالهای اول

زندگی، زیربنای یادگیری در سراسر زندگی است و یادگیری در این دوران نقش بسزایی در تعیین آینده کودک و موفقیت و پیشرفت تحصیلی او دارد (Alloway & Gathercole, 2006).

نتیجه مطالعه گاسترول و بدلی (Gathercole & Baddeley, 2006) نشان داد، کودکان هنجار که از لحاظ حافظه کوتاه مدت شنیداری کلامی قوی‌تری دارند، کلمات و جملات جدید را با سرعت بیشتری فرا می‌گیرند. بنابراین اگر در طول این سالهای سرنوشت ساز، فرصتی برای رشد ذهنی و هیجانی کودک فراهم نشود، زمان گرانبهای یادگیری برای همیشه از دست می‌رود (Kronenberger, Pisoni, Henning 2011 & Colson). از طرفی مدرسه، بهترین مکان برای تقویت مهارت‌های یادگیری و حافظه کودکان است، زیرا متولی اصلی امر آموزش و یادگیری، سیستم آموزش و پرورش هر کشور است که یکی از اصلی‌ترین اهداف آن موفقیت و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان است. بنابراین هرگونه نارسایی و اختلالی می‌تواند خسارات زیادی به این سیستم و آینده کشور وارد کند، لذا ارزیابی حافظه شنیداری کلامی دانش‌آموزان و تقویت آن بسیار مهم است (Saed, 2010).

آزمون حافظه شنیداری- کلامی ری یکی از روش‌های رایج بررسی توانایی یادگیری و حافظه است که مواد آن واژه‌های تک‌هجایی هستند. در این آزمون توانایی افراد در رمزگشایی، تثبیت، ذخیره و بازیابی اطلاعات کلامی در حافظه آنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ساخت نسخه فارسی آزمون حافظه شنوایی- کلامی ری تنها از واژه‌های تک‌هجایی معنادار استفاده شده و کلمات هر فهرست طوری انتخاب شده‌اند که هیچ‌گونه مشابهت آوایی یا معنایی با یکدیگر نداشته باشند. نسخه فارسی آن در مطالعه جعفری و همکاران هنجاریابی شده است. هزینه پایین و سهولت اجرا و امکان انجام آن در مدرسه و محیط‌های مختلف، موجب کاربرد گسترده‌ی این ابزار شده است. (Jafari, Mortiz, Zandi, Aliakbari & Malayeri, 2010)

رشد مهارت‌های پایه‌ای شنوایی و شناختی، تاثیرپذیری زیادی از محیط شنیداری اطراف ما دارد و محرکات محیطی نقش مهمی در شکل‌گیری مغز دارند، به طوری که مواجهه با اصوات ریتمیک مانند موسیقی و شعر باعث بهبود مهارت‌های حافظه، یادگیری و تحریک شکل‌پذیری نورونی می‌شود (Zhaocong, Weifeng & Hanjun 2013).

یکی از راه‌هایی که به کرات در مطالعات قبلی جهت تقویت حافظه شنیداری کلامی استفاده شده، موسیقی می‌باشد. آموزش با استفاده‌ی منظم از موسیقی، متناسب با ایجاد تغییرات عصبی- ساختاری در لوب گیجگاهی چپ به پردازش حافظه کمک می‌کند (Janata, 2015).

هو و همکاران (Ho, Cheung & Chan, 2003) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که کودکانی که در گذشته تحت آموزش موسیقی قرار گرفته اند، حافظه شفاهی بسیار قوی تری دارند و می‌توانند لغات بیشتری را از فهرست خوانده شده به یاد بیاورند و در هر سنجش، بهتر از سنجش قبل عمل می‌کنند. نتیجه مطالعه (Chun & Chi, 2003) نیز نشان داد، آموزش موسیقی به صورت نظام‌مند و منظم در پرورش حافظه و هوش موثر است، تجربه شنیداری آرایش مناطقی از قشر را که در پردازش اصوات پیچیده مانند موسیقی دخالت دارند تغییر می‌دهد، این امر به دلیل تغییراتی است که در مدارات سیناپسی رخ می‌دهد. بر اساس شواهد به دست آمده از تحقیقات مختلف، تصور و پیش بینی موسیقی نیز باعث فعالسازی قشر شنوایی می‌شود. بنابراین حتی با تمرینات ذهنی نیز می‌توان بازنمایی موسیقایی را در قشر شنوایی بهبود بخشید.

البته تقویت کارکرد حافظه شنیداری، نیاز به زمان طولانی دارد و از طرفی، اگر افراد با صدای بلند و مدت طولانی به موسیقی گوش کنند، می‌تواند به وضعیت شنوایی، خصوصاً دانش آموزان صدمه بزند، لذا آموزش و توضیح این مسئله ضروری است. ولی با توجه به اهمیت تقویت حافظه شنیداری - کلامی دانش - آموزان و از طرفی نتایج سودمند تاثیر روان شناختی اشعار ریتمیک بر تقویت حافظه بالغین، که محتمل است برای کودکان هم مفید باشد و عمده مطالعات قبلی در این زمینه بصورت توصیفی انجام شده یا مداخلات آن متناسب با فرهنگ کشور ما نیست، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر یادگیری اشعار ریتمیک بر کارکرد حافظه شنیداری - کلامی دانش آموزان انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی تصادفی شده شاهددار، دو گروهی با طرح پیش‌آزمون و پس - آزمون می‌باشد که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ در شهر مشهد انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش آموزان هنجار دختر و پسر پایه ششم مقطع ابتدایی ناحیه ۳ شهر مشهد می‌باشد. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا یک مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه از بین مدارس ناحیه ۳ مشهد به طور تصادفی انتخاب شدند. در هر یک از مدارس دخترانه و پسرانه، از دو کلاس موجود یکی به قید قرعه به گروه تجربی و دیگری به گروه شاهد تخصیص داده شد. کودکان همگی هم سن، در یک مقطع تحصیلی و در یک مدرسه مشغول به تحصیل بودند. بدین ترتیب ۸۰ دانش‌آموز در محدوده سنی ۱۱-۱۲ سال، به دو گروه ۴۰ نفری تجربی و ۴۰ نفری شاهد تخصیص شدند.

حداقل حجم نمونه با استفاده از فرمول "مقایسه میانگین دو جامعه مستقل" و بر اساس مطالعات قبلی محاسبه شد، بدین ترتیب حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، در هر گروه ۳۲ نفر برآورد گردید و با توجه به احتمال ریزش نمونه و تعداد دانش آموزان هر کلاس، در نهایت ۴۰ نفر در هر گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. مهمترین معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن شنوایی محیطی هنجار، تک زبان و فارسی زبان بودن، راست دست بودن، نداشتن سابقه اختلالات عصبی تایید شده و ضربه به سر، عدم وجود اختلال گفتاری، عدم سابقه اختلالات ذهنی و جسمی در پرونده سلامت مدرسه و مهمترین معیار خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، ترک تحصیل و تعویض مدرسه به نواحی دیگر در طول پژوهش بود.

ابزارها

ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و آزمون حافظه شنیداری- کلامی ری بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک مشتمل بر سوالات تکمیل کردنی و چند گزینه‌ای در مورد سن و جنس بود. روایی محتوای این ابزار توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی مشهد و علوم توانبخشی تهران بررسی و تایید شد. آزمون ری شامل نه مرحله است و در هر مرحله از آزمون در سطحی که به راحتی قابل شنیدن باشد، امتیاز داده می‌شود. مراحل به شرح زیر می‌باشد. مراحل یک تا پنج آزمون (I-V) یا مرحله یادآوری: نخست واژه‌های فهرست الف با ارایه یک واژه در ثانیه با صدای زنده برای فرد خوانده شده و از وی خواسته می‌شود پس از اتمام کلمات، هر آنچه را که به یاد می‌آورد، بیان نماید. زمانی که فرد اعلام کرد دیگر واژه‌ای را به یاد نمی‌آورد، همان فهرست با شرایط مشابه دوباره خوانده شده و هر بار پاسخ فرد در فرم ثبت نتایج، درج می‌گردد. برای بررسی تأثیر تکرار محرک و توان یادگیری فرد، فهرست اول طی ۵ مرتبه به صورت پی در پی ارائه می‌شود. میانگین امتیاز پنج مرحله نخست، به عنوان میانگین کل امتیاز یادآوری در نظر گرفته می‌شود. مرحله اول آزمون ری به ارزیابی حافظه کاری اختصاص دارد و تعداد کلمات یادآوری شده نشان دهنده ظرفیت حافظه کاری^۱ است. به خاطر سپاری کلمات ارایه شده در مرحله اول آزمون، از طریق حلقه واج شناختی^۲ در حافظه کاری صورت می‌گیرد که عملکرد آن حفظ اطلاعات کلامی در ذخیره واج شناختی از طریق مرور ذهنی کلمات ارایه شده است. تکرار فهرست اول در مراحل یک تا پنج، بهبود امتیازات یا اثر یادگیری^۳ را نشان می‌دهد. واژه‌های فهرست مداخله کننده (فهرست ب) که بسیار مشابه واژه‌های فهرست الف، اما متفاوت هستند، نیز طی یک مرتبه با شرایط مشابه

1. Working Memory
2. Phonological Loop
3. Learning Effect

مرحله اول، ارائه شده و پاسخ دانش‌آموزان ثبت گردید. طی دو مرتبه یک بار بلافاصله پس از ارائه فهرست مداخله کننده و بار دیگر با تأخیر (پس از گذشت ۲۰ دقیقه) در مراحل هفتم و هشتم از فرد خواسته می‌شود، واژه های فهرست الف را یادآوری و تکرار نماید. در مرحله آخر (بازشناسی) فرد باید واژه های فهرست الف را از بین ۵۰ واژه (۳۰ واژه از مجموع دو فهرست الف و ب به همراه ۲۰ واژه جدید دیگر) شناسایی کند (Sadeghi, Geshani, Jafari & Jalaei, 2014).

روش اجرا

قبل از شروع مداخله، ابتدا شنوایی کودکان مورد ارزیابی قرار گرفت و کودکان با شنوایی غیر هنجار از مطالعه حذف گردیدند. سپس عملکرد شنیداری- کلامی کودکان با استفاده از آزمون حافظه شنوایی- کلامی ری به صورت انفرادی در یک اتاق ساکت (بدون رفت و آمد) با شرایط مشابه برای همه دانش‌آموزان دو گروه مورد مطالعه، در مدرسه اجرا گردید. در مرحله مداخله فایل های اشعار ریتمیک ضبط شده در اختیار دانش‌آموزان گروه تجربی قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا به وسیله هدفون به مدت ۸ هفته، روزانه یک مرتبه آنها را گوش داده و تکرار کنند. دانش‌آموزان گروه شاهد، همین متون را به صورت غیر ریتمیک طی مدت ۸ هفته گوش دادند. پژوهشگر هر روز به صورت تلفنی بر حسن اجرای مداخله نظارت داشت. بعد از مداخله (پس از آخرین روز تمرین) و حفظ اشعار توسط دانش‌آموزان، مجدداً عملکرد حافظه شنیداری- کلامی دانش‌آموزان هر دو گروه به روش و شرایط قبل از مداخله، ارزیابی شد. مهمترین ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب مجوز از آموزش و پرورش ناحیه ۳ مشهد و کسب رضایتنامه کتبی آگاهانه از شرکت کنندگان بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدبندی وارد کامپیوتر شده و پس از کسب اطمینان از صحت ورود، از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی (برای خلاصه کردن داده‌ها) و آزمونهای کولموگروف- اسمیرنوف (جهت تعیین نحوه توزیع متغیرهای کمی)، من ویتنی، تی زوجی، ویلکاکسون برای تحلیل آنها استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۸۰ نفر دانش‌آموز مورد مطالعه، ۵۰ درصد (۴۰ نفر) دختر و بقیه پسر بودند که نتیجه آزمون کای اسکور نشان داد تفاوت آماری معنی داری از این نظر بین دو گروه تجربی و شاهد وجود ندارد ($p=1/000$). دامنه سنی دانش‌آموزان هر دو گروه تجربی و شاهد ۱۲-۱۱ سال (میانگین ۱۱/۷ و انحراف معیار ۰) بود. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد، بین امتیاز مراحل یادگیری کلی ($p=0/113$) و یادآوری بلافاصله ($p=0/687$) حافظه شنیداری - کلامی دو گروه تجربی و شاهد در پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری

وجود ندارد. همچنین نتیجه آزمون من ویتنی نشان داد، بین امتیاز مرحله امتیاز با مداخله ($p=0/246$)، یادآوری تاخیری ($p=0/545$) و بازشناسی ($p=0/057$) حافظه شنیداری - کلامی دو گروه در پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین امتیاز مراحل حافظه شنیداری - کلامی در دو گروه تجربی و شاهد در پیش آزمون					
مراحل حافظه شنیداری - کلامی	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون
امتیاز یادگیری کل مراحل I تا V (I-V-A)	تجربی	۴۰	۸/۴	۱/۸	*۰/۱۱۳
	شاهد	۴۰	۶/۸	۱/۶	
امتیاز با مداخله VI-B	تجربی	۴۰	۴/۶	۱/۴	**۰/۲۴۶
	شاهد	۴۰	۵/۱	۱/۹	
یادآوری بلافاصله VII-A	تجربی	۴۰	۹/۲	۲/۱	*۰/۶۸۷
	شاهد	۴۰	۹/۵	۲/۳	
یادآوری تاخیری VIII-A	تجربی	۴۰	۸/۹	۲/۱	**۰/۵۴۵
	شاهد	۴۰	۹/۳	۱/۹	
بازشناسی IX-A(R)	تجربی	۴۰	۱۱/۹	۱/۹	**۰/۰۵۷
	شاهد	۴۰	۱۲/۸	۱/۹	

*: Independent Samples t Test

**.: Mann-Whitney Test

در پس آزمون، میانگین امتیاز مراحل یک تا V از حافظه شنیداری - کلامی در دانش آموزان گروه تجربی $10/6 \pm 1/54$ و گروه شاهد $8/4 \pm 1/68$ بود که نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد، از این نظر تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود دارد ($p=0/028$). همچنین نتیجه آزمون تی مستقل و من ویتنی نشان داد، میانگین امتیاز مراحل یادآوری بلافاصله ($p=0/044$) و بازشناسی ($p=0/013$) دانش آموزان گروه تجربی بصورت آماری معنی داری بیشتر از گروه شاهد می باشد. اما نتیجه آزمون من ویتنی نشان داد، در پس آزمون، میانگین امتیاز مراحل فهرست ب ($p=0/182$) و یادآوری تاخیری ($p=0/403$) از حافظه شنیداری - کلامی دانش آموزان، بین دو گروه مطالعه تفاوت آماری معنی داری ندارد (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین امتیاز مراحل حافظه شنیداری - کلامی در دو گروه تجربی و شاهد در پس آزمون

مراحل حافظه شنیداری- کلامی	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون
امتیاز کل مراحل I تا V (I-V-A)	تجربی	۴۰	۱۰/۶	۱/۵۴	*۰/۰۲۸
	شاهد	۴۰	۸/۴۰	۱/۶۸	
امتیاز با مداخله VI-B	تجربی	۴۰	۵/۶	۱/۶	**۰/۱۸۲
	شاهد	۴۰	۵/۴	۱/۹	
یادآوری بلافاصله VII-A	تجربی	۴۰	۱۰/۴	۲/۱	*۰/۰۴۴
	شاهد	۴۰	۹/۵	۲/۲	
یادآوری تاخیری VIII-A	تجربی	۴۰	۱۰/۳	۲/۳	**۰/۰۴۳
	شاهد	۴۰	۱۰/۰	۲/۱	
بازشناسی IX-A(R)	تجربی	۴۰	۱۴/۰	۰/۹	**۰/۰۱۳
	شاهد	۴۰	۱۲/۹	۱/۹	

*: Independent Samples t Test

**.: Mann-Whitney Test

نتیجه آزمون تی زوجی جهت مقایسه درون گروهی نشان داد، در پس آزمون، میانگین امتیاز مراحل یک تا V، یادآوری بلافاصله، یادآوری تاخیری در گروه تجربی بصورت آماری معناداری بیشتر از پیش آزمون می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$)، همچنین نتیجه آزمون ویلکاکسون نشان داد، میانگین امتیاز مرحله بازشناسی ($P < ۰/۰۰۱$) و امتیاز با مداخله ($P = ۰/۰۰۱$) حافظه شنیداری-کلامی دانش آموزان گروه تجربی، در پس آزمون بصورت آماری معنی داری بیشتر از پیش آزمون می‌باشد.

نتیجه آزمون تی زوجی نیز نشان داد، در دانش آموزان گروه شاهد، میانگین امتیاز مراحل یک تا V ($P = ۰/۴۸۵$) و یادآوری بلافاصله ($P = ۱/۰۰۰$) حافظه شنیداری-کلامی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری ندارد. نتیجه آزمون ویلکاکسون نیز نشان داد، میانگین امتیاز با مداخله ($P = ۰/۸۰۳$) و بازشناسی ($P = ۰/۶۰۲$) دانش آموزان گروه شاهد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت آماری معنی داری ندارد، اما میانگین امتیاز مرحله یادآوری تاخیری حافظه شنیداری-کلامی دانش آموزان گروه شاهد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش آماری معنی داری دارد ($P = ۰/۰۰۲$).

همچنین میانگین امتیازهای دانش آموزان گروه تجربی از $۵/۴ (\pm ۱/۷)$ در مرحله اول به $۱۰/۴ (\pm ۲/۱)$ در مرحله پنجم افزایش یافت و در دانش آموزان گروه شاهد به ترتیب از $۶/۴ (\pm ۲/۲)$ به $۱۰/۴ (\pm ۲/۱)$ افزایش یافت.

نتیجه

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر یادگیری اشعار ریتمیک بر کارکرد حافظه شنیداری- کلامی کودکان انجام شد، نتایج نشان داد که در پس آزمون، میانگین امتیاز مراحل یک تا پنج، یادآوری بلافاصله و بازشناسی از حافظه شنیداری- کلامی در دانش آموزان گروه تجربی بصورت آماری معنی داری بیشتر از گروه شاهد می باشد. اما بین میانگین امتیاز با مداخله و مرحله یادآوری تاخیری از حافظه شنیداری- کلامی دانش آموزان دو گروه مطالعه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین در پس آزمون، میانگین امتیاز مرحله یادگیری کل، امتیاز با مداخله، یادآوری بلافاصله، یادآوری تاخیری و بازشناسی در گروه تجربی بصورت آماری معناداری بیشتر از پیش آزمون بود، اما در گروه شاهد فقط امتیاز مرحله یادآوری تاخیری حافظه شنیداری- کلامی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش آماری معنی داری داشت.

هو و همکاران (Cheung & Chan, 2003) مطالعه‌ای با هدف بررسی عملکرد حافظه در کودکان تحت آموزش موسیقی انجام دادند. نتیجه این مطالعه نشان داد، کودکانی که در گذشته تحت آموزش موسیقی قرار گرفته بودند، حافظه شفاهی بسیار قوی تری دارند و می توانند لغات بیشتری را از فهرست خوانده شده به یاد بیاورند و در هر سنجش، بهتر از سنجش قبل عمل می کنند. پژوهشگران دریافتند که کودکان نوازنده نسبت به هم سن و سالان غیرنوازنده خود به مراتب کلمات بیشتری را حفظ می کنند. نتایج مطالعه حاضر را با نتایج این مطالعه همسو می باشد، زیرا دانش آموزانی که اشعار فارسی را بصورت ریتمیک که حالت موسیقایی دارد، فرا گرفتند، بازشناسی بهتر و قویتری نسبت به دانش آموزانی که اشعار را بصورت غیر ریتمیک گوش دادند، داشتند. یکی از دلایل احتمالی این امر، تاثیر موسیقی بر نیمکره چپ است. زیرا آموزش موسیقی نیم کره چپ مغز را تحریک میکند و یادگیری شفاهی نیز توسط همین قسمت از مغز انسان کنترل می شود (Roden, Kreutz & Bongard, 2012).

همچنین تقویت حافظه انسان با ادامه یادگیری موسیقی، ادامه پیدا می کند و با توقف آموزش موسیقی متوقف می شود (Kraus Hittner, Parbery- Clark & Anderson, 2014).

جاناتا (Janata, 2015) نیز معتقد است، گوش کردن فعال به موسیقی باعث درگیری لوبهای تمپورال، پاریتال و فرونتال شده و بر حافظه کاری موثر است. اشعار ریتمیک که حالتی موسیقایی دارند نیز می توانند تاثیری مشابه داشته باشند، آنگونه که نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد.

در مطالعه دیگری جورج و کوچ (George & Coch, 2011)، تاثیر آموزش موسیقی بر حافظه کاری را بررسی کردند. در این مطالعه جنبه رفتاری و عصبی حافظه کاری در گروهی از دانش آموزان غیر موسیقی دان و

موسیقی‌دان غیر حرفه‌ای به کمک پتانسیل‌های وابسته به رویداد (ERPs^۱) و آزمون استاندارد حافظه کاری مقایسه شد. نتایج نشان داد که در موسیقی‌دانها به روز رسانی حافظه کاری هم برای محرکات بینایی و هم برای محرکات شنوایی سریعتر است (کاهش نهفتگی P300) و همچنین موسیقی‌دانها منابع عصبی بیشتری را برای محرکات شنوایی اختصاص می‌دهند (دامنه بزرگتر P300). این یافته‌ها نشان می‌دهند آموزش طولانی مدت موسیقی باعث بهبود حافظه کاری می‌شود. نتیجه مطالعه رودن و همکاران (Roden, Kreutz & Bongard, 2012).

نشان داد، برنامه موسیقی می‌تواند بر حافظه دیداری و کلامی کودکان سنین مدرسه را بهبود بخشد. در مطالعه حاضر نیز حافظه کاری و اثر یادگیری در دانش آموزان تحت یادگیری اشعار ریتمیک در پس آزمون بصورت معنی داری بهتر از گروه شاهد و همچنین در پس آزمون بهتر بود. زیرا موسیقی و شعر یک تمرین منحصراً به فرد برای مغز و سلولهای مغزی است (Hallam, Price & Katsarou, 2010) و همانند ورزش برای عضلات بدن و هنگامی که فرد در حال یادگیری شعر به صورت ریتمیک است، یادگیری و حافظه درگیر بوده و در حال کسب و ثبت اطلاعات هستند (Michalowski & Kozima, 2007a). کولیر و کوگان (Collier & Logan, 2000) بر این باورند که عملکرد حافظه کوتاه مدت با بهره‌گیری از تحریکات موزون شنیداری متناوب، بهتر از زمانی است که تحریکات بینایی به کار برده می‌شود. نتیجه مطالعه اوا و همکاران (Ewa & Wiebke, 2013) نیز نشان داد که ریتم موسیقی می‌تواند بر تکامل شناختی افراد تاثیرگذار باشد.

نتیجه مطالعه شلنبرگ و همکاران (Schellenberg & Weiss, 2012) نیز نشان داد، موسیقی باعث برانگیختگی مغز و افزایش توانایی افراد در انجام وظایف شناختی می‌شود. موسیقی با عواطف و احساسات فرد ارتباط نزدیکی دارد و باعث فعال شدن دستگاه لیمبیک می‌شود. دستگاه لیمبیک نیز در پردازش عواطف و کنترل حافظه مربوط به عواطف نقش دارد. لذا موسیقی باعث تحریک و القاء عواطف می‌شود و عواطف می‌تواند بسیاری از عملکردهای شناختی مغز را کنترل کند. به عنوان مثال نتیجه مطالعه ترینیو و همکاران (Tierney, Krizman & Kraus, 2015) نشان داد، موسیقی سبب تغییر تکامل سیستم شنوایی در مغز می‌شود. موسیقی در کل باعث افزایش و تغییر فعالیت در شبکه‌های توزیع موازی مغز و سیستم عصبی محیطی و فعالسازی عملکردهای روانشناختی مختلف از جمله عواطف، حافظه، توجه و تصور در مغز می‌شود که استریت و همکاران (Strait, Hornickel & Kraus, 2011) و نیکولسکی (Nikolsky, 2016) در مطالعات خود نشان دادند، تاثیر موسیقی بر فرآیندهای زیرکورتکس و دستگاه لیمبیک موجب این اثرات می‌شود.

1 Event Related Potentials

همچنین نتایج مطالعات گذشته نشان می‌دهد، موسیقی موجب بهبود عملکردهای مغزی-عصبی افرادی شود که به دلیل بیماری یا بصورت مادرزادی بخشی از مغز دچار مشکل شده است (Martens, Junqers & Steele, 2011). به عنوان مثال نتیجه مطالعه میرزمانی بافقی و هداوند خانی (MirzamaniBafghi & HadavandKhani, 2009) نشان داد، موسیقی و اشعار ریتمیک می‌تواند موجب بهبود دامنه توجه دانش آموزان کم توان ذهنی شود. مطالعه سارکامو و همکاران (Särkämö & Soto, 2012) نشان داد که قرارگیری افراد دچار سکته مغزی در معرض محرکات چند حسی نظیر موسیقی، می‌تواند باعث کاهش حجم ضایعه، بهبود شناخت و بازیابی مهارت‌های حرکتی بعد از آسیب مغزی شود. در واقع موسیقی یک فعالیت پیچیده و چند حسی است که نیاز به ارتباط متقابل چندین حس دارد و باعث تغییرات عملکردی، ساختاری و رفتاری حتی در افراد بیمار می‌شود (Hausen, Torppa, Viljami, Vainio & Särkämö, 2013).

اما علیرغم نتایج مثبت آموزش موسیقی بر توانایی‌های شناختی، در مورد اینکه چه نوع توانایی شناختی بهبود می‌یابد، اختلاف نظر وجود دارد (Herholz & Zatorre, 2012). برخی نظریه‌ها بیان می‌کنند که موسیقی با تواناییهای کلامی مرتبط است که هایسن و همکاران (Hausen, Torppa, Viljami, Vainio & Särkämö, 2013) نیز این مطلب را اظهار داشتند و برخی دیگر بر ارتباط موسیقی با حافظه کلامی تاکید می‌کنند. اما این مسئله که موسیقی می‌تواند عملکردهای شناختی انسان را تغییر دهد، مورد توافق صاحب‌نظران است (Pelosi, Troester, Pickwick & Harmon, 2014).

از محدودیت‌های این مطالعه، در نظر نگرفتن عوامل مداخله‌گر مانند اضطراب دانش آموزان حین انجام آزمون بود که سعی شد با ارائه توضیحاتی به زبان ساده درباره آزمون، تا حدودی کنترل شود و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد. همچنین نبود مطالعه مشابه، مقایسه نتایج مطالعه حاضر را با سایر مطالعات با محدودیت روبه رو ساخت.

نتایج این مطالعه نشان داد که یادگیری اشعار ریتمیک موجب بهبودی قابل توجه حافظه شنیداری-کلامی دانش آموزان مقطع ششم ابتدایی می‌شود، لذا توصیه می‌شود، این شیوه در برنامه ریزی‌های آموزشی کلان مورد توجه قرار گیرد. همچنین معلمین نیز می‌توانند از این شیوه جهت تقویت یادگیری دانش آموزان خود استفاده کنند، زیرا استفاده از آن نیاز به امکانات پیچیده و زیادی ندارد. البته با توجه به تاثیر عواملی مانند سن و هوش بر حافظه شنیداری-کلامی، تعمیم‌پذیری نتایج به افراد گروه‌های سنی و هوشی مختلف به راحتی امکان‌پذیر نیست. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در مقاطع مختلف سنی در این زمینه انجام شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد ۷۸۰۵ و کد اخلاق IR.SBMU.RE TECH.REC.1395.124 می باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از حمایت معاونت پژوهشی دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سپاسگزاری نموده و همچنین از همکاری مدیران محترم دبستان آوا و طلوع نصر مشهد و دانش آموزان عزیزی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، قدردانی نماید.

References

- Alloway T, Gathercole S(2006). *How does working memory work in the classroom?* Educational Research and Reviews;1:134-9.
- Baddeley, A. (2012). Working memory: theories, models, and controversies. *Annu Rev Psychol*. 63(1), 29.
- Brehmer Y, Li S, Muller V, von Oertzen T, Lindenberger U(2007). Memory plasticity across the life span:uncovering children latent potential. *Dev Psychol*:465-78.
- Chi H, Chun M.(2003) *Traning improves verbal but not visual memory: Cross-sectional and longitudinal explorations in children*. *Cheung Neuropsychology* (17):439-50.
- Collier G, Logan G(2000). *Modality differences in short term memory for rhythms*. *Memory and Cognition*;28:529-38.
- Dahlin K.(2011) Effects of working memory training on reading in children with special needs. *Journal of Reading and Writing*;24(2):479-91.
- Dehn, M. (2008). Working memory and academic learning-Assessment and intervention. John Wiley.
- Ewa A, Wiebke J.(2013) *How musical training affects cognitive development: rhythm, reward and other modulating variables*. *Front Neurosci*;7:729.
- Gathercole S, Baddeley A, Willis C, Adams A.(2006) *Working Memory in children with reading disabilities*. *Journal of experimental child psychology*;93(3):265-81.
- Gathercole S, Willis C, Adams A.(2004) *A structural analysis of working memory and related cognitive skills in young children*. *Journal of experimental child psychology*.;87(2):85-106.
- George EM, Coch D.(2011) *Music training and working memory: an ERP study*. *Neuropsychologia*;49(5):1083-94.
- Grunewald K,Lohaugen G ,Austeng D , Brubakk A ,Skranes J,(2013). *Working memory trining improves cognitive function hn VLBW preschoolers*. *Pediatrics*; 131(3):747-54.
- Hallam S, Price J, Katsarou G(2010). *The Effects of Music on Primary School Pupils Task Performance*. *Educational Studies*;28(2):111-22.
- Hanjun L, Weifeng L, Zhaocong C. (2013). *Cortical plasticity in the sensorimotor control of voice hnduced by auditory cognitive training*. *Proceedings of Meetings on Acoustics*; 19:60-77.
- Harmon L,Troester K, Pickwick T,Pelosi G,(2014). *The Effects of Different Types of Music on Cognitive Abilities*. *Journal of Undergraduate psychology Study*; (1)4.
- Hausen M, Torppa R, Viljami RS, Vainio M, Särkämö T.(2013). *Music and speech prosody: a common rhythm*. *Front Psychol*.4:566.

- Herholz SC, Zatorre RJ. (2012). *Musical training as a framework for brain plasticity: behavior, function, and structure*. Neuron; 76(3):486-50.
- Ho Y, Cheung M, Chan A.(2003) *Music training improves verbal but not visual memory: cross-sectional and longitudinal explorations in children*. Neuropsychology;17(3):439-50.
- Jafari Z, Mortiz P, Zandi T, Aliakbari A, Malayeri S.(2010) *Iranian version of the Rey auditory verbal test: a validation study*. Payesh Journal;9(3):307-16.(In persian)
- Janata P.(2015) *Neural basis of music perception*. Handb Clin Neurol;129:187-205.
- Klinberg T.(2011) *Training and plasticity of working Memory*. Trends in cognitive sciences;14(7):317.
- Kronenberger J, Pisoni D, Henning S, Colson B, L H.(2011) *Working Memory Training for Children With Cochlear Implants: A Pilot Study*. National Institutes Health Public Access;54(4):1182-96.
- Martens M, Junqers M, Steele A.(2011) *Effect of musical experience on verbal memory in Williams syndrome: evidence from a novel word learning task*. Neuropsychologia;49(11):3093-102.
- Mense B, &Debney S, &Druce T. (2006). Ready set remember:short term auditory memory activities. Acer press.
- Michalowski M, Kozima H.(2007) *Methodological issues in facilitating rhythmic play*. 16 IEEE international conference on Robot & Human Interactive Communication.
- MirzamaniBafghi S, HadavandKhani F.(2009). *The effect of music and rhythmic motion on the scope attention of gril student adults with cognitive impairments* Journal of Rehabilitation;9(1):23-8.
- MJ vdM.(2010) *Working memory structure in 10- and 15-year old children with mild to borderline intellectual, disabilities*. Res Dev Disabil;31(6):1258-63.
- Nikolsky A.(2016)*Evolution of Tonal Organization in Music Optimizes Neural Mechanisms in Symbolic Encoding of Perceptual Reality*. Front Psychol;7:211.
- Parbery- Clark A, Anderson s, Hittner E, Kraus N. (2014). *Musical experience strengthens the neural representation of sounds important for communication in middle age adults*. Frontiersin Aging Neuroscience; 23(4):30.
- Roden I, Kreutz G, Bongard S.(2012) *Effects of a School-Based Instrumental Music Program on Verbal and Visual Memory in Primary SchoolChildren: A Longitudinal Study*. Front Psychol;3:572.
- Roden I, Kreutz G, Bongard S.(2012)*Effects of a school-based instrumental music program on verbal and visual memory in primary school children: a longitudinal study*. Front Psychol;3:572-90.
- Sadeghi F, Geshani A, Jafari Z, Jalaei S. (2014). *Assessment of auditory verbal memory / learning performance in 9 to 11 year old children* (in Persian); 8 (3):54-61.
- Saed O.(2010). *Foundations of Memory* Tehran: Arjmand Publications & Nasle Farda; (In Persian).
- Särkämö T, Pihko E, Laitinen S, Forsblom A, Soinila S, Mikkonen M, et al.(2010). *Music and speech listening enhance the recovery of early sensory processing after stroke*. Journal of Cognitive Neuroscience;22(12):2716-27.
- Särkämö T, Soto D.(2012) *Music listening after stroke: beneficial effects and potential neural mechanisms*. Annals of the New York Academy of Sciences;1252(1):266-81.

- Schellenberg E, Hunter P, Tamoto S.(2007) *Exposure to music and cognitive performance: Tests of children and adults*. Psychology of Music;35(1):5-19.
- Strait DL, Hornickel J, Kraus N.(2011) *Subcortical processing of speech regularities underlies reading and music aptitude in children*. Behav Brain Funct;7:44.
- Thomason M, Race E, Burrows B, Whitfield-Gabrieli S, Glover G, Gabrieli J.(2009) *Development of Spatial and Verbal Working Memory Capacity in the Human Brain*. Cognitive Neuroscience;21(2):11-25.
- Tierney A, Krizman J, Kraus N.(2015) *Music training alters the course of adolescent auditory development*. Proc Natl Acad Sci;112(32):10062–7.
- Trainor L, Shahin A, Roberts L.(2003) *Effect of musical training on the auditory cortex in children*. Annals of the New York Academy of Sciences;999:506-13.



حقی، صبا؛ حق طلب، طاهره؛ عسگری، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین. *روانشناسی و روان‌پزشکی*، ۸(۱)، ۱۰۵-۱۲۳.
DOI: 10.22067/ijap.v8i1.61451

اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی-معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین

صبا حقی^۱، طاهره حق طلب^۲، محمد عسگری^۳

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

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین

روش: در یک طرح نیمه آزمایشی از نوع گروه‌های کنترل نامعادل، ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار بعد از غربالگری اولیه به صورت نمونه‌گیری هدفمند در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش مداخلات آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد را دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه دیدگاه‌های شخصی کوباسا، شاخص نگرش به زندگی و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون t برای نمره‌های افتراقی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آزمون t برای نمره‌های افتراقی نشان داد که تفاوت میانگین در نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی بین دو گروه معنی‌دار است؛ بنابراین آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی باعث افزایش سرسختی روان‌شناختی و کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی در زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین شده است.

واژه‌های کلیدی: آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد، بی‌معنایی زندگی، زنان سرپرست خانوار، سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ملایر، (نویسنده مسئول)، Haghi1212@gmail.com

۲. استادیار بخش روان‌شناسی دانشگاه ملایر، Haghtalab3553@yahoo.com

۳. دانشیار بخش روان‌شناسی دانشگاه ملایر

مقدمه

بررسی تحول‌های خانواده در مناطق مختلف جهان، حاکی از افزایش میزان خانوارهای زن سرپرست نسبت به کل جمعیت در ۳۰ سال گذشته است. تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهند که امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان نان‌آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند. شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که آمار زنان سرپرست خانوار در کشور ما نیز در حال افزایش است. آمار بین سال‌های ۸۵ و ۹۰ از رشد سه درصدی زنان سرپرست خانوار حکایت دارد. این گروه به‌علت این که توان اداری امور اقتصادی خود و خانواده‌ی خود را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری‌های ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی در چارچوب خانه، دست‌وپنجه نرم می‌کنند. براساس آمارهای رسمی کشور امروز زنان، سرپرستی ۴/۹ درصد خانوارهای ایرانی را برعهده دارند. از حدود ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار زن سرپرست خانوار کشور، حدود یک میلیون و صد هزار نفر زیر پوشش کمیته امداد و ۱۸۰ هزار نفر نیز تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار دارند. عدم برخورداری این گونه زنان از سطح نسبی رفاه و شکاف عمیق بین وضعیت آنان با شاخص‌های رفاه اجتماعی از جمله: بهداشت، آموزش، مهارت و پائین بودن میزان درآمد سرانه، محدودیت‌های اجتماعی و مالی، بروز افسردگی، ترک تحصیل، ازدواج اجباری، ازدواج ناموفق و سایر مسائل و مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار با آن‌ها درگیر هستند، منجر به ایجاد یک چرخه ناتمام مملو از محرومیت می‌گردد؛ و به تدریج زندگی آنان و سایر افرادی که به‌نوعی تحت مراقبت این زنان می‌باشند را تهدید می‌نماید (Alhoseyni, 2015).

بیش از نیمی از زنان سرپرست خانوار، احساس ضعف و ناتوانی می‌کنند. ترس و نگرانی از آینده مبهم و نامعلوم، نبود تضمین برای تأمین نیازهای زندگی آتی، از مهم‌ترین دغدغه‌های زنان سرپرست خانوار می‌باشد. با این همه، احتمال اینکه کیفیت زندگی این گونه زنان نیز در معرض خدشه قرار گیرد، به‌طور قطع وجود دارد. امروزه کیفیت زندگی به روش‌های گوناگونی تعریف شده است، بعضی آن‌را مترادف با خوشحالی و رضایت از زندگی و برخی نیز هم‌معنی با بهزیستی می‌دانند. کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی و روابط اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است (Puigdollers, Domingo-salvany, Brugal, Torrens, Alvaros & Castillo, 2004). به بیان دیگر، کیفیت زندگی هر فرد به درک منحصر به فرد وی از زندگی بستگی دارد و اینکه زندگی علیرغم ارتباطی که وی با خانواده، دوستان و جامعه دارد ارضاء کننده است. افزون بر آن از جنبه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مذهبی و جنسی‌اش رضایت دارد. چالش اصلی قرن حاضر، نه زنده ماندن، بلکه زندگی

با کیفیت بهتر است. مطالعات نشان می‌دهند که بیش از هر چیز، مشکلات روانی و عاطفی موجب کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شوند (Michalos & Orlando, 2006).

مؤلفه‌ی دیگری که کمبود آن در زندگی زنان سرپرست خانوار رخ‌نمایی می‌کند، سرسختی روان-شناختی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بلایای طبیعی و شرایط دشوار زندگی، تنیدگی‌های روان‌شناختی را به دنبال دارند که با بیماری‌های جسمی و روانی مرتبط هستند. سرسختی روان‌شناختی، متغیری است که می‌تواند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آن‌ها را تعدیل نماید (Joseph, Williams & Yule, 1997). براساس پژوهش‌های کوباسا (Kobasa, 1979)، سرسختی، یک منبع مقاومت درونی معرفی شده که آثار زیان‌بار استرس را بر سلامتی، کاهش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده است که سرسختی روان‌شناختی، عامل فشارزا بودن حوادث و همچنین برانگیختگی روانی-جسمی حاصل از این حوادث را کاهش می‌دهد و تأثیر مثبتی بر سلامتی افراد دارد (Salehiheydarabd, Khosroyian & Ageshte, 2014). زاهدبابلان، قاسمی‌پور و حسن‌زاده (Zhahedbabolan, Ghasempour & Hasanzade, 2011) نشان دادند که بخشش و سرسختی، نقش مهمی در امید افراد نمونه دارند و در حضور متغیرهای سرسختی و بخشش، احتمال افزایش امید بیشتر می‌شود. زانگ (Zhang, 2010) در پژوهشی که در بین دانشجویان چینی انجام داد، بیان کرد که سرسختی با پنج عامل بزرگ شخصیت ارتباط دارد، به‌طوری که سه مؤلفه‌ی سرسختی (تعهد، مهار و مبارزه‌جویی) با روان‌رنجورخویی^۱ ارتباط منفی و معنادار و با چهار عامل دیگر شخصیت (برونگرایی^۲، گشاده‌رویی^۳، خوشایندی^۴ و وظیفه‌شناسی^۵) ارتباط مثبت و معناداری دارند. دلاهیج، گیلارد و دام (Delahaij, Gaillard & Dam, 2010) و بشارت (Besharat, 2007) گزارش کردند که سرسختی با شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه ارتباط مثبت و معنادار و با سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، ارتباط منفی و معنادار دارند. امریکانر، مونکر، ولف و توماس (Amerikaner, Monks, Wolfe & Thomas, 1994) رابطه‌ی بین سلامت روانی با تعاملات ادراک‌شده‌ی خانواده را بررسی نمودند و دریافتند خانواده‌هایی که از انسجام بیشتر، ارتباط بهتر بین اعضای خانواده و رضایت بیش‌تر از وضعیت خانواده برخوردارند و همچنین خانواده‌هایی که بر فعالیت‌های اجتماعی، مذهبی-اخلاقی، فکری-فرهنگی و نظم و سازماندهی تأکید بیشتری دارند، از میزان سرسختی بالاتری برخوردارند. وایب (Wiebe, 1991) به این نتیجه دست یافت که آزمودنی‌های دارای سرسختی بالا

-
1. Neuroticism
 2. Extroversion
 3. Openness
 4. Agreeableness
 5. Conscientiousness

در مقایسه با آزمودنی‌های دارای سرسختی پایین، در مقابل ناکامی، قدرت تحمل بیشتری دارند. ناکانا (Nakano, 1990) با انجام پژوهش بر روی زنان ژاپنی، رابطه منفی و معناداری را بین متغیرهای سرسختی و افسردگی به دست آورد.

معنای زندگی یکی دیگر از مقوله‌هایی است که زنان سرپرست خانوار نبود یا کمبود وجود آن‌را در زندگی خود حس می‌کنند. انسان حقیقت‌جو در پی آگاهی یافتن به ماهیت آن است (Dehdari, 2013). Yarahmadi, Taghdisi, Daneshvar & Ahmadpour, 2013) فرانکل معتقد است که افراد ناامید، افسرده و بی‌قرار و آن‌هایی که احساس تنهایی می‌کنند، غالباً از بی‌معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند. در زندگی هیچ چیز آن‌ها را به خود پای‌بند نمی‌سازد و برایشان ارزشی ندارد (Gholami, Pasha & Soodani, 2009). آنچه در هستی انسان اهمیت دارد، سرنوشتی نیست که انسان انتظارش را می‌کشد؛ بلکه شیوه‌ای است که انسان سرنوشت را می‌پذیرد؛ و به اعتقاد فرانکل، در هر موقعیتی حتی به هنگام رنج و مرگ هم می‌توان معنایی یافت. فرانکل می‌گوید: زنده بودن یعنی رنج کشیدن، اما برای رنج خویش معنایی یافتن، یعنی ادامه‌ی هستی. فرانکل در این باره از نیچه نقل قول می‌آورد: "کسی که چرایی در زندگی دارد، با هر چگونه‌ای خواهد ساخت" (Khoshdel, 2009). در پژوهش‌های پیشین ذکر شده است که بین معناداری زندگی با میزان امید، شادی و رضایت در زندگی (Nasiri & Jokar, 2008)، رفاه روان‌شناختی (Rathi & Rastogi, 2007) و سلامت عمومی (Klefaras & Psarra, 2006) همبستگی مثبت و معنادار و با افسردگی (Klefaras & Psarra, 2006؛ Nasiri & Jokar, 2008) همبستگی منفی و معناداری وجود دارد.

در تحقیقات قبلی نشان داده شده است که اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری (Ganje, 2015) Mehrabizadehonarmakd, Davodi & Zargar, 2015) آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری (Rezaeardani, Faridhoseini, Borhanifaghani & Seyfi, 2015) درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس (Shahkarami, Zaharakar, Moradizade, Davarnia & Shakarami, 2015) روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Mohabatbahar, Akbarim, Molki & Moradijo, 2014) و آموزش مهارت‌های زندگی (Khani, Samsamshariat, Mehdad, Taki, Korangbeheshhti & Hekmatravan, 2013) Mahmodi, Shabani & Zaharakar, 2014 باعث بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله شده است. در ذهن بسیاری از مردم، مفروضه‌ها یا معیارهای غیر واقع بینانه‌ای نقش بسته است که باعث احساس شکست و بطالت زندگی آن‌ها می‌شود (Leahy, 2003). لذا در شناخت‌درمانی توجه زیادی به جزئیات و نقش تفکر

در تغییرات رفتاری و عاطفی می‌شود. شناخت‌درمانگرها در تعیین هدف‌ها به عقاید غلطی توجه می‌کنند که جلوی تحقق هدف‌های مراجعان را می‌گیرند (Firozbakht, 2012).

با توجه به مسائل و موارد گفته شده، نیاز به آموزش خاصی جهت ارتقاء در این زمینه می‌باشد، یکی از روش‌های آموزشی در این زمینه، روش آموزشی شناخت‌درمانی است. شناخت‌درمانی، به آموزش فکر و ارتباط آن با احساس، احوال، رفتار و به‌طور کلی زندگی می‌پردازد. شناخت‌درمانی به انسان کمک می‌کند از طریق اندیشیدن، درست اندیشیدن و مثبت اندیشیدن، زندگی و سرنوشت خود را دگرگون و متغیر کند و از قدرت بیشتری برخوردار گردد (Burns, 1990). لذا این پژوهش در پی دستیابی به چنین ضرورتی می‌باشد. اما از آنجا که این پژوهش در ایران انجام نگرفته است و جنبه‌ی جدید دارد، به انجام پژوهش‌های آینده و پژوهشگران مراکز کمیته امداد، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی کمک خواهد کرد.

لذا سؤال اصلی این پژوهش، این است که آیا آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی^۱ و از نوع گروه‌های کنترل نامعادل^۲ است. در پژوهش حاضر آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی، متغیر مستقل و متغیرهای نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی متغیرهای وابسته پژوهش حاضر هستند. در این پژوهش کیفیت زندگی و جنسیت متغیرهای کنترل می‌باشند. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد همدان در سال ۱۳۹۵ است، که حدوداً ۸۱۵۰ نفر می‌باشند (گزارش کمیته امداد همدان، ۱۳۹۵). بر-اساس جامعه‌ی آماری موجود، از کلیه‌ی افراد به سه روش زیر جهت انجام پژوهش، دعوت به‌عمل آمد: ۱. ارسال دعوت‌نامه پستی. ۲. اعلان فراخوان عمومی در مرکز کمیته امداد همدان. ۳. ثبت‌نام حضوری در مرکز کمیته امداد همدان. با توجه به سه روش فوق، تعداد محدودی ($n=80$) مایل به همکاری شدند، سپس به-منظور غربالگری، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بین ۸۰ نفر توزیع شد و با خط برش ۲۴، افراد به دو دسته‌ی کیفیت زندگی پایین و کیفیت زندگی بالا تقسیم و افرادی که دارای کیفیت زندگی پایین بودند، به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند ($n=45$). از بین این تعداد، به‌صورت داوطلبانه، ۳۰ نفر مایل به همکاری شدند که

1. Quasi- Experimental Design

2. Nonequivalent Control Group Design

به صورت تصادفی در دو گروه کنترل ($n=15$) و آزمایش ($n=15$) جایگزین شدند؛ و برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها از تقویت‌کننده (با همکاری کمیته امداد همدان، قرار شد که بعد از اتمام جلسات آموزشی به هر شرکت‌کننده مبلغی داده و همچنین افراد شرکت‌کننده به سفر مشهد برده شوند) استفاده شد. ابتدا هر دو گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند و سپس مداخله آزمایشی بر روی گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی اجرا شد. پس از پایان آموزش، هر دو گروه (آزمایش و کنترل) مجدداً در یک جلسه، با پرسشنامه‌های سرسختی روان‌شناختی و نگرش به زندگی، به صورت گروهی، ارزیابی شدند (پس‌آزمون). سپس پرسشنامه‌ها کدگذاری و داده‌ها وارد برنامه آماری اسپاس اس^۱ نسخه ۲۳ شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و چند-متغیره با رعایت پیش‌فرض‌ها، همچنین آزمون t برای نمره‌های افتراقی استفاده شد.

ابزارها

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل سه ابزار: ۱- پرسشنامه کیفیت زندگی ۲- پرسشنامه دیدگاه‌های شخصی کوباسا (سرسختی) و ۳- پرسشنامه نگرش به زندگی بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می‌شود:

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط کازینسکی (Kazinsky, 1996) ساخته شده است. پرسشنامه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی، کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود (عبارت ۱)، عملکرد فیزیکی (عبارات ۲ و ۳)، سلامت جسمانی (عبارات ۴ و ۵)، مشکلات هیجانی (عبارات ۶ و ۷)، درد جسمانی (عبارت ۸)، عملکرد اجتماعی (عبارت ۹)، نشاط و انرژی حیاتی (عبارت ۱۱) و سلامت روان (عبارات ۱۰ و ۱۲) مورد بررسی قرار می‌دهد (Enisi, 2012). روایی^۲ ابزار مورد استفاده با روش روایی محتوی سنجیده شد و جهت تعیین اعتبار^۳ ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید ($r=0.90$) (Enisi, 2012). پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی در پژوهش حاضر، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0.86 به دست آمد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار است. سؤالات، هم با مقیاس چند گزینه‌ای لیکرت و هم به صورت بلی و خیر است. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات مربوط به ۱۲ پرسش محاسبه و بدست می‌آید. همچنین سؤالات ۱ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. افراد برحسب نمره‌ای

1. Statistical Package for the Social Sciences

2. The Short Form Health Survey (SF-12)

3. Validity

4. Reliability

که در پرسشنامه کسب می‌کنند، به سه دسته‌ی ضعیف (نمره بین ۲۴-۱۲)، متوسط (نمره بین ۳۶-۲۵) و خوب (نمره بین ۴۸-۳۷) طبقه‌بندی می‌شوند (Enisi, 2012).

پرسشنامه دیدگاه‌های شخصی کوباسا (سرسختی): این پرسشنامه توسط کوباسا (Kobasa, 1989) ساخته شده است و از ۵۰ عبارت تشکیل شده، که هر عبارت به صورت یک جمله عرضه شده است، که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) نمره گذاری می‌شود. نمرات ۳۹ عبارت از آزمون (عبارات ۶ تا ۲۱ و ۲۸ تا ۵۰) به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سرسختی یعنی تعهد، کنترل و چالش هر یک به ترتیب از ضریب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۰/۷۵ محاسبه شده است. این پرسشنامه در ایران برای اولین بار توسط قربانی (Gorbani, 1995) محاسبه شده است. مطالعه قربانی (Gorbani, 1995) نشان داد که ضریب پایایی پرسشنامه برای کنترل ۰/۷۰، تعهد ۰/۵۲ و چالش ۰/۵۲ است و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۰/۷۵ محاسبه شد که پایایی قابل قبولی است. پایایی پرسشنامه سرسختی در پژوهش حاضر، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد، همچنین این مقدار برای مؤلفه‌های مبارزه‌جویی ۰/۴۲، تعهد ۰/۷۶ و کنترل ۰/۷ محاسبه شد. افراد برحسب نمره‌ای که در پرسشنامه می‌گیرند، به چهار دسته‌ی سرسختی بالا (نمره بین ۱۵۰-۱۲۶)، سرسختی نسبتاً بالا (نمره بین ۱۲۵-۷۶)، سرسختی نسبتاً پایین (نمره بین ۷۵-۲۶) و سرسختی پایین (نمره بین ۲۵-۰) تقسیم می‌شوند (Mikaeli & Joshaghani, 2011). این پرسشنامه از سه مؤلفه که به ترتیب ۱۷، ۱۶ و ۱۷ عبارت پرسشنامه را به خود اختصاص داده‌اند تشکیل شده است. عبارات هر یک از زیرمقیاس‌ها:

۱. مبارزه‌جویی: (۲-۶-۹-۱۲-۱۵-۱۸-۲۱-۲۴-۲۷-۳۰-۳۳-۳۶-۳۷-۴۰-۴۳-۴۶-۴۹)

۲. تعهد: (۱-۸-۱۱-۱۴-۱۷-۲۰-۲۳-۲۶-۲۹-۳۲-۳۸-۳۹-۴۱-۴۴-۴۷-۵۰)

۳. کنترل: (۳-۴-۵-۷-۱۰-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۵-۲۸-۳۱-۳۴-۳۵-۴۲-۴۵-۴۸)

پرسشنامه نگرش به زندگی: شاخص ۲۸ سؤالی نگرش به زندگی، براساس مفهوم نگرش مثبت به زندگی توسط باتیستا (Battista, 1973) طراحی شده است. وی این آزمون را به منظور ارزیابی میزان معناخواهی در زندگی تهیه کرده است. این آزمون شامل دو زیرمقیاس چارچوب^۲ (ذهنی) و تکمیل^۱ (هدف) است. مقیاس چارچوب (FR)، اعتقاد فرد به داشتن یک دیدگاه یا مفهوم در زندگی و انتخاب اهداف،

1. Personal Views Survey (P.V.S)

2. Life Regard Index (LRI)

3. framework

4. fulfillment

مقاصد یا نقطه نظرهایی برای زندگی، براساس این دیدگاه را می‌سنجد. مقیاس تکمیل (FU)، میزانی را که یک شخص خود را کمال یافته یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب یا آرمان‌های زندگی‌اش می‌بیند، اندازه‌گیری می‌کند. هر مقیاس متشکل از ۱۴ عبارت است که برای کنترل صداقت آزمودنی، نیمی از عبارات به صورت مثبت و نیمی دیگر به صورت منفی بیان شده‌اند (Battista, 1973). باتیستا و آلموند (Battista & Almond, 1973) پایایی بازآزمایی برای پرسشنامه نگرش به زندگی را $r=0/94$ گزارش کرده‌اند. برای تعیین هماهنگی درونی و میزان پایایی پرسشنامه نگرش به زندگی در پژوهش حاضر، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن برابر $0/64$ بود. این یافته نشان می‌دهد که آزمون نگرش به زندگی از پایایی لازم برخوردار است. هر یک از زیرمقیاس‌ها در پرسشنامه نگرش به زندگی شامل ۱۴ عبارت است که از این تعداد، هفت عبارت به صورت منفی و هفت عبارت به صورت مثبت بیان شده‌اند. مجموع نمرات عبارت مثبت هر دو زیرمقیاس، نمره‌ی کل نگرش به زندگی را به دست می‌دهد (Battista, 1973).

۱. عبارات مثبت مربوط به زیرمقیاس چارچوب: (۱، ۷، ۱۱، ۱۴، ۲۳، ۲۵، ۲۸).

۲. عبارات مثبت مربوط به زیرمقیاس تکمیل: (۲، ۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۷).

در این عبارات به گزینه‌ی موافقم ۳ امتیاز، نظری ندارم ۲ امتیاز و مخالفم ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات در این آزمون، بین ۱۴ تا ۴۲ متغیر است. نمره‌ی زیاد آزمودنی، بیانگر داشتن معنای فردی بالا و نمره‌ی پایین وی نشان دهنده‌ی داشتن معنای فردی کم نسبت به زندگی است.

روش اجرا

پس از ارزیابی آزمودنی‌ها برای شرکت آن‌ها در پژوهش مانند، نداشتن اختلال حاد روان‌پزشکی بر اساس معیارهای مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته، جلسات آموزش انجام شد. به طور کلی خلاصه مراحل آموزش در تمامی جلسات (۸ جلسه) به این صورت بود که در آغاز هر جلسه به مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد و به دنبال آن بحث و آموزش مقوله‌ی مورد نظر در هر جلسه انجام می‌شد. در طول جلسه به تمرینات مختص آن جلسه پرداخته می‌شد و در پایان جلسه به آزمودنی‌ها تکالیفی داده می‌شد که در طول هفته انجام دهند.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات آموزش	عنوان و روند جلسات
جلسه اول	خوش آمدگویی - بیان ساعات، تعداد و محل تشکیل جلسات - بیان اهداف جلسات - قراردادهای رفتاری - آموزش روانی و بحثهای انگیزشی - بازخورد و خلاصه‌ی جلسه.
جلسه دوم	آشنا کردن افراد با تمایز فکر از واقعیت

جلسه سوم	توجه دادن افراد به شناسایی و ارزیابی مفروضه‌های زیربنایی یا قواعد- پر کردن برگه نگرش ناکارآمد
جلسه چهارم	آشنا کردن افراد با چالشی با تفکر بایداندیشی
جلسه پنجم	بررسی نظام ارزشی
جلسه ششم	مرز بین پیشرفت گرایی و کمال گرایی
جلسه هفتم	بحث درباره عود مشکل فرصتی برای یادگیری
جلسه هشتم	آشنایی با ایجاد مفروضه‌ها و معیارهای جدید و انطباقی و ارزیابی آن‌ها و پر کردن پرسشنامه‌ها (پس آزمون)

موضوع و برنامه‌ی جلسات آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد

موضوع و برنامه‌ی جلسه اول: خوش آمدگویی، معرفی خود و اعضای گروه آموزشی جهت ایجاد پیوند و همبستگی بین اعضا، بیان اهداف کارگاه آموزشی، تداوم و مدت زمان هر جلسه، بازگو کردن قوانین گروه و حصول توافق بین اعضا.

موضوع و برنامه‌ی جلسه دوم: یک واقع‌ی یکسان به افکار متفاوتی منجر می‌شود که این افکار می‌توانند احساس‌ها و رفتارهای مختلفی را بوجود بیاورند؛ بررسی تکنیک A-B-C.

موضوع و برنامه‌ی جلسه سوم: شناسایی مفروضه‌های زیربنایی و قواعد و گذاشتن آن‌ها به محک تجربه. مفروضه‌های زیربنایی در قالب جملات "اگر- پس"، "قواعد"، "بایداندیشی" و "اجبارها" بیان می‌شوند که حالتی تحکم‌آمیز و انعطاف‌ناپذیر دارند. این مفروضه‌ها باعث آسیب‌پذیری در فرد می‌شوند. افراد خیلی از اوقات برای خودشان یا برای دیگران قواعدی وضع می‌کنند. این قواعد، اغلب بر دو محور اساسی بنا شده‌اند: "من باید موفق شوم" یا "دیگران باید مرا تأیید کنند". مثلاً: ممکن است چنین مفروضه‌ای در ذهن ساخته شود: "اگر در کارم موفق نشوم، پس آدم بی‌ارزشی هستم" یا "اگر کسی مرا دوست نداشته باشد، پس حتماً آدم بدبختی هستم".

موضوع و برنامه‌ی جلسه چهارم: تعدیل بسیاری از باید اندیشی‌هایی که ماهیتی غیرمنطقی، ناعادلانه و تحقیرآمیز دارند. بسیاری از قواعد یا معیارهای کلی، حالت تحکم‌آمیز اخلاقی دارند، مثل "من باید بدون عیب و نقص باشم" یا "من باید همیشه موفق باشم". به دلیل این که چنین قواعد یا معیارهایی به صورت احکام اخلاقی بیان می‌شوند، اغلب نشان دهنده‌ی قضاوت ارزشی درباره‌ی خویشان یا دیگران هستند. به عنوان مثال "دیگران باید به من احترام بگذارند"، ممکن است تلویحاً نشان‌دهنده‌ی این باشد که من بی‌ارزشم و لیاقت خوشبختی را ندارم، مگر این که دیگران به من احترام بگذارند. خود انتقادگری، احساس گناه و شرم، پیامد-های متداول چنین باید اندیشی‌های اخلاقی هستند. برای چالش با تفکر بایداندیشی می‌توان سؤال‌های مختلفی طرح کرد، مثل: براساس کدام منطق، عقل یا شواهد، انسان باید اینگونه عمل کند؟ این قاعده را کجا

یاد گرفتید؟ آیا این قاعده برای تمام افراد قابل اجراست؟ آیا می‌توان به جای پایبندی به این قاعده‌ی تزلزل ناپذیر، از یک اصل انعطاف‌پذیر تبعیت کرد؟

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی پنجم: آموزش شناخت و روشن‌سازی ارزش‌ها و اصلاح انتخاب‌های اجباری. بسیاری از مفروضه‌ها به یک بعد از شخصیت انسان ربط دارند مثل، مفروضه‌های انسان‌دوستانه‌ی لزوم موفقیت در کار. این مفروضه‌ها ممکن است تنها برای دستیابی به پیشرفت مالی مؤثر باشند. وقتی که بیمار درخصوص این بعد از شخصیت خود، دچار مشکل می‌شود و حالت مضطرب یا افسرده پیدا می‌کند، معمولاً سایر ارزش‌ها به وادی فراموشی سپرده می‌شوند. روشن‌سازی نظام ارزش‌ها می‌تواند شدت برخی از قضاوت‌های خود ملامت‌گر را کاهش دهد و ارزش‌های بهتری را در نظام ارزشی افراد جایگزین کند. مثلاً، از بیماری که ارزشمندی خود را با میزان پیشرفت می‌سنجد، می‌توان سؤال کرد: آیا ارزش‌های دیگر مثل عشق، عفو، مهربانی، کنجکاوی، رشد فردی، تفریح و اوقات فراغت را مد نظر قرار می‌دهد؟

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی ششم: تلاش برای بهبود کار و بهبود عملکرد گذشته در برابر تلاش برای دستیابی به کمال‌گرایی. اگر تمام هم‌وغم فرد فقط برای دستیابی به کمال‌گرایی باشد، بدون شک با ناکامی روبه‌رو می‌شود.

در مقابل، اگر تلاش کند به پیشرفت بیشتری دست یابد، ممکن است احساس کنترل بیشتری کند و به ادامه‌ی کار امیدوارتر شود. برای چالش با مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی، می‌توان سؤال‌های مختلفی طرح کرد، مثلاً، دوست دارید در کدام حوزه‌های زندگی پیشرفت کنید؟ آیا شما به خاطر پیشرفت‌های شخصی به خودتان افتخار می‌کنید یا به خاطر کمال‌گرایی؟ اگر افتخار شما تلاش برای پیشرفت باشد، چه پیامدی به دنبال خواهد داشت؟

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی هفتم: دادن معنای جدید به عود مشکل، یادگیری از لغزش‌ها، عود را نوعی درد و رنج یاری‌رسان و جنبه‌ی مهم یادگیری دانستن. یکی از راه‌های چالش با کمال‌گرایی، این است که به عود مشکل به عنوان یک تجربه یادگیری، معنای جدیدی بدهیم. بیماری که درباره‌ی شکست و تأییدطلبی و یا هر نوع ارزش یا معیاری، مفروضه‌ی همه یا هیچ دارد، عود مشکل را نشانگر ضعف و ناامیدی تلقی می‌کند. به فرد آموزش داده شد که اگرچه وقتی که مشکلات عود کرد، احساس بدی داشتید، با این حال می‌توان از این مشکل استفاده کرد، به شرط این که آن را به عنوان یک تجربه مهم یادگیری در نظر بگیرد.

با طرح سؤال‌هایی مانند، از این تجربه، چه چیزی یاد گرفتید؟ آیا پس از حادثه، متوجه شدید چه کاری برای شما مفید است و چه کاری ضرر دارد؟ چگونه می‌توانید از بروز مجدد این درد و ناامیدی در آینده جلوگیری کنید؟ می‌توانیم مشکل را از این چشم‌انداز مد نظر قرار دهیم که عود مشکل، یک تجربه‌ی یادگیری است که فرد می‌تواند بیاموزد در چه موقعیتی نتوانسته از راهنمایی‌های خودیاری استفاده کند و به دنبال آن، چه احساسی داشته است.

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی هشتم: رها کردن مفروضه‌ها و قواعد قدیمی و پایه‌ریزی سنگ‌بنای مفروضه‌ها و قواعد جدید در ذهن-ارزیابی مفروضه و قاعده‌ی انطباقی تر و عمل کردن به آن. ما اغلب میلی به رها کردن یک باور نداریم، مگر این‌که بتوانیم باور مفیدتری را جایگزین آن کنیم. از طریق چالش با مفروضه‌ها، معیارها و ارزش‌های ناسازگار، به بیماران کمک شد تا مفروضه‌های جدیدتر، انعطاف پذیرتر و واقع بینانه‌تری در ذهن خود شکل دهند. اغلب، این مفروضه‌های جدید در قالب جملات ترجیحی بیان می‌شوند، نه قواعد تزلزل‌ناپذیر و تحکم‌آمیز. جلسه‌ی نهایی برای افراد تحت آموزش، فرصتی است تا آنچه را فرا گرفته‌اند، خلاصه کنند، دوباره اهداف خودشان را ارزیابی و مشکلاتشان را شناسایی کنند. در این مرحله، زنان سرپرست خانوار تحت آموزش توانستند مسائل زندگی خود را به بحث بگذارند و چگونگی استفاده از مهارت‌های فرا گرفته شده در حل مسائل را مورد بررسی قرار دهند.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس و آزمون t برای نمرات افتراقی استفاده شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد نمونه بر حسب عضویت در گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	۱۵	۵۰
کنترل	۱۵	۵۰
کل	۳۰	۱۰۰

اطلاعات مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که حجم نمونه در این تحقیق مجموعاً ۳۰ نفر بوده است که ۱۵ نفر یعنی ۵۰ درصد افراد در گروه آزمایش و ۱۵ نفر یعنی ۵۰ درصد دیگر، در گروه کنترل قرار داشته‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نگرش به زندگی دو گروه، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
نگرش به زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲/۴۷	۲/۶۹
		پس‌آزمون	۳۲/۶۷	۴/۴۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۹/۴۷	۲/۹۵
		پس‌آزمون	۲۶/۷۳	۳/۳۰

اطلاعات مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات نگرش به زندگی در پیش‌آزمون گروه کنترل ۲۹/۴۷ است که این مقدار در پس‌آزمون به میزان ۲/۷۴ کاهش یافته و به ۲۶/۷۳ رسیده است. انحراف معیار این نمرات نیز به ترتیب برابر با ۲/۹۵ و ۳/۳۰ می‌باشد. اما همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نگرش به زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه، به میزان ۱۰/۲ افزایش پیدا کرده و از ۲۲/۴۷ به ۳۲/۶۷ رسیده است. انحراف معیار این نمرات نیز به ترتیب برابر با ۲/۶۹ و ۴/۴۳ می‌باشد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار سرسختی روان‌شناختی دو گروه،**در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۵۰/۹۳	۱۰/۸۸
		پس‌آزمون	۷۷/۸۰	۱۹/۶۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۷۱/۰۰	۱۴/۱۶
		پس‌آزمون	۶۶/۲۷	۱۲/۰۰

با توجه به اطلاعات جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سرسختی روان‌شناختی در پیش‌آزمون گروه کنترل ۷۱ است که این مقدار در پس‌آزمون به میزان ۴/۷۳ کاهش پیدا کرده و به ۶۶/۲۷ رسیده است. انحراف معیار این نمرات نیز به ترتیب برابر با ۱۴/۱۶ و ۱۲ می‌باشد. اما در مقابل میانگین نمرات سرسختی روان‌شناختی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه، به میزان ۲۶/۸۷ افزایش پیدا کرده و از ۵۰/۹۳ به ۷۷/۸۰ رسیده است. انحراف معیار این نمرات نیز به ترتیب برابر با ۱۰/۸۸ و ۱۹/۶۰ می‌باشد. به منظور بررسی تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت‌زندگی پایین از تحلیل

کوواریانس چندمتغیری^۱ استفاده شد. در ابتدا به بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس پرداخته شد. این مفروضه به عنوان بخشی از پرونداد تحلیل کوواریانس چندمتغیره ایجاد می شود. نتایج آزمون باکس در مورد همگنی ماتریس کوواریانس نشان داد که مقدار آماره باکس برابر با ۸/۴۴ است. مقدار F بدست آمده برای این آماره ۲/۵۹ می باشد. چون دارای دو متغیر وابسته (نگرش به بی معنایی زندگی و سرسختی روان-شناختی) می باشیم، به جای استفاده از آلفای متداول از آلفای بنفرونی استفاده شد، یعنی ۰/۰۵ تقسیم بر تعداد متغیرهای وابسته شد و آلفا ۰/۰۲۵ در نظر گرفته شد. بنابراین سطح معنی داری مقدار F محاسبه شده ($P=0/051$) با درجه آزادی ۳ و ۱۴۱۱۲۰ بالاتر از ۰/۰۲۵ است ($P>0/025$) و فرض همگنی ماتریس کوواریانس پذیرفته می شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین پس آزمون نگرش به زندگی و سرسختی روان شناختی

شاخص	مقدار	F	DF	سطح P	مجذور اتا
اثر پیلای ^۲	۰/۵۷	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
لامبدای ویلکز ^۳	۰/۴۳	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
اثر هوتلینگ ^۴	۱/۳۴	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
بزرگ ترین ریشه روی ^۵	۱/۳۴	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷

مندرجات جدول ۵ نشان می دهد که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون، در سطح $P<0/05$ تفاوت معنی داری وجود دارد. براین اساس می توان بیان داشت که در یکی از متغیرهای وابسته (نگرش به زندگی، سرسختی روان شناختی) در پس آزمون بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت مفروضه تحلیل کوواریانس (همگنی شیب رگرسیون) بررسی شد و نتایج آزمون تحلیل واریانس درمورد همگنی شیب های رگرسیون نشان داد که شیب خطوط رگرسیون متغیر نگرش به زندگی ($P=0/033$) و سرسختی روان شناختی ($P=0/049$) در دو گروه همگن نیستند، بنابراین براساس نتایج فوق، با توجه به اینکه در متغیرهای نگرش به زندگی و سرسختی روان شناختی مفروضه ها نقض شدند، از آزمون t برای نمرات افتراقی استفاده گردید.

1. Mancova

2. Pillai's Trace

3. Wilks' Lambda

4. Hotelling's Trace

5. Roy's Largest Root

جدول ۶. نتایج آزمون t برای نمرات افتراقی نگرش به زندگی و سرسختی روان‌شناختی

متغیر	مقدار t	درجه- آزادی	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معنی- داری
نگرش به زندگی	۸/۵۶۱	۲۸	۱۲/۹۳۳۳۳	۱/۵۱۰۸۱	۰/۰۰۱
سرسختی روان‌شناختی	۷/۹۲۵	۲۸	۳۱/۶۰۰۰۰	۳/۹۸۷۲۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای نگرش به زندگی و سرسختی روان‌شناختی بیان‌کننده‌ی آن است که میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار دارند ($P < 0/05$)، به‌طوری‌که آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی باعث کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت‌زندگی پایین شده است.

نتیجه

این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین انجام شد. آزمون t برای نمره‌های افتراقی نشان داد که تفاوت میانگین در نگرش به زندگی و سرسختی روان‌شناختی بین دو گروه معنی‌دار است. بنابراین می‌توان بیان داشت که آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی باعث کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار با کیفیت-زندگی پایین می‌شود. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های پژوهش پیمبری (Payambari, 2016)، عبدالملکی (Abdolmaleki, 2016)، عبدالملکی (Abdolmaleki, 2015)، دهداری و همکاران (Dehdari & et al, 2013)، نصیری و جوکار (Nasiri & Jokar, 2009)، راتی و راستوگی (Rathi & Rastogi, 2007)، کلافتراس و پسارا (Kleftaras & Psarra, 2006)، هال (Hall, 1987)، وردی (Verdi, 2001)، کلانتز (Kalantar, 1998)، کیامرسی (Kiamarsi, 1997)، مدی و مس (Maddy & Mess, 1979)، امریکانز و همکاران (Amerikaneret, 1994)، هانگ (Hung, 1995) و بارتون (Barton, 1999) همسو است. یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش با نتایج به‌دست آمده از تحقیقات کلافتراس و پسارا (Kleftaras & Psarra, 2006) که نشان دادند ارتباط معناداری بین سلامت عمومی افراد با معنای زندگی وجود دارد، همچنین با پژوهش راتی و راستوگی (Rathi & Rastogi, 2007)، که نشان دادند بین داشتن معنا در زندگی و رفاه روان‌شناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، هماهنگ است. این نتیجه همچنین با نتایج به‌دست آمده از پژوهش نصیری و جوکار

(Nasiri & Jokar, 2009)، که نشان دادند، بین معناداری زندگی با امید، شادی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و به عبارت دیگر معناداری زندگی می‌تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی شود و همچنین پژوهش دهداری و همکاران (Dehdari & et al, 2013) که نتیجه گرفتند، بین میانگین نمره اضطراب با معنای زندگی ارتباط آماری معنادار و معکوس وجود دارد و داشتن معنا در زندگی یکی از متغیر-هایی است که بر میزان سلامت روان تأثیر می‌گذارد، همسو می‌باشد.

همچنین پژوهش حاضر با نتایج عبدالملکی (Abdolmaleki, 2016) که تأثیر درمان آموزشی روش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد روان‌شناختی را بر افزایش بهزیستی و کاهش اضطراب سلامت بیماران مبتلا به ام‌اس شهر همدان مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفته است که درمان آموزشی روش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد روان‌شناختی بر افزایش بهزیستی و کاهش اضطراب سلامت بیماران مبتلا به ام‌اس شهر همدان تأثیر داشته است، همخوانی دارد. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کیامرثی (Kiamarsi, 1997)، کلاتر (Kalantar, 1998) و وردی (Verdi, 2001) مبنی بر رابطه منفی بین سرسختی روان‌شناختی و خرده مقیاس شکایت جسمانی و پژوهش ایوبی و همکاران (Ayobi & et al, 2010)، مبنی بر وجود همبستگی مثبت و معنادار بین سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی و بهزیستی هماهنگ است.

همچنین این پژوهش با تحقیقات آلد و اسمیت (Alred & Esmitt, 1989)، ناکانا (Nakana, 1990)، مدی (Maddy, 1990)، وایب (Wiebe, 1991)، مدی و هس (Maddy & Hess, 1992)، امریکانر و همکاران (Amerikaner & et al, 1994)، هانگ (Hung, 1995)، مدی و همکاران (Maddy & et al, 1996) و بارتون (Barton, 1999) که به این نتیجه رسیدند سرسختی می‌تواند اثر تعدیل‌کننده بر فشار روانی داشته باشد و افزایش سلامت روانی، با افزایش سرسختی روان‌شناختی همراه است، همخوانی دارد.

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش عبدالملکی (Abdolmaleki, 2015)، که اثربخشی شناخت درمانی با تکیه بر فراخوانی افکار و مفروضه‌ها را بر کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش سرسختی روان‌شناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان مورد بررسی قرار داده و نشان داده است که شناخت درمانی با تکیه بر فراخوانی افکار و مفروضه‌ها در کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش سرسختی روان‌شناختی مؤثر بوده است، همسو می‌باشد.

همچنین پیمبری (Payambari, 2016) تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سخت‌رویی و کاهش افسردگی در بیماران قلبی را مورد پژوهش قرار داده و نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش

سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن (مبارزه‌جویی، تعهد و کنترل) و کاهش افسردگی در بیماران قلبی تأثیر داشته است و با نتایج این تحقیق همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های فوق و نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر و مقایسه آن با سایر پژوهش‌ها می‌توان بیان داشت که زنان سرپرست خانوار، مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای می‌باشند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. دلیل انتخاب این جمعیت، لزوم توجه به سلامت زنان است که غفلت از آن، خطرهای آسیب‌های جبران‌ناپذیری به کانون گرم خانواده و زندگی اجتماعی وارد می‌کند. گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی به‌ویژه در اداره‌ی امور اقتصادی خانواده روبه‌رو هستند، به‌طوری‌که سلامت روانی آنان را مختل، باعث کاهش سرسختی روان‌شناختی و همچنین افزایش نگرش به بی‌معنایی زندگی در آن‌ها و در نتیجه زمینه‌ی ابتلا به انواع اختلالات روانی را فراهم می‌سازد. این افراد با این صفات (سرسختی روان-شناختی و نگرش به بی‌معنایی زندگی) آشنایی کافی ندارند و روش‌های بهبود آن‌ها و در نتیجه بهبود زندگی‌شان را نمی‌دانند (Alhoseyni, 2015). آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد شامل آموزش مهارت‌هایی است که به زنان سرپرست خانوار در نحوه‌ی درک درست از خود و زندگی و مدیریت تعارض در محیط‌های مختلف زندگی کمک می‌کند؛ زیرا براساس دیدگاه شناختی، نحوه‌ی تفکر و ادراک افراد است که منجر به شکل‌گیری احساسات و رفتار آن‌ها می‌شود. در این برنامه، مهارت‌های شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد شامل تمایز فکر از واقعیت، شناسایی و ارزیابی مفروضه‌های زیربنایی یا قواعد، چالشی با تفکر بایبندیشی، بررسی نظام ارزشی، مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی، عود مشکل‌فرستی برای یادگیری و ایجاد مفروضه‌ها و معیارهای جدید و انطباقی و غیره برای ایجاد تغییر در فرآیندهای شناختی افراد، آموزش داده می‌شود (Burns, 1990). به‌نظر می‌رسد افرادی که آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد را دریافت می‌کنند، روی نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی آن‌ها، تغییر حاصل می‌شود. بنابراین افرادی که روش‌های شناختی را یاد می‌گیرند، سرسختی بیشتر و زندگی بامعنا تر دارند و کمتر در معرض اختلالات روانی قرار می‌گیرند.

شناخت سرسختی بهترین رویکرد نسبت به استرس است و این افراد با دارا شدن این توانایی قادر می‌شوند استرس حاد و استرس مزمن را از هم تمیز دهند و روش‌های مقابله‌ای با آن‌را بیاموزند و قادر به این درک می‌شوند که همه‌ی انسان‌ها در زندگی روزمره، استرس را تجربه می‌کنند، اما نحوه‌ی ادراک و واکنش فرد در مقابل این موقعیت‌ها نقش مهم دارد (Kobasa, 1979). همچنین این افراد با به‌دست آوردن معنا در زندگی و داشتن هدف، به کمال شخصیتی دست می‌یابند و سطح عواطف منفی و بیماری‌های ذهنی در آن‌ها

پایین می‌آید (Famalahmarian, Khodabakhshikolaee & Falsafinezad, 2015). آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد هم از این جهت که بر ادراک و برداشت‌های فرد از شرایط ناگوار و استرس‌زای زندگی تأثیر دارد و هم از طریق آموزش مهارت‌های شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد می‌تواند باعث کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار شود، برای کمک به افراد جهت زندگی طولانی‌تر، احساس بهتر و جلوگیری از افکار منفی طراحی شده است. این مداخله‌ها افراد را یاری می‌کند تا خودشان را بهتر درک کرده و از زندگی و هستی خود خرسندتر و راضی‌تر باشند. بنابراین با توجه به نتایج تحقیقات پیشین و نتیجه‌ی به‌دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان گفت آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد اثربخش بر ویژگی‌های روان-شناختی افراد، مورد توجه متخصصین حوزه‌ی سلامت روانی قرار گیرد.

لذا با توجه به اهمیت نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به‌عنوان یک روش مؤثر برای کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی در مراکز کمیته امداد و دیگر مراکز مرتبط، به مشاوران این مراکز و زنان سرپرست خانوار آموزش داده شود. همچنین به‌دلیل مقطعی بودن این مطالعه پیشنهاد می‌شود برای دقیق‌تر شدن نتیجه این پژوهش، مطالعه‌ای طولی و همراه با مرحله پیگیری انجام شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای تحقیق در یکی از شهرهای کشور، آن هم فقط بر روی یک جنس می‌باشد که از قابلیت تعمیم‌دهی به جامعه آماری بزرگتر همچون استان و کشور، می‌کاهد.

References

- Abdolmaleki, R. (2015). The effect is called cognitive therapy based on cognitive thoughts and assumptions on reducing distortion and increasing psychological toughness female students of Islamic Azad University of hamedan. Master's thesis. Islamic Azad University. Hamedan, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).
- Abdolmaleki, M. (2016). Effect of psychological training methodology based on assumptions and rules on health, well-being and reduce anxiety in patients with MS in Hamadan. Master's thesis. Islamic Azad University, Hamedan, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).
- Alhoseyni, N. (2015). The increasing trend of female-headed households and its problems, *Resalat Newspaper*, October 26, the middle column.
- Amerikaner, M., Monks, G., Wolfe, P., & Thomas, S. (1994). Family interaction and individual psychological health. *Journal of Counseling and Development*, 72(6), 614- 623.
- Besharat, M.A. (2007). Hardiness and coping style with stress. *Psychological Studies*, 3(2), 109-127.
- Burns, D. (1990). From good mood to bad mood. Tehran: Asim. (In Persian).

- Delahaij, R., Gaillard, W.D., & Dam, K.V. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, 49(1), 386-390.
- Dehdari, T; Yarahmadi, R; Tagdisi, M; Daneshvar, R & Ahmadpour, J. (2013). The relationship between having meaning in life with stress, anxiety and depression Iran University of medical sciences in 1392. *Iranian Journal of Health Education*, 1(3), 83-92. (In Persian).
- Familahmari, F; Khodabakhshikolaee, A & Falsafinezhad, M. (2015). Meaning the effectiveness of treatment on life expectancy and quality of sleep in older adults living in boarding centers. *Journal of Research on Religion & Health*, 1(3), 11-18.
- Firozbakht, M. (2012). Theories of psychotherapy and counselling. Tehran: Rasa. (In Persian).
- Funk, S. C. (1992). Hardiness: are rielw of therapy and research. *Health Psychology*, 11(1), 335-345.
- Gholami, M; Pasha, GH& Sodani, M. (2009). The effectiveness of group logotherapy on life expectancy and general health of patients with thalassemia girl. *Knowledge & Research in applied Psychology*, 2(6), 25-45. (In Persian).
- Ganje, P; Mehrabizadehonarmand, M; Davodi, I & Zargar, Y. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral intervention on quality of life and self boys 15-10 years with asthma symptoms in Ahwaz. *Journal of Psychological Achievements*, 4(22), 68-88.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). Understanding post-traumatic stress: a psychological perspective on PTSD and treatment. Chichester, West Sussex, England: Wiley.
- Kalaktar, J. (1998). Examine the relationship between psychological hardiness personality type and stress in male students of the third year of a new city of Ahvaz. Master's thesis. Martyr Chamran University, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).
- Khani, F; Samsamshariat, s; Mehdad, A; Taki, F; Korangbeheshti, M & Hekmatravan, R. (2014). The effect of life skills training on improving the SCL-90 psychological indicators and quality of life of patients with diabetes. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 15(3), 81-91. (In Persian).
- Khoshdel, G. (2009). Psychology perfection, healthy role models. Tehran: Peykan. (In Persian).
- Kleffaras, G., Psarra, E. (2006). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study, meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 80-93.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful events, personality, and health: an inquiry in to hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(4), 413- 423.
- Kiamarsi, A. (1997). Construction and validation of a scale to measure the psychological hardiness and its relationship with type a, focus inhibition of self-esteem, somatic complaints and academic performance of male and female students of islamic azad university. Master's thesis. Ahvaz Islamic Azad University, Faculty of Humanities, Department of Psychology.
- Leahy, R. (2003). Cognitive therapy techniques. Tehran: Arjmand. (In Persian).
- Mahmoodi, M; Shabani, H & Zahrakar, K. (2013). The effectiveness of life skills training on improving the quality of life for students. *Developmental Pscychology*, 10(37), 71-79. (In Persian).

- Michalos, A., Orlando, J. (2006). A note on student quality of life. *Journal of Social Indicators Research*, 79(1), 51-59.
- Mohabatbahar, S, Akbari, M; Melki, F & Moradijo, M. (2014). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to the quality of life of women with breast cancer. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 9(34), 17-92. (In Persian).
- Nakano, K. (1990). Type a, hardiness and psychological stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(6), 537-548.
- Nasiri, H., Jokar, B. (2008). Meaning in life, hope, life satisfaction and mental health in women. *Journal of Woman Research*, 6(2), 157-176.
- Payambari, M. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing hardiness and reduce depression in heart patients. Master's Thesis. Islamic Azad University, Hamedan, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., et al. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Journal of Substance Use and Misuse*, 39(9), 1353-1368.
- Rathi, N., Rastogi, R. (2007). Meaning in life and psychological well-being in pre-adolescents and adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(1), 31-38.
- Rezaeardani, R; Faridhoseyni, F; Borhanimaghani, M & Seyfi, M. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on negative emotions and quality of life of women with breast cancer. *The Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, 18(154), 8-18. (In Persian).
- Salehiheydarabad, M; Khosrovian, B & Ageshte, M. (2014). Behavioural brain systems, hardiness and tolerance of ambiguity in substance abusers and ordinary people. *Knowledge & Research in applied Psychology*, 15(4), 102-109. (In Persian).
- Shahkarami, M; Zahrakar, K; Moradizade, S; Davarnia, R & Shakarami, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral stress management on improving the quality of life of patients treated with methadone group approach. *Journal of Health Research in Community*, 1(2), 12-21. (In Persian).
- Verdi, M. (2001). The relationship between perfectionism and psychological hardiness and mental health of high school students in Ahwaz. Master's thesis. Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).
- Westman, M. (1990). The relationship between stress and performance: the moderating effect of hardiness. *Human Performance*, 3(3), 141-155.
- Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social-Psychology*, 60(1), 89-99.
- Zhang, L.F. (2010). Hardiness and the big five personality traits among Chinese university students. *Learning and Individual Differences*, 21(1), 109-113.
- Zhahedbabolan, A; Ghasempour, A; Hasanzade, Sh. (2011). Hardiness in anticipation of forgiveness and hope. *Knowledge & Research in applied Psychology*, 12(3), 12-19.



محمودیان دستنایی^۱، طاهره؛ امیری^۲، شعله؛ حمید طاهر، نشاط دوست؛ منشئی، غلامرضا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران بی اشتهاى عصبى با پیوند ضعیف مادری. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۱۴۱-۱۲۴.
DOI: 10.22067/ijap.v8i1.58359

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران بی اشتهاى عصبى با پیوند ضعیف مادری

طاهره محمودیان دستنایی^۱، شعله امیری^۲، حمید طاهر نشاط دوست^۳، غلامرضا منشئی^۴

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۹

چکیده

هدف: مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران بی اشتهاى عصبى با توجه به پیوند ضعیف مادری
روش: روش آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و کلینیک های روان درمانی شهر تهران در رده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال می باشد. روش نمونه گیری به صورت هدفمند بوده است. در غربالگری صورت گرفته ۲۱ بیمار بی اشتهاى عصبى دارای پیوند ضعیف مادری تشخیص داده شد، سپس بیماران در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همتا سازی شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک های تشخیص اختلال خوردن و تشخیص روان پزشک است. از دو پرسشنامه ۱- پیوند والدینی ۲- طرحواره های یانگ استفاده شد.

یافته ها: بیماران در حوزه بریدگی و طرد، خود گردانی و عملکرد مختل و سپس گوش به زنگی دارای بیشترین مشکل بوده اند، اما در حوزه دیگر جهت مندی و محدودیت های مختل آسیب پذیری کمتری داشتند. همچنین نتایج بیانگر این بود که درمان طرحواره نسبت به درمان شناختی رفتاری در بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران دارای اثربخشی و ماندگاری بیشتری بوده است.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری، بی اشتهاى عصبى، پیوند ضعیف مادری.

۱. گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران. (نویسنده مسئول)، mahmodian.mina@yahoo.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. shole_amiri@yahoo.com

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

مقدمه

بی‌اشتهایی عصبی خودداری از حفظ کمترین وزن بهنجار بدن، ترس شدید از افزایش وزن و اختلال قابل ملاحظه در درک تصویر یا اندازه بدن است (Mehler, & Brown, 2015). این اختلال در دختران دارای شیوع بیشتری است و متوسط سن شروع آن ۱۳ تا ۱۶ سال است؛ ویژگی اصلی آن مقاومت در برابر حفظ حداقل وزن، ترس مرضی از چاق شدن، باور غلط درباره اندام، که حتی در لاغری مفرط فرد فکر می‌کند چاق است (Ganji, 2012). اختلال دارای دو نوع فرعی، نوع محدود کننده و نوع پرخوری/پاکسازی است (Colman, 2015). شیوع ۱۲ ماهه بی‌اشتهایی عصبی در زنان جوان تقریباً ۰/۴ درصد و در مردان نامشخص است (DSM-5, 2013). بر طبق مطالعات جدید مرگ و میر بیماران بی‌اشتهایی عصبی، بسیار بیشتر از بیماران پراشتهای عصبی است؛ برای بیماران بی‌اشتهای عصبی ۵/۳۵ و برای پراشتهای عصبی ۱/۴۹ گزارش شده است (Fichter, & Quadflieg, 2016). همچنین در سال‌های اخیر شیوع بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانان، به طور شگرفی افزایش داشته است (Sadock, & Sadock, 2008; Watson, & Bulik, 2013). نوجوانان به ویژه دختران در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره ی بحرانی و پرچالش بلوغ، نگرش‌های نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می‌کنند و این مواجهه ممکن است مشکلات رفتارهای خوردن را ایجاد کند (Chamay-Weber, 2011; Narring, & Michaud, 2005; Grilo, & Mitchell, 2011). در سبب شناسی اختلال خوردن عوامل متعددی مانند عوامل زیست شناختی (Grilo, & Mitchell, 2011; Sadock, & Sadock, 2008)، فرهنگی اجتماعی (Stice, Presnell & Spangler, 2002) رگه^۱ و اختلال‌های شخصیت (Murphy, stojek, & Young, Klosko, & Weishaar, 2014)، طرحواره‌های شناختی^۲ و باورهای هسته‌ای^۳، متغیرهای پویایی شناسی خانواده^۴ (Agres, & et al., 2014; Tumer & Cooper, 2005) مطرح شده‌اند. با این وجود، رابطه ی والد-کودک و رفتار مراقبتی ناسالم به عنوان عامل مهم در مدل چند عاملی سبب شناسی اختلال خوردن مورد پذیرش واقع شده است (Haris, Leung, & Jone, 2005). در تبیین رابطه کودک و مادر و استفاده از راهکارهای ناسازگار بوسیله کودک (مانند اختلال خوردن) یانگ (۱۹۹۰) یک سازه سودمند تحت عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه مطرح کرده است. او بیان داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نتیجه تجارب بین فردی منفی نخستین سال‌های زندگی در درون و بیرون خانواده است (Young, & et al., 2003).

1. Biological

2. Trait

3. Ognitive Schemas

4. Core beliefs

5. Family Dynamic

بر طبق مطالعات انجام شده بیش از یک سوم بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اظهار داشته‌اند که کژکاری خانواده عاملی بوده که در ایجاد اختلال خوردن آنها مشارکت داشته است (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer & Bachar, 2008). مشارکت موثر یا میزان علاقه اعضای خانواده به ارزش بخشیدن به فعالیت‌ها و نگرانی‌های یکدیگر نیز با اختلال در غذاخوردن مرتبط است، افرادی که که دچار اختلال در غذا خوردن هستند، گزارش داده‌اند که خانواده‌هایشان در مشارکت موثر مشکل بیشتری دارند. آنها دارای مشارکت بیش از حد (افراطی) هستند که الزاماً نشان‌دهنده شکل مثبت صمیمیت نیست (Brockmeyer, & et al., 2013). به علاوه، بسیاری از والدین بیماران مبتلا به اختلالات خوردن در رابطه با مطلوب بودن لاغری، رژیم گرفتن و ظاهر جسمانی خوب، دل‌مشغولی دیرینه داشته و مانند فرزندان خود گرایش‌های کمال‌گرایانه دارند (Kaplan, 2012). در واقع عملکرد مختل خانواده با آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن ارتباط دارد و در این رابطه، باورهایی که روان‌ب‌ه‌ها را فعال می‌کند به عنوان میانجی مطرح می‌شوند.

ناکارآمدی خانواده به عنوان یک عامل اثرگذار بر تحول و مسیر آسیب‌شناسی روانی اختلال خوردن می‌باشد. خصوصاً یافته‌های بدست آمده از نمونه‌های بالینی و غیربالینی، بر این نکته دلالت دارد که زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی رابطه‌ی والدینشان را بصورت مراقبت ناکافی و حمایت مفرط والدینی (Rommel, Nandrin, Antoine, & Dodin, 2013; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014) توصیف می‌کنند. در این بین، یکی از روان‌ب‌ه‌هایی که نقش میانجی را در رابطه‌ی ناکارآمدی والدین و آسیب‌شناسی خوردن ایفا می‌کند، روان‌ب‌ه‌ی شرم است که ممکن است ناشی از خود معیوب یا حس بی‌ارزشی و طرد از سوی دیگران باشد (Goss, & Allan, 2009). ماسن و همکارانش (۱۹۸۶) پیشنهاد می‌دهد که این شرم درونی شده ممکن است ناشی از بروز شرم در ارتباط با محیط خانواده باشد، سطوح بالای ناکارآمدی خانواده (مراقبت کم و حمایت مفرط) با آسیب‌شناسی خوردن همراه است و در این رابطه روان‌ب‌ه‌ی شرم نقش میانجی را ایفا می‌کند. وقتی روابط پیوند والدینی با نشانه‌های اختلال خوردن مورد بررسی قرار می‌گیرد، باورها ناسازگار هسته‌ای هستند که نقش میانجی را در این رابطه ایفا می‌کنند و جهت بررسی و اثر روابط والدی بر اختلالات خوردن باید باورهای هسته‌ای مورد بررسی قرار گیرد (Cooper, Rose, & Tumer, 2005; Gillings, 2004; Jones, Leung, & Hariss, 2006). درمان اختلالات خوردن یک چالش قابل توجه و کار با این جمعیت بسیار دشوار است، در بررسی ادبیات درمانی پیشنهاد شده است، درمان شناختی رفتاری برای بیماران دارای اختلال خوردن امیدوارکننده بوده است (Wilson, & et al., 2015; Agras, & Kraem, 2002).

اما در دراز مدت نیاز به پی‌گیری دارد. این مسئله نشان می‌دهد که درمانگر باید به شناسایی متغیرهای

زمینه ای که منجر به بازگشت رفتارهای جبرانی، مانند محدودیت غذایی و پاکسازیست بپردازد. با توجه به نقش شناخت در اختلالات خوردن (Brockmeyer, & et al., 2013; Lock, & Grange, 2015) شناسایی باورهای هسته ای و طرحواره های شناختی می تواند از مفاهیم قابل بحث باشد.

بر همین اساس با توجه به مطالعات انجام شده و نظریه های مطرح شده در این پژوهش، اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه مورد توجه قرار گرفته است. لذا پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بکارگیری روش طرحواره درمانی در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه شکل گرفته توسط پیوند ضعیف مادری در این گروه از بیماران اثربخش است؟ درمان شناختی رفتاری چگونه؟ آیا بین درمان شناختی رفتاری با طرحواره درمانی در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد؟

با توجه به شیوع قابل توجه این اختلال در جوامع، به خصوص جوامع توسعه یافته، مقاوم به درمان بودن این اختلال، وجود نظریه های که ارتباط بین روابط والد-فرزند را در توسعه اختلال خوردن، تحکیم می کند و فقدان پژوهش هایی که اثربخشی مداخلات روانشناختی بر اختلال بی اشتها بی عصبی، با توجه به نقش مادر و فرزند را بررسی کند، پژوهشگر در این پژوهش به اثربخشی روش طرحواره درمانی که یک روش درمانی نوین و یکپارچه است و عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است و مبانی آن تلفیقی از مکتب شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده گرایی و روانکاوی در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند است و این شیوه ی درمان، سیستم جدیدی از روان درمانی را برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم که تا کنون یک مسئله بغرنج در درمان به شمار می روند (Young, & et al., 2003) در مقایسه با روش درمانی شناختی رفتاری کلاسیک در بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران بی اشتها بی عصبی که دارای پیوند ضعیف مادری هستند، مورد مطالعه و بررسی قرار می دهد.

بر همین اساس فرضیه های زیر تدوین گردید:

- ۱- روش طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران بی اشتها بی عصبی با توجه به پیوند ضعیف مادری اثربخش است.
- ۲- روش شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران با توجه به پیوند ضعیف مادری اثربخش است.
- ۳- بین درمان شناختی رفتاری با طرحواره درمانی در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران با توجه به پیوند ضعیف مادری تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش به صورت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. در این طرح قبل از مداخله پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا گردید و طرحواره‌های ناسازگار بیماران مشخص شد، سپس برای گروه‌های آزمایش ۱۲ جلسه درمانی ۴۵ دقیقه‌ای، مداخله انجام شد و پس از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت پس از گذشت ۳ ماه از پایان درمان پیگیری (اجرای مجدد آزمون) انجام گردید. لازم به ذکر است برای گروه کنترل به دلیل رعایت اصول اخلاقی یک جلسه ۲ ساعته آموزش "خودآگاهی" ارائه شد اما در روند پژوهش این آموزش مد نظر قرار نگرفت.

بعد از استخراج پرسشنامه‌های مربوط به طرحواره‌های ناسازگار اولیه، با توجه به برقرار بودن شرط آزمون‌های پارامتریک از آماره طرح اندازه‌گیری مکرر (تحلیل کوواریانس عاملی) با استفاده از نرم افزار spss فرضیه‌ها مورد آزمون قرار گرفت.

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و کلینیک‌های روان درمانی شهر تهران در رده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال می‌باشد.

روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است، به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی و روانپزشکی و دریافت پرونده بیماران، افرادی که دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی بودند و با توجه به تشخیص روانپزشک بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، علائم اختلال در آنها مشخص شده است به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند. همچنین با توجه به اینکه در پژوهش حاضر بیمارانی مد نظر بوده است که دارای پیوند ضعیف والدینی می‌باشند ابتدا آزمودنی‌ها پس از اینکه تشخیص اختلال بی‌اشتهایی عصبی در آنها تایید گردید، پرسشنامه پیوند والدینی را پر کردند و آزمودنی‌هایی که دارای پیوند ضعیف والدینی (مراقبت کم / بیش حمایت‌گری بودند، انتخاب شدند. از ۷۲ بیمار ۲۴ بیمار بی‌اشتهای عصبی بود که از این تعداد تقریباً ۹۰٪ (۲۱ بیمار) دارای پیوند ضعیف مادری و ۱۰٪ دارای پیوند ضعیف پدری و مادری بودند. در نهایت بیماران بی‌اشتهای عصبی دارای پیوند ضعیف مادری در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هم‌تا سازی شده‌اند (هر گروه ۷ بیمار). لازم به ذکر است، سه گروه از نظر معیارهای ورودی (بیماران بی‌اشتهای عصبی با شاخص توده بدنی $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$) دارای پیوند ضعیف مادری / محدوده ۲۳-۱۶ سال / جنسیت دختر) و معیار خروجی مطالعه شامل بیمارانی بوده است که (دارای سایر اختلالات روانپزشکی همراه با بی‌اشتهایی عصبی داشته‌اند) از نظر شدت در رده متوسط، شدید و یا خیلی شدید/سن بالاتر از ۲۳ سال و کمتر از ۱۶ سال / جنسیت پسر) بوده‌اند. در گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی، در گروه آزمایش دوم

مداخله درمان شناختی رفتاری صورت گرفت. در گروه کنترل مداخله درمانی صورت نگرفت اما به دلیل رعایت اصول اخلاقی یک جلسه ۲ ساعته برای آنها آموزش خودآگاهی داده شد. شاخص توده بدنی بر حسب تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر قد بر حسب متر به دو به دست آمده است.

با توجه به ملاک های تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم بیماران بی اشتباهی عصبی از نظر شاخص توده بدنی در چهار گروه، خفیف ($BMI > 17 \text{ kg/m}^2$)، متوسط ($BMI > 16$)، شدید ($16/99 \text{ kg/m}^2$)، خیلی شدید ($BMI > 15$ - $15/99 \text{ kg/m}^2$) و طبقه بندی می شوند (DSM-5, 1013). این مطالعه با توجه به تشخیص روانپزشک و ملاک های تشخیصی طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم، بیماران مورد مطالعه با شاخص توده بدنی ($BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$) در نظر گرفته شد، در واقع همه افراد نمونه از نظر شدت در این اختلال در رده خفیف قرار داشتند.

ابزارها

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک های تشخیص اختلال بی اشتباهی عصبی مبتنی بر (DSM-5) و تشخیص روان پزشک می باشد. در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده گردید:

ابزار پیوند والدینی^۱ (PBI): این ابزار، که پارکر، توپلینگ و براون^۲ (۱۹۷۹) ساختند، سبک های پیوند والدینی را در فرم جداگانه مربوط به مادر و پدر می سنجد. این مقیاس، ابزاری گذشته نگر است و برای نوجوانان بالای ۱۶ سال کاربرد دارد. برای استفاده از این ابزار که دارای ۲۵ سوال چهارگزینه ای و سه زیرمقیاس مراقبت، حمایت کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری است (Meyer, & Gilling 2004) آزمودنی باید سبک پیوند والدینی را در طی ۱۶ سال اول زندگی اش به خاطر آورد. نمرات بالا در مقیاس مراقبت، بازتاب والدینی گرم، مهربان و همدل می باشد. نمرات پایین در مقیاس مراقبت، نشانگر والدینی سرد و طردکننده و بی توجه است. نمرات بالا در مقیاس حمایت کنندگی بیش از حد، بیانگر والدین کنترل کننده و مزاحم است که تمایل دارند کودک شان همیشه بچه بماند.

از سوی دیگر، نمرات پایین در مقیاس حمایت کنندگی بیش از حد، منعکس کننده ی والدینی است که به کودک آزادی می دهند و اسباب استقلال آنها را فراهم می آورند (Canetti, et al. 2008). بررسی های اولیه ی پایایی آزمون به وسیله ی پارکر از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۶۳ تا ۰/۶۲، و برای مقیاس حمایت کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ تا ۰/۶۶ به دست آمد (Wilhelm, Niven, Parker, Hadzi-)

1 . Parental Bonding Instrument

2 .Parker G, Tupling H, Brown LB

Pavlov & 2005). نمرات بالا در بعد حمایت کنندگی بیش از حد و نمرات پایین در بعد مراقبت به پیوند مشکل دار اشاره دارند (Meyer, & Gilling, 2004). لوئیس پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس حمایت کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ به دست آورد (Lewis, 2005).

فرم کوتاه پرسشنامه ی طرحواره های یانگ: این پرسشنامه به بررسی باورهای مرکزی یا طرحواره های ناسازگار اولیه می پردازد. نسخه ی اصلی پرسشنامه طرحواره ها را یانگ و براون (۱۹۹۴) برای اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه ساختند، اما فرم کوتاه آن (۱۹۸۸) به وسیله ی یانگ ساخته شده است (Ahi, 2006). این ابزار خود توصیفی است و شامل ۷۵ سوال شش گزینه ای می باشد. نمره گذاری این پرسشنامه از «یک» («درمورد من کاملاً نادرست است») تا شش («در مورد من کاملاً درست است») می باشد. نمرات بالا در هریک از باورهای ذکر شده، بیانگر استفاده بیشتر فرد از باورها و طرحواره های ناسازگار می باشد.

در این پرسشنامه پانزده طرحواره ناسازگار اولیه سنجیده می شود که یانگ آنها را در ۵ حوزه طبقه بندی کرده است. حوزه بریدگی و طرد که شامل (طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی، بی اعتمادی/ بد رفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل که شامل (وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری، گرفتار/خویشتر تحول نیافته و شکست)، حوزه محدودیت های مختل که شامل (استحقاق/ بزرگمنشی، خویشتر دارای/ خودانضباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت مندی که شامل (اطاعت، ایثار، پذیرش/ جلب توجه) و حوزه گوش بزنگی بیش از حد و بازداری که شامل طرحواره (بازداری هیجانی و معیار های سخت گیرانه) می باشد (Young, & et al., 2003).

ضریب آلفای پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه و ضریب آزمون-بازآزمون^۲ در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است (Shayeghian, vafae, Rasolzade, & Tabatabaee, 2011). در این پژوهش، پایایی پرسشنامه محاسبه گردید نتایج نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۹۲ و برای هر طرحواره ناسازگار اولیه بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ بدست آمد.

یافته های پژوهش

برای آزمون فرضیه های پژوهش ابتدا مفروضات آزمون انجام گردید. نتایج حاکی از برقرار بودن مفروضات و تشخیص شاخص های آماری بوده است. همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از M باکس

1. Young Schema Questionnaire-Short Form (YQ-S)

2. Test- Retest Reliability

بررسی شد. نتایج آزمون نشان داد که ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته (حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی و حوزه گوش بزنگی و بازداری) در گروه‌ها مساوی است. در نتیجه در انجام آزمون، شاخص لامبدای ویلکز^۱ در نظر گرفته شد. همچنین همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد احتمال آماره F در هر ۵ حوزه طرحواره‌ها بزرگتر از ۰/۰۵ است به عبارتی تساوی واریانس خطای متغیر وابسته در همه مقیاس‌ها برقرار می‌باشد. در زیر ابتدا جدول مربوط به توصیف طرحواره‌ها در سه گروه با توجه به نوع پیوند نمایش داده شده است و سپس جداول مربوط به آزمون کوواریانس عاملی آورده شده است.

جدول ۱. توصیف آماری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به پیوند ضعف مادری

حوزه	پیوند ضعیف مادری	زمان	آزمایش (۱) (شناختی- رفتاری)	آزمایش (۲) (طرحواره درمانی)	گروه کنترل
بریدگی و طرد	مراقبت کم	قبل مداخله	۲۱/۶۸	۲۱/۲۰	۲۱/۶۸
		بعد از مداخله	۱۹/۳۶	۱۷/۳۲	۲۱/۶۴
		پیگیری	۱۹/۵۶	۱۷/۴۰	۲۱/۵۶
	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله	۲۲/۰۰	۲۲/۰۰	۲۲/۰۰
		بعد از مداخله	۱۹/۷۰	۱۷/۸۰	۲۱/۹۰
		پیگیری	۱۹/۰۰	۱۶/۷۰	۲۱/۷۰
خودگردانی و عملکرد مختل	مراقبت کم	قبل مداخله	۱۸/۰۵	۱۸/۱۰	۱۸/۱۰
		بعد از مداخله	۱۶/۳۰	۱۴/۷۵	۱۸/۰۵
		پیگیری	۱۶/۷۰	۱۵/۱۰	۱۸/۱۰
	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله	۱۷/۸۷	۱۷/۸۷	۱۷/۸۷
		بعد از مداخله	۱۵/۸۷	۱۴/۷۵	۱۷/۸۷
		پیگیری	۱۴/۸۷	۱۳/۶۲	۱۷/۸۷
محدودیت‌های مختل	مراقبت کم	قبل مداخله	۱۳/۳۰	۱۳/۳۰	۱۳/۳۰
		بعد از مداخله	۱۲/۵۰	۱۱/۳۰	۱۳/۳۰
		پیگیری	۱۲/۳۰	۱۱/۲۰	۱۳/۳۰
	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله	۱۲/۲۵	۱۲/۲۵	۱۲/۲۵
		بعد از مداخله	۱۱/۵۰	۱۱/۵۰	۱۲/۲۵
		پیگیری	۱۱/۵۰	۱۰/۲۵	۱۲/۲۵

۱ . Wilks' Lambda

دیگر تجربیات مندی	مراقبت کم	قبل مداخله بعد از مداخله پیگیری	۱۵/۲۰ ۱۴/۳۰ ۱۳/۹۰	۱۵/۱۰ ۱۲/۹۰ ۱۲/۵۰	۱۵/۱۰ ۱۵/۱۰ ۱۵/۱۰
	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله بعد از مداخله پیگیری	۱۴/۵۰ ۱۲/۲۵ ۱۳/۰۰	۱۴/۵۰ ۱۱/۷۵ ۱۱/۷۵	۱۴/۵۰ ۱۴/۵۰ ۱۴/۵۰
	مراقبت کم	قبل مداخله بعد از مداخله پیگیری	۱۶/۶۰ ۱۵/۱۰ ۱۵/۳۰	۱۶/۷۰ ۱۳/۹۰ ۱۳/۵۰	۱۶/۷۰ ۱۶/۷۰ ۱۶/۷۰
دیگر تجربیات پیش از حد و بازدارندگی	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله بعد از مداخله پیگیری	۱۵/۷۵ ۱۵/۰۰ ۱۴/۲۵	۱۵/۷۵ ۱۳/۲۵ ۱۲/۲۵	۱۵/۷۵ ۱۵/۷۵ ۱۵/۷۵

جدول ۱ مربوط به میانگین نمرات مربوط به طر حواره های ناسازگار بیماران، قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری می باشد. نتایج نشان می دهد بیشترین میزان میانگین مربوط به حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل است.

جدول ۲. خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی اثر بخشی درمان بر بهبود طر حواره های ناسازگار اولیه

حوزه طر حواره	منبع تغییرات	Value	F	درجه آزادی	سطح معناداری	میزان اثر
بریدگی و طرد	پس از مداخله ، پیگیری* گروه	۰/۵۳۴	۱۲/۲۳	۱	۰/۰۰۴	۰/۴۶۶
	پس از مداخله ، پیگیری* پیوند	۰/۸۹۴	۰/۸۳۰	۲	۰/۴۵۶	۰/۱۰۶
	پیوند* گروه* پس از مداخله ، پیگیری	۰/۷۳۹	۲/۴۷	۲	۰/۱۲۰	۰/۲۶۱
خودگردانی و عملکرد مختل	پس آزمون ، پیگیری* گروه	۰/۲۸۳	۵۳/۳۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷
	پس از مداخله ، پیگیری* پیوند	۰/۷۴۸	۲/۳۵	۲	۰/۱۳۱	۰/۲۵۲
	پیوند* گروه* پس از مداخله ، پیگیری	۰/۴۶۶	۸/۰۱	۲	۰/۰۰۵	۰/۵۳۴
محدودیت های مختل	پس از مداخله ، پیگیری* گروه	۰/۶۲۴	۳/۴۲	۱	۰/۰۶۲	۰/۲۷۳
	پس از مداخله ، پیگیری* پیوند	۰/۶۷۹	۳/۳۱	۱	۰/۰۶۷	۰/۳۲۱
	پیوند* گروه* پس از مداخله ، پیگیری	۰/۷۴۸	۲/۳۶	۲	۰/۱۳۱	۰/۲۵۲
دیگر جهت	پس آزمون ، پیگیری* گروه	۰/۹۸۹	۰/۱۵۰	۱	۰/۷۰۴	۰/۰۱۱

۰/۰۶۶	۰/۶۱۹	۲	۰/۴۹۷	۰/۹۳۴	پس از مداخله، پیگیری* پیوند	مندی
۰/۰۳۱	۰/۸۰۰	۲	۰/۲۲۷	۰/۹۶۹	پیوند* گروه* پس از مداخله، پیگیری	
۰/۰۳۶	۰/۴۸۴	۱	۰/۵۱۶	۰/۹۶۴	پس از مداخله، پیگیری* گروه	گوش بزنگی
۰/۱۸۷	۰/۲۳۴	۲	۱/۶۱	۰/۸۱۳	پس از مداخله، پیگیری* پیوند	و بازداری
۰/۱۰۰	۰/۴۷۸	۲	۰/۷۷۹	۰/۹۰۰	پیوند* گروه* پس از مداخله، پیگیری	

چنانکه اطلاعات جدول ۲ نشان می دهد، شاخص لامبدای ویلکز در اثر تعاملی گروه در حوزه

بریدگی و طرد ($\eta^2 = ۰/۴۶۶$ ، $f = ۱۲/۲۳$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$)، خودگردانی و عملکرد مختل ($\eta^2 = ۰/۷۱۷$)،

است. به عبارتی بین گروهها در نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده می شود، همچنین

اثر تعاملی با توجه گروهها و پیوند ضعیف مادری تنها در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ($۰/۵۳۴$)

$\eta^2 = ۰/۰۱۱$ ؛ $f = ۸/۰۱$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$) معنادار است و سایر حوزه ها معنادار نمی باشد.

جدول ۳. آزمون کواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتورهای بین گروهی در بهبود طرحواره ها

حوزه طرحواره	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان اثر
بردگی و طرد	پیش از مداخله	۲/۱۸	۱	۲/۱۸	۴/۶۴	۰/۰۴۹	۰/۲۴۹
	پیوند	۰/۳۹۵	۱	۰/۳۹۵	۰/۸۳۷	۰/۳۷۶	۰/۰۵۶
	گروهها	۱۰۱/۶	۲	۵۰/۸۱	۱۰۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
	گروه و پیوند	۰/۴۰۶	۲	۰/۲۰۳	۰/۴۳۰	۰/۶۵۹	۰/۰۵۸
	خطا	۶/۵۹	۱۴	۰/۴۷۱	-	-	-
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش از مداخله	۳۴/۶۱	۱	۳۴/۶۱	۳۴۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶۱
	پیوند	۲/۱۴	۱	۲/۱۴	۲۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳
	گروهها	۶۷/۵۰	۲	۳۳/۷۵	۳۳۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
	گروه و پیوند	۱/۳۴	۲	۰/۶۷۴	۶/۶۸	۰/۰۰۹	۰/۴۸۸
	خطا	۱/۴۱	۱۴	۰/۱۰۱	-	-	-
محدودیت های مختل	پیش از مداخله	۲/۸۹	۱	۲/۸۹	۲۶/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶
	پیوند	۰/۰۵۳	۱	۰/۰۵۳	۰/۴۸۸	۰/۴۹۶	۰/۰۳۴
	گروهها	۱/۱۸	۲	۰/۵۹۰	۲/۳۵	۰/۱۳۸	۰/۱۴۲

گروه و پیوند	۰/۶۵۴	۲	۰/۳۲۷	۳/۰۱	۰/۰۸۲	۰/۳۰۱
خطا	۳/۵۲	۱۴	۰/۲۵۱	-	-	-
پیش از مداخله	۱/۲۳	۱	۱/۲۳	۱/۳۵	۰/۲۶۴	۰/۰۸۸
پیوند	۲/۶۴	۱	۲/۶۴	۲/۹۰	۰/۱۱۰	۰/۱۷۲
گروه‌ها	۳۷/۹۴	۲	۱۸/۹۷	۲۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
گروه و پیوند	۰/۲۲۸	۲	۰/۱۱۴	۰/۱۲۵	۰/۸۸۳	۰/۰۱۸
خطا	۱۲/۷۲	۱۴	۰/۹۰۹	-	-	-
پیش از مداخله	۲۲/۶۱	۱	۲۲/۶۱	۳۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳
پیوند	۰/۷۵۴	۱	۰/۷۵۴	۱/۰۵	۰/۳۲۲	۰/۰۷۰
گروه‌ها	۵۱/۹۱	۲	۲۵/۹۵	۳۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸
گروه و پیوند	۰/۱۱۴	۲	۰/۰۵۷	۰/۰۸۰	۰/۹۲۴	۰/۰۱۱
خطا	۹/۹۹	۱۴	۰/۷۱۴	-	-	-

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی در جدول ۳ نشان می‌دهد، در همه حوزه‌ها به جزء دیگر جهت مندی متغیر تصادفی کمکی پیش از مداخله (پیش آزمون) معنادار است، یعنی نتایج پیش آزمون به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد. در ردیف سوم جدول برای همه حوزه‌ها اثر گروه نمایش داده شده است، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های گروه (تفاوت بین گروه‌ها) وجود داشته است، بدین صورت که در بریدگی و طرد ($\eta^2 = ۰/۹۳۹$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۹۳۹$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ($\eta^2 = ۰/۹۸۰$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۹۸۰$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، در حوزه محدودیت‌های مختل ($\eta^2 = ۰/۹۱۸$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۹۱۸$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، و در حوزه گوش بزنگی و بازداری ($\eta^2 = ۰/۸۳۸$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۸۳۸$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، اثر پیش آزمون معنادار می‌باشد اما در حوزه دیگر جهت مندی ($\eta^2 = ۰/۷۴۹$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۷۴۹$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، اثر پیش آزمون با متغیر وابسته رابطه نداشته است. در خصوص اثر تعامل گروه و پیوند (درمان با توجه به پیوند ضعیف مادری) نشان داده شد، فقط در حوزه دیگر خودگردانی و عملکرد مختل ($\eta^2 = ۰/۴۸۸$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$)، $\eta^2 = ۰/۴۸۸$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، میزان تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار است. با توجه به اینکه در همه حوزه‌ها، بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد لازم است از طریق آزمون‌های تعقیبی تفاوت گروه‌ها سنجیده شود، در زیر از آزمون تعقیبی بنفرنی استفاده گردید.

جدول ۴. آزمون بنفرنی مربوط به مقایسه اثربخشی درمان بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه

طرحواره	میانگین	گروه ها (درمان)		تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
		I	J		
بردگی و طرد	۱۹/۳۱	شناختی رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۹۸	۰/۰۰۱
			کنترل	-۲/۲۹	۰/۰۰۱
	۱۷/۳۳	طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۱/۹۸	۰/۰۰۱
			کنترل	-۴/۲۸	۰/۰۰۱
خودگردانی و عملکرد مختل	۱۵/۹۹	شناختی رفتاری	طرحواره	۱/۴۰*	۰/۰۰۱
			کنترل	-۲/۰۱*	۰/۰۰۱
	۱۴/۵۸	طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۱/۴۰*	۰/۰۰۱
			کنترل	-۳/۴۱	۰/۰۰۱
محدودیت مختل	۱۲/۲۵	شناختی رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۰۶	۰/۰۶۵
			کنترل	-۰/۶۵۰	۰/۱۰۷
	۱۱/۱۹	طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۱/۰۶	۰/۰۶۵
			کنترل	-۱/۷۱	۰/۰۹۹
دیگر جهت مندی	۱۳/۶۴	شناختی رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۳۷*	۰/۰۰۴
			کنترل	-۱/۲۰	۰/۰۹۲
	۱۲/۲۷	طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۱/۳۷*	۰/۰۰۴
			کنترل	-۲/۵۷*	۰/۰۰۱
گوشه زنگی و بازداری	۱۵/۲۱	شناختی رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۷۳*	۰/۰۰۱
			کنترل	-۱/۲۴	۰/۰۸۷
	۱۳/۴۵	طرحواره درمانی	شناختی رفتاری	-۱/۷۵*	۰/۰۰۱
			کنترل	-۳/۰۰	۰/۰۰۱

جدول ۴ مربوط به آزمون تعقیبی بنفرنی می باشد، در این آزمون فرض صفر عدم اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش را می گوید و فرض خلاف اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش و اختلاف بین گروههای آزمایش با یکدیگر را می گوید،

همانطور که مشاهده می شود، در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، هم درمان

شناختی رفتاری و هم طرحواره درمانی اثر بخش بوده است، در حوزه گوش به زنگی و دیگر جهت مندی تنها طرحواره درمانی اثر بخش بوده است و در حوزه محدودیت‌های مختل هیچ کدام از درمان‌ها اثر بخش نبوده است. همچنین در همه حوزه‌های طرحواره به جزء محدودیت‌های مختل طرحواره درمانی اثربخش بالاتری داشته است.

جدول ۵. آزمون مقایسه زوجی مربوط به ماندگاری اثر بخشی درمان با توجه به پیوند ضعیف مادری در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل

حوزه طرحواره	گروهها	پیوند ضعیف مادری	زمان	میانگین	تفاوت میانگین
خودگردانی و عملکرد مختل	شناختی رفتاری	مراقبت کم	پس از مداخله پیگیری	۱۶/۲۷ ۱۶/۶۷	-۰/۴۱
		بیش حمایت‌گری	پس از مداخله پیگیری	۱۶/۰۰ ۱۵/۰۹	۰/۹۱
	طرحواره درمانی	مراقبت کم	پس از مداخله پیگیری	۱۴/۶۸ ۱۵/۰۳	-۰/۶۵
		بیش حمایت‌گری	پس از مداخله پیگیری	۱۴/۸۸ ۱۳/۰۷	۱/۶۸*

همانطور که در نتایج حاصل از جدول ۳ اشاره شد تعامل اثربخشی درمان و پیوند ضعیف مادری (اثر تعاملی) فقط در حوزه مربوط به خودگردانی و عملکرد مختل معنادار است و در سایر حوزه‌ها معنادار نبوده است. آزمون مقایسه زوجی حاصل از ماندگاری درمان نشان داد، در طرحواره درمانی تفاوت بین نمرات پس از مداخله و پیگیری در نوع پیوند بیش حمایت‌گری دارای اختلاف معناداری است اما در پیوند مراقبت کم اختلاف میانگین‌ها معنادار نمی‌باشد. در درمان شناختی رفتاری بین نمرات پیش از مداخله و پیگیری اختلاف میانگین‌ها معنادار نیست اما در پیوند بیش حمایت‌گر تا حدود زیادی نمرات پیگیری نسبت به پس از مداخله کاهش داشته است که این نکته بیانگر پیش‌آگهی بهتر بیماران دارای پیوند ضعیف مادری است.

نتیجه

منطبق با نتایج استخراج شده بیماران بی‌اشتهای عصبی در طرحواره‌های شکل گرفته آغازین زندگی آسیب‌زایی دیده‌اند. در پرسشنامه سنجش طرحواره‌ها حداکثر امتیاز برای هر حوزه ۲۵ و حداقل امتیاز ۵ می‌باشد، نتایج حاصل از توصیف طرحواره‌های نشان داد، بیماران در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل بیشترین

امتیاز را کسب کردند، در حوزه گوش بزنگی بیش از حد و دیگر جهت مندی نیز نمره آنها تا حدودی بالاتر از میانگین برآورد گردید. اما در حوزه محدودیت های مختل میانگین نمراتشان کمتر از میانگین (۱۵) بوده است. حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره های رهاشدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم است و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره های وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری، گرفتار/خویشترن تحول نیافته و شکست است. که بیماران در این حوزه ها آسیب بیشتری دارند. از پژوهش های همسو می توان به پژوهش لانگ و همکاران (leung, et al., 1999) اشاره داشت. همچنین نتایج پژوهش رز، توماس و کوپر (Rose, Tumer & Cooper, 2005) نشان داد بیماران بی اشتباهی عصبی سطح بسیار بالایی از باورهای هسته ای ناسالم دارند. پژوهش اونیکاف کزوبرا و سیمون (Unoka, Tölgyes, Czobor & Simon, 2010) بیانگر وجود طرحواره های حوزه اول (محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی اعتمادی) و در حوزه گوش به زنگی بیش از حد (طرحواره بازداری هیجانی) در این بیماران بوده است. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر و نظریه های مطرح شده در این خصوص اینگونه استنباط می شود که بی اشتباهی عصبی پاسخ مقابله ای برای طرحواره های ناسازگار اولیه است، فرد برای مقابله با این طرحواره ها دست به رفتاری های مقابله ای نظیر اجتناب و جبران می زند، در افرادی که بی اشتباهی از نوع محدود کننده دارند از طریق رژیم گرفتن، روزه گرفتن و یا ورزش بیش از حد رفتارهای اجتنابی انجام می شود و در نوع پرخوری/پاکسازی فرد به رفتارهای جبران دست می زند.

بالا بودن نمره مربوط به طرحواره های حوزه عملکرد مختل نیز بیانگر عدم کسب استقلال در نوجوان بوده است. بر طبق نظریه یانگ حوزه عملکرد مختل مربوط به عدم شکل گیری هویت است. با توجه به نتایج بدست آمده و دیدگاه یانگ اینگونه برآورد می شود والدین این بیماران، برای رفاه و آسایش کودک، همه کار می کنند، در حالی که تامین رفاه و راحتی در حد متعادل برای رشد سالم کودک لازم است، در اثر این گونه تجارب در ذهن کودکان طرحواره های مربوط به حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بوجود می آید در نتیجه نیازهای هیجانی کودک به دلیل درگیری بیش از حد والدین در مسائل کودک به خودگردانی و محدودیت های واقع بینانه ارضا نمی شود. در این خصوص می توان به پژوهش دشت بزرگی و همکاران (Brockmeyer, & et al. 2013) و پژوهش لاک و گرین (Lock, & Grange, 2015) اشاره داشت.

در غربالگری اولیه نشان داده شد، همه بیماران اختلال بی اشتباهی عصبی، دارای پیوند ضعیف مادری می باشند که این نتیجه، نقش خانواده و به خصوص مادر را در سبب شناسی این اختلال قوت می بخشد. همچنین بر طبق نظریه یانگ افراد دارای آسیب در حوزه بریدگی و طرد در دوران کودکی دارای سبک دلبستگی ناایمن می باشند که طبق نتایج بدست آمده این دیدگاه برای این دسته از بیماران قابل تایید است و استنباط می شود بیماران بی اشتباهی

عصبی دارای پیوند ضعیف مادری که در حوزه بریدگی و طرد مشکل دارند، نیاز به امنیت در آنها برآورده نشده است و آنها چیزی تحت عنوان ثبات هیجانی از جانب مادر دریافت نکرده‌اند در نتیجه این عدم دریافت امنیت باور ناکارآمدی را تحت عنوان بی‌اعتمادی، نقص و شرمف‌رها شدگی و بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی را شکل داد. هم‌راستا با نتیجه بدست آمده می‌توان اشاره داشت به پژوهش دشت بزرگی (Dashtbozorgi, 2013) اشاره داشت. همچنین در پژوهش تاسکا و بلفورم (Tasca, & Balfour, 2014) به این نتایج دست یافتند که بیماران بی‌اشتهای عصبی سطوح بالاتری از ناامنی دلبستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثر بخشی درمان در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، هر دو درمان اثر بخش است اما در سایر حوزه‌ها تنها طرحواره درمانی اثربخش بوده است.

نتایج بدست آمده هم‌راستا با پژوهش پوگ (Pugh, 2015) و پژوهش ماکی و ساس (Măcic, & Sas, 2015) می‌باشد. در تعامل پیوند مادر و کودک تنها در حوزه عملکرد و محدودیت‌های مختل بیماران دارای پیوند بیش‌حمایت‌گر اثر بخشی و ماندگاری درمان در آنها بالاتر بوده است. در واقع نتایج حاصل از عود بیماری نشان داد در طرحواره درمانی تفاوت بین نمرات پس از مداخله و پیگیری در نوع پیوند بیش‌حمایت‌گر دارای اختلاف معناداری است اما در پیوند مراقبت کم اختلاف میانگین‌ها معنادار نمی‌باشد. در درمان شناختی رفتاری علارغم عدم معنادار بودن نمرات پس از مداخله و پیگیری، اما در پیوند بیش‌حمایت‌گر نسبت به مراقبت کم روند اثربخشی درمان، دارای سیر نزولی بوده است که این نکته بیانگر پیش‌آگهی بهتر بیماران دارای پیوند بیش‌حمایت‌گر است. با توجه به اثر بخشی بالاتر طرحواره درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه اینگونه استنباط می‌شود طرحواره درمانی به این دلیل که، تمرکز اصلی اش بر طرحواره‌ها و ریشه‌های تحولی است، علاوه بر تکنیک‌های شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر تکنیک‌ها نظیر تکنیک‌های تجربی و الگو شکنی رفتاری نیز استفاده می‌کند و رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد موثرتر عمل کرده است. این روش درمانی از طریق تکنیک‌های تجربی به برانگیختن هیجان‌های مربوط به طرحواره‌ها ناسازگار و بازوالدینی حد و مرز دار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضا نسبی نیاز ایمنی و استقلال که در دوران کودکی برآورده نشده است می‌پردازد. از سوی دیگر درمان شناختی رفتاری بیشتر مبتنی بر حالا است تا گذشته بیمار در نتیجه در این روش درمانی میزان عود و بازگشت بیماری به دلیل عدم بررسی ریشه‌های تحولی (اتفاقات مهم زندگی) بیشتری دارد. همچنین درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکلیف است در حالی که بیماران دارای اختلال بی‌اشتهای عصبی اغلب از انجام تکالیف طفره می‌روند، اما طرحواره درمانی مبتنی بر تکلیف نیست در نتیجه این بیماران به طرحواره درمانی بهتر پاسخ می‌دهند. از سوی دیگر این بیماران سرخوردگی بیشتری در استقلال دارند و تلاش کمتری برای برقراری روابط صمیمی از خود

نشان می دهند. از سوی دیگر این بیماران از بعد دلبستگی آسیب دیده اند روابط درمانی برای آنها می تواند مهم باشد در حالی که در درمان شناختی رفتاری رابطه درمانگر و بیمار عنصری خشی است و گاهی اوقات مانعی در درمان است به همین دلیل کمتر از درمان طرحواره پاسخگوی این بیماران است، درمان طرحواره بیمار را بیشتر پذیرا است و اختلالات روانشناختی را پدیده ای طبیعی جلوه می دهد در نتیجه طرحواره درمانی جهت بهبود طرحواره های این بیماران که ریشه در حوادث ناگوار و هیجانات ناخوشایند کودکی دارد اثربخشی و ماندگاری بالاتری داشته است که این نتیجه با توجه به مبانی نظری مطرح شده قابل تایید است.

پیشنهادهای:

در انتها پیشنهادهایی به روانشناسان بالینی و درمانگران این بیماران ارائه می شود، با توجه به نقش بالای پیوند ضعیف مادری از نوع بیش حمایت گری، در علل و تداوم بی اشتیاهی عصبی توصیه می شود به خانواده ها آموزش های لازم در خصوص تاثیر سبک تعامل با فرزندان، شیوه های فرزند پروری و روشهای تربیتی داده شود و درمانگران در متد درمان خود، از "مفاهیم بازوالدینی حدو مرزدار و رویارویی همدلانه" استفاده بیشتری نمایند و از آنجا که یکی از علل عود مجدد این بیماری می تواند استفاده زیاد این بیماران از سبک های مقابله ای ناکارآمد (تسلیم، جبران و اجتناب) باشد، برای این گروه از بیماران سبک های مقابله ای که پشت دیوار طرحواره هایشان پنهان شده است شکسته شود.

همچنین برای جلوگیری از عود بیماری توصیه می شود از برنامه های درمانی مبتنی بر تغییر و درمان های حمایتی و مراقبت های بعد از درمان استفاده شود. بر طبق پژوهش های انجام شده مراقبت های بعد از درمان می تواند هیجانات منفی و تعارضات درون فردی و برون فردی بیماران را کاهش دهد. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود برای درمان این بیماران، از رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره استفاده نمایند. به عنوان کلام پایانی لازم است به این نکته اشاره شود که هر پژوهشی دارای یکسری مشکلات و محدودیت های می باشد. از بزرگترین مشکلات این پژوهش کار با این گروه از بیماران بوده است. بیماری بی اشتیاهی عصبی، بیماری مزمنی می باشد و تعداد مراجعه کنندگان آن به مراکز درمانی محدود است، در نتیجه برای دسترسی به این گروه از بیماران زمان زیادی صرف شد.

References

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., ... & Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- Ahi, G. (2006). Standardization of the Young Schema Questionnaire short version. *master's Dissertation in Educational Psychology*, Allameh Tabatabaie University, Tehran,

- Iran. (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2013). Interpersonal motives in anorexia nervosa: The fear of losing one's autonomy. *Journal of clinical psychology*, 69(3), 278-289.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 703-716.
- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of adolescent health*, 37(5), 416-426.
- Colman, A. M. (2015). A dictionary of psychology. Oxford University Press, USA.
- Cooper, M. J., Rose K. S., & Tumer, H. M. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms. *Journal Eating Behaviors*, 7, 27-35.
- Dashtbozorgi, Z; Amiri, SH; Mazaheri, A; Talebi, H. (2013). Impact of intervention on attachment to overeating and obesity of girls. PhD. *Desertation in General Psychology*, University of Isfahan. Isfahan, Iran. (In Persian)
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 303-316.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *the treatment of eating disorders: A clinical handbook*. Guilford Press.
- Halmi, K. A., Bellace, D., Berthod, S., Ghosh, S., Berrettini, W., Brandt, H. A., ... & Kaplan, A. (2012). An examination of early childhood perfectionism across anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(6), 800-807.
- Jones, C. J., Leung, N., & Harris, G. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 319-330.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. *Journal of Eating behaviors*, 6(4), 355-364.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of nervous and mental disease*, 187(12), 736-741.
- Lewis, J. A. (2005). *Early maladaptive schemas and personality dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles*. ETD Collection for Fordham University.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- Maçik, D., & Sas, E. (2015). Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas. Longitudinal study. *Current Issues in Personality Psychology*, 3(4), 203-213.
- Mehler, P. S., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa–medical complications. *Journal of eating disorders*, 3(1), 11.
- Meyer, C., & Gillings, K (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 229-233.

- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). *Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index*. *Appetite*, 73, 45-50.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological medicine*, 35(3), 387-393.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- Rommel, D., Nandrino, J. L., Antoine, P., & Dodin, V. (2013). Emotional differentiation and parental bonding in inpatients suffering from eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 215-229.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shayeqian, Z., Agilard Vafaii, M., and Rasoulzadeh Tabatabaei, S.K. (2011). Examining schemas and parental bonding among adolescent females with normal weight, obese females or those having symptoms of anorexia nervosa. *Research Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, (M SCI)* 16(1), 30-38. (In Persian)
- Simpson, S. G., Morrow, E., & Reid, C. (2010). *Group schema therapy for eating disorders: a pilot study*. *Frontiers in psychology*, 1, 182.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Journal Health Psychology*, 21(2), 131.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Journal Eating behaviors*, 15(1), 49-59.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Journal Eating Behaviors*, 6(2), 113-118.
- Turner, H., Marshall, E., Stopa, L., & Waller, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: Effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Journal Behaviour research and therapy*, 68, 70-75.
- Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 425-431.
- Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Journal of Psychological medicine*, 43(12), 2477-2500.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 267.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and CBT on Improving Early Maladaptive Schemas in Patients with Nervous Anorexia with Weak Mother Bond

^aTahereh Mahmoudian Dastnaee*

^b Sholeh Amiri

^b Hamid Taher Neshatdoost

^c Gholamreza Manshaee

^a Islamic Azad University, Behshahr Branch,

^b University of Isfahan

^c Islamic Azad University, Khorasgan Branch

Abstract

Purpose: The present study aimed at comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on improving early maladaptive schemas in patients with nervous anorexia with weak mother bond.

Method: The study had an experimental method with pretest-posttest design and follow-up with the control group. The study population included all patients aged 16 to 23 years with eating disorders who had referred to psychiatry and psychotherapy in clinical centers in Tehran. Purposive sampling was used in this study. Twenty-one (21) patients were diagnosed to have anorexia nervosa by performing the psychological screening. Finally, the selected patients were matched in two experimental groups and one control group. Data were collected through questionnaires and diagnostic interviews based on diagnostic criteria for eating disorders and psychiatric diagnosis. Two questionnaires were used in the study including 1. Parental Bonding Questionnaire 2. Young Schema Questionnaire.

Findings: Patients in the area of disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, Hypervigilance /inhibition, have the most damage. But, little damage to the other area, impaired limits, and other-directedness. The results also indicate that in improving schemas, schema therapy was more effective and more durable than cognitive and behavioral therapy.

Keywords: Schema therapy; CBT; Nervous Anorexia; Weak mother bond

*. Mahmodian.mina@yahoo.com

The Effectiveness of Group-Based Cognitive Training Based on Assumptions and Rules on the Attitude toward the Nonsense of Life and Hardiness of Female Households with Low-Quality Life

Saba Haghi*
Tahere Haghtalab
Mohammad Asgari

University of Malayer

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the effects of group-based cognitive training based on assumptions and rules on the attitude toward the nonsense of life and hardiness of female households with low-quality life.

Method: In a quasi-experimental and nonequivalent control group design, 30 women households respectively after initial screening By Target sampling assigned in two experimental (15) and control (15) groups. The experimental group received interventions for cognitive training based on assumptions and rules. The instruments that used in this study were personal views survey (hardiness), life regard index and quality of life survey. Data were analyzed by using analysis of covariance and t-test for the differential score.

Findings: The t-test for the differential score showed that the mean difference in attitude to life and hardiness between the two groups is significant. Therefore, group-based cognitive training based on assumptions and rules has increased psychological hardiness and reduced the nonsense attitude to life in female households with low quality of life.

Keywords: Cognitive training based on assumptions and rules, Nonsense attitude to life, Female households, Hardiness, Quality of life.

*. Haghi1212@gmail.com

The Effectiveness of Learning Rhythmic Poems on the Performance of Children's Auditory-Verbal Memory

^a Zahra Taghan Ahmadabadi*

^a Ali Mohammadzadeh

^b Sadegh Jafarzadeh[†]

^a Seyed Mahdi Tabatabaee

^a Shahid Beheshti University of Medical Sciences

^b Mashhad University of Medical Sciences

Abstract

Purpose: The Effectiveness of Learning Rhythmic Poems on the Performance of Children's Auditory-Verbal Memory

Method: This is a randomized controlled trial study with the participation of 80 male and female students of the sixth grade of primary school (2015-2016) randomly divided into two 40-member groups of experiment and control. Students of the experimental group listened to recorded rhythmic poems of their books daily for 8 successive weeks. Before and after the intervention, the auditory-verbal memory of both groups was evaluated with the Rey Auditory – Verbal Learning Test, and data were analyzed using SPSS 21, the Mann-Whitney U test, paired t-test, and the Wilcoxon test.

Findings: Students of 11-12 years of age range were selected equally in terms of gender. In the posttest, the mean score of total learning of auditory-verbal memory in the students of the experimental group (10.6 ± 1.54) was significantly higher than that of the control group (8.40 ± 1.68) ($p = 0.028$). Also, in the posttest, the mean score of total learning, immediate recall, delayed recall, and recognition in the experimental group was significantly higher than the pretest ($P < 0.05$).

Keywords: Rhythmic poems, Auditory-verbal memory, Primary school students

*. z.ahmadabadi82@yahoo.com

[†]. Department of Audiology, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Email: sjafarzade@gmail.com

The Construction and Validation of the Shame Scale in the Students of Ferdowsi and Payam Noor Universities of Mashhad

Seyyede Fatemeh Najafi*
Zohreh Sepehri Shamloo
Hossein Kareshki

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: Shame is one of the strongest human emotions and a force with both constructive and destructive aspects and it has been among the most important forces which have caused human's survival. Shame does not allow human beings to behave in any way. If the shame is poisoned, it moves in the opposite direction of human health. The purpose of current research is to construct a test based on Bradshaw's approach. The test attempts to integrate different theories about the shame and to fit it with Iranian culture and society

Method: Research population includes the students of Ferdowsi and Payam Noor universities of Mashhad. The sample size of 900 people was calculated for two universities. In this study, for the purpose of constructing a combined test, exploratory and sequential methods were used.

Findings: The results indicate the content validity, construct validity in the form of factor validity, convergent validity ($r=0.02$, $p<0.05$), divergent validity ($r=-0.08$, $p<0.05$), differential validity ($r=-0.008$, $p<0.05$) and predictive criterion validity indexes ($r=0.55$, $p<0.001$) and ($r=0.52$, $p<0.001$). Test reliability was 0.72 which was acceptable. Correlation method and LISREL software were used to analyze the findings. The validity and reliability of the research were acceptable. The results of factor analysis approve the Bradshaw's classification of the shame. Proposals have been presented in two research and treatment headlines.

Keywords: Test, Healthy shame, Unhealthy shame, Validation.

*. seyyedefatemeh.najafi@gmail.com

Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Couple Therapy Based on Self-Regulation on Coping Strategies and Couples Self- Control

Naser Yoosefi*
Bentolhoda Karimipoor

Kurdistan University

Abstract

Purpose: This study was conducted to investigate and compare the effectiveness of MCT (Metacognitive therapy) and couple therapy based on self-regulation on coping strategies and couple self-control.

Method: This is a quasi-experimental study including a pretest, a posttest, and a follow-up conducted on two experimental groups and one control group. The research sample included 60 couples Referred counseling centers in Khorramabad County. For first experimental group training based on the self-regulation method, and for the second experimental group, MCT-based training conducted. The participants complete Lazarus and Folkman's Coping Strategies Questionnaire (CSQ) and Tanji's Self-Control questionnaire in three steps.

Findings: The results of ANCOVA indicated that both methods, based on self-regulation and MCT, improved coping strategies and couple behavior control significantly. The self-regulation method had a greater and more long-lasting effect on the improvement in couple coping strategies. Likewise, the MCT method had greater impacts on couple effective control and self-control training. Moreover, changes in the one-month follow-up were persistent. Couple coping strategies can be improved by training in the MCT and self-regulation methods which can have positive effects on the mechanisms of behavior modification among couples. Therefore, these couples will be capable of controlling behavior and coping strategies.

Keywords: Coping strategy, Control, Self-regulation, Metacognition.

*. NaserYoosefi@yahoo.com

An Investigation into the Role of Psychological Flexibility and Hardiness in Explaining Soldiers' Psychological Well-Being

Mohammadjavad Asghari Ebrahimabad*
Mohammad Mamizade Ojor

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the relationship between psychological flexibility and psychological hardiness in Explaining Psychological Well-Being in the soldiers' military service training centers of Semnan air defense force.

Method: The research of cross-correlation. The study population consisted of soldiers' training center in Semnan task of air defense duty martyrs. One hundred sixty-two (162) soldiers were selected by multistage cluster sampling and answered Cognitive Flexibility Inventory (CFI), Ahvaz Hardiness Inventory (AHI) and Reef Scale Psychological Well-Being (RSPWB).

Findings: Results showed there was a significant relationship between psychological flexibility and psychological hardiness with well-being and between psychological flexibility and psychological hardiness is a significant relationship at 0/01 In addition, psychological hardiness can predict 51% of psychological well-being. The results demonstrate that the role of cognitive flexibility in psychological well-being is important.

Keywords: Cognitive flexibility, Psychological hardiness, Psychological well-being, Soldiers.

*. mjasghari@um.ac.ir

The Relationship between Spiritual Intelligence, Gratitude, Organizational Commitment
and Work Engagement with Organizational Citizenship Behavior

Mehdi Payam*
Sedigheh Negintaji
Kiomars Beshlideh
Majid Negintaji
Seyed Esmaeil Hashemi

Payame Noor University

Abstract

Purpose: The purpose of present study was to investigate the relationship between spiritual intelligence, gratitude, organizational commitment and work engagement with organizational citizenship behavior.

Method: The method of current research was descriptive-correlational. The sample included 195 employees of Shahid Chamran University that were selected through simple random sampling. The instruments of research included King's Spiritual Intelligence questionnaire (2008), McCullough, Emmanus, and Tsang's Gratitude questionnaire (2002), Moody, Steyrs, and Porter's Organizational Commitment questionnaire (1979), Scaffly and Becker's Work Engagement questionnaire (2001) and Organ and Konovsky's Organizational Citizenship Behavior questionnaire (1989). Data were analyzed using Pearson correlation and multivariate regression by the stepwise Method.

Findings: Multiple correlation coefficient for Spiritual Intelligence, Appreciation, Work Engagement and Organizational Commitment's linear Combination with Organizational Citizenship Behavior was equal to $MR=0.450$ and determination coefficient was equal to $RS = 0.203$ which were significant at $p < 0/001$. Moreover, there was a positive and significant relationship between predictor variables and a criterion variable ($p<0.05$).

Keywords: Spiritual intelligence, Gratitude, Organizational commitment, Work engagement, Organizational citizenship behavior.

*. mehdipayam65@gmail.com

The Effectiveness of Satir Brief Family Therapy on the Sense of Coherence and Cognitive-Emotion Regulation in Maladaptive Couples

^aAhmadreza Kiani *

^aSaeed Khakdal

^aHossein Ghamari Givi

^bYasaman Jamshidian

^a University of Mohaghegh Ardabili

^bIslamic Azad University of Marvdasht

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the effectiveness of Satir Brief Family Therapy on the sense of coherence and cognitive emotion regulation of maladaptive couples in Ardabil Province.

Method: The method of this study was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The research sample included 16 couples who referred to the well-being center of Ardabil and responded to researcher recall that were selected by volunteer sampling and randomly assigned into two groups, that is experimental and control groups. The group-based intervention was performed in the experimental group in 8 sessions. The instrument used in this study includes short-form questionnaire of a sense of coherence and short-form questionnaire of the cognitive emotion regulation to which the couples responded in the pretest and posttest. Data analyzed using analysis of multivariate variance.

Findings: The results showed that there was a significant difference ($p < 0.001$) between the experimental and control groups in terms of sense of coherence and cognitive emotion regulation. So, Satir Brief Family Therapy increases couples sense of coherence and cognitive emotion regulation in the experimental group, compared with the control group.

Keywords: Sense of coherence, Cognitive emotion regulation, Satir Brief Family Therapy.

*.Ahmadreza_kiani@yahoo.com

Table of Contents

The Effectiveness of Satir Brief Family Therapy on the Sense of Coherence and Cognitive-Emotion Regulation in Maladaptive Couples	I
Ahmadreza Kiani, Saeed Khakdal, Hossein Ghamari Givi, Yasaman Jamshidian	
The Relationship between Spiritual Intelligence, Gratitude, Organizational Commitment and Work Engagement with Organizational Citizenship Behavior	II
Mehdi Payam, Sedigheh Negintaji, Kiomars Beshlideh, Majid Negintaji, Seyed Esmaeil Hashemi	
An Investigation into the Role of Psychological Flexibility and Hardiness in Explaining Soldiers' Psychological Well-Being	III
Mohammadjavad Asghari Ebrahimabad, Mohammad Mamizade Ojor	
Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Couple Therapy Based on Self-Regulation on Coping Strategies and Couples Self- Control	IV
Naser Yoosefi, Bentolhoda Karimipoor	
The Construction and Validation of the Shame Scale in the Students of Ferdowsi and Payam Noor Universities of Mashhad	V
Seyyede Fatemeh Najafi, Zohreh Sepehri Shamloo, Hossein Kareshki	
The Effectiveness of Learning Rhythmic Poems on the Performance of Children's	VI
Zahra Taghan Ahmadabadi, Ali Mohammadzadeh, Sadegh Jafarzadeh, Seyed Mahdi Tabatabaee	
The Effectiveness of Group-Based Cognitive Training Based on Assumptions and Rules on the Attitude toward the Nonsense of Life and Hardiness of Female Households with Low-Quality Life	VII
Saba Haghi, Tahere Haghtalab, Mohammad Asgari	
Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and CBT on Improving Early Maladaptive Schemas in Patients with Nervous Anorexia with Weak Mother Bond	VIII
Tahereh Mahmoudian Dastnaee1, Sholeh Amiri, Hamid Taher Neshatdoost, Gholamreza Manshaee	

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, Kasra Sharifi

- 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. 8, No. 1, Spring & Summer 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. 8, No. 1, Spring & Summer 2018

ISSN: 2251-6352

15

- | | |
|---|------|
| The Effectiveness of Satir Brief Family Therapy on the Sense of Coherence and ...
Ahmadreza Kiani, Saeed Khakdal, Hossein Ghamari Givi, Yasaman Jamshidian | I |
| The Relationship between Spiritual Intelligence, Gratitude, Organizational Commitment ...
Mehdi Payam, Sedigheh Negintaji, Kiomars Beshlideh, Majid Negintaji, Seyed Esmaeil Hashemi | II |
| An Investigation into the Role of Psychological Flexibility and Hardiness in Explaining ...
Mohammadjavad Asghari Ebrahimabad, Mohammad Mamizade Ojor | III |
| Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Couple Therapy Based ...
Naser Yoosefi, Bentolhoda Karimipoor | IV |
| The Construction and Validation of the Shame Scale in the Students of Ferdowsi and ...
Seyyede Fatemeh Najafi, Zohreh Sepehri Shamloo, Hossein Kareshki | V |
| The Effectiveness of Learning Rhythmic Poems on the Performance of Children's ...
Zahra Taghan Ahmadabadi, Ali Mohammadzadeh, Sadegh Jafarzadeh, Seyed Mahdi Tabatabaee | VI |
| The Effectiveness of Group-Based Cognitive Training Based on Assumptions and Rules ...
Saba Haghi, Tahere Haghtalab, Mohammad Asgari | VII |
| Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and CBT on Improving Early ...
Tahereh Mahmoudian Dastnaee, Sholeh Amiri, Hamid Taher Neshatdoost, Gholamreza Manshaee | VIII |