



دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

سال ۸، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۷

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

۱۶

- ۵ اثر بخشی در مان شناختی رفتاری اختلال های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعہ کننده به دادگاه خانواده
قاسم آهی، احمد منصوری، عاطفه توانایی
- ۲۳ اثر عوامل فردی و اجتماعی متمایز کننده نوجوانان آزار دیده هیجانی تاب آور از غیر تاب آور
علی مشهدی، مریم حسن زاداوله، مهدی عبدالعزیز رافی
- ۴۳ اثر بخشی گروه در مانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان
مهدی ولی زاده، غلامرضا منشی، حسین کارشکی
- ۶۱ باز نمایی مولفه های احتمال آسیب طلاق: مطالعه ای به روش پدیدار شناسی
ظاهره سادات علوی، علی مقدم زاده، محمدعلی مظاهری، غلامعلی افروز، الهه حجازی موغاری، کیوان صالحی
- ۸۴ اثر بخشی در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزند در مادران دارای کودک کم توان ذهنی
سید محسن حجت خواه، ایمان مصباح، محسن گل محمدیان
- ۱۰۱ اثر بخشی رفتار در مانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی
سعید تیموری، گلناز غفاریان، فرشته میردانیان
- ۱۱۶ اثر بخشی در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیمار مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس
محمد مهدی جهانگیری
- ۱۲۸ ارزیابی ابعاد دل بستگی ناپایمن و رضایت جنسی با میانجی گری خودکار آمدی کنش- وری جنسی در زنان
غلامرضا رجیبی، سمیه خیربی، منوچهر تقی پور

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پژوهش‌های
روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه فردوسی مشهد
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
گروه روان‌شناسی

سال ۸، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۷

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

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

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

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)
- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)
- پایگاه Scopus
- 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	مرتبۀ علمی
دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف	روان شناسی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر امیر امین یزدی	روان شناسی کودک	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر نورمحمد بخشانی	روان شناسی بالینی	دانشیار علوم پزشکی زاهدان
دکتر محمدعلی بشارت	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه تهران
دکتر فریبرز درتاج	روان شناسی تربیتی	دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر جواد صالحی فدردی	روان شناسی بالینی و سلامت	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید محمود طباطبایی	روان پزشکی	استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد

داوران این شماره : مجید معینی زاده، ذبیح پیرانی، حمید دررودی، ایمان محرمی، فیروز زنگنه، حسین سلیمی بجستانی، کسری شریفی، جعفر طاللیان شریف، جواد و کیلی، تکتم کاظمینی، فاطمه شهامت، شاهد مسعودی، رقیه نورانی
مدیر اجرایی و کارشناس مجله : محمدرسول فیاض صابری
ویراستار: کسری شریفی

مجله در ویراستاری، تنظیم و تلخیص مطالب آزاد است. ترتیب مقاله ها نشان دهنده ارزش علمی یا شخصیت نویسندگان نیست. دیدگاه‌های 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 درمان شناختی رفتاری اختلال های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده
قاسم آهی، احمد منصوری، عاطفه توانایی
- ۲۳ اثر عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب آور از غیر تاب آور
علی مشهدی، مریم حسن زاده اول، مهدی عبداله زاده رافی
- ۴۳ اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان
مهدی ولی زاده، غلامرضا منشی، حسین کارشکی
- ۶۱ بازنمایی مولفه های احتمال آسیب طلاق: مطالعه ای به روش پدیدار شناسی
طاهره سادات علوی، علی مقدم زاده، محمد علی مظاهری، غلامعلی افروز، الهه حجازی موغاری، کیوان صالحی
- ۸۴ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزند در مادران دارای کودک کم توان ذهنی
سید محسن حجت خواه، ایمان مصباح، محسن گل محمدیان
- ۱۰۱ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی
سعید تیموری، گلناز غفاریان، فرشته یزدان پناه
- ۱۱۶ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
محمد مهدی جهانگیری
- ۱۲۸ ارزیابی ابعاد دلستگی ناایمن و رضایت جنسی با میانجی گری خودکارآمدی کنش-وری جنسی در زنان
غلامرضا رجیبی، سمیه خیری، منوچهر تقی پور



توانایی، عاطفه؛ آهی، قاسم؛ منصور، احمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.62597

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۲۲-۵.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان

عاطفه توانایی^۱، قاسم آهی^۲، احمد منصور^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۷

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده بود.

روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده شهر مشهد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمون و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمون در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه خودافشایی رابطه و آگاهی جنسی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به کمک نرم-افزار آماری اسپاس و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی سبب بهبود جاذبه جنسی و پویایی جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده موثر است. همچنین، درمانگران می‌توانند از این روش درمانی جهت بهبود پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: رابطه جنسی، جاذبه جنسی، اختلال‌های جنسی، مشکلات زناشویی.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، avanaei.psy1991@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، (نویسنده مسئول) Ahigh1356@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

مقدمه

مسائل جنسی جسم، روان، ذهن و رفتارهای اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و به مخاطره افتادن رفتارهای جنسی منجر به اختلال در هیجان‌ات، شخصیت، عملکرد هیجانی/اجتماعی و روابط زوج‌ها می‌شود (Lotfi Kashani, Vaziri & Hajizadeh, 2014). سلامت جنسی^۱ به عنوان حالتی از بهزیستی جسمی، هیجانی، روانی و اجتماعی مرتبط با جنسیت و صرفاً نبود بیماری، کژکاری یا عدم باروری تعریف شده است. بعلاوه، سلامت جنسی مستلزم داشتن رویکردی مثبت به جنسیت و روابط جنسی، امکان داشتن روابط جنسی ایمن و لذت بخش، فاقد اجبار، تبعیض و خشونت است (World Health Organization, 2002). اختلال عملکرد جنسی نیز به عنوان کاهش پایدار یا عودکننده تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد هنگام نزدیکی و وجود مشکل یا ناتوانی در رسیدن به اوج لذت جنسی تعریف شده است (Basson, Berman & Whipple, 2000). در حال حاضر دو رویکرد درمانی برای زنانی که از فقدان لیبدو رنج می‌برند وجود دارد: دارودرمانی و روان‌درمانی. برای فقدان میل جنسی زنان داروهای متعددی از جمله استروژن، متیل تستوسترون، بوپروپیون و سافرون مورد استفاده قرار می‌گیرد (Akhtari & et al, 2014). از آن جهت که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در ایجاد و به‌طور خاص در حفظ کژکاری‌های جنسی دارند، مداخلات روان‌شناختی درمان‌های مناسب برای کژکاری‌های جنسی هستند (Althof & et al, 2005). بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی^۲ اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده است.

یافته‌های پژوهشی نشانه‌های باروری، سلامت و سایر علامت‌هایی که مربوط به کیفیت رابطه همسری است را به عنوان شاخص‌های جذابیت معرفی کرده‌اند (Fink & Penton-Voak, 2002; Gangestad & Singh, 1993; Sugiyama, 2005; Scheyd, 2005). بوس (Buss, 1998) بیش از ده هزار نفر را از فرهنگ‌های مختلف مورد مطالعه قرار داد تا ببیند که آیا ویژگی‌های جهانی برای معیار جذابیت وجود دارد یا نه؟ وی دریافت که به رغم تفاوت‌های فرهنگی تکامل ویژگی‌هایی را برگزیده است که انسان‌ها آنها را در یک جفت خوب مهم تشخیص داده‌اند. مهمترین این ویژگی‌ها از دیدگاه مردان زیبایی و جوانی و از دیدگاه زنان درآمد خوب و کوشایی هستند. بنابراین جذابیت و به‌طور خاص جذابیت فیزیکی نقش مهمی را در انتخاب جفت در انسان دارد (Rhodes, Simmons & Peters, 2005). مطابق با دیدگاه تکاملی جذابیت فیزیکی به عنوان نشانه‌ای برای یک جفت با کیفیت و مناسب برای تولید مثل عمل می‌کند (Rhodes, 2006).

1. Sexual Health
2. Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT)

Gangestad & Scheyd, 2005; Rhodes, Simmons & Peters, 2005; Thornhill & Gangestad, 1999; Hume & Montgomerie, 2001) و این مسئله در چارچوب تئوری‌های انتخاب جنسی تبیین می‌شود (Johnston, 2006). شواهد غیرمستقیم حاکی از آن است که جذابیت ممکن است تفاوت در باروری انسان را تبیین کند (Jokela, 2009). آپلیکا، فین برگ، مارلاو (Apicella, Feinberg & Marlowe, 2007) گزارش کردند که جذابیت فیزیکی با قدرت باروری بالاتر همبسته است. یافته‌های پژوهشی نیز نشان می‌دهد که جذابیت پیش‌بینی کننده رفتار جنسی فعالتر و موفقیت بالاتر در جفت‌گیری است (Weeden & Sabini, 2007). همچنین شاخص‌های جذابیت با فیزیولوژی تناسلی سالمتر، باروری بهتر در زنان و قابلیت بهتر برای بچه‌دار شدن (Jasienska, Lipson, Ellison, Thune & Ziomkiewicz, 2006) و کیفیت بالاتر اسپرم در مردان (Peters, Rhodes & Simmons, 2008) همبسته است.

کانازاوا (Kanazawa, 2007) معتقد است که جذابیت والدین توزیع جنسی فرزندان را جهت می‌دهد، طوری که دختران در مقایسه با پسران از جذابیت وراثتی بیشتر سود می‌برند. بنابراین افراد تکامل یافته‌اند تا به ویژگی‌های فیزیکی دیگران توجه کنند و آنها را به عنوان جفت انتخاب کنند. به نظر می‌رسد که معیارهای جذابیت منعکس کننده تکامل ما در طول تاریخ و به‌طور خاص در دهه گذشته باشد و بر نقش مهم ارزیابی سلامت در انتخاب جفت تأکید دارد (Schaefer & et al, 2006). با این حال مطالعات مربوط به جذابیت و موفقیت در جفت‌گیری اغلب اثرات خطی را بررسی کرده‌اند، اما این امکان وجود دارد که جذابیت بالا نه تنها موفقیت در باروری را کاهش دهد، بلکه موفقیت در روابط را نیز کاهش می‌دهد، زیرا افراد با جذابیت بالا احتمال بیشتری هست که شریک‌شان را ترک کنند یا روابط فرازناسویی داشته باشند (Boothroyd, Jones, 2001; Burt, DeBruine & Perrett, 2008; Chu, Hardaker, Lycett, 2007; Waynforth, 2001). بنابراین جذابیت متوسط ممکن است از جذابیت بالا مطلوب‌تر باشد. احساس جذابیت جنسی مانند یک مکانیزم عمل می‌کند و می‌تواند به یک زن جذابیت‌های جنسی برای یک همسری کوتاه مدت را بدهد و این جذابیت‌ها انگیزه راهبردهای استثمارگرانه را فراهم می‌کند. قابل بهره‌کشی بودن بیشتر یک زن ممکن است در دراز مدت جذابیت همسری او را کم کند، زیرا یک مرد نسبت به همسری که می‌تواند مورد بهره‌کشی دیگر مردان قرار بگیرد احساس خطر می‌کند (Goetz, Easton, Lewis & Buss, 2012).

یک ازدواج رضایت‌بخش نیازمند برقراری ارتباطی موثر و کارآمد می‌باشد (Karahana, 2007). ارتباط فرایند انتقال احساسات، نگرش‌ها، حقایق، باورها و ایده‌ها است. محدود به کلمات نیست، بلکه بواسطه گوش دادن، سکوت، حالات چهره، ژست‌ها، لمس کردن و همه نمادها و نشانه‌های غیر زبانی مورد استفاده برای رساندن و دریافت معنی اتفاق می‌افتد (Millard & Bienvenu, 1970). ارتباط زناشویی نیز فرایندی

است که طی آن زن و مرد به صورت کلامی و غیر کلامی به تبادل احساسات، افکار، نگرش‌ها، حقایق، باورها و ایده‌ها می‌پردازند (Kimiaee, Mansouri & Mansouri, 2016). با وجود این، الگوهای ارتباطی منفی و ناکارآمدی در بیان افکار و هیجانات خود، مهارت‌های گوش دادن و حل مسئله، انتقال احساسات و استفاده مناسب از حالات چهره، ژست‌ها، لمس کردن و سایر نمادها و نشانه‌های غیر زبانی دیگر عامل عمده پریشانی زوجین می‌باشند (Sexton, Weeks & Robbins, 2003). از سوی دیگر، هماهنگی و ارضای نیازهای بین زن و شوهر از جمله ارضای نیازهای عاطفی و جنسی، مهارت‌های مربوط به ایجاد تفاهم و شیوه‌های بیان محبت می‌توانند سبب رضایت آنها از ازدواج و تداوم آن گردد. عشق، صمیمیت و رابطه جنسی جنبه‌های درهم تنیده روابط پویا هستند که هر کدام می‌تواند به شیوه‌های مثبت یا منفی بر دیگری اثر داشته باشد (Tonekaboni, Hassanzadeh & Ebrahimi, 2013). فیدو (Fido, 2004) نیز معتقد است که زنان در روابط نزدیک خود بر صمیمیت و نزدیکی، ارزش بیشتری می‌گذارند. طی رابطه جنسی، مقدار زیادی اکسی توسین در بدن زن ترشح می‌شود که نیاز به آرامش و نزدیکی را تعدیل می‌کند (Buga, Amokom & Ncayiyana, 1996) و رابطه پویا از نظر روانی نیز احساس آرامش، نزدیکی، صمیمیت، افزایش رضایت جنسی، کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس زوجها را به همراه دارد (Roffe & Britt, 1981). واترلویک (Farmani Shahreza, Rasouli & Ghaedniay Jahromi, 2014) بر این باور است که پیوندها، وسیله الگوهای ارتباطی پویا، به گونه‌ای پیوسته هستند و حتی با دگرگون شدن عنوان، پایدار باقی می‌مانند و هر پیوند پاسخ به یک محرک تازه است که با هدف از میان برداشتن یک مشکل پدید می‌آید. بنابراین، ارتباط ناموتر در ایجاد و تداوم مشکل جنسی نقش مهمی دارد، زیرا تعامل جنسی موقعیت پویایی است که در آن دو نفر به طور مداوم بر رفتار یکدیگر تأثیر می‌گذارند (Spence, 1991).

مک کبی و کوباین (McCabe & Cobain, 1998) گزارش کردند که در زنان دارای کژکاری جنسی نسبت به زنان دارای کارکرد بهنجار احتمال بیشتری هست که روابط نزدیک زوجین آسیب ببینند. کیلی، استاسبرگ، ترنر (Kelly, Strassberg & Turner, 2006) گزارش کردند در زوج‌هایی که زنان اختلال ارگاسم را تجربه می‌کنند در مقایسه با زوج‌های کنترل که اختلال‌های جنسی را تجربه نکرده‌اند روابط ضعیف‌تری دارند. راف و بریت (Roffe & Britt, 1981) شواهدی ارائه دادند مبنی بر اینکه که بین زوج‌هایی که دنبال کام درمانی هستند سطوح خصومت بالاتر است. آنها همچنین فقدان عاطفه یا عاطفه سطح پایین را در روابط زوج‌های دارای اختلال جنسی گزارش کردند. روزن و آلتوف (Rosen & Althof, 2008) گزارش کردند که انزال زودرس کیفیت روابط زوجها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تأثیر اختلال‌های

جنسی بر روابط زن و مرد در مطالعه اوبرگ و فاکل - مایر (Oberge & Fugel-Meyer, 2005) برجسته تر بود، آنها دریافتند که شاخص اصلی پیش‌بینی کننده اختلال جنسی زنان، عدم رضایت از روابط و اختلال جنسی همسر بود. یافته‌های اسمیت، پوکال، تریپ و نیکل (Smith, Pukall, Tripp Nickel, 2007) نیز نشان داد که همسران مردان دارای سرطان پروستات یا مردان مبتلا به سندرم درد لگن که سطوح پایین‌تری از کارکرد و رضایت جنسی را دارند، روابط ضعیف‌تری را گزارش می‌کنند. همچنین آتوود، کلوسینس، نیور (Atwood, Klucinec & Neaver, 2006) بر اهمیت روابط نزدیک زوجها در ایجاد و حفظ اختلال تاکید دارند. متخصصان بالینی و پژوهشگران نیز خاطر نشان کرده‌اند که هنگام درمان اختلال‌های جنسی در مردان و زنان مشکلات موجود در روابط نزدیک آنها مدنظر قرار نمی‌گیرد (Wylie, 2006). از این رو، کشف و رفع اختلال-های جنسی، تشخیص نگرانی‌ها و کمک به زوجها برای بهبود کیفیت روابط زناشویی، تاثیر بسزایی در پیشگیری از اختلاف‌های خانوادگی و پیامدهای ناشی از آن خواهد داشت (Bolourian & Ganjloo, 2007). این پژوهش با رویکرد شناختی رفتاری گروهی و بر مبنای یک دوره درمان اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی انجام شد. درمان مورد استفاده برای افراد مبتلا به اختلال جنسی به دنبال انتشار کتاب مستر و جانسون تحت عنوان "نارسایی جنسی در انسان" تغییر بنیادین یافت. در این کتاب رویکر جدید و منظمی توضیح داده شده است که درمان جنسی نامیده می‌شود و اساس اولیه درمان شناختی رفتاری را پدید آورده است (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989). براون و همکاران (Brown & et al, 2005) معتقدند این احتمال وجود دارد که بیماری‌های چالش برانگیز و یا مقاوم به درمان به درمان شناختی رفتاری بهتر پاسخ دهند. یکی دیگر از ویژگی مهم درمان شناختی رفتاری که آنرا برجسته ساخته است تبعیت این رویکرد از دارو درمانی است. میزان تبعیت از عدم دارودرمانی در اختلال افسردگی، دوقطبی و ... بسیار بالاست (Akincigil, Bowblis & Levin, 2007) و درمان شناختی رفتاری می‌تواند اثر درمان‌های دارویی را تعدیل کند. زیگلر (Ziegler, 2007) معتقد است رویکرد شناختی رفتاری یک رویکرد ساختارمند است که در آن تمرکز روی مسئله و هدف محور می‌باشد. به علاوه تاکید بر مهارت آموزشی و استقلال مراجعه‌کننده را نیز در نظر می‌گیرد، طول درمان را به حداقل می‌رساند و خطر عود و بازگشت مجدد را کاهش می‌دهد. از این رو می‌توان از درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یکی از رویکردهای درمانی موثر در درمان اختلال-های جنسی و مشکلات زناشویی استفاده کرد.

جانن، دیسوتر و زچ (Geonet, De Sutter & Zech, 2013) معتقدند که فرایندهای شناختی در اختلال‌های جنسی زنان نقش دارند. به عبارتی شناخت‌های تحریف شده و تفکر منفی درباره فعالیت جنسی،

علایم را تشدید و دایمی می‌کند، بنابراین کشف این خود تلقینی‌های منفی به تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (Araoz, 2005) و درمان رفتاری شناختی ضمن آنکه بر عملکرد جنسی تاثیر مثبت دارد، به احتمال زیاد رضایت جنسی را افزون خواهد کرد. اسپنس (Spence, 1991) نیز معتقد است که رویکرد شناختی رفتاری در درمان اختلالات جنسی ضمن اهمیت دادن به روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه افراد می‌پردازد و بدین ترتیب تاثیر درمانی را افزایش می‌دهد. امروزه این رویکرد از متداول‌ترین و معروف‌ترین روش‌های درمانی توصیه شده در درمان اختلال‌های جنسی می‌باشد (Fahimi, 2011)، که در مقایسه با درمان‌های دارویی دارای دو مزیت اصلی هستند: آنها اثرات جانبی منفی بر جسم ندارند. به علاوه هدف این درمان‌ها بهبود کارکرد جنسی و افزایش رضایت جنسی و رای کاهش نشانگان هدف می‌باشد (Fruhauf, Gerger, Schmidt, Munder & Barth, 2013). در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده انجام گردید. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

- ۱) درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده موثر است.
- ۲) درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده موثر است.

روش

پژوهش حاضر از نوع هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر مشهد بود که براساس ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و نظر متخصصان تشخیص اختلال‌های جنسی دریافت کرده و دارای پرونده بودند. تعداد اعضای نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج شامل دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۵، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی دیگر، عدم مصرف مواد، نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد و غیبت بیش از سه جلسه در طول دوره بود. بر این اساس،

چهار نفر از اعضای گروه آزمایش به سبب غیبت بیش از سه جلسه کنار گذاشته شدند. از این رو برای دست-یابی به نتایج همگن تر داده‌های مربوط به چهار نفر از اعضای گروه کنترل نیز به طور تصادفی از تحلیل‌ها حذف شد. داده‌های پژوهش حاضر به کمک نرم افزار اسپاس پی‌اس اس نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل دو ابزار:

۱- پرسشنامه آگاهی جنسی (خرده‌مقیاس جذابیت جنسی) و ۲- مقیاس خودافشایی رابطه (خرده‌مقیاس پویایی‌های رابطه جنسی) بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می‌شود:

پرسشنامه آگاهی جنسی: ابزاری ۳۶ ماده‌ای است که توسط اسنل، فیشر و میلر (Snell, Fisher & Miller, 1991) به منظور ارزیابی آگاهی جنسی^۱، نظارت جنسی^۲، جاذبه جنسی^۳ و جرأت‌ورزی جنسی^۴ ساخته شده است. این آزمون دارای ۳۶ عبارت است و از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای در دامنه‌ای از صفر (خیلی با من مطابقت دارد) تا ۴ (به هیچ وجه با من مطابقت ندارد) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را مشخص کنند. نتایج مربوط به اعتبار و روایی این پرسشنامه در مورد دو گروه از دانشجویان رشته روان‌شناسی دانشگاه میدوسترن نشان داده است که اعتبار خرده‌مقیاس‌های آگاهی جنسی، نظارت جنسی، جاذبه جنسی و جرأت‌ورزی جنسی به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۲ قرار دارد. آنها همچنین نشان دادند که این آزمون از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار می‌باشد. در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس جاذبه جنسی استفاده شد و اعتبار آن به روش همسانی درونی ۰/۶۹ برآورد شد.

مقیاس خودافشایی رابطه: ابزاری ۷۵ ماده‌ای است که توسط اسنل، هامپتون و پاملا (Snell, Hampton & Pamela, 1992) ساخته شده است. مقیاس خودافشایی رابطه شامل ۲۵ خرده‌مقیاس می‌شود و هر خرده‌مقیاس سه عبارت را در بر می‌گیرد. این خرده‌مقیاس‌ها در پنج طبقه دسته‌بندی می‌شوند: عشق،

1. Sexual Awareness Scale (SAS)
2. Sexual Consciousness
3. Sexual Monitoring
4. Sexual Appeal
5. Sexual Assertiveness
6. Relationship Disclosure Scale (RDS)

نزدیکی، رابطه جنسی^۱؛ واکنش‌های روانشناختی شخصی^۲؛ نگرانی‌های مرتبط با همسر^۳، پویایی‌های رابطه^۴ و فشار رابطه^۵. نمره‌گذاری براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و در دامنه‌ای از صفر (تمایلی ندارم تا درباره این موضوع با یک مشاور ازدواج خانم صحبت کنم) تا ۴ (کاملاً تمایل دارم تا درباره این موضوع با یک مشاور ازدواج خانم صحبت کنم) صورت می‌گیرد. اعتبار خرده‌مقیاس‌های آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. همبستگی درونی این خرده‌مقیاس‌ها نیز بایکدیگر همبسته ۰/۳۴ تا ۰/۹۳ بوده است. در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس پویایی‌های رابطه استفاده شد و اعتبار آن به روش همسانی درونی ۰/۸۴ برآورد شد.

روش اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم با دادگاه خانواده شهر مشهد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال‌های جنسی مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده شهر مشهد براساس ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، نظر متخصصان و همچنین ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پس از هماهنگی با این افراد، با استفاده از ابزارهای پژوهش، از گروه‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس درمان شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، به صورت گروهی و هر هفته دو جلسه، برای گروه آزمایش به اجرا در آمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه بایکدیگر مقایسه شد. جزئیات مربوط به برگزاری دوره‌های آموزش درمان شامل اهداف، تکالیف و برنامه جلسات درمانی به تفکیک جدول ۱ بود.

جدول ۱: خلاصه جلسات، چهارچوب و ساختار کلی جلسات

عنوان و روند جلسات	جلسات درمان
آشنایی درمانگر با شرکت‌کنندگان، اتحاد درمانی، آشنایی کلی با انواع اختلال‌های کارکرد جنسی؛ تاثیر آن در کیفیت روابط زناشویی.	جلسه اول آشنایی
بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشکل اصلی، ارزیابی نحوه‌ی نزدیکی، آموزش مهارت‌های ارتباطی.	جلسه دوم تاکید بر اهمیت درمان

1. Love, Closeness, and Sex
2. One's Psychological Reactions
3. Partner-Related Topics
4. Dynamics of Sex Relation
5. Relationship Stress

جلسه سوم	شناساندن مفاهیم جنسی	ارائه‌ی دانش و اطلاعات جنسی، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی، و آموزش ابراز وجود به شیوه‌ی صحیح.
جلسه چهارم	افزایش مهارت‌های جنسی	بازسازی شناختی؛ تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول
جلسه پنجم	آموزش تکنیک‌های عملی ۱	نمایش فیلم، تمرکز حسی نوع دوم، آموزش تمرینات کگال، دخول بدون ارگاسم و خودتحریکی، ارگاسم در حضور همسر.
جلسه ششم	آموزش تکنیک‌های عملی ۲	نمایش فیلم، آموزش تکنیک‌های تن آرامی برای کاهش هر چه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره.
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های حل مشکلات جنسی در موقعیت‌های خاص	مانور نقطه عطف، نزدیکی و ارگاسم، آموزش مهارت حل مساله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش هر چه بیشتر موقعیت‌های اضطراب‌زا،
جلسه هشتم	جمع‌بندی	جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود علائم.

یافته‌ها

به منظور ارائه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های پویایی‌های رابطه و جذابیت جنسی

پس آزمون				پیش آزمون				متغیرها	
P	t	انحراف استاندارد	میانگین	P	t	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۰۱۵	۲/۶۶	۷	۴۸/۰۹	۰/۶۵	-۰/۴۵	۱۱/۳۴	۳۸/۸۱	آزمایش	پویایی‌های
		۸/۴۶	۳۹/۲۷			۱۰/۲۶	۴۰/۹۰	کنترل	رابطه
۰/۰۰۰۱	۴/۲۸	۱/۱۶	۸/۸۱	۰/۷۹	۰/۴۱	۱/۲۰	۵/۳۶	آزمایش	جاذبه
		۱/۸۴	۶			۱/۹۶	۵/۵۴	کنترل	جنسی

میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر $29/09 \pm 2/70$ و $31 \pm 4/86$ بود. از مجموع ۲۲ نفر ۶ نفر زیر ۲۵ سال، ۸ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۵ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۳ نفر بالای ۴۰ سال سن داشتند. بعلاوه، تفاوت معناداری بین میانگین سنی دو گروه وجود نداشت ($t = -0/76$, $df = 20$, $P > 0/05$). آن گونه که در جدول بالا مشخص است میانگین نمره گروه‌های آزمایش و کنترل در پویایی رابطه و جاذبه جنسی در پیش آزمون معنادار نیست، در حالی که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون پویایی‌های رابطه و جاذبه جنسی معنادار است.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌های آزمون از روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک نشان داد که مقدار آن برای همه متغیرها معنادار نیست ($P > 0/05$). همچنین، نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون و پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان بود ($P > 0/05$)، از این رو استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع است. در جدول ۳ و ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) مربوط به اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده ارایه شده است.

جدول ۳: خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پویایی رابطه جنسی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پویایی رابطه پیش آزمون	۶۷۴/۴۹	۱	۶۷۴/۴۹	۲۴/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
اثر اصلی (درمان)	۵۳۷/۹۶	۱	۵۳۷/۹۶	۱۹/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
خطای باقی مانده	۵۳۲/۵۹	۱۹	۲۸/۰۳			

جدول ۴ خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جاذبه جنسی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون جاذبه جنسی پیش	۴/۰۷	۱	۴/۰۷	۱/۷۷	۰/۲۰	۰/۰۸۵
اثر اصلی (درمان)	۴۵/۱۰	۱	۴۵/۱۰	۱۹/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
خطای باقی مانده	۴۳/۵۶	۱۹	۲/۲۹			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده در پس آزمون معنادار است ($P < 0/05$). از این رو فرضیه اول این پژوهش مبنی بر درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده موثر است، تأیید می‌شود. میزان تأثیر این مداخله نیز ۰/۵۰ بوده است. نتایج جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه

خانواده در پس آزمون معنادار است ($P < 0/05$). از این رو فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده موثر است، تأیید می‌شود. میزان تأثیر این مداخله نیز ۰/۵۱ می‌باشد.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی اثر معناداری بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده دارد. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود نگرش و رفتارهای جنسی زنان در پژوهش‌هایی مانند زیر (Zimmer, 1987)، هیمن (Heiman, 2002)، نیکولوسی و همکاران (Nicolosi & et al, 2005)، ریس و همکاران (Reis & et al, 2011)، ترودل و همکاران (Trudel & et al, 2001)، مک کارتی و مک کارتی (McCarthy & McCarthy, 2003)، غلامزاده، عطاری و شفیع‌آبادی (Gholamzadeh, Attari & Shafiaabadi, 2009)، صالح‌زاده، کجباف، مولوی و ذولفقاری (Salehzade, Kajbaf, Movlavi & Zolfaghari, 2011)، کجباف، فرامرزی و حسینی (Kajbaf, Faramarzi & Hosseini, 2011) و بختیاری، شیدایی، بحرینیان و نوری (Bakhtiari, sheydaei, Bahrainian & Nouri, 2015) تأیید شده است.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه اول نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده اثر دارد. نتیجه به‌دست آمده با نتایج پژوهش‌های کاتلر (Cutler, 2003)، مورگان و تامسون (Morgan & Thompson, 2006)، برادوسکی (Brodsky, 2007)، مورگان و دیویدسون (Morgan & Davidson, 2008)، و اوسلیوان و همکاران (O'Sullivan & et al, 2014) که نشان دادند آموزش مهارت‌های جنسی موجب افزایش پویایی‌های رابطه جنسی زنان متأهل می‌گردد، هم‌سو است. برای تبیین چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت همانطور که بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند بسیاری از افراد مخصوصاً در کشور ما با اطلاعات ناقص و گاه حتی اشتباه وارد رابطه زناشویی می‌شوند که نتیجه آن رابطه‌ای با کیفیت پایین می‌باشد. ارائه اطلاعات صحیح در زمینه چرخه پاسخ جنسی، تفاوت‌های زن و مرد در این زمینه و در ابراز عشق، در زمینه رابطه جنسی نه تنها احتمال بهبود مهارت‌های عملی را افزایش می‌دهد بلکه باعث اصلاح بسیاری از باورهای اشتباه آزمودنی‌ها می‌گردد. مسئله‌ای که مخصوصاً در خانم‌ها بسیار حائز اهمیت می‌باشد، زیرا مکانیسم‌های راه‌انداز میل جنسی در زنان

به مقدار زیادی تحت تأثیر افکار و باورهای قرار دارد که در این زمینه دارند؛ برخلاف مردان که به راحتی و خیلی زود از طریق حس بینایی و یا بویایی برانگیخته می‌شوند. آمار نشان داده است که مردان بیش از زنان متمایل به ارضا نیازها و تمایلات خود هستند (Diamond, 2005). مطالعه چاندرا، کوپن و موشر (Chandra, Moshier, Copen & Sionean, 2011) نشان داد که مردان و زنان به تحریکات بصری به صورت متفاوت واکنش می‌دهند. در مجموع، افزایش آگاهی در زمینه نحوه‌ی صحیح پاسخ جنسی، بهبود سبک تغییرپذیری، تفاوت‌های زن و مرد در نحوه‌ی فعالیت جنسی و ابراز عشق، و تمرین مهارت‌های عملی که در طول آموزش شناختی- رفتاری کسب می‌شود، باعث اصلاح رفتارهای جنسی و افزایش پویایی‌های جنسی می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه دوم نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال- های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده اثر دارد. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش‌های اسمیت و همکاران (Smith & et al, 2003)، گالیهر، روستوسکی و هیوگز (Galliher, Rostosky, Hughes, 2004)، گرامر، فیکا و نیو (Grammer, Finka & Neave, 2005)، جونز، زیمرمن و بومیستر (Johns, Zimmerman & Bauermeister, 2013) و مک‌گینتوک و هرت (McClintock & Herdt, 2013) که نشان دادند آموزش مهارت‌های جنسی موجب افزایش جذابیت جنسی زنان متأهل می‌گردد، هم‌سو است. برای تبیین چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت از دیدگاه شناختی، جاذبه جنسی مهم‌ترین بعد از جهت‌گیری جنسی در میان زنان است و مکانیسم مفیدی در بررسی پیامدهای سلامتی روحی زنان به حساب می‌آید. بنابراین، استفاده از آموزش‌های شناختی- رفتاری گروهی به منظور افزایش آگاهی جنسی و دستیابی به سلامت روحی و در نتیجه افزایش جاذبه جنسی در پژوهش‌های گذشته مانند جونز و همکاران (Johns, Zimmerman & Bauermeister, 2013) توصیه شده است. مطالعه‌ی گانگستد و شید (Gangestad & Scheyd, 2005) نشان می‌دهد ایجاد اعتمادبه نفس و خودباوری در شریک جنسی که در نتیجه آموزش شناختی- رفتاری می‌توان به آن دست یافت، موجب ایجاد آرامش می‌شود، پاسخ‌های سازگارانه شخص به محیط را تقویت می‌کند و جاذبه جنسی را ارتقا می‌دهد. اسمیت و همکاران (Smith & et al, 2003) در پژوهش خود تأکید کردند که جذابیت جنسی در زنان متأهل را می‌توان از طریق افزایش آگاهی در ارتباط با رابطه جنسی افزایش داد. از این رو، افزایش دانش در زمینه کسب اعتمادبنفس و خودباوری در رابطه جنسی، سبک‌های ایجاد آرامش در رابطه جنسی، تفاوت‌های زن و مرد در رسیدن به سلامت روانی، و تمرین مهارت‌های عملی که در طول آموزش شناختی- رفتاری کسب می‌شود، باعث اصلاح رفتارهای جنسی و افزایش جذابیت جنسی می‌گردد.

در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت در جلسات آموزشی هنگامی که شرکت‌کنندگان به واسطه آموزش‌ها توانستند در مرحله اول تماس‌های عاطفی و حسی غیرجنسی و در مرحله بعد تماس‌های لمسی و عاطفی جنسی با همسرشان برقرار نمایند و این تماس‌ها را به صورت مداوم با همسرشان داشته باشند، باعث شد تا همسران احساس امنیت و نزدیکی بیشتری با یکدیگر داشته باشند. بنابراین، می‌توان گفت نارضایتی زناشویی با مشکلات متعددی از جمله اختلال‌های جنسی مرتبط است و بطور کلی می‌توان گفت با مداخلات رفتاری و شناختی نه تنها می‌توان به درمان اختلالات جنسی پرداخت بلکه می‌توان به بهبود وضعیت زناشویی زوج‌های دارای مشکلات زناشویی کمک کرد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد تکنیک‌های شناختی رفتاری در زمینه مسائل جنسی شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، خیال‌پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود میل جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیرات مثبت متقابل روی همسر به ویژه در زمینه‌ی ارتباط، رضایت جنسی را تحت شعاع قرار می‌دهد. از آنجا که یکی از جنبه‌های رضایت زناشویی، رضایت از روابط جنسی در زندگی مشترک است، با بهبود رابطه‌ی جنسی و کاهش اختلال میل جنسی، از وخامت وضعیت زناشویی کاسته می‌شود و این امر موجب افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی می‌گردد. با این حال این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. به دلیل نگاه گناه‌آلود به مسائل جنسی در ایران، در زمینه شناسایی، تعیین علل موثر در بروز مشکلات جنسی و درمان آن در جامعه ایرانی پژوهش‌های محدودی انجام شده است و بررسی‌ها از حد مراکز دانشگاهی فراتر نرفته است. لذا نبود یک پروتکل تدوین شده، آزمون شده و فرهنگ‌سازی شده متناسب با جامعه ایرانی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در پژوهش‌های آتی نمونه به صورت زوج انتخاب شود تا امکان مقایسه زوج‌ها با هم وجود داشته باشد. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و با توجه به تاثیر انکارناپذیر مسائل و روابط جنسی در زندگی زناشویی پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی بهبود ارتباط جنسی به منظور پیشگیری از مشکلات جنسی زوجین در مراکز مشاوره و راهنمایی، نه تنها برای زنان بلکه برای مردان نیز دایر گردد تا از این آموزش‌ها در جهت افزایش هر چه بیشتر صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات استفاده شود.

References

- Akhtari, E., Raisi, F., Keshavarz, M., Hosseini, H., Sohrabvand, F., Bioos, S., Kamalinejad, M., & Ghobadi, A. (2014). Tribulus terrestris for treatment of sexual dysfunction in women: Randomized double-blind placebo-controlled study. *DARU Pharmaceutical Sciences*, 22(40), 1-6. (In Persian).

- Akincigil, A., Bowblis, G.R., & Levin, C. (2007). Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression. *Medical Care, 45*(4), 363-369.
- Althof, S.E., Leiblum, S.R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S.B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 2*(6), 793-800.
- Apicella, C.L., Feinberg, D.R., & Marlowe, F.W. (2007). Voice pitch predicts reproductive success in male hunter-gatherers. *Biology Letters, 3*(6), 682-684.
- Araoz, D. (2005). Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis, 47*(4), 229-242.
- Atwood, J., Klucinec, E., & Neaver, E. (2006). A combined-constructionist therapeutic approach to couples experiencing erectile dysfunction: Part II. *Contemporary Family Therapy, 28*(4), 403-418.
- Bakhtiari, M., Sheydaei, H., Bahreynian, S.A., & Nori, M. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy on low sexual desire and marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar, 9*(36), 7-16. (In Persian).
- Basson, R., Berman, J., & Whipple, B., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Seagraves, K., Seagraves, R.T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner G., & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology, 163*(3), 888-893.
- Bolourian, Z. & Ganjloo, J. (2007). Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers. *Journal of Reproduction and Infertility, 8*(2), 163-170. (In Persian).
- Boothroyd, L.G., Jones, B.C., Burt, D.M., DeBruine, L.M., & Perrett, D.I. (2008). Facial correlates of sociosexuality. *Evolution and Human Behavior, 29*(3), 211-218.
- Brodsky, G.B. (2007). *Women's perceptions of different power dynamics in their sexual encounters with both women and men*. Theses, Dissertations, and Projects. Retrieved from <https://scholarworks.smith.edu/theses/1315>
- Brown, G.K., Ten Have, T., & Henrigues, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA, 294*(5), 563-570.
- Buga, G.A., Amoko, D.H., & Ncayiyana, D.J. (1996). Adolescent sexual behaviour, knowledge and attitudes to sexuality among school girls in Transkei South Africa. *East African Medical Journal, 73*(2), 95-100.
- Buss, D.M. (1998). The psychology of human mate selection: Exploring the complexity of the strategic repertoire. In C.B. Crawford & Krebs, D. L. (Eds.), *Handbook evolutionary psychology: Ideas, issues, and Applications* (pp. 405-429). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Chandra, A., Mosher, W.D., Copen, C.E., & Sionean, C. (2011). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006-2010. *Natl Health Stat Report, 3*(36), 1-36.

- Chu, S., Hardaker, R., & Lycett, J.E. (2007). Too good to be 'true'? The handicap of high socio-economic status in attractive males. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1291-1300.
- Cutler, B. (2003). *Partner selection, power dynamics, and sexual bargaining in self-defined BDSM couples, submitted to the institute for the advanced study of human sexuality*. Unpublished doctoral dissertation, The Institute for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco.
- Diamond, L.M. (2005). II. from the heart or the gut? Sexual-minority women's experiences of desire for same-sex and other-sex partners. *Feminism & Psychology*, 15(1), 10-14.
- Fahimi, Z. (2011). *The effect of sexual skills training based on CBT on increasing sexual satisfaction and decreasing depression and anxiety in women*. MA theses. Ferdowsi Mashhad University. (In Persian)
- Farmani Shahreza, S.H., Rasouli, M., & Ghaedniay Jahromi, A. (2014). The relationship between marital intimacy, communication patterns, and pursuing- distancing behavior of married personnel of Kharazmi University. *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(3), 447-473. (In Persian)
- Fido, A. (2004). Emotional distress in infertile women in Kuwait. *International Journal of Fertility and women's Medicin*, 49 (1), 24-28.
- Fink, B., & Penton-Voak, I.S. (2002). Evolutionary psychology of facial attractiveness. *Current Directions in Psychological Science*, 11(5), 154-158.
- Fruhauf, S., Gerger, H., Schmidt, H.M, Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915-933.
- Galliher, R.V., Rostosky, S.S., & Hughes, H.K. (2004). School belonging, self-esteem, and depressive symptoms in adolescents: An examination of sex, sexual attraction status, and urbanicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(3), 235-245.
- Gangestad, S.W., & Scheyd, G.J. (2005). The evolution of human physical attractiveness. *Annual Review of Anthropology*, 34(1), 523-548.
- Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 22(1), 9-15.
- Gholamzadeh, M., Attari, Y.A., & Shafiaabady, A. (2009). A study of the effect of communication skills training sessions on family function among self-referred couples of Ahvaz well-being office. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 11(41), 83-102. (In Persian)
- Goetz, C.D., Easton, J.A., Lewis, M.G., & Buss, D.M. (2012). Sexual exploitability: Observable cues and their link to sexual attraction. *Evolution and Human Behavior*, 33(4), 417-426.
- Grammer, K., Fink, B., & Neave, N. (2005). Human pheromones and sexual attraction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 118(2), 135-142.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). *Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Heiman, J.R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Archives of sexual behavior*, 31(5), 445-450.

- Hume, D.K., & Montgomerie, R. (2001). Facial attractiveness signals different aspects of "quality" in women and men. *Evolution and Human Behavior*, 22(2), 93-112.
- Jasienska, G., Lipson, S.F., Ellison, P.T., Thune, I., & Ziomkiewicz, A. (2006). Symmetrical women have higher potential fertility. *Evolution and Human Behavior*, 27(5), 390-400.
- Johns, M.M., Zimmerman, M., & Bauermeister, J.A. (2013). Sexual attraction, sexual identity, and psychosocial wellbeing in a national sample of young women during emerging adulthood. *Journal of Youth Adolescence*, 42(1), 82-95.
- Johnston, V.S. (2006). Mate choice decisions: The role of facial beauty. *Trends in Cognitive Science*, 10(1), 9-13.
- Jokela, M. (2009). Physical attractiveness and reproductive success in humans: Evidence from the late 20th century United States. *Evolution and Human Behavior*, 30(5), 342-350.
- Kajbaf, M.B., Faramarzi, S., & Hosseini, F. (2011). A study of the efficacy of cognitive-behavioral therapy on female frigidity and couple's intimacy in frigid married women in Bandar Abbas city. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2(3), 307-321. (In Persian).
- Kanazawa, S. (2007). Beautiful parents have more daughters: A further implication of the generalized Trivers-Willard hypothesis (gTWH). *Journal of Theoretical Biology*, 244(1), 133-140.
- Karahan, T.F. (2007). The effects of a couple communication program on passive conflict tendency among married couples. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 7(2), 845-858.
- Kelly, M.P., Strassberg, D., & Turner, C.M. (2006). Behavioral assessment of couples' communication in female orgasmic disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32(2), 81-95.
- Kimiaee, S.A., Mansouri, A., & Mansouri, N. (2016, February). *Psychometric properties and validation of the marital primary communication inventory (verbal-nonverbal communication)*. Paper presented at the 2nd International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Torbat Heydarieh.
- Lotfi Kashani, F., Vaziri, Sh., & Hajizadeh, Z. (2014). Sexual skills training, body image and sexual function in breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159(23), 288 - 292.
- McCabe, M.P., & Cobain, M.J. (1998). The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 13(2), 131-143.
- McCarthy, B., & McCarthy, E. (2003). *Rekindling desire a step-by-step program to help lowsex and no-sex marriages*. New York, NY: Routledge.
- McClintock, M.K., & Herdt, G. (1996). Rethinking puberty: The development of sexual attraction. *Current Directions in Psychological Science*, 5(6), 178-183.
- Millard, J., & Bienvenu, Sr. (1970). Measurement of marital communication. *The Family Coordinator*, 19(1), 26-31.
- Morgan, E.M., & Thompson, E.M. (2006). Young women's sexual experiences within same-sex friendship: Discovering and defining bisexual and bi-curious identity. *Journal of Bisexuality*, 6(3), 9-34.

- Morgan, L.M., & Davidson, M.L. (2008). Sexual dynamics in mentoring relationships: A critical review. *British Journal of Management*, 19(1), 120–129.
- Nicolosi, A., Glasser, D.B., Kim, S.C., Marumo, K., Laumann, O., & GSSAB Investigators' Group. (2005). Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU International*, 95(4), 609-614.
- Oberg, K., & Sjögren Fugel-Meyer, K. (2005). Swedish women's distressing sexual dysfunctions: Some concomitant conditions and life satisfaction. *The journal of sexual medicine*, 2(2), 169-180.
- O'Sullivan, L.F., Harrison, A., Morrell, R., Monroe-Wise, A., & Kubeka, M. (2014). Gender dynamics in the primary sexual relationships of young rural South African women and men. *Culture, Health & Sexuality*, 8(2), 99-113.
- Peters, M., Rhodes, G., & Simmons, L.W. (2008). Does attractiveness in men provide clues to semen quality? *Journal of Evolutionary Biology*, 21(2), 572–579.
- Reis, M., Ramiro, L., de Matos, M.G., & Alves Diniz, J. (2011). The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29, 477–485.
- Rhodes, G. (2006). The evolutionary psychology of facial beauty. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 199–226.
- Rhodes, G., Simmons, L.W., & Peters, M. (2005). Attractiveness and sexual behavior: Does attractiveness enhance mating success? *Evolution and Human Behavior*, 26(2), 186–201.
- Roffe, M.W., & Britt, B.C. (1981). A typology of marital interaction for sexually dysfunctional couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7(3), 207-222.
- Rosen, R., & Althof, S. (2008). Impact of premature ejaculation: The psychological quality of life and sexual relationship consequences. *Journal of Sexual Medicine*, 5(6), 1296-1307.
- Salehzade, M., Kajbaf, M.B., Movlavi, H., Zolfaghari, M. (2011). Effectiveness of cognitive-behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Psychological Studies*, 7 (1), 11-31. (In Persian)
- Schaefer, K., Fink, B., Grammer, K., Mitteroecker, P., Gunz, P., & Bookstein, F.L. (2006). Female appearance: Facial and bodily attractiveness as shape. *Psychology Science*, 48(2), 187–204.
- Sexton, T.L., Weeks, G.R., & Robbins, M.S. (2003). *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. New York: Brunner-Routledge.
- Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 293–307.
- Smith, A.M., Rissel, C.E., Richters, J, Grulich, A.E., & de Visser, R.O. (2003). Sex in Australia: Sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27(2), 138-145.
- Smith, K.B., Pukall, C.F., Tripp, D.A., & Nickel, J.C. (2007). Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Archives of Sexual Behavior*. 36(2), 301-311.

- Snell, W.E., (1991). *The sexual awareness scale (SAS)*. Retrieved from ww4.semo.edu/snell/scales/SAS.htm
- Snell, W.E., Fisher, T.D., & Miller, R.S. (1991). Development of the sexual awareness questionnaire: Components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research, 4*(1), 65-92.
- Snell, W.E., Hampton, B.R., & McManus, P. (1992). The impact of counselor and participant gender on willingness to discuss relational topics: Development of the relationship disclosure scale. *Journal of Counseling & Development, 70*(3), 409-416.
- Spence, S.H. (1991). *Psychosexual therapy: A cognitive behavioral approach*. London: Chapman & Hall.
- Sugiyama, L.S. (2005). Physical attractiveness in adaptationist perspective. In D.M. Buss (Eds.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 292-343). New York: Wiley.
- Thornhill, R., & Gangestad, S.W. (1999). Facial attractiveness. *Trends in Cognitive Sciences, 3*(12), 452-460.
- Tonekaboni, S., Hassanzadeh, R., & Ebrahimi, S. (2013). The effect of sex education on the marital satisfaction. *European Journal of Experimental Biology, 3*(6), 427-431.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy, 16*(2), 145-164.
- Waynforth, D. (2001). Mate choice trade-offs and women's preference for physically attractive men. *Human Nature, 12*(3), 207-219.
- Weeden, J., & Sabini, J. (2007). Subjective and objective measures of attractiveness and their relation to sexual behavior and sexual attitudes in university students. *Archives of Sexual Behavior, 36*(1), 79-88.
- World Health Organization. (2002). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexual_health/index.html
- Wylie, K. (2006). Optimising clinical interventions for sexual difficulties within a relationship. *Journal of Men's Health and Gender, 3*(4), 350-355.
- Ziegler, T.E. (2007). Female sexual motivation during non-fertile periods: A primate phenomenon. *Hormones and behavior, 51*(1), 1-2
- Zimmer, D. (1987). Dose marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of sexual & Marital Therapy, 13*(3), 193-209.



حسن‌زاده اول، مریم؛ مشهدی، علی؛ عبدالله‌زاده رافی، مهدی (۱۳۹۷). اثر عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.64500

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۴۲-۲۳.

اثر عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور

مریم حسن‌زاده اول^۱، علی مشهدی^۲، مهدی عبدالله‌زاده رافی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۲

چکیده

هدف: تعیین عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور.
روش: جامعه این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان متوسطه اول شهر جاجرم تشکیل می‌داد که تعداد آن‌ها ۵۱۶ نفر بود. با استفاده از پرسشنامه‌های آزاردیدگی هیجانی، مقیاس تاب‌آوری در برابر ضربه، خود گزارش‌دهی نوجوان آخن‌باخ و آزمون هوش و کسلر، داده‌ها گردآوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل تمیزی استفاده شد.
یافته‌ها: عوامل فردی (به‌جز هوش) و عوامل اجتماعی (به‌جز روابط حمایتی با همسالان و مشارکت فعال در جامعه) در دو گروه نوجوانان آزاردیده تاب‌آور و غیر تاب‌آور متفاوت بودند ($P < 0/05$). همچنین، تابع تشخیصی توانست بین دو گروه نوجوانان تاب‌آور و غیر تاب‌آور تمیز قائل شود و ۲۰/۲ درصد از تغییرات تاب‌آوری را تبیین کند. برخورداری بیشتر از برخی از عوامل حفاظتی فردی مانند حل مسئله، خوش‌بینی، ساختار اعتقادی، خودتنظیمی و عزت‌نفس، همچنین عوامل حفاظتی اجتماعی از قبیل عملکرد تحصیلی حمایت‌شده و حمایت/امنیت محله به نوجوانان کمک می‌کند در برابر آزار هیجانی والدین از خود تاب‌آوری نشان دهند.
واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، عوامل حفاظتی، آزاردیدگی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد hassanzadeh.maryam@gmail.com

۲. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول) mashhadi@um.ac.ir

۳. دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه ملایر

مقدمه

آزار هیجانی^۱ به‌عنوان «الگوی تکراری از بدرفتاری هیجانی مراقب با کودک تعریف شده است، به شکلی که این الگوی تکراری به کودک القاء می‌کند که فاقد ارزش، ناقص، دوست نداشتنی و ناخواسته است» (Glaser, 2011). مطالعه آزاردیدگی هیجانی از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا پیامدهای نامطلوبی به همراه دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند آزاردیدگی و غفلت هیجانی یکی از علت‌های آسیب جدی به عملکرد و رشد کودکان است که اغلب می‌توان آسیب‌های ناشی از آن را در زندگی بزرگسالی آن‌ها نیز مشاهده کرد (Hart, Binggeli, & Brassard, 1998). همچنین، شانس ابتلا به اختلال‌های هیجانی-رفتار در کودکان و نوجوانان آزاردیده هیجانی در مقایسه با کودکان و نوجوانان غیرآزاردیده، بیشتر است (Sylvestre, Abdollahzadeh Rafi, Alizadeh, & Farokhi, 2013)، (Abdollahzadeh Rafi, 2014)، (Shenk, Noll, & Cassarly, 2010)، (& Mérette, 2010). با توجه به پیامدهای نامطلوب، شیوع نسبتاً زیاد آزاردیدگی هیجانی نگران‌کننده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند درصد بالایی از نوجوانان در خانواده خود، قربانی آزار هیجانی می‌شوند. برخی از مطالعات آن را تا ۷۵ درصد گزارش کردند (Abdollahzadeh Rafi, Hassanzade, Nesayan, & Assadi Gandomani, 2016). با این حال، مطالعات گذشته، میزان آزاردیدگی هیجانی را بین ۳۰ تا ۵۲ درصد گزارش کرده‌اند (Binggeli, Hart, & Brassard, 2001)، (Perry and et.al, 2007)، (Pooler, Siebert, Faul, & Huber, 2008). با توجه به شیوع بالای آزاردیدگی و پیامدهای نامطلوب آن، بررسی عواملی که نوجوانان را از پیامدهای نامطلوب حفاظت می‌کنند بسیار مهم است. در واقع، برخی از نوجوانان با وجود مواجهه با عوامل خطرآفرینی مانند آزاردیدگی هیجانی، دچار آسیب نمی‌شوند. درک این مطلب که چرا یک عامل خطر در برخی از نوجوانان به پیامدهای منفی منجر می‌شود در حالی که در نوجوانان دیگر چنین پیامدی ندارد، بسیار حائز اهمیت است.

مطالعه نوجوانانی که تحت تأثیر عوامل خطر قرار نمی‌گیرند، در حوزه نسبتاً جدیدی به نام تاب‌آوری قرار می‌گیرد. تاب‌آوری^۲، فرایندی پویا است که فرد با وجود روبرو شدن با شرایط دشوار، سازگاری خوبی از خود نشان می‌دهد (Masten et al, 1990). سه مدل جبرانی، چالشی و حفاظتی برای تاب‌آوری توصیف شده است. پژوهش حاضر مبتنی بر مدل حفاظتی است. این مدل که به عنوان مدل مصونیت در برابر آسیب‌پذیری نیز شناخته می‌شود، بیان می‌دارد عامل‌های حفاظتی می‌توانند باعث کاهش احتمال یک نتیجه منفی شود. در این مدل، عامل‌های حفاظتی به سه دسته فردی، خانوادگی و اجتماعی تقسیم می‌شود (Eriksson, Cate, Andershed, & Andershed, 2010).

1. Emotional Abuse
2. Resilience

با توجه به این مدل، در مورد کودکان و نوجوانان آزاردیده هیجانی، نمی توان والدین را به عنوان عامل حفاظتی در نظر گرفت زیرا آن ها با رفتارشان (آزارگری هیجانی)، عامل خطر محسوب می شوند؛ بنابراین چون عامل خطر در خانواده قرار دارد، باید به دنبال عامل هایی در فرد و اجتماع بود که می توانند وی را از اثرات نامطلوب آزاردیدگی هیجانی به دور نگه دارند یا به عبارتی در تاب آوری وی دخیل هستند.

در این زمینه پژوهش ها نشان می دهند که در تاب آوری افراد آزاردیده عامل های فردی مانند عزت نفس، هوش، خودتنظیمی، ساختار اعتقادی، حل مسئله و خوش بینی (Abdollahzadeh Rafi, 2014)، (Abdollahzadeh Rafi, Alizadeh, & Farokhi, 2013)، (Smokowski, Evans, Cotter, & Webber,)، (Lamis, Wilson, Shahane, & Kaslow, 2013)، (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, &)، (Taylor, 2007)، (Kim, 2008) & (Richards, Encel, & Shute, 2003) و عامل های حفاظتی اجتماعی از قبیل روابط حمایتی با همسالان، حمایت امنیت محله، مشارکت فعال در اجتماع (Abdollahzadeh Rafi,)، (Dubow, Edwards, & Ippolito, 1997) دخیل هستند.

باین حال، در مورد حفاظتی بودن برخی از عامل های حفاظتی تردید وجود دارد. برای مثال، برخی از پژوهش ها، هوش بالا را عامل حفاظتی در برابر اختلال های هیجانی و رفتاری معرفی کردند (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007)، (Richards, Encel, & Shute, 2003) در حالی که عده ای دیگر، چنین نقشی برای هوش نیافتند (DuMont, Spatz, & Czaja, 2012)، (Harford, 2007). پژوهش هایی نیز وجود دارند که نشان می دهند نه تنها هوش عامل حفاظتی نیست بلکه هوش بالا احتمال ابتلا به اختلال های هیجانی را افزایش می دهد (Vanderbilt, & Shaw, 2008). مشابه هوش، حمایت همسالان نیز در برخی از بررسی ها به عنوان عامل حفاظتی در برابر اختلال های رفتاری و هیجانی نشان داده شده است (Kerr, Preuss, & King, 2006)، (Dumont, M, & Provost, 1999). در حالی که بررسی های دیگری وجود دارند که حمایت همسالان را به عنوان عامل خطر آفرین در برابر اختلال های رفتاری و هیجانی در نظر می گیرند (Brendgen, Vitaro, & Bukowski, 2000)، (Dubow, Edwards, & Ippolito, 1997). شاید نتایجی که درباره هوش و همسالان به دست آمده است ناشی از این موضوع باشد که برخی از این پژوهش ها تاب آوری را صرفاً نبود اختلال هیجانی یا رفتاری در نظر گرفتند، در حالی که به نظر می رسد تاب آوری به معنای نبود هر نوع آسیب شناسی روانی مرتبط با عامل خطر است.

غالب عامل هایی که به عنوان عامل حفاظتی در آزاردیده ها معرفی شدند، از مطالعه کودکان و بزرگسالان آزاردیده جسمی و جنسی استخراج شدند (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, &

(Crombez, 2003)، (Adams, & Bukowski, 2007)، (Kaysen, Scher, Mastnak, & Resick, 2005)، (Tremblay, C, Hébert,)، (Canton-Cortes, & Canton, 2010)، (Runtz, M. G, & Schallow, 1997) (M, & Piché, 1999) که تفاوت‌های آشکاری با نوجوانان آزاردیده هیجانی دارند. نخست اینکه آزار جنسی معمولاً توسط افرادی فرای والدین صورت می‌گیرد و فرد آزاردیده هنوز از حمایت‌های والدین خود برخوردار است درحالی‌که در آزاردیدی هیجانی، فرد آزارگر همان والدینی هستند که در واقع باید حامی فرزند باشند. مورد دوم، هم در آزاردیدی جنسی و هم جسمی، معمولاً فرد می‌تواند با انجام برخی از رفتارها، از آن اجتناب کند درحالی‌که آزار هیجانی الگوی رفتاری است که والدین به‌صورت مکرر در ارتباط با فرزند خود از آن استفاده می‌کنند و فرزند نمی‌تواند از آن به‌صورت بلندمدت اجتناب کند. همچنین، آزار هیجانی به‌صورت مستقیم احساس ارزشمندی فرد را هدف قرار می‌دهد که پایه و اساس رشد سالم است؛ بنابراین، با توجه به آنچه در بالا مرور شد، سؤال پژوهش حاضر این است که چه عامل‌های فردی و اجتماعی باعث تمایز نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور می‌شوند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش حاضر را همه دانش‌آموزان متوسطه اول شهر جاجرم تشکیل می‌داد که ۶۰۰ دانش‌آموز بودند. از کل جامعه، ۵۱۶ نفر شرایط ورود به مطالعه (رضایت آگاهانه والدین، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال و زندگی با هر دو والد) را داشتند که همگی آنها وارد مطالعه شدند. ۱۹۴ نفر (۳۷/۶٪) آن‌ها پسر بودند. میانگین سنی نوجوانان پسر ۱۳/۶۲ سال با انحراف معیار ۰/۶۸۵ و دانش‌آموزان دختر ۱۳/۵۹ سال با انحراف معیار ۰/۵۸۲ بود. ۵۳ درصد نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش در پایه هشتم و ۴۷ درصد در پایه نهم مشغول به تحصیل بودند. از بین این ۵۱۶ دانش‌آموز، ۲۵۹ نفر آزاردیده هیجانی بودند. از این تعداد ۹۶ نفر (۳۷/۱٪) پسر بودند. میانگین سنی نوجوانان پسر آزاردیده هیجانی ۱۳/۵۸ سال با انحراف معیار ۰/۶۲۶ و نوجوانان دختر آزاردیده هیجانی ۱۳/۵۷ سال با انحراف معیار ۰/۵۵۱ بود. روش کار به این صورت بود که پس از کسب رضایت والدین و نوجوانان، و بررسی معیارهای ورود به مطالعه (قرار داشتن در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال و زندگی با هر دو والد)، ابتدا داده‌ها از کل نمونه گردآوری شد، سپس با توجه به نمره پرسشنامه آزاردیدی هیجانی، شدت آزاردیدی افراد مشخص شد. در کل نمونه مورد بررسی ۱۳۱ نفر (۲۴/۴٪) آزاردیدی هیجانی نداشتند؛ شدت آزاردیدی ۱۲۶ نفر (۲۴/۴٪) خفیف، ۱۳۲ نفر (۲۵/۶٪) متوسط و ۱۲۷ نفر (۲۴/۶٪) شدید بود. همه نوجوانانی که آزاردیدی هیجانی متوسط و شدیدی داشتند به‌عنوان آزاردیده هیجانی در نظر گرفته شدند که تعداد آن‌ها ۲۵۹ نفر بود. با توجه

به نقاط برش در پرسشنامه خود گزارش دهی نوجوان آخنباخ، اختلال‌های هیجانی (افسردگی و اضطراب) و رفتاری (ADHD، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش مشخص شد. هر نوجوان آزاردیده هیجانی که هیچ‌گونه اختلال رفتاری یا هیجانی نداشت به‌عنوان تاب‌آور در نظر گرفته شد. در جدول ۱ میزان تاب‌آوری نوجوانان با توجه به شدت آزاردیدگی آن‌ها مشخص شده است. سپس اطلاعات مربوط به عوامل فردی و اجتماعی از همه نوجوانان آزاردیده هیجانی گردآوری شد. با استفاده از آزمون آماری تحلیل تمیز، داده‌های گردآوری‌شده، تحلیل شدند.

ابزار

مقیاس هوشی و کسلر کودکان تجدیدنظر شده

این مقیاس توسط وکسلر ساخته شده است و در ایران توسط (Shahim, 1995) هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای نمره هوش کلامی، غیرکلامی و کلی است. همچنین، بخش کلامی آن از خرده مقیاس اطلاعات، شباهت‌ها، حساب، لغات و ادراک تشکیل شده است که عمدتاً عامل درک و فهم کلامی را می‌سنجد، و بخش غیرکلامی این مقیاس شامل تکمیل تصاویر، تنظیم تصاویر، طراحی با مکعب‌ها، الحاق قطعات و رمزنویسی است که توانایی‌های دیداری - فضایی را اندازه می‌گیرند.

برای تعیین روایی همزمان، (Shahim, 1995) همبستگی این مقیاس را با مقیاس پیش‌دبستانی و دبستانی و کسلر بررسی کرده است و ضرایب همبستگی بین هوش‌بهرهای کلامی، غیرکلامی و کلی در مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ به دست آورده است. ضریب پایایی به شیوه دو نیمه کردن برای خرده آزمون‌های کلامی و غیرکلامی (به‌جز حافظه عددی که از دو قسمت متفاوت تشکیل شده است و رمزگردانی که یک آزمون سرعت است) با استفاده از ضریب همبستگی تصحیح‌شده اسپیرمن-براون محاسبه گردیده که از ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ در نوسان و میانه ضرایب نیز ۰/۶۹ ذکر شده است. ضریب پایایی آزمون فوق از طریق باز آزمایی (با فاصله ۴ تا ۶ هفته بین اجرای اول و دوم) محاسبه گردیده است که دامنه‌ای از ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ داشته است و تنها در دو مورد (خرده آزمون رمزگردانی و حساب کردن) کمتر از این مقادیر بوده است. میانه ضرایب پایایی نیز ۰/۷۳ به دست آمده است (Shahim, 1995).

در این پژوهش برای برآورد کلی از هوش آزمودنی‌ها از دو خرده مقیاس لغات و مکعب‌ها استفاده شد. بررسی‌های گذشته نشان داده‌اند زمانی که آزمونگر تنها قصد برآوردی کلی از هوش آزمودنی‌ها داشته باشد، این دو خرده مقیاس مناسب می‌باشند (Groth-Marnat, 2003).

پرسشنامه آزاردیدگی هیجانی

نسخه اولیه این پرسشنامه، توسط (Norouzi, 2012) ساخته شده است. نمره گذاری هر سؤال پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۱ تا ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد. (Abdollahzadeh Rafi, Alizadeh, & Farrokhi, 2013) تحلیل عامل بر روی این پرسشنامه انجام دادند و ۹ عامل (که شامل ۴۰ سؤال می‌شود) شناسایی کردند. آن‌ها دریافتند پرسشنامه از روایی پیش‌بین مناسبی برخوردار است، زیرا آن به صورت منفی معناداری با اختلالات رفتاری و هیجانی در نوجوانان ارتباط داشت ($P < 0.05$) همچنین، آن‌ها پایایی پرسشنامه را با استفاده از همسانی درونی بررسی کردند و آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ گزارش کردند.

مقیاس تاب‌آوری در برابر آسیب

این مقیاس را (Mdson, 2010) برای سنجش عوامل حفاظتی فردی، اجتماعی و خانوادگی مرتبط با تاب‌آوری کودکان و نوجوانان ساخته است. این مقیاس عزت‌نفس، خودتنظیمی، قدرت خوش‌بینی، حل مسئله، ساختار اعتقادی، حمایت/سلامت خانواده، روابط حمایتی با همسالان، عملکرد تحصیلی حمایت‌شده، مشارکت فعال و حمایت/امنیت در محله را می‌سنجد. برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت (۰ تا ۶) استفاده شده است. به پاسخ اصلاً نمره «۰» و کاملاً نمره «۶» تعلق می‌گیرد.

نسخه اصلی مقیاس از روایی بالایی برخوردار بوده است. پایایی آن با استفاده از روش همسانی درونی برای کل برابر با ۰/۹۶ برآورد شده است و آلفا زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ پراکنده بوده است. در ایران (Abdollahzadeh Rafi, 2014) روایی و پایایی این مقیاس بررسی شده است. با انجام تحلیل عاملی اکتشافی و با استفاده از چرخش واریماکس روی گویه‌ها، ۱۰ عامل شناسایی شده است که مقدار ویژه آن‌ها از یک بالاتر بوده است. همسانی درونی برای کل برابر با ۰/۹۸ برآورد شده و آلفا کرونباخ زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۸ تا ۰/۹۸ پراکنده بوده است.

خودگزارش‌دهی نوجوان آخن‌باخ

در ایران (Minaei, 2007) فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ را به فارسی برگردانده و هنجاریابی کرده است. این فرم‌هایی عبارت‌اند از چک‌لیست رفتاری کودک، فرم گزارش معلم و خودگزارش‌دهی نوجوان. در این پژوهش از فرم خودگزارش‌دهی نوجوان استفاده شد. (Minaei, 2007) روایی محتوایی مناسبی را برای پرسشنامه گزارش کرده است. همچنین برای بررسی روایی همزمان، از پرسشنامه علائم مرضی کودک استفاده کرده است که بین این دو پرسشنامه همبستگی‌های معناداری وجود داشته است. جهت بررسی روایی سازه، نمرات دانش‌آموزان مبتلا به مشکل‌های هیجانی-رفتاری با نمرات دانش‌آموزان عادی مقایسه کرده است که نمرات دانش‌آموزان عادی به‌طور معناداری پایین‌تر بوده است. پایایی فرم خودگزارش‌دهی نوجوان از طریق

همسانی درونی و آزمون-باز آزمون محاسبه شده است که ضرایب همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ پراکنده بوده است؛ همچنین همبستگی‌های معناداری بین مرتبه اول و دوم اجرا گزارش کرده است (Minaei, 2007).

یافته‌ها

جدول ۱: میزان تاب‌آوری نوجوانان پسر و دختر ۱۲ تا ۱۵ ساله با توجه به شدت آزاردیدگی آن‌ها

شدت آزاردیدگی هیجانی										گروه
کل		شدید		متوسط		خفیف		غیر آزار دیده		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۶	۳۹۲	۳۷	۴۷	۷۵	۹۹	۹۵/۲	۱۲۰	۹۶/۲	۱۲۶	تاب‌آور
۲۴	۱۲۴	۶۳	۸۰	۲۵	۳۳	۴/۸	۶	۳/۸	۵	غیر تاب‌آور

در کل نمونه ۷۶ درصد نوجوانان تاب‌آور و ۲۴ درصد غیر تاب‌آور بودند (جدول ۱). در نوجوانان آزار دیده (متوسط و شدید) ۱۴۶ نفر (۵۶/۴٪) تاب‌آور و ۱۱۳ نفر (۴۳/۶٪) غیر تاب‌آور بودند. در نوجوانانی که شدت آزاردیدگی آن‌ها متوسط بود ۹۹ نفر (۷۵٪) تاب‌آور و ۳۳ نفر (۲۵٪) غیر تاب‌آور بودند. در نوجوانانی که شدت آزاردیدگی آن‌ها شدید بود ۴۷ نفر (۳۷٪) تاب‌آور و ۸۰ نفر (۶۳٪) غیر تاب‌آور بودند. برای مشخص شدن عامل‌های فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزار دیده تاب‌آور و غیر تاب‌آور از تحلیل تمیزی استفاده شد.

جدول ۲: مقایسه عامل‌های حفاظتی فردی و اجتماعی در نوجوانان آزار دیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور

F	لانداى ويلکز	غیر تاب‌آور		تاب‌آور		متغیرها
		SD	میانگین	SD	میانگین	
**۱۲,۳۹	۰,۹۴۷	۲۰,۷۶	۴۱,۴۶	۱۹,۰۴	۵۰,۹۲	عملکرد تحصیلی حمایت شده
**۱۲,۴۶	۰,۹۴۷	۱۲,۶۳	۲۱,۲۸	۱۱,۹۸	۲۷,۱۵	حمایت/ امنیت محله
**۱۳,۱	۰,۹۴۴	۱۵,۰۳	۵۱,۱۹	۱۱,۳۶	۵۷,۵۹	حل مسئله
**۷,۲	۰,۹۶۸	۹,۱۳	۴۳,۵۸	۷,۳۵	۴۶,۵۵	ساختار اعتقادی
**۱۰,۴۲	۰,۹۵۵	۹,۷۸	۲۹,۷۸	۹,۱۶	۳۳,۹۲	خوش بینی
**۴۵,۷۴	۰,۸۲۹	۱۰,۹۷	۳۶,۷۷	۸,۸۹	۴۵,۷۸	خود تنظیمی
**۱۵,۶۴	۰,۹۳۴	۱۰,۱۸	۳۶,۷۱	۹,۰۴	۴۱,۸۴	عزت نفس
۰,۰۰۱	۱	۱۶,۶۴	۹۵,۴۵	۱۶,۵۳	۹۵,۴۶	هوش بهر
۰,۳۴۳	۰,۹۹۸	۱۷,۶۹	۴۱,۰۴	۱۵,۸۹	۴۲,۳۷	روابط حمایتی با همسالان
۲,۵۸۷	۰,۹۸۸	۱۳,۱۳	۳۸,۹۱	۱۱,۲۲	۴۱,۵۵	مشارکت فعال در جامعه

SD؛ P<۰/۰۰۱: انحراف معیار

با توجه به جدول ۲، میانگین نمرات نوجوان آزاردیده هیجانی تاب‌آور در عامل‌های اجتماعی حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت‌شده، و عامل‌های فردی حل مسئله، ساختار اعتقادی، خوش‌بینی، خودتنظیمی و عزت‌نفس بالاتر از نوجوانان آزاردیده هیجانی غیر تاب‌آور است ($P < 0.05$).

جدول ۳. بررسی تابع تشخیصی کانونی

لانداى ويلكز	خى دو	درجه آزادى	همبستگى کانونى
۰/۷۹۸	**۴۸/۶۷۹	۱۰	۰/۴۴۹

جدول ۳ نشان می‌دهد که تابع تشخیصی توانسته است بین دو گروه نوجوانان تاب‌آور و غیر تاب‌آور تمییز قائل شود. تابع موردنظر توانسته است ۲۰٫۲ درصد از تغییرات تاب‌آوری را تبیین کند. با توجه به اینکه یک تابع تشخیص داده شد و در این تابع ۱۰ متغیر مستقل حضور دارند، برای مشخص شدن نقش هر متغیر مستقل در تابع تشخیصی، ضرایب همبستگی متغیرهای مستقل با تابع بررسی شد (جدول ۴).

جدول ۴. همبستگی متغیرهای مستقل (عامل‌های فردی و اجتماعی) با تابع تشخیصی

متغیر	ضریب همبستگی
خودتنظیمی	۰٫۹۰۵
عزت‌نفس	۰٫۵۳
حل مسئله	۰٫۴۸۴
حمایت/امنیت محله	۰٫۴۷۲
عملکرد تحصیلی حمایت‌شده	۰٫۴۷۱
خوش‌بینی	۰٫۴۳۲
ساختار اعتقادی	۰٫۳۵۹
مشارکت فعال در جامعه	۰٫۲۱۵
روابط حمایتی با همسالان	۰٫۰۷۸
هوش‌بهر	۰٫۰۰۱

با توجه به جدول ۴، در بین همه متغیرهای مستقل، خودتنظیمی با ضریب همبستگی ۰٫۹۰۵ بیشترین همبستگی و هوش‌بهر با ضریب همبستگی ۰٫۰۰۱ کمترین همبستگی را با تابع تشخیصی داشتند.

جدول ۵. میزان موفقیت تابع در طبقه‌بندی نوجوانان آزاردیده هیجانی در دو طبقه تاب‌آور و غیر تاب‌آور با استفاده از طبقه‌بندی معتبر متقاطع

پیش‌بینی عضویت در گروه			
غیر تاب‌آور		تاب‌آور	
درصد	تعداد	درصد	تعداد
۲۹,۲	۳۸	۷۰,۸	۹۲
۵۸,۱	۵۴	۴۱,۹	۳۹

۷۰,۸ درصد نوجوانان تاب‌آور و ۵۸,۱ درصد نوجوانان غیر تاب‌آور در طبقه درست قرار گرفته‌اند؛ بنابراین، دقت طبقه‌بندی نوجوانان تاب‌آور بالاتر از گروه نوجوانان غیر تاب‌آور است. در مجموع، ۶۴,۴۵ درصد نوجوانان به درستی در دو طبقه تاب‌آور و غیر تاب‌آور قرار گرفته‌اند.

نتیجه

هدف پژوهش تعیین عوامل فردی و اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور بود. نتایج نشان داد که بیش از نیمی از نوجوانان با آزاردیدگی هیجانی متوسط و شدید از خود در برابر اختلال‌های هیجانی و رفتاری تاب‌آوری نشان می‌دهند که این یافته همسو با پژوهش‌های گذشته است (DuMont, Spatz, & Dubowitz, Thompson, Proctor, Metzger, Black & et.al, 2016)، (Czaja, 2007). تفاوت‌هایی بین نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور و غیر تاب‌آور در عامل‌های فردی و اجتماعی وجود دارد. نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور نسبت به نوجوانان آزاردیده هیجانی غیر تاب‌آور از خودتنظیمی، توانایی حل مسئله، خوش‌بینی، عزت‌نفس و ساختار اعتقادی بالاتری برخوردار هستند. همچنین حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت‌شده در نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور بالاتر از نوجوانان آزاردیده هیجانی غیر تاب‌آور بوده است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات گذشته همسویی دارد (Afifi, & MacMillan, 2011)، (DuMont, Spatz, & Czaja, 2007)، (Klika, Herrenkohl, & Lee, 2013)، (Ju, & Lee, 2008)، (Jaffee and et.at, 2007). البته در تحقیق جفی و همکاران (Jaffee et al, 2007) مشخص شد که هوش برای نوجوانان پسر (نه دختر) در برابر مشکلات رفتاری نقش حفاظتی دارد که در تحقیق حاضر این یافته به دست نیامد. در تبیین یافته حاضر چند نظر محتمل است؛ اول اینکه در پژوهش حاضر کل نمونه مورد تحلیل قرار گرفت نه فقط پسران و دلیل دوم اینکه در پژوهش حاضر هر نوجوانی که هیچ اختلال هیجانی و رفتاری نداشت به‌عنوان

تاب‌آور در نظر گرفته شد درحالی‌که در پژوهش (Jaffee et al, 2007) فقط اختلال رفتاری مدنظر قرار گرفته بود. در مورد حفاظتی بودن نقش هوش نتایج همسو نیست. برخی از پژوهش‌ها، هوش بالا را عامل حفاظتی در برابر اختلال‌های هیجانی و رفتاری معرفی کردند (Jaffee et.at, 2007)، (Richards and et.at, 2003). درحالی‌که عده‌ای دیگر، چنین نقشی برای هوش نیافتند (Williams, & Nelson-Gardell, 2012)، (Harford, 2007). پژوهش‌هایی نیز وجود دارند که نشان می‌دهند نه تنها هوش عامل حفاظتی نیست بلکه هوش بالا احتمال ابتلا به اختلال‌های هیجانی را افزایش می‌دهد (Vanderbilt-A, & Shaw, 2008). شاید نیاز باشد به‌جای بررسی نمره کل هوش با تاب‌آوری، رابطه ابعاد هوش با تاب‌آوری بررسی شود تا اگر رابطه‌ای وجود دارد، آشکار شود.

عامل فردی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور عبارت بودند از خودتنظیمی، عزت‌نفس، حل مسئله و خوش‌بینی. رشد خودتنظیمی به‌عنوان انتقال تدریجی از کنترل بیرونی به سمت کنترل درونی و خودکنترلی کافی نگریسته می‌شود و خودتنظیمی در حوزه رفتاری، شناختی و هیجانی رخ می‌دهد (Bronson, 2000). افراد با خودتنظیمی بالا، قادرند رفتار و هیجان خود را در موقعیت‌های مختلف (مانند مواجهه با آزار هیجانی) بیشتر تحت کنترل خود داشته باشند یا به عبارتی کنترل (بازداری، تثبیت یا افزایش) رفتارها، افکار و هیجان‌ها از درون آن‌ها سرچشمه می‌گیرد؛ درحالی‌که افرادی که از خودتنظیمی پایینی برخوردارند، کنترل در آن‌ها ضعیف‌تر است. ضعف در کنترل (بازداری، تثبیت یا افزایش) رفتار، شناخت یا هیجان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری مرتبط است (Eftekhari, Zoellne, & Vigil, 2009)، (Baker, & Hoergerl, 2012)، (Eisenberg and et.al, 2010)؛ بنابراین، برخورداری از خودتنظیمی رفتاری و هیجانی بالا در هنگام روبرو شدن با آزار هیجانی می‌تواند از بروز پاسخ‌های رفتاری و هیجانی مشکل‌آفرین بازداری کند. فردی دارای خودتنظیمی بالا علاوه بر اینکه قادر است در مواجهه با آزار هیجانی جلوی هیجانات آنی خود را سد کند، می‌تواند مسیر خود برای رسیدن به هدف را مشخص کرده، برای رسیدن به هدف برنامه‌ریزی کرده و برنامه خود را به اجرا درآورد. بررسی‌های گذشته نیز نشان می‌دهد که افراد با خودتنظیمی بالا از توانایی حل مسئله بالاتری برخوردارند، (Jelvegar, Kareshki, & Asghari Nekah, 2013)، (Kadivar, Farzad, & Dastal, 2013)؛ بنابراین، چنین افرادی هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های دشوار مانند آزار هیجانی، بیشتر قادر به تولید راه‌حل‌هایی برای غلبه بر آن موقعیت هستند. درنتیجه، بازداری از پاسخ‌های رفتاری و هیجانی آنی، و ایجاد پاسخ‌ها و راه‌حل‌های درنگیده به نوجوانان کمک می‌کند در هنگام روبرو شدن با آزاردیدگی هیجانی، آسیب کمتری را متحمل شوند.

عزت نفس به باور فرد در مورد ارزشمندی اش اشاره دارد. فرد دارای عزت نفس بالا خود را ارزشمند تلقی می کند، از پختگی روانی، ثبات، واقع گرایی، آرامش، توانایی بالا در تحمل ناکامی و شکست برخوردار است (Mackie, & Smith, 2002). این ویژگی های مثبت به وی کمک می کنند در هنگام مواجهه با آزار هیجانی آسیب کمتری ببیند. (Cha, 2003) معتقد است عزت نفس بالا باعث می شود فرد ارزیابی مثبتی از زندگی داشته باشد به همین دلیل آن به عنوان یک سپر در مقابل آشفتگی های روان شناختی نقش ایفا می کند. عزت نفس با برآورد افراد از توانمندی های خود رابطه دارد و افراد دارای عزت نفس بالاتر، توانمندی خود در برخورد با مشکلات را در سطح مطلوب و بالایی ارزیابی می کنند. نوجوانان با عزت نفس بالا در مقایسه با نوجوانانی که از عزت نفس پایین تری برخوردارند، در هنگام مواجهه با آزار هیجانی توانایی خود برای مقابله با این وضعیت را بالا ارزیابی کرده و با امید بیشتری به مقابله با آن می پردازند. در صورتی که در چنین وضعیتی نوجوانان با عزت نفس پایین بیشتر احساس عدم لیاقت می کنند و شکست خود را به عدم توانایی خود نسبت می دهند. این گونه برداشت ها از خود، آن ها را به سمت سبک اسنادی منفی سوق می دهد و سبک اسنادی منفی با مشکلات هیجانی- رفتاری ارتباط مستقیم دارد (Abdollahzadeh Rafi, 2014).

خوش بینی می تواند هم به صورت مستقیم به سازگاری روان شناختی کمک کند و هم می تواند بر سازگاری مسئله مدار اثر بگذارد (Jackson, Pratt, Hunsberger, & Pancer, 2005)، (Taylor, 2000)، (Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2004)، (Shahni Yeilagh, Movahhed, & Shokrkon, 2004). معتقد هستند که داشتن یک مفهوم مثبت از خود و از کنترل شخصی، همچنین داشتن یک دیدگاه خوش بینانه در مورد آینده، حتی اگر نادرست باشد، به فرد در کنار آمدن با حوادث بسیار فشارزا و تهدید کننده زندگی، کمک می کند. شواهد پژوهشی نشان می دهند که افراد خوش بین برای مقابله از راهبردهای متنوعی استفاده می کنند که استفاده از این راهبردها به آن ها کمک می کند در موقعیت های دشوار سلامتی خود را حفظ کنند. افراد خوش بین بیشتر در مواقعی که با مشکلی مواجه می شوند به دنبال راه حل می گردند و بیشتر تمایل دارند منطبق با راه حل ها عمل کنند (Shahni Yeilagh, Movahhed, & Shokrkon, 2004). راهبردهایی که افراد خوش بین استفاده می کنند شامل تغییر جنبه های قابل کنترل عوامل فشارزا، جستجوی اطلاعات، برنامه ریزی و بازسازی مثبت است در حالی که افراد بدبین راهبردهایی همچون امروز و فردا کردن، کنار کشیدن، انکار و فرار را انتخاب می کنند. خوش بین ها نقش خود را در ایجاد و مقابله با مشکلات درک کرده و از آن برای مقابله کارآمد استفاده می کنند (Baghianimoghadam and et.al, 2013).

سلیگمن (Seligman, 2002) معتقد است که افراد خوش بین دارای سبک اسنادی خاصی هستند

به طوری که آن‌ها حوادث منفی زندگی را بی‌ثبات، اختصاصی و بیرونی فرض می‌کنند در حالی که افراد بدبین مشابه همان حوادث را با ثبات کلی و درونی می‌پندارند؛ بنابراین افراد خوش‌بین در مواجهه با مشکلات زندگی (در اینجا آزاردیدگی هیجانی) آن را بی‌ثبات (که زود تمام می‌شود) و بیرونی (که ربطی به آن‌ها ندارد) فرض می‌کنند و با این نحوه نگرش به آزاردیدگی هیجانی، از اثرات منفی آن می‌کاهند. همچنین، خوش‌بینی بر سبک حل مسئله افراد اثر مثبت می‌گذارد. نتیجه اینکه، نوجوانان خوش‌بینی که با آزاردیدگی هیجانی مواجه می‌شوند علاوه بر اینکه آن را موقعیتی بی‌ثبات و گذرا فرض می‌کنند، تلاش می‌کنند برای همین موقعیت بی‌ثباتی نیز راه چاره‌ای بیندیشند. به‌عنوان مثال موقعیت‌هایی که والدین در آن بیشتر به آزارگری هیجانی می‌پردازند را شناسایی کرده و راه چاره‌ای برای آن می‌اندیشند مثل اجتناب کردن.

برخورداری از توانمندی حل مسئله و استفاده از آن به صورت مستقیم می‌تواند منجر به کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری (افزایش تاب‌آوری) شود (Deković, 1999). حل مسئله بر مواجه شدن با موقعیت‌های استرس‌آور و تغییر شرایط منفی تمرکز دارد (Sharpe and et al, 2012). نوجوانانی که در موقعیت‌های استرس‌آور توانایی کشف و استفاده راه‌حل‌های مناسب را دارند، کمتر دچار اضطراب شده و احساس درماندگی کمتری دارند. همچنین به دلیل قابل حل دیدن موقعیت استرس‌آور، کمتر به رفتارهای مشکل‌آفرین مانند پرخاشگری روی می‌آورند. از سوی دیگر، نوجوانانی که توانمندی حل مسئله در آن‌ها بالاست، از خودتنظیمی بالاتری برخوردارند (Abdollahzadeh Rafi, 2014). بررسی‌ها نشان می‌دهند خودتنظیمی بیشتر به افراد در غلبه بر موقعیت‌های دشوار کمک می‌کند (Neumann, van Lier, Gratz, & Koot, 2010).

عامل‌های اجتماعی متمایزکننده نوجوانان آزاردیده هیجانی تاب‌آور از غیر تاب‌آور عبارت بودند از ساختار اعتقادی، حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت‌شده. مذهبی بودن (ساختار اعتقادی) هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا در مواجهه با موقعیت‌های دشوار مانند آزاردیدگی هیجانی مقاومت بالاتری از خود نشان دهند. مذهب بر باورها و شناخت‌واره‌ها اثر مثبت می‌گذارد، به عبارتی به شکل‌گیری باورهای و طرح‌واره‌های سازگارانه کمک می‌کند (McIntosh, 1995). (Moreira-Almeida and et al, 2006). طرح‌واره‌های سازگارانه به نوجوانان کمک می‌کنند که کمتر از آزارهای هیجانی والدین اثر منفی بپذیرند. مذهب می‌تواند از طریق زنده نگاه داشتن امید به افراد کمک کند که با استرس ناشی شده از یک موقعیت استرس‌زا کنار آیند (Capps, 1997). مذهب به افزایش خودکنترلی و درونی شدن منبع کنترل کمک می‌کند (Pargament and et al, 1988). مشخص شده است که رابطه منفی بین خودکنترلی و اختلال‌های هیجانی وجود دارد (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004).

همچنین، مذهب بر عزت‌نفس افراد اثر مثبت می‌گذارد (Gebauer, Wagner, Sedikides, & Neberich, 2013)، (SSherkat, & Reedm 1992). به صورت خلاصه، مذهب می‌تواند هم از میزان عوامل خطر بکاهد، هم دارایی‌های و هم منابع نوجوان را برای مقابله مؤثر افزایش دهد.

انواع حمایت‌ها از جمله حمایت محله و حمایت تحصیلی می‌توانند توانمندی‌های نوجوان (مانند عزت‌نفس و خوش‌بینی) را افزایش دهند و از این طریق به تاب‌آوری بیشتر آن‌ها در موقعیت‌های دشوار مانند مواجهه با آزاردیدگی هیجانی کمک کنند. همچنین، حمایت تحصیلی می‌تواند درگیری تحصیلی نوجوان را افزایش دهد و از این طریق، هم نوجوان را از آزارهای هیجانی والدین که به دلیل پیشرفت تحصیلی کم یا عدم انجام تکالیف مربوط به مدرسه صورت می‌گیرد، دور کند و هم می‌تواند با ایجاد مشغولیت ذهنی برای نوجوان وی را از مرور ذهنی آزارهای هیجانی والدین به صورت موقت دور کند. از سوی دیگر، حضور در مدرسه می‌تواند به صورت موقت باعث جدایی نوجوان از والد یا والدین آزارگر هیجانی شود. دور بودن از منبع آزار منجر به آزاردیدگی هیجانی کمتر شده و آزاردیدگی کمتر با مشکلات هیجانی-رفتاری کمتر همراه است (Abdollahzadeh Rafi, 2014). در مدرسه فرصتی برای نوجوان ایجاد می‌شود تا به علائق خود پی برده و آن‌ها را پیگیری کند. درگیر ساختن دانش‌آموزان در فعالیت‌های تحت نظارت مدرسه باعث ارتقاء یادگیری، شایستگی، خودکارآمدی و سازگاری تحصیلی آن‌ها می‌شود؛ همچنین، فعالیت‌های فوق‌برنامه مدرسه می‌تواند عزت‌نفس و خودکارآمدی نوجوان را افزایش دهد. علاوه بر این‌ها، پیشرفت‌های تحصیلی که نوجوان در مدرسه به دست می‌آورد می‌تواند امید، خودمختاری و استقلال را در وی افزایش دهد. افزایش توانمندی‌ها یا دارایی‌های نوجوان قدرت مقابله وی با آزاردیدگی هیجانی را افزایش می‌دهد (Abdollahzadeh Rafi, 2014).

حضور در محله می‌تواند فرصت‌هایی را برای نوجوان ایجاد کند تا روابط مثبتی با دیگران (همسالان و بزرگسالان) گسترش دهد. نوجوانان در ارتباط‌هایی که با همسالان ایجاد می‌کنند یاد می‌گیرند که چگونه به صورت مناسبی با دیگران ارتباط برقرار سازند و یاد می‌گیرند که دیگران می‌توانند مراقب و قابل‌اعتماد باشند (Abdollahzadeh Rafi, 2014). ارتباط‌های مثبت بین نوجوانان-بزرگسالان، حمایت‌های ارائه شده به آن‌ها و ایجاد محیطی امن در محله، باعث افزایش عزت‌نفس آن‌ها می‌شود (DuBois, & Silverthorn, 2005), (Ryan, McMahon, Felix, & Nagarajan, 2003), (Redd, Rhodes, & Mulhall, 2003), (Stiller, & Lynch, 1994), (Chong, Huan, 2011). همچنین، حمایت‌های تحصیلی و محلی خوش‌بینی دانش‌آموزان را نیز افزایش می‌دهد (Yeo, & Ang, 2006) و افزایش عزت‌نفس و خوش‌بینی با سازگاری روان‌شناختی همراه است.

به‌طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد همه نوجوانان آزاردیده هیجانی دچار آسیب نمی‌شوند و حضور برخی از عامل‌های اجتماعی (از قبیل حمایت/امنیت محله و عملکرد تحصیلی حمایت

شده) و فردی (از قبیل خودتنظیمی، خوشبینی، حل مسئله، عزت نفس و ساختار اعتقادی) به نوجوانان کمک می‌کنند بر استرس ناشی از آزار دیدگی هیجانی غلبه کنند؛ به عبارتی، از خود در برابر این عامل خطر، تاب‌آوری نشان دهند.

در پژوهش حاضر منبع آزار هیجانی (پدر یا مادر) تفکیک نشده است. ممکن است آزار هیجانی که منبع آن مادر است (به خاطر نقش دلبستگی) اثر متفاوتی با آزار هیجانی که منبع آن پدر است، داشته باشد. این محدودیت ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد. همچنین، پژوهش حاضر نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ سال را بررسی کرده است؛ بنابراین نتایج قابل تعمیم به کل دوره نوجوانی نیست. پژوهش حاضر فقط بر روی نوجوانان دانش‌آموز صورت گرفته است؛ بنابراین نتایج قابل تعمیم به نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله غیر دانش‌آموز (به دلیل عدم برخورداری از حمایت تحصیلی) نیست.

پیشنهاد می‌شود با تفکیک منبع آزار هیجانی، نقش عوامل حفاظتی فردی و اجتماعی به صورت جداگانه در نوجوانان پسر و دختر بررسی شود. همچنین، با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مدارس دارایی‌های دانش‌آموزان (عزت نفس، حل مسئله، خوش بینی و خودتنظیمی) تقویت شده و حمایت‌های تحصیلی افزایش یابند. پیشنهاد می‌شود معلم‌ها و کادر اداری مدرسه در ارتباط با نقش مؤثری که می‌توانند در افزایش تاب‌آوری نوجوان آزار دیده هیجانی داشته باشند، آگاه شوند، همچنین، آموزش‌های لازم به آن‌ها در مورد چگونگی ارائه حمایت‌های آموزشی و عاطفی به دانش‌آموزان و ایجاد محیطی امن در مدرسه، داده شود. با توجه به نقش ساختار اعتقادی و حمایت‌های محله در تاب‌آوری نوجوانان آزار دیده هیجانی پیشنهاد می‌شود در محله‌ها از ظرفیت‌هایی مانند وجود مساجد برای افزایش شبکه اجتماعی (مانند ایجاد گروه‌های مذهبی و خیریه) و ارتقاء ساختارهای اعتقادی نوجوانان استفاده شود. روحانی حاضر در مسجد (در صورت آموزش دیدن) می‌تواند به عنوان یک بزرگسال مربی و حمایتگر نقش مهمی را در ارائه حمایت‌های اجتماعی و ارتقاء مذهبی بودن نوجوانان ایفا کند.

References

- Abdollahzadeh Rafi, M. (2014). *The relationship between spectrum of emotional abuse and emotional- behavioral disorders: Mediating role of personal, familial and social protective factors*. Doctoral thesis of Exceptional Children Psychology, Tehran: Allameh Tabatabaie'i University, Faculty of psychology & Education. (In Persian).
- Abdollahzadeh Rafi, M. Alizadeh, H. & Farokhi, NA. (2013). The role of religion as mediator between emotional abuse and emotional disorders in adolescents. *Quarterly Psychology of Exceptional Individuals*, 12 (3), 83-107. (In Persian).
- Abdollahzadeh Rafi M, Hassanzade M, Nesayan A, Assadi Gandomani R. (2016). Prevalence of behavioral disorders in students and prediction of that based on emotional abuse. *Research on Psychological Health*. 10 (2):28-41. (In Persian).
- Adams, R. E. & Bukowski, W. M. (2007). Relationships with mothers and peers moderate

- the association between childhood sexual abuse and anxiety disorders. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 645-656.
- Afifi, T. O. & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272.
- Baghianimoghadam, M. H. Dehghanpour, M. Shahbazi, H. Kahdouee, J. Dastjerdi, G. & Falahzadeh, H. (2013). A survey relation between optimism and general health in university students in yazd iran. *Tloe Behdasht*. 12 (2):89-101. (In Persian).
- Baker, C. N. & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 800-805.
- Bal, B. Van Oost, P, De Bourdeaudhuij, I. & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 883-897.
- Barrera, M. & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 1-16.
- Binggeli, N. J. Hart, S. N. & Brassard, M. R. (2001). *Psychological maltreatment of children: The APSAC study guides 4 Thousand Oaks*: Sage Publications.
- Brendgen, M. Vitaro, F. & M. Bukowski, W. (2000). Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioral adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 10(2), 173-189.
- Bronson, M. (2000). *Self-regulation in early childhood: nature and nurture*. Guilford Press.
- Canton-Cortes, D. & Canton, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, 245, 496-506.
- Capps, D. (1997). The letting loose of hope: where psychology of religion and pastoral care converge. *Journal of Pastoral Care*, 51(2), 139.
- Cha, K. H. (2003). Subjective well-being among college students. *Social Indicators Research*, 62-63, 455-477.
- Chong, W. H. Huan, V. S. Yeo, L. S. & Ang, R. P. (2006). Asian adolescents' perceptions of parent, peer, and school support and psychological adjustment: The mediating role of dispositional optimism. *Current Psychology*, 25(3), 212-228.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and psychopathology*, 9(4), 797-815.
- Condly J. S. (2006). Resilience in children. A review of literature with implications for education. *Urban Education*, 41, 211-236.
- Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-685.
- DuBois, D. L. & Silverthorn, N. (2005). Natural mentoring relationships and adolescent health: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 95(3), 518.
- Dubow, E. F. Edwards, S. & Ippolito, M. F. (1997). Life stressors, neighborhood disadvantage, and resources: A focus on inner-city children's adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(2), 130-144.
- Dubowitz, H. Thompson, R. Proctor, L. Metzger, R. Black, M. M. English, D. ... & Magder, L. (2016). Adversity, maltreatment, and resilience in young

- children. *Academic pediatrics*, 16(3), 233-239.
- DuMont, K A. Spatz C, & Czaja, S J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood Characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 255-274.
- Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 243-363.
- Eftekhari, A. Zoellner, L. A. & Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(5), 571.
- Eisenberg, N. Castellani, V. Panerai, L. Eggum, N. D. Cohen, A. B. Pastorelli, C. & Caprara, G. V. (2011). Trajectories of religious coping from adolescence into early adulthood: Their form and relations to externalizing problems and prosocial behavior. *Journal of Personality*, 79(4), 841-873.
- Eriksson, I. Cate A. Andershed, A. K. & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: A review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5, 477-482.
- Gebauer, J. E. Wagner, J. Sedikides, C. & Neberich, W. (2013). Agency-communion and self-esteem relations are moderated by culture, religiosity, age, and sex: Evidence for the “self-centrality breeds self-enhancement” principle. *Journal of Personality*, 81(3), 261-275.
- Gibb, B. E. & Abela, J. R. (2008). Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children’s negative inferential styles and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 161-176.
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect—Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35, 866-875.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Hamilton, S. F. & Darling, N. (1996). Mentors in adolescents’ lives. *Social problems and social contexts in adolescence: Perspectives across boundaries*, New York, NY: Aldine De Gruyter .
- Harford, K. L. (2007). *Psychological consequences of child sexual abuse and the risk and protective factors influencing these consequences*. Doctoral dissertation, University of South Florida.
- Hart, S. Binggeli, N. & Brassard, M. (1998). Evidence of the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 27-58.
- Jackson, L. M. Pratt, M. W. Hunsberger, B. & Pancer, S. M. (2005). Optimism as a mediator of the relation between perceived parental authoritativeness and adjustment among adolescents: Finding the sunny side of the street. *Social Development*, 14(2), 273-304.
- Jaffee, S. R. Caspi, A. Moffitt, T. E. Polo-Tomas, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 231-253.
- Jelvegar, A, Kareshki, H. & Asghari Nekah, SM. (2013). The impact of self-regulation training on problem solving preschool children. *Modern Psychological Research*, 8, 113-133. (In Persian).
- Ju, S. Y. & Lee, Y. (2008). Child maltreatment and resilience: Mediating effects of cognitive function and social support. *Korean Journal of Child Studies*, 29(3), 127-156.

- Kadivar, P. Farzad, V. & Dasta. M. (2013). Explore the causal relationship progresses goals and strategies of self-regulation and mathematical problem solving performance. *Journal of Educational Psychology*, 23, 95-116. (In Persian).
- Kaysen, D. Scher, C. D. Mastnak, J. & Resick, P. (2005). Cognitive Mediation of Childhood Maltreatment and Adult Depression in Recent Crime Victims. *Behavior Therapy*, 36, 225-244.
- Kerr, D. C. Preuss, L. J. & King, C. A. (2006). Suicidal adolescents' social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 99-110.
- Kim, J. (2008). The protective effects of religiosity on maladjustment among maltreated and nonmaltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 32(11), 71-72.
- Klika, J. B. Herrenkohl, T. I. & Lee, J. O. (2013). School factors as moderators of the relationship between physical child abuse and pathways of antisocial behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(4), 852-867.
- Lamis, D. A. Wilson, C. K. Shahane, A. A. & Kaslow, N. J. (2013). Mediators of the childhood emotional abuse–hopelessness association in African American women. *Child Abuse & Neglect*, 1, 1-12.
- Mackie, D. M. & Smith, E. R. (2002). Intergroup emotions and the social self: Prejudice reconceptualized as differentiated reactions to outgroups. *The social self: Cognitive, Interpersonal, and Intergroup Perspectives*, 309-326.
- Masten, A. S. Best, K. M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- McIntosh, D. N. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 5(1), 1-16.
- McMahon, S. D. Felix, E. D. & Nagarajan, T. (2011). Social support and neighborhood stressors among African American youth: Networks and relations to self-worth. *Journal of Child and Family Studies*, 20(3), 255-262.
- Minaei, A. (2007). Adaptation and standardization of Achenbach Child Behavior Checklist, YSR and Teacher Report Form. *Research on Exceptional Children*, 1, 529-558. (In Persian).
- Moreira-Almeida, A. Lotufo Neto, F. & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Neumann, A. van Lier, P. A. Gratz, K. L. & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, 17(1), 138-149.
- Norouzi, P. (2012). *The comparison of neuropsychological function of emotional abused and nonabused female students*. Master's thesis of Exceptional Children Psychology. Tehran: Allame Tabatabae'i University. (In Persian).
- Pargament, K. I. Kennell, J. Hathaway, W. Grevengoed, N. Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for The Scientific Study of Religion*, 90-104.
- Perry, A. R. DiLillo, D. & Peugh, J. (2007). Childhood psychological maltreatment and quality of marriage: The mediating role of psychological distress. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 117-142.

- Pooler, D. K. Siebert, D. C. Faul, A. C. & Huber, R. (2008). Personal history and professional impairment: Implications for social workers and their employers. *Administration in Social Work, 32*(2), 69-85.
- Powers, A. Ressler, K. J. & Bradley, R. G. (2009). The Protective Role of Friendship on the Effects of Childhood Abuse and Depression. *Depression and Anxiety, 26*, 46-50
- Reddy, R. Rhodes, J. E. & Mulhall, P. (2003). The influence of teacher support on student adjustment in the middle school years: A latent growth curve study. *Development and Psychopathology, 15*(01), 119-138.
- Richards, J. Encel, J. & Shute, R. (2003). The emotional and behavioural adjustment of intellectually gifted adolescents: a multi-dimensional, multi-informant approach. *High Ability Studies, 14*(2), 153-164.
- Runtz, M. G. & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*(2), 211-226.
- Ryan, R. M. Stiller, J. D. & Lynch, J. H. (1994). Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *The Journal of Early Adolescence, 14*(2), 226-249.
- Salehi, J. & Entesar Foumani, G. (2012). Prevalence of behavioral disorders among adolescent students of Zanjan province (2009-2010). *J Qazvin Univ Med Scim, 16* (3), 53-59. (In Persian).
- Sedikides, C. & Gebauer, J. E. (2013). Religion and the Self. *Religion, personality, and social behavior, 46-70*.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology, 3-12*.
- Shahim, S. (1995). *Normalization of Revised Wechsler Intelligence Scale for Children in Iran*. Shiraz: Shiraz University. (In Persian).
- Shahni Yeilagh, M. Movahhed, A. & Shokrkon, H. (2004). The causal relationship between religious attitudes, optimism, mental health and physical health of students' Shahid Chamran University. *Journal of Education and Psychology, 1*, 19-34. (In Persian).
- Sharpe, L. Gittins, C. B. Correia, H. M. Meade, T. Nicholas, M. K. Raue, P. J. et al. (2012). Problem-solving versus cognitive restructuring of medically ill seniors with depression (PROMISE-D trial): study protocol and design. *BMC psychiatry, 12*(1), 207.
- Shenk, C. E., Noll, J. G., & Cassarly, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(4), 335-342.
- Sherkat, D. E. & Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research, 26*(3), 259-275.
- Smokowski, P. R. Evans, C. B. Cotter, K. L. & Webber, K. C. (2014). Ethnic identity and mental health in american indian youth: examining mediation pathways through self-esteem, and future optimism. *Journal of Youth and Adolescence, 1-13*.
- Sylvestre, A. & Mérette, C. (2010). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors? *Child Abuse & Neglect, 24* 14-28
- 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.

- Taylor, S. E. Kemeny, M. E. Reed, G. M. Bower, J. E. & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99.
- Tremblay, C. Hébert, M. & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical child and family psychology review*, 11(1-2), 30.
- Way, N. Reddy, R. & Rhodes, J. (2007). Students' perceptions of school climate during the middle school years: Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 40(3-4), 194-213.
- Wekerle, C. Leung, E. Wall, A M. MacMillan, H. Boyle. M. Trocme, N. & Waechter, R. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 45-58.
- Williams, J. & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 53-63.
- Bowling, T. Hill, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *The Family Journal*, 13(1), 87-94.
- Breen, W. Kashdan, T. (2011). Anger Suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 879-887.
- Bush, N.F. (2009). Anger and Depression. *Journal of continuing professional development*, 15, 271-278.
- Christensen, A. Jacobson, N.S. & Babcock, J.C. (2004). *Integrative behavioral couple therapy*. New York: Guilford.
- Christensen, A. Atkins, D.C. Berns, S. Wheeler, J. Baucom, D.M. & Simpson, L.E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 176-191.
- Cordova, J.V. Gee, C.B. & Warren, L.Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- Faraji, N. (2010). *Research methods in psychology and education*. Tehran: Pooran Pajuhesh. (In Persian).
- Hahlweg, K. Baucom, D.H. Markman, H. (1988). Recent advances in therapy and prevention. In I. R. H. Fallon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N.S. Christensen, A. Princes, S. Cordora, J. & Eldridge, K. (2000). Integrative Behavioral Couple Therapy: An Acceptance Based, Promising New Treatment for Couple Discord, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 351-355.
- Lawrence, E. Bradbury, T.N. (2000). Physical aggression and marital dysfunction: A Longitudinal analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 4-12.
- Luutonen, S. (2007). Anger and depression—Theoretical and clinical considerations. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(4), 246-251.
- Mohammadi, N. (2006). A preliminary study psychometric questionnaire Buss – Perry. *Social and Human Sciences, Shiraz University*, 49, 135-152. (In Persian)

- Moshirian Farahi, S.M.M. Asghari Ebrahimabad, M.J. Moshirian Farahi, S.M. Hokm Abadi, M.E. (2014). Choice theory and effective learning. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, 1(4), 325-328.
- Mudd, J. E. (2000). *Solution – Focused Therapy and Communication Skills Training: An integrated approach to couples therapy*. Thesis submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Human Development. Virginia: Blacksburg.
- Narimani, M. Rajabi, S. (2012). The effect of biofeedback in reducing depression, anxiety, stress and opinions tempting people with substance abuse disorders. *Addiction Research*, 6(21), 7-18. (In Persian)
- Saatchi, M. (2011). *Counseling and psychotherapy*. Tehran: Virayesh nashr. (In Persian).
- Shafie Abadi, A. Naseri, G.H. (2010). *Theories of psychotherapy and counseling*. Tehran: University Press Center. (In Persian).
- Springer, J, F. Sale, E. Hermann, J. Sambrano, S. Kasim, R. & Nestle, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25.
- Torkan H. Kalantari M. Molavi H. (2006). Effectiveness of group therapy transactional analysis on marital satisfaction. *Journal of Research Family*, 2(8), 383-403. (In Persian).



ولی زاده، مهدی؛ منشی، غلامرضا؛ کارشکی، حسین (۱۳۹۷). اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۴۳-۶۰.
DOI: 10.22067/ijap.v8i2.66591

اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان

مهدی ولی زاده^۱، غلامرضا منشی^۲، حسین کارشکی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

هدف: بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه فردوسی مشهد.

روش: شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گمراهه شدند. اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و به اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله پرسشنامه‌های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان توسط گروه نمونه تکمیل شدند.

یافته‌ها: در پس‌آزمون و پیگیری، علائم غم غربت و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته‌است و تنظیم هیجانی دانشجویان بهبود یافت. یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس غم غربت و اضطراب دانشجویان می‌گردد و نیز تنظیم هیجانی آنان را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: غم غربت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، تنظیم شناختی هیجانی، دانشجویان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) mvalizade65@gmail.com
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، (نویسنده ی مسئول) smanshaee@yahoo.com
۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

اکثر ما به زادگاهمان یا محلی که آن را خانه می‌نامیم به شدت وابسته‌ایم. وقتی شما خانه را به قصد حضور در دانشگاه ترک می‌کنید، چه‌بسا درجاتی از غم غربت^۱ و دل‌تنگی را حس کرده باشید. فعالیت‌های تحصیلی و ضرورت‌های مهم زندگی، افراد را از خانه و خانواده دور کرده و به تماس با مکان‌ها، افراد و فرهنگ‌های دیگر برای مدتی کوتاه یا طولانی وا می‌دارد، پدیده‌هایی از این قبیل، مسائل و مشکلاتی را فرا می‌خواند که احساس غربت یکی از آنهاست (Van Tilburg & Vingerhoets, 2005). زندگی دانشجویی شرایطی تازه بوده که برای دانشجویان جدید ورود دلتنگی‌های خاص خود را به همراه دارد. پذیرفتن نقش‌های جدید، تقاضاهای تحصیلی، مشکلات مالی، کاهش اعتماد به نفس، احساس غربت، نقص در مهارت‌های مطالعه، کم‌جرات بودن در هنگام تعاملات اجتماعی، اضطراب و تنش زیاد، نمونه‌ای از این مشکلات می‌باشند. مجموعه‌ی این تغییرات می‌تواند با ایجاد استرس شدید در فرد، به برهم خوردن تعادل بین منابع درونی و خواسته‌های بیرونی منجر شوند و بروز پدیده‌ایی به نام احساس غربت را در پی داشته باشند (VanVliet, 2001).

غم غربت، اصطلاحی کلی است که اندوه، غمگینی، از دست دادن معنا، ترس از پیش‌بینی و احساس تنهایی را دربرمی‌گیرد. رفتن به دانشگاهی در شهر دیگر همواره معادل با تغییرات بسیاری از قبیل تنها زندگی کردن در شهر جدید، یافتن دوستانی جدید، آشنا شدن با محیط دانشگاه، سازگار شدن با موقعیت‌ها و شیوه زندگی بدون حضور والدین و دوستان قدیمی می‌باشد (Bardelle, & Lashley, 2015). احساس غربت دارای مجموعه‌ای از نشانه‌ها توصیف شده است مانند نشانه‌های بدنی مثل مشکلاتی در معده و روده؛ سردرد، بی‌اشتهایی و اختلال خواب؛ نشانه‌ای انگیزشی مانند اشتیاق بازگشت به خانه؛ نشانه‌ای شناختی شامل افکار وسواسی^۲ در مورد خانواده، ناتوانی در تمرکز بر فعالیت‌های روزانه، ارزیابی منفی از محیط جدید و افکار آرمانی در مورد محیط قبلی؛ و نشانه‌های عاطفی مشابه نشانه‌های مربوط به اختلال‌های خلقی و اضطرابی مخصوصاً احساس افسردگی؛ نشانه‌های رفتاری مانند تلاش برای حفظ تماس با خانواده، بستگان و دوستان.

علاوه بر این، احساس غربت می‌تواند موجب عزت‌نفس پایین (Hojat & Herman, 1985) اضطراب و استرس گردد (VanVliet, 2001) که به بروز مشکلات هیجانی در دانشجویان مبتلا منجر می‌شود. به همین علت، مطالعه عوامل روان‌شناختی و محیطی پیش‌بینی‌کننده احساس غربت و عوامل

1. Homesickness
2. Obsessive Thoughts

محافظت کننده‌ای که می‌توانند به کاستن از عواقب ناخوشایند آن کمک کنند، ضروری به نظر می‌رسد. به بیان دیگر احساس غربت عبارت است از وضعیت پیچیده‌ی شناختی، انگیزشی و هیجانی خاصی که با اشتغالات ذهنی فراوان در مورد محیط قبلی همراه می‌شود (Benn, Harvey, Gilbert & Irons, 2005). این پدیده معمولاً یک واکنش طبیعی در برابر محیط جدید و در عین حال پدیده‌ی بالقوه تضعیف کننده است که افراد همه فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Van Tilburg, Vingerhoets & van Heck, 1996). گزارش‌های متعدد نشان دادند حدود ۶۵ درصد دانشجویان غیر بومی دچار احساس غربت می‌شوند (Van Tilburg & et al, 1996)، که از این عده ۷ تا ۱۰ درصد به انواع شدیدی از احساس غربت مبتلا می‌گردند (Eurelings-Bontekoe, Brouwers, Verschuur, & Duijsens, 1998). تحقیقات متفاوتی بروز این پدیده را در جمعیت دانشجویانی که به منظور ادامه تحصیل دیار خود را ترک گفته‌اند، گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش، متغیرهای وابسته‌ای که مورد نظر هستند شامل اضطراب و تنظیم شناختی-هیجانی می‌باشند که بر اساس پیشینه پژوهش‌هایی که در زمینه غم غربت انجام شده است انتخاب شده‌اند تا تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی آنها مورد سنجش قرار گیرد. در همین راستا، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که اگر مداخله‌ای ترکیب عناصر بالا را داشته باشد می‌تواند از شدت احساس دل‌تنگی و غم غربت بکاهد و احساس اضطراب آن را کاهش دهد (Cao, Zhu, & Meng, 2016, Calaguas, 2014, Thurber & Walton, 2007, Thurber, 2005 & Tognoli, 2003). در ادامه به نتایج چند نمونه از این پژوهش‌ها اشاره می‌شود:

نتایج پژوهش بینفت و پسمور (Binfet & Passmore, 2016) نشان می‌دهد که افرادی که برنامه درمانی غم غربت را دریافت کرده بودند، بعد از هشت هفته نسبت به افرادی که درمانی را دریافت نکرده بودند، رضایتمندی بیشتری را گزارش کردند و آنهایی که وارد برنامه درمان شده بودند نسبت به گروه کنترل رابطه‌ی بیشتری با محوطه دانشگاه داشته و در متغیر غم غربت کاهش معناداری را نشان دادند. همچنین اسمیت، هانراهان، اندرسون و آبوت (Smith, Hanrahan, Anderson & Abbott, 2015) پیشنهاد دادند با بکارگرفتن راهبردهای بهبود دهنده‌ی عزت‌نفس می‌توان احتمال بروز غم غربت را کاهش داد. همچنین کالاکاس (Calaguas, 2014) در پژوهش خود، ۴۱۶ دانشجو را مورد مطالعه قرار داد. وی با بیان اینکه تجربه احساس دل‌تنگی در میان دانشجویان جدیدالورود باید جدی گرفته شود پیشنهاد داد که فکر کردن درباره جنبه‌های مثبت باعث ایجاد احساس بهتر در دانشجو شده که این خود یکی از راهبردهای درمانی است که

توربر و والتون (Thurber & Walton, 2007) کرده بودند. او در ادامه تصریح کرد که مداخلاتی که در قالب بهبود فعالیت‌ها و مهارت‌های اجتماعی برای دانشجویان جدیدالورود انجام می‌شود، می‌تواند برای کاهش تجربه غم غربت کمک موثری باشد.

همچنین نتایج پژوهش سوینس و گیزیر (Sevins & Gizir, 2014) در مورد دانشجویان سال اولی نشان داد که سازگاری اجتماعی تحت تأثیر میزان روابط دوستانه و مشارکت در فعالیت‌های سرگرم‌کننده و مدیریت اوقات فراغت است. علاوه بر این، عوامل فردی مانند کمرویی، ترس از شکست، عدم رضایت، تنهایی و غم غربت هم در این مساله دخیلند. همچنین توربر و والتون در پژوهش‌های متعدد خود حول محور احساس دل‌تنگی و غم غربت به شواهدی دست یافتند که بیان‌گر این حقیقت بود که آموزش‌های درست باعث می‌شود فرد احساس کنترل بیشتری نسبت به موقعیت جدید حس کند. با آموزش مناسب عزت‌نفس فرد بالا رفته و در هنگام بروز علائم دل‌تنگی (که طی روند آموزش و درمان با آن‌ها به‌طور کامل آشنا شده است)، حمایت اجتماعی لازم را خواست و دریافت کند. فردی که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده باشد، توانایی بیشتری در مدیریت احساسات و هیجانات خود دارد و به بیان علمی‌تر راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری را به خدمت می‌گیرد تا با هیجانات و شرایط جدید به وجود آمده کنار بیاید. آموزش و درمان به موقع احساس دل‌تنگی و غم غربت سبب می‌شود فرد علائم را زود شناسایی کرده و آن‌ها را با استفاده از راهبردهای مناسب در کوتاه‌ترین زمان ممکن فرونشاند و این خود به بهبود عملکرد فرد منجر می‌شود؛ به عبارت دیگر، علائم مانع از انجام تکالیف اصلی که فرد به‌خاطر آن تن به جابه‌جایی و دوری از خانه داده است، نخواهد شد (Thurber & Walthon, 2007, 2012). در پژوهشی دیگر که تربر و والتون بر روی کودکان و نوجوانان و همچنین دانشجویانی که به دور از خانواده مشغول تحصیل بودند انجام دادند، دریافتند که احساس غربت با اضطراب و افسردگی و به‌طور کلی با روان‌رنجوری رابطه‌ی معناداری دارد، همچنین دل‌بستگی نایمن به والدین و داشتن شخصیت وابسته نیز با احساس غربت رابطه‌ی معنادار دارد (Thurber & Walthon, 2012).

همانطور که پژوهش‌ها نشان دادند یکی از مشکلاتی که در افراد مبتلا به احساس غربت به وفور دیده می‌شود احساس اضطراب به دلیل دوری از خانه و خانواده است. احساس غربت می‌تواند به کمبود روابط اطمینان‌بخش و احساس تنهایی منجر شود و زمینه‌ساز احتمال بروز اضطراب، افسردگی، مصرف مواد و الکل و حتی خودکشی باشد (Tabatabaie, Rasoolzadeh, Fallah & Samani, 2009).

همچنین گفته شد که بین غم غربت و اضطراب ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و عوامل سبب‌ساز مشترکی دارند. همه انسانها اضطراب را در زندگی خود تجربه می‌کنند و طبیعی است که مردم هنگام مواجهه

با موقعیت های تهدید کننده و تنش زا مضطرب می شوند، اما احساس اضطراب شدید و مزمن در غیاب علت واضح، امری غیرعادی است. اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. منظور از اضطراب هیجان ناخوشایندی است که معمولاً با کلماتی مانند نگرانی، تشویش، تنش، و ترس توصیف می شود؛ احساساتی که همه با شدت های مختلف آن را تجربه می کنند (Sadook, 2007).

به طور کلی اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با یک یا چند حس جسمی مانند احساس خالی شدن سردل، تنگی قفسه سینه، طپش قلب، تعریق، سردرد و... همراه است. اضطراب نوعی احساس نگرانی است که انسان را برای مقابله با یک حادثه و خطر تجهیز می کند و ریشه و علل آن مبهم است و به شکل یک بحران حاد غالباً چند دقیقه طول می کشد، اما موارد افراطی آن چندین ساعت ادامه دارد. نگرانی فکری و اضطراب در واقع جزئی از زندگی است که وجود اندکی از آن به تمرکز و انگیزه کمک می کند اما اضطراب زیاد از حد باعث احساسی از ناامیدی به همراه گیجی می شود (Sadook & Sadook, 2007). در همین راستا قنبری، حبیبی و شمس الدینی (Ghanbari, Habibi & Shamseddini, 2013) در پژوهش خود نشان دادند با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس از قبیل تن آرامی و آرامش عضلانی می توان تنش ها و اضطراب را کاهش داد. افراد علائم جسمانی مرتبط با استرس را شناسایی کرده و با تسلط یافتن در کسب آرامش که ناسازگار با تنش است، اضطراب و تنش ناشی از احساس غربت را کاهش می دهند. با توجه به اینکه احساس غربت اغلب به عنوان افسردگی و اکنشی به ترک خانه در نظر گرفته می شود، لذا به طور منطقی می توان انتظار داشت بازسازی شناختی که افسردگی را کاهش می دهد در بهبود احساس غربت نیز مؤثر واقع شود.

اسکنتیزر، آندریز و لبر (Scantizer, Aneris & Leber, 2007) در بررسی های خود نشان دادند که مداخلات شناختی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی-اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار موثر می باشد (Anvari & etal, 2014). دوناس (Duenas, 2016) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی نوجوانان با مشکلات تنظیم هیجانی پرداخت و به این نتیجه دست یافت که این درمان باعث بهبود قابل توجهی در مشکلات تنظیم هیجانی، کیفیت زندگی و عملکرد کلی روزانه و کاهش اجتناب و افکار و هیجاناناکارآمد و افزایش سطح فعالیت رفتاری نوجوانان شده است. هیجان ها همواره مورد توجه کامل انسان بوده اند؛ زیرا در هر تلاش و در هر اقدام مهم بشری، هیجاناناکارآمد به طریقی دخالت دارند. در واقع، هر یک از هیجان های آدمی، نوعی تمایل و انگیزه ی آنی برای عمل و طرحی ضروری برای اداره زندگی که تکامل در درون انسان جایگزین کرده، هستند. هیجان یک حالت روان شناختی و

فیزیولوژیک است که با دامنه وسیعی از احساسات، افکار و رفتارها همراه است. به تعریف دیگر، هیجان، حالت پیچیده احساسی که دارای اجزای روانی، جسمی و رفتاری است (Sadook & Sadook, 2007).
تنظیم شناختی هیجان به شیوه‌های شناختی مدیریت آگاهانه ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد (Garnefsky, Kraaij & Spinhoven, 2001) و می‌تواند به عنوان جزئی از نظریه وسیع‌تر تنظیم هیجان باشد که بدین صورت تعریف می‌گردد: «کلیه فرایندهای درونی و بیرونی مسئول برای کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی خصوصا در موقعیت‌های فشرده و موقتی» (Garnefsky & Kraaij, 2006). سال‌ها تحقیق نشان داده است که تنظیم هیجان از طریق شناخت و افکار به طور لاینفکی با زندگی انسان‌ها مرتبط است و به افراد کمک می‌کند تا بر هیجان‌اتشان در طی و یا بعد از تجربه وقایع تهدیدکننده و اضطراب‌آور کنترل داشته باشند (Garnefsky, Kraaij & Spinhoven, 2001., Garnefsky & Van den kummer, 2002).

تنظیم شناختی هیجان به معنای فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق اهداف او برعهده دارد. دشواری در تنظیم هیجان‌ات، اغلب به عنوان مولفه‌ای اساسی در بسیاری از اختلالات رفتاری مطرح می‌شود. از طرفی عدم کنترل هیجانی به شرایطی اشاره دارد که در آن، پاسخ‌های هیجانی افراد اغلب خارج از کنترل آن‌هاست. توانایی برای تنظیم و کنترل هیجان بدین معناست که فرد قادر به انتخاب افکار، احساسات و رفتارهایی باشد که در طولانی مدت به نفع اوست و به عنوان ابزاری برای فهمیدن این است که چگونه فرد می‌تواند توجه و فعالیت خود را سازمان دهد؛ و اعمال راهبردی و مصرانه را برای غلبه بر موانع و حل کردن مسائل به دست آورد. هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ات می‌تواند فرد را در برابر مشکلات هیجانی چون افسردگی و اضطراب و فشار روانی آسیب‌پذیر سازد. در انتها می‌توان گفت، تنظیم شناختی هیجان به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد (Garnefsky & Kraaij, 2006).

در راستای مبانی ذکر شده و با توجه به شمار اندک پژوهش‌های انجام شده در زمینه غم غربت و این که امروزه ورود به دانشگاه برای کثیری از جوانان حائز اهمیت است، بنابراین، مسئله نقل مکان از زادگاه و عواقب روان شناختی آن نیازمند توجه و بررسی می‌باشد. لذا پرداختن به غم غربت و شناسایی درمان‌های اثربخش بر کاهش آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. برای درمان مشکلات روانشناختی درمان‌های روانشناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. امروزه درمانگران با نسل سوم این نوع درمان

ها مواجه اند و آنها را می توان تحت مدل های مبتنی بر پذیرش^۱، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^۲، درمان فراشناختی^۳ و درمان پذیرش و تعهد^۴ برشمرد (Hayes & Strosahl, 2010).

در این نوع درمان ها تلاش می شود بجای تغییر شناخت ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد (Roditi & Robinson, 2011). مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تاکید می کنند. در درمان های مبتنی بر پذیرش با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود دهد. درمان های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان ها بر تغییر مراجع نسبت به تجارب درونی و اجتناب هایش تاکید دارد. پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودآیند کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم هیجانات و رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود (Romer & Orsillo, 2005).

لی، آسپلوند و اندرسون (Ly, Asplund & Andersson, 2014) در پژوهشی به ارزیابی کارآمدی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به وسیله ی اسمارت فون در مدیران میانی شهر استکهلم پرداختند. در نهایت نتایج نشان داد که افراد گروه آزمون پس از دریافت برنامه ی آموزشی درمانی کاهش معنادار استرس شغلی و افزایش سلامت روان عمومی و انعطاف پذیری روان شناختی، افزایش توان بودن در اینجا و اکنون و تطبیق دادن رفتار با ارزش های شخصی را به طور معنادار نشان دادند.

نتایج پژوهش بابوت (Babutt, 2011) نیز نشان می دهد که بطور کلی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند فشار روانی را کاهش دهد (به نقل از Anvari, 2014). همچنین هیوبرت در پژوهش خود، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی تنظیم هیجانی مورد بررسی قرار داد. وی در این پژوهش بیان میکند که مداخله گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر پذیرش تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب

1. Acceptance based Models
2. Based Cognitive Therapy Mindfulness
3. Meta-Cognitive
4. Acceptance and Commitment Therapy

رساندن به خود، عدم تنظیم هیجان و نشانه‌های ویژه‌ی اختلال شخصیت مرزی و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس داشته است (Hubert, 2011).

با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می‌رسد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم احساس غربت و اضطراب و نیز بهبود تنظیم هیجانی دانشجویان دارای احساس غربت موثر می‌باشد. با این وجود تاکنون تحقیقی در داخل کشور انجام نشده است که این موضوع را مورد بررسی قرار دهد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد.

روش

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد به روش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل طراحی و اجرا شد. در سطح توصیفی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی علاوه بر بررسی پیش فرض‌های لازم (نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا، همگنی شیب رگرسیون، همراه با بررسی پیش فرض استقلال) برای بررسی داده‌ها و فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ تشکیل می‌دهد. علی‌رغم این که برای پژوهش‌های آزمایشی یا شبه‌آزمایشی مانند پژوهش حاضر نمونه ۸ تا ۱۰ نفری برای هر گروه پیشنهاد شده است، با این حال به دلیل احتمال کناره‌گیری برخی از اعضای نمونه و افت تعداد نهایی، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد که بر روی آن هیچ‌گونه درمانی اجرا نشد و در لیست انتظار برای درمان قرار داده شدند و یک گروه نیز به عنوان گروه آزمایش که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی آن اجرا شد. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر را با توجه به معیارهای شمول (دانشجوی سال اولی، عدم سابقه روانپزشکی، عدم استفاده از داروی ضد روانپزشکی و نمره بالا در آزمون غم غربت) از بین افراد جامعه آماری انتخاب شد. سپس از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب که در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشتند. به دلیل وجود محدودیت‌های مختلف امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بنابراین در این مطالعه از شیوه نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شد.

در گروه کنترل، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۷ نفر (معادل ۴۶/۶۶۶ درصد)

دارای تحصیلات لیسانس، ۴ نفر (معادل با ۲۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات دکترا بوده اند. در گروه درمانی اکت، ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۸ نفر (معادل با ۵۳/۳۳۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۵ نفر (معادل با ۳۳/۳۳۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات دکترا بوده اند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲۳/۲۵ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۲۵/۱۵ سال بود.

ابزارها

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

الف) پرسشنامه‌ی حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر ویرایش دوم (STAI-Y): پرسشنامه‌ی حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر فرم تجدید نظر شده‌ی STAI (۱۹۷۰) است که در سال ۱۹۸۳ توسط اسپیلبرگر به منظور سنجش اضطراب تهیه شده است. پرسشنامه‌ی حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر از ۴۰ سوال تشکیل شده که ۲۰ سوال اول حالت اضطراب و ۲۰ سوال دوم صفت اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش مهram (۱۳۷۳) برای محاسبه‌ی پایایی مقیاس اضطراب آشکار از شیوه‌ی آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی به دست آمده ۰/۹۱ بود. جهت محاسبه‌ی پایایی در مقیاس اضطراب پنهان (صفت) از شیوه‌ی آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای ۶۰۰ نفر گروه هنجار پایایی به دست آمده ۰/۹۰ بود. پژوهش‌های انجام شده نشان‌دهنده‌ی پایایی مطلوب این ابزار است. پناهی شهری (Panahi Shahri, 1993) ضریب آلفا برای مقیاس حالت اضطراب و صفت اضطراب را ۰/۹۰ محاسبه کرده‌اند که ضریب بالایی است. اعتبار این پرسشنامه در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است.

ب) پرسشنامه تنظیم هیجان: گارنفسکی و همکاران (Garnefsky & etal, 2001) با تمرکز بر راهبردهای شناختی هیجان در مواجهه با حوادث تهدید کننده و استرس زای زندگی « پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان » را ساختند. آنها این پرسشنامه را براساس یک رویکرد نظریه محور با استفاده از راهبردهای مقابله شناختی موجود، تغییر راهبردهای مقابله غیر شناختی به شناختی و اضافه کردن راهبردهای جدید تهیه کردند. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه در مقیاس ۵ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب نه مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس آن یک فرآیند مقابله شناختی را می‌سنجد. در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست

آوردند (Garnefsky & etal, 2001). پایایی این آزمون در ایران، مورد تایید قرار گرفته است و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس ما بین ۰/۶۴ و ۰/۸۲ گزارش شده است (Abdi, 2007). همچنین، در تحقیق گارانفسکی و همکاران پایایی کل راهبردهای مثبت، منفی و کل شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است.

پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۵ و برای راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان ۰/۷۵ به دست آمده است (Firoozi, 2012). خرده مقیاس های تنظیم هیجانی مثبت در این پرسشنامه شامل پذیرش، بازتمرکز مثبت، باز ارزیابی مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی و رسیدن به یک دورنما است. همچنین خرده مقیاس های تنظیم هیجانی منفی شامل مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، فاجعه سازی و نشخوار فکری است.

ج) پرسشنامه احساس غربت: ابزاری ۴۵ گویه ای و حاوی ۵ عامل دلتنگی برای خانواده، میل برگشت به زادگاه، سازگاری، احساس تنهایی و دلتنگی برای افراد و محیط آشنا است. نمره گذاری سوالات بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت می باشد. بدین ترتیب که آزمودنی با انتخاب هر یک از گزینه های هر گز، کمی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره کسب می کند. ضریب الفای کرونباخ برای هر یک از عوامل بالا به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۶۹ به دست آمده است که همگی نمایانگر همسانی درونی بالای آن است.

این پرسشنامه ۳ سوال تکمیلی نیز دارد که دو سوال نخست فراوانی تجربه احساس غربت را در موقعیت کنونی و در گذشته و سوال آخر شدت احساس غربت را می سنجد (Ejeyi, dehghani, Ganjavi, 2006., VanVliet, 2001).

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص برنامه ی مداخله توضیحاتی به گروه آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه ای داشته باشند، سپس پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و همچنین از افراد گروه کنترل نیز خواسته شد به پرسشنامه ها پاسخ دهند. درمان پذیرش و تعهد طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید.

در ساختار ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل اجرایی هیز، استروسال، بونتینگ، توهیگ و ویلسون (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2010) استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه‌ی درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مساله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به کارگیری استعاره‌های مربوطه
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه و مشاهده‌ی خویشتن به عنوان یک بشتر
هفتم	تأکید بر زمان حال
هشتم	آموزش تعهد، داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و جمع‌بندی

یافته‌ها

در این قسمت اطلاعات مربوط به فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه‌های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی بر روی دانشجویان عضو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه می‌گردد. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌های بالا را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	غم غربت	۱۵	۱۳۲/۸۶	۵/۴۸	۷۳/۸۶	۲/۱۳	۱۰۵/۸۸	۲/۱۳
گواه	غم غربت	۱۵	۱۴۱/۲۰	۶/۷۴	۱۳۹/۹۳	۴/۱۳	۱۳۸/۸۶	۴/۱۰
آزمایش	اضطراب	۱۵	۶۱/۸۶	۴/۱۸	۳۳/۸۰	۳/۹۸	۴۳/۳	۳۱/۶۰
گواه	اضطراب	۱۵	۶۳/۲۶	۴/۷۷	۶۶/۸۶	۳/۵۴	۶۶/۲۶	۳/۷۵
آزمایش	تنظیم هیجانی	۱۵	۶۲/۲۰	۸/۲۶	۸۲/۶۶	۶/۰۶	۸۴/۵۳	۶/۲۸
گواه	تنظیم هیجانی	۱۵	۶۴/۶۰	۷/۲۷	۶۱/۳۳	۷/۶۲	۵۷/۹۳	۰۴/۷

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره‌های غم غربت و اضطراب اعضای گروه آزمایش، در

مرحله پس از آزمون نسبت به پیش از آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است و میانگین نمرات تنظیم هیجانی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس از آزمون نسبت به پیش از آزمون، افزایش چشم‌گیری داشته است این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، مفروضه نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌های متغیرها و مفروضه تعامل پیش از آزمون و گروه مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	Z اسمیرنوف	سطح معناداری
غم غربت	۰/۷۸۲	۰/۵۷۴
اضطراب	۰/۸۳۶	۰/۵۰۳
تنظیم هیجانی	۰/۷۱۰	۰/۶۹۵

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه‌های متغیرهای مورد مطالعه دارای توزیع نرمال هستند (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار نمی‌باشد). بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره لوین	سطح معناداری
غم غربت	۰/۶۶۰	۰/۵۲۲
اضطراب	۰/۶۹۴	۰/۵۰۵
تنظیم هیجانی	۰/۹۲۶	۰/۴۰۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر قابل اجراست.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای غم غربت،

اضطراب، تنظیم هیجانی

اثر	شاخص آماری	مقدار	F	درجه آزادی	معناداری
زمان (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری)	اثر پیلای	۰/۹۹۳	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۷	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱۳۷/۶۵۲	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۳۷/۶۵۲	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
گروه (اکت، کنترل)	اثر پیلای	۱/۷۱۴	۳۷/۸۸۰	۱۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۷	۶۵/۶۴۰	۱۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳۶/۸۴۵	۱۱۰/۵۳۶	۱۲	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳۳/۹۶۸	۲۱۵/۱۳۰	۶	۰/۰۰۱
تعامل زمان×گروه	اثر پیلای	۱/۸۹۴	۴۷/۷۷۷	۲۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۱	۶۶/۲۹۲	۲۴	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۷۳/۱۵۵	۹۱/۴۴۳	۲۴	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۶۳/۰۵۸	۱۶۸/۱۵۵	۱۲	۰/۰۰۱

چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، عامل زمان معنادار است. به این معنی که تفاوت در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار است. همچنین، عامل گروه نیز معنادار است. به این معنی که تفاوت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در متغیرهای غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار است. در نهایت تعامل زمان با عضویت گروهی نیز معنادار است. به این معنی که متغیرهای غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی بر حسب عضویت گروهی (پذیرش و تعهد) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار است.

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم غم غربت، اضطراب و نیز بهبود تنظیم هیجانی دانشجویان انجام شد. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم

هیجانی دانشجویان می‌گردد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بینفت و پسمور (Binfet & Passmore, 2016)، کاو، ژو و منگ (Cao, Zhu, & Meng, 2016)، اسمیت، هانراهان، اندرسون و آبت (Smith, Hanrahan, Anderson & Abbott, 2015)، کالاکاس (Calaguas, 2014)، سوینس و گزیر (Sevins & Gizir, 2014)، توربر و والتون (Thurber & Walton, 2007)، توگنولی (Tognoli, 2003)، قنبری، حبیبی و شمس‌الدینی (Ghanbari, Habibi & Shamseddini, 2013) و تابع بردبار، رسول زاده طباطبائی، آزاد فلاح و سامانی (Tabe bordbar, Rasoolzade tabatabaei & Azade fallah, 2009) که به تأثیرات مثبت روان‌درمانی‌ها از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و بهبود هیجانات اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد.

در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به وسیله‌ی تکنیک‌های شناختی از قبیل، ارزشمند زیستن، تعهد و پابندی، ناامیدی‌سازنده، استفاده از تمثیل، ناهم‌آمیزی شناختی، استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی و روشن‌سازی ارزش‌ها و راهبردهای هیجانی از قبیل بودن در زمان حال، ارتقای پذیرش فعال، تمرین‌های رویارویی، مراقبه و تن‌آرامی، استفاده از تمثیل و تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌توان اضطراب و احساس غربت را کاهش و تنظیم هیجانی افزایش داد. درمانگر با استفاده از مفاهیم مربوط به پابندی/تعهد به فرد می‌آموزد پای‌بندی در بنیادی‌ترین سطح آن، اجرای رفتاری است که همسو با ارزش‌های فرد است، نه فقط قول دادن یا توافق کردن بر سر اجرای آن. پای‌بندی همچنین ممکن است تعیین‌فعالیت‌هایی برای دستیابی به هدف‌های فرد باشد. در پی این برنامه‌ریزی، فرد اغلب به استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی، به هنگام مواجهه با موانع شناختی و هیجانی، پای‌بند می‌شود. بعد از اینکه ارزش‌ها تصریح شدند زمان کمک به شرکت‌کنندگان برای جابجایی تمرکز روی پرداختن به رفتارهای جدید آموخته شده می‌باشد. شرکت‌کنندگان برای افزایش میلشان در سرتاسر درمان تعهداتی داده‌اند و حالا تعهد باید بر درگیری بر روی این فعالیت‌های ارزشمند متمرکز شود (Mc key & et al, 2014).

در ادامه، درمانگر با استفاده از تکنیک‌های ناامیدی‌سازنده با آشکار کردن آن طبقه از رفتارهایی که در خزانه‌ی رفتاری شرکت‌کنندگان است و همگی در جهت‌گریز یا اجتناب از احساسات اضطرابی عمل می‌کند، درمانگر به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا همه‌ی کارهای مختلفی که برای کاهش یا اجتناب از اضطراب انجام می‌دهند را کشف کنند و اثربخشی این راهبردها را ارزیابی کنند. آنچه درمانگر و مراجع به دنبال آن هستند روش‌هایی است که در درازمدت موثر می‌باشد (Twohig, Hayes & Masuda, 2006).

همچنین درمانگر در تمامی جلسات درمان، بسته به موضوع مطرح شده تمثیل های مرتبط با موضوع را برای شفاف سازی تکنیک ها و تکالیف ارائه شده استفاده می کرد.

همچنین برای کاهش افکار اضطرابی از تمرین فرونشانی فکر استفاده شد: این تمرین خاصه برای درمانجویانی مفید است که با نشخوار فکری یا شناخت واره های مزاحم دست و پنجه نرم می کنند. در تمرین مزبور از درمانجویان خواسته می شود چشمان خود را ببندند و با جدیت تمام سعی کنند به موضوع مشخصی فکر نکنند (برای مثال، به موز فکر نکن). درمانگر در حین تمرین با بیان مواردی از این دست، وارد کارزار می شود: به پوست زرد موز فکر نکن؛ به نحوه ای که داری موز رو پوست می کنی فکر نکن؛ مخصوصا به خوردن موز فکر نکن؛ و جز اینها. تمرین فرونشانی فکر به روشن شدن این مطلب کمک می کند که تلاش برای فکر نکردن به موضوعی خاص به ندرت با موفقیت همراه است. همچنین درمانگر با استفاده از تمرین های ذهن آگاهی سعی در کاهش احساسات اضطرابی شرکت کنندگان و کاهش نشخوار فکری که منجر به احساسات افسرده وار در شرکت کنندگان می شود داشت. دستورالعمل تمرین های ذهن آگاهی بدین شرح است که به درمانجو تنقلات داده می شود (کشمش، پاستیل، شکلات و...) و از او خواسته می شود قبل از خوردن، توجه متمرکز و کنجکاوانه ای را بر تمام ویژگیهایش (، شکل، اندازه، رنگ، جنس، بو و احساس ناشی از آن) معطوف کند. نحوه خوردن نیز باید آهسته و همراه با آگاهی تمام عیار از حس های ناشی از جویدن، چشیدن و بلعیدن باشد. تمریناتی از این دست را می توان به راحتی در قالب تکالیف خانگی نیز به اجرا درآورد. برای مثال مسواک زدن با آگاهی طی هفته آینده (Doosti, Gholami & Torabian, 2016).

به طور کلی در مورد استنتاج یافته ها، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم هیجانی دانشجویان می گردد. بنابراین نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش های گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت کاهش غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم هیجانی دانشجویان و متعاقبا بهبود عملکرد دانشجویان در دانشگاه حمایت می کند.

قدردانی

در پایان پژوهش بر خود لازم می دانیم از زحمات کارکنان دانشگاه فردوسی قدردانی کنیم. این پژوهش بر گرفته از پایان نامه دکتری اینجانب مهدی ولی زاده می باشد و هیچگونه حمایت مالی سازمانی نشده است و با هزینه شخصی بوده است.

References

- Abdi, S., Babapoor, K., Fathi, H. (2010). Relationship between models of cognitive emotional regulation and general health in students, *Journal of AJA mums*, 8(4), 258-264. (In Persian)
- Bardelle, C., & Lashley, C. (2015). Pining for home: Studying crew homesickness aboard a cruise liner. *Research in Hospitality Management*, 5(2), 207-214.
- Benn, L., Harvey, J. E., Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual Differences*, 38, 1813-1822.
- Bernier, A., Larose, S., & Whipple, N. (2005). Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attachment & Human Development*, 7(2), 171-85.
- Binfet, J. T., & Passmore, H. A. (2016). Hounds and Homesickness: The Effects of an Animal-assisted Therapeutic Intervention for First-Year University Students. *Anthrozoös*, 29(3), 441-454.
- Calaguas, G. M. (2014). Cypriot Journal of Educational Sciences. *Sciences*, 9(4), 270-279.
- Cao, C., Zhu, D. C., & Meng, Q. (2016). An exploratory study of inter-relationships of acculturative stressors among Chinese students from six European Union (EU) countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 55, 8-19.
- Doosti, P., Gholami, S., Torabian, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction of aggression in internet addicted student. *Journal of Health and Care*, 18(1), 63-72. (In Persian)
- Duenas, J. A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Difficulties with Emotion Regulation: An Open Trial. *Western Michigan University*, 2016.
- Ejei, J., Dehghani, M., Ganjavi, A., Khadapanahi, M. (2010). Validation of homesickness questionnaire in students. *Journal of Behavioral science*, 2(1), 1-12. (In Persian)
- Eurelings-Bontekoe, E., Brouwers, E., Verschuur, M., & Duijsens, I. (1998). DSM-III-R and ICD-10 personality disorder features among women experiencing two types of self-reported homesickness: An exploratory study. *British Journal of Psychology*, 89, 405-416.
- Firoozi, A. (2012). Relation between body image concern, attachment style and emotion regulation with symptoms of eating disorder in students of Jondishapoor University, *thesis for M.A degree, Chamran University, Ahvaz, Iran. (In Persian)*
- 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, 1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Ghanbari, N., Habibi, M., Shamseddini, S. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral stress management on improving of psychological, emotional and sociological well being in students with homesickness. *Journal of Clinical Psychology*, 1(17), 47-56. (In Persian)

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). New York, NY: Springer ScienceBusiness Media.
- Hojat, M., & Herman, M. (1985). Adjustment and psychosocial problems of Iranian and Filipino physicians in the U.S. *Journal of Clinical Psychology, 41*, 130-136.
- Hulbert-Williams, N.J., Storey, L. & Wilson, K.G. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care, 2015; 24(1):15-27*.
- Ly, K. H., Asplund, K., & Anderson, G. (2014). Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. *Internet Interventions, 1*, 95-101.
- Mc key. M., Fining. P., Liyof. A., Skin. M. (2015). *Get ride of interpersonal problems: Acceptance and commitment therapy*. Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Mokhtari. D. M. (2014). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving of thought-action intersection and improve of quality life in women with OCD, *Thesis for M.A degree, Ferdowsi university of Mashhad*, Mashhad, Iran. (In Persian)
- Panahi shahri. M. (1993). Elementary study of validity and reliability of inventory of STAI, *Thesis for M.A degree, Tarbiat Modarress University*, Tehran, Iran. (In Persian)
- Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage, 4:41-9*.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol, 76(6):1083-1089*.
- Sadook, B., & Sadook. J. (2009). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/ clinical psychiatry, (Poorafkari)*. Tenth edition, Tehran: Shahrab. (In Persian)
- Sevinc, S., & Gizil, C. A. (2014). Factors Negatively Affecting University Adjustment from the Views of First-Year University Students: The Case of Mersin University. *Educational Sciences: Theory & Practice, 14(14)*, 1301-1308.
- Smith, B., Hanrahan, S., Anderson, R. & Abbott, A., (2015). Predicting Homesickness in Residential Athletes, *Journal of Clinical Sport Psychology, 9*, 138 -155.
- Tabe bordbar. F., Rasoolzade tabatabaei. K., Azade fallah. P., Samani. S. (2009). The effectiveness of assertiveness training on homesickness in girl students. *Journal of Mazandaran University, 19(73)*, 28-33. (In Persian)
- Thurber, C. A. (2005). Multimodal homesickness prevention in boys spending 2 weeks at a residential summer camp. *Journal of consulting and clinical psychology, 73(3)*, 555.
- Thurber, C. A., & Walton, E. (2007). Preventing and treating homesickness. *Pediatrics, 119(1)*, 192-201.
- Thurber, C. A., & Walton, E. A. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American College Health, 60(5)*, 415-419.
- Tognoli, J. (2003). Leaving home: Homesickness, place attachment, and transition among residential college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 18(1)*, 35-48.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther, 37(1)*: 3-13.

- Van Tilburg, M., & Vingerhoets, A. (Eds.). (2005). Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress. *Amsterdam University Press*.
- Van Tilburg, M., Vingerhoets, Ad., & van Heck, G. L. Homesickness: A Review of the *Literature Psychological Medicine*, 1996; 26: 899-912.
- VanVliet, T. (2001). Homesickness: Antecedents, consequences, and mediating processes. Wageningen, *The Netherlands: Ponsens & Looijen*.



علوی، طاهره سادات؛ مقدم‌زاده، علی؛ مظاهری، محمد علی؛ حجازی موغاری، الهه؛ صالحی، کیوان؛ افروز، غلامعلی (۱۳۹۷). بازنمایی مولفه‌های احتمال آسیب طلاق: مطالعه‌ای به روش پدیدار شناسی.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.72569

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۸۳-۶۱.

بازنمایی مولفه‌های احتمال آسیب طلاق: مطالعه‌ای به روش پدیدار شناسی

طاهره سادات علوی^۱، علی مقدم‌زاده^۲، محمد علی مظاهری^۳، الهه حجازی موغاری^۴، کیوان صالحی^۵، غلامعلی افروز^۶

تاریخ دریافت: ۹۷/۳/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۲۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی مولفه‌های احتمال آسیب طلاق انجام شده است.

روش: روش پژوهش حاضر کیفی است که با توجه به هدف دستیابی به تجارب زیسته افراد در شرف ازدواج و متقاضی طلاق از طرح پدیدارشناسی استفاده شده است. میدان پژوهش برای ساخت پرسشنامه حاضر عبارت بود از تمامی زوج‌های در شرف ازدواج مراجعه کننده به مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد، تمامی متقاضیان طلاق مراجعه کننده به مرکز مداخله‌ی بهزیستی شهرستان مشهد^۷ و متخصصین در زمینه‌ی خانواده و طلاق. شرکت کنندگان شامل ۱۵ زوج در شرف ازدواج، ۲۰ زوج متقاضی طلاق و ۱۵ متخصص در زمینه خانواده و طلاق بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع ملاکی انتخاب شدند. فن مصاحبه، عمیق و نیمه ساختار یافته بود.

یافته‌ها: مصاحبه‌ها در طول یک دوره‌ی ۶ ماهه جمع‌آوری، ثبت، کدگذاری شد و تحلیل داده‌ها به شناسایی ۶۵ زیرمولفه و ۸ مولفه‌ی اصلی با مولفه‌های فردی، مولفه‌های روابط زوجی، مولفه‌های خانوادگی، مولفه‌های فرهنگی، مولفه‌های اجتماعی، مولفه‌های اقتصادی، مولفه‌های اعتقادی منتج گردید.

واژه‌های کلیدی: احتمال آسیب طلاق، در شرف ازدواج، متقاضی طلاق

۱. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه تهران (نویسنده مسئول): t.alavi@ut.ac.ir

۲. استادیار گروه روش‌ها و برنامه‌های آموزشی دانشگاه تهران: Amoghadamzadeh@ut.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، دانشگاه شهید بهشتی تهران

۴. دانشیار گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران

۵. استادیار گروه روش‌ها و برنامه‌های آموزشی دانشگاه تهران

۶. استاد گروه کودکان استثنایی دانشگاه تهران

۷. طبق پروتکل دادگستری یکی از مدارک جهت اجرای طلاق ارائه‌شده تاییدیه توسط مراکز مداخله بهزیستی است

مقدمه

ازدواج یک سنت الهی است که تمامی ادیان آن را توصیه کرده‌اند و از گذشته تا به امروز وجود داشته و دارد ولی آنچه از خود ازدواج مهمتر است سلامت ازدواج و موفقیت و پایداری آن است. کیفیت ازدواج در گرو رضایت از ازدواج می‌باشد و این رضایت سرمنشأ رضایت از زندگی است (Ulker, 2008). سلامت خانواده و به تبع آن سلامت تک تک اعضای خانواده بر پایه‌ی چگونگی رابطه‌ی زناشویی می‌باشد و این مهم زمانی امکان پذیر است که هر دو زوج رضایت کافی از ازدواج داشته باشند (Long & Young, 2007, Greeff, & Malherbe, 2001, quoted by Khodadie Sangdeh, Nazari, & Ahmadi, 2015). از طرفی ازدواج یک نیاز فطری انسانی بوده و از سوی دیگر به عنوان یک ضرورت اجتماعی و بستر آرامش انسان بوده و باعث رشد و شکوفایی وی می‌گردد. هر جوان فهیم و رشد یافته‌ای که قابلیت زوجیت را می‌یابد بایسته آن است که در اولین فرصت زوج همدل و همراه خود را برگزیند و ادامه راه زندگی را با همسری همدل و همدلی آرامشگر بیماید (Afrouz, 2009).

(Locke, & Wallace 1959, Sabatelli 1988) به این واقعیت اشاره کردند که یک رابطه‌ی زناشویی خوب و هماهنگ زمانی رخ می‌دهد که شرکای زندگی در مورد مسائل مهم توافق داشته باشند، در زمانی که تعارض رخ می‌دهد، با یکدیگر به حل مساله بپردازند، ارتباط موثر داشته باشند، از بودن با هم لذت ببرند و در منافع مشترک با یکدیگر مشارکت کنند (Boden, Fischer, & Niehuis, 2009).

(Lauer, Lauer, & Kerr, 1990) در تحقیقات خود به چهار اصل در پایداری زندگی رسیدند و ویژگی‌های زوجین موفق را اینگونه برشمردند: با کسی ازدواج کردند که دوستش داشتند، به فرد مقابل و ازدواجشان تعهد داشتند، شوخ طبع بودند، با یکدیگر اتفاق نظر داشتند. (Rosen-Grandon, Myers, Hattie, 2004).

شناسایی عوامل موثر بر شکل‌گیری رابطه‌ی زناشویی موفق می‌تواند به پژوهشگران در مورد سلامت ازدواج و عوامل موثر بر شکل‌گیری پدیدایی سلامت و آسیب در روابط بین زوج‌ها بینش و اطلاعات جامع و دقیقی دهد، اما فقدان و کمبود پژوهش در زمینه‌ی ازدواج‌های موفق تبیین این واقعیت را در حال حاضر دشوار ساخته است. (Olson, Olson, & Larson, 2006 quoted by Darini, & Navabi Nejad, 2012).

(Kotrla, Dyer, & Stelzer, 2010) نیز بیان می‌کنند تفاوت معناداری بین ثبات زناشویی^۱ و کیفیت زناشویی^۲ در ادبیات مرتبط با ازدواج وجود دارد. ثبات رابطه به معنی رخ ندادن طلاق و گسست رابطه بوده در حالی که کیفیت زناشویی به معنای سلامت و خرسندی رابطه است و ثبات رابطه هیچ نقشی در کیفیت

1. Marital stability

2. Marital quality

روابط زناشویی ندارد. با وجود اهمیت کیفیت زناشویی مشاهده می‌گردد بیشتر مطالعات حول محور ثبات زوجی می‌گردد و نیاز مبرمی به مطالعات بیشتر و جدی‌تری در زمینه‌ی شناسایی نقش موقر بر کیفیت زناشویی می‌باشد (Kodadadi sangdeh, Nazari, & Ahmadi, 2015).

در ابتدای شکل‌گیری یک رابطه، پذیرش طرف مقابل و در نظر نگرفتن تفاوت‌های دیگری بخصوص در رابطه‌ی بین زوجین بطور وسیعی اتفاق می‌افتد و هر یک از آنها این تفاوت‌ها را به عنوان عامل جذابیت طرف مقابل و دلیل نزدیکی آن دو با هم ذکر می‌کنند اما پس از گذشت زمان، مسائل محیطی و اتفاقات فی مابین باعث می‌گردد، از تحمل و سازش بسیاری از زوجین کاسته شده و هر یک از آنان درصدد تغییر یکدیگر باشند (Christensen, & Jacobson, 2000). (Waring & al, 1981) به این نتیجه دست یافتند که ناسامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی با شیوع اختلالات عاطفی هیجانی به طور معناداری رابطه دارد. همچنان که ازدواج‌های رضایت‌بخش باعث سلامت و شادمانی همسران شده و از رویدادهای منفی زندگی جلوگیری کرده و در کاهش مشکلات روان‌شناختی تاثیرگذار است (Kazemi, 2003).

(Olson at al. 2006, & Gonzales, 2009 quoted by Darini, & Navabi Nejad, 2012) نقش عامل زوجی را در فروپاشی خانواده اصلی بسیار مهم دانسته بطوریکه از نظر ایشان عدم رضایتمندی زناشویی و حمایت‌های زوجین از یکدیگر می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی مهمی جهت شکست در زندگی زناشویی و ازهم پاشیدن خانواده می‌باشد. پژوهش‌های (Gottman & Levenson, 2003) فروانی بالای طلاق را در دو دوره از زندگی نشان می‌دهند که اولین دوره‌ی حساس برای فروپاشی ازدواج در چرخه زندگی خانوادگی هفت سال اول زندگی و دومین دوره زمانی است که خانواده دارای نوجوان می‌باشد. در همین راستا پژوهش‌های (Long & Young, 2007) نشان می‌دهد که یک سوم ازدواج‌های جدید در امریکا در پنج سال اول زندگی منجر به طلاق و جدایی می‌شود.

(Gottman, & Notarius, 2002, Mott, Kowalaeski, & Menaghan, 2002, Ingram, 2010) تاکید می‌کنند که عوامل موثر بر ازدواج موفق و رضایتمندی زناشویی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و می‌بایست با در نظر گرفتن فرهنگ جامعه به مطالعات بیشتری پرداخته شود. در عین حال بیشتر مطالعات انجام شده بطور پراکنده بر مسائلی تمرکز داشته است که زمینه شکل‌گیری ناخرسندی، تعارض، آسیب و فروپاشی زندگی زناشویی را در بر گرفته و نیاز به مطالعات و پژوهش‌های بیشتری در این زمینه مشهود است (Khodadie Sangdeh, Nazari & Ahmadi, 2015).

(Hakim and Zahedifar, 2000) عدم توجه به نیازهای جنسی همسر، هم‌کفو نبودن، ضعف اعتقادات مذهبی، عدم شناخت متقابل، سوءخلق، دنیاگرایی، کراهت زوجین از یکدیگر و تهمت زدن را به عنوان عوامل طلاق از دیدگاه اسلام نام می‌برند.

(Glasser, 2000, quoted by Esmaeili & Dehdast, 2015) تعارض زناشویی را ناشی از ناهماهنگی زوجین در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحمور بودن، اختلاف در خواسته‌ها و رفتار غیرمسئولانه نسبت به روابط زناشویی تعریف می‌کنند که جنبه صمیمیت عشق را مورد هدف قرار می‌دهد. علاوه بر ملاک‌های انتخاب، عواملی وجود دارند که ازدواج را به سوی عدم موفقیت سوق می‌دهند. برخی مواقع همسران به درستی با هم جور نشده‌اند. مواقعی دیگر همسران سبک و شیوه‌های رفتاری خود را تغییر می‌دهند یا بعضی مواقع یکی از زوجین دچار مشکلات روان‌شناختی می‌شود، وجود استرس‌های زناشویی، فقدان آگاهی برای بهبود روابط زناشویی و عدم وجود تعهد و اعتماد و مهارت حل مساله و دیگر مهارت‌های زندگی از جمله عواملی است که در عدم موفقیت ازدواج دخالت دارند.

با بررسی تحقیقات انجام شده مشاهده می‌گردد اکثر تحقیقات در خصوص کاهش آمار ازدواج، افزایش سن ازدواج، نگرش به ازدواج، رغبت سنج ازدواج و یا بررسی تعداد محدودی از عوامل رضایتمندی یا نارضایتی زناشویی می‌باشد که این پژوهش‌ها تأثیر چندانی در پیش‌بینی و افزایش استحکام خانواده و کاهش طلاق قبل از اقدام به ازدواج ندارد. اما پیدا نمودن مولفه‌هایی که بتواند افراد دارای ریسک طلاق را بر اساس عوامل زمینه‌ای و محیطی موثر بر طلاق تشخیص دهد، می‌تواند به افراد در شناسایی زوج مناسب خود جهت ساختن یک زندگی منسجم و پایدار کمک شایانی نموده و همچنین به متخصصین و مشاوران در راستای برنامه‌ریزی آموزشی و درمانی در مشاوره‌های قبل و حین ازدواج کمک نماید.

روش

رویکرد پژوهش حاضر کیفی با استفاده از روش پدیدارشناسی بوده که فنون آن مصاحبه و مستندکاوی است و به تبیین پدیده احتمال آسیب طلاق متقاضیان ازدواج جهت غنی‌سازی روابط آتی آنها و شناسایی ملاک‌ها و نشانگرهای مناسب برای تشخیص احتمال آسیب طلاق متقاضیان ازدواج می‌پردازد. در پژوهش حاضر که با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختارمند با افراد در شرف ازدواج، متقاضی طلاق و همچنین متخصصان و مشاوران خانواده و طلاق انجام شد، تلاش گردید تا مولفه‌های احتمال آسیب طلاق، شناسایی و بازنمایی گردد.

میدان پژوهش شامل تمامی زوجین در شرف ازدواج مراجعه کننده جهت انجام آزمایشات ازدواج به مراکز بهداشت شماره سه مشهد، متقاضیان طلاق مراجعه کننده به مرکز مداخله بهزیستی این شهرستان و متخصصین امر ازدواج و خانواده است. جمع آوری داده‌ها با مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته تا حصول اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت. تا اینکه نمونه‌ای با روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع ملاکی و در دسترس شامل پانزده زوج در شرف ازدواج و بیست زوج متقاضی طلاق یا مطلقه و پانزده نفر از متخصصین امر ازدواج و خانواده بدست آمد. ملاکهای ورود به مطالعه در متقاضیان ازدواج عبارت بود از: (۱) سن بالای ۱۸ سال و کمتر از ۴۰ سال، (۲) تحصیلات سوم راهنمایی به بالا (۳) ازدواج اول (۴) داشتن تمایل به مشارکت در پژوهش و در افراد متقاضی طلاق علاوه بر موارد فوق، مدت زندگی زناشویی حداکثر ۱۰ سال و متخصصین امر ازدواج و خانواده با حداقل مدرک کارشناسی ارشد مشاوره خانواده و روانشناسی، متاهل و دارای بودن حداقل ۵ سال تجربه در زمینه مشاوره خانواده.

مصاحبه‌ها با چند سوال کلی شروع شده و در طول آن در مواقع لزوم توضیحات بیشتر پرسیده می‌شد و معمولاً بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامید. قبل از انجام مصاحبه توضیحاتی در مورد پژوهش داده می‌شد و رضایت کامل افراد شرکت کننده و با تعهد در اصول رازداری و اخلاقی مصاحبه صورت می‌پذیرفت. مصاحبه با زوجین به صورت مجزا در اتاق مشاوره صورت می‌گرفت. مصاحبه‌ها در طول یک دوره ۶ ماهه جمع آوری، ثبت و با استفاده از روش کلازیری کدگذاری و تحلیل شد. بدین منظور متن مصاحبه‌ها بر روی کاغذ پیاده شده، سپس به دقت خوانده و عبارات مهم آن مشخص و معنای هر عبارت مهم به صورت کد اولیه نوشته شد، سپس کدهایی که به لحاظ مفهومی شبیه یکدیگر بودند، در یک طبقه و در قالب مولفه‌ی فرعی قرار گرفتند و با ادغام دسته‌های کلی تر و بر اساس توصیف کاملی از پدیده‌ی مورد مطالعه مولفه‌ی اصلی استخراج شد (Givian, 2016).

در ادامه و به منظور اعتباریابی مولفه‌های فرعی و اصلی، در حین مصاحبه برداشت مصاحبه‌گر مورد تایید مشارکت کنندگان قرار می‌گرفت تا بیانگر عمق معنای بیان شده توسط مشارکت کنندگان باشد. همچنین علاوه بر کدگذاری توسط پژوهشگر متن مصاحبه‌ها برای بررسی دقیق تر و کدگذاری مجدد به یک متخصص پژوهش کیفی ارائه شد و در نهایت ۶۵ زیر مولفه و ۸ مولفه‌ی اصلی با عنوان مولفه‌های فردی، مولفه‌های روابط زوجی، مولفه‌های پیشینه‌ی خانوادگی، مولفه‌های جنسی، مولفه‌های فرهنگی،

مولفه‌های اجتماعی، مولفه‌های اقتصادی، مولفه‌های اعتقادی منتج گردید. توافق کدگذاری بین کدگذاران با استفاده از ضریب کاپا برابر ۰,۸۸ بدست آمد که بطور معناداری ضریب همبستگی توافق را نشان می‌دهد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی متقاضیان طلاق و افراد در شرف ازدواج

متقاضی طلاق	سن		تحصیلات		مدت زندگی زناشویی به سال	در شرف ازدواج	سن		تحصیلات	
	زن	مرد	زن	مرد			زن	مرد	زن	مرد
۱	۳۳	۳۲	کارشناسی	دیپلم	۱۰	۱	۳۱	۲۹	کارشناسی	کارشناسی
۲	۲۵	۲۰	دیپلم	دیپلم	۵	۲	۲۳	۲۲	دیپلم	دیپلم
۳	۳۶	۳۲	دیپلم	دیپلم	۱۰	۳	۲۸	۲۵	دیپلم	کارشناسی
۴	۲۸	۲۱	سیکل	سیکل	۸	۴	۲۵	۲۴	دیپلم	دیپلم
۵	۲۶	۲۴	کاردانی	کاردانی	۲	۵	۲۷	۱۹	دیپلم	دیپلم
۶	۳۰	۲۶	سیکل	دیپلم	۷	۶	۴۰	۲۵	دکتری	کارشناسی
۷	۴۰	۳۰	کارشناسی	دیپلم	۱۰	۷	۳۹	۲۵	دیپلم	دیپلم
۸	۳۱	۲۲	دیپلم	کارشناسی	۱	۸	۴۰	۲۵	دیپلم	دیپلم
۹	۲۷	۲۹	کارشناسی	کارشناسی	۵	۹	۲۳	۱۹	دیپلم	دیپلم
۱۰	۳۸	۳۴	کارشناسی	سیکل	۱۰	۱۰	۲۴	۱۹	کارشناسی	دیپلم
۱۱	۳۰	۲۶	کارشناسی	دیپلم	۹	۱۱	۲۷	۲۰	کارشناسی	دیپلم
۱۲	۳۱	۲۹	سیکل	سیکل	۹	۱۲	۲۷	۱۹	کارشناسی ارشد	دیپلم
۱۳	۲۶	۲۷	سیکل	دیپلم	۶	۱۳	۲۳	۲۰	کارشناسی	دیپلم
۱۴	۳۳	۲۸	کارشناسی	دیپلم	۷	۱۴	۲۳	۲۳	کارشناسی	کارشناسی
۱۵	۲۷	۳۳	دیپلم	دیپلم	۸	۱۵	۲۸	۲۰	کاردانی	دیپلم
۱۶	۲۸	۲۰	فوق دیپلم	دیپلم	۳					
۱۷	۲۷	۲۲	دیپلم	دیپلم	۵					
۱۸	۳۷	۲۹	دیپلم	دیپلم	۲					
۱۹	۲۷	۲۶	کارشناسی	کارشناسی	۳					
۲۰	۳۳	۲۸	کارشناسی	کارشناسی	۷					

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی متخصصین

کد	سن	رشته تحصیلی	سابقه کاری	کد	سن	رشته تحصیلی	سابقه کاری
۱	۶۰	روانشناسی بالینی	۳۰	۹	۳۷	روانشناسی بالینی	۵
۲	۴۰	روانشناسی بالینی	۸	۱۰	۵۱	مشاوره خانواده	۲۵
۳	۶۰	روانشناسی بالینی	۳۰	۱۱	۴۷	روانشناسی بالینی	۱۰
۴	۳۸	روانشناسی بالینی	۵	۱۲	۳۷	روانشناسی بالینی	۱۰
۵	۳۷	روانشناسی بالینی	۵	۱۳	۵۳	روانشناسی بالینی	۱۰
۶	۷۳	مشاوره خانواده	۴۰	۱۴	۳۷	روانشناسی سلامت	۱۴
۷	۳۴	روانشناسی عمومی	۵	۱۵	۴۹	روانشناسی بالینی	۱۵
۸	۵۰	مشاوره خانواده	۲۰				

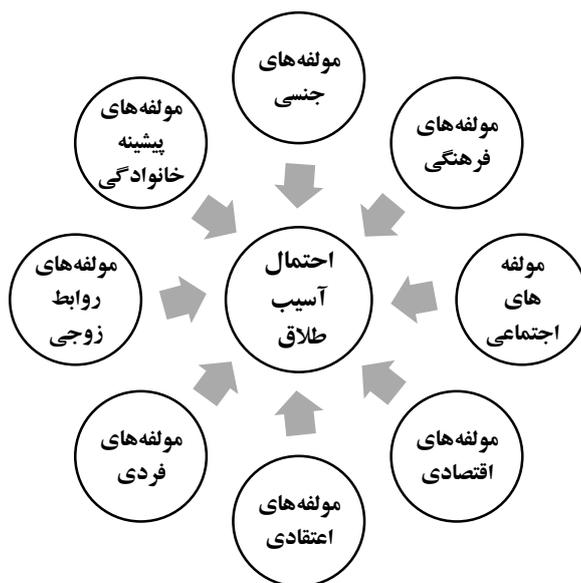
یافته‌ها

بعد از انجام مصاحبه‌ها و تحلیل مبتنی بر هفت گام راهبردی کلایزی، در نهایت ۶۵ زیر مولفه و ۱۰ مولفه اصلی با عناوین مولفه‌ی فردی، مولفه‌ی روابط بین فردی، مولفه‌ی جنسی، مولفه‌ی خانوادگی، مولفه‌ی فرهنگی، مولفه‌ی اجتماعی، مولفه‌ی اقتصادی، مولفه‌ی اعتقادی شناسایی و طبقه‌بندی گردید که در ادامه ابتدا در قالب جدول، نمودار و سپس در قالب نوشتار هر یک با اختصار ذکر می‌گردد.

جدول ۳. ترکیب مولفه‌های فرعی و یافتن مولفه‌ی اصلی

مولفه‌های فرعی	مولفه‌های روابط زوجی	مولفه‌های اصلی		
		اجتماعی	فرهنگی	جنسی
ویژگیهای خلقی	مولفه‌های روابط زوجی	اجتماعی	فرهنگی	جنسی
مثبت و منفی				
گذشت				
تاب آوری				
صداقت				
انعطاف پذیری				
بلوغ فکری				
مدیریت مالی				
سن کم				
تصمیم‌گیری				
خودآگاهی	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
شناخت طرف مقابل				
درک متقابل	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
آسایش و آرامش				
محبت				
همدم و همدل	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
مشورت با همسر				
اعتماد به یکدیگر				
عشق	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
برنامه‌ریزی مشترک				
مهارت‌های ارتباطی				
وفاداری	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
احساسات و عواطف				
باهم بودن در اوقات فراغت				
نیاز جنسی	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
مزاجها				
مسائل فرازناشویی				
صمیمیت جنسی	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
رسومات				
تکامل یافتن				
تناسب فرهنگی	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
مقایسه کردن				
رابطه با فرد مقابل				
فرزند آوری	اجتماعی	فرهنگی	جنسی	
پایگاه اجتماعی				
اطرافیان				

فضای مجازی		صمیمیت	مولفه‌های پیشینه خانوادگی	حل مساله	تنهایی
چشم و هم‌چشمی		حمایت و پشتیبانی		هوش هیجانی	
عادی شدن طلاق		دخالت اطرافیان		باورهای فردی	
اعتیاد		اصالت خانوادگی		سبک زندگی	
فقر	مسئولیت‌پذیری				
شغل	مولفه‌های اقتصادی	مرزها		تعهد	
وضعیت اقتصادی		روابط خانوادگی		تمایز یافتگی	
توانمندی اقتصادی				ظاهر فرد	
هزینه‌ها		اجبار خانواده		مسائل روانشناختی	
خداپرستی	مولفه‌های اعتقادی	نقش‌ها			
حجب و حیا					
پابند بودن به ارزشهای مذهبی					



نمودار ۱. طرحواره مفهومی پژوهش

همان طور که در جدول و نمودار فوق مشاهده می‌گردد، از ۶۵ زیرمولفه، ۸ مولفه‌ی اصلی با عناوین مولفه‌ی فردی، مولفه‌ی روابط بین فردی، مولفه‌ی جنسی، مولفه‌ی خانوادگی، مولفه‌ی فرهنگی، مولفه‌ی اجتماعی، مولفه‌ی اقتصادی، مولفه‌ی اعتقادی از مصاحبه‌ها استخراج شده است. در ادامه به شرح مختصر هر کدام از مولفه‌ها پرداخته می‌شود و نمونه‌هایی از عبارات مصاحبه‌شونده‌ها در مورد هر کدام ذکر می‌گردد.

مولفه‌ی فردی

مصاحبه‌شوندگان مهمترین علل طلاق که می‌بایست قبل از ازدواج بررسی گردد را ویژگی‌های فردی و شخصیتی زوجین ابراز می‌کردند، که برخی از این ویژگی‌ها باعث دوام و غنی شدن ازدواج و برخی باعث از هم‌پاشیدگی زندگی خواهد شد. ویژگی‌های فردی که باعث جذب زوجین به یکدیگر و انسجام زندگی می‌شود عبارتند از: مهربان و خوش صحبت بودن شخص، داشتن مهارت حل مساله، مهارت تصمیم‌گیری، مهارت نه‌گفتن و خودآگاهی همچنین داشتن مهارت شناخت دیگران، استقلال و تمایز از خانواده‌ی اولیه، داشتن ویژگی‌هایی از قبیل متانت، صداقت، تعهد و مسئولیت‌پذیری، همچنین داشتن تفکر مثبت و نداشتن منیت و تمایل به ما شدن، آمادگی جسمانی، ظاهر مناسب و زیبایی متعارف، دارا بودن هوش هیجانی و رشد و کامل شدن یا بلوغ فکری از دیگر ویژگی‌های موثر است. منعطف بودن، قناعت داشتن، فداکاری، گذشت، اجتماعی بودن، پذیرفتن مشکلات زندگی، هدفمندی، صبور بودن و تاب‌آوری نیز ویژگی‌های فردی موثری در انسجام زندگی است.

ویژگی‌های فردی که باعث طرد زوجین از یکدیگر و عدم انسجام زندگی می‌شود: ازدواج به خاطر فرار از تنهایی، هوی و هوس، تصمیم احساسی، عشق نابخردانه و سن پایین، عدم پختگی، انتخاب نادرست و ایده‌آل‌گرایی از دلایل طلاق می‌باشد. ویژگی‌های فردی از جمله زود عصبانی شدن، اختلال شخصیت، عدم آگاهی نسبت به نیازهای خود و دیگری، بد اخلاقی، تحقیر و تهدید کردن و عیبجویی، بدبینی، عدم اعتماد نیز از ویژگی‌های مهم طرد زوجین است. بحث و جدل کردن، مغرور بودن، عدم تناسب تیپ شخصیتی زوجین، داشتن دل‌بستگی نایمن، دروغ، لجبازی، انتظار غیرمنطقی، افکار نا کارآمد، دهن بینی، خبرچینی، سرزنش کردن، سلطه‌پذیری یا سلطه‌گری، عدم ثبات هیجانی، رفیق‌باز بودن، طردشدگی، خسیس بودن، گذشته‌نگر بودن، تجربه‌ی کم، پایین بودن عزت نفس، ذهن‌خوانی و قضاوت عجولانه کردن را نیز می‌توان در نظر گرفت.

به عنوان مثال زوج‌های اول از گروه در شرف ازدواج می‌گویند:

"برای داشتن یک ازدواج موفق و داشتن آرامش و آسایش هر دو نفر باید تلاش کنند. دلیل اصلی من برای انتخاب مستقل بودن وی بود، همچنین پذیرفتن مسؤلیت، رسیدن به بلوغ فکری و پذیرفتن مشکلات زندگی از دیگر ویژگی‌های اوست که من را جذب نموده است". وی در ادامه بیان می‌کند: "از عوامل مهم طلاق، رفیق باز بودن، صبور نبودن، مسؤلیت پذیر نبودن و کم تجربه بودن افراد است."

همچنین زوجه‌ی اول گروه متقاضی طلاق می‌گوید:

"اساس یک ازدواج موفق، داشتن خانواده‌ای است، که همه در آن خوشحال باشند. رشد فکری، مدیریت مشکلات و اعتماد به یکدیگر از عوامل مهم زندگی با ثبات است. اما من آمادگی برای ازدواج نداشتم، دانشجو بودم و از نظر مالی حمایت نمی‌شدم، مادرم سال قبل فوت کرده بود، افسرگی داشتم، شغل نداشتم، محل اسکان مشخصی نداشتم چون پدر و برادرم زورگویی می‌کردند، دوست شدیم، می‌خواستیم از خانواده راحت بشم، برای فرار از آنها و فشار همسرم برای ازدواج اقدام کردم ولی به نظر من زود بود."

مولفه‌ی روابط بین زوجی (تعاملی)

روابط بین فردی زوجین به عنوان یک عنصر کلیدی در رضایتمندی زوجین است و از طرفی رضایت زناشویی نیز تعامل مثبت را در پیش دارد، با تحقیقات صورت گرفته بر روی نمونه‌های بسیاری، همبستگی بین رضایت از رابطه و مثبت بودن یا منفی بودن آن و اثربخشی روابط در رضایتمندی توسط همسران، مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد، سطح بالاتری از رضایت زناشویی با ارتباط بهتر رابطه‌ی معنی دار دارد (Lavner, Karney, & Bradbury, 2016).

مصاحبه شوندگان دومین علل طلاق را روابط بین زوجین ابراز می‌کردند. ویژگی‌های بین فردی که باعث طرد زوجین از یکدیگر و عدم انسجام زندگی می‌شود از نظر آنان عبارت‌است از: بحث و جدل و متهم کردن یکدیگر، سرزنش و تحقیر کردن یکدیگر و علاقه به تغییر دیگری و نداشتن ویژگی‌هایی از جمله: درک یکدیگر و تعلق خاطر، علائق مشترک، شناخت نسبت به یکدیگر، توافق در فرزند آوری، تلاش برای ساختن زندگی بدون دغدغه و آرامش، آشنایی قبل از ازدواج، ابراز محبت، پیوند جویی، همدلی و در کنار هم بودن، مشورت کردن، رازداری، وفاداری، صداقت، دوست داشتن و حمایت یکدیگر، ابراز احساس و هیجان، علاقه و احترام متقابل، محبت، برنامه ریزی مشترک، مدیریت صحیح خانواده، تفاهم، صمیمیت، ایفای نقشها، تفریحات سالم مشترک، حمایت‌گری، وقت گذاشتن و توجه به همسر از مواردی است که می‌تواند باعث عدم انسجام زندگی شده و احتمال طلاق را تشدید می‌کند.

زوج نهم از گروه متقاضی طلاق می‌گوید:

"یک ازدواج موفق در داشتن آگاهی بالای هر دو طرف، خوش رفتار بودن با همسر، تحقیقات قبل از ازدواج و شناخت همسر است. علت طلاق ما عدم اعتماد به همسر، نداشتن آگاهی نسبت به نیازهای همدیگر و عدم

برآورده کردن نیازهای طرف مقابل، همچنین نداشتن درک همدیگر و خودخواهی و زیاده‌خواهی همسر و تحقیر کردن من از دیگر دلایل طلاق ماست."

متخصص سوم نیز مولفه‌های بین فردی را اینگونه توضیح می‌دهد:

"هدف ازدواج، مجموعه‌ای از نیازهاست که ازدواج کمک می‌کند، این نیازها راحت تر برآورده شود، مانند مورد توجه قرار گرفتن، با کسی بودن، ارتقا و رشد فکری، ارضا نیازهای جنسی، روانی و اجتماعی. در یک ازدواج موفق زوجین باید مناسب یکدیگر باشند، تفاوت انتظارات، تفاوت در تعریف درست و نادرست منجر به شکست می‌شود، مثلث عشق که تعهد، صمیمیت و شور است در خانواده شکل می‌گیرد، اگر تعهد باشد صمیمیت هم هست، تعهد یعنی همدلی، نگران سلامتی طرف مقابل بودن، گذشت، فداکاری و اینکه فرد می‌تواند بجز خودش به دیگری هم فکر کند."

مولفه‌ی پیشینه‌ی خانوادگی

برقراری روابط موثر بین اعضای خانواده اصلی بخصوص رابطه‌ی بین والدین و فرزندان پیش‌نیاز مهمی، برای سلامت روان و ایجاد رابطه موفق آنها با همسرشان در آینده می‌باشد (Framoo, 1992). (Amato, & Keith, 2011 quoted by Cheraghi, 2014) به استناد نتایج بررسی‌های انجام شده، خانواده اصلی زن و شوهر و کیفیت ارتباط بین و خانواده‌هایشان در در بین همسران ایرانی و استحکام و سازگاری زندگی زناشویی آنان نقش مهمی را ایفا می‌کند بطوری که نقش ارتباط همسران با خانواده یکدیگر آنقدر مهم است که در پژوهش‌های انجام شده در زمینه شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده طلاق در ایران، عامل مذکور جزو پنج عامل اول و مهم پیش‌بینی‌کننده‌ی طلاق معرفی شده است (Cheraghi, 2014).

مصاحبه شوندگان سومین علل طلاق را پیشینه‌ی خانوادگی ابراز می‌کردند و ویژگی‌های پیشینه‌ی خانوادگی که باعث طرد زوجین از یکدیگر و عدم انسجام زندگی می‌شود را اینگونه برمی‌شمردند: فرار از خانواده، دخالت و اجبار خانواده، مشکلات خانواده اولیه، خانواده ناسالم منجمله حسادت اعضای آن و عدم مشورت با یکدیگر، محدودیت خانواده در دوران مجردی، خانواده بی‌بندوبار، جدایی والدین و تربیت نادرست فرزندان و عدم وجود ویژگی‌هایی از قبیل: تربیت صحیح فرزند، انسجام خانوادگی، احترام و مشورت خانواده‌ها، اصالت و سلامت خانوادگی، گستره‌ی خانواده و رفت‌وآمد خانوادگی، قانونمندی خانواده، دوستی و همبستگی اعضای خانواده، در نظر گرفتن نقشها، رابطه‌ی سالم خانوادگی را از عوامل موثر در طرد زوجین و عدم انسجام زندگی می‌توان ذکر کرد.

زوجه‌ی شماره شش از گروه متقاضی طلاق می‌گوید:

"علت طلاق من دخالت خانواده‌ها و ناهمسازی خانواده‌هایمان بود، ما با هم دوست بودیم، خانواده‌هایمان مخالف بودند، دخالت خانواده‌ها باعث دل‌سردی ما شد، فاصله طبقاتی زیادی داشتیم، ما خانواده پرجمعیت هستیم رفت‌وآمدمان زیاد است، خانواده همسر دخالت می‌کردند، همسر اجتماعی نبود اما من دوست داشتم با خانواده رفت‌وآمد داشته باشم. از وقتی فرزندانمان به دنیا آمد، مشکلات بیشتر شد. رسیدگی به فرزندان را یاد نداشت به همین دلیل همسر هر روز به خانه پدر و مادرش می‌رفت و در نتیجه دخالت خانواده همسر زیادتر شد."

متخصص شماره شش نیز در مورد اهمیت مولفه‌ی پیشینه‌ی خانوادگی در احتمال آسیب طلاق می‌گوید:

"والدین از تربیت دست کشیدند، برخی از والدین فقط کنترل‌گرند، فرزندان نقشهای والدین را از آنها می‌گیرند، از هم گسیختگی فرهنگی بین خانواده اولیه و فرزندان، درک نکردن شرایط موجود توسط خانواده اولیه از عوامل اثرگذار است. زمان زمان سرعت است ازدواجها نیز سریع است و شکاف بین والدین و نوجوانان پر نشده و این شکافها مشکلات زیادی را در ازدواج بوجود می‌آورند، درمقابل برخی از جوانها هنوز از خانواده اولیه تمایز نیافته‌اند و عدم استقلال ایشان و دخالت خانواده‌ها در ازم‌پاشیدگی زندگیشان نقش بسزایی دارد. نقش خانواده بالاخص سازگاری در خانواده اولیه مهم است. حتی تعداد طلاق در خانواده اولیه بر نگرش و اقدام به طلاق زوجین و عدم سازگاری آنها اثرگذار است."

مولفه‌ی جنسی

هدف سلامت جنسی، توانایی متقابل در روابط جنسی می‌باشد. سلامت جنسی زوجین بدین معنی است که هر یک از زوجین به تمایلات جنسی طرف مقابل احترام گذاشته و از هرگونه اجبار و خشونت پرهیز گردد. سلامت جنسی همسران، موقعیتی است که در آن زوجین از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی بهره‌مند هستند، به گونه‌ای که وضعیت جسمی و روحی و رفتاری آنان، حاکی از یک نوع هماهنگی، انس، محبت و در یک جمله رضایتمندی از زندگی زناشویی باشد. (Bostanie Khalesi, Simbar, & Azin, 2015)

مصاحبه شوندگان چهارمین علل طلاق را مسائل جنسی ابراز می‌کردند و از نظر آنان ویژگیهای جنسی که باعث طرد زوجین به یکدیگر و عدم انسجام زندگی می‌شود عبارت‌است از: سردی روابط، مزاجهای متفاوت، عدم شناخت و ارضا نیاز جنسی همسر، تنوع طلبی و روابط فرازناشویی، روابط قبل ازدواج، عدم صمیمیت جنسی و اختلال جنسی و عدم وجود مواردی از قبیل: برآورده شدن نیاز جنسی، روابط جنسی سالم، بلوغ جنسی زوجین، جذابیت جنسی، آگاهی از نیاز جنسی طرف مقابل، رابطه زناشویی موثر، صمیمیت جنسی به عنوان مثال زوج‌های چهاردهم از گروه درشرف ازدواج می‌گویند:

"ازدواجی موفق است که، درک متقابل و اعتماد به همسر، دوست داشتن، تبادل احساسی و عاطفی و جنسی در آن وجود داشته باشد. جنگ نرم، ماهواره، فیلمهای مبتذل، چشم و هم‌چشمی خانمها، سوء تفاهم، بهانه‌های بی‌خودی، عدم ارضای جنسی همسر و خیانت از عوامل مهم طلاق می‌باشند."

زوجه‌ی شماره سیزده از گروه متقاضی طلاق علت طلاق خود را عدم تفاهم با همسرش می‌داند او می‌گوید:

"من دوست داشتم تو مناسبتها کادو بهم بدهد، ولی اون اینکار را نمی‌کرد، از لحاظ عاطفی و کلامی محبت نمی‌کرد و فقط ارضای جنسی برایش مهم بود. من سرد مزاجم از روابط جنسی لذت نمی‌برم، شوهرم گرم مزاجه و این آزارم می‌دهد، الان هم ۵ ماهه با کسی ارتباط تلفنی دارم قرار است جدا شوم با او ازدواج کنم."

مولفه‌ی فرهنگی

مصاحبه شوندگان پنجمین علل طلاق را عوامل فرهنگی می‌دانستند و ویژگیهای فرهنگی زیر را باعث طرد زوجین از یکدیگر و عدم انسجام زندگی عنوان می‌کردند: چشم و هم‌چشمی، رسومات غلط، هم‌کفونبودن و اختلاف فرهنگی، سطح بالای توقعات و مقایسه زندگی خود با دیگران، مردسالاری یا زن‌سالاری و تقابل ازدواج سنتی و مدرن نیز اثرات مهمی در طرد زوجین و عدم انسجام زندگی دارد.

به عنوان مثال زوجه‌ی دوازدهم از گروه در شرف ازدواج می‌گوید:

"انتخاب درست است، زیرا همسری انتخاب کرده‌ام که با هم تناسب فرهنگی داریم، خانواده‌های دو طرف از لحاظ فرهنگی هم کفو هستند، به نظر من یکی از دلایل طلاق اختلاف طبقاتی و فرهنگی است، افراد از خانواده‌هایی با فرهنگ مختلف با کوچکترین مساله بهم می‌ریزند و آن را توهین می‌دانند پس می‌بایست از لحاظ فرهنگی خانواده‌ها هم کفو باشند."

زوجه‌ی شماره شش از گروه متقاضی طلاق علت طلاق خود را ناهمسانی فرهنگی خانواده‌ها می‌داند، او می‌گوید:

"علت طلاق ما تفاوت فرهنگی است، ما از دو فرهنگ مختلف بودیم. خانواده‌ی او در یکی از روستاهای کلات زندگی می‌کردند و ما در مشهد زندگی می‌کردیم، از لحاظ فرهنگی هم شبیه هم نبودیم. شوهرم در خانواده‌ای بزرگ شده بود که پرخاشگری و فحاشی در آن طبیعی بود."

مولفه‌ی اجتماعی

از نظر (Kelin and Whait, 1996) هنجارهای اجتماعی تعیین کننده‌ی مراحل زندگی فرد و ترتیب و زمان وقایع زندگی وی می‌باشد و عدم پیروی افراد از هنجارهای اجتماعی می‌تواند در انحلال زندگی خانوادگی فرد نقش موثری داشته باشد (Kalantari & roshanfekr, 2015).

مصاحبه شوندگان ششمین علل طلاق را عوامل اجتماعی ابراز می‌کردند و معتقد بودند ویژگی‌های اجتماعی ذیل باعث طرد زوجین به یکدیگر و عدم انسجام زندگی می‌شود: داشتن سن پایین، کم‌رنگ شدن ارزشها و تغییر ارزشها، اختلاط زن و مرد، استفاده نامناسب از فضای مجازی و ماهواره و اینترنت، کنترل دیگران، دخالت دوستان و دیگران، بیکاری، فقر، رسوم غلط، عادی شدن طلاق و اعتیاد همسر و نبود ویژگی‌هایی از جمله: مشاوره گرفتن از متخصص و آموزش پیش‌از ازدواج، سروسامان گرفتن، زمان مناسب در تشکیل خانواده، تفاوت سنی کم بین والد و فرزند، علاقمندی به فرزندآوری، بالا بردن کیفیت زندگی و امنیت، پیشرفت اجتماعی، داشتن پایگاه اجتماعی و ثبات شغلی از دیگر علل طرد زوجین و عدم انسجام زندگی می‌باشد.

زوجه سیزدهم از گروه متقاضی طلاق علت تقاضای خود را رسومات غلط اجتماعی می‌داند، وی

می‌گوید:

"خانواده ما اعتقاد داشتن آگه سن دختر بیشتر از بیست بشه تو خونه می‌مونه، با اجبار والدینم ازدواج کردم، سنش ۹ ماه از من کمتر بود، بچه بود، سربازی نرفته بود، از لحاظ فرهنگی و اجتماعی به هم نمی‌خوردیم، آنها از همان ابتدا دروغ گفتند، باباش معتاد بود گفتند مرده، یکی دو بار دوران عقد قهر کردم خانواده‌ام می‌گفتند، برگرد باهش زندگی کن طلاق بگیر آبرومون می‌ره، من خیلی برای زندگی جنگیدم اما حامی نداشتم."

متخصص شماره هفت نیز در مورد اهمیت مولفه‌ی اجتماعی در احتمال آسیب طلاق می‌گوید:

"برای کاهش طلاق می‌بایست بررسی کرد زوجین چرا می‌خواهند ازدواج کنند؟ چرایی ازدواج، آمادگی ازدواج را مشخص می‌کند. برخی از مسائل اجتماعی منجر به تاخیر در ازدواج می‌گردد. مثلا در شهرهای بزرگ سن ازدواج بخاطر مسائلی مثل شغل و ادامه تحصیل بالا رفته است. یا بالعکس افرادی که تحصیلات پایین تری دارند زودتر ازدواج می‌کنند. دخترانی که در خانواده طلاق یا اعتیاد هستند، دختر برای فرار از خانواده و خانه تن به ازدواج می‌دهد. برخی ازدواجها بخاطر موقعیت اجتماعی طرف مقابل یا خانواده او می‌باشد."

مولفه‌ی اقتصادی

به نظر (Conger, 1990 & 1992) دوران سخت اقتصادی در جامعه نتایج زیان‌باری بر خانواده‌ها خواهد داشت که می‌توان به احتمال وقوع گسیختگی خانواده و بی‌سامانی آن اشاره کرد. محرومیت اقتصادی تعاملات مثبت زوجین را کاهش و آنها را به سوی طلاق سوق می‌دهد. در دوران رکود اقتصادی تنش درون خانواده‌ها بالاخص خانواده‌های اقشار ضعیف جامعه افزایش یافته و این زمانی بیشتر مشهود است که زنان و مردان به خصوص مردان به دلیل بیکاری یا دستمزد ناکافی توانایی حمایت از خانواده‌هایشان را ندارند، (Kalantari & roshanfekr, 2015).

مصاحبه شوندگان هفتمین علل طلاق را عوامل اقتصادی ابراز می‌کردند و ویژگیهای اقتصادی که باعث طرد زوجین از یکدیگر و عدم انسجام زندگی می‌شود را اینگونه توصیف می‌کردند: بی‌پولی، عدم توان اقتصادی و حمایت مالی، فقر و بیکاری، فاصله طبقاتی و عدم ثبات شغلی، ورشکستگی، عدم استقلال مالی و نبود ویژگیهای از قبیل: پس انداز مالی، مدیریت مالی، داشتن عقل معاش، داشتن رفاه متعارف و دادن اهمیت به تفریح و در عین حال مقتصد بودن تاثیر بسزایی در طرد زوجین از یکدیگر و عدم انسجام زناشویی دارد.

زوج سوم از گروه در شرف ازدواج می‌گوید:

"من از لحاظ اقتصادی به وضعیتی رسیدم که می‌توانم ازدواج کنم. اما دو نفری باید پشت هم را داشته باشیم تا پیشرفت کنیم. هر دو نفر باید شعور اجتماعی و اقتصادی داشته باشیم و هم کفو بودن از لحاظ پایگاه اقتصادی اجتماعی مهم است، از عوامل طلاق می‌توان مقایسه زندگی دیگران با زندگی خود، عدم قناعت، عدم تفاهم در تمام زمینه‌های اقتصادی و عدم تصمیم‌گیریهای مشترک بالاخص در مسائل مالی و خودخواهی را ذکر کرد."

زوج چهاردهم از گروه متقاضیان طلاق می‌گوید:

"درک و فهم من از سنم بیشتر بود، زود وارد بازار کار شدم، فکر می‌کردم آماده ازدواج هستم، با هم دوست بودیم، عاشق هم شده بودیم، فاصله طبقاتی زیادی داشتیم اما همسرم اصرار زیادی به ازدواج داشت، از سیزده سالگی شروع به کار کردم، ابتدا آرایشگر بودم اما بزرگترین اشتباه من تغییر شغل بود، وارد شدن به ساخت و ساز، من بی تجربه بودم و ورشکست شدم، همسرم خودش را در نداری من نشان داد."

مولفه‌ی اعتقادی

مصاحبه شوندگان هشتمین علل طلاق را عوامل اعتقادی ابراز می‌کردند و ویژگیهای اعتقادی که باعث طرد زوجین به یکدیگر و عدم انسجام زندگی می‌شود را بدین صورت برمی‌شمردند: نداشتن اعتقادات مذهبی و پایند نبودن به ارزشهای اخلاقی، ایمان نداشتن، عدم تناسب وضعیت اعتقادی، عدم نجابت، معتقد نبودن به حجب و حیا، عدم پایبندی به رزق و روزی حلال می‌تواند در عدم انسجام زندگی تاثیر بسزایی داشته باشد.

زوج چهارم از گروه متقاضی طلاق می‌گوید:

"من به مسائل دینی و خدا اعتقاد دارم و فقط به دنبال این بودم که خانواده را تأمین کنم. اما همسرم عوض شده است، اوایل خوب بودند، همسرم بی‌حجاب شده من تذکر می‌دهم گوش نمی‌دهد. همسرم را دوست دارم و می‌خواهم همسرم همراه و همدل من شود، من به خاطر صلاح خانمم بعضی مسائل را می‌گفتم ایشان فکر می‌کرد من بدبین و بددل شده‌ام. به نظر من از ویژگیهای خانواده موفق، صداقت، ایمان، یکدلی است و مهمترین عامل طلاق را بی‌حجابی و تغییر ارزشها می‌دانم."

متخصص شماره ده می گوید:

"ازدواجی موفق است که برای رسیدن به آن به یک تعامل سازنده با فرد دیگری برسیم، در این مسیر اهداف مشترک و فردی وجود دارد، رعایت تعهدات، ارزش گذاشتن به اعتقادات یکدیگر، تعهد بر اساس نظام باورها و کنترل درونی مهم است و عدم وجود این موارد از عوامل طلاق می باشد."

نتیجه

ازدواج مهم ترین پیوندی است که بین دو فرد رخ می دهد. این پیوند، سرآغاز شکل گیری یک کانون حمایتی و عاطفی در زندگی انسان ها است و بر نوع زندگی نسل بعد و همچنین بقای زندگی آیندگان موثر است (Myers, Madathil, & Tingle, 2005). پدیده ازدواج، در هر جامعه از ویژگی های منحصر به فردی برخوردار بوده و تابع قوانین خاص آن جامعه می باشد در کشور ما، ازدواج به عنوان بنیان خانواده، عبارت است از یک رابطه قانونی، عرفی و یا دینی که یک مرد را با یک زن به طور دائم یا موقت پیوند می دهد. و هر چه بنیان خانواده از استحکام بیشتری برخوردار باشد، جامعه ای سالم تر و امن تری پیش روی همگان وجود خواهد داشت (Sahebdel, Zaharakar, & Delaware 2015).

پژوهش حاضر با هدف شناسایی مولفه های احتمال آسیب طلاق در متقاضیان ازدواج صورت گرفت. با اجرای مصاحبه و سپس تحلیل داده ها به هشت مقوله اصلی به عنوان مولفه های احتمال آسیب طلاق با عناوین: مولفه های فردی، مولفه های روابط زوجی، مولفه های پیشینه ی خانوادگی، مولفه های فرهنگی، مولفه های اجتماعی، مولفه های اقتصادی و مولفه های اعتقادی منجر شد.

در مولفه ی فردی می توان به داشتن ویژگیهای خلقی منفی از قبیل حسادت، خشم، توهین و تحقیر و عدم برخورداری از ویژگیهای خلقی مثبت مانند مهربانی، رافت، صداقت، مسئولیت پذیری، مسائل روانی، بلوغ فکری، مدیریت مالی، گذشت، تاب آوری، تصمیم منطقی و نه احساسی، حل مساله، خودآگاهی، تمایز یافتگی، صداقت، تعهد، انعطاف پذیری و داشتن استقلال در احتمال آسیب طلاق اشاره کرد. همچنان که (Busby et al, 2001, quoted by Larson, & Mac Alister, 2014) در مطالعه ای زمینه ی فردی را شامل ویژگی های فردی ذاتی (به عنوان مثال سن، جنسیت)، ویژگی های شخصیتی و سلامت احساسی (مثلا مهربانی، روان رنجوری) و باورها و نگرشها (مثلا باورهای مربوط به ازدواج و خانواده، نگرش به زندگی، نقش های جنسیتی) می دانند. این ویژگی ها می توانند دارایی یا بدهی را به یک رابطه ارائه دهند. برای مثال، اگر چه دارایی های مانند انعطاف پذیری و مهربانی، رضایت زناشویی را پیش بینی می کند، افسردگی و اضطراب، مشکلات زناشویی را پیش بینی خواهد کرد. مطالعات مقطعی نشان داده اند که زوج

های مضطرب رفتارهای ارتباطی منفی بیشتر و رفتارهای ارتباطی مثبت کمتری از خود نشان می‌دهند و نسبت به زوجهای رضایتمند توان کمتری در حل تعارض دارند (Bradbury, & Karney, 2013, quoted by Lavner et al. 2016).

Amato, Loomis, & Boos, 2005) نیز می‌گویند: بزرگسالانی که در خانواده‌هایی بزرگ شده‌اند که دارای دو والد مضطرب بوده‌اند و یا یکی از والدین طلاق گرفته‌اند، گزارش می‌شود که در سطح پایین‌تر روانشناختی و رضایت زناشویی نسبت به دیگر بزرگسالان قرار دارند. یکی از دلایل ناموفق بودن بسیاری از ازدواج‌ها عدم شناخت درست از یکدیگر است. ازدواج‌هایی که از روی احساسات جوانی یا عشق‌های نابخردانه و لحظه‌ای به وجود می‌آید، نتیجه‌ی خوبی در پی نخواهد داشت (Rahimi, 2009).

در مولفه‌ی روابط بین زوجی پژوهش حاضر به متغیرهای درک متقابل، آسایش و آرامش، محبت کردن، همدم و همدل بودن، مشورت کردن با همسر، اعتماد داشتن به یکدیگر، عشق ورزیدن، داشتن برنامه‌ریزی مشترک، برخورداری از مهارت‌های ارتباطی، وفاداری، احساسات و عواطف مثبت، گذراندن اوقات فراغت با همسر، ابراز صمیمیت و حمایت و پشتیبانی از همسر دست یافت. تحقیقات نشان می‌دهد ارتباطات نقش مهمی در مدل‌های رابطه‌ی زوجین ایفا می‌کند و صمیمیت زوجین ناشی از روابط بین فردی ایشان است (Reis, & Patrick, 1996, quoted by Lavner et al. 2016). شواهدی مبنی بر اهمیت حیاتی ارتباطات در مطالعات مقطعی و مطالعات طولی وجود دارد که در آن ارتباطات به عنوان پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی یاد می‌شود (Woodin, 1996, quoted by Lavner et al. 2016).

(Rabinson, & Belanton, 1993 quoted by Rosen-Grandon et al. 2004) ازدواج شاد را در گرو تعهد، ارتباطات بین زوجی، انطباق و جهت‌گیری مذهبی می‌دانند. زن و مردی که عقد ازدواج بسته‌اند باید به تعهدات خود در طول عمر زناشویی پایبند بوده و همواره در نظر داشته‌باشند که عدول از تعهدات زناشویی از عواملی است که ریشه‌های این پیوند مقدس را سست می‌کند (Hoseinie Birjandi, 2016).

سطح پایین ارتباط مثبت و سطح بالایی از روابط منفی پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی در کاهش شدید رضایتمندی زناشویی است (Janson & al, 2005, quoted by Lavner et al. 2016).

یک تحقیقات ده ساله روی رضایتمندی زناشویی انجام شد، زوجینی که رفتارهای منفی در ابتدای رابطه‌ی خود نشان می‌دادند، بیشترین نارضایتی را در دو سال اول ازدواج ابراز داشتند (Glaser, Bane, Kiecolt, Glaser, 2003, quoted by Lavner et al. 2016).

(Storasli and Markman, 1990, Badiuport and Ladoosor, 1995, Whisman, Dixon and Johnson, 1997, Miller, Yorgason, Sandberg and White, 2003) در تحقیقاتشان مشکل ارتباطی زوجین متقاضی طلاق از جمله بکار بردن کلمات نامناسب در ارتباط، مشاجرات لفظی، در نظر نگرفتن

خواسته‌های طرف مقابل، نبود همدلی، زمان نامناسب جهت ارتباط، گوش ندادن به طرف مقابل و نبود تفاهم در امور زندگی را در طلاق مؤثر دانسته‌اند (Kalantari & Roshanfekar & Javaheri, 2015). در پژوهشی که (Gigy & Kelly, 1992) در کالیفرنیا انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که فاصله‌ی بین زوجین، انزوا و ازبین رفتن دوستی و نداشتن روابطی زوجی شایعترین دلیل برای طلاق دادن است (Gottman & Levenson, 2002).

سومین مولفه‌ای که مورد شناسایی قرار گرفت، **مولفه‌ی خانوادگی** بود. در این مولفه، زیرمقوله‌های عدم دخالت اطرافیان، اصالت خانوادگی، وجود مرزهای مشخص، روابط خانوادگی منسجم، عدم اجبار خانواده و در نظر گرفتن نقشها را ارائه می‌دهد. که وجود این زیر مقوله‌ها باعث استحکام خانواده و عدم آن باعث بالا رفتن احتمال آسیب زندگی زناشویی و در نهایت طلاق خواهد شد. در شاخص ویژگیهای خانوادگی مشخص بودن مرزها و نقشهای افراد از اهمیت بسزایی برخوردار است. مرزهای یک زیرمنظومه عبارت از مقرراتی است که معین می‌کنند که چه کسی و چگونه جزو این زیرمنظومه باشد. عملکرد یا نقش، مرز حراست از عمل متمایزسازی سیستم است. هر زیرمنظومه‌ی خانواده دارای عملکرد یا نقشهای بخصوصی است و از اعضای خود انتظارات بخصوصی دارد. وضوح مرزهای درون خانواده یک پارامتر مفید برای ارزیابی عملکرد خانواده است. بعضی خانواده‌ها به دنبال توجه و رسیدگی بیش از حد به دیگر اعضای خانواده هستند و این توجه و ارتباط باعث کم شدن فاصله‌ی مرزها و حتی گاهی مخدوش شدن مرزها می‌گردد و تمایز بین اعضای خانواده نامشخص می‌شود. در این جا افراد نمی‌توانند در مقابل تغییر و شرایط استرس‌زا خود را تطابق دهند و همیشه بدنبال حامی می‌باشند در مقابل مرزهای داخلی بعضی خانواده‌ها هم بیش از حد خشک و نامتعطف است، طوری که ارتباط بین زیرمجموعه‌ها دشوار می‌گردد و نقش حمایتی خانواده فلج می‌شود. عملکرد مرزی در این دو نهایت را بهم تنیدگی و گسستگی می‌خوانند تمام خانواده‌ها در یک نقطه از امتدادی قرار می‌گیرند که دونهایت آن مرزهای نامشخص و مرزهای بسیار خشک است. اکثر خانواده‌ها در دامنه‌ی وسیع بهنجار قرار دارند (Sanaeie Zaker, 2008).

مولفه‌ی بعدی **مولفه‌ی جنسی** می‌باشد که زیر مقوله‌های ارضای نیاز جنسی خود و همسر، همگنی مزاجها، عدم وجود مسائل فرازناشویی و داشتن صمیمیت جنسی و رابطه‌ی جنسی با کیفیت از ملاکهای یک خانواده موفق و منسجم و وجود هر یک از این موارد باعث از هم گسیختگی خواهد شد. تفاوت در هدف از رابطه‌ی جنسی می‌تواند یکی از علل ناسازگاری و حتی طلاق باشد. در نظر پسرها رابطه جنسی یا ابزاری برای لذت بدون تعهد هیجانی است یا ابزاری برای نزدیک‌تر شدن به جنس مؤنث. به نظر

بسیاری از مردها و نوجوان‌های مذکر، در ارتباط جنس نیازی به درگیری هیجانی نیست چون برای آنها هدف از رابطه جنسی، نزدیکی است اما زن‌ها برای برقراری رابطه جنسی با شوهرشان باید از لحاظ جسمانی و هیجانی احساس نزدیکی کنند. برای اکثر زن‌ها، رابطه جنسی نشانه‌ی صمیمیت است نه مولد صمیمیت. یک زن وقتی از لحاظ جنسی نزدیک می‌شود که در سایر جنبه‌های زندگی با او مهربان بود و به او توجه کرد و احترام گذاشت (Gutman translation of Firozbakht, 1998).

(Gutman, 1994, quoted by Kim, & al, 2016) بیان می‌کنند: در صورتی که تعاملات زناشویی با هیجانات منفی از قبیل تحقیر و انزجار همراه شود به بی‌ثباتی ازدواج منجر می‌گردد و (Gilford, 2013) بیان می‌کند: اگر یکی از همسران توجه و مهربانی را از همسرش به دلیل کنترل رابطه دریغ کند کناره‌گیری عاطفی بوجود می‌آید. رفتارهایی که نشان‌دهنده‌ی کناره‌گیری عاطفی هستند عبارتند از: نادیده گرفتن همسر و عدم توجه به او، برقرار نکردن رابطه جنسی، تهدید به ترک کردن رابطه و استفاده از رابطه‌ی خاموش (Khazaei, Navabi Nejad, Farzad & Zaharakar, 2016).

در امریکا در مورد وجود رابطه بین تجارب جنسی قبل از ازدواج در دوران نوجوانی با انحلال زناشویی در بزرگسالی تحقیقاتی صورت پذیرفته است (Heaton, 2002; Kahn & London, 1992; Laumann & al, 1994; Teachman, 2003) به این نتیجه رسیدند که روابط جنسی دوران نوجوانی با انحلال ازدواج در بزرگسالی رابطه‌ی معناداری دارد، بالاخص داشتن رابطه با چند شریک جنسی (Paik, 2011).

مولفه‌ی فرهنگی نیز از علل احتمال آسیب طلاق به شمار می‌رود در این پژوهش زیر مقوله‌های رسومات متفاوت خانواده‌ها، هدف تکاملی ازدواج، داشتن تناسب فرهنگی، مقایسه نکردن زندگی خود با دیگران و رابطه یا عدم رابطه با فرد مقابل قبل از ازدواج به عنوان شاخصهای فرهنگی شناخته شدند. در جوامعی که در حال انتقال از وضع اجتماعی و اقتصادی خاص به وضع و شرایط جدید هستند، مشکلاتی پدید می‌آید که نتیجه‌ی تصادم نوگرایی و پابندی به سنت‌های دیرین و تشدید جنگ بین نسل‌هاست. در این مرحله حساس، عناصر اخلاقی و ارزش‌های اجتماعی بیش از هر چیز دیگر تغییر وضع می‌دهند. بسیاری از موضوعات بی‌ارزش دیروز در محدوده‌ی عناصر نوین و مقبول امروزی پای می‌نهند و بسیاری از عناصر مطلوب اجتماعی از قلمرو ارزش‌های اجتماعی خارج می‌شوند. (Kalantari, & Roshanfekar, 2015).

از نظر (Darini, & Navabi Nezhad, 2012) میزان خوشبینی به وسایل ارتباط جمعی و فرهنگی، افراد را واقعیت‌های زندگی دور کرده‌است. مردم آنچنان تحت تاثیر فرهنگ قرار گرفته‌اند که فکر می‌کنند هرچه انجام می‌دهند درست بوده و تلاش می‌کنند از تجارب ناخوشایند زندگی اجتناب کرده و قدرت

مبارزه با مشکلات را نداشته و حتی انتقاد پذیر نیستند. آنان تصور می‌کنند موقعیتهای مادی رضایتمندی زندگی زناشویی را بهمراه دارد. رسانه‌ها با نشان دادن غیر واقعیات موجب می‌شوند افراد منکر واقعیت‌های موجود شوند. چون تحت سلطه‌ی تصاویر کمال‌گرایی قرار گرفته‌اند. در نتیجه بیشتر به سمت مصرف‌گرایی گرایش پیدا می‌کنند. در تلویزیون شخصیت‌هایی به نمایش گذاشته می‌شوند که نشانی از زندگی واقعی ندارند و استانداردهای نادرستی را به معرض نمایش می‌گذارند و متأسفانه نوجوانان و جوانان به تماشای این شخصیت‌ها می‌پردازند و از آنان الگوبرداری می‌کنند.

مؤلفه دیگری به نام مؤلفه‌ی اقتصادی از شاخصهای تاثیرگذار بر سلامت یا از هم‌پاشیدگی خانواده می‌باشد که مسائلی مانند شغل و ثبات آن، وضعیت اقتصادی زوجین، توانمندی در مدیریت مالی و نحوه‌ی گذران اوقات فراغت مواردی است که می‌بایست در آغاز ازدواج حل و فصل گردد.

مؤلفه‌ی اعتقادی نیز تاثیر بسزایی در انسجام یا از هم‌پاشیدگی ازدواج دارد. زیر مقوله‌هایی مانند: داشتن حجب و حیا، اعتقاد به خدا پرستی، پایبند بودن به معنویت جزو مواردی بود که در این پژوهش بدست آمد. (Jockin, McGue and Lykken, 1996) بیان می‌کنند: شواهد بسیاری وجود دارد مبنی بر اینکه، عدم موافقت و حمایت کم افراد به ارزشهای سنتی با ریسک طلاق در مردان و زنان همبستگی دارد (Johnson & Harris, 1980; Kelley & Conley, 1987; Rockwell, Elder, & Ross, 1979). مذهب و شیوه‌های مذهبی نیز ممکن است به ازدواج شاد کمک کنند (Fatima and Ajmal, 2012).

یک مطالعه در مورد ازدواج‌های افراد با اعتقادات مذهبی مختلف نشان داده که زوج‌های موفق بر تمایزات معنوی و مذهبی خود چندان پافشاری نمی‌کنند و بر عکس به شباهت‌های اعتقادات خود تکیه دارند. تحقیقات نشان داده که فواید داشتن ایمان و حمایت‌های مذهبی در سعادت افراد مؤثر است. زوج‌هایی که مذهب را با زندگی زناشویی خود پیوند می‌زنند از اختلافات زناشویی کمتری رنج می‌برند، باهم توافق کلامی بیشتری دارند، سازگاری زناشویی بیشتری دارند و فواید بیشتری از زندگی زناشویی بدست می‌آورند. سازگاری باورهای مذهبی زوج‌ها با قدرتمندتر بودن آنها در سایر زمینه‌های زناشویی در ارتباط است. زوج‌هایی که سازگاری معنوی بالایی دارند در بسیاری از زمینه‌های مهم رابطه‌شان از رضایتمندی بیشتری برخوردارند. حتی آنها در حل و فصل اختلافات و مدیریت مسائل مالی نیز موفق‌تر عمل می‌کنند و از رابطه جنسی، صمیمیت و انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردارند (Darini and Navabi Nezhad, 2012).

پژوهشگران خارجی و داخلی بسیاری در مورد عوامل مؤثر بر فروپاشی زندگی زوجین و مخصوصاً طلاق سالها به بررسی پرداخته‌اند: (Henry & Woodward 1974; Adam, Bouckoms & Streiner, 1982; Booth & Edwards, 1990; Gottman & Notarius, 2002; Gottman & Levenson, 2003; Amato, Loomis & Booth 2005; Long & Young, 2007; Olson, Larson & Olson, 2006;

Gonzales, 2009; Ingram, 2010; Paik, 2011; Manzar Hakim & Zahedi, 2010; Kalantari, roshanfekr & Javaheri, 2011 ; Khodadadi, Nazari & Ahmadi, 2015; Lavner et al.2016) و بسیاری دیگر از پژوهشگران در مورد علل طلاق به بحث و بررسی پرداخته‌اند، اما آنچه که این پژوهش را از آنها متمایز می‌سازد، بررسی تک تک مولفه‌های احتمال آسیب طلاق بر اساس فرهنگ این جامعه است که با درجه‌ی اهمیت آن برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بر اساس آن برنامه‌ریزی مدون و درستی نموده و آموزشگران پیش از ازدواج و آموزش زندگی خانواده نیز بر اساس آن آموزش دهند. همانطور که از جدول پیوست مشهود است، با توجه به مصاحبه‌های انجام شده و کدهای استخراج شده ۴۰ درصد علل طلاق، علل فردی است، که بر ویژگیهای شخصیتی و خصائص و سبک زندگی فرد، باورها و طرحواره‌های فردی استوار است. پس آموزشهای موثر بر انسجام زندگی می‌بایست از ابتدای تولد و حتی از دوران قبل از انعقاد نطفه و حتی قبل از ازدواج والدین، در ابتدا برای والدین و سپس برای کودک صورت پذیرد تا وی برای زندگی زناشویی آینده ساخته شود. ۲۳ درصد علل طلاق مولفه‌ی روابط زوجی بدست آمد که با داشتن مهارتهای زندگی و ارتباط موثر و بسیاری از ویژگیهایی که فرد از منیت قدم به ما شدن گذارد، می‌توان بر این عوامل فائق آمد. مولفه‌های بعدی به ترتیب مولفه‌ی پیشینه‌ی خانوادگی با ۹ درصد، مولفه‌ی جنسی با ۸ درصد، مولفه‌ی فرهنگی با ۷ درصد، مولفه‌ی اجتماعی با ۶ درصد، مولفه‌ی اقتصادی با ۴ درصد و مولفه‌ی اعتقادی با ۳ درصد جزو عوامل اصلی موثر بر طلاق شناخته شدند.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است که لازم است به آن اشاره گردد. در پژوهش حاضر به دلیل مشکلات اجرایی فاقد اطلاعات مربوط به پیگیری است و لازم است با همکاری مشارکت کنندگان پژوهش و سازمان‌های بهداشتی بتوان بعد از بررسی مولفه‌های آسیب طلاق، سلامت زندگی زناشویی افراد نمونه پیگیری شود. اگر چه هدف پژوهش کیفی شناخت پدیده‌های مورد مطالعه است و تعمیم یافته‌ها جزو اهداف پژوهش کیفی نیست، اما با وجود این لازم است با توجه به تنوع فرهنگی مردم ایران این پژوهش در فرهنگهای دیگر نیز انجام گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد، با توجه به شناسایی مولفه‌های احتمال آسیب طلاق، درمانگران و مشاوران در مراکز آموزشی و مشاوره بر روی این مسائل تاکید کنند و همچنین در دوره‌های آموزشی مشاوره قبل از ازدواج با نگاه چند بعدی جهت انتخاب همسر مناسب می‌توانند از عوامل و مقوله‌های بدست آمده از پژوهش حاضر استفاده نمایند. این پژوهش با نقشی که در شکل‌گیری و تداوم زندگی زناشویی منسجم دارد، می‌تواند بستری مهم برای تهیه‌ی بسته‌های آموزشی و درمانی برای آموزشهای قبل و حین ازدواج باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود، نتایج پژوهش حاضر در یک نمونه گسترده به صورت کمی مورد آزمون قرار گرفته تا قابلیت تعمیم آن به

جامعه ایرانی فراهم گردد. لازم به ذکر است، که تفکیک ازدواج‌های سنتی و غیر سنتی با توجه به تجربه‌ی زیسته‌ی افراد می‌تواند در تفاوت اهمیت مولفه‌ها موثر باشد.

References

- Afrouz, G. (2009). *Psychological foundations of marriage in the context of Islamic culture and values*. Tehran University Publishing House. (In Persian).
- Boden, J., Fischer, J. L., & Niehuis, S. (2009). Predicting Marital Adjustment from Young Adults, Initial Levels, and Changes in Emotional Intimacy over Time: A 25-Year Longitudinal Study. *Journal of Adult Dev*, 17 (August 2009) 121–134.
- Bostani Khalesi Z., Simbar, M., & Azin, S. A. (2015). An explanation of sexual health education requirements of couples prior to marriage: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 4(3), 290-303. (In Persian).
- Cheraghi, M. (2014). *Relationship style with the spouse's family in Iranian couples and designing and examining the effectiveness of culture-based interventions based on marital adjustment and communication quality with the spouse's family*. The thesis of Ph.D. in clinical psychology, Shahid Beheshti University of Tehran. (In Persian).
- Esmaili, M., & Dehdast, K. (2015). Presentation of a conceptual design of the relationship between marriage contractions (pre-marriage) with marital satisfaction (after marriage). *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 4(3), 405-445. (In Persian).
- Fatima, M., & Ajmal, M. A. (2012). Happy Marriage: A Qualitative study, Government College University of Lahore Pakistan, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(1), 37-42.
- Gottman, J. (1998). *Why a successful marriage, why unsuccessful marriage*, translation of Firouzbakht, M. (2016), Abjad Publishing House, Tehran. (In Persian).
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2003). A Two-Factor Model for Predicting When a Couple Will Divorce: Exploratory Analyses Using 14-Year Longitudinal Data. *Family Process*, 41(1), 83-96.
- Hakim, S. M., & Zahedifar, B. (2010). Causes of Divorce from the Viewpoint of Islam. *Journal of Women's Strategic Studies*, 13 (49).293-348. (In Persian).
- Hosseinie Birjandi, S. M. (2016). *Pre-marriage counseling and education*, Avaye Noor Publications, Tehran. (In Persian).
- Jockin, V., McGue, M., & Lykken, D. T. (1996). Personality and Divorce: A Genetic Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (2), 288-299.
- Kalantari, A., Roshanfekar P., & Javaheri, J. (2011). Three decades of research on "causes of divorce" in Iran, *Journal of the Social and Family Cultural Council of Women and Family*, 14(53), 129-162. (In Persian).
- Kalantari, A., & Roshanfekar P. (2015). *Divorce in Iran*. Jameshenasan Publications. (In Persian).
- Khazaei, S., Navabinejad, S., Farzad, V., & Zaharakar, K. (2016). Psychometric properties of Covert Relational Aggression Scale, *Journal of Research in Psychological Health*, 10(2), 1-14. (In Persian).
- Kazemi, P. (2003). *The effectiveness of Life Quality Improvement Program on Marital Satisfaction and Healthy Living*, Thesis of Master's Degree in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).

- Khodadie Sangdeh, J., Nazari, A. M., & Ahmadi, K. (2015). Prognosis of a successful marriage: the role of effective marital agents based on socio-cultural status. *Journal of Strategic Studies in Sports and Youth*, (29)97- 108(In Persian).
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does Couples' Communication Predict Marital Satisfaction, or Does Marital Satisfaction Predict Communication? *Journal of Marriage and Family*, 78, 680-694.
- Olson, D. H., Olson, A.S. P., & Larson, J. (2006). *Find your relationship strengths (the couple checkup)*. Translating Darini M., Navabinejad, S. (2012). Tehran University Press. (In Persian).
- Paik, A. (2011). Adolescent Sexuality and the Risk of Marital Dissolution. *Journal of Marriage and Family*, 73, 472 – 485.
- Rahimi, A. (2009). *Successful Marriage*, Jamal Publications. (In Persian).
- Rosen-Grandon, J. R. Myers, J. E. & Hattie, J. A. (2004).The Relationship between Marital Characteristics, Marital Interaction Processes, and Marital Satisfaction. *Journal of Counseling & Development*. 82, 58-68.
- Sahebdel, H., Zaharakar, K., & Delaware, A. (2016). Identifying Successful Marriage Indices (A Qualitative Study) Quarterly, *Journal of Clinical Psychology and Advice of Ferdowsi Mashhad*, 5(2), 46-32. (In Persian).
- Saldana, J. (2013). *The Coding Manual for Qualities Researchers*. Translated by Givian, A. (2016). Science and Culture Publication, Tehran. (In Persian).
- Sanaeie Zaker, B. (2008). *Family and Marriage Measurement Scales*. Tehran, Behsat Publications. (In Persian).



مصباح، ایمان؛ حجت خواه، سید محسن؛ گل محمدیان، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.68383

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۸۴-۱۰۰

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی

ایمان مصباح^۱، سید محسن حجت خواه^۲، محسن گل محمدیان^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۸

چکیده

هدف: تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک کم-توان ذهنی بودند که فرزندانشان در مدارس استثنایی شهرستان دزفول در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به تحصیل اشتغال داشتند. از جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه نود دقیقه‌ای، (هر هفته دو جلسه) درمان گروهی را دریافت کردند و شرکت کنندگان در گروه کنترل هیچ گونه درمان گروهی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس رابطه مادر-کودک راس (۱۹۶۱) بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر رابطه مادر-کودک تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی کارآمد در بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رابطه والد-فرزندی، مادران، کودک کم توان ذهنی.

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی کرمانشاه، Imanmesbah13@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه رازی کرمانشاه، (نویسنده مسئول) hojatmogho@gmail.com

۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه رازی کرمانشاه

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ یا به اصطلاح دیگر نارسایی رشد قوای ذهنی موضوع تازه و جدیدی نیست. بلکه در هر دوره و زمانی افرادی در اجتماع وجود داشته‌اند که از نظر فعالیت‌های ذهنی در حد طبیعی نبوده‌اند و نیازمند کمک‌های ویژه از سوی خانواده و یا نگهداری آن‌ها در مدارس و مراکز خاص وجود داشته است (Haghranjbar, Kakavand, Barjali, & Barmas, 2012). کم‌توانی ذهنی که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association (APA), 2013)، به صورت نوعی اختلال رشدی که به صورت نارسایی در کارکرد هوشی^۲ و رفتار سازشی در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی تعریف می‌شود، مسائل فراوانی را در خانواده و اعضای آن به وجود می‌آورد که می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر ساختار و عملکرد خانواده گذاشته و باعث شود که خانواده تحت تنش‌های جسمانی، روانی، اجتماع و اقتصادی قرار گیرد تا حدی که روند طبیعی زندگی مختل، و منجر به فروپاشی نظام خانواده شود (Vanaki, Mohammad Khan Kermanshahi, Ahmadi, Azad Falahi, & Kazemnejad, 2006).

از آنجا که مادر، معمولاً نخستین مراقب کودک است و مراحل اولیه رشد، تأثیر قطعی بر شخصیت انسان دارد و چون بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در این تعامل دارند، تعامل بین مادر و فرزند مورد توجه خاص بوده است (Shariatmadari, 2006). نتایج پژوهش‌های (Bealsky & Pluess, 2009) (2011) مبین آن است که کیفیت مراقبت، حساس بودن و تعامل مثبت با مادر در دوران کودکی با مشکلات رفتاری در نوجوانی مرتبط است. مادر و کودک مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه ارزیابی و تلاش در قلمرو درمانگری، باید آن را در نظر بگیرد (Ahmadi Azandi, Dadsetan & HasanAbadi, 2006). زمانی که کودک از مادر خود مراقبت و حمایت دریافت می‌کند به او صادقانه عشق می‌ورزد و میان آن‌ها یک رابطه محبت‌آمیز و استوار برقرار می‌شود. اما اگر مادر خون سرد، بی‌قید یا بی‌محبت باشد ممکن است کودک را به واکنش‌های شدید وادارد و او را موجودی خودخواه، نادان، سنگدل و غیرقابل اعتماد به شمار آورد (Parsa, 2014). تعامل با کودکانی که از نظر ذهنی ناتوان هستند، فشار روانی خاصی را بر والدین و به ویژه مادران و کل خانواده تحمیل می‌کند که به دنبال آن مشکلات و مسائلی را به وجود می‌آورد. مسائل و مشکلات چنین والدینی، پذیرش کم‌توانی ذهنی فرزند، خستگی ناشی از پرستاری، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی و مسائل پزشکی، آموزشی، توان‌بخشی کودکان است (Permeghias, 2003). برای اینکه این مادران بتوانند از عهده احساسات دردناک درباره شرایط کودک برآمده و با صبر و شکیبایی به

1. Mental Retardation
2. Intelligence Function

نیازهای ویژه کودکان خویش پاسخ دهند، ارائه خدمات آموزش خانواده و ارائه مشاوره و درمان مادران کم‌توان ذهنی ضرورت و جایگاهی ویژه دارد (Foroughan, Molly, Salimi, & Asadi Malayeri, 2006).

یکی از روش‌های کاربردی در این زمینه برای استفاده در کار بالینی و غیر بالینی که امروزه کاربرد فراوانی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (ACT) به‌عنوان موج سوم شناختی رفتاری است (Izadi & Abedi, 2016). در ACT، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (Forman & Herbert, 2008). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکار می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (Hayes & et al, 2004).

گزارش‌های متعدد نشان داده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله؛ بر اختلال طیف اضطراب و اختلال وسواس فکری- عملی (Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig, 2014؛ Barney, Field, Morrison & Twohig, 2017؛ Fledderus, Bohlmeijer, Schreurs & Spinhoven, 2014؛ Yadavaia & Hayes, & Vilardaga, 2014؛ Flaxman & Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011)، افزایش سلامت عمومی (Bond, 2010)، کاهش اختلالات اضطرابی (Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman, 2013)، کاهش تجربه درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن (McCracken, Sato & Taylor, 2013)، کاهش اهمال‌کاری تحصیلی (Wang & et al, 2017)، کمک به بیماران دیابتی (Gregg, Callaghan, Hayse & Glenn-Lawson, 2007؛ Behrooz, Boali, Heydarizadeh, & Farhadi, 2014)، افزایش اختلال یادگیری خاص (Mirzahoseini, Pourabdel, Sobhi Qaramalki & Saravani, 2016)، برافزایش سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی (Saeedi & Khalatbari, 2016)، مؤثر بوده است. در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی مطالعات (Aslani & Azadeh, 2016)، (Naddaf, Sangani, 2016)، (Farhadi Asl, 2016)، (Montgomery 2015) و (Whittingham, 2016) مؤثر بودن این درمان را نشان دادند. (Sheffield & Boyd, 2016)

با توجه به اهمیت پرداختن به سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و شرایط خاص آن‌ها و از آن جایی که تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مشکلات بین فردی در راستای بهبود رابطه والد-فرزند در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در ایران صورت نگرفته است؛ هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی^۱ مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در شهر ستان دزفول است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر مشتمل بر کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود که فرزندان‌شان در مدارس استثنایی شهرستان دزفول در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. کل حجم این جامعه ۲۲۸ نفر را دربرمی‌گرفت. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین مدارس استثنایی شهرستان دزفول (آموزشگاه بوعلی ۶۵ نفر، شهدای بانک تجارت ۹۷ نفر و سوده ۶۶ نفر) انتخاب شدند. به این صورت که از بین تمامی مدارس استثنایی، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب، سپس مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک در بین تمامی مادران کودکان ناتوان ذهنی (مقطع ابتدایی) آن مدرسه که در مجموع ۵۵ نفر بودند، اجرا گردید و از میان آن‌ها به تعداد ۳۰ نفر که نمراتشان در مقیاس ارزیابی رابطه والد-کودک در سه زیرمقیاس حمایت بیش‌ازحد، سهل‌گیری بیش‌ازحد و طرد بالاتر از نقطه برش و در زیرمقیاس پذیرش پایین‌تر از نقطه برش را نشان دادند، انتخاب؛ و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، که هر گروه شامل ۱۵ نفر بودند؛ گمارده شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک (MCRE)^۲. مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک توسط Roth در سال ۱۹۶۱ از یک آژانس مطالعاتی روان‌شناختی غرب (WPS)^۳ منتشر یافته است. این آزمون یک مقیاس نگرش سنج است که نظرگاه مادران در خصوص ۴ سبک تعامل با کودک را مورد ارزیابی قرار داده و در حیطه آزمون‌های فرافکن قرار می‌گیرد، زیرمقیاس‌های این آزمون عبارت‌اند از: ۱- پذیرش فرزند^۴، ۲-

1. Parent-Child Relationship
2. Mother-Child Relationship Evaluation
3. Western Psychological Study
4. Acceptance

بیش حمایت‌گری^۱، ۳- سهل‌گیری^۲ و ۴- طرد فرزند^۳. هر مقیاس دارای ۱۲ عبارت است که مجموعاً ۴۸ عبارت نمره‌گذاری با ۵ امتیاز نمره‌گذاری می‌شود. پایایی آزمون از طریق فرمول آلفای کرونباخ بر روی (۳۰) نفر از افراد انجام شد که نتایج برای پذیرش فرزند ۰/۷۷، طرد فرزند ۰/۷۳، سهل‌گیری افراطی ۰/۷۱ و بیش حمایت‌گری ۰/۷۸ حاصل شد. (Zamiri, 2005).

شیوه‌نامه گروه درمانی (پروتکل درمانی). جلسات مداخله شامل شیوه‌نامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین فردی (Saavedra, 2008) بود. این جلسات برای ده جلسه نود دقیقه‌ای تدوین شده‌اند (Mckay, Lev & Skeen, 2008), (Translation by Roganchi & et al, 2016).

جدول ۱. شیوه‌نامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات درمان	محتوا و هدف هر جلسه
اول	اجرای پرسشنامه طرح‌واره، تمرکز ذهن آگاهانه، کاوش پیرامون چگونگی تأثیر طرح‌واره‌ها بر هیجان‌ها و شناختن‌های مراجعان
دوم	بررسی بر انگیزاننده‌های طرح‌واره، رفتارهای مقابله‌ای، اجرای تمرین در راستای ناامیدی سازنده.
سوم	بررسی هزینه‌های رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره، گفت‌وگو درباره ناامیدی سازنده، کمک به اعضا در راستای توقف تلاششان برای کنترل.
چهارم	ارائه یک مطلب روانی-آموزشی در راستای درک ارزش‌ها، کاربرد اهداف ارزشمند، کاربرد بزرگ ارزیابی موانع.
پنجم	تمرین حواس پنج‌گانه، بازیابی تکالیف خانگی، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش، آموزش فنون خاص گسلش، تمرین فنون گسلش توسط اعضا، تعیین تکلیف خانگی.
ششم	ارائه مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش و تمرکز بر ارزیابی‌ها در مقابل توصیف‌ها، پرورش تمرین خود به‌عنوان بافت.
هفتم	بحث درباره غیرقابل اجتناب بودن رنج و زوال‌پذیر بود روابط، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره عصبانیت، بررسی هزینه‌های تنفر.
هشتم	نمایش گسلش، بررسی هزینه‌های اجتناب از هیجان‌های دردناک، کاوش رهایی از راهبردهای قدیمی کنترل، ارائه تصویرسازی ذهنی برای پرورش چشم‌اندازی از خود مشاهده‌گر.
نهم	واکنش به رویدادهای برانگیزاننده طرح‌واره که به‌تازگی رخ داده‌اند، ارائه یک تصویرسازی که موجب ذهن آگاهی و مهربانی نسبت به رنج همبسته با طرح‌واره می‌شود.
دهم	ارائه یک مراقبه در راستای افزایش مهربانی به خود و دیگران، بحث درباره راهبردهای بهبود عمل، تعهد اعضا بر انجام هدف جدید، ارزیابی‌های پس از درمان.

1. Overprotection
2. Over Indulgence
3. Rejection

پروتکل درمان؛ بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه اجرا شد و شرکت کنندگان گروه کنترل هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکردند. پس از پایان آخرین جلسه، بعد از گذشت یک هفته پس از آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید و در آخر پس از طی ۴۵ روز از آخرین جلسه، و با حضور تمامی مادران شرکت کننده در پژوهش، پیگیری در مورد هر دو گروه انجام شد.

یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، به منظور بررسی فرضیه‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد)، و سپس از شاخص آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار Spss21 انجام گرفت. جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و خرده مقیاس‌های آن به تفکیک گروه و مرحله آزمون.

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش فرزند	آزمایش	۳۳/۴۷	۴/۲۰	۴۲/۲۰	۳/۸۷	۴۳/۴۷	۳/۸۷
	کنترل	۳۴/۵۳	۲/۹۷	۳۲/۰۷	۲/۸۱	۳۱/۶۷	۲/۸۲
بیش حمایتگری	آزمایش	۲۵/۴۰	۴/۰۱	۲۶/۶۷	۵/۰۸	۲۶/۷۳	۴/۸۳
	کنترل	۲۴/۶۰	۴/۶۲	۲۴	۴/۰۳	۲۳/۸۰	۴/۳۱
سهل‌گیری	آزمایش	۲۱/۴۰	۲/۵۵	۲۰/۷۳	۳/۲۱	۲۰/۶۰	۳/۲۲
	کنترل	۲۲/۰۷	۲/۷۸	۲۱/۱۳	۲/۳۵	۲۱	۲/۴۲
طرد فرزند	آزمایش	۲۷/۰۷	۳/۹۰	۲۳/۴۷	۲/۹۴	۲۳/۲۰	۳/۰۷
	کنترل	۲۸/۵۳	۴/۸۶	۳۰/۲۰	۳/۲۳	۳۰/۳۳	۳/۲۸
رابطه مادر - کودک	آزمایش	۱۰۷/۳۳	۴/۳۷	۱۱۳/۰۷	۱/۹۴	۱۱۴	۳/۵۲
	کنترل	۱۰۹/۷۳	۴/۳۳	۱۰۸	۱/۸۵	۱۰۷/۴۰	۲/۰۹

به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر رابطه والد-فرزندی به همراه مؤلفه‌های آن در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد که با توجه به معنی‌دار نبودن نتایج این آزمون می‌توان گفت که توزیع تمامی متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون نرمال است. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون از آزمون همگونی واریانس‌ها لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای

مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبود. مؤلفه پذیرش فرزند ($F=2/19$ ، $p<0/14$)، بیش حمایتگری ($F=0/53$ ، $p<0/64$)، مؤلفه سهل‌گیری ($F=0/36$ ، $p<0/70$)، مؤلفه طرد فرزند ($F=0/83$ ، $p<0/44$)، رابطه مادر- کودک کل ($F=0/47$ ، $p<0/63$)، میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه پذیرش فرزند) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه پذیرش فرزند) و متغیر وابسته (نمره پیش‌آزمون مؤلفه بیش حمایتگری) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه بیش حمایتگری) با ضریب خطی $0/67$ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه سهل‌گیری) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه سهل‌گیری) با ضریب خطی $0/28$ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه طرد فرزند) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه طرد فرزند) با ضریب خطی $0/12$ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره کلی پیش‌آزمون رابطه مادر- کودک) و متغیر وابسته (نمره کلی پس‌آزمون رابطه مادر- کودک) با ضریب خطی $0/49$ رابطه خطی وجود دارد. بنابراین پیش‌فرض خطی بودن روابط بین متغیرها نیز برآورده شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

جدول ۳. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر رابطه مادر -

کودک و خرده مقیاس‌های آن

خرده مقیاس‌های رابطه مادر و کودک	وضعیت	آماره Z کالموگروف-اسمیرنف	سطح معنی‌داری
پذیرش فرزند	پیش‌آزمون	0/45	0/9
	پس‌آزمون	0/51	0/55
بیش حمایتگری	پیش‌آزمون	0/54	0/92
	پس‌آزمون	1/09	0/18
سهل‌گیری	پیش‌آزمون	0/36	0/99
	پس‌آزمون	0/77	0/62
طرد فرزند	پیش‌آزمون	0/73	0/66
	پس‌آزمون	0/76	0/60
رابطه مادر- کودک	پیش‌آزمون	0/51	0/95
	پس‌آزمون	0/76	0/59

جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون آماری کولموگروف اسمیرنف پیش‌فرض طبیعی بودن متغیر رابطه

والد-فرزندی را تأیید کرده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون رابطه مادر- کودک و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجدور تا	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۸۲	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۸	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
اثر هتلینگ	۴/۵۵	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۵۵	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۲ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است، که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. جدول ۴ صرفاً بیان می‌دارد که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون رابطه مادر- کودک و خرده مقیاس‌های آن

منابع تغییر	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش فرزند	۷۲۲/۷۸	۱	۵۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
بیش حمایتگری	۶۵/۱۵	۱	۳/۳۲	۰/۰۸۱	۰/۱۲	۰/۴۱
سهل‌گیری	۳/۶۲	۱	۰/۴۴	۰/۵۱	۰/۱۹	۰/۰۹۸
طرد فرزند	۳۰۵/۸۰	۱	۳۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
رابطه مادر- کودک	۱۶۵/۵۹	۱	۳۹/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱

با توجه به مندرجات ۵، مقدار F برای مؤلفه پذیرش فرزند ۵۳/۵۲ به دست آمد که در سطح (۰/۰۰۱) $P <$ معنادار است، برای مؤلفه بیش حمایتگری ۳/۳۲ به دست آمد که در سطح (۰/۰۸۱) $P <$ ، برای مؤلفه سهل‌گیری ۰/۴۴ به دست آمد که در سطح (۰/۵۱) $P <$ معنادار نیست، برای طرد فرزند ۳۷/۴۶ به دست آمد که در سطح (۰/۰۰۱) $P <$ و برای رابطه مادر- کودک کل ۳۹/۶۲ به دست آمد که در سطح (۰/۰۰۱) $P <$ معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۱۲ تا ۶۹ درصد رابطه مادر- کودک ناشی از تاثیر متغیر مستقل (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیگیری رابطه مادر- کودک و خرده مقیاس‌های آن

منابع تغییر	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش فرزند	۹۰۸/۲۹	۱	۶۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
بیش حمایتگری	۷۵/۱۳	۱	۳/۶۷	۰/۰۶	۰/۱۳	۰/۴۵
سهل‌گیری	۳/۴۷	۱	۰/۴۱	۰/۵۲	۰/۰۱۸	۰/۰۹۴
طرد فرزند	۳۴۵/۰۲	۱	۳۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
رابطه مادر- کودک	۲۴۵/۵۵	۱	۳۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود رابطه مادر- کودک در مرحله پیگیری مؤثر بوده است ($p < 0/05$ و $F=34/35$). اندازه اثر بیانگر آن است که ۵۹ درصد تغییرات رابطه مادر- کودک ناشی از اثر متغیر مستقل یعنی آموزش پذیرش و تعهد است. همچنین توان آزمون یک است که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران مؤثر بوده است. این نتایج با پژوهش‌های (Abdullahi, 2014)، (Aslani & Azadeh, 2016)، (Naddaf Sangani, 2016)، (Farhadi Asl, 2016)، (Montgomery, 2015)، (Whittingham, Sheffield & Boyd, 2016) مبنی بر مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی همسو است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان به دیدگاه (Carnes-Holt 2012) مبنی بر این که رابطه والد-فرزندی نخستین معرف ارتباطات کودک و یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است؛ اشاره کرد. رابطه والد-فرزندی متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص است. چالش در تعامل والد- فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد (Laing, McMahon, Ungerer, Taylor, Badawi & Spence, 2010) طرد، نبود محبت، نمایش عاطفی سطحی، خصومت و ... بر روی کودکان تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را مستعد بروز مشکلات هیجانی رفتاری می‌نماید (Mantymaa, Puura, Luoma, Salmelin & Tamminen, 2004). بنابراین در جهت بهبود رابطه والد- فرزند در خانواده‌هایی که مشکلات بین فردی، خصوصاً در تعاملات بین والدین-

فرزندان دارند، نیاز به یک درمان است که از طریق به کارگیری فنون و شیوه‌های خاص آن در جهت بهبود رابطه‌های درون خانواده اقدام شود. در جهت تحقق این هدف در پژوهش حاضر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود رابطه والد-فرزند استفاده شد. در تبیین اثربخشی این درمان بر بهبود رابطه والد-کودک می‌توان گفت رویکرد درمانی پذیرش و تعهد در طیفی وسیعی از مشکلات خانواده، والدین و فرزندان مؤثر بوده است. این درمان می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی فرد و همچنین مشکلات بین فردی داشته باشد. در رابطه والد-فرزندی و یا میان فردی این درمان باهدف قرار دادن نحوه برخورد با مشکلات می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش آن‌ها داشته باشد، در رابطه والد-فرزندی که می‌تواند به هر دلیلی دچار تنش شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به این مشکلات، استرس و تنش‌های فرد را کاهش داده، اجتناب‌های وی را از بین می‌برد و بدون کناره‌گیری از فرزند خود به تعامل و پذیرش وی می‌رسد (Hamill, Pickett, Amsbaugh, & Aho, 2015). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به والد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند پردازند، تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. همچنین مادران در طی فرایند درمان به تقویت یک رابطه غیر قضاوت‌گرایانه با تجارب خود می‌پردازند و یاد می‌گیرند افکار، احساساتشان همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتند، می‌باشند و نه چیزی بیشتر از آن. در این حالت است که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا در مورد شرایط موجود در خانواده کاهش می‌یابد (Runcan, 2012).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پذیرش فرزند در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر است. میزان پذیرش و علاقه دوطرفه بین مادر و کودک، توانایی او را برای یادگیری مطالب جدید افزایش می‌دهد، درحالی‌که بدرفتاری با کودک و عدم توجه به نیازهای او می‌تواند باعث ایجاد اختلالات روان‌شناختی در بزرگ‌سالی شود (Aghabiklooei, Rasoul Zadeh, 2001). مطالعات نشان می‌دهد مادران کودکان کم‌توان ذهنی بار عاطفی منفی بیشتری نسبت به سایر مادران بر دوش دارند و پذیرش فرزند در آن‌ها کم‌تر و طرد فرزند در آن‌ها بیشتر اتفاق می‌افتد (Khodabakhshi Koolae, Khazan & Tagvae, 2014). برای تبیین یافته فوق در راستای افزایش پذیرش مادران می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش به‌عنوان یک جایگزین برای اجتناب تجربه‌ای تأکید می‌کند که شامل تمایل فعال و آگاهانه برای تجربه‌ی رویدادهای غیرقابل کنترل است بدون این که تلاش‌هایی برای تغییر انجام شود، به‌ویژه هنگامی که این کار باعث آسیب روانی بیشتر می‌شود.

در پژوهش حاضر به مادران آموزش داده شد که احساسات و افکار منفی حاصل از وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده و مشکلات همراه آن، را فقط به‌عنوان یک احساس و به‌طور کامل و بدون دفاع کردن و اجتناب و قضاوت بپذیرند. در واقع آن‌ها تشویق شدند که از مبارزه با احساسات و تجربیات ناخوشایند خود، رها شوند و این که مجبور نیستند افکار ناخوشایند را دوست داشته باشند، و فقط آن‌ها را می‌پذیرند. در واقع از این طریق بود که امیدواری بیشتری برای بهتر زندگی کردن در مادران نسبت به قبل به وجود آمد.

یافته دیگری از این پژوهش نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش بیش حمایتگری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر بود. بیش حمایتگری والدین درست در نقطه مقابل والدین پذیرنده، درخواست‌های معقولی برای پختگی دارند و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و اصرار بر این که کودک باید از آن‌ها تبعیت کند به اجرا می‌گذارند (Khanjani, Peymannia & Hashemi, 2016). فرزند پروری بیش حمایت گر به‌جای انتقال احساس ایمنی به کودک، باور آسیب‌پذیر بودن و نیاز به حفاظت شدن و حالت هشدار و درنهایت ارزیابی‌های شناختی سوگیرانه را در کودک ایجاد می‌کند (Lotfi, Farokhi & Faqihzadeh, 2014). پژوهش (Varela, Sanchez-Sosa, Bridget & Timothy, 2009) تأیید می‌کند که حمایت و پذیرش زیاد مادر به‌عنوان عامل قوی برای ایجاد اضطراب در کودکان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بررسی محتوای گویه‌های این خرده‌مقیاس مشخص می‌کند که مادران کودک کم‌توان ذهنی به دلیل ذهنیت‌هایی خاص در مورد فرزندشان که اغلب به‌طور ناآگاهانه اتفاق می‌افتد، تا حدود زیادی شرایط تحمیل‌کننده‌ای برای او و خود فراهم می‌آورند. در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش بر آن است که مادران بتوانند با ذهن و فرآیندهای ذهنی خود آشنا شوند و با افزایش ظرفیت شناختی خود رفتاری متناسب و هماهنگ داشته باشند؛ از این‌رو مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با اصلاح ذهنیت خود و بودن در زمان حال و با هوشیاری، به‌جای اجتناب از تجربه‌ها و واقعیت‌ها، آن‌ها را پذیرفتند و در نتیجه توانستند آگاهی پایین خود را به‌رغم وجود مشکلات حاصل از داشتن فرزند با کم‌توانی ذهنی افزایش دهند و متعهدانه شیوه درست ابراز فردیت و ارزشمندی کودک خود را مهیا کنند. چراکه آگاهی به مادران کمک می‌کند که قبل از افتادن در چرخه افکار منفی، از شناخت‌ها و افکار تمرکززدایی کرده و در زمان حال زندگی کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران یاد می‌دهد که افکار و هیجانات خود را مشاهده نمایند و کشف کنند که چگونه آن افکار و هیجانات با واقعیت مرتبط هستند. این نگرش با آن‌ها کمک می‌کند تصویری بسازند که بیشتر با واقعیت منطبق باشد.

یافته بعدی این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سهل گیری مادران دارای کودک کم توان ذهنی مؤثر نبود. این یافته با نتایج مطالعات (Aslani & Azadeh, Abdullahi 2014) (Whittingham, و (Montgomery, 2015)، (Farhadi Asl, 2016)، (Naddaf Sangani, 2016)، (2016) (Sheffield & Boyd, 2016)، ناهمسو است. والدین سهل گیر در عین آن که به ظاهر نسبت به کودکان خود حساس هستند، اما توقع چندانی از آن‌ها ندارند، فقدان خواسته‌های معقول همراه با خودداری از ارائه دلیل و گفت‌وگو با کودک، همواره از ویژگی‌های این والدین است. آن‌ها توقع چندانی برای انجام کارهای منزل و رفتار صحیح از کودک خود ندارد (Razavi & Robat Mili, 2016). در جهت تبیین یافته حاضر، مبنی بر مؤثر نبودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سهل گیری بیش از حد مادران، می‌توان گفت، مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود، در قبال فرزند خود بیشتر احساس مسئولیت می‌کنند که همین موضوع باعث حمایت بیشتر و در راستای آن فراهم آوردن شرایطی کنترل نشده و سهل انگارانه برای فرزندشان می‌شود تا که او بتواند با فراغ بال و تحمل رنج کم‌تری زندگی کند. از طرفی مادرانی که از نظر اجتماعی در سطح پایین‌تری هستند به دلیل مسئولیت مستقیم مراقبت از کودک و تحمل شرایط او، از تنش بیشتری برخوردار می‌باشند، که همین موضوع باعث ایجاد آشفتگی در خانواده و روابط بین اعضا می‌شود و در نتیجه پیاده کردن مقررات و قوانین در فضای خانواده مشکل خواهد بود، اقتدار والدین در خانواده در راستای پیاده کردن برنامه‌ها و کنترل شرایط زندگی پایین می‌آید و همین امر خودبه‌خود زمینه را برای ایجاد فضایی سهل انگارانه فراهم می‌آورد (Dubois- Comtois & et al, 2015).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش طرد کنندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی مؤثر است. سبک طرد کنندگی مادر نشان می‌دهد که او از کودکش بیزار است یا او را دوست نداشته است. ابزار طرد شامل بیزاری، خصومت، خشونت، بیش واکنشی و تحریک پذیری و ارتباط همراه با احساسات منفی همچون عیب‌جویی، تمسخر و عدم تصویب کودک است و اغلب با عنوان خصومت و طرد والدینی شناخته می‌شود. این واکنش ممکن است در نتیجه درخواست کودک برای کمک و توجه ابراز شود و یا بدون انجام هرگونه رفتاری از جانب کودک و والدین آغاز شود (Khanjani, Hashemi, Peymannia & Aghagolzadeh, 2014). در جهت تبیین یافته فوق می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بایان ارزش‌ها موجب وضوح و پررنگ شدن مفاهیم مهم در زندگی هر فرد می‌شود و به او تعهد را نسبت به هر یک از این ارزش‌ها را یادآور می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا با تغییر رفتار و سبک زندگی فعلی و حرکت به سمت ارزش‌ها به بهبود روابط والد-فرزندی خود بپردازد. از آن جا که به دلیل افکار طرد کنندگی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی، زندگی خانوادگی دچار

مشکل می‌گردد، شاید مهم‌ترین قسمت در اثرگذاری درمان بر کاهش طرد کنندگی مادران و بهبود روابط والد-فرزندی بیان قسمت گسلش و ارزش‌ها برای این افراد بود. در کنار این دو مورد قسمت دیگری از شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با عنوان پذیرش به‌تمامی مادران یادآور می‌شود که وجود این افکار و احساسات به علت انسان بودن و وجود ذهن در تمامی افراد است و نباید با آن‌ها به جنگ پرداخت بنابراین بایان چگونگی پذیرش مشکلات درونی از جمله افکار و احساسات ناراحت‌کننده در طی جلسات مراجع کنند این مهارت را آموزش می‌یابد تا مشکلات درونی را به‌عنوان مانع برای بهبود روابط خود در جامعه نداند و دست از تلاش در مسیر ارزش‌های خود نکشد.

یافته آخر این پژوهش نشان داد اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت رابطه والد-فرزند باگذشت زمان پایدار می‌ماند. نتایج نشان داد، بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری نمره کل رابطه والد-فرزند تفاوت معناداری وجود ندارد و این بدان معنی است که نتایج باگذشت زمان پایدار مانده است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان طولانی بودن مقیاس ارزیابی رابطه والد-کودک را نام برد که پاسخگویی را برای آزمودنی‌ها دشوار می‌کرد، برگزاری جلسه درمان توسط خود پژوهشگر و امکان سوگیری در نتایج پژوهش، مدت‌زمان محدود ۴۵ روزه برای اجرای پیگیری که ممکن بود اثربخش بودن درمان را در گذر زمان به‌خوبی نشان ندهد. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم برگزاری گروه درمانی برای گروه کنترل در پایان پژوهش با توجه به محدودیت زمان و عدم دسترسی به والدین کودکان با توجه به نزدیک شدن به پایان سال تحصیلی بود. لذا، پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بالاتر جهت تعمیم‌یافته‌های پژوهش، ابزارهای گردآوری داده‌های کوتاه‌تر برای جلوگیری از خطاهای پاسخگویی و برنامه پیگیری با مدت‌زمان بیشتر برای نشان دادن پایداری اثربخشی درمان گروهی در طول زمان، استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، به دلیل نقش پررنگ خانواده و اعضای آن در جهت حمایت و جهت‌دهی به کودک خصوصاً کودک کم‌توان ذهنی، سایر پژوهشگران از طریق جلسات گروهی مشابه سایر افراد خانواده من جمله پدران را مورد تشویق قرار داده و راه‌کارهای مناسبی را در جهت پذیرش و کاهش مشکلات موجود خانواده به آن‌ها آموزش دهند.

References

- Aghabiklooei, A., Rasoul Zadeh Tabatabaie, K., Mousavi Chelak, H. (2001). *Child abuse and neglect*. Tehran: Avand Danesh, pp: 17-21. (In Persian).
- Aslani, T., & Azadeh, S., M. (2016). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving social well-being and maternal-reproductive relationships of single-*

- parent parents, supervisor, a third international conference on psychology, educational sciences and lifestyle, torbat heydarieh, torbat-e-heydarieh university. (In Persian)
- Association, A. P., & others. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5). *American Psychiatric Pub.*
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 6; 612–624.
- Belsky, J., & pluess. M. (2011). Differential susceptibility to long-term effects of quality of child care on externalizing behavior in adolescence? *International, Journal of Behavioral Development*, 36(1), 2-10.
- Abdullahi, A. (2014). The effectiveness of parenting education based on adoption and commitment to parent-child relations, improvement of parenting styles and aggression in preschool children in neishabour city. *Master's thesis for clinical psychology*. Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran. (In Persian)
- Behrooz, B., Boali, F., Heydarizadeh, N. and Farhadi M. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles and quality of life in type II diabetic patients. *Journal of Health*, 7 (2), 253-236. (In Persian)
- Butler, L., Johns, L. C., Byrne, M., Joseph, C., O'Donoghue, E., Jolley, S., Morris, E. M.J., Oliver, J. E. (2016). Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 33-38.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis-stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885–908.
- Barney, J. Y., Field, C. E., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2017). *Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy*. *Psychology in the Schools*, 54(1), 88-100.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 6–7, 389–398.
- Carnes-Holt, K. (2012). Child-Parent Relationship Therapy for Adoptive Families. *The Family Journal*, 20(4):419–26.
- Dubois- Comtois, K., Bernier, A., Tarabulsy, G. M., Cyr, C., St- Laurent, D., Lanctot, A. S., St- Onge., Moss, E., & Beliveau, M. J. (2015). Behavior problems of children in foster care: Associations with foster mothers' representations, commitment, and the quality of mother-child interaction. *Child Abuse Negl*, 48, 119-130.
- Dadsetan, P., Ahmadi Azandi, A., & Hasan Abadi, R. (2006). Parental tension and general health. *Iranian Psychology Quarterly*. 7, 184-171. (In Persian).
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J., Schreurs, K. M.G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 51(3), 142–151.
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 816–820.
- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, JE. fisher, (eds),

- cognitive behavior therapy: *Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed.* Hoboken, NJ: Wiley, 263-265.
- Foroughan, M., Molly, G., Salimi, M., Asadi Malayeri, S. (2006). Effect of counseling on the mental health of parents of hearing-impaired children. *Journal of Audiology*, 1 (2), 53-56. (In Persian)
- Farhadi Asl, L. (2016). The Effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on the Quality of Relationships Parents of Children with Parents with Learning Disorders, *Third International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences*, Tehran, Nikan Institute of Higher Education. (In Persian)
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayse, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
- Haghranjbar, F., Kakavand, A., Barjali, A., & Barmas, A. (2012). Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Systematics and Psychology*, 1 (1), 187-177. (In Persian)
- Hojatkah, S. M., & Mesbah, I. (2017). The Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to internalized shame and social adjustment of mothers of children with the mental retardation Quarterly journal of Exceptional Persons, *Allameh Tabataba'i University*, 6 (24), 180-153. (In Persian)
- Hamill, T. S., Pickett, S. M., Amsbaugh, H. M., & Aho, K. M. (2015). Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72, 24-29.
- Hayes, SC., Strosahl, K. Wilson, KG., Bissett, RC., Pistorelo, J., Tormino, D., & etall. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*, 54(4), 553-578.
- Izadi, R., & Abedi, M., R. (2016). *Treatment based on acceptance and commitment*. Fifth edition, Tehran: Jangal, Kavoshir. (In Persian).
- Kabiri Nasab., Y., Abdollah Zadeh, H. (2016). The effectiveness of mindfulness based on acceptance and commitment to the awareness of the body and expression of the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 2 (2), 132-125. (In Persian).
- Khanjani, Z., Peymannia, B., & Hashemi, T. (2016). Predicting the quality of mother-child interaction with various types of anxiety disorders in primary school children according to cultural characteristics of Iranian mothers. *New Educational Thoughts*, 12 (2), 260-239. (In Persian).
- Khanjani, Z., Hashemi, T., Peymannia, B., & Aghagolzadeh, M. (2014). The relationship between the quality of mother-child interaction in separation anxiety and school phobia in children. *Nursing magazine of Urmia*, 25 (3), 240-231. (In Persian).
- Khodabakhshi Koolae, AK., Khazan. S., & Tagvae, D. (2014). Mother-child relationship and burden in families of children with mental retardation. *Middle East Journal of family medicine*, 7 (10): 32-36. (In Persian).
- Laing, S, McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N & Spence, K. (2010). Mother-child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. *Early Human Development*, 86, 793-800.
- Lotfi, M., Farokhi., & Faqihzadeh, S. (2014). Development of motor skills in mentally retarded children. *Quarterly Exceptional Children's Edition*, 14 (4), 68-58. (In Persian).

- Lotfi Kashani, F., & Vaziri, Sh. (2007). Child psychiatry. Tehran: Arasbaran publication. (In Persian)
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: Pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, 14, (11), 1398-1406.
- Mantymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health, and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior & Development*, 27, 134- 149.
- Mousavi Vanhari, F. (2015). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on Reducing Psychological Distress in Mothers with Mental and Physical Infertility, *The First National Congress on Social Empowerment in the Social Sciences of Psychology and Education*, Tehran, Center for Empowerment of Social and Cultural Skills. (In Persian).
- Mckay, M., Lev, A., & Skeen. M. (2008). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems (along with group therapy leaflet)*. Translation by Mahmoud Roganchi, Rezvan Sadat Jazayeri, Azra Etemadi, Maryam Fatehizadeh, Khademarad Momeni and Seyyed Mohsen Hojjatkah. (2016). Kermanshah, Razi University Press.
- Mohammadi, A., Keshavarzi Arshadi., F, Farzad. & Salehi, M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment treatment on marital satisfaction of depressed women. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 17 (2), Successive 64, 35-26. (In Persian)
- Masen p H., Kiggan, J., Houston, E., K., and Congar, J. (No more). *Growth and child's personality*. Translation by Mahshid Yasayi (2012). Sixth Printing, Tehran, Center Publishing.
- Mirzahoseini, H., Pourabdel, S., Sobhi Qaramalki, N., & Saravani. (2016). The effectiveness of admission and commitment therapy is to reduce student cognitive avoidance learning disabilities. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22 (3), 175-166. (In Persian).
- Montgomery, D. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism. *dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy psychology*. College of social and behavioral sciences, Walden University, Minneapolis, Minnesota, United States.
- Naddaf Sangani, H., R. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for mothers on the relationship between parent and child bearing hyperactivity disorder. *Fourth International Conference on Behavioral Sciences and Social Studies, Frankfurt, Germany*. (In Persian).
- Ogilvie, A. M. (2005). balancing act: Child welfare and overindulgence. *Journal of Children and Youth Services Review*, 28(65), 610-619.
- Permeghias, A. (1382). The study of effective factors on the attitude of mothers with mentally handicapped children towards the ways of keeping mentally handicapped children in families and night-time institutions of Tehran province. *Master's thesis on rehabilitation management*. University of Welfare and Rehabilitation Sciences.
- Parsa, M. (2014). *Psychology of child and adolescent development*. Twentieth Printing, Tehran: Be'sat Publishing. (In Persian).
- Runcan. P. L. (2012). The time factor: does it influence the parent-child relationship? *Procedia-social and behavioral sciences*, 33, 11-14.

- Roth, R. M. (1961). *Manual the mother-child relationship evaluation*. Los Angeles: Division of Manson Western Corporation.
- Razavi, j. S., & Robat Mili, S. (2016). Parenting styles and their definitions. The first international conference on modern research in the field of education and psychology and social studies, Center for Islamic Studies and Studies, *Soroush Hekmat Mortazavi*, Qom, Iran. (In Persian).
- Saavedra, K. (2008). Toward a new acceptance and commitment therapy (ACT) treatment of problematic anger for low-income minorities in substance abuse recovery: A randomized controlled experiment. *PsyD dissertation, Wright Institute, Berkeley, CA*.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 3, (8), 965–978.
- Saeedi, M., & Khalatbari, J. (2016). The effectiveness of treatment-based on acceptance and commitment on adaptation and quality of life for people with disabilities covered by well-being. *Quarterly Journal of Educational Psychology*, 7 (1), 62-53. (In Persian)
- Shariatmadari, A. (2006). *Educational psychology*. Tehran: Amir Kabir Publications. (In Persian).
- Varela, R. E., Sanchez-Sosa, J. J., Bridget, K. B., & Timothy, M. L. (2009). Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety. *Journal of anxiety disorder*, 23(5), 609–616.
- Vanaki, Z, Mohammad Khan Kermanshahi, P. S., Ahmadi F., Azad Falahi, P., & Kazemnejad. A. (2006). Mothers' experiences of having a retarded mentally. *Rehabilitation Journal*. 7 (3): 33-26. (In Persian).
- Wang, S., Zhou. Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.
- Whittingham, K., Sheffield, J., & Boyd, R. N. (2016). Parenting acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. *Journal of neurointerventional surgery*, 6(10), 1-6. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-012807.
- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 4; 248–257.
- Yazerlo, M., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Investigating the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on quality of life in Golestan police officers. *Journal of Law Enforcement, Golestan*, 7 (26), 158-139. (In Persian).
- Zamiri, R. (2005). *The relationship between the type of delivery and the emotional relationship between the child and the mother in preschool girls (kindergartens under the supervision of the welfare organization of Mashhad)*, Islamic Azad University of Roodehen Branch. (In Persian).



تیموری، سعید؛ غفاریان، گلناز؛ یزدان پناه، فرشته (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.66503

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۱۱۵-۱۰۱.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی

سعید تیموری^۱، گلناز غفاریان^۲، فرشته یزدان پناه^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۹ تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۲۴ نفر (۱۲ زوج) از زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۹ شهر مشهد بود که ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه گمارش شدند. اعضای گروه آزمایش تعداد ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند، اما برای اعضای گروه گواه مداخله خاصی ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط گروه نمونه تکمیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در پس‌آزمون، رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه گواه، افزایش معناداری داشته است. یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث بهبود رضایت زناشویی در تعارض زوجین می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، رضایت زناشویی، تعارض زوجین.

۱. دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران، (نویسنده مسئول)، Steimory28@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

مقدمه

یکی از عوامل بسیار مهم در رابطه زوجین، رضایت زناشویی است. رضایت زناشویی به معنای سازش بین انتظارات فرد از زندگی زناشویی و آنچه که به طور واقعی در زندگی‌اش تجربه می‌نماید، می‌باشد. طبق تعریف فوق، رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند (Giziber, 2005 Quoted by Yavari kermani, 2008). رضایتمندی زناشویی یک مفهوم پویا است زیرا ماهیت و کیفیت روابط میان افراد در خلال زمان تغییر می‌یابد که این مطلب امکان شناسایی عوامل تأثیرگذار بر رضایت از یک رابطه را فراهم می‌نماید. هر چند ممکن است که این قبیل روابط پیچیده بوده و حاوی تعاملات میان متغیرهای بسیار باشند (Quoted by Roshani, 2011 Larson & Holman, 2001). رضایتمندی زناشویی را نمی‌توان صرفاً بر اساس فشارهای روانی بیرونی تبیین کرد؛ تفاوت ازدواج‌های شاد و ناشاد را حداقل تا حدودی می‌بایست در پرتو شیوه‌ای تبیین کرد که طرفین به فشار روانی پاسخ می‌دهند و یا با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند (Moradi, 2000). ویژگی‌های شخصیتی و نحوه تعاملات بین فردی نقش مهمی در رضایت زناشویی دارد (Ahadi, 2007). ارتباط میان فردی مناسب سبب ابراز عشق، دوستی و صمیمیت زوجین به یکدیگر و ارضای نیازها و خواسته‌های آنها می‌گردد. در صورتی که فقدان روابط صمیمی سبب بروز روان‌آزردگی، خشونت، پرخاشگری، منازعات فراوان، انتقادهای مکرر، اجتناب از حل مشکل و عدم همراهی عاطفی می‌گردد (Bowlton, 1996). یکی از منابع تعارض زناشویی پرخاشگری کلامی و فیزیکی زوجین با یکدیگر است، این تعارضات ایجاد شده می‌تواند زمینه ساز بروز برخی آسیب‌های روانی مانند افسردگی، اختلال‌های خوردن، سوء مصرف مواد، کاهش سلامتی و همچنین ایجاد برخی بیماری‌ها مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و دردهای مزمن گردد (Fincham, 2003). عمده‌آزمایه‌های سنجش رضایت پس از ازدواج در سراسر دنیا نشان می‌دهند پس از عبور زندگی مشترک از مرز هیجان‌ات اولیه و ورود به عرصه متلاطم زندگی روزمره، نوعی افت رضایتمندی از کیفیت عاطفی، اجتماعی یا جسمانی زناشویی مشاهده می‌شود (Bowling & Hill, 2005). چنین افتی بخصوص با حضور فرزندان و مشکلاتشان و افزایش تعهدات و چالش‌های زندگی جدی‌تر نیز می‌گردد. (Stance, 2008 Quoted by GHolamiyan & Ahmadi, 2004). شواهد فراوانی گویای آن است که زوج‌ها در جامعه امروزی برای برقراری ارتباط صمیمی و درک احساسات از جانب همسرانشان با مشکلات فراوانی درگیرند. در حقیقت این معضل سبب پریشانی در روابط زناشویی شده است (Usefi & Sohrabi, 2011).

تلاش های متعددی در زمینه مداخلات درمانی به منظور بهبود رضایت زناشویی زوجینی که درگیر تعارضات زناشویی هستند، انجام شده است. در حال حاضر دیدگاه های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض های زناشویی و بهبود رابطه عاطفی زوجین هستند. رویکردهایی از قبیل زوج درمانی مبتنی بر روان تحلیل گری، درمان نظام های گسترده خانواده بوئن، زوج درمانی تجربی، زوج درمانی رفتاری شناختی، زوج درمانی راهبردی، زوج درمانی یکپارچه نگر، زوج درمانی هیجان محور و ... به ارائه مبانی و روش هایی جهت جلوگیری از بروز طلاق و تحکیم پیوند زناشویی پرداخته اند و هر یک موفقیت های چشم گیری در این زمینه کسب کرده اند (Roshani, 2011). یکی از رویکردهای درمانی که در زمینه افزایش رضایت زناشویی توجه پژوهشگران زیادی را معطوف به خود ساخته است، رفتار درمانی دیالکتیک^۱ می باشد.

رفتاردرمانی دیالکتیک که مداخله رفتاری بلند مدتی است، ابتدا برای کاهش رفتار خودکشی در بزرگسالان به کار رفته است و تنها درمان روانشناختی مورد استفاده برای افراد خودکشی کننده و زنان تشخیص داده شده با اختلال شخصیت مرزی^۲ است (Linhan & et ; Dimeff, Koerner & Linhan, 2001; al, 2002; Soler & et al, 2004).

رفتار درمانی دیالکتیک بر ساختار تأکید دارد. این درمان، علائم آسیب شناسانه را به شکل حل مسئله ناسازگارانه مورد ملاحظه قرار می دهد. این روش، درمان شناختی- رفتاری^۳ را خوب مورد تحقیق قرار داده و تکنیک هایی از آن را برای حل مشکلات زندگی مراجعان به روش های سازگار یافته تر، استفاده می کند (Miller, Rathus & Linhan, 2007).

همچنین رفتار درمانی دیالکتیک عناصر مشترکی با روان پویشی، درمان مراجع محور، گشتالت، درمان مبتنی بر قصد تناقضی و درمان راهبردی دارد و رویکردهای استراتژیک درمانی از علوم رفتاری، ذهن آگاهی و فلسفه دیالکتیک که تعریف ویژگی های آن است را شامل می شود (Dimeff & et al, 2001). رفتار درمانی دیالکتیک مداخلات مربوط به درمان های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است، را با آموزه ها و فنون فلسفه شرقی ذهن درآمیخته است و بر این اساس^۴ مؤلفه مداخله ای را مطرح می کند:

(۱) «هشیاری فراگیر بنیادین^۴» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد پذیرش می باشد.

-
1. Dialectical Behavior Therapy
 2. Borderline personality disorder
 3. Cognitive Behavior Therapy
 4. Core mindfulness

۲) «تحمل پریشانی^۱» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد پذیرش می‌باشد.

۳) «تنظیم هیجانی» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد تغییر می‌باشد.

۴) «کارآمدی بین فرد^۲» که یک مؤلفه مبتنی بر راهبرد تغییر می‌باشد.

تحقیقات مختلفی اثربخشی تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیک را بر کاهش تعارضات درون فردی مانند بی‌نظمی‌های هیجانی، آشفتگی‌های شناختی، احساس پوچی مزمن، کنترل تکانشگری و مدیریت خشم کاهش‌ناشان‌های افسردگی، افکار خودکشی، اضطراب، احساس درماندگی و رفتارهای خود آسیب‌رسان نشان داده‌اند (Robins, 1993; Linhan, Heard & Armstrong, 1993; Bohus & Linhan, 2002; et al, 2002; et al, 2004; & Chapman, 2004). از سوی دیگر پاره‌ای از مطالعات، رفتار درمانی دیالکتیک را در کاهش تعارضات بین فردی نیز به کار برده‌اند و در تحقیقات خود اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک را بر کاهش مشکلات پرخاشگری و ناسازگاری خانواده‌های مجرمین و بهبود تعاملات نوجوانان و خانواده‌ها نشان دادند (Fruzzetti & Levensky, 2000; Woodbury & Popenoe, 2008).

تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش مشکلات رفتاری خانواده‌ها و پرخاشگری تاثیر زیادی دارد (Wilks & et al, 2016; Frazier & vela, 2014). همچنین در تحقیقی که ادغام رفتار درمانی دیالکتیک و درمان شناختی-رفتاری برای زوجین انجام شد، نشان داد که ادغام این دو درمان سبب افزایش مهارت حل مسئله و مدیریت عواطف و ارتباطات زوجین شده است (kitby & baucom, 2007). با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می‌رسد که فنون رفتار درمانی دیالکتیکی با تاثیری که بر کاهش تعارضات درون فردی و بین فردی ایجاد می‌کند، می‌تواند موجب افزایش رضایت زناشویی زوجین گردد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر رضایتمندی زناشویی در تعارض زوجینی می‌باشد.

روش

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

1. Distress Tolerance
2. Interpersona Effectiveness

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجین متعارض مراجعه کننده به کلینیک های مشاوره روانشناختی منطقه ۹ شهر مشهد در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۳ تشکیل می دهند. در اکثر پروژه های تحقیقی محدودیت های مالی، وقت و نیروی انسانی، اندازه نمونه ای را که لازم است مورد مطالعه قرار گیرد محدود می سازند، حجم نمونه در مطالعات آزمایشی در حدود ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (Delavar, 2015). با توجه به موارد بالا و معیار های ورود به تحقیق پژوهشگر نمونه ای به حجم ۲۴ نفر (۱۲ زوج) با روش نمونه گیری هدفمند (به دلیل وجود محدودیت های مختلف امکان استفاده از نمونه گیری تصادفی وجود نداشت) با جایگزین تصادفی، از بین افراد جامعه آماری انتخاب کرد.

معیارهای شمول این تحقیق عبارت اند از: وجود تعارض زناشویی با توجه به نتایج پرسشنامه رضایتمندی زناشویی، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، گذشتن حداقل ۵ سال از زمان ازدواج، عدم اعتیاد هر یک از زوجین، عدم ابتلا به بیماری روانی شدید و عدم مصرف داروهای روانپزشکی در حال حاضر. سپس از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب که در هر گروه تعداد ۱۲ نفر (۶ زوج) حضور داشتند.

شرکت کنندگان: از میان اعضای گروه آزمایش، ۲۵ درصد تحصیلات دیپلم، ۳۳/۳ درصد فوق دیپلم و ۴۱/۷ درصد لیسانس داشتند. از میان اعضای گروه گواه، ۵۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۲۵ درصد فوق دیپلم و ۲۵ درصد لیسانس داشتند. از میان اعضای گروه آزمایش، ۵۸/۳ درصد دارای شغل آزاد، ۲۵ درصد کارمند و ۱۶/۷ درصد خانه دار بودند. از میان اعضای گروه گواه، ۴۱/۷ درصد دارای شغل آزاد، ۳۳/۳ درصد کارمند و ۲۵ درصد خانه دار بودند. میانگین سنی آزمودنی های گروه آزمایش ۳۱/۰۸ سال و میانگین سنی آزمودنی های گروه گواه ۳۲/۵۸ سال بود.

ابزار تحقیق:

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

مقیاس رضایت زناشویی انریچ: برای بررسی میزان رضایت زناشویی، پرسشنامه انریچ انتخاب شده است. این پرسشنامه توسط فاورز و السون (Fowers & Olson, 1989) تهیه شده و هدف آن سنجش نقاط قوت و ضعف در روابط زناشویی است.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ که از جامعیت خاص برخوردار است، بارها در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون مورد استفاده و ارزیابی قرار گرفته است. فرم اصلی این پرسشنامه از ۱۱۵ سؤال بسته و ۱۲ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که به جز مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد، بقیه مقیاسها شامل ۱۰ سؤال است. پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق - موافق - نه موافق و نه مخالف - مخالف - کاملاً مخالف) است.

السون (Olson, 1983) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نموده و معتقد است که هر یک از موضوع‌های این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است (Quoted by Solymanian, 1997). ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه زناشویی می‌تواند مشکلات بالقوه زوج‌ها را بیان کند، یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آنها را مشخص کند.

فرم اصلی با توجه به زیاد بودن سؤال‌های پرسشنامه موجب خستگی بیش از اندازه آزمودنی‌ها می‌شد، بنابراین سلیمانیان (Solymanian, 1997) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی تفکرات غیر منطقی در نارضایتی زناشویی" فرم کوتاهی از این پرسشنامه تهیه کرد که دارای ۴۷ سؤال است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه انریچ از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ توسط فاورز و همکاران (Fowers & et al, 1989)، ۰/۹۲ در پژوهش مهدویان (Mahdanian, 1997)، ۰/۹۴ و در پژوهش سلیمانیان (Solymanian, 1994)، ۰/۹۳ در پژوهش عبادت‌پور (Ebadatpor, 2000)، ۰/۹۵ گزارش شده است.

خلاصه جلسات درمانی

جلسات درمانی توسط یک نفر از پژوهشگران با نظارت و همکاری پژوهشگران دیگر در کلینیک سروش برگزار شد. گروه آزمایش براساس پروتکل درمانی و با توجه به زمان محدود طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی، رفتار درمانی دیالکتیک را براساس گام‌های درمانی زیر دریافت کردند.

جدول ۱. خلاصه جلسات، چهارچوب و ساختار کلی جلسات

عنوان و روند جلسات	جلسات درمان
آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد کردن احساس راحتی اعضا با هم در رابطه با ابراز کردن احساسات، توضیح درباره نحوه کار گروه، رازداری، حضور مرتب جلسات، تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان کردن مشکلات زندگی زناشویی	جلسه اول
آموزش تکنیک درک هیجان در روابط، اجزاء آن و تاثیراتش که شامل هیجان چطور عمل	جلسه دوم

می کند، آسیب پذیری در برابر تجربه های هیجانی منفی، واکنشی بودن، زمان رسیدن به تعادل	
آموزش تکنیک پذیرش خود و همسر که شامل آگاهی از ارتباط، خود آگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و وجود خشم در روابط	جلسه سوم
آموزش تکنیک چگونگی توقف اوضاع وخیم که شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زیانبار می شود	جلسه چهارم
آموزش تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی شدن و شرطی سازی مجدد، شرطی سازی با جعبه و آلبوم	جلسه پنجم
آموزش تکنیک فعال سازی مجدد روابط که شامل راههای مختلف با هم بودن، موقعیت های دارای تعارض، موقعیت های لذت بخش می شود	جلسه ششم
آموزش تکنیک ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم انگاری خواسته ها، بیش انگاری خواسته ها می شود	جلسه هفتم
آموزش تکنیک مدیریت مسائل و راه حل های گفتگو کردن که شامل مدیریت مساله در مقابل حل مساله، تعیین مسئله، تجزیه و تحلیل مسئله می شود.	جلسه هشتم

یافته ها

در این قسمت اطلاعات مربوط به فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه رضایت زناشویی بر روی زوجین عضو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه می گردد. جدول ۲ شاخص های توصیفی داده های حاصل از اجرای پرسشنامه رضایت زناشویی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون رضایت زناشویی

پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	متغیر	گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	-	-	-
۱۰	۱۹۱	۱۴/۰۷	۱۲۶/۱۱	۱۲	رضایت زناشویی	آزمایش
۱۳/۵۰	۱۲۳/۵۰	۱۳/۱۸	۱۲۷/۷۵	۱۲	رضایت زناشویی	گواه

همان طور که مشاهده می شود میانگین نمرات رضایتمندی زناشویی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش چشم گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده

نمی‌شود. جهت سنجش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده می‌گردد.

در تحلیل کوواریانس، تفاوت گروه‌ها در یک متغیر با کنترل یک یا چند متغیر دیگر که ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، اندازه‌گیری می‌شود. لذا برای مقایسه میانگین نمرات رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌های دو گروه در پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد، به این صورت که اثرات پیش‌آزمون به عنوان هم‌متغیر کنترل گردید. برای اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه رضایتمندی زناشویی دارای توزیع نرمال هستند (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر رضایتمندی زناشویی معنادار نمی‌باشد). مفروضه همگنی واریانس‌های متغیر رضایتمندی زناشویی با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که آزمون لون در متغیر رضایتمندی زناشویی معنی‌دار نمی‌باشد ($F_{(1,22)}=1/396, P=0/247$) که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجراست. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسه پس آزمون رضایتمندی زناشویی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	P-value	ضریب اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۱۶۰۵/۹۴۷	۱۸/۶۵۶	۰/۰۰۰	۰/۴۷۰	۰/۹۸۴
گروه	۱	۱۷۶۶/۴۵۷	۲۰۵/۲۶۳	۰/۰۰۰	۰/۹۰۷	۱/۰۰۰
خطا	۲۱	۸۶/۰۸۲				
کل	۲۴					

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون رضایتمندی زناشویی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی، نمرات رضایتمندی زناشویی زوجینی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($F_{(1,21)}=205/263, P<0/005$). برای پاسخ به این سوال که رفتار درمانی دیالکتیک بر ابعاد مختلف رضایت زناشویی چگونه است؟ از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد، از آنجا که یکی از پیش فرض‌های استفاده از این تحلیل، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها است، از آزمون باکس برای بررسی

این همسانی استفاده شد که نتایج نشان می دهد که کواریانس در دو گروه ($F=1/07, P>0/05$) برابر هستند؛ همچنین یکی از پیش فرض های استفاده از تحلیل مانکوا همسانی واریانس نمرات می باشد. برای بررسی همسانی واریانس نمرات از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که شرط همگنی واریانس نمرات در همه خرده مقیاس ها ($F=0/12, P>0/05, 0/85, 0/14, 0/10, 0/32, 0/27, 0/31, 0/83$) برقرار است. نتایج آزمون تحلیل مانکوا در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون های معنی داری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه ها	اثر پیلایی	۱/۰۲	۱۲	۱۰۶	۶/۴۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۵	۱۲	۱۰۴	۴/۴۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۹۹	۱۲	۱۰۲	۸/۴۸	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه ری	۲/۵۳	۶	۵۳	۱۴/۶۹	۰/۰۰۱

یافته های موجود در جدول ۴ نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیری را روی نمرات رضایت زناشویی گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. در نتیجه رفتار درمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجین تاثیر معنادار داشته است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) جهت مقایسه گروه های آزمایشی و کنترل در ابعاد رضایت زناشویی

خرده مقیاس	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات بین گروه ها	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
مسائل شخصیتی	۱۶۸/۸۰	۸۶/۵۰	۳۳/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰۰
حل تعارض	۱۴۵/۰۷	۷۵/۵۰	۲۹/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰۰
ارتباط زناشویی	۱۰۶/۲۵	۵۴/۱۵	۲۹/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۱/۰۰۰
رابطه جنسی	۱۰۷/۸۰	۵۳/۳۶	۲۷/۴۹	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۹۹۹
خانواده و دوستان	۳۶/۹۷	۱۷/۹۰	۱۰/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۱/۰۰۰
فرزندان و فرزند پروری	۱۵/۱۱	۷/۰۵	۶/۰۱	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۹۹۹
فعالیت های اوقات فراغت	۵۷/۸۵	۲۷/۴۸	۱۵/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۹
مدیریت مالی	۲۱/۰۴	۱۰/۹۶	۴/۸۹	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۹۹۹
جهت گیری مذهبی	۷۰/۱۲	۳۳/۹۶	۱۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۹۹

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که سطح معناداری همه خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی به جز خرده‌مقیاس مدیریت مالی، فرزندان و فرزند پروری و رابطه جنسی معنادار می‌باشند. بیشترین ضریب تاثیر یا مجذور اتا مربوط به خرده‌مقیاس‌های فعالیت‌های اوقات فراغت (۰/۳۶)، حل تعارض (۰/۳۳) و ارتباط زناشویی (۰/۳۱) است که بیشترین میزان اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تعارض زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوجینی انجام شد. نتایج حاکی از این بود که رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی باعث افزایش رضایتمندی زناشویی در تعارض زوجین می‌شود. این یافته با نتایج تحقیقات فرازتی و همکاران (Fruzzetti & et al, 2000) و وودبری و همکاران (Woodbury & et al, 2008) علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فدردی (Alavi, Modares gharavi, Amin yazdi & Salehi fedradi, 2011)، لارنس و برادباری (Lawrence & Bradbury, 2000)، دایمف و همکاران (Dimeff & et al, 2001)، آنتونی (Anthony, 2007) و کربی و همکاران (Kirby & et al, 2007) به ترتیب تأثیرات معنادار رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود سازگاری بین فردی، کاهش مشکلات پرخاشگری و ناسازگاری زوجین، مدیریت عواطف و هیجان‌های زوجین، و بهبود تعاملات والد-نوجوان اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد.

از سوی دیگر از آنجا که رفتاردرمانی دیالکتیک با کاهش تعارضات درون فردی، بهبود روابط بین فردی را میسر می‌سازد نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات مختلفی که اثربخشی تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش تعارضات درون فردی مانند بی‌نظمی‌های هیجانی، آشفتگی‌های شناختی، احساس پوچی مزمن، کنترل تکانشگری و مدیریت خشم، کاهش نشانه‌های افسردگی، افکار خودکشی، اضطراب، احساس درماندگی و رفتارهای خود آسیب‌رسان همسو باشد (Linhan & et al, 1993 2004; Robins & et al, 2002).

در تبیین این یافته‌های پژوهش باید به مکانیسم عمل رفتاردرمانی دیالکتیکی و چگونگی اثرگذاری آن بر مقابله با مسائل و مشکلات ارتباطی زوجین اشاره کرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان طرحی اساسی برای درمان مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی مفهوم سازی شده است که هدف اصلی خود را بهبود خودتنظیمی در روابط اجتماعی قرار می‌دهد. باورها و هیجانات خاص بعضی از افراد درگیر در مسائل ارتباطی به تداخل راهبردهای رفتاری و شناختی با خود تنظیمی منجر می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده

است که بعضی افکار نظیر باورها در مورد معنای خاصی از افکار و باور در مورد اثر بخشی حافظه و کنترل شناختی در به وجود آمدن و تداوم اشکال غیر انطباقی مقابله با مسائل ذهنی و ارتباطی مشارکت دارند. لذا هدف رفتار درمانی دیالکتیکی این است که دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با مسائل ذهنی و ارتباطی را تغییر دهد (Linhan & et al, 2002). رضایت مندی زناشویی در گرو چگونگی مقابله با فشارهای روانی که زوجین در مسیر زندگی با آن‌ها روبرو می‌شوند، است. عامل مهم در مقابله با فشارهای روانی، مسائل ذهنی و باورهای افراد است، تعدیل و اصلاح باورها درباره کیفیت برخورد با هیجانات ارتباطی و نیاز به کنترل افکار از طریق کاهش تلاش برای کنترل آن‌ها و فاجعه زدایی و کم رنگ کردن اهمیت شان برای رهایی از نشانگان رنج آور مرتبط با فشارهای روانی و همچنین مشکلات زناشویی، تاثیر زیادی در رضایت زناشویی دارد. رفتار درمانی دیالکتیکی با ارائه راهبردهای مقابله مبتنی بر هشیاری فراگیر و تحمل پریشانی و همچنین راهبردهایی از قبیل ارزیابی مجدد، تفکر درباره نکات مثبت موضوع و اجازه عبور به فکر، نظارت بهتری را بر موقعیت برای فرد به ارمغان می‌آورد (Linhan & et al, 2002). متعاقبا این نظارت بهتر بر موقعیت، استرس زناشویی او را کاهش داده و رضایتمندی زناشویی او را افزایش می‌دهد. در جلسات رفتار درمانی دیالکتیک برای زوجین چگونگی شکل‌گیری و مکانیسم عمل روش‌های مواجهه غلط با هیجانات ارتباطی، موانع تنظیم هیجانی آن‌ها را در هنگام برخورد با مشکلات زناشویی، فرایند اثرگذاری این موانع بر کیفیت رابطه با همسر و پیامدهای آن‌ها را بر حالات هیجانی فرد برای زوجین بازگویی شد. در نتیجه تجربه محقق همسو با نتایج دیگر تحقیقات به او نشان داد که تنها در صورتی افراد از چسبیدن به روش‌های تنظیم هیجانی ناکارآمد خود دست می‌کشند که از پیامدهای منفی این راهبردها بر کیفیت ارتباطات خود با همسر و دیگران آگاهی می‌یابند.

از سوی دیگر، رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل «تغییر» می‌باشند، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که مبتنی بر اصل «پذیرش» می‌باشند درآمیخته است. همان‌طور اشاره شد از مهم‌ترین مولفه‌های تغییر در رفتار درمانی دیالکتیک، هشیاری فراگیر است. هشیاری فراگیر که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد در کنترل تاثیرپذیری از افکار و هیجانانش را به طور چشم‌گیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجانات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند (Bohus & et al, 2004).

هشیاری فراگیر با قابلیت بالایی که در کاهش اضطراب و استرس و افزایش تمرکز برای کسانی که این روش را به کار می‌برند، دارد و سبب می‌شود فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی، تنظیم هیجانی را مختل می‌کنند، ثبات هیجانی‌اش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی باعث می‌شود افکار خودآیند و هیجانات منفی، اشتغال فکری بیش از حدی که قبلاً برای فرد به وجود می‌آوردند را ایجاد نکنند و به تنظیم هیجانی آسیب نرسانند. در واقع اجرای تکنیک‌های هشیاری فراگیر باعث می‌شود از ابتدا، جلوی اختلال در تنظیم هیجانی گرفته شود (Alavi & et al, 2011).

یکی از عوامل مهم در تعارض زوجین در کنار مقابله نادرست با فشار روانی و استرس، نداشتن مدیریت عواطف و هیجانات و همچنین وجود خطاهای شناختی که سبب ارتباط میان فردی نامناسب میان زوجین می‌شود، مولفه هشیاری فراگیر رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش اضطراب و استرس در فرد می‌گردد، و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی، بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با مشکلات زناشویی و هیجانات منفی مرتبط با زندگی زناشویی می‌انجامد که این به نوبه خود باعث بهبود رضایتمندی زناشویی می‌گردد. از مزایای استفاده از روش هشیاری فراگیر این است که این روش پس از یادگیری کامل، توسط خود فرد بدون حضور درمانگر قابل استفاده و به راحتی در دسترس است و حتی در پیشگیری از عود هیجانات منفی مرتبط با مسائل زناشویی، بسیار مؤثر است.

از سوی دیگر، رفتار درمانی دیالکتیک سبب بهبود مهارت حل مسئله و مدیریت هیجان‌های در زوجین می‌شود (Kirby & et al, 2007). رفتار درمانی دیالکتیک سبب می‌شود که زوجین از مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تر استفاده کنند، در نتیجه در برخورد با مسائل امکان انکار آن‌ها وجود ندارد. آن‌ها همچنین به پذیرش مسائل و استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای مناسب از قبیل حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی، حل مسئله برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت روی می‌آوردند. توانایی مهارت حل مسئله تاثیر زیادی در رضایت زناشویی دارد.

فرازتی و همکاران (Fruzzetti & et al, 2000) اشاره می‌کند افرادی که رفتار درمانی دیالکتیک را تجربه می‌کنند، یاد می‌گیرند با محیط‌هایی که همراه با تجارب جدید است و خلاقیت و ابتکار آن‌ها را به چالش می‌کشد، مواجه شوند و تجربیات مثبتی برای خود خلق کنند، لذا احساسات مثبت زیادی را تجربه می‌کنند. این افراد با شرایط اجتماعی جدید به خوبی سازگار می‌شوند و از برقراری رابطه با افراد جدید

استقبال می کنند، لذا حمایت های اجتماعی گسترده ای را به دست می آورند و از این طریق رضایتشان از زندگی زناشویی افزایش می یابد. از سوی دیگر این تجارب بر نحوه ارضای نیازهای عاطفی، اجتماعی و مادی افراد در زندگی زناشویی تاثیرات مثبتی می گذارد که سرمایه های روانی او را بهبود می بخشد. متعاقباً ارضای مناسب نیازهای عاطفی، اجتماعی و مادی در زندگی زناشویی، زمینه افزایش رضایت زناشویی آنها را فراهم می کند. همان طور که مشاهده می شود رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی باعث افزایش رضایت زناشویی در تعارض زوجین می گردد. نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش های رفتاردرمانی دیالکتیکی در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض حمایت می کند.

References

- Ahadi, B. (2007). The relationship between personality and marital satisfaction. *Journal of Contemporary Psychology*, 2(20), 31-37. (In Persian).
- Alavi, kh., Modares gharavi, M., Amin Yazdi, A., & Salehi Fadradi, J. (2011). The Effectiveness of Group Dialectic Behavioral Therapy on Depression Symptoms in Students. *Journal of Principles of Mental Health*, 2(13), 124-135. (In Persian).
- Anthony, C. (2007). A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on school. Ph.D. Dissertation, The faculty of department of psychology in Sam Houston State University.
- Bohus, M. Heaf., B. slimms, T., Limberger. M., Schmahl, c., unckel, c., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and therapy*, 42(5), 487-499.
- Bolton, R. (2004). Human relations psychology. Translated by Sohrabi, H. Tehran: Roshd Publication. (Published in the original language, 1996). (In Persian).
- Bowling, T., & Hill, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *The Family Journal*, 13(1), 87-94.
- Delavar, A. (2015). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd.
- Dimeff, L., Koerner, K., & Linehan, M. M. (2001). Summary of research on dialectical behavior therapy. Seattle, WA: Behavioral Tech, LLC.
- Ebadatpor, B. (2000). Standardization of marital communication patterns questionnaire in Tehran, 2000-2001. MA dissertation for family counseling, Tarbiat Moalem University of Tehran. (In Persian).
- Fincham, F. D. (2003). Marital Conflict: Correlates, Structure, and Context. *Current Directions in Psychological Science*, (12) 1, 23-27.
- Frazier, S. N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156-163.

- Fruzzetti, A., & Levensky, E. R. (2000). Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rational, and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 435- 447.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 65-79.
- GHolamiyan, F., & Ahmadi, A. (2008). Quality of marital life. *Journal of New psychotherapy*, 50, 59-73.
- Kirby, S. J., & Baucom, H. (2007). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy: A Couples Skills Group for Emotion Dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 394-405.
- Lawrence, E., & Bradbury, T. N. (2000). Physical aggression and marital dysfunction: A Longitudinal analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 4-12.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*, (67), 13-29.
- Mahdavian, M. (1997). Investigating the effect of marital satisfaction and mental health education. Master thesis. Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences. (In Persian).
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. *Gilford press*.
- Moradi, M. (2000). Study of marital skills training on marital satisfaction. MA dissertation in the Alzahra University of Tehran. (In Persian).
- Robins, C. J., & Chapman, A. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89.
- Roshani, F. (2011). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy with rational-emotional-behavioral therapy in increasing marital adjustment. MA dissertation, in the Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2004). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and therapy*, 47 (5), 353-358.
- Solymanian, A. (1994). Effect of irrational thoughts (the cognitive) on marital dissatisfaction. MA Dissertation in Consulting, Tarbiat Moallem University of Tehran. (In Persian).
- Solymanian, A. (1997). Study of couples marital problems both employed. *Journal of New advice*, 24, 103-122. (In Persian).
- Usefi, N., & Sohrabi, A. (2011). Comparison of the Effect of Family Therapy Approaches Based on the Presence of Mind and Meta-Cognition on the Quality of Marital Relationships among Patients on the Cutting-Edge. *Journal of Family counseling and psychotherapy*, 1(2), 192-211. (In Persian).
- Wilks, CH. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., .King, A. M. M., Lungu, A., & Linehan, M. (2016). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals with

Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 288-295.

Woodbury, K. A., & popenone, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinical. *Cognitive and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.

Yavari kermani, M. (2008). Marital Satisfaction Survey. MA dissertation in the Islamic Azad University of Birjand. (In Persian).



جهانگیری، محمد مهدی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.67091

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۱۲۷-۱۱۶.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محمد مهدی جهانگیری^۱

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۴

چکیده

هدف: تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به «مولتیپل اسکلروزیس» می باشد.

روش: روش این پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه است. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در تابستان سال ۱۳۹۵ شهر اراک بودند. از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر «اراک»، سی نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه، به صورت تصادفی گمارش شدند. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. از مقیاس چند بعدی درد «وست هان ییل» در دو مرحله پیش آزمون- پس آزمون استفاده شد؛ همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در شدت درد وجود داشت؛ اما این تفاوت در گروه کنترل مشاهده نشد. نتایج به دست آمده، از تأثیر روش پذیرش و تعهد بر کاهش درد مبتلایان به ام. اس. حمایت می‌کند. همچنین با توجه به داده‌های حاصله مبتنی بر تأثیر مثبت پذیرش و تعهد، توصیه می‌گردد تا از این روش در مراکز درمانی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد، مولتیپل اسکلروزیس.

۱. استاد یار گروه روانشناسی، واحد محلات، دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ایران

m_jahangiri@iaumahallat.ac.ir

مقدمه

«مولتیپل اسکلروزیس»^۱ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است که از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. این بیماری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و عملکردهای جسمانی و روانشناختی دارد (Mioduszewski, MacLean, Poulin, 2010; Smith, & Walker, 2018; Stern, Sorkin, Milton, & Sperber, 2010).

شایع‌ترین دوره پیدایش بیماری بین بیست تا سی و پنج سالگی است و شیوع آن در زنان، ۲ برابر مردان گزارش شده است. در این بیماری، پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی، دچار آسیب می‌شود. پزشکان عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه خانوادگی، منطقه جغرافیایی، عفونت‌های ویروسی و فشارهای روانی را در پیدایش آن مؤثر می‌دانند. از عارضه‌های رایج و ناهمگون^۲ «مولتیپل اسکلروزیس» می‌توان به درد اشاره نمود (Fiest et al., 2015; Solaro et al., 2018). گاهی درد، به محض شروع اولین حمله بروز می‌کند؛ در حالی که هیچ تناسب منطقی با طول و مدت بیماری ندارد. با توجه به طبقه‌بندی درد از سوی سازمان بهداشت جهانی، بیماران مبتلا به ام. اس. دو نوع درد را تجربه می‌کنند: دردهای نوروپاتی که میلین در سیستم عصبی مرکزی را مختل می‌کند و دردهای مبهم که با تغییر مکان درد در اسکلت عضلانی، منجر به ضعف و اسپاسم می‌شود (Montero-Homs, 2009). مطالعات متفاوتی، میزان شیوع درد را در مبتلایان، از دامنه سی تا نود درصد گزارش کرده‌اند (Foley et al., 2013; Österberg, Boivie, & Thuomas, 2005; Solaro et al., 2004). این گزارش‌ها از دردهای متوسط تا شدید را شامل می‌شود و تأثیری منفی بر عملکرد اجتماعی و سلامت روانی مبتلایان دارد (Ehde, Kratz, Robinson, & Jensen, 2013; Forbes, While, Mathes, & Griffiths, 2006).

برای بهبودی درد مزمن در بیماران ام. اس.، درمان‌های محدودی معرفی شده است. در یک مطالعه گزارش شد که حدود شصت و چهار درصد بیماران، برای تسکین درد از دارو و بیست و هشت درصد آنان از تکنیک‌های رفتاری، مانند کنترل استرس و استراحت استفاده کرده‌اند (Ehde et al., 2015). همچنین، چهار و هشت درصد این بیماران، مصرف دارو را به عنوان روشی غیرمفید گزارش کرده‌اند (Heckman-Stone & Stone, 2001). در مطالعات «کرنز»، «کسیرر» و «اتیس» (Kerns, Kassirer & Otis, 2002) مشخص شد که علی‌رغم تلاش‌های مستمر، کنترل درد با دارو در بیماران مبتلا به ام. اس.، با شکست مواجه شده است. به طور مثال «کاربامازپین» در مراحل اولیه درد عصبی مؤثر است؛ اما در طول زمان، اثر بخشی

1. Multiple Sclerosis
2. Heterogeneous

خود را از دست می‌دهد (Kerns, Kassirer, & Otis, 2002). از سوی دیگر، شواهد نشان می‌دهد که رویکردهای شناختی- رفتاری^۱، در درمان افسردگی و سازگار شدن مبتلایان با بیماری ام. اس، مؤثر است (Thomas et al., 2010).

تنها شکل CBT که در آزمایش‌های کنترل شده تصادفی بیمارستان‌های ایالات متحده، در بخش روانپزشکی مورد آزمایش قرار گرفته‌است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است (Gaudiano et al., 2017). پذیرش درد در رویکردهای شناختی- رفتاری، می‌تواند در روند درمان و بهبودی مبتلایان، اثربخش باشد (Åkerblom, Perrin, Rivano Fischer, & McCracken, 2015). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی از درمان رفتاری- شناختی است که شامل یک فرآیند خاص، انعطاف‌پذیری روانشناختی است، که متمرکز بر تغییر رفتار است (Hann & McCracken, 2014). این رویکرد، در درمان اختلالات جسمانی و سازگاری با درد و بیماری‌های مزمن، مؤثر گزارش شده است (A-tjak et al., 2015; Cope, Poole, & Agrawal, 2017; Karekla, Karademas, & Gloster, 2018).

از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساساتی همچون درد، غم، اندوه، ناامیدی و اضطراب، ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان است (Dindo, Van Liew, & Arch, 2017). رنج انسان‌ها، ریشه در انعطاف‌پذیری روانی دارد که به وسیله هم‌جوشی شناختی و اجتناب از تجارب، ایجاد شده است؛ پس تمایل به جذب تجارب و در عین حال مقابله با آن‌ها از طریق اجتناب نمودن از تجارب است که آسیب‌زا تلقی می‌شود (Blackledge & Hayes, 2001). هدف اصلی این رویکرد آن است که فرد، با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که در زندگی بر او تحمیل شده است، یک زندگی پربار و معنادار برای خود بسازد (Eifert et al., 2009).

در این رویکرد، به محض آن که افکار، احساسات و خاطرات، برچسب و نشانه می‌خورند، بلادرنگ در وجود شخص، نزاع و کشمکش آغاز می‌شود؛ چرا که این علایم به عنوان یک موضوع آسیب‌زا و مرضی تلقی می‌گردند. ACT ارتباط بین احساسات و افکار مشکل‌زا را تغییر می‌دهد؛ تا افراد نه تنها آنان را به عنوان علایم مرضی پردازش نکنند، بلکه بیاموزند تا آن را بی‌ضرر درک کنند (Harris, 2009). به عبارت دیگر، این روش بر افزایش کیفیت زندگی متمرکز است و توجه کمتری بر نشانه‌ها دارد (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013).

1. Cognitive Behavior Therapy
2. Acceptance and Commitment Therapy

«نوردین» و «روزمن» (Nordin, Rorsman, 2013) در پژوهشی که بر روی بیست و یک نفر از بیماران ام. اس. - که دارای نشانه های اضطراب و افسردگی بودند- انجام دادند، یافتند که ACT بر کاهش استرس روان شناختی بیماران مؤثر است (Nordin & Rorsman, 2012). در پژوهشی دیگر، اثربخشی ACT بر پانزده بیمار مبتلا بر ام. اس. انجام شد و نتایج، حاکی از اثر بخش بودن مداخله، در زمینه های افسردگی، اضطراب، سرکوب افکار و تأثیر درد بر رفتار بود (Sheppard, Forsyth, Hickling, & Bianchi, 2010). در یک فراتحلیل ارزیابی مبتنی بر شواهد، که شامل شصت تحقیق کنترل شده تصادفی در زمینه های اختلالات روانپزشکی و اختلال جسمانی بود، نتایج نشان داد که احتمال موفقیت آمیز بودن این رویکرد برای دردهای مزمن، بیشتر از اضطراب و افسردگی است (Öst, 2014). در پژوهشی دیگر که به مقایسه اثربخشی تن آرامی و ACT، در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی، با حجم نمونه شصت نفر از مبتلایان درد مزمن انجام شد، نتایج نشان داد که رویکرد ACT، با توجه به نقش انعطاف پذیری روانشناختی آن، به عنوان یک عامل واسطه در کاهش شدت درد، مؤثرتر از تن آرامی است (Kemani, Hesser, Olsson, Lekander, & Wicksell, 2016).

پژوهش های اخیر که بر اساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش صورت گرفته اند، نشان می دهند که این درمان می تواند به عنوان یک درمان مناسب برای افسردگی (Bramwell & Richardson, 2018; Zettle, 2015)، رفتارهای خودآسیب رسان و افکار خودکشی (Tighe, Nicholas, Shand, & Christensen, 2015)، درد مزمن (Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010; Scott & McCracken, 2018) مفید باشد.

با توجه به این که درد، از شایع ترین و ناتوان کننده ترین علایمی است که باعث اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه در بیماران «مولتیپل اسکلروزیس» می شود (Grau-Lopez, Sierra, 2011)، خلاء پژوهش در این زمینه، انگیزه ای برای انجام تحقیق حاضر شد که هدف از آن، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر شدت درد مبتلایان «مولتیپل اسکلروزیس» است.

روش

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان «مولتیپل اسکلروزیس» است که در بازه زمانی تیر تا شهریور ماه سال ۱۳۹۵ به پزشکان

متخصص نورولوژیست و پلی‌کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا(ع) شهر «اراک» مراجعه داشته‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به معیارهای پژوهشی (ملاک‌های ورود و خروج)، نمونه‌ای واجد شرایط انتخاب شد. ملاک‌های ورود و خروج شامل: کسب نمره حداقلی در مقیاس چند بعدی درد «وست هاون ییل»، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال در زمان اجرای مداخله، رضایت آگاهانه و ملاک‌های خروج شامل: سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، غیبت بیش از سه جلسه، انجام ندادن تکالیف جلسات بیش از دو جلسه. برای برآورد حجم نمونه بر اساس برنامه نرم‌افزار جی پاور^۱ با اندازه اثر $f^2=0/68$ ، تعداد گروه = ۲، توان آماری = ۰/۹۵ و با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری، تعداد ۳۰ نفر برآورد شد و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) تخصیص یافتند. پس از انتخاب افراد مورد نظر، پرسشنامه چند بعدی درد «وست هاون ییل»^۲ پیش از مداخله برای گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

مقیاس چند بعدی درد «وست هاون ییل»: از ابزارهای مورد استفاده جهت شناسایی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی درد (ابعاد چندگانه درد مزمن) است. از این ابزار، برای استفاده در مدیریت درد به منظور بررسی خط سیر تغییرات در خلال دوره درمان و برآورد نتایج درمان استفاده می‌شود؛ که دارای ۴۸ عنوان و ۱۲ مقیاس است و برای پاسخ به آن ۲۰ دقیقه زمان لازم است. ارزش هر سؤال از صفر تا ۶ درجه بندی شده است. این مقیاس دارای سه بخش ابعاد مهم تجربه درد، پاسخ ادراکی همسر بیمار و گزارش بیمار از فعالیت‌های متداول زندگی است؛ که شامل مقیاس‌هایی به شرح زیر است: حمایت، شدت درد، کنترل زندگی، پریشانی عاطفی، پاسخ‌های افراد مهم زندگی بیمار به درد، برداشت و ادراک فرد به ناتوانی او در موقعیت مربوط به خانه، کار و اجتماع. در این پژوهش فقط بخش اول (ابعاد مهم تجربه درد) مورد استفاده قرار گرفت. روایی بخش اول پرسشنامه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۶، روایی بخش دوم ۰/۷۸، روایی بخش سوم ۰/۷۵ گزارش شده است. از طرف دیگر روایی مقیاس تداخل درد در زندگی روزانه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شد. ضریب پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی معادل ۰/۹۵ محاسبه شده است (Mirzamani, Safari, Holisaz, & Sadidi, 2007).

روش اجرا

در پژوهش حاضر، ضمن ارائه توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان و اطمینان خاطر در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات دریافت‌شده از ایشان، فرم رضایت آگاهانه در اختیار آنها قرار داده شد. روش

1. G*Power

2. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory

تکمیل پرسشنامه‌ها برای تمام افراد نمونه، یکسان بود. بدین‌سان که پس از کسب رضایت فرد و ارائه توضیح در مورد چگونگی پر کردن پرسشنامه، برگه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و برای تکمیل پرسشنامه‌ها محدودیت زمانی اعمال نشد. همچنین کدهای رایج اخلاق که شامل کدهای ۱،۳،۲۴، مبتنی بر (رضایت آزمودنی‌ها) است نیز در این مطالعه رعایت گردیده است. پس از اخذ مقیاس چند بعدی درد «وست هاون بیل»، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هشت جلسه به صورت هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد. در پایان مداخله از هر دو گروه، آزمون یاد شده به عنوان پس‌آزمون دریافت شد. در جدول شماره یک خلاصه‌ای از محتوای جلسات مطابق پروتکل «کوپن وولز» و «جان اسکرول» (۲۰۰۸) بیان شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات رویکرد ACT

جلسات	مداخله درمانی
جلسه یکم	معارفه: ایجاد یک رابطه مبتنی بر تشریک مساعی، بررسی مفاهیم اساسی درمان و اهداف، تکمیل پرسشنامه
جلسه دوم	گزینه‌هایی برای یادگیری زندگی علی‌رغم وجود بیماری: آموزش قالب ذهنی "اگر پس" و شیوه‌های کنترل، شرح ارتباط میان "درد، خلق و کارکرد"
جلسه سوم	یادگیری زندگی کردن با بیماری: شرح مفاهیم پذیرش، گسلش شناختی، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر ارزش‌ها، تکلیف
جلسه چهارم	ارزش‌ها: تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف، بحث راجع به ارزش‌ها، موانع موجود در مسیر کشف ارزش‌های عملی زندگی، ارائه تکلیف
جلسه پنجم	اقدام و عمل: مرور تکلیف، پرداختن به مفهوم گسلش شناختی، طرح ریزی اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود، عمل متعهدانه، ارائه تکلیف
جلسه ششم	تعهد: تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی، تعهد به اعمال و ارزش‌ها با وجود موانع، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، مشاهده تجربیات درون به عنوان فرایند
جلسه هشتم	مرور تجارب جلسه قبل، مباحث تعهد، پیشگیری از عود

پس از گردآوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آنها از نرم افزار SPSS19 استفاده گردید و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و...) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون «کولموگروف-اسمیرنوف» و برای همگنی واریانس‌ها از آزمون «لوین» استفاده گردید. نتایج، حاکی از نرمال بودن توزیع و برابری واریانس‌ها است. همچنین نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون، نشان داد که شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی یکسان است و شرایط برای آزمون تحلیل کوواریانس مهیا است. توضیح آن که در فرایند اجرای طرح، ۱ نفر از گروه آزمایش تا پایان دوره آزمایش باقی نماند. بنابراین تحلیل فقط در مورد ۱۴ نفر صورت گرفته است.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان بیان شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	زیر گروه‌ها	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۱	۳۶/۷
	زن	۱۸	۶۰/۰
وضعیت تاهل	متاهل	۱۳	۴۳/۳
	مجرد	۱۶	۵۳/۳
شغل	شاغل	۲۴	۸۰/۰
	بیکار	۵	۱۶/۷
تحصیلات	دیپلم	۱۷	۵۶/۷
	کارشناسی	۸	۲۶/۷
	ارشد و بالاتر	۴	۱۳/۳

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد شدت درد در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	میزان درد	۱۴	۷۲/۵۷	۶/۶۲	۶۹/۱۲	۶/۳۵
گواه	میزان درد	۱۵	۷۲/۸۶	۷/۰۷	۷۲/۳۳	۶/۷۴

همان‌گونه که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود، میانگین پیش آزمون میزان درد در گروه آزمایش ۷۲/۵۷ و در گروه گواه ۷۲/۸۶ است. پس از اجرای مداخله، میانگین پس آزمون میزان درد در گروه آزمایش ۶۹/۱۲ و در گروه گواه ۷۲/۳۳ به دست آمد.

جدول ۴: نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه درد در گروه آزمایش و گواه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ای‌تا
همپراش	۱۱۵۶/۴۰۷	۱	۱۱۵۶/۴۰۷			
گروه	۷۷/۲۱۵	۱	۷۷/۲۱۵	۲۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶
خطا	۷۹/۲۳	۲۶	۳/۰۴۸			
کل	۱۴۳۵۶۷	۲۹				

همان‌گونه که جدول (۴) نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات میزان درد شرکت-کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس از آزمون ($F=22/48$) تفاوت معناداری وجود دارد. ($P=0/01$) بنابراین درمان پذیرش و مبتنی بر تعهد بر کاهش میزان درد گروه آزمایش در پس از آزمون تأثیر داشته است ($R\text{-Squared}=0/46$).

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش میزان درد مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش میزان درد مبتلایان مؤثر است. این یافته با تحقیقات «کارکلا و همکاران» (Karekla et al., 2018) «جانستون» و همکاران (Johnston et al., 2010)، «کمانی» و همکاران (Kemani et al., 2016)، «اوست» (Öst, 2014)، «اسکات» و مک کارن (Scott & McCracken, 2015)، «شپارد» و همکاران (Sheppard et al., 2010) همخوان است. همچنین «وولز» و همکاران (Vowles et al., 2011) در پژوهشی که بر روی یکصد و هشت نفر از مبتلایان به درد مزمن انجام دادند، دریافتند که نه تنها رویکرد پذیرش مبتنی بر تعهد، در بهبودی عملکرد هیجانی و جسمانی مبتلایان نسبت به شروع درمان مؤثر بوده است، بلکه در پیگیری سه ساله نیز مشخص شد ۶۴/۸ درصد بیماران حداقل در یک زمینه بهبودی پایدار داشته‌اند (Kevin E Vowles, McCracken, & O'Brien, 2011).

در پژوهشی دیگر که با هدف تعیین اثربخشی ACT بر درد مزمن انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن است که ۵۸ درصد مبتلایان، حداقل در یکی از زمینه‌های افسردگی، اضطراب، درد و ناتوانی، تغییر پایا داشته‌اند و نیز در پیگیری سه ماهه، چهل و شش درصد بهبودی گزارش شده است (Kevin E. Vowles, Witkiewitz, Sowden, & Ashworth, 2014). بنابراین ایده زیربنایی ACT چنین است که آنچه را از تسلط و اراده انسان خارج است، بپذیریم و نیروی خود را به جای صرف کردن در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده نمی‌انجامد، به سوی آنچه که برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلس شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه افکار و احساسات خود می‌شوند بدون آن که تلاشی برای مهار آن انجام دهند یا از آن اجتناب کنند. احتمالاً همین موضوع سبب می‌شود که تأثیر افکار و احساسات، بر عملکرد رفتاری افراد

(درد) کاهش یابد. در این راستا، «سندرز»، «بورگاتی»، «هانس» و «شاینتو» (Senders, Borgatti, Hanes, & Shinto, 2018) معتقدند بین ذهن آگاهی و ادراک درد، در مبتلایان به ام. اس. رابطه معناداری وجود دارد. لذا، در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌گردد.

به عبارت دیگر، ACT درمان افزایش توانایی مراجعان، برای ایجاد ارتباط با تجربه خود در زمان حال و بر مبنای امکانات لحظه است؛ به شیوه‌ای که دلخواه فرد و منطبق با ارزش‌های منتخب اوست. بنابراین محتمل به نظر می‌رسد که تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح آنها، همگی منجر به کاهش شدت درد مبتلایان به ام. اس. شده است.

یکی از اهداف این رویکرد، تأکید بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی است. از این لحاظ، به مبتلایان کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند؛ از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی مهم یا ارزشمند می‌انگارند، بپردازند. در واقع به افراد آموزش داده می‌شود که به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند و رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن، بپذیرند. در این درمان، افراد می‌آموزند که نه تنها از احساسات خود فاصله نگیرند بلکه آنها را تجربه کنند، بپذیرند و بزنند؛ و به وسیله ذهن آگاهی، به چگونگی افکار و فرایند تفکر خود بنگرند و آنها را با فعالیت‌های هدف محور، پیوند دهند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، «مولتیپل اسکروزیس» با یک دوره بالینی چالش برانگیز، که علائم ناهمگون و خاصی مانند درد به همراه دارد، به طور منظم و با فرکانس متغیر و بدون در نظر گرفتن درمان‌های دارویی رخ می‌دهد. لذا، یکی از مدل‌های مدیریت علائم که نتایج مطلوب را برای بیماران به ارمغان آورد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به شهر «اراک»، فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و عدم بررسی گروه‌های سنی مختلف، اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانم بدین وسیله، از همه بیمارانی که تا انتها در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نمایم.

References

- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30-36.
- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2015). The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *The Journal of Pain*, *16*(7), 606-615.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.03.007
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, *57*(2), 243-255.
- Bramwell, K., & Richardson, T. (2018). Improvements in Depression and Mental Health After Acceptance and Commitment Therapy are Related to Changes in Defusion and Values-Based Action. *Journal of contemporary psychotherapy*, *48*(1), 9-14.
- Cope, S. R., Poole, N., & Agrawal, N. (2017). Treating functional non-epileptic attacks – Should we consider acceptance and commitment therapy? *Epilepsy & Behavior*, *73*, 197-203. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.06.003
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, *14*(3), 546-553.
- Ehde, D. M., Alschuler, K. N., Osborne, T. L., Hanley, M. A., Jensen, M. P., & Kraft, G. H. (2015). Utilization and patients' perceptions of the effectiveness of pain treatments in multiple sclerosis: A cross-sectional survey. *Disability and health journal*, *8*(3), 452-456.
- Ehde, D. M., Kratz, A., Robinson, J., & Jensen, M. (2013). Chronic pain. *Multiple sclerosis rehabilitation: from impairment to participation*. London: Taylor & Francis, 199-226.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(4), 368-385.
- Fiest, K., Fisk, J., Patten, S., Tremlett, H., Wolfson, C., Warren, S., . . . Marrie, R. (2015). Comorbidity is associated with pain-related activity limitations in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis and related disorders*, *4*(5), 470-476.
- Foley, P. L., Vesterinen, H. M., Laird, B. J., Sena, E. S., Colvin, L. A., Chandran, S., . . . Fallon, M. T. (2013). Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: systematic review and meta-analysis. *PAIN®*, *154*(5), 632-642.
- Forbes, A., While, A., Mathes, L., & Griffiths, P. (2006). Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, *20*(1), 67-78.
- Gaudio, B., Davis, C., Epstein-Lubow, G., Johnson, J., Mueser, K., & Miller, I. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Inpatients with Psychosis (the REACH Study): Protocol for Treatment Development and Pilot Testing. *Healthcare*, *5*(2), 23.
- Grau-Lopez, L., Sierra, S., Martinez-Caceres, E., & Ramo-Tello, C. (2011). Analysis of the pain in multiple sclerosis patients. *Neurología (English Edition)*, *26*(4), 208-213.
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain:

- Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press.
- Heckman-Stone, C., & Stone, C. (2001). Pain management techniques used by patients with multiple sclerosis. *The Journal of Pain*, 2(4), 205-208.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 26(5), 393-402.
- Karekla, M., Karademas, E. C., & Gloster, A. T. (2018). The Common Sense Model of Self-Regulation and Acceptance and Commitment Therapy: integrating strategies to guide interventions for chronic illness. *Health psychology review*, 1-14.
- Kemani, M., Hesser, H., Olsson, G., Lekander, M., & Wicksell, R. (2016). Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation for long-standing pain. *European Journal of Pain*, 20(4), 521-531.
- Kerns, R. D., Kassirer, M., & Otis, J. (2002). Pain in multiple sclerosis: a biopsychosocial perspective. *Journal of rehabilitation research and development*, 39(2), 225.
- Mioduszewski, O., MacLean, H., Poulin, P. A., Smith, A. M., & Walker, L. A. (2018). Trait Mindfulness and Wellness in Multiple Sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 1-3.
- Mirzamani, S., Safari, A., Holisaz, M., & Sadidi, A. (2007). Validation of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) for Iranian Patients with Chronic Pain. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 1(3), 13-25.[InPersian]
- Montero-Homs, J. (2009). Dolor nociceptivo, dolor neuropático y Memoria de dolor. *Neurología*, 24(6), 419-422.
- Nordin, L., & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1), 87-90.
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105-121.
- Österberg, A., Boivie, J., & Thuomas, K. Å. (2005). Central pain in multiple sclerosis—prevalence and clinical characteristics. *European Journal of Pain*, 9(5), 531-531.
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 2, 91-96.
- Senders, A., Borgatti, A., Hanes, D., & Shinto, L. (2018). Association Between Pain and Mindfulness in Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20(1), 28-34. doi:10.7224/1537-2073.2016-076
- Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. (2010). A Novel Application of Acceptance and Commitment Therapy for Psychosocial Problems Associated

- with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 12(4), 200-206.
doi:10.7224/1537-2073-12.4.200
- Solaro, C., Bricchetto, G., Amato, M., Cocco, E., Colombo, B., D'aleo, G., . . . Milanese, C. (2004). The prevalence of pain in multiple sclerosis A multicenter cross-sectional study. *Neurology*, 63(5), 919-921.
- Solaro, C., Cella, M., Signori, A., Martinelli, V., Radaelli, M., Centonze, D., . . . Bonavita, S. (2018). Identifying neuropathic pain in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional multicenter study using highly specific criteria. *Journal of Neurology*, 265(4), 828-835.
- Stern, M., Sorkin, L., Milton, K., & Sperber, K. (2010). Aging with multiple sclerosis. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 21(2), 403-417.
- Thomas, S., Thomas, P., Nock, A., Slingsby, V., Galvin, K., Baker, R., . . . Hillier, C. (2010). Development and preliminary evaluation of a cognitive behavioural approach to fatigue management in people with multiple sclerosis. *Patient Education and counseling*, 78(2), 240-249.
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., & Christensen, H. (2018). Efficacy of acceptance and commitment therapy in reducing suicidal ideation and deliberate self-harm: systematic review. *JMIR mental health*, 5(2).
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 748-755.
- Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: Evidence of Mediation and Clinically Significant Change Following an Abbreviated Interdisciplinary Program of Rehabilitation. *The Journal of Pain*, 15(1), 101-113.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.002
- Zettle, R. D. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology*, 2, 65-69.



ارزیابی ابعاد دل‌بستگی نایمن و رضایت جنسی با میانجی‌گری خودکارآمدی کنش‌وری جنسی در زنان

غلامرضا رجبی^۱، سمیه خیری^۲، منوچهر تقی پور^۳
تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۳ تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۱۹

چکیده

هدف. این مطالعه با هدف ارزیابی ابعاد دل‌بستگی نایمن (اضطرابی و اجتنابی) و رضایت جنسی با میانجی‌گری خودکارآمدی کنش‌وری جنسی در زنان متأهل شهر شیراز در سال ۱۳۹۳ اجرا گردید.
روش. پژوهش حاضر همبستگی از نوع رگرسیون سلسله مراتبی هم‌زمان بود. ۱۶۰ زن از میان زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر شیراز به روش داوطلبانه و با رعایت کلیه موازین اخلاق پژوهش برگزیده شدند، و مقیاس‌های دل‌بستگی نایمن بزرگسالان کولینز و رید، رضایت جنسی و خودکارآمدی کنش‌وری جنسی زنان را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی هم‌زمان و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه بیست و یک انجام گرفت.
یافته‌ها. نتایج نشان دادند که بین متغیر ابعاد دل‌بستگی‌های اضطرابی و اجتنابی با متغیرهای خودکارآمدی کنش‌وری جنسی و رضایت جنسی همبستگی‌های منفی و معنادار و بین متغیر خودکارآمدی کنش‌وری جنسی و رضایت زناشویی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). هم‌چنین تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی به روش بارون و کنی نشان دادند که خودکارآمدی جنسی-کنش‌وری میانجی بین ابعاد دل‌بستگی‌های نایمن (اضطرابی و اجتنابی) و رضایت جنسی است. در نتیجه می‌توان بیان کرد که خودکارآمدی کنش‌وری جنسی یک نقش مهم در افزایش رضایت جنسی زنان متأهل دارد.
واژه‌های کلیدی. دل‌بستگی نایمن، دل‌بستگی اضطرابی، دل‌بستگی اجتنابی، رضایت جنسی، خودکارآمدی کنش‌وری جنسی.

۱. استاد گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)، rajabireza@scu.ac.ir

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز، somayhe.s@yahoo.com

۳. عضو هیأت علمی گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

ارضا غریزه جنسی تابع نگرش فرد از رابطه با جنس مخالف است؛ و تحقق آن وابسته به ازدواج بین زن و مرد است. در یک ازدواج سالم، وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود، نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد (Aliakbari Dehkardi, 2011)؛ در این راستا، چگونگی عملکرد جنسی زوجین در روابط زناشویی یکی از عوامل مؤثر در نظام خانواده است؛ زیرا اگر این رابطه قانع کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی و احساس نایمی (به خطر افتادن سلامت روان) زوجین و در نتیجه از هم پاشیدگی نظام خانواده می شود. از این رو فعالیت جنسی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله سلامت جسمی و روانی و وضعیت هورمونی فرد و غیره است (Fourcroy, 2003). میزان خرسندی از روابط جنسی و توانایی فرد در ایجاد لذت دوطرفه را رضایت جنسی (sexual satisfaction) نامیده می شود؛ این خرسندی بر استحکام روابط زناشویی زوجین اثر مثبت دارد؛ به نحوی که سختی های زندگی و مشکلات بین زوجین را قابل تحمل می نماید (Yong, Denny., & 2000). از این رو محققین معتقدند که بین عملکرد جنسی خوب و رضایت جنسی رابطه قوی وجود دارد (Luquis, Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Azari, Shahnazi, Farshbafkhalili., & Abbasnezhad, 2015). and Meston نظریه عملکرد جنسی (sexual function) را در سال ۲۰۰۰ مطرح نمودند، که شامل شش مؤلفه است: ۱- میل جنسی (تمایل فرد به انجام فعالیت جنسی)، ۲- برانگیختگی جنسی (برانگیختن پاسخ های فیزیولوژیک در اندام های جنسی، که شامل متورم شدن لبیا، لوبرکاسیون^۱، واژینال^۲ و پر خونی عروقی است)، ۳- لغزنده سازی یا رطوبت که به دنبال تحریک جنسی، ترشحات واژن موجب لغزنده شدن آن می شود، ۴- ارگاسم یا اوج لذت جنسی^۳ با انقباضات منظم عضلانی رحم، مشخص می شود، ۵- رضایت جنسی شامل نزدیکی با همسر و رضایت از روابط جنسی است، و ۶- درد^۴ با نشانه های درد واژینال در حین مقاربت و پس از آن مشخص می شود (Rosen et al., 2000). عملکرد جنسی مانند یک چرخه است و عوامل مختلف زیستی و روانی یا به عبارتی درونی و بیرونی بر آن اثر می گذارد (Basson, 2005)، و عملکرد جنسی سالم در زنان، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن سطح کیفیت زندگی آنان دارد (Segraves, 2002). اختلال در سیستم جنسی زوجین منبع اصلی تعارض های ارتباطی آن ها است، که می تواند موجب تردید در مورد عشق و علاقه و افزایش نگرانی زوجین نسبت به پایداری ارتباط شود و ممکن

1. Lbya
2. Lvbrkasyvn
3. Vaginal
4. Vaginal
5. Dyspareunia

است موجب طلاق و جدایی زن و شوهر گردد (Litzinger & Coop Gordon, 2005). بر اساس DSM-۵ یک چرخه پاسخ جنسی شامل چهار مرحله میل، برانگیختگی، اوج لذت و فرونشینی می‌باشد (Sadock & Sadock, 2007). روی هم رفته پژوهشگران معتقدند که رضایت از رابطه زناشویی با رضایت از رابطه جنسی گره خورده است (Beutel, Schumacher, Weidner., & Brahler, 2002; Young, Denny, Luquis., & Young, 1998). بررسی‌ها حاکی از این است که مؤلفه‌های متعدد با عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زوجین ارتباط دارند، که می‌بایست مورد مطالعه قرار گیرند. درمان‌گران و پژوهش‌گران اختلال و مشکلات جنسی، خودکارآمدی جنسی^۱ را به‌عنوان یک متغیر مداخله‌گر مهم در عملکرد جنسی فرد می‌دانند (Vaziri & Lotfe Kasani, 2009).

مفهوم خودکارآمدی، از سازه‌های بنیادی در نظریه شناختی اجتماعی بندورا است (Bandura, 1997, 2000, 2001, Cited in Vaziri & Lotfe Kasani, 2015). که به صورت قضاوت و باورهای افراد به توانایی‌هایشان در بسیج انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین و نحوه مواجهه با موانع و چالش‌ها تعریف شده، فرد را در اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر توانمند می‌سازد (Manne, Ostroff, Norton, Fox, Grana., & Goldstein, 2006). این سازه نقش مهمی در سازگاری فردی و اجتماعی، حل مشکلات روانی، سلامت جسمانی و نیز راهبردهای تغییر رفتار خود رهنمون دارد (Maddux, 2002) و همچنین یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کسب موفقیت و سازش‌یافتگی است و با سلامت بیشتر، یکپارچگی فکر و رفتار شخص، رابطه دارد (Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, & Mohamed., & Knoll, 2005). خودکارآمدی دارای صور مختلفی می‌باشد، یکی از آن‌ها خودکارآمدی جنسی است. منظور از خودکارآمدی جنسی، اعتقاد به توانایی خود برای مدیریت جوانب جنسی زندگی خویش می‌باشد (Vaziri & Lotfe Kasani, 2011)؛ به نحوی که فرد درباره توانایی خود در عملکرد مؤثر در فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود اطمینان دارد. به نظر می‌رسد که این نوع تلقی از توانایی خویش با چگونگی روابط بین فردی شخص ارتباط دارد. یکی از نظریه‌هایی که به تبیین روابط بین شخصی جنسی و غیرجنسی می‌پردازد، نظریه دلبستگی^۲ است.

در میان چارچوب‌های نظری معاصر برای تبیین نیاز جنسی انسان در روابط زوجین، تأیید شده است که نظریه دلبستگی در این حوزه بسیار مناسب است (Brassard, Dupuy, Bergeron., & Shaver, 2013). بالبی (Bowlby)، در سال ۱۹۸۲ برای اولین بار نظریه دلبستگی را برای توضیح پیوندهای هیجانی قوی (به

1. Sexual Self-Efficacy
2. Attachment Theory

عنوان مثال، پیوندهای دلبستگی) بین نوزادان و مادران آنها (و یا دیگر مراقبان اولیه) معرفی نمود. این پیوندها به وسیله کیفیت مراقبت فراهم شده توسط والدین یا نماد والدی شکل می‌گیرد و اعتقاد بر این است که بازنمایی دورنی کودک از خود و دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عقیده بالبی دلبستگی اولیه با ابراز هیجانی و جنسی در بزرگسالی مرتبط است، در حقیقت، روان‌تحلیل‌گران و درمان‌گران جنسی با تکیه بر تجربه‌های قبلی، سوء عملکرد جنسی را در قالب دلبستگی به والدین تبیین می‌نمایند (Cited in Stefanou & McCabe, 2012). این دیدگاه حداقل دو بعد دلبستگی اضطرابی و اجتنابی بیان می‌کنند. دلبستگی اضطرابی، حالتی را منعکس می‌کند که در آن افراد از طرد شدن و ترک شدن می‌ترسند. در صورتی که دلبستگی اجتنابی، منعکس‌کننده حالت افرادی است که در نزدیکی و وابستگی به دیگران، ناراحتی و ناامنی را تجربه می‌کنند، بنابراین، دلبستگی اضطرابی با اضطراب بالا و اجتناب پایین مشخص می‌شود، و دلبستگی اجتنابی با اضطراب پایین و اجتناب بالا تعریف می‌شود. لذا، افرادی که نمره بالا در هر کدام از آن ابعاد به دست آورند، دلبستگی ناایمن دارند. و برعکس، افرادی که نمره کمی در اضطراب و اجتناب می‌گیرند دارای دلبستگی ایمن (برای مثال، با صمیمیت و وابستگی احساس راحتی می‌کنند) هستند (Brassard, Pelouin, Dupuy, Wright., & Shaver, 2012).

پژوهش‌های کولینز و رید (Collins & Read, 1990) نشان دادند که افرادی با سبک دلبستگی ایمن صمیمیت و وابستگی عاطفی بیشتری احساس می‌کردند. در مقابل، افرادی با دلبستگی اجتنابی در صمیمیت و وابستگی عاطفی راحت نبودند، و برای نزدیک شدن به افراد دیگر احساس امنیت نمی‌کردند. به اعتقاد برخی پژوهش‌گران، دلبستگی و رفتار جنسی، دو سیستم غریزی هستند که هر دو در مرکز رفتار انسان جای می‌گیرند (Stefanou & McCabe, 2012). پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهند که این دو سیستم دارای رابطه متقابل هستند، برای این که ابعاد دلبستگی نحوه تجربه تعاملات جنسی را شکل می‌دهد (Brassard, et al., 2012). هازن و شاور (Hazen & Shaver, 1987) اولین کسانی بودند که عشق رمانتیک را در یک فرآیند دلبستگی مطرح کردند. بدین معنا که پیوندهای شکل گرفته شده در بزرگسالی تکرار پیوندهای رابطه کودک و مراقبان اوست. آنها بر این باور بودند که تجارب اولیه افراد در روابط نزدیک، ماهیت و مراحل بعدی تکامل افراد را در بزرگسالی شکل می‌دهد. هنگامی که آنها اولین بار فرضیه تأثیر متقابل بین رابطه جنسی و دلبستگی را ارائه نمودند، بیشتر علاقه‌مند به درک نحوه تأثیر دلبستگی‌های ناایمن بر روی تمایلات جنسی بودند، آنها معتقد بودند که روابط جنسی می‌تواند از طریق نگرانی، ناامنی و اضطراب‌هایی که شامل ترس از طرد شدن و ناراحتی از نزدیکی با دیگران است، مختل گردد (Mikulincer & Shaver, 2007).

مطالعات نشان داده‌اند که دلبستگی با مسایل مختلف جنسی در ارتباط است (Dempster, 2007; Steven, 2007; Meyers, & Landsberger, 2002; Brassard, Shaver., & Lussier, 2007).

به عقیده کاراسکو (Carrasco, 2012)، کیفیت دلبستگی و عملکرد جنسی با یکدیگر ارتباط متقابل دارند و روی یکدیگر تأثیر می‌گذارند؛ همچنین سبک دلبستگی بر کیفیت روابط جنسی تأثیر می‌گذارد و این امر منجر به افزایش نزدیکی و راحتی بین زوجین می‌گردد. برعکس، افراد دارای دلبستگی ایمن هیجان جنسی بیشتری از خودشان نشان می‌دهند، در نتیجه رضایت جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند، حال آنکه دلبستگی نایمن منجر به تهدید و خشونت جنسی می‌شود و مشکلات بین فردی زوجین را افزایش می‌دهد.

بیرنوم، ریس، میک کولینسر، گیلان و اورپاز (Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gillath., & Orpaz, 2006) دریافتند افراد دارای دلبستگی اضطرابی بیشتر به وسیله عملکرد روزانه در تجربه جنسی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. افرادی با دلبستگی اجتنابی به دلیل مشکلات بالقوه بین فردی که با شریک زندگی شان دارند در آن‌ها احساس‌ها و شناخت‌های بسیار منجرکننده‌ای آشکار می‌گردد، که این تنفر زوجین را از هم‌دیگر افزایش می‌دهد و منجر به نارضایتی جنسی می‌گردد. کوری و فیندلی (Khoury & Findlay, 2014) نتیجه گیری کردند که رضایت جنسی بر ثبات رابطه و جهت گیری دلبستگی تأثیر می‌گذارد. نتایج پژوهش‌های توکل، میرمولایی، مومنی و منصور (Tavacol, Mirmolaie, Moemeni., & Mansori, 2012) و وزیر و همکاران (Vaziri et al., 2011) بیانگر این است که بین عملکرد جنسی، خودکارآمدی جنسی و رضایت جنسی رابطه وجود دارد. نتایج تحقیقات دیگر حاکی از این است که ابعاد دلبستگی اضطرابی، اجتنابی و دوسوگرا با رضایت جنسی پایین‌تر، عملکرد جنسی ضعیف، رضایت جنسی پایین‌تر، برانگیختگی و لذت جنسی کمتر (Birnbaum, 2007)؛ ارزیابی مثبت پایین از جنبه‌های جنسی یک فرد در مورد خودش (Cyranowski & Anderson, 1998)؛ روابط جنسی کمتر رضایت‌مند، سطوح بالاتر سوء عملکرد جنسی و تعداد دفعات آمیزش جنسی کمتر (Stefanou & McCabe, 2012)؛ کاهش رضایت جنسی و رضایت زناشویی (Campbell & Butzer, 2008)؛ اضطراب بالا، خودکارآمدی پایین و کاهش فعالیت جنسی (Steink, Wright, Chung, & Moser, 2008)؛ عملکرد جنسی پایین (Besharat, Khajavi., & Pour, 2013)؛ رضایت و عملکرد جنسی پایین‌تر (Brassard et al., 2013) و عملکرد جنسی پایین (Brassard et al., 2012) همبسته هستند. با توجه به مطالب یاد شده، در این پژوهش به دنبال بررسی مدل‌های ساده خودکارآمدی کنش‌وری جنسی به عنوان میانجی بین ابعاد دلبستگی‌های نایمن (اضطرابی و اجتنابی) و رضایت جنسی در زنان متأهل دارای مشکلات زناشویی بوده‌ایم.

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر کاربردی و شامل تحقیقات همبستگی از نوع تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی هم‌زمان به روش بارون و کنی (Baron & Kenny, 1986) است. در روش سلسله مراتبی ترتیب ورود متغیرها به تحلیل براساس یک چارچوب نظری یا تجربی موردنظر محقق صورت می‌گیرد. ۱۶۰ زن متأهل مراجعه‌کننده از میان ۱۰ مرکز مشاوره خصوصی تحت نظارت سازمان روان‌شناسی و مشاوره ایران در شهر شیراز به روش داوطلبانه انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از تیرماه ماه ۱۳۹۳ تا پایان دی ماه ۱۳۹۳ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن حداقل سه سال سابقه سکونت در شهر شیراز، دارای حداقل یک فرزند، مدت تأهل ۳ تا ۵ سال و نداشتن سابقه بیماری‌های خلقی و روان‌پزشکی بود. پس از ارائه توضیحات لازم، زنانی که مایل به همکاری بودند وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها مجوز معاونت پژوهشی دانشکده و دفتر ارتباط با صنعت دانشگاه شهید چمران اهواز گرفته شد و به مدیران مراکز مشاوره برای انجام این مطالعه ارائه گردید. قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان انتخاب شده در مورد هدف پژوهش و کاربرد آن در جامعه زنان متأهل، اطلاعات لازم به صورت فردی ارائه گردید. هم‌چنین به آن‌ها گوشزد شد که آزادانه و با اختیار و رضایت کامل می‌توانند در این پژوهش شرکت کنند و هر کسی که حاضر نیست در این مطالعه شرکت نماید می‌تواند از این مطالعه خارج شود. در مورد شیوه پاسخ‌دهی به هر یک از ابزارها نیز اطلاعاتی ارائه و به آن‌ها اطلاع داده شد که اطلاعات شخصی و پرسش‌نامه‌ای آن‌ها محرمانه خواهند بود و داده‌ها به صورت جمعی تحلیل خواهند شد. برای رعایت موازین اخلاقی، پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی تکمیل شدند تا محرمانه بودن اطلاعات تأمین گردد. ارزیابی و تکمیل پرسش‌نامه‌ها انجام شد تا از تکمیل و درستی و صحت آن‌ها اطمینان حاصل شود.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای بررسی متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس دلبستگی بزرگسالان کولینز و رید^۱. این مقیاس توسط کولینز و رید (Collins & Read, 1996) در سال ۱۹۹۰ تهیه و در سال ۱۹۹۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت و شامل ۱۸ عبارت و در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد = ۱ تا با خصوصیات من تطابق دارد = ۵)

1. Revised Adult Attachment Scale

مرتب شده است. از این عبارات، ۶ مورد برای ارزیابی سبک دلبستگی ایمن (عبارات ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۵)، ۶ مورد برای ارزیابی سبک دلبستگی اضطرابی (عبارات ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۸) و ۶ مورد برای ارزیابی سبک دلبستگی اجتنابی (عبارات ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) می‌باشد (Ataspanjeh, Mohrari, Soltanifar, & Soltanifar, 2011). در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری ابعاد دلبستگی، فقط از دو بعد دلبستگی اضطرابی و اجتنابی استفاده شد. پاکدامن (Pakdaman, 2002)، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ابعاد دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۵ ($p \leq 0/001$) به دست آورد. در این پژوهش، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ابعاد دلبستگی اضطرابی ۰/۷۰ و اجتنابی ۰/۵۲ به دست آمد.

مقیاس رضایت جنسی^۱. این مقیاس توسط هادسون، هریسون و کراس کاپ (Hudson, Harrison, & CrassCup) در سال ۱۹۸۱ برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین ساخته شد و شامل ۲۵ عبارت می‌باشد. عبارات این مقیاس در یک طیف ۵ درجه‌ای (۱=همیشه، ۲=اکثر اوقات، ۳=گاهی اوقات، ۴=به ندرت، ۵=هرگز) مرتب شده است که حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به ترتیب ۲۵ و ۱۲۵ است. عبارات ۱، ۲، ۳، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲ و ۲۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالا در این ابزار بیانگر رضایت جنسی است (Brassard, et al., 2013). ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و بازآزمایی (با فاصله یک هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است (Brassard, et al., 2013; Honarparvaran, Tabrizi, Navabinejad., & Safiabadi, 2011). در تشخیص زوجین دارا و فاقد مشکلات جنسی برخوردار است؛ و روایی همگرا این مقیاس با خرده مقیاس رضایت جنسی انریچ (Enrich Marital Satisfaction Sub-Scale) ۰/۷۴ به دست آمده است (Amrelahi, & Nik Azin, 2013). در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ و ضریب روایی همگرا آن با مقیاس ۱۰ ماده‌ای رضایت جنسی انریچ ۰/۸۵ ($p < 0/001$) به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی کنش‌وری زنان^۲. این ابزار شاخصی از صلح‌جنسی احیت درک شده در ابعاد رفتاری، شناختی و عاطفی برای پاسخ جنسی زنان است (Fichten, Buud, Spector, Amsel, Creti., & Breeder, 2010; Libman & Rothenberg, 1958, Cited in Rajabi & Jelodari, 2015) و شامل ۲۷ ماده می‌باشد که در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (خیلی زیاد=۵ تا خیلی کم=۱) مرتب شده است. کمینه و بیشینه نمره آن به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ است. همچنین تعدادی از ماده‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این

1. Inventory of Sexual Satisfaction

2. Sexual Self-Efficacy Scale- Female Functioning

ابزار چهار چرخه پاسخ جنسی زنان را اندازه گیری می کند: علاقه، میل، برانگیختگی و ارگاسم. علاوه بر این نمونه های از جنبه های گوناگون ابراز جنسی و بین فردی زنان از جمله ارتباط، تلاش بدنی، پذیرش و لذت از فعالیت های بدنی مختلف را اندازه گیری می کند و شامل خرده مقیاس های زیر هستند: ارگاسم بین فردی، میل و علاقه بین فردی، شهوت پرستی، برانگیختگی فردی، عاطفه، ارتباط، پذیرش بدنی و خودداری (Rajabi & Jelodari, 2015).

ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس بر روی ۱۳۱ زن با دامنه ۲۵ تا ۶۸ سال ۰/۹۳؛ در مطالعه دیگر این ضرایب برای خرده مقیاس های هشت گانه (ارگاسم بین فردی، میل و علاقه بین فردی، شهوت پرستی، برانگیختگی فردی، عاطفه، ارتباط، پذیرش بدنی و خودداری) از ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ و ضرایب باز-آزمایی (به فاصله ۴ هفته) برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس های هشت گانه از ۰/۵۰ تا ۰/۹۳ ($p < 0.001$) به دست آمده اند (Bailes, et al., 2010, Cited in Rajabi & Jelodari, 2015). رجبی و جلوداری (Rajabi & Jelodari, 2015) ضریب پایایی آلفای کرونباخ کل این مقیاس را ۰/۸۳ (۲۷ ماده)، برای عامل های آمادگی برای آمیزش جنسی ۰/۸۹ (۱۵ ماده)، پیشرفت رابطه و خود تحریکی ۰/۵۴ (۵ ماده)، ارگاسم با وسیله ۰/۶۳ (۳ ماده) و رابطه بدون آمیزش جنسی ۰/۶۷ (۴ ماده) به دست آورده اند.

ضریب روایی این مقیاس و نمره های شریک شان ۰/۴۶ (Bailes, et al., 2010) و با سایر ابزارهای کنش وری جنسی از جمله فرم تاریخچه جنسی (Nowinski & Lopiccio, 1979) و سیاهه رضایت جنسی (Rust & Golombok, 1985) همبسته بوده است (Cited in Rajabi & Jelodari, 2015).

در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۹ و ضریب روایی همگرا آن با مقیاس خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی (Vaziri & Lotfi Kasani, 2014) ۰/۵۱ ($p < 0.007$) به دست آمده است.

تجزیه و تحلیل داده ها

در این مطالعه برای تحلیل داده ها ابتدا از روش های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای بررسی دو مدل از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی همزمان به روش بارون و کنی، براساس چهار مفروضه: ۱- همبستگی بین متغیر مستقل و میانجی، ۲- همبستگی بین متغیر میانجی و وابسته، ۳- همبستگی بین متغیر مستقل و وابسته و ۴- رگرسیون همزمان متغیرهای مستقل و میانجی بر روی متغیر (Baron & Kenny, 1986) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

میانگین (انحراف معیار) سن	تعداد فرزند	(فراوانی)	میزان تحصیلات	فراوانی
۲۸/۸۴ (۴/۲۲)	۱ فرزند	۱۲۳	دیپلم	۴۵
دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال	۲ فرزند	۳۵	فوق دیپلم	۳۱
مدت ازدواج ۱ تا ۳۵ سال	۴ فرزند	۱	کارشناسی	۷۲
	۷ فرزند	۱	کارشناسی ارشد	۱۰
			دکتری	۲

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه (n=۱۶۰)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	خودکارآمدی کنش‌وری جنسی	رضایت جنسی
دل‌بستگی اضطرابی	۱۶/۹۹	۳/۰۹	-۰/۲۷**	-۰/۱۹*
دل‌بستگی اجتنابی	۱۶/۴۴	۴/۰۹	-۰/۲۸**	-۰/۲۱*
خودکارآمدی کنش-وری جنسی	۹۶/۷۲	۱۶/۶۳	-	۰/۷۴**
رضایت جنسی	۹۴/۱۸	۱۸/۱۴		-

* P < ۰/۰۵ ** P < ۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیرهای دل‌بستگی اضطرابی ۱۶/۹۹ و ۳/۰۹، دل‌بستگی اجتنابی ۱۶/۴۴ و ۴/۰۹، خودکارآمدی جنسی ۹۶/۷۲ و ۱۶/۶۳ و رضایت جنسی ۹۴/۱۸ و ۱۸/۱۴ می‌باشد. هم‌چنین در این جدول ضرایب همبستگی بین متغیرها قابل مشاهده است.

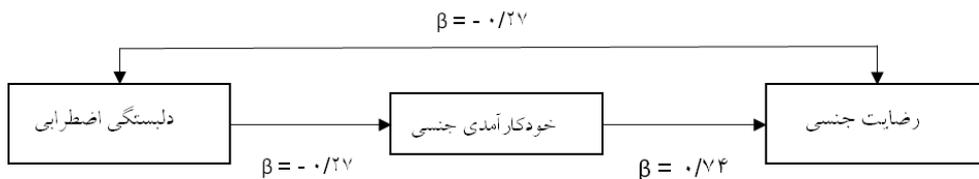
جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی هم‌زمان بعد دل‌بستگی اضطرابی و رضایت جنسی با میانجی-گری خودکارآمدی کنش‌وری جنسی به روش بارون و کنی

شاخص‌ها	B	β	R ^۲	F	TP
عرض از مبدأ	۱۱۸/۱۰	-	۰/۰۷	-	۱۷/۵۳
گام ۱: دل‌بستگی اضطرابی	-۱/۴۰	-۰/۲۷		۱۳/۱۷	-۳/۶۳
عرض از مبدأ	۳۰/۵۸	-		-	۳/۸۳
گام ۲: دل‌بستگی اضطرابی	-۰/۷۰	-۰/۱۳		۱۰۴/۲۱	-۲/۵۹
خودکارآمدی کنش‌وری جنسی	۰/۷۸	۰/۷۱	۰/۵۷		۱۳/۴۲

P < 0.001

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بین متغیرهای دل‌بستگی اضطرابی و خودکارآمدی کنش‌وری جنسی ۰/۲۷ - و خودکارآمدی کنش‌وری جنسی با رضایت جنسی ۰/۷۴ (شرط اول و دوم پیشنهادی بارون

و کنی) به ترتیب همبستگی منفی و مثبت معنادار وجود دارد. هم چنین در جدول ۳ نقش میانجی گری متغیر خودکارآمدی کنش وری جنسی برای بعد دل بستگی اضطرابی و رضایت جنسی به روش رگرسیون سلسله مراتبی هم زمان، در مرحله اول مقدار بتای (β) رضایت جنسی بر روی بعد دل بستگی اضطرابی بررسی گردید که ضریب به دست آمده به صورت منفی معنادار است ($\beta = -0.27$, $P < 0.001$). این یافته نشان می دهد که بعد دل بستگی اضطرابی پیش بینی کننده منفی و معنادار رضایت جنسی است و $7/29\%$ واریانس متغیر رضایت جنسی را پیش بینی می کند ($t = -3/63$, $P < 0.001$). نتایج مرحله اول تأیید می کند که بین متغیر وابسته و مستقل رابطه معنادار معکوس وجود دارد (شرط سوم پیشنهادی بارون و کنی). برای کنترل نقش بعد دل بستگی اضطرابی و تعیین میانجی خودکارآمدی کنش وری جنسی، رگرسیون سلسله مراتبی هم زمان رضایت جنسی روی بعد دل بستگی اضطرابی و خودکارآمدی کنش وری جنسی محاسبه گردید. در این مرحله توان پیش بینی متغیر بعد دل بستگی اضطرابی نسبت به مرحله ای که به تنهایی وارد معادله رگرسیون شد در حدود $0/14$ کاهش یافت اما هنوز مقدار معنادار است (از $\beta = -0.27$ در مرحله اول به $\beta = -0.13$ در دومین مرحله، شرط چهارم پیشنهادی بارون و کنی)، که بر اساس پیشنهاد بارون و کنی (Baron & Kenny, 1986) با ورود متغیر میانجی به معادله رگرسیون، ضریب متغیر مستقل به سمت صفر کاهش پیدا کرده است، و میانجی گری یا واسطه گری مورد تأیید قرار گرفته است (شکل ۱).



شکل ۱. خودکارآمدی کنش وری جنسی به عنوان میانجی بین بعد دل بستگی اضطرابی و رضایت جنسی

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی هم زمان بعد دل بستگی اجتنابی و رضایت جنسی با

میانجی گری خودکارآمدی کنش وری جنسی به روش بارون و کنی

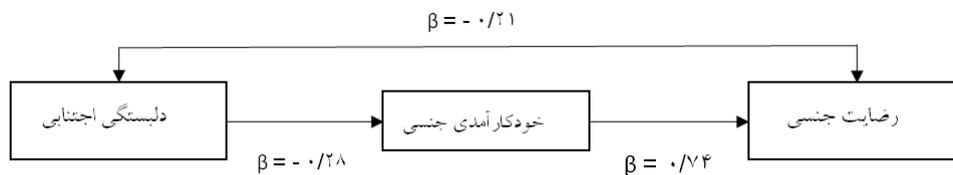
شاخص ها	B	β	R^2	F	TP
عرض از مبدأ	۱۰۹/۸۰	-	۰/۰۴	-	۱۸/۸۳
گام ۱: دلبستگی اجتنابی	- ۰/۹۵	- ۰/۲۱			
عرض از مبدأ	۱۶	-	۰/۵۵	۹۶/۷۰	۱/۹۷
گام ۲: دلبستگی اجتنابی	- ۰/۰۰۸	- ۰/۰۰۲			
خودکارآمدی کنش وری جنسی	۰/۸۱	۰/۷۴			

$P < 0.001$

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بین متغیرهای دلبستگی اجتنابی و خودکارآمدی کنش‌وری جنسی ۰/۲۸- و خودکارآمدی کنش‌وری جنسی با رضایت جنسی ۰/۷۴ (شرط اول و دوم پیشنهادی بارون و کنی) به ترتیب همبستگی منفی و مثبت معنادار وجود دارد. هم‌چنین در جدول ۴ نقش میانجی‌گری متغیر خودکارآمدی کنش‌وری جنسی برای بعد دلبستگی اجتنابی و رضایت جنسی به روش رگرسیون سلسله مراتبی هم‌زمان، در مرحله اول مقدار بتای (β) رضایت جنسی بر روی بعد دلبستگی اجتنابی بررسی گردید که ضریب به‌دست آمده به صورت منفی معنادار است ($\beta = -0.21, P < 0.001$).

این یافته نشان می‌دهد که بعد دلبستگی اجتنابی پیش‌بینی‌کننده منفی و معنادار رضایت جنسی است و ۴٪ واریانس رضایت جنسی را پیش‌بینی می‌کند ($t = -2.76, P < 0.001$). نتایج مرحله اول تأیید می‌کند که بین متغیر وابسته و مستقل رابطه معنادار معکوس وجود دارد (شرط سوم پیشنهادی بارون و کنی).

برای کنترل نقش بعد دلبستگی اجتنابی و تعیین میانجی خودکارآمدی کنش‌وری جنسی، رگرسیون سلسله‌مراتبی هم‌زمان رضایت جنسی روی بعد دلبستگی اجتنابی و خودکارآمدی جنسی محاسبه گردید. در این مرحله توان پیش‌بینی متغیر بعد دلبستگی اجتنابی نسبت به مرحله‌ای که به‌تنهایی وارد معادله رگرسیون شد به حد صفر رسیده است و مقدار معنادار نیست (از $\beta = -0.21$ در مرحله اول به $\beta = -0.02$ در دومین مرحله، شرط چهارم پیشنهادی بارون و کنی)، که بر اساس پیشنهاد بارون و کنی (Baron & Kenny, 1986) با ورود متغیر میانجی به معادله رگرسیون، ضریب متغیر مستقل به سمت صفر میل پیدا کرده است ($t = -0.3, P = 0.974$)، و میانجی‌گری یا واسطه‌گری به‌طور کامل مورد تأیید قرار گرفته است (شکل ۲).



شکل ۲. خودکارآمدی کنش‌وری جنسی به‌عنوان میانجی بین بعد دلبستگی اجتنابی و رضایت جنسی

نتیجه

یافته‌های مدل خودکارآمدی کنش‌وری جنسی به‌عنوان میانجی بین ابعاد دلبستگی اجتنابی و اضطرابی و رضایت جنسی نشان داد که بین دلبستگی اجتنابی اضطرابی و رضایت جنسی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. این موضوع با یافته‌های مطالعات بیرنباوم (Birnbaum, 2007)، استیفانو و مک کابی (Stefanou & McCabe, 2012)، بوتزر و کمپبل (Butzer & Campbell, 2008) و براسارد و همکاران

(Brassard et al., 2012, 2013) هماهنگ است. نظریه دلبستگی، یکی از نظریه‌هایی است که به تبیین روابط نزدیک انسان‌ها می‌پردازد و تلاش می‌شود که از این نظریه برای تبیین روابط جنسی افراد نیز استفاده گردد. این نظریه اظهار می‌کند که تعاملات اولیه مراقبان و افراد خاص با کودک، انتظارات و باورهای را در وی ایجاد می‌کند که نگرش او را نسبت به همسر یا شریک وی ایجاد خواهد کرد (Brassard et al., 2015)؛ به نحوی که ابراز هیجان‌ها و میل جنسی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Stefanou & McCabe, 2012). بنابراین دلبستگی اجتنابی به احساس عدم راحتی با صمیمیت، خودافشایی و وابستگی به طرف مقابل همراه است. افراد اجتنابی، اگرچه وارد روابط دو طرفه می‌شوند ولی بر درجه بالایی از خودمختاری و خودکفایتی اصرار می‌ورزند و تمایلی به بحث در مورد نیازها، احساس‌ها و نقاط آسیب پذیریشان ندارند (Butzer & Campbell, 2008). افراد اجتنابی برای حفظ فاصله عاطفی و عدم آسیب‌پذیری در روابط جنسی تلاش می‌کنند. آن‌ها با صمیمیت احساس راحتی نمی‌کنند و به‌طور کلی تمایل دارند به خود متکی باشند. افراد اجتنابی از دو نوع راهبرد برای حفظ فاصله روانی استفاده می‌کنند: ۱- تلاش برای اجتناب از شروع یک رابطه جنسی و اجتناب از شریک جنسی دائمی، و ۲- شرکت در روابط جنسی کوتاه مدت و گاه به گاه. این افراد رضایت جنسی نسبتاً کمی را گزارش می‌نمایند؛ همچنین آن‌ها اظهار می‌دارند که از فعالیت جنسی لذت نسبتاً کمی می‌برند، و اجتناب با سطوح پایین شور جنسی، ارگاسم کم و درد جنسی همراه است. بسیاری از پژوهش‌ها به ارتباط بین جهت‌گیری‌های دلبستگی و جنبه‌های جنسی پی‌برده‌اند، اما مکانیسم این ارتباط هنوز تا حد زیادی ناشناخته است. مطالعه براسارد و همکاران (Brassard et al., 2013) نشان داد که ماهیت صمیمانه تعاملات جنسی برای افراد اجتنابی ناراحت‌کننده است که می‌تواند به اجتناب از رابطه جنسی منجر شود. هنگامی که افراد اجتنابی درگیر یک تعامل جنسی هستند ممکن است عصبی و ناراحت شده و رابطه جنسی لذت بخشی نداشته باشند. عبارت دیگر، ناتوانی زنان اجتنابی در تعدیل احساس‌های منفی که تعاملات صمیمانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد ممکن است تحریک جنسی و به‌طور بالقوه کاهش رضایت جنسی را به همراه داشته باشد.

نظریه دلبستگی پیشنهاد می‌کند که تعاملات اولیه با افراد خاص انتظارات و باورهای را در نتیجه به فرد القا می‌کند که رفتارها و شناخت‌های او را با شریکان عشقی در بزرگسالی شکل می‌دهد (al., 2015). این نظریه فرض را بر این می‌گذارد که دلبستگی اولیه با ابراز هیجانی و جنسی در بزرگسالی مرتبط است (Stefanou & McCabe, 2012). عدم اعتماد به نفس افراد دلبسته اضطرابی بر مشکلات بین فردی و جنسی آن‌ها تأثیر گذاشته و روابط جنسی رضایت بخش را مختل می‌کند. تحقیقات نشان داده افراد

دل‌بسته اضطرابی، اضطراب جنسی بیشتری داشته و به جذابیت جنسی خود شک دارند و همچنین بیشتر احتمال دارد که این افراد درگیر فعالیت‌های جنسی ناخواسته شوند. زنان مضطرب با احتمال بیشتری به دنبال اطمینان خاطر از شریک جنسی خود هستند و از طریق محبت به همسر و فراهم کردن آن چه که او بخواهد این اطمینان خاطر را ایجاد می‌کنند (Brassard et al., 2012). افراد دل‌بسته اضطرابی خود را به‌عنوان افرادی با توانایی اندک در رویاروی‌های جنسی می‌دانند و در مورد عملکرد جنسی شان نگرانند (آن‌ها همچنین نگرانند برای شریک جنسی خود جذاب نباشند). زنان دل‌بسته اضطرابی احساس‌ها و دیدگاه‌های منفی نسبت به خود دارند و در تعدیل این احساس‌ها منفی و مخمل میل و انگیزختگی جنسی، خود را ناتوان می‌دانند. بنابراین به‌طور بالقوه توانایی خود را برای لذت بردن از رابطه جنسی و رسیدن به اوج لذت محدود می‌کنند (Brassard, 2013). افراد با دل‌بستگی اضطرابی در روابط عاشقانه خود مدام نگران هستند و از رفتارهای کنترل‌کننده استفاده می‌کنند. فعالیت جنسی این انسان‌ها در راستای دستیابی به عشق و امنیت و ممانعت از طردشدن صورت می‌گیرد. این افراد در ارتباط شان نگران این هستند که شریک جنسی‌شان افکار و احساس‌های واقعی را از خودشان نشان ندهند که این امر بر رضایت فرد از رابطه جنسی تأثیر می‌گذارد (Birnbau, 2007).

یافته دیگر مدل‌های ۱ و ۲ رابطه بین خودکارآمدی کنش‌ورری جنسی و رضایت جنسی به صورت مثبت تأیید کرد، رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌شود؛ از طرفی سطوح بالایی از رضایت جنسی می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی و پیامد آن افزایش ثبات زناشویی باشد. ادراک مفهوم رضایت جنسی زناشویی چه به‌صورت رضایت از فعالیت‌های جنسی و چه به‌صورت رضایت عاطفی و هیجانی، متضمن ادراک خودکارآمدی فرد است؛ بنابراین خودکارآمدی سهم قابل توجهی در رضایت جنسی و به تبع آن رضایت زناشویی زوجین دارد. بر این اساس خودکارآمدی کنش‌ورری جنسی را می‌توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد مؤثر فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد. چنین باوری، نوعی خودارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است. کسانی که رضایت جنسی بالاتری دارند کیفیت زندگی بالاتری را هم گزارش می‌دهند (Vaziri, et al., 2011). ریسایننگ، جنیویو و هانا (Reissuing, Geneieve., & Hannah, 2005) معتقدند که افزایش خودکارآمدی جنسی در زنان باعث از بین رفتن مشکلات جنسی آن‌ها می‌گردد. روستوسکی، دیکاتیار، کاپ و اندرمن (Rostosky, Dekhtyar, Cupp., & Anderman, 2008) به این نتیجه دست یافتند که اعتماد بنفس در روابط جنسی، پیش بین مناسب خودکارآمدی جنسی بالاتر است و این دو متغیر باعث بهبود عملکرد جنسی سالم خواهند شد. پاوواتانا و راماسوتا (Pawwattana & Ramasoota, 2008) خاطر نشان

کردند که خودکارآمدی جنسی باعث ارتقای بهبود عملکرد جنسی می شود، یعنی، هر اندازه خودکارآمدی در مقابله با مشکلات جنسی بالاتر باشد، توانایی برطرف کردن مشکلات ایجاد شده در روابط جنسی افراد نیز بیشتر خواهد شد.

در مجموع می توان بیان کرد که اگرچه دلبستگی های ناایمن می توانند رضایت جنسی و در نتیجه رضایت زناشویی زنان را در چرخه زندگی زناشویی تحت تأثیر قرار دهند. اما باورها، شایستگی ها و صلاحیت های آن ها در زمینه های روابط جنسی با همسرش و شیوه برخورد سالم و مثبت همسرش می تواند درک مثبتی از زندگی و در نتیجه رضایت همه جانبه او را در زندگی زناشویی فراهم نماید.

با توجه به اینکه روابط جنسی از خصوصی ترین مسائل زندگی زناشویی محسوب می شود و نیز به دلیل محدودیت های فرهنگی و مذهبی در جامعه ما ممکن است افراد به راحتی قادر به صحبت در مورد مسائل جنسی خود نباشند، بنابراین عدم صداقت احتمالی بعضی افراد در بیان صریح مسائل خود از محدودیت های این پژوهش است. با وجود تلاش و پیگیری های زیاد، جهت انجام این پژوهش بر روی زنان با مشکلات جنسی، این خواسته به دلیل کمبود مراکز ویژه درمان جنسی و تعداد کم مراجعین این مراکز برآورده نشد و به اجبار زنان با مشکلات زناشویی، جامعه مورد نظر را تشکیل دادند. جامعه این پژوهش زنان داوطلب مراجعه کننده به مراکز روان شناسی و مشاوره خصوصی است که امکان تعمیم نتایج را به سایر زنان محدود می کند. نظر به این که نمونه پژوهش حاضر فقط بر روی زنان بوده است، لذا پیشنهاد می شود پژوهشی با این متغیرها بر روی نمونه ای از زوج ها (زن و شوهر) انجام شود. پیشنهاد می شود متغیرهای پژوهش و روابط بین آن ها در دوره های زمانی مختلف بررسی شوند تا با اطمینان بیشتری به نتیجه گیری و تعمیم داده ها پردازیم. پیشنهاد می شود پژوهشگران ارتباط متغیرهای مورد نظر را در زنانی که صرفاً بدلیل مشکلات جنسی به مراکز مشاوره مراجعه کرده اند، بررسی کنند. پژوهش هایی با رویکرد کیفی در زمینه مسائل جنسی در جهت دستیابی به راه حل های عملی صورت گرفته شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مدیران مراکز روان شناسی و مشاوره خصوصی انتخاب شده شهر شیراز که اجازه دادند تا این پژوهش امکان پذیر گردد و از کلیه زنانی که با بردباری در این پژوهش شرکت کردند، سپاسگزاریم. ضمناً این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده با مجوز ۹۳۲۲۳۱۰۴ و تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز می باشد.

References

- Aliakbari Dehkordi, M. (2010). The relationship between women sexual function and marital adjustment. *Journal of Behavioral Sciences*, 4(3), 199-206. (In Persian)
- Amrelahi, R., Roshan Chesly, R., Shairi, M., & Nik Azin, A. (2013). Marital Conflict, Marital Satisfaction, and Sexual Satisfaction: Comparison of Women with Relative Marriage and Women with Non-relative Marriage. *Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality*, 2(8), 11-12. (In Persian)
- Azari, S., Shahnazi, M., Farshbafkhalili, A., & Abbasnezhad, O. (2014). Sexual satisfaction among women using withdrawal and medical contraceptive methods in Tabriz health centers. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch*, 24 (1), 54-60. (In Persian)
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality Social Psychology*, 51(6), 1173- 1182.
- Basson, R. (2005). Women sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Synthesis*, 172(10), 1327-1333.
- Besharat, M. A., Khajavi, Z., & Pourkhaghan, F. (2013). The role of mediating emotional dyslexia in relation between attachment styles and sexual function. *Rooyesh Psychology Journal*, 1(4), 51-64. (In Persian)
- Beutel, M. E., Schumacher, J., Weidner, W., & Braehler, E. (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in aging men-results from a German representative community study. *Andrologia*, 34(1), 22-8.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(1), 21-35.
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal Personality Social Psychology*, 91(5), 929-943.
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. H. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *The Journal of Sex Research*, 52, 110-119.
- Brassard, A., Peloquin, K., Delisle, G., & Bedard, M. M. (2013). Integrating the attachment, caregiving, and sexual systems into the understanding of Sexual Satisfaction. *Canadian Journal of Behavioral Science/ Revue Canadiens des Sciences du Comportement*, 45(3), 185-195.
- Brassard, A., Peloquin, K., Dupuy, E., Wright, J., & Shaver, P. H. (2012). Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(3), 245-262.
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, 14, 475-494.
- Butzer, B., & Campbell, L., (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *The Journal of Personal Relationships*, 15, 141-154.

- Carrasco, B. (2012). *An empirical analysis of adult romantic attachment and sexuality (Doctoral Dissertation)*. Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses. (Accession Order No. AAI3541479).
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Cyranowski J. M., & Andersen B. L. (1998). Schemas, sexuality, and romantic attachment. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74, 1364-1379.
- Dempster, D. (2007). Multidimensionality of patterns of attachment, sexual attitudes, and unwanted sex. Ph.D. dissertation. USA: University of Mississippi. 18-38.
- Fourcroy, J. I. (2003). Female sexual dysfunction: Potential for pharmacotherapy. *Drugs*, 63,(14), 144-157.
- Hazen, C., & Shaver, P. (1987). Romantics love conceptualizes as an attachment process. *Journal of Social Psychology*, 52, 511-524.
- Honarparvaran, N., Tabrizi, M., Navabi Nejad, S., & Safiabadi, A. (2011). Effectiveness of emotion-centered approach to couples sexual satisfaction. *Journal of Clinical Psychology Andishe vs Raftar*, 4(15), 59-70. (In Persian)
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form Scale to Measure Sexual Discord in Dyadic Relationships. *The Journal of Sex Research*, 17, 157-174
- Khoury, C. B., & Findlay, B. M. (2014). What makes for good sex? The associations among attachment style inhibited communication and sexual satisfaction. *Journal of Relationships Research*, 5(7), 1-11.
- Litzinger, S., & Coop Gordon, K. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(5), 409-424.
- Maddux, J. E. (2002). *The power of believing you can. Handbook of positive psychology*. Oxford University press.
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Grana, G., & Goldstein, L. (2006). Cancer-specific self-efficacy and psychosocial and functional adaptation to early stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 145-154.
- Meyers, S. A., & Landsberger, S. A. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 9, 159-172.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12, 149-168.
- Moharreri, F., Soltanifar, A., Rezaei Ardani, A., Modarres Gharavi., Atashinpanjeh, S., & Soltanifar, A. (2011). On the relationship between perceived childhood/adolescent attachments and identity status in 15-17 years adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 4(48), 692-701. (In Persian)
- Pakdaman, S. (2002). The relationship between attachment and social ability in adolescence. *Journal of Psychology*, 47 (9), 3-25. (In Persian)
- Rajabi, Gh., & Jelodari, A. (2015). Validity and reliability of the Persian Sexual Self-efficacy Scale Functioning in the female. *Practice in Clinical Psychology*, 3, 4, 267-272.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., & Meston, C. (2000). Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.

- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences, 39*, 807-818.
- Segraves, R. T. (2002). Female sexual disorders: Psychiatric aspects. *Canadian Journal of Psychiatry, 47*, 419-425.
- Sodock, B. G., & Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Stefanou, C., & McCabe, M. P. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(2), 499-2507.
- Steinke, E., Wright, D., Chung, M., & Moser, D. (2008). Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart & lung: The Journal of Acute and Critical Care, 5*(37), 323-333.
- Tavakol, Z., Mirmolaei, S. T., & Momeni Movahed, Z. (2011). The survey of sexual function relationship with sexual satisfaction in referred to Tehran South City health centers. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty, 19* (2), 50-60. (In Persian)
- Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2013). *Sexual self-efficacy and sexual satisfaction*. Psychology & Counseling Conference. Islamic Azad University Rodhen Branch. (In Persian)
- Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2013). Study of factor structure, reliability, and validity of the Sexual Self-efficacy Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology Andishe vs Raftar, 8*(29), 47-56. (In Persian)
- Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F., Hoseynian, S., & Bhran Gafari, S. (2010). Relationship of sexual self-efficacy with marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology Andishe vs Raftar, 4*(16), 75-81. (In Persian)
- Yong, M., Denny, G., & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women age 50 and older. *Psychological Report, 86*, 1107-1122.
- Young, M., Denny, G., Luquis, R., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality, 7*(2), 115-127.

The Evaluating of Unsafe Attachment Dimensions and Sexual Satisfaction Mediating
Sexual Self-efficacy Functioning in Female

Gholamreza Rajabi*
Somaye Kheyri
Manuchehr TaghiPour

Shahid Chamran University of Ahvaz

Abstract

Purpose: This study to aim conducted the evaluating of unsafe attachment dimensions and sexual satisfaction mediating sexual self-efficacy functioning in the married female in Shiraz city.

Method: The current research was a correlation of type concurrent hierarchical regression. one hundred six the married female were selected using the voluntary method from among women referring to privative counseling centers of Shiraz city and all ethical standards of research, and completed Unsafe Attachment Dimensions, Sexual Satisfaction, and Sexual Self-efficacy Functioning Scales. The analysis of data was conducted using Pearson correlation coefficient and concurrent hierarchical regression statistical methods and SPSS-21 software.

Findings: Results showed that there are significant negative correlations between anxiety and avoidant attachment dimensions with sexual satisfaction and sexual self-efficacy functioning variables and there is a significant positive correlation between sexual satisfaction and sexual self-efficacy functioning variables ($p < 0.05$). Also, hierarchical regression analysis by Baron and Kenny method showed that sexual self-efficacy functioning variable is a mediator between anxiety and avoidant attachment dimensions and sexual satisfaction. In results, can be suggested that self-efficacy functioning has an important role in increasing of sexual satisfaction married female.

Keyword: Unsafe attachment; anxiety attachment; avoidant attachment; sexual satisfaction; sexual self-efficacy functioning

*. rajabireza@scu.ac.ir

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Intensity Pain in Patients with Multiple Sclerosis

Mohammad Mehdi Jahangiri*

Islamic Azad University, Mahallat Branch

Abstract

Purpose: One of the "third wave" cognitive-behavioral intervention is Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which employs innovative mindfulness-based strategies. The aim of this study is to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on reducing Intensity pain in patients with Multiple Sclerosis.

Method: The study method was semi-experimental pretest-posttest design with a control group. The study population included all multiple sclerosis in Arak in the summer of 2016. Thirty subjects were selected via purposive sampling among patients coming to Arak medical centers and they were randomly assigned into two experiments and control groups. The experimental groups then received 8 sessions Acceptance and Commitment Therapy. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory was used to collect data in the pre-test and post-test stages. The data were analyzed by covariance.

Findings: The results showed that there was a significant difference between the pre-test and post-test scores of the experimental group in pain intensity, but this difference was not observed in the control group. The obtained results are based on the effect of the acceptance and commitment method on reducing the pain of patients with MS. Support. Also, based on the data obtained based on the positive effect of acceptance and commitment, it is recommended to use this method in treatment centers.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Pain, Multiple Sclerosis

*. jahangiri@iaumahallat.ac.ir

The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Marital Satisfaction in Couples Conflict

Saeed Teimory*
Golnaz GHafariyan
Fereshteh Yazdanpanah

Islamic Azad University, Torbat Jam Branch

Abstract

Purpose: The present study was conducted to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy on marital satisfaction in couples conflict.

Method: The present study was a quasi-experimental pretest-posttest with the control group. The sample consisted of 24 (12 couples) couples conflict who referred to counseling centers in Mashhad 9th district, 12 of them in the experimental group and 12 in the control group. The members of the experimental group received 8 dialectical behavioral therapy sessions, but there was no specific intervention for the control group members. Before and after the intervention, the Enrich marital satisfaction questionnaire was completed by the sample group.

Findings: The results of covariance analysis indicated that in the post-test marital satisfaction in the experimental group was significantly increased, compared with the control group subjects. Findings of the research confirm that it is important that dialectical behavioral therapy improves the marital satisfaction in couples conflict.

Keywords: Dialectical behavioral therapy, marital satisfaction, couples conflict

*. Steimory28@yahoo.com

The Effectiveness of Therapy based on Acceptance and Commitment on Improvement of the Parent-Child Relationship in Mothers with Mental Retardation Children

Iman Mesbah*
Seyed Mohsen Hojatkhah
Mohsen Golmohammadian

Razi University

Abstract

Purpose: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on improvement of the parent-child relationship in mothers with mental retardation children

Method: Study was experimental with a pretest-posttest control group and the Follow-up test. Population includes all mothers of children with mental retardation whose children were studying at exceptional schools in Dezful city in the academic year of 2016-2017. 30 Mother was chosen with cluster sampling method and assigned to tow experimental and control groups randomly. (Each group n=15). The experimental group received group therapy in 10 sessions of 90 minutes (2 sessions weekly) and the control group did not receive group therapy. The Instrument was Mother-Child Relationship Evaluation scale (1961). Data analyzed with multiple analysis of covariance.

Findings: The results showed that there are significant differences in level Posttest and Follow up between experimental and control groups in parent-child relationship ($p>0/001$). According to research findings, group therapy based on acceptance and commitment is an effective method for improving the parent-child relationship in mothers with mental retardation children.

Keywords: group therapy based on acceptance and commitment, parent-child relationship, mothers, children with mental retardation

*. Imanmesbah13@gmail.com

Representing the Probability of Divorce: A Phenomenological Study

^a Tahereh Sadat Alavi*^a Ali Moghadamzadeh^c Mohammad Ali Mazaheri^a Elaheh Hejazi Moghari^a Keyvan Salehi^a Gholamali Afrooz^a University of Tehran^c Shahid Beheshti University of Tehran**Abstract****Purpose:** The present research aimed at identifying the probability of harming divorce**Method:** The method of this research is qualitative, which is based on the goal of achieving the lives of marriage applicants and on the basis of divorce applicants, a phenomenological approach has been used. The research field of this study was all marriage applicants referring to the Mashhad Health Center No3 and all divorce applicants referring to the Welfare Center of Mashhad and specialists in the field of family and divorce. The sample consisted of 15 marriage applicants and twenty couples applying for divorce and fifteen specialists in family and divorce sectors selected through by targeted sampling method as criterion type. The interviewing method was deep and semi-structured.**Findings:** In six months, interviews were collected, recorded, encoded and compiled in the form of 65 sub-themes and 8 main themes in the individual components, paired components, family components, cultural components, social components, economic components, and belief components.**Keywords:** The probability of harming divorce; Marriage applicants; Divorce applicants

*. t.alavi@ut.ac.ir

Effectiveness of the Acceptance and Commitment Group Therapy on the Symptoms of Homesickness, Anxiety and Emotional Regulation in College Students

^aMahdi Valizade

^aGholamreza Manshae*

^bHosein Kareshki

^aIslamic Azad University. Isfahan (Khorasgan) branch

^bFerdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: To investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment group therapy on homesickness, anxiety and cognitive emotional regulation among college students referring to Mashhad University clinic.

Method: The design of this study was semi-experimental with a pretest–posttest control group design. 30 people were selected by the purposive method and assigned into two groups (experimental group and control group – 15 people in each group). Homesickness questionnaire, anxiety questionnaire, cognitive emotional regulation were used to measure the dependent variables.

Findings: In post-test and follow up, symptoms of agitation and anxiety in the experimental group were significantly lower than the control group, and the emotional adjustment of the students improved. Findings of the research confirm that it is important that group therapy based on acceptance and commitment reduces students' agitation and anxiety and increases their emotional regulation.

Keywords: Homesickness, ACT, Anxiety, cognitive emotional regulation, College students

*. smanshaee@yahoo.com

Social and Personal Factors Discriminating Emotionally Resilient from
non-Resilient Abused Teens

^aMaryam Hassanzadeh Avval*

^a Ali Mashhadi

^bMahdi Abdollahzadeh Rafi

^aFedowski University of Mashhad

^bMalayer University

Abstract

Purpose: Determine of social and personal factors discriminating resilient from non-resilient adolescences against abuse.

Method: The statistical population encompasses all high-school students of Jajarm, city, who were 516 people. Emotional abused questionnaire, trauma resilience questionnaire, young self-report scale, and Wechsler IQ test have been administered and then a discriminant analysis were used.

Findings: Findings showed that individual (excluding intelligence) and social (excluding supportive relations to peers and active social involvement) factors were different in two groups ($p < 0.05$). Discriminating function also revealed discrimination between resilient and non-resilient teens so that it determined 20.2 % of resilience changes. It might be concluded that individual protective factors like problem-solving, pessimism, belief structure, self-regulation, and self-esteem, as well as social protective factors like supportive academic performance and neighborhood safety/support help adolescents, endure against parents' emotional abuse.

Keywords: Resilience, Protective factors, Abuse.

* . hassanzadeh.maryam@gmail.com

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Sexual Disorders and Marital Problems on the Dynamics of Sex Relation and Sexual Appeal in Women

^aAtefe Tavanaeia*

^aGhasem Ahia

^bAhmad Mansourib

^aBirjand Branch, Islamic Azad University

^bNeyshabur Branch, Islamic Azad University

Abstract

Purpose: The aim of present study was investigate the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for sexual dysfunction and marital problems on the dynamics of sex relation and sexual appeal in women referred to family court.

Method: In a semi-experimental study with pretest-posttest design and control group, 30 women referred to family court in Mashhad city were selected by available sampling method and then randomly designed into experimental and control groups. The experimental group participated in 8 sessions of 45 minutes at cognitive behavioral group therapy, while control groups were not in any treatment. The participants completed relation self-disclosure questionnaire and sexual awareness questionnaire. Data were analyzed by SPSS22 software, using analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: The findings showed that cognitive behavioral group therapy for sexual dysfunction and marital problems leading to improving the dynamics of sex relation and sex appeal in the experimental group than control groups. According to these results, cognitive behavioral group therapy for sexual dysfunction and marital problems might be an efficient way of improving dynamics of sex relation and sex appeal in women referred to family court. Also, therapists can use this therapeutic approach for improving dynamics of sex relation and sex appeal.

Keywords: Sexual dynamics, sexual appeal, sexual disorders, marital problems.

* . avanaei.psy1991@gmail.com

Table of Contents

- The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Sexual Disorders and Marital Problems on the Dynamics of Sex Relation and Sexual Appeal in Women** I
Atefe Tavanaeia, Ghasem Ahia, Ahmad Mansourib
- Social and Personal Factors Discriminating Emotionally Resilient from non-Resilient Abused Teens** II
Maryam Hassanzadeh Avval, Ali Mashhadi, Mahdi Abdollahzadeh Rafi
- Effectiveness of the Acceptance and Commitment Group Therapy on the Symptoms of Homesickness, Anxiety and Emotional Regulation in College Students** III
Mahdi Valizade, Gholamreza Manshae, Hosein Kareshki
- Representing the Probability of Divorce: A Phenomenological Study** IV
Tahereh Sadat Alavi, Ali Moghadamzadeh, Mohammad Ali Mazaheri, Elaheh Hejazi Moghari, Keyvan Salehi, Gholamali Afrooz
- The Effectiveness of Therapy based on Acceptance and Commitment on Improvement of the Parent-Child Relationship in Mothers with Mental Retardation Children** V
Iman Mesbah, Seyed Mohsen Hojatkah, Mohsen Golmohammadian
- The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Marital Satisfaction in Couples Conflict** VI
Saeed Teimory, Golnaz Ghafariyan, Fereshteh Yazdanpanah
- The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Intensity Pain in Patients with Multiple Sclerosis** VII
Mohammad Mehdi Jahangiri
- The Evaluating of Unsafe Attachment Dimensions and Sexual Satisfaction Mediating Sexual Self-efficacy Functioning in Female** VIII
Gholamreza Rajabi, Somaye Kheyri, Manuchehr TaghiPour



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 : 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. 2, Autumn & Winter 2019

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in

ISC

SID

Scopus

and available via

Magiran

Noormags



Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol. 8, No. 2, Autumn & Winter 2019

ISSN: 2251-6352

16

- | | |
|--|------|
| The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Sexual Disorders and ...
Atefe Tavaneia, Ghasem Ahia, Ahmad Mansourib | I |
| Social and Personal Factors Discriminating Emotionally Resilient from non-Resilient ...
Maryam Hassanzadeh Awal, Ali Mashhadi, Mahdi Abdollahzadeh Rafi | II |
| Effectiveness of the Acceptance and Commitment Group Therapy on the Symptoms of ...
Mahdi Valizade, Gholamreza Manshae, Hosein Kareshki | III |
| Representing the Probability of Divorce: A Phenomenological Study
Tahereh Sadat Alavi, Ali Moghadamzadeh, Mohammad Ali Mazaheri, Elaheh Hejazi Moghari, Keyvan Salehi, Gholamali Afrooz | IV |
| The Effectiveness of Therapy based on Acceptance and Commitment on Improvement of ...
Iman Mesbah, Seyed Mohsen Hojatkhah, Mohsen Golmohammadian | V |
| The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Marital Satisfaction in Couples Conflict
Saeed Teimory, Golnaz Ghafariyan, Fereshteh Yazdanpanah | VI |
| The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Intensity Pain in ...
Mohammad Mehdi Jahangiri | VII |
| The Evaluating of Unsafe Attachment Dimensions and Sexual Satisfaction Mediating ...
Gholamreza Rajabi, Somaye Kheyri, Manuchehr TaghiPour | VIII |