



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۹، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۸

دوفصلنامه

۱۷

- ۵ اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
زهره امام زمانی، علی مشهدی، زهره سپهری شاملو
- ۲۵ مولفه‌های احساس تنهایی مرتبط با دوستان در دختران نوجوان: پژوهش پدیدارشناسی
ندا مهراندیش، حسین سلیمی بجستانی، معصومه اسمعیلی
- ۴۱ اثربخشی رویکرد بوئن بر ارتقاء تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان ترک و ترکمن
ریحانه نیلاب، بهرام علی قنبری هاشم آبادی، سیدعلی کیمیایی
- ۵۸ اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های
مراجعه به دیگران
جواد جوانمرد، علیرضا رجایی، فرشید خسرو پور
- ۷۶ اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان
اسماعیل برزگر، علیرضا بوستانی پور، خدیجه فتوح آبادی، اسماعیل زهره ای، شیما ابراهیمی
- ۹۳ مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ‌های نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به
افسردگی مزمن
سیدمحمد رضا صمصام شریعت، حمید طاهر نشاط دوست، مهرداد کلاتری، سیدحمیدرضا عریضی سامانی
- ۱۱۴ اثربخشی درمان بهبود رابطه والد کودک بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی در کودکان طلاق
یاسمن زواشکیانی، مینا مجتبیایی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

سال ۹، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۸

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

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

به استناد مجوز ۵۰۳۴/۱۱/۱۰۵۰۳۴ 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	مرتبه علمی
دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف	روان شناسی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر امیر امین یزدی	روان شناسی کودک	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر نورمحمد بخشانی	روان شناسی بالینی	دانشیار علوم پزشکی زاهدان
دکتر محمدعلی بشارت	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه تهران
دکتر فریبرز درتاج	روان شناسی تربیتی	دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر جواد صالحی فدردی	روان شناسی بالینی و سلامت	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید محمود طباطبائی	روان پزشکی	استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد

داوران این شماره : مجید معینی زاده، حسین باقری، فیروزه زنگنه، کسری شریفی، فرزانه طیرانی، جواد و کیلی، فاطمه شهاست، شاهد مسعودی، سید ایمان سید زاده دلویی، حمید ذوالفقاری
مدیر اجرایی و کارشناس مجله : محمدرسلول 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. دیدگاه های مندرج در نوشته ها الزاما مبین نظر مجله نیست.

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

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

صندوق پستی ۱۵۱۸- کد پستی ۹۱۷۷۹۴۸۹۹۱

دور نگار : ۰۵۱۳ ۸۸۰۷۳۳۸

تلفن : ۰۵۱۳ ۸۸۰۳۶۹۶

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

فهرست مندرجات

- ۵ اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
زهره امام زمانی، علی مشهدی، زهره سپهری شاملو
- ۲۵ مولفه های احساس تنهایی مرتبط با دوستان در دختران نوجوان: پژوهش پدیدارشناسی
ندا مهراندیش، حسین سلیمی بجنستانی، معصومه اسمعیلی
- ۴۱ اثربخشی رویکرد بوئن بر ارتقاء تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان ترک و ترکمن
ریحانه نیلاب، بهرام علی قنبری هاشم آبادی، سیدعلی کیمیایی
- ۵۸ اثربخشی روان درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله ای کارآمد و ناکارآمد و سبک های مراجعه به دیگران
جواد جوانمرد، علیرضا رجایی، فرشید خسروپور
- ۷۶ اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان
اسماعیل برزگر، علیرضا بوستانی پور، خدیجه فتوح آبادی، اسماعیل زهره ای، شیما ابراهیمی
- ۹۳ مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ های نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن
سیدمحمد رضا صمصام شریعت، حمید طاهر نشاط دوست، مهرداد کلانتری، سیدحمیدرضا عریضی سامانی
- ۱۱۴ اثربخشی درمان بهبود رابطه والد کودک بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی در کودکان طلاق
یاسمن زواشکیانی، مینا مجتبابی



امام زمانی، زهرا؛ مشهدی، علی؛ سپهری شاملو، زهره (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر.

DOI: 10.22067/ijap.v9i1.69238

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۱)، ۲۴-۵.

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهرا امام زمانی^۱، علی مشهدی^۲، زهره سپهری شاملو^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۷

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

روش: این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، همگی زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند که به کلینیک روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. با روش نمونه گیری در دسترس و به صورت هدفمند، ۲۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID) و معیارهای ورود انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش، در طی ۱۰ جلسه، طرحواره درمانی هیجانی گروهی را دریافت کرده و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پیش از انجام درمان و پس از آن، اعضای دو گروه به مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی و پرسشنامه اضطراب بک پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار در نمرات اضطراب، افزایش معنادار کاربرد همه طرحواره های هیجانی سازگار و کاهش معنادار کاربرد طرحواره های هیجانی ناسازگار احساس گناه، ساده انگاری، خرد گرایی، دوام، سرزنش و نشخوار فکری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

واژه های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، طرحواره درمانی هیجانی، اضطراب، طرحواره های هیجانی.

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، zahra_emamzamani@yahoo.com

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

۳. دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

موضوع شناسایی و نظم‌جویی اضطراب^۱ و مولفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی آن بخش عمده‌ای از ظرفیت‌های حوزه سلامت روان را به خود اختصاص داده است. تعداد زیادی از پژوهش‌های روان‌شناختی در طی سال‌ها به بررسی اضطراب پرداخته‌اند و در نتیجه الگوهایی برای شناسایی، تبیین و نظم‌جویی اضطراب پیشنهاد شده است که هر کدام به برخی از جنبه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیکی این پدیده بیشتر پرداخته‌اند. اضطراب همواره هم به عنوان یک پدیده ی غیربالینی و هم به عنوان یک پدیده بالینی مورد توجه متخصصان بالینی بوده است. این پدیده در حالت بالینی خود ویژگی اصلی گروهی از اختلال‌ها تحت عنوان اختلال‌های اضطرابی^۲ می‌باشد. گفته می‌شود بخش عظیمی از ساختار عاملی طبقه‌بندی تشخیصی اختلال‌های روانی را عاملی تحت عنوان عاطفه‌مندی منفی تشکیل می‌دهد. این عامل، همپوشانی زیادی با مولفه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر دارد. همبودی این اختلال با سایر اختلال‌ها، بیشتر قاعده محسوب می‌شود تا استثنا. همچنین خود اختلال اضطرابی به تنهایی به دلیل باری که به فرد و جامعه تحمیل می‌کند، همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و متولیان نظام سلامت، روان‌آسیب‌شناسان و روان‌درمانگران بوده است (Dugas & Robichaud, 2007).

پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM 5)^۳، اختلال اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی^۴ شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می‌کند که در اکثر روزها، در ضمن حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد. این نگرانی مفرط، حیطه‌های مختلفی از زندگی فرد را در بر گرفته و کنترل آن نیز مشکل است و علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری با آن همراه است. متوسط سن شروع این اختلال ۳۰ سالگی می‌باشد؛ با این حال، سن شروع دامنه‌ی گسترده‌ای دارد. همچنین متوسط سن شروع این اختلال از سایر اختلال‌های اضطرابی دیرتر می‌باشد. میزان شیوع یکساله این اختلال ۰/۴ تا ۳/۶ درصد و شیوع طول عمر ۹ درصد تخمین زده شده است (American Psychiatric Association, 2013).

در رابطه با اختلال‌های اضطرابی بیشتر مفهوم‌پردازی‌ها از الگوی شناختی رفتاری^۵ نشأت می‌گیرند (Mennin, 2004). با وجود شواهد بسیاری برای کارآمدی درمان شناختی رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی، اما از آن‌جا که این درمان به مواجهه مستقیم همراه با پیشگیری از پاسخ در رابطه با رفتار برانگیزاننده اضطراب نیاز دارد، بیماران ممکن است به درمان ادامه ندهند یا از مواجهه مستقیم امتناع ورزند. در واقع مواجهه

1. Anxiety

2. Anxiety Disorder

3. Diagnostic and Statistical Annual of Mental Disorders

4. Worry

5. Cognitive Behavioral Model

موثر، فعال‌سازی ترس را ایجاب می‌کند و اختلال‌های اضطرابی با ترس از پیامدهای اضطراب یا حس‌های فرد مشخص می‌شوند (Leahy, 2007a). به عبارت دیگر هنگامی که هیجان‌ها برانگیخته شده و به آن درجه از شدت می‌رسند که دردرساز می‌شوند، ممکن است بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی^۱ و تکنیک‌های رفتاری مانند مواجهه دشوار شده و آشفته‌گی افزایش یابد. (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2001)

به علاوه گرچه نتایج برخی از پژوهش‌های فراتحلیل، مانند فراتحلیل (Mitt, 2005) نشان داده است که رفتار درمانی شناختی را می‌توان به عنوان درمان انتخابی اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفت، اما در مطالعات پیگیری به طور خوش‌بینانه تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به این اختلال به بهبود بالینی معناداری دست یافته‌اند (Arntz, 2003). (Borkovec, Newman & Castonguay, 2003) با جمع‌بندی پژوهش‌های شناختی رفتاری در زمینه اختلال اضطراب فراگیر، به این نتیجه رسیدند که برای افزایش کارایی درمان‌های شناختی رفتاری باید به مولفه‌های هیجانی و بین‌فردی این افراد بیشتر توجه شود.

بنابراین، پژوهش‌ها نتایج درمانی ناامیدکننده را به دلیل فقدان الگوی خاصی برای این اختلال می‌دانند که بتواند غیرقابل کنترل بودن اضطراب و نگرانی را مدنظر قرار دهند، و در انتها می‌توان چنین ادعا نمود که روند رو به رشد در ابداع مداخله‌های جدید این است که الگوی درمانی بر مبنای سازوکاری بنا شود که از پردازش هیجان‌های طبیعی جلوگیری به عمل می‌آورند (Wells, 1995). بنابراین در سال‌های اخیر توجه روزافزونی نسبت به نقش پردازش هیجانی^۲ در اختلال‌ها معطوف شده است. امروزه روان‌شناسان دریافته‌اند که برخی بیماران به دلیل مستاصل شدن از هیجان‌های خود و بی‌اطلاعی از چگونگی نظم‌جویی آنها به شیوه‌های ناسازگارانه از جمله سوء مصرف مواد مخدر، پرخوری، نشخوار فکری و نگرانی متوسل می‌شوند (Leahy & et al., 2001). امروزه علاوه بر الگوهای التقاطی، بسیاری از نظریه‌های شناختی نیز به نقش پررنگ هیجان‌ها در تحول و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی پی برده‌اند، طوری که بسیاری از آنها، هیجان را هم‌تراز با شناخت در ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی می‌دانند و به سمت الگوهای شناختی هیجانی حرکت کرده‌اند (Khanzadeh, edrisi, Mohamadkhani & saedian, 2013).

یکی از این نظریه‌ها، طرحواره‌درمانی هیجانی^۱ می‌باشد که شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است و Leahy این رویکرد درمانی را با اقتباس از نظریه شناختی Beck، طرحواره درمانی^۲ Young، الگوی فراشناختی Wells و رویکردهای مبتنی بر پذیرش^۳ برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (Leahy, 2002).

در این الگو، افراد از نظر تفسیری که از تجربه‌ی هیجانی خود به عمل می‌آورند، با یکدیگر تفاوت داشته و تفاوت‌های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌های آنان، طرحواره‌های هیجانی^۴ نامیده می‌شود. همچنین، تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسانظم‌جویی هیجانی می‌شود. افراد بر اساس طرحواره‌های هیجانی خود ممکن است از طریق اجتناب تجربی (مانند سرکوب، کرخی، اجتناب و گریز)، راهبردهای شناختی بی‌فایده (مانند نگرانی و نشخوار فکری)، جستجوی حمایت اجتماعی (خواه راهبردهای اعتباریابی سازگارانه و خواه ناسازگارانه) بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. اهداف این درمان، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحواره‌های هیجانی که بیمار برای تفسیر و اقدام درباره هیجان از آنها استفاده می‌کند و ایجاد باورها و راهبردهای جدید، انعطاف پذیرتر و سازگارانه درباره تجربه هیجانی فرد می‌باشد (Leahy & et al., 2001).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌های هیجانی با اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلال‌های شخصیت^۵ در ارتباط هستند (Leahy, 2002). در رابطه با اضطراب، افسردگی و سایر اختلال‌های روان‌شناختی، حمایت تجربی از طرحواره‌درمانی هیجانی وجود دارد (Leahy, 2015). در پژوهشی در حیطه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر نتایج نشان داد، طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش نگرانی، علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به این اختلال موثر است (Khaleghi, Mohammadkhani & Hasani, 2016).

نتایج پژوهش موردی Leahy درباره تاثیر طرحواره درمانی هیجانی بر بیمار وسواسی مقاوم به درمان نشان داد این درمان منجر به رفع چک کردن، پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی، خوش‌آمدگویی به هیجان‌ها و ایجاد اعتقاد به گذرا بودن آنها شده است (Leahy, 2007). نتایج پژوهشی دیگر حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی در کاهش کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و افزایش کاربرد طرحواره‌های هیجانی کارآمد بود (Rezaee, 2016). در پژوهش بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بر طرحواره‌های

-
1. Emotional Schema Therapy
 2. Schema Therapy
 3. Acceptance Based Theories
 4. Emotional Schemas
 5. Personality Disorders

هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت، نتایج نشان داد طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش طرحواره های هیجانی احساس گناه، ساده انگاری هیجانی، افزایش پذیرش هیجان ها در مرحله پس آزمون و پیگیری شده است. این تاثیرگذاری بر افزایش همگانی بودن هیجان ها در مرحله پس آزمون و افزایش اعتبار بخشی هیجانی و درک هیجانی هم در مرحله پیگیری به تایید رسید (Daneshmandi, Izadikhah, Kazemi, & Mehrabi, 2014). در پژوهش دیگری در زمینه اختلال استرس پس از سانحه، نتایج نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی موجب اصلاح طرحواره های هیجانی شد (Naderi, Moradi, Hasani, & Noohi, 2015). در نهایت، در پژوهشی دیگر که در زمینه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شده بود، نتایج حاکی از کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه های این اختلال در اثر طرحواره درمانی هیجانی بود (Rezaee, Sepahvandi & Mirzaee Habili, 2017). علاوه بر این در پژوهش (Sobhi-Gharamaleki, Porzoor, Aghajani & Narimani, 2015)، با هدف بررسی اثربخشی آموزش متمرکز بر نظم جویی هیجان (که از نظر محتوای درمان با طرحواره درمانی هیجانی اشتراکاتی دارد) بر کاهش نشانه های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان، نتایج نشان داد که آموزش نظم جویی هیجان نشانه های استرس، اضطراب و افسردگی را به طور معناداری کاهش می دهد. نتایج پژوهشی دیگر با هدف بررسی تاثیر درمان نظم جویی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر حاکی از اثربخشی این درمان در بهبود نشانه ها، عملکرد و جنبه های کیفی بیمار بود (Mennin, 2004). همچنین نتایج یک متا آنالیز نشان داد که استفاده از راهبردهای نظم جویی هیجان با علایم افسردگی و اضطراب ارتباط دارد؛ بدین صورت که راهبردهای نظم جویی هیجان سازگارانه (ارزیابی مجدد شناختی، حل مساله و پذیرش) با علایم افسردگی و اضطراب رابطه معکوس و راهبردهای نظم جویی هیجانی ناسازگارانه (اجتناب، سرکوب و نشخوار فکری) با این علایم رابطه مستقیم دارند (Naumann & et al., 2017). در نهایت در پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ترکیبی از این الگوی درمانی سنتی به همراه آموزش مهارت های نظم جویی هیجان بر بیماران روان شناختی پرداخته شده بود، نتایج نشان داد آموزش مهارت های نظم جویی هیجان، نقش تعیین کننده ای در سلامت روان و پیامدهای درمان داشته و آثار درمانی رویکرد شناختی رفتاری را ارتقا می بخشد (Berking & et al., 2008).

در مجموع با توجه به نکاتی مانند اینکه (۱) نتایج درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلال های اضطرابی از حد ایده آل کمتر بوده اند، (۲) طرحواره درمانی هیجانی با تمرکز بر هیجان و باورهای هیجانی مفهوم پردازی جدیدی از اختلال های هیجانی ارائه داده است و (۳) در رابطه با اثربخشی این درمان بر اختلال

اضطراب فراگیر پژوهش‌های اندکی صورت پذیرفته، این پژوهش به بررسی اثر بخشی این درمان بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی موجود در این اختلال پرداخته است. سوال این پژوهش این بود: آیا این شیوه درمانی منجر به افزایش کاربرد طرحواره‌های هیجانی سازگار و کاهش کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناسازگار و کاهش اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود یا خیر؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی^۱ بود و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایش و کنترل و با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل همه زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که در شهریور و مهر ماه ۱۳۹۵ به کلینیک مشاوره و روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. از این میان، ۲۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID)، معیارهای ورود و با شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID)، داشتن جنسیت زن، دارا بودن سن ۲۰ تا ۳۵ سال، برخورداری از حداقل تحصیلات: دیپلم، عدم سوء مصرف مواد مخدر و الکل و عدم ابتلا به افسردگی درمان نشده شدید بر اساس مصاحبه بالینی (افراد مبتلا به افسردگی در صورتی می‌توانند در پژوهش شرکت کنند که برای اختلال خلقی تحت نظر یک درمانگر دیگر باشند که وی اجازه‌ی ورود به گروه را به آنها داده باشد)، بود. سپس افراد انتخاب شده، به طور تصادفی به دو گروه جهت تشکیل گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID): به منظور سنجش اختلال اضطراب فراگیر در شرکت کنندگان، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID) استفاده شد که یک مصاحبه بالینی نیمه‌ساخت‌یافته برای DSM-IV (SCID) است که توسط First و همکارانش در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2010). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این مصاحبه بالینی دارای ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی است (Dugas & Robichaud, 2007). در ایران نیز در پژوهشی، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی را متوسط تا خوب گزارش کرده (کاپای بالاتر از

1. Quasi-Experimental

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV

۰/۶۰)، توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود و همچنین اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این مصاحبه را مطلوب گزارش کردند (Sharifi & et al., 2004).

مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی^۱: برای سنجش طرحواره‌های هیجانی از مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی استفاده شد که Leahy برای شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجان‌ها و طرحواره‌های هیجانی این مقیاس را طراحی و تدوین کرده است (Leahy, 2002). این مقیاس، نوعی مقیاس خودسنجی ۵۰ سوالی است که ارزیابی طرحواره‌های هیجانی را در ۱۴ بعد اعتباریابی^۲، قابل فهم بودن^۳، احساس گناه^۴، ساده‌انگاری^۵، ارزش‌های برتر^۶، کنترل^۷، کرحی^۸، نیاز به خردگرا بودن^۹، دوام^{۱۰}، اتفاق‌نظر^{۱۱}، پذیرش^{۱۲} احساس‌ها، نشخوار فکری^{۱۳}، ابراز^{۱۴} و سرزنش^{۱۵} امکان پذیر می‌سازد. هر آیتم این مقیاس خودسنجی در یک مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) نمره گذاری می‌شود. هر بعد شامل ۲ تا ۷ آیتم می‌باشد. در مطالعه‌ای بر روی ۱۲۸۶ شرکت‌کننده، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ بوده است، به عبارتی این آزمون از ثبات درونی کافی برخوردار است. در مطالعه‌ای دیگر، نتایج نشان داد از ۱۴ بعد طرحواره هیجانی، ۱۲ مورد همراهی قابل توجه با پرسشنامه افسردگی بک II^{۱۶} و پرسشنامه اضطراب بک دارند (Leahy, 2015). در ایران نیز در پژوهشی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار گرفته است. اعتبار این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (Khanzadeh & et al., 2013).

1. Leahy Emotional Schema Scale (LESS)
2. Validation
3. Comprehensibility
4. Guilt
5. Simplicity
6. Higher Values
7. Control
8. Numbness
9. Rationality
10. Duration
11. Consensus
12. Acceptance
13. Rumination
14. Expression
15. Blame
16. The Beck Depression Inventory (BDI-II)

پرسشنامه اضطراب بک^۱: Beck و همکارانش این پرسشنامه را که از ۲۱ آیتم تشکیل می‌شود و علایم شایع اضطراب را در برمی‌گیرد، در سال ۱۹۹۱ معرفی کردند. هر آیتم این پرسشنامه در یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. آنها در مطالعه ای که بر روی ۱۶۰ نفر بیمار انجام دادند، ثبات درونی (آلفای کرونباخ = ۰/۹۲) و اعتبار آزمون - بازآزمون برابر با ۰/۷۵ بدست آمد (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). در مطالعه ای دیگر نیز داده‌های به دست آمده، کاربردپذیری و روایی و اعتبار این پرسشنامه را مورد تایید قرار داد (Osman, Kopper, Barrios, Osman & Wade, 1997). برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران، پژوهشی تحت عنوان ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب Beck در طبقات سنی و جنسی انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد این پرسشنامه دارای روایی (۰/۷۲ = r)، اعتبار (۰/۸۳ = r) و ثبات درونی (آلفای کرونباخ = ۰/۹۲) مناسبی می‌باشد (Kaviani & Mousavi, 2008).

اجرای پژوهش

در ابتدا در هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌ها اجرا شد. سپس طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا گردید ولی گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله ای دریافت نکرد. در این پژوهش، پس از خاتمه درمان نیز اعضای دو گروه به پرسشنامه‌ها مجدداً پاسخ دادند و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برنامه درمانی پژوهش حاضر، بر اساس پروتکل طرحواره درمانی هیجانی برگرفته از کتاب طرحواره درمانی هیجانی (Leahy (2015)، تنظیم شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی گروهی

جلسه اول	معرفی، بیان قوانین گروه، توضیح اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانی‌های خود. اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره اختلال اضطراب فراگیر. تکلیف: تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان.
جلسه دوم	اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره هیجان، تمایز آن با فکر و رفتار و طرحواره درمانی هیجانی و منطق آن. مطرح کردن کارکرد هیجان‌ها و سیر تکاملی آنها. تعریف طرحواره‌های

1. Beck Depression Inventory (BDI-II)

هیجانی و بیان تاثیر آنها بر باورها و رفتارهای افراد. توضیح نقش طرحواره ها در اضطراب افراد با ذکر مثال. تکلیف: تکمیل برگه افتراق فکر و رفتار از هیجان.	
جلسه سوم عادی سازی هیجان. اعتبار دادن. آموزش تکنیک آرمیدگی عضلانی. تمرین درباره گذرا بودن هیجان. تکلیف: تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجان ها غیرعادی هستند. انجام تمرین آرمیدگی عضلانی	
جلسه چهارم اعتبار دادن. تعریف صحیح پذیرش و اثرات آن، توضیح درباره پذیرش هیجان به خصوص اضطراب. استفاده از تمثیل مهمان برای پذیرش اضطراب و تکنیک سوار شدن بر موج اضطراب. تکلیف: انجام تمرین های پذیرش هیجان. مزایا و معایب پذیرش هیجان.	
جلسه پنجم اعتبار دادن. چالش با باورهای درباره احساس های مختلط. انجام تمرین درباره احساس های مختلط. آموزش ذهن آگاهی. تکلیف: مزایا و معایب پذیرش احساس های مختلط. انجام تمرین ذهن آگاهی.	
جلسه ششم اعتبار دادن. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان و آموزش تکنیک وکیل مدافع برای به چالش کشیدن آنها (کنترل و نشخوار فکری). تکلیف: بررسی سود و زیان، تکنیک بررسی شواهد.	
جلسه هفتم چالش با باورهای نادرست هیجان و انجام تکنیک بررسی شواهد (خردگرایی). تشویق اعضا به بیان مثال هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق برای تصمیم گیری ها. بررسی شواهد برای تاثیر هیجان در تصمیم گیری ها. تکلیف: مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجان ها در تصمیم گیری، انجام تکنیک وکیل مدافع.	
جلسه هشتم بررسی سبک های دردسرساز اعتبارزدایی. انجام تکنیک اعتبار بخشیدن به هیجان های خود. آموزش نحوه ی صحیح دریافت اعتبار از سایرین. انجام تکنیک ذهن آگاهی دلسوزانه. تکلیف: انجام ذهن آگاهی دلسوزانه. تکنیک اعتبار بخشی به خود. بیان عبارات کمک کننده برای دریافت اعتبار.	
جلسه نهم چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزش های برتر). انجام تکنیک بالا رفتن از نردبان ارزش ها، تمثیل مثبت و منفی. انجام تکنیک بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان. تکلیف: تهیه لیست ارزش های خود. انجام تمرین های بالا رفتن از نردبان ارزش ها، تمثیل مثبت و منفی.	
جلسه دهم کمک به تحکیم وضعیت آموخته های جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرقت ها. صحبت درباره موانع ادامه یافتن انجام تمرین ها پس از پایان درمان و یافتن راه حل هایی برای رفع موانع بحث درباره روش هایی که به تداوم نتایج کمک می کنند. مرور هدف ها و میزان دستیابی به آنها. صحبت درباره پایان درمان و ابراز احساس ها درباره آن. اجرای مجدد آزمون ها	

یافته‌ها

همانطور که پیش‌تر نیز گفته شد، نمونه شامل ۲۰ نفر بود که به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. داده‌های به دست آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل می‌شود. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار آماری SPSS21 استفاده شد.

در ابتدا اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۲ ارائه می‌شود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیر اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون

گروه					
گروه آزمایش		گروه کنترل		مرحله	متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۲۱/۹	۸/۴۵	۱۶/۸	۱۱/۲۷	پیش آزمون	اضطراب
۱۳/۸	۷/۷۵	۱۷/۵	۱۰/۴۹	پس آزمون	

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمره‌های اضطراب، پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد که برای اضطراب، این آزمون معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$). معنادار نبودن این آزمون نشان می‌دهد که داده‌ها توزیع نرمال دارند. نتایج آزمون لوین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها نیز معنادار نبود (پیش آزمون: $F=۱/۳۱$ ، $P=۰/۵۹$) و (پس آزمون: $F=۰/۸$ ، $P=۰/۵۳$). معنادار نبودن این مفروضه به معنای برقراری آن می‌باشد. در نهایت، مفروضه ی سوم همگنی شیب رگرسیون‌ها است که آن نیز رعایت شده بود (نگرانی پس آزمون: $F=۱/۰۹$ ، $P=۰/۳۱$). بنابراین بر اساس رعایت هر سه مفروضه، امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد. بنابراین برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه آزمایش به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پیش آزمون، به عنوان متغیر همپراش و نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پس آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد این الگو شدند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آزمون اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب (پس آزمون)	پیش آزمون	۱۳۳۲/۳۴	۱	۱۳۳۲/۳۴	۱۱۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۳۰۶/۱۱	۱	۳۰۶/۱۱	۲۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶
	خطا	۱۹۹/۷۵	۱۷	۱۱/۷۵			
	کل	۶۴۹۹	۲۰				

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، میان اضطراب شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین این درمان بر کاهش اضطراب اعضای گروه آزمایش تاثیر معنادار داشته است ($F=26/05$ ، $P=0/001$).

در جدول ۴ نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار به دست آمده از ابعاد طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در ابعاد طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار آمده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار به دست آمده از ابعاد طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار

طرحواره های سازگار					
متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اعتباریابی	پیش آزمون	۹/۱	۲/۱۳	۸/۹	۲/۸
	پس آزمون	۱۱/۷	۲/۶۲	۸/۴	۲/۳۶
قابل فهم بودن	پیش آزمون	۱۴/۱	۴/۱۷	۱۸/۴	۴/۳۷
	پس آزمون	۲۰/۱	۳/۰۳	۱۷/۷	۴
ارزش های برتر	پیش آزمون	۱۲/۴	۳/۰۹	۱۲/۳	۲/۵۸
	پس آزمون	۱۵/۱	۱/۶۶	۱۱/۹	۲/۱۳
کنترل	پیش آزمون	۸/۳	۳/۴	۱۱/۳	۵/۱۴
	پس آزمون	۱۳/۸	۳/۸۲	۱۰/۸	۵
اتفاق نظر	پیش آزمون	۱۱/۴	۳/۲۷	۱۳/۱	۴/۸۸
	پس آزمون	۱۶/۵	۴/۳۷	۱۲/۶	۴/۸۸

پذیرش	پیش‌آزمون	۲۲/۳	۵/۹۸	۲۵	۵/۵۷
	پس‌آزمون	۳۲/۱	۵/۴	۲۴/۶	۵/۳۳
ابراز	پیش‌آزمون	۷/۱	۱/۸۵	۷/۳	۲/۷۱
	پس‌آزمون	۹/۱	۱/۶۶	۶/۹	۲/۵۱
طرحواره‌های ناسازگار					
متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس گناه	پیش‌آزمون	۱۴/۹	۴/۴۸	۱۴/۱	۳/۸۱
	پس‌آزمون	۱۰/۱	۳/۹۲	۱۴/۸	۳/۴۵
ساده‌انگاری	پیش‌آزمون	۲۱/۶	۳/۰۲	۱۷/۴	۴/۳۷
	پس‌آزمون	۱۴/۵	۴/۸۳	۱۷/۹	۳/۸۴
کرخی	پیش‌آزمون	۶	۳/۱۲	۳/۹	۲/۰۲
	پس‌آزمون	۵/۳	۲/۴	۳/۴	۱/۹۴
خردگرایی	پیش‌آزمون	۱۳/۵	۳/۰۲	۱۴	۲
	پس‌آزمون	۱۰/۲	۳/۵۲	۱۴/۴	۱/۶۴
دوام	پیش‌آزمون	۷/۲	۳/۱۵	۶/۸	۲/۷۴
	پس‌آزمون	۴/۴	۲/۳۱	۷/۳	۲/۶۲
نشخوارفکری	پیش‌آزمون	۲۰/۲	۳/۰۴	۱۹/۹	۳/۷۵
	پس‌آزمون	۱۵	۲/۱	۲۰/۴	۳/۳
سرزنش	پیش‌آزمون	۹	۲/۷	۸/۲	۲/۸۹
	پس‌آزمون	۶/۷	۲/۴۹	۸/۶	۲/۶۷

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. پیش فرض اول، نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته است که از طریق آزمون کالموگروف اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد که برای هردو گروه طرحواره‌های هیجانی، این آزمون معنادار نبود ($P > 0/05$). نتایج آزمون باکس نیز برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از نظر آماری معنادار نبود (طرحواره‌های هیجانی سازگار $F=0/9$ ؛ $P=0/67$) و (طرحواره‌های هیجانی ناسازگار $F=1/02$ ؛ $P=0/42$). معنادار نبودن این آزمون به معنای برقراری این مفروضه می باشد. در نتیجه به دلیل برقراری پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، انجام این آزمون امکان پذیر است. در تحلیل مربوط به طرحواره‌های هیجانی سازگار و تحلیل مربوط به طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، گروه آزمایش

و گروه کنترل به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات طرحواره‌های هیجانی سازگار و نمرات طرحواره‌های هیجانی ناسازگار شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، به عنوان متغیر هم‌پراش و نمرات طرحواره‌های هیجانی سازگار و نمرات طرحواره‌های هیجانی ناسازگار شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد الگو شدند. همچنین لازم به ذکر است که به دلیل برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای هر دو گروه طرحواره، از آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده شد.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($\lambda = 0.07$ لامبدا ویلکز، $P = 0.01$ ، $F(8, 5) = 8.84$) و همچنین در رابطه با طرحواره‌های هیجانی ناسازگار با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون ابعاد طرحواره‌های هیجانی ناسازگار به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($\lambda = 0.04$ لامبدا ویلکز، $P = 0.005$ ، $F(7, 5) = 13.75$).

جدول ۵: نتایج آزمون‌های اثرات بین شرکت‌کنندگان جهت مقایسه ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار در دو گروه آزمایش و کنترل

طرحواره‌های سازگار							
متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اعتبار	پس‌آزمون	۲۶/۳۸	۱	۲۶/۳۸	۱۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۴۷
قابل فهم بودن	پس‌آزمون	۵۲/۲۶	۱	۵۲/۲۶	۶/۰۳	۰/۰۳	۰/۳۵
ارزش‌های برتر	پس‌آزمون	۱۱/۹	۱	۱۱/۹	۶/۷۲	۰/۰۲	۰/۳۷
کنترل	پس‌آزمون	۶۲/۲	۱	۶۲/۲	۱۱/۲۹	۰/۰۱	۰/۵
اتفاق نظر	پس‌آزمون	۵۳/۶۲	۱	۵۳/۶۲	۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۴۲
پذیرش	پس‌آزمون	۲۳۵/۰۴	۱	۲۳۵/۰۴	۲۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵
ابراز	پس‌آزمون	۸/۶۸	۱	۸/۶۸	۵/۶۸	۰/۰۳	۰/۳۴
طرحواره‌های ناسازگار							
متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر

۰/۶۷	۰/۰۰۱	۲۲/۵	۱۲۶/۷۴	۱	۱۲۶/۷۴	پس‌آزمون	احساس گناه
۰/۴	۰/۰۲	۷/۴۳	۱۲۷/۳۱	۱	۱۲۷/۳۱	پس‌آزمون	ساده‌انگاری
۰/۰۲	۰/۵۸	۰/۳۱	۰/۲۷	۱	۰/۲۷	پس‌آزمون	کرخی
۰/۴۶	۰/۰۱	۹/۴۱	۸۱/۴۶	۱	۸۱/۴۶	پس‌آزمون	خردگرایی
۰/۴۷	۰/۰۱	۹/۷۵	۲۵/۷۹	۱	۲۵/۷۹	پس‌آزمون	دوام
۰/۸۳	۰/۰۰۱	۵۵/۸۴	۱۰۶/۷۴	۱	۱۰۶/۷۴	پس‌آزمون	نشخوارفکری
۰/۵۱	۰/۰۰۶	۱۱/۷۷	۳۳/۱۵	۱	۳۳/۱۵	پس‌آزمون	سرزنش

جدول ۵، معناداری هریک از تحلیل واریانس‌های تک‌متغیری را که در مورد متغیرهای وابسته به طور جداگانه انجام گرفته است، نشان می‌دهد. نتایج آزمون اثرات بین شرکت‌کننده‌ها در جدول ۵، نشان می‌دهد که در رابطه با طرحواره‌های هیجانی سازگار میان شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در نمره اعتبار ($F=10/03$, $P=0/01$)، قابل فهم بودن ($F=6/03$, $P=0/03$)، ارزش‌های برتر ($P=0/02$)، $F=6/72$ ، کنترل ($F=11/29$, $P=0/01$)، اتفاق نظر ($F=7/95$, $P=0/01$)، پذیرش ($F=20/7$, $P=0/001$) و ابراز ($F=5/68$, $P=0/03$) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین در رابطه با طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، احساس گناه ($F=22/5$, $P=0/001$)، ساده‌انگاری ($F=7/43$, $P=0/02$)، خردگرایی ($F=9/41$, $P=0/01$)، دوام ($F=9/75$, $P=0/01$)، نشخوار فکری ($F=55/84$, $P=0/001$) و سرزنش ($F=11/77$, $P=0/006$) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین به دلیل بزرگتر بودن سطح معناداری متغیر کرخی از ۰/۰۵، میان شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش و کنترل در نمره کرخی ($F=0/31$, $P=0/58$)، تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتیجه

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار داشت. این یافته با یافته‌های پژوهش (Sobhi-Gharamaleki & et al., 2015; Naumann & et al., 2017; Rezaee, & et al., 2017; khaleghi & et al., 2016) همسو است. از آنجا که محتوای طرحواره درمانی هیجانی و نظم جویی هیجانی اشتراکاتی دارند، نتیجه پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها نیز قابل قیاس می‌باشد. به عنوان مثال، نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که اثربخشی نظم جویی هیجانی را بر اضطراب مورد بررسی قرار داده‌اند مانند (Sobhi-Gharamaleki & et al., 2015; Naumann & et al., 2017; Berking & et al., 2008; Mennin, 2004) همسو است. همانطور که پیش‌تر نیز گفته شد طرحواره‌های

هیجانی با بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، ناسازگاری زناشویی و اختلال‌های شخصیت در ارتباط هستند (Leahy, 2002). از نظر Leahy هریک از اختلال‌های اضطرابی در بردارنده‌ی طرحواره‌های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد هیجان‌ها هستند (Leahy, 2007a).

به عنوان مثال طرحواره کنترل و باور درباره طول مدت هیجان بهترین پیش‌بینی کننده‌های اضطراب هستند (Tirch, Leahy, Melwani & Silberstein, 2012). اضطراب اغلب به صورت فقدان کنترل یا کنترل از هم گسیخته هنگام احساس خطر از یک موقعیت تجربه می شود. علاوه براین، باور به اینکه کنترل امری ضروری است و نبود آن موجب فاجعه می شود، زمینه متناقض بسیاری از اختلال‌های اضطرابی است: فرد نیازمند کنترل موقعیت‌ها و هیجان‌ها است، اما نمی تواند آن‌ها را کنترل نماید و بنابراین بیشتر نیازمند کنترل می شود. در نتیجه افراد مضطرب تر می شوند، زیرا بر این باورند که فقدان کنترل ضرورتاً خطرناک است. بر اساس آنچه بیان شد، طرحواره درمانی هیجانی به بیماران کمک می شود از کنترل افکار اضطرابی، ادراک و هیجان‌ها دست بردارند و با استفاده از روش‌های پذیرش و ذهن آگاهی هیجان‌های خود را مشاهده کرده و آنها را مورد قضاوت قرار ندهند. به عبارتی با کمک دادن به بیماران برای کنترل نکردن اضطراب، منجر به کاهش آن می شود (Leahy, 2015).

به طور کلی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و روش‌های مقابله نادرست با هیجان‌ها موجب ایجاد مشکل در تجربه ی هیجانی افراد می شود. بنابراین می‌توان انتظار داشت با اصلاح طرحواره‌های هیجانی افراد، تجربه ی هیجانی آنها نیز اصلاح شود. همانطور که پیش تر نیز گفته شد طرحواره های هیجانی با اضطراب در ارتباط هستند (Leahy, 2007a; Leahy & et al., 2001; Leahy, 2015). در پژوهش حاضر نیز به اصلاح این طرحواره‌ها پرداخته شد. روش‌های به کار رفته برای اصلاح طرحواره های هیجانی اعضای گروه شامل گفتگوی سقراطی، بررسی مزایا و معایب، تکنیک وکیل مدافع، بررسی شواهد موافق و مخالف برای باورهای هیجانی، عادی سازی هیجان‌ها، اعتبار بخشیدن به هیجان‌ها و ... بود.

علاوه براین در پژوهش حاضر درمانگر روش‌های مقابله ای سازگارانه را به اعضای گروه آموزش داد تا برای مدیریت اضطراب خود از این شیوه ها استفاده نمایند. یکی از این روش‌ها آرمیدگی عضلانی بود. افراد با تمرین کردن این روش می‌توانند پس از مدتی به طور ارادی تنش عضلانی خود را کاهش داده و پاسخ آرامش را ایجاد نمایند. اثربخشی روش آرمیدگی عضلانی در برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش‌های (Arntz, 2003; Dugas & et al., 2010) که با هدف بررسی اثربخشی این روش در افراد مبتلا به اختلال

اضطراب فراگیر انجام شده بودند، به تایید رسیده است. در پژوهش حاضر نیز، پس از آموزش و تمرین، اعضای گروه گزارش کردند که این تمرین موجب کاهش تنش عضلانی و شدت اضطراب شده است. این تمرین علاوه بر اثرات مستقیم بر میزان اضطراب، بر باورهای فرد درباره دوام و کنترل ناپذیری اضطراب نیز اثرگذار بود. اعضای گروه با انجام این تمرین قادر بودند که خود، اضطراب شان را کاهش دهند و در نتیجه نسبت به هیجان خود احساس تسلط داشته باشند. همچنین آنها با انجام تمرین و کاهش اضطراب به این نتیجه رسیده بودند که الزاما اضطراب به طول نمی‌انجامد و می‌تواند گذرا و موقتی باشد.

راهنمادهای دیگری که در این پژوهش به کار رفت، شیوه ذهن آگاهی از تنفس و تجربه‌ی هیجان به صورت موج بود. بر خلاف آرمیدگی عضلانی، هدف اصلی ذهن آگاهی ایجاد آرامش و کاهش تنش نیست. از آنجا که تلاش برای کنترل و سرکوب اضطراب، نتیجه عکس داده و منجر به افزایش آن می‌شود، مشاهده بدون قضاوت اضطراب منجر به کاسته شدن از میزان آن می‌شود. نتایج پژوهش (Vollestad, Sivertsen & Nielsen, 2011) نیز اثربخشی روش‌های ذهن آگاهی مبتنی بر استرس را بر نشانه‌های نگرانی، اضطراب و اضطراب حالت-صفت در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نشان داده است. علاوه بر این پژوهشی دیگر اثربخشی ذهن آگاهی را بر بهبود شاخص‌های زیستی مربوط به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که بهبود این شاخص‌ها شاهدهی بر اثربخشی این نوع درمان می‌باشد (Hogo & et al., 2017). در پژوهش حاضر نیز وقتی اعضا این مشاهده‌ی بی‌قضاوت اضطراب را تمرین کردند، از میزان اضطراب آنها کاسته شد.

بخش دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی گروهی موجب افزایش معنادار در به کارگیری همه‌ی طرحواره‌های هیجانی سازگار و کاهش معنادار در به کارگیری طرحواره‌های هیجانی ناسازگار (به جز طرحواره کرخی) شده است. این یافته با پژوهش‌هایی مانند (Leahy, 2007b; Daneshmandi & et al., 2014; Naderi & et al., 2015; Rezaee, 2016) همسواست. همانطور که پیش‌تر نیز گفته شد هدف اصلی طرحواره درمانی هیجانی شناسایی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی است (Leahy, 2007a). بر اساس این هدف در این پژوهش راهنمادهایی برای اصلاح طرحواره‌های هیجانی به کار رفت.

به عنوان مثال، در رابطه با طرحواره اعتباریابی که یکی از مهم‌ترین طرحواره‌های هیجانی است و می‌تواند بر طرحواره‌های دیگر نیز موثر باشد، از روش‌هایی مانند اعتباردهی در جلسه‌های درمان، آموزش نحوه‌ی دریافت اعتبار از دیگران، ذهن‌آموزی دلسوزانه و اعتباردهی به خود استفاده شد. همچنین از روش

بررسی سود و زیان و بررسی شواهد اعضا این باور که هیجان‌ها کنترل ناپذیر هستند را به چالش کشیدند. از روش بررسی سود و زیان برای بررسی مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها و استعاره اضطراب به عنوان مهمان برای افزایش پذیرش هیجان‌ها استفاده شد. از روش آموزش روانی درباره هیجان‌ها و عادی‌سازی هیجان‌ها به بهبود طرحواره قابل فهم بودن کمک شد. در نهایت از روش بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، استفاده از روش پیکان رو به پایین، تمثیل مثبت و منفی و تهیه لیست ارزش‌ها برای این استفاده شد که اعضا بتوانند ارزش‌های زیربنای اضطراب خود را شناسایی کنند. در رابطه با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار نیز راهبردهایی به کار گرفته شد که در ادامه توضیح داده می‌شود. به عنوان مثال در رابطه با طرحواره ساده انگاری هیجان‌ها، از شیوه‌هایی مانند آموزش روانی درباره احساس‌های دوسوگرایانه، منشأ آنها، استفاده از تمثیل و بررسی سود و زیان پذیرش احساس‌های مختلط استفاده شد. همچنین برای طرحواره هیجانی خردگرایی نیز بررسی شواهد و سود و زیان استفاده از هیجان‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و روش وکیل مدافع برای به چالش کشیدن باورهای خود به کار گرفته شد. علاوه بر اینها در رابطه با طرحواره هیجانی دوام نیز اعضا به بررسی سود و زیان این باور هیجانی خود پرداختند. علاوه بر روش‌های مستقیم اصلاح طرحواره‌ها، فنون به کار رفته در گروه درمانی مانند روش‌های ذهن آگاهی و آرمیدگی عضلانی نیز به اصلاح طرحواره‌هایی مانند طرحواره کنترل، نشخوار فکری و دوام، کمک کرد.

در نهایت می‌توان اضافه نمود که طرحواره‌های هیجانی بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند و از این طریق به بهبود یکدیگر کمک می‌دانند. به عنوان مثال اعتباربخشی به هیجان‌های افراد به عادی‌سازی، کاهش احساس گناه و شرم، پذیرش و قابل درک بودن هیجان‌ها کمک می‌کند (Leahy, 2015). همچنین افزایش کاربرد طرحواره هیجانی ارزش و عادی‌سازی اضطراب نیز بر کاهش احساس گناه موثر بود. در رابطه با طرحواره سرزنش نیز می‌توان گفت، به نظر می‌رسد استفاده از روش آموزش روانی درباره هیجان، کاربرد هیجان، ریشه تکاملی هیجان تاثیر هیجان بر بقای انسان‌ها و همگانی بودن آن در کاهش این طرحواره نقش داشته است. در رابطه با طرحواره کرخی که درمان تاثیر معناداری بر آن نداشته است می‌توان گفت، اعضای گروه به میزان کمی تجربه کرخی داشتند به همین دلیل تمرکز زیادی بر اصلاح این طرحواره صورت نپذیرفت. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی هیجانی با به کارگیری شیوه‌هایی مانند ذهن آگاهی، تمرین‌های رفتاری مانند آرمیدگی عضلانی و اصلاح باورهای هیجانی ناکارآمد و تقویت باورهای هیجانی کارآمد موجب کاهش اضطراب در آزمودنی‌های پژوهش حاضر شده است.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت پژوهش حاضر تنها روی زنان ۲۰ تا ۳۵ سال مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد، بنابراین برای تعمیم دادن نتایج این پژوهش به افراد گروه‌های سنی دیگر می‌بایست احتیاط کرد. همچنین نمونه‌گیری از نوع در دسترس و به صورت داوطلبانه صورت گرفت، در نتیجه ممکن است امکان تعمیم دقیق نتایج پژوهش فراهم نباشد. همچنین برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر روی آزمودنی‌های سایر گروه‌های سنی مورد بررسی قرار گیرد، بر روی هر دو گروه زن و مرد اجرا شده و نتایج مقایسه شود و با اثربخشی دارودرمانی یا سایر درمان‌های روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری مورد مقایسه قرار گیرد.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Translated by: Y, Seyed mohamadi (2014). Tehran: Ravan. (In Persian).
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 41(6), 633-646.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G. Q., & Castonguay, L. G. (2003). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Journal of Cns Spectrums*, 8(5), 382-389.
- Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Kazemi, H., & Mehrabi, H. A. (2014). The Effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 22(5), 1481-1494. (In Persian).
- Dugas, M., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. Translated by: M, Akbari, M, Chiniforoushan, & A, Abedin (2014). Tehran: Arjmand. (In Persian).
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 41(1), 46-58.
- First, M., Spitzer, R., Gibbson, M. & Williams, J. *Structured diagnostic interview for DSM-IV disorders*, Translated by P. Mohamadkhani, M. Jokar, A. Jahani Tabesh & Sh, Tamanayi far (2010). Tehran: Danjeh. (In Persian).
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., Pollak, M. H., & Simon, N. M. (2017). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatry Research*, (in press). (Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.006.)

- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of beck anxiety inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 65(2), 136-140. (In Persian).
- Khaleghi, M., Mohammadkhani, Sh., & Hasani, J. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: a single-subject design. *Journal of Clinical Psychology*, 8(2), 43-55. (In Persian).
- Khanzadeh, M., edrisi, F., Mohamadkhani, SH., & saedian, M. (2013). Assessment of factor structure and psychometric properties of emotional schemas scale in students. *Journal of Clinical Psychology*, 11(3), 92-119. (In Persian).
- Leahy, R., Tirsch, D., & Napolitano, L. (2001). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner guide*. Translated by: A, Mansouri rad. (2014). Tehran: Arjmand. (In Persian).
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. (2007a). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45.
- Leahy, R. (2007b). Emotional schemas and self-help: homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 297-302.
- Leahy, R. (2015). *Emotional schema therapy*, New York: The Guilford Press.
- Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 17-29.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Journal of Psychological Bull*, 131(5), 785-795.
- Naderi, Y., Moradi, A., Hasani, J., & Noohi, S. (2015). Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post traumatic stress disorder veterans. *Iranian Journal of War & Public Health*, 7(3), 147-155. (In Persian).
- Naumann, E., Holmaz, E. A., Tuschen-Caffier, B., Samson, A. C., & Ozlem Schafer, J. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A metaanalytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46 (2), 261-276.
- Osman, A., Kopper, B., Barrios, F., Osman, J., & Wade, T. (1997). The beck anxiety inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 7-14.
- Rezaee, M. (2016). Effectiveness of group emotional schema therapy on BMI, emotional eating, weight self- efficacy on excessive women. (M.A degree Dissertation, University of ferdowsi). (In Persian).
- Rezaee, F., Sepahvandi, M. A., & Mirzaee Habili, Kh. (2017). The effectiveness of emotional schema therapy on cognitive-behavioral avoidance and the severity of generalized anxiety symptoms of female students with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological studies*, 13(1), 43-64. (In Persian).
- Sharifi, V., Asadi, M., Mohamadi, M., Amini, H., & etal. (2004). Reliability and applicability of the Persian version of structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Journal of Advances in Cognitive science*, 6(1, 2), 10-22. (In Persian).

- Sobhi-Gharamaleki, N., Porzoor, P., Aghajani, S., & Narimani, M. (2015). Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, Stress and depression symptoms among university students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 3(1), 5-13. (In Persian).
- Tirch, D. D., Leahy, R., Silberstein, L., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 380-391.
- Vollestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281-288.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.



مهراندیش، ندا؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۸). مولفه های احساس تنهایی مرتبط با دوستان در دختران نوجوان: پژوهش پدیدارشناسی.

DOI: 10.22067/ijap.v9i1.73145

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۱)، ۴۰-۲۵.

مولفه های احساس تنهایی مرتبط با دوستان در دختران نوجوان: پژوهش پدیدارشناسی

ندا مهراندیش^۱، حسین سلیمی بجستانی^۲، معصومه اسمعیلی^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۳/۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱/۳۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین مولفه های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در نوجوانان دختر بر اساس تجارب زیسته ی آنان است.

روش: پژوهش حاضر، از نوع کیفی و پدیدارشناسانه است. نمونه گیری به صورت هدفمند بود، به این صورت که ۱۳۵ پرسشنامه ی احساس تنهایی UCLA بر روی نوجوانان دختر با میانگین سنی ۱۶ سال اجرا شد و ۳۰ نفر از افرادی که نمرات بالای ۵۰ در احساس تنهایی داشتند به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند. ابزار اصلی پژوهش مصاحبه بود، پس از ۱۵ مصاحبه و کدگذاری با استفاده از نظریه ی زمینه ای، داده ها به اشباع رسید.

یافته ها: مولفه های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در دختران نوجوان به ترتیب عبارت بود از: (۱) احساس مورد پذیرش نبودن و عدم تعلق به گروه دوستی (۲) عدم آرامش و داشتن مرزهای سخت در ارتباط با دوستان (۳) کمیت و کیفیت پایین دوستی (۴) اهمیت ارزشیابی دوستان و همسالان (۵) زمینه های باز دارنده ی ارتباطی. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که سوگیری های شناختی مرتبط با رشد شناختی دوره ی نوجوانی و همچنین عواملی چون ناتوانی در برقراری ارتباط موثر با دوستان و عموماً بی اعتمادی است که انگیزه ی ارتباط مجدد را در نوجوان تنها تحت تاثیر قرار می دهد و باعث دور شدن هر چه بیشتر نوجوان از دوستان و پیشروی به سوی احساس تنهایی مزمن می گردد.

واژه های کلیدی: احساس تنهایی، دختران نوجوان، دوستان، تحقیق پدیدارشناسی.

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، n.mehrandish@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، h.salimi.b@gmail.com

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران

مقدمه

احساس تنهایی^۱ یا فقدان درک روابط اجتماعی حمایتی، در سال‌های اخیر به عنوان یک متغیر کلیدی پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت، ظهور کرده است (Adam, Chyu, Hoyt, Doane, Bisjoly, Duncan, Chase-Landsdale & MacDade, 2011). تنهایی یکی از تجارب عمومی بشر و احساسی است که هر فرد کم و بیش آن را تجربه می‌کند (Bahramiyan, 2014). شیوع احساس تنهایی در دوره‌ی نوجوانی به اوج خود و بین ۷۰ تا ۸۰ درصد می‌رسد (Qualter, Vanhalst, Harris, Van Roekel, Lodder, Bangee, Maes, & Verhagen, 2015).

تضاد بین استقلال خود در نوجوان به عنوان واحدی منحصر به فرد از دیگران و افزایش نیاز به صمیمیت با آنان، ریسک احساس تنهایی را افزایش می‌دهد (Zhang, Gao, Fokkema, Alterman, & Liu, 2015). برای رسیدن به استقلال از والدین که یکی از مهم‌ترین وظایف رشدی دوره‌ی نوجوانی است، نوجوانان به طور قابل ملاحظه‌ای به همسالان خود وابسته می‌شوند (Putarek, & Kerestes, 2016). مولفه‌ای که در نوجوانی اهمیت زیادی دارد، جایگاه اجتماعی آنان در گروه همسالان است (LaFontana, & Cillessen, 2009). همچنین میزان پذیرش، صمیمیت و احساس محبوب بودن در گروه همسالان برای نوجوانان از اهمیت بالایی برخوردار است (Putarek, & Kerestes, 2016, Zimmer-Gembeck, Hunter & Pronk, 2007). مساله‌ی قابل توجه اینجاست که به نظر می‌آید رشد شناختی و مکانیسم‌های مرتبط با آن، نقش اساسی در ادراک، احساس و عملکرد نوجوان ایفا می‌کند.

نظریه‌ی رشد شناختی پیاژه بیان می‌کند که مرحله‌ی عملیات صوری در حدود ۱۱ سالگی آغاز می‌شود. نوجوانان در این مرحله توانایی تفکر انتزاعی، منظم و علمی را پرورش می‌دهند و برای تفکر، دیگر به اشیاء و رویدادهای عینی نیاز ندارند. به جای آن، آن‌ها می‌توانند از طریق تامل درونی به قواعد منطقی، تازه و کلی‌تری دست‌یابند (Berk, 2007, Translate by Seyed-Mohamadi, 2013). رشد شناختی در دوره‌ی نوجوانی عموماً همراه با تحریف‌های شناختی است (Williamson, & Molina, 2012). به طور مثال مهارت استدلال علمی در نوجوانان که عبارت است از توانایی آزمایش نظریه در برابر شواهد، می‌تواند در معرض سوگیری خودیاری قرار گیرد. نوجوانی که درگیر سوگیری خودیاری است، منطقی را به طور موثرتری در مورد عقایدی به کار می‌گیرد که به آن‌ها شک دارد، نه عقایدی که طرفدار آن است (Berk,

شاهدی را در نظر می‌گیرد که از برداشت منفی او حمایت می‌کند. (2007, Translate by Seyed-Mohamadi, 2013). این بدین معناست که نوجوان از بین شواهد اجتماعی،

به علاوه رشد مهارت شناختی خودآگاهی و تمرکز بر خود (خود محوری) باعث می‌شود که نوجوانان فکر کردن بیشتر در مورد خود را آغاز کنند، این تفکرات نیز در معرض دو تحریف شناختی تماشاگران خیالی و افسانه‌ی شخصی قرار دارند. نوجوانانی که درگیر تحریف شناختی تماشاگران خیالی هستند، تصور می‌کنند که در کانون توجه دیگران قرار دارند و تمام حرکات و رفتارهای آنان به وسیله‌ی اطرافیان در حال بررسی و ارزشیابی است. همچنین تحریف شناختی افسانه‌ی شخصی باعث می‌شود فکر کنند خاص و ویژه هستند و احساسات و عواطف آن‌ها از دیگران متفاوت و اغلب شدیدتر و هولناک‌تر است (Williamson & Molina, 2012). از آن جایی که احساس تنهایی یک تجربه‌ی ذهنی است (Galanaki, 2004)، به نظر می‌آید که فرایندهای شناختی می‌تواند در پیشروی نوجوان به سوی احساس تنهایی، نقش عمده‌ای داشته باشد.

با توجه به نظریه‌ی تکاملی تنهایی^۱، احساس تنهایی معمولاً طبیعی زودگذر دارد، زیرا ارتباطات بد و آزار دهنده در ارتباط با تنهایی، سبب ایجاد انگیزه در افراد برای ارتباط مجدد (RAM^۲) با افراد دیگر می‌شود (Qualter & et al, 2015). با این حال، احساس تنهایی برای برخی افراد، تجربه‌ای طولانی مدت و دردناک است (Cacioppo, J. T., Cacioppo, S, Cole, Capitano, Goossens, & Boomsma, 2015). به راستی چه چیزی باعث می‌شود احساس تنهایی برای افراد مختلف، تجربه‌ای کاملاً متفاوت باشد؟ کالتر و همکاران (Qualter & et al, 2015) بیان می‌کنند که عامل تفاوت تنهایی گذرا از تنهایی مزمن، نحوه‌ی کارکرد مکانیسم انگیزه‌ی ارتباط مجدد (RAM) در طول دوره‌های رشدی است. مکانیسم RAM از سه مرحله‌ی اساسی تشکیل شده است، اولین جزء ادراک احساس بد و آزار دهنده‌ی تنهایی است که به افراد علامت می‌دهد که ارتباط با آن‌ها دچار اختلال شده یا در معرض خطر است، دومین جزء، آگاهی فرد از تنهایی خویش است که باعث فعال شدن فرایند ارتباط مجدد رفتاری و برداشت‌های اولیه از موقعیت اجتماعی می‌شود، سومین جزء، افزایش هوشیاری ضمنی و گوش به زنگی برای دریافت تهدیدهای اجتماعی است (Cacioppo & et al, 2015). تحریف‌های شناختی، باعث می‌شود مکانیسم انگیزه‌ی ارتباط مجدد (RAM) در نوجوان با اختلال مواجه شود و او را به سوی تنهایی مزمن سوق دهد. گرایش‌های شناختی منفی، RAM را در طول فرایند ارتباط مجدد

۱. نظریه‌ی تکاملی تنهایی بیان می‌دارد که احساس تنهایی در واقع یک تطابق بیولوژیکی است و یک پدیده‌ی منحصر ا انسانی نیست. احساس تنهایی ساختاری علمی دارد که نشان دهنده‌ی مجموعه آمادگی‌های تطبیقی در پاسخ به اختلاف بین روابط اجتماعی مطلوب و روابط اجتماعی موجود فرد، به وجود می‌آید (Cacioppo and et al, 2015).

2. Re-affiliation Motive

شناختی تحت تاثیر قرار می‌دهد و منجر به این می‌شود که نشانه‌های اجتماعی مشاهده شده، به صورت متفی تفسیر شده و به جدایی هرچه بیشتر فرد از دیگران بیانجامد (Qualter & et al, 2015).

از سوی دیگر رشد عاطفی- اجتماعی نیز در نوجوانان که شامل توسعه روابط با دیگران، یادگیری هنجارها و آداب و رسوم اجتماعی است و توانایی فرد را برای شناسایی، درک و بیان احساساتش افزایش می‌دهد (Williamson & Molina, 2012)، همراه با شکل‌گیری هویت در نوجوان است. اریکسون (Erickson, 1950)، به نقل از (Ahadi & Jomehri, 2006) تعارض روانشناختی نوجوانی را هویت در برابر سردرگمی نقش نامید. افرادی که هویت تسلیم شده دارند، غالباً می‌ترسند که مبدا کسانی که برای محبت و عزت نفس به آن‌ها وابسته هستند، آن‌ها را طرد کنند. افرادی که دستخوش هویت پراکنده هستند، از لحاظ رشد هویت، کم‌ترین پختگی را دارند. آن‌ها معمولاً در برخورد با مسائل از روش شناختی پراکنده- دوری جو استفاده می‌کنند و از پرداختن به تصمیم‌گیری‌ها و مشکلات شخصی دوری می‌کنند (Berk, 2007, Translate by Seyed- (Mohamadi, 2013).

برای نوجوانان تنها، موقعیت‌های ارتباطی از جمله موقعیت‌های دشواری است که با آن رو به رو هستند. به نظر می‌آید که نوجوانان تنها بین نیاز به صمیمیت و ترس از طرد شدن توسط دیگران، گرفتار شده اند و اگر دست خوش هویت پراکنده باشند از برقراری ارتباط کناره‌گیری می‌کنند و این مساله می‌تواند آن‌ها را به سوی احساس تنهایی مزمن سوق دهد. نوجوانانی که هویت محکمی ندارند، در بزرگسالی نمی‌توانند با دیگران صمیمی شوند، این در حالی است که نظرات دیگران نیز در شکل‌گیری یک خود مستقل در نوجوان تاثیرگذار است. در موقعیت‌های مختلف، نوجوان خود را با خودهای متفاوتی توصیف می‌کند. رشد خودپنداره در نوجوان- که مقدمه‌ی شکل‌گیری عزت نفس است- باعث می‌شود که مدام خود واقعی‌اش را با خود ایده‌آلی که در ذهن دارد مقایسه کند. نتیجه‌ی این ارزشیابی، احساس خوب بودن یا خوب نبودن خود است (Lotfabadi, 2011). عموماً همسالان از جمله دیگران مهمی هستند که نوجوانان تحت تاثیر آن‌ها قرار دارند.

دانش‌آموزان در مدرسه تحت تاثیر رفتار و حالات روانی دوستان همکلاسی خود قرار می‌گیرند (Renna, Grafova & Thakur, 2008). کینگ و داتو (King & Datu, 2017) بیان می‌کنند که حتی بهزیستی روانی یک دانش‌آموز با بهزیستی روانی سایر همکلاسی‌هایش مرتبط است. احساس تنهایی در دوره‌ی نوجوانی با انجام وظایف مهم رشدی در تعارض است (Cavanaugh, & Buehler, 2016) و افزایش شدید آن با کاهش کلی رضایت از زندگی، عملکرد ضعیف تحصیلی، سازگاری ضعیف، نرخ بالای ترک

تحصیل، عزت نفس پایین، اعتیاد به اینترنت (Zhang, 2015, Najafi, Salehin & Mohamadifar, 2016)، قربانی مزاحمت سایبری شدن و ارتکاب به آن (Brewer, G., & Kerslake, J, 2015) همراه است و همچنین عواقب جدی چون ایده‌ی خودکشی و اقدام به خودکشی را به همراه دارد (Lyks & Kemmelmeier, 2014). پژوهش شریعتی، فضیلت پور و حسینچاری (Shariati, Fazilatpour & Hosseinchari, 2016) نشان می‌دهد که بین سبک دلبستگی ایمن به والدین و همسالان با احساس تنهایی، ارتباط معکوس وجود دارد. افراد دلبسته‌ی نا ایمن، خودپنداره‌ی منفی درباره‌ی خود و دیگران دارند که می‌تواند بر توانایی فرد در برقراری و گسترش روابط صمیمانه تأثیر بگذارد و منجر به احساس تنهایی در فرد شود. نتایج پژوهش احدی (Ahadi, 2009) نشان می‌دهد که بین سبک دلبستگی ایمن و احساس تنهایی رابطه‌ی منفی وجود دارد. همچنین بین سبک دلبستگی اجتنابی و احساس تنهایی رابطه‌ی منفی است. اما بین سبک دلبستگی مضطرب-دو سوگرا و احساس تنهایی رابطه‌ی مثبت به دست آمد. همچنین نادری، فیروز زاده پاشا و کارگر (Naderi, Firouzzade & Kargar, 2016) بیان می‌کنند که سبک دلبستگی و خودپنداره، پیش بینی کننده‌ی احساس تنهایی در دانش آموزان مقطع متوسطه‌ی دوم است. در تبیین احساس تنهایی بیش‌تر در افراد مضطرب-دو سوگرا در مقایسه با افراد اجتنابی، می‌توان چنین مطرح کرد که: الگوهای کارکرد درونی افراد مضطرب-دو سوگرا (مجذوب) از خود، منفی و از دیگران، مثبت است و برای حفظ خود-ارزشمندی (شایستگی) بسیار به تأیید دیگران وابسته هستند، این امر می‌تواند با احساس تنهایی بیش‌تر در آن‌ها همراه باشد. اما الگوهای کارکرد درونی افراد دلبسته‌ی نا ایمن اجتنابی (انکار کننده)، از خود مثبت و از دیگران منفی است و به استقلال و جدا شدن از دیگران بیش‌تر از برقراری روابط صمیمی و نزدیک ارزش می‌دهند.

نتایج پژوهش ون روکل، ها، ورهاگن، کانچه، اسکالت و انگلز (Vanroekel, Ha, Verhagen, Kuntsche & Engels, 2015) نشان می‌دهد که دانش آموزانی که احساس تنهایی دارند، وقتی با همکلاسی‌های خود هستند، اضطراب اجتماعی بالایی را تجربه می‌کنند و به طور منفی به این اضطراب واکنش نشان می‌دهند. بیکر و بوگی، (Baker & Bugay, 2011) بیان می‌کنند که نوجوانان تنها، تجربیاتی از قربانی قلدری و آزار همکلاسی قرار گرفتن، گزارش کردند. کورسانو، مازتی، کاریکاتی و مگناتی (Corsano, Musetti, Caricati, & Magnani, 2017) بیان می‌کنند که احساس تنهایی مرتبط با دوستان منجر به سعی در محرمانه ماندن و نگفتن راز به دوستان می‌شود.

با توجه به مواردی که ذکر شد و همچنین اهمیت فزاینده‌ی همسالان در دوره‌ی نوجوانی، بررسی عمیق احساس تنهایی نوجوانان در مدرسه از اهمیت بالایی برخوردار است. نوجوانی فرصت خوبی برای

انجام مداخلات است و بسیار مهم است عوامل خطر ساز که در این مرحله رشد منجر به احساس تنهایی می‌شوند، شناسایی گردد (Zhang, Zou, Wang & Finy, 2015). در زمینه‌ی شناسایی مولفه‌های احساس تنهایی تا کنون پژوهش‌های اندکی صورت گرفته‌است و پژوهشی درباره‌ی مولفه‌های احساس تنهایی نوجوانان و مولفه‌های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان، به طور خاص، انجام نشده‌است. رحیم‌زاده، پوراعتماد، حجت، شیخی و عسگری (Rahimzade, PourEtemad, Hojat, Sheikhi & Askari, 2011) عامل هیجانی/فردی، ارتباطی (ارتباط با دیگران، خانواده و دوستان)، احساساتی و مذهبی/معنوی را مولفه‌های احساس تنهایی دانشجویان معرفی کرده‌اند. دهشیری، برجعلی، شیخی و حبیبی (Dehshiri, Borjali, Sheikhi & Habibi, 2008) تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی را سه عامل در ساخت مقیاس احساس تنهایی برای دانشجویان، ذکر کردند.

به نظر می‌رسد در پژوهش‌های انجام شده به طور مستقیم به شناسایی مولفه‌های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در دختران نوجوان پرداخته نشده‌است. همچنین با توجه به اینکه تجربه‌ی احساس تنهایی می‌تواند از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت باشد (Rahimzade & et al, 2011) لذا پژوهش حاضر در صدد است به بررسی این مساله بپردازد که مولفه‌های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در دختران نوجوان کدامند؟ و قصد دارد تجربه‌ی عمیق آن‌ها را از این پدیده‌ی شایع مورد مطالعه قرار دهد.

روش

پژوهش کیفی^۱ حاضر با بهره‌گیری از سنت پژوهشی تجربه‌ی زیسته^۲ و به شیوه‌ی پدیدارشناسی^۳، سعی در شناسایی واقعیت، آنگونه که برای افراد مورد پژوهش جلوه‌گر بود داشت. در اجرای این پژوهش پدیدارشناسی، از گزارش‌های کلامی افراد در مورد تجاربشان به عنوان داده استفاده گردید. بدین منظور با استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۱۳۵ پرسشنامه‌ی احساس تنهایی بین دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه‌ی دوم شهرستان نیشابور توزیع شد و ۳۰ نفر از افرادی که نمرات بالای ۵۰ داشتند و داوطلب شرکت در پژوهش بودند برای مصاحبه انتخاب شدند. مصاحبه از بالاترین نمره احساس تنهایی شروع شد و با ۱۵ نفر به اشباع نظری رسید. از جمله ملاک‌های ورود به نمونه داشتن سلامت روانی، سن ۱۶ سال و داشتن نمره‌ی بالای ۵۰ در پاسخ به پرسشنامه‌ی احساس تنهایی بود.

1. Qualitative

2. Lived Experience

3. Phenomenology

ابزار پژوهش

ابزار اصلی پژوهش مصاحبه نیمه ساختار یافته است. پرسشنامه‌ی UCLA تنها به منظور انتخاب نمونه‌ی مورد نظر، استفاده گردید.

پرسشنامه‌ی احساس تنهایی (UCLA): پرسشنامه‌ی احساس تنهایی به وسیله‌ی راسل، پیلو و فرگوسن در سال ۱۹۷۸ ساخته شد و در سال ۱۹۹۳ برای بار دوم توسط راسل مورد تجدید نظر قرار گرفت. ضریب آلفای این آزمون ۹۴ درصد است. این آزمون شامل ۲۰ سوال است که ۱۱ عبارت مثبت و ۹ عبارت منفی دارد. پایایی این آزمون در نسخه‌ی تجدید نظر شده ۰/۷۸ گزارش شد. پایایی آزمون به روش بازآزمایی توسط راسل، پیلو و فرگوسن (۱۹۷۸) ۰/۸۹ گزارش شده است. این مقیاس توسط شکرکن و میردریکوند (۱۹۹۱) ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد (Pasha & Ismaili, 2007). در مطالعه‌ی ای که به وسیله‌ی میردریکوند (Mirdarivand, 1999) انجام گرفت، همبستگی بین مقیاس‌های جدید و مقیاس اصلی ۰/۹۱ گزارش شد که اعتبار بالای این مقیاس جدید را نشان می‌دهد. در این پژوهش، به منظور تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. پاشا و اسماعیلی (Pasha & Ismaili, 2007) طی مطالعه‌ای برای تعیین پایایی این مقیاس از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کردند که مقدار آنها به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۱ و روایی آن از طریق اضطراب بررسی و مقدار آن ۰/۴ به دست آمد.

مصاحبه: در پژوهش حاضر از روش مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شده است. مصاحبه به وسیله‌ی پژوهشگر و به صورت رو در رو اجرا شد و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه پیدا کرد. مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته‌ی حاضر با استفاده از راهنمای مصاحبه صورت گرفت؛ یعنی فهرستی از سوال‌های موضوع‌های مکتوبی که در یک توالی خاص دنبال شد. محورهای سوالات مصاحبه به ادراک فرد از احساس تنهایی و روابط با دوستان می‌پرداخت (به طور مثال: تنهایی از نظر شما به چه معنا است؟ چه چیزی باعث می‌شود احساس تنهایی کنید؟ چند نفر دوست صمیمی دارید؟ آیا با آنها راحت هستید؟ در جمع دوستانتان چه احساسی دارید؟). مصاحبه گر بعد از هر سوال، با توجه به بافت موضوعات مطرح شده، سوالات پیگیری را برای بررسی عمیق‌تر احساس تنهایی فرد مطرح می‌کرد. زمان مصاحبه با هر فرد به طور میانگین ۶۰ دقیقه به طول انجامید و تمام مصاحبه‌های انجام شده با کسب اجازه از شرکت کنندگان به صورت صوتی ضبط شدند.

روش اجرا (روش تحلیل داده ها)

داده‌های حاصل از مصاحبه با ۱۵ نوجوان دختر مورد تحلیل قرار گرفت. در مرحله‌ی اول پس از پیاده کردن فایل صوتی مصاحبه‌ها در قالب متن نوشتاری، مصاحبه‌ها به صورت جمله به جمله بررسی و کدگذاری شد. کدگذاری بر اساس نظریه‌ی مبنایی و طی سه مرحله‌ی کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی صورت گرفت.

یافته ها

یافته های توصیفی:

جدول شماره ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان را نشان می‌دهد. مطابق جدول ۱، میانگین سنی نوجوانان شرکت کننده در پژوهش ۱۶ سال، میانگین و انحراف معیار نمرات آن‌ها در پرسشنامه-ی UCLA به ترتیب برابر با ۶۷ و ۵ بود. میانگین سنی پدران، ۴۶ سال و میانگین سنی مادران ۴۲ سال بود. لازم به ذکر است اسامی به کار رفته مستعار هستند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

ردیف	نام	سن	نمره در مقیاس UCLA	همسیرها و سن هر کدام	سن پدر و مادر
۱	سارا	۱۶	۷۳	ندارد	پدر: ۴۰ مادر: ۳۳
۲	لیلا	۱۷	۶۰	خواهر: ۲۸ خواهر: ۲۷ برادر: ۱۵ خواهر: ۱۱	پدر: ۵۳ مادر: ۴۹
۳	الهه	۱۶	۶۱	برادر: ۴	پدر: ۴۳ مادر: ۴۰
۴	الهام	۱۷	۶۷	خواهر: ۱۲ خواهر: ۲۳	پدر: ۴۴ مادر: ۴۳
۵	اعظم	۱۶	۶۰	برادر: ۲۵	پدر: ۴۵ مادر: ۴۰
۶	تینا	۱۷	۷۸	برادر: ۶	پدر: ۴۰ مادر: ۳۸
۷	ریحانه	۱۶	۶۵	خواهر: ۲۶ خواهر: ۲۰	پدر: ۴۵ مادر: ۴۶
۸	سمانه	۱۶	۶۴	برادر: ۲۳ خواهر: ۱۶ (دو قلو)	پدر: ۴۱ مادر: ۴۳
۹	سهیلا	۱۶	۷۲	خواهر: ۲۷ خواهر: ۲۵ خواهر: ۲۰	پدر: ۵۰ مادر: ۴۵

۱۰	آتنا	۱۷	۷۰	خواهر: ۲۱ برادر: ۹	پدر: ۴۵	مادر: ۴۰
۱۱	نرگس	۱۶	۶۵	برادر: ۳۱ خواهر: ۲۸ خواهر: ۲۳	پدر: ۵۵	مادر: ۴۷
۱۲	غزل	۱۶	۶۴	برادر: ۲۷ خواهر: ۲۴ خواهر: ۲۲	پدر: ۵۰	مادر: ۴۵
۱۳	هما	۱۶	۶۳	برادر: ۸	پدر: ۴۵	مادر: ۴۰
۱۴	نفیسه	۱۷	۶۹	خواهر: ۲۳ برادر: ۱۰	پدر: ۴۵	مادر: ۴۰
۱۵	یاس	۱۶	۷۰	برادر: ۱۸	پدر: ۴۳	مادر: ۴۰
			میانگین: ۶۷ انحراف معیار: ۵			

یافته‌های کیفی

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مولفه‌های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در نوجوانان عبارت بود از: (۱) احساس مورد پذیرش نبودن و عدم تعلق به گروه دوستی (۲) عدم آرامش و داشتن مرزهای سخت در ارتباط با دوستان (۳) کمیت و کیفیت پایین دوستی (۴) اهمیت ارزشیابی دوستان و همسالان (۵) زمینه‌های بازدارنده‌ی ارتباطی. جدول شماره ۲، کدگذاری سه مرحله‌ای احساس تنهایی در ارتباط با دوستان را نشان می‌دهد.

جدول ۲- کدگذاری احساس تنهایی در ارتباط با دوستان

کد انتخابی	کد محوری	کد باز
احساس تنهایی در ارتباط با دوستان	احساس مورد پذیرش نبودن و عدم تعلق به گروه دوستی	احساس عدم تعلق به گروه دوستی / عدم اشتراک با دوستان / احساس مورد پذیرش نبودن در جمع دوستان / احساس عمیقاً متفاوت بودن با دوستان
	عدم آرامش و داشتن مرزهای سخت در ارتباط با دوستان	- مرزهای سخت در ارتباط با دوستان / عدم آرامش و ناتوانی در بیان حرف‌ها و احساسات به دوستان / جدایی
	کمیت و کیفیت پایین دوستی	- کیفیت پایین دوستی / نداشتن دوست صمیمی / ادراک دوری و نزدیکی با توجه به کمیت دوستی (طول مدت آشنایی)
	اهمیت ارزشیابی دوستان و همسالان	اهمیت اشتراک با دوستان / دوستان جایگزین والدین در محبت و شنیده شدن / اهمیت ارزشیابی دوستان / هم‌نوایی با دوستان

بیزاری از غرور دوستان/احساس مورد بی‌توجهی واقع شدن در جمع دوستان/احساس مورد تمسخر واقع شدن	زمینه‌های باز دارنده‌ی ارتباطی
--	--------------------------------

در ادامه نمونه‌ای از مصداق‌های مولفه‌ی احساس تنهایی در ارتباط با دوستان بر اساس مصاحبه‌ها ذکر می‌گردد.

غزل: بعضی وقتا احساس می‌کنم جزوی از گروه دوستان نیستم. وقتی که خیلی صمیمی با هم حرف می‌زنم و من پرت افتادم ازشون. مثلاً راجع به موضوعی بحث می‌کنم و من توی بحثشون نیستم. مثلاً راجع به یکی از دوستانم حرف می‌زنم و من نمی‌دونم اصلاً راجع به کی دارن حرف می‌زنم. نرگس: فکر می‌کنم اگه تنها برم توی گروه دوستانم، از وجود من نه خوشحال بشن نه ناراحت. یا مثلاً از وجود من خوششون نیاد. خیلی بی تفاوت برخورد می‌کنن. الهام: توی جمع دوستان و همکلاسی‌ها اونا راحتن ولی من اون حرفی رو که دوست دارم نمی‌تونم بزنم. حس می‌کنم عکس العمل خوبی نسبت به حرفام نشون نمیدن.

نتیجه

احساس تنهایی در ارتباط با دوستان، یکی از جنبه‌های اساسی احساس تنهایی در نوجوانان است. پژوهش دهشیری و همکاران (Dehshiri & et al, 2008) نیز تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان را جزو عوامل مقیاس احساس تنهایی دانشجویان ذکر کرده‌اند که پژوهش حاضر با نتایج آن‌ها همسو است. احساس تنهایی یک تجربه‌ی ذهنی است و زیر تاثیر ساختارهای فرهنگی و اجتماعی افراد و گروه‌های مورد مطالعه قرار دارد. رحیم زاده و همکاران (Rahimzade & et al, 2011) لایکس و کمل مایر (Lykes, & Kemmelmeier, 2014) می‌گویند در جوامع جمع‌گرا، نبود تعامل با خانواده، و در جوامع فردگرا، عدم اعتماد و تعامل با دوستان، با احساس تنهایی مرتبط است.

اگرچه کشور ایران دارای فرهنگی جمع‌گرا است و نمی‌توان اهمیت خانواده را در شکل‌گیری احساس تنهایی نادیده گرفت؛ اما با توجه به کناره‌گیری نوجوانان تنها از خانواده و روحیه‌ی استقلال‌طلبی نوجوان، برقراری ارتباط با دوستان، کماکان اهمیت و ارزش خود را حفظ کرده است و از آنجا که نوجوانان ساعات زیادی را در کنار دوستان خود در مدرسه سپری می‌کنند، پرداختن به مساله‌ی احساس تنهایی در ارتباط با دوستان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که «احساس مورد پذیرش نبودن و عدم تعلق به گروه دوستی»، مهم‌ترین عامل در شکل‌گیری احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در نوجوانان است. احساس مورد پذیرش

نبودن، متفاوت بودن و عدم اشتراک با دوستان، باعث می‌شود نوجوان تنها خود را متعلق به گروه دوستی نداند. نوجوان تنها احساس می‌کند عمیقاً با دوستانش متفاوت است، اشتراکی با آنان ندارد و دوستانش پذیرای او در جمع خود نیستند. نتایج پژوهش حاضر، همسو با نتایج پژوهش پوتریک و کریستس (Putarek, 2016 & Kerestes) است که بیان می‌کنند درک خود به عنوان فردی محبوب و همچنین محبوب بودن در نظر دیگران، با احساس تنهایی کم‌تر هم در دختران و هم در پسران مرتبط است. اگرچه به نظر می‌آید بخش اعظم این احساس، ادراک نوجوان تنها از وقایع است. همانطور که نتایج پژوهش گمبک و پرانک (Zimmer & prunk 2007) نشان می‌دهد که در کودکان، برداشت فرد از مورد پذیرش بودن، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای اختلالات افسردگی است تا پذیرش واقعی از سوی همسالان.

این احساس عدم پذیرش را می‌توان اینگونه توجیه کرد که در دوره‌ی نوجوانی قشر بینایی نوجوانان برای درک تصاویر اجتماعی ناخوشایند در مقایسه با اشیاء، فعال می‌شود. نوجوانان نسبت به گذشته توجه بیش‌تری به حالات چهره و نحوه‌ی بیان احساسات اطرافیان‌شان دارند (Qulter & et al, 2015). رشد شناختی و گسترش توانایی‌های زبان به نوجوانان این اجازه را داده است که کنایه و استعارات را درک کنند، زمانی که استدلال علمی در نوجوانان با سوگیری خودیاری همراه باشد، آن‌ها از بین رویدادها، آن رویدادی را انتخاب می‌کنند که نسبت به آن شک دارند (Berk, 2007, Translate by Seyed-Mohamadi, 2013). به طور مثال وقتی نوجوانی مشاهده می‌کند که دوستانش با یکدیگر آهسته حرف می‌زنند، فکر می‌کند که آن‌ها نمی‌خواهند او حرف‌هایشان را بشنود و دوست ندارند که وارد جمع آن‌ها بشود. سوگیری خودیاری باعث می‌شود، نوجوان، رفتار دیگران را بیش‌تر طردکننده ببیند، به ویژه زمانی که نوجوان عزت نفس پایینی داشته باشد و احساس خود ارزشمندی نکند، این مساله ایست که نوجوان را بیش‌از پیش به سمت تنهایی سوق می‌دهد و ممکن است انگیزه‌ی ارتباط مجدد را در نوجوان مختل کند و فرد، دیگر تلاشی برای نزدیک شدن به دیگران نکند. نتایج پژوهش نادری و همکاران (Naderi & et al, 2016) نشان می‌دهد که سبک دل‌بستگی و خود‌پنداره، پیش‌بینی‌کننده‌ی احساس تنهایی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی دوم است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که عزت نفس پایین در نوجوانان تنها باعث می‌شود تفاوت بین خود واقعی و خود آرمانی را بیش‌برآورد کنند و به تدریج می‌پذیرند که واقعا افراد دوست داشتنی نیستند.

همچنین رشد خودآگاهی و تمرکز بر خود در نوجوانان که همراه با تحریف شناختی افسانه‌ی شخصی است، باعث می‌شود که آن‌ها خود را کاملاً متفاوت از دیگران ببینند و احساس کنند که هیچ‌کس تجربه‌ی آن‌ها را ندارد و نمی‌تواند آن‌ها را درک کند. این مساله و احساس اینکه هیچ اشتراکی با دیگران

ندارد، باعث می‌شود نوجوان از دیگران کناره‌گیری نماید و بیش از پیش به سوی احساس تنهایی سوق پیدا کند. از سوی دیگر، این احساس طرد شدن از گروه دوستی، می‌تواند واقعا وجود داشته باشد و نتیجه‌ی ارتباط ناکارآمد نوجوان تنها با دیگران باشد که باعث شده نوجوان از گروه دوستی طرد شود. نتایج پژوهش بیرامی و محبی (Bayrami & Mohebbi, 2016) نشان می‌دهد که افراد دارای اضطراب اجتماعی در مهارت‌های اجتماعی دچار مشکل هستند. همچنین پژوهش ون روکل و همکاران (Van rokel & et al, 2015) نشان می‌دهد که نوجوانان تنها اضطراب اجتماعی زیادی دارند. جانسون، لای و ماهونی (Johnson, 2001) نیز اضطراب اجتماعی را با احساس تنهایی مرتبط می‌دانند. ممکن است عاملی که منجر به ناکارآمدی ارتباط نوجوانان تنها با دیگران می‌شود، همین اضطراب اجتماعی باشد. در این زمینه باید بررسی‌های بیشتری در نوجوان ایرانی انجام شود.

«عدم آرامش و داشتن مرزهای سخت در ارتباط با دوستان»، عامل دیگری برای احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در نوجوان است. نوجوانان تنها در حرف زدن و برقراری ارتباط با دوستانشان راحت نیستند و عموماً در ارتباطات خود، بسیار با ملاحظه رفتار می‌کنند، زیرا آنان عموماً دیگران را افراد قابل اعتمادی نمی‌دانند و تجربیاتی از مورد سوءاستفاده واقع شدن دارند. کالتر و همکاران (Qualter & et al, 2015) بیان می‌کنند که بی‌اعتمادی در دوره‌ی نوجوانی یکی از عواملی است که انگیزه‌ی ارتباط مجدد را مختل می‌کند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نوجوانان خاطراتی از جدایی از دوستانشان به دلیل سلب اعتمادشان توسط آن دوست بیان می‌کنند، بنابراین سعی می‌کنند در ارتباط با دوستان مرزهای خود را حفظ کنند و نمی‌توانند بیش از حدی خاص با آن‌ها صمیمی شوند. نتایج پژوهش تانگ (Tong, 2013) نشان می‌دهد که سبک دلبستگی نوجوانان تنها، عموماً از نوع ناایمن است. وقتی فرد دلبستگی ایمن دارد، الگوهای کارکرد درونی او، خود را به عنوان فردی شایسته و دیگران را به عنوان افرادی قابل اعتماد می‌بیند، که این امر برقراری روابط اجتماعی را تسهیل می‌کند. در حالی که فردی که دلبستگی ناایمن دارد، در ارتباط با دیگران با احتیاط زیادی عمل می‌کند و در ارتباط با دیگران نارسایی‌هایی دارد. نتایج پژوهش کورسانو و همکاران (Corsano & et al, 2017) نشان می‌دهد که احساس تنهایی مرتبط با دوستان منجر به سعی در محرمانه ماندن و نگفتن راز به دوستان می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نوجوانان تنها عموماً «کمیت و کیفیت دوستی پایینی دارند». آن‌ها اظهار می‌کنند که دوست صمیمی ندارند یا اگر دوست صمیمی دارند، این صمیمیت بسیار جزئی است و نمی‌توانند حرف دلشان را به او بگویند. همچنین آن‌ها دوستی را که مدت بیشتری با آن‌ها سپری کرده‌اند

و در محیط اجتماعی خارج از مدرسه با او رفت و آمد دارند، صمیمی‌تر می‌دانند. کرون و دال (Crone & Dal, 2012) و ون‌روکل، اسکالت، انگلز، گوسنز و ورهاگن (vanRoekel, Scholte, Engels, Goossens, & Verhagen, 2015) بیان می‌کنند که در دوره‌ی نوجوانی کیفیت دوستی به طور فزاینده‌ای مهم می‌شود. آن‌ها بیان می‌کنند که نداشتن دوست، کیفیت پایین دوستی و طرد شدن از سوی همسالان، احساس تنهایی در دوره‌ی نوجوانی را پیش‌بینی می‌کنند.

یکی دیگر از مؤلفه‌های احساس تنهایی در ارتباط با دوستان در نوجوانان، «اهمیت ارزشیابی دوستان و همسالان است». نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اهمیت ارزشیابی دوستان برای نوجوان و هم‌نوایی با آنان به دلیل نیاز به دوست داشته شدن است. ارزشیابی دوستان برای نوجوانان تنها، بسیار اهمیت دارد، بنابراین آن‌ها سعی می‌کنند با دوستان هم‌نوایی کنند و معمولاً نیازها و خواسته‌های خود را سرکوب می‌کنند. یکی از دلایل آن، ترس از دست دادن دیگران است، آن‌ها سعی می‌کنند نظر مخالف با دیگران ندهند تا مبدا مورد طرد آن‌ها واقع شوند، معمولاً برای نوجوانان تنها، پذیرفته شدن از سوی همسالان نسبت به ابراز عقاید شخصی، اهمیت بیش‌تری دارد. در واقع رشد شناختی و توانایی تمرکز بر خود باعث می‌شود که نوجوانان بیش از پیش تردید در مورد شایستگی عقاید درونی خود را آغاز کنند. ویژگی خودمحوری در این سنین منجر می‌شود که نوجوان نظر دیگران را با نظر خود اشتباه بگیرد و فکر کند دیگران به همان صورت که او خود را قضاوت می‌کند، او را قضاوت می‌کنند، بنابراین سعی می‌کند افکار خود را پنهان نگه دارد تا از سوی همسالان طرد نشود (Vander Zanden, 2001, translate by Ganji, 2011). همچنین تحریف شناختی «تماشاگران خیالی» باعث می‌شود که نوجوان تصور کند همواره در مرکز توجه است، بنابراین نسبت به نظر دیگران بسیار حساس است و تمام تلاش خود را می‌کند که شرم‌نده نشود.

مؤلفه‌ی دیگری که «عاملی بازدارنده برای ارتباط نوجوان با دوستانش» است، طبق اظهارات نوجوانان، عموماً احساس غرور دوستان، احساس مورد بی‌توجهی و تمسخر دوستان واقع شدن است. نتایج پژوهش کالتر و همکاران (Qualter & et al, 2015) نشان می‌دهد که تنهایی طولانی مدت، با گرایش‌های شناختی منفی در ارتباط است که انگیزه‌ی ارتباط مجدد در نوجوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گرایش‌های شناختی منفی باعث می‌شود نشانه‌های اجتماعی مشاهده شده به صورت منفی تفسیر شود. مثلاً وقتی که نوجوان در کلاس درس مشغول جواب دادن به سوال معلم است، خندیدن دوستانش را به صورت منفی تفسیر می‌کند و گمان می‌کند که آن‌ها در حال مسخره کردن او هستند، همانطور که پیش از این ذکر شد، سوگیری خودیاری، این مساله را در نوجوان توجیه می‌کند. سوگیری خودیاری باعث می‌شود نوجوان رفتار

دیگران را بیشتر طرد کننده ببیند، خصوصاً زمانی که عزت نفس پایینی هم داشته باشد، که در نوجوانان تنها مشاهده می‌شود (Vanhalset, Luyckx & Goossens, 2014).

پژوهش بیکر و بوگی (Baker & Bugay, 2011) نشان می‌دهد که دانش آموزانی که احساس تنهایی دارند، تجربیاتی از قربانی قلدری شدن و آزار همکلاسی‌ها دارند. در پژوهش حاضر، به نظر می‌آید که این آزار به صورت قلدری نیست و اگر هم وجود داشته باشد به صورت مورد تمسخر قرار گرفتن است. همچنین باید بررسی‌های بیشتری انجام شود که آیا این مساله واقعا وجود دارد یا صرفاً تفسیر منفی نوجوان تنها از وقایع است.

این پژوهش به روش کیفی بر نوجوانان دختر شهرستان نیشابور انجام شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج آن به سایر نوجوانان دختر و همچنین نوجوانان پسر، احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در بین نوجوانان سایر شهرها و همچنین نوجوانان پسر انجام شود. پیشنهاد می‌شود مشاورین مدارس برای حل مشکلات دانش آموزان در ارتباط با دوستانشان، به مولفه‌های یافت شده در پژوهش حاضر توجه داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌ای آموزشی جهت کاهش احساس تنهایی نوجوانان در ارتباط با دوستان مبتنی بر مولفه‌های یافت شده در پژوهش حاضر، تدوین گردد.

References

- Adam, E.K., Chyu, L., Hoyt, L.T., Doane, L.D., Boisjoly, J., Duncan, P.G.J., Chase-Lansdale, L., and Macdade W.T. (2011). Adverse Adolescent Relationship Histories and Young Adult Health: Cumulative Effects of Loneliness, Low Parental Support, Relationship Instability, Intimate Partner Violence, and Loss. *Journal of Adolescent Health*, 49, 278-286.
- Ahadi, B. (2009). Relationship between loneliness and self-esteem with attachment styles of students. *Journal of Psychological Studies*, 5(1), 95-112. (In Persian).
- Ahadi, H, and Jomehri, F. (2006). *Development Psychology adolescence, adulthood (early, middle, Late)*. Tehran: Bonyad publishing. (The original book was published in 1998). (In Persian).
- Bahramiyan, J. (2014). The role of spiritual health in reducing loneliness. *The first conference of Nursing, Psychology, Health Promotion and Healthy Environment*. Hamadan University, Shahid Mofateh Faculty. (1-9). (In Persian).
- Bayrami, M. and Mohebbi, M. (2016). Relationship between Attachment to Parents and Perception of Conflict between Parents with Social Anxiety Disorder in Female Students: The Mediating Role of Emotion-Oriented Coping strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 1(29), 71-82. (In Persian).
- Baker, O.E., Bugay, A. (2011). Peer Victimization and Depressive Symptoms: The Mediation Role of Loneliness. *Social and behavioral science*, 30, 1303-1307.
- Berk, L. (2007). *Development through the Life span (VII)*. Translated by Seyed Mohamadi (2014). Tehran: Arasbaran. Twenty-fifth edition. (In Persian).

- Brewer, G., & Kerslake, J. (2015). Cyberbullying, self-esteem, empathy, and loneliness. *Computers in Human Behavior*, 48, 255–260.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cole, S. W., Capitanio, J. P., Goossens, L., & Boomsma, D. I. (2015). Loneliness across phylogeny and a call for animal models. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 202–212.
- Corsano, P., Musetti, A., Caricati, L. and Magnani, B. (2017). Keeping secrets from friends: Exploring the effects of friendship quality, loneliness, and self-esteem on secrecy. *Journal of Adolescence*, 58, 24-32.
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 636–650.
- Cavanaugh, A. M., and Buehler, C. (2016). Adolescent loneliness and social anxiety: The role of multiple sources of support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(2), 149–170.
- Dehshiri, Gh. R., Borjali, A., Habibi Askarabadi, M. (2008). Development and Validation of the Loneliness Scale among the University Students. *Journal of Psychology*, 12, 282-296.
- Galanaki, E. P. (2004). Are children able to distinguish among the concepts of aloneness, loneliness, and solitude? *International Journal of Behavioral Development*, 28(5), 435–443.
- Gall, M., Borg, W.R & Gall, J.P (1996). *Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology* (VII). Translated by Nasr and et al. (In Persian).
- Johnson, H. D., Lavoie, J., & Mahoney, M. (2001). Inter parental Conflict and Family Cohesion Predictors of Loneliness, Social Anxiety, and Social Avoidance in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Research*, (16) 3, 304-318.
- King, R.N., and Datu, J. A (2017). Happy classes make happy students: Classmates' well-being predicts individual student well-being. *Journal of School Psychology*, 65, 116–128.
- Lafontana, K. M., & Cillessen, A. H. N. (2009). Developmental changes in the priority of perceived status across childhood and adolescence. *Social Development*, 19, 130–147.
- Lotfabadi, H. (2011). *Developmental psychology (2) adolescence, youth and adulthood*. Tehran: The Organization for Research and Composing University Textbook in the Humanities. (SAMT). (The original book was published in 1999). (In Persian).
- Lykes, V., and Kimmelmeier, M. (2014). What Predicts Loneliness? Cultural Difference between Individualistic and Collectivistic Societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3), 468–490.
- Naderi, H., Firouz zade pasha, N and Kargar, F. (2016). The Relationship between the Attachment Style, Self-Conception, and Loneliness among High School Students. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 3(2), 1-10.
- Mirdarivand, F. (1999). Investigating loneliness with academic performance, anxiety, depression and self-esteem in boy's school students in Poldokhtar. *Master thesis of Shahid Chamran University of Ahvaz*. (In Persian).
- Najafi, M., Salehin, M.A., and Mohamadyfar, M.A. (2016). The effect of Self Esteem, Humorous Styles and Shyness on the Feeling of Loneliness in Students. *New Thoughts on Education Faculty of Education and Psychology*. 12(3), 59- 77. (In Persian).
- Pasha, Gh. and Ismaili, S. (2007). The comparison of anxiety, self –assertiveness, loneliness and academic performance in normal students and students with semi family in Khoozestsn. *New Results in Psychology*, 1(4), 22-35. (In Persian).

- Putarek, V., and Kerestes, G. (2016). Self-perceived popularity in early adolescence: Accuracy, associations with loneliness, and gender differences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(2), 257-274.
- Peplau, L.A., Perlman. (1985). Loneliness Research: Basic Concepts and Findings. *Social Support: Theory, Research and Application*, 269-286.
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., and Verhagen, M. (2015). Loneliness across Life Span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264.
- Rahimzade, S., Pour Etemad, H.R., Sheikhi, M., Asgari, A and Hojjat, M.R. (2011). Conceptual basics of loneliness: A Qualitative Study. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 8(30), 123-141. (In Persian).
- Renna, F., Grafova, I.B., and Thakur, N. (2008). The effect of friends on adolescent body weight. *Economics and Human Biology*, 6, 377-387.
- Shariyati, M., Fazilat pour, M and Hosseinchari, M. (2016). Mediating role of social self-efficacy in relation between attachment to peer group and parents with loneliness in high school students. *Journal of Educatoin and Learning*, 8(1), 27-49. (In Persian).
- Tong, Sze Sze. (2013). the relationship between early attachment and adolescent risky behaviors with changes in loneliness in a mediating Role. *Electronic Theses and Dissertations*. Paper 1449. University of Louisville.
- Vnder Zanden, J.W. (2001). *Developmental psychology (1 & 2)*. Translated by Ganji, H. (2011). (Rev. 2) Tehran: Savalan Publishing Institute. (The original book was published in 2007). (In Persian).
- Vanhalset, H., Luyckx, K., and Goosens, L. (2014). Experiencing Loneliness in adolescence: A matter of individual characteristic, negative peer experiences, or both? *Social Development*, 23, 100-118.
- VanRoekel, E., Ha, T., Verhagen, M., Kuntsche, E., Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E. (2015). Social stress in early adolescents' daily lives: Associations with affect and loneliness. *Journal of Adolescence*, 45, 274-283.
- vanRoekel, E., Scholte, R. H. J. ., Engels, R. C. M. E. ., Goossens, L., and Verhagen, M. (2015). Loneliness in the Daily Lives of Adolescents: An Experience Sampling Study Examining the Effects of Social Contexts. *Journal of Early Adolescenc*. 35(7), 905-930.
- Williamson, G. N., Molina B, L. (2012). Normal development: Infancy, childhood, and adolescence. In Rey JM (Ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Zhang, B., GAO, Q., Fokkema, M., Alterman, V., & Liu, Q. (2015). Adolescent interpersonal relationships, social support and loneliness in high schools: Mediation effect and gender Differences. *Social Science Research*, 53, 104-117.
- Zhang, W., Zou, H., Wang, M., & Finy, M. S. (2015). The role of the Dark Triad traits and two constructs of emotional intelligence on loneliness in adolescents. *Personality and Individual Difference*. 75, 74-79.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Hunter, T. A., & Pronk, R. (2007). A model of behaviors, peer relations and depression: Perceived social acceptance as a mediator and the divergence of perceptions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 273-302.



نیلاب، ریحانه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ سیدعلی، سیدعلی (۱۳۹۸). اثربخشی رویکرد بوئن بر ارتقاء تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان ترک و ترکمن.

DOI: 10.22067/ijap.v9i1.62325

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۱)، ۵۷-۴۱.

اثربخشی رویکرد بوئن بر ارتقاء تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان ترک و ترکمن

ریحانه نیلاب^۱، بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۲، سیدعلی کیمیایی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۴

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی رویکرد سیستمی بوئن بر ارتقاء تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان دو قوم ترک و ترکمن در شهرستان بجنورد.

روش: شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۱۵۰ نفر از زنان ترک و ترکمن مراجعه کننده به بیمارستان تأمین اجتماعی شهر بجنورد بود که در هر کدام از گروه‌های ترک و ترکمن ۷۵ نفر قرار گرفتند و از این میان در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب ۸ و ۷ نفر گمارش شدند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه آموزش سیستمی بوئن را دریافت کردند و به گروه‌های کنترل هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله پرسشنامه «رضایت زناشویی» و «تمایز یافتگی» توسط گروه‌های نمونه تکمیل شد.

یافته‌ها: آموزش سیستمی بوئن بر افزایش رضایت زناشویی و تمایز یافتگی زنان ترک و ترکمن دارای اثر معنی‌دار بوده است، اما در میزان اثربخشی آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که آموزش رویکرد سیستمی بوئن باعث افزایش تمایز یافتگی و رضایت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: رویکرد سیستمی بوئن، تمایز یافتگی خود، رضایت زناشویی، ترک، ترکمن.

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، reyhaneh.nilab@gmail.com

۲. استاد دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، ghanbarih@um.ac.ir

۳. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

خانواده یکی از کهن‌ترین نهادهای اجتماعی است که از زمان پیدایش بشر وجود داشته و اساس تشکیل جامعه است (kalvandi, 2011). دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده است (Donovan, 1999). لذا، اهمیت شناخت و بررسی عواملی که سبب قوام و استحکام این نهاد اجتماعی می‌گردد، می‌تواند گامی مفید در راستای ارتقای سطح فرهنگ جامعه باشد. عوامل مختلفی بر استحکام و دوام خانواده تأثیر می‌گذارد که از جمله آن‌ها رضایت زناشویی^۱ است (Hoseyni, 1998). هر چه از عمر خانواده‌های گسترده^۲ می‌گذرد و تبلور خانواده هسته‌ای^۳ در جامعه بیشتر می‌شود، اهمیت روابط بین اعضای خانواده، به خصوص زن و شوهر به عنوان ارکان اصلی خانواده واضح‌تر می‌گردد. به عبارت دیگر، یکی از مهمترین عواملی که بر بقاء، دوام و رشد خانواده اثر می‌گذارد، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهم بین اعضاء، به ویژه زن و شوهر است (Afzali, 2004). رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد است. رضایت زناشویی می‌تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از روابط زناشویی و یا ترکیبی از خشنود بودن به واسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد (Ahmadi, Nabipoor, Kimiaei & Afzali, 2010).

شنايدر^۴ رضایتمندی زناشویی را مفهومی چند بعدی می‌داند که از عناصر متنوعی از جمله: سن، جنسیت، تحصیلات، فرزندان، طول مدت ازدواج، رابطه جنسی، ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روانی، دلبستگی، بخشودگی، فرایند عاطفی، عوامل شناختی، روابط کلامی، مهارت حل مسأله، ارتباط با خانواده مبدأ، وضعیت اقتصادی، شغل، مذهب، قومیت و ... تأثیر می‌پذیرد (Barazandeh, Sahebi, Amin, 1972; Yazdi & Mahram, 2006). رضایت افراد از زندگی زناشویی هسته اصلی رضایت از خانواده و زندگی است. به عبارتی می‌توان گفت: سلامت جامعه و خانواده در گرو رضایت افراد از ازدواجشان است. (Gattman & kats, 1989 & 1991; Edalati Shateri, 2009). با افزایش تعارض و نارضایتی در ارتباط‌های زوجین، ناسازگاری و نارضایتی افزایش می‌یابد و همین مشکلات از مقدمات طلاق و جدایی محسوب می‌شوند (Young & Long, 1998). عامل دیگری که می‌تواند بر دوام و استحکام خانواده و همچنین رضایت زناشویی تأثیر داشته باشد، تمایز یافتگی^۵ است. نظریه پردازان زیادی سعی در تبیین عملکرد خانواده

-
1. Marital Satisfaction
 2. Extended Families
 3. Nuclear Family
 4. Schneider
 5. Differentiation of Self

نموده‌اند. از معروف‌ترین نظریه‌پردازان این حیطه، موری بوئن^۱ است که نظریه‌ای سیستمی را ارائه نموده است. از نظر بوئن اختلافات زناشویی علامت وجود مسائل سیستمی است. بوئن روابط زناشویی را در شرایطی رضایت‌بخش می‌داند که فاقد علائم مرضی باشد. هدف اصلی بوئن برای ایجاد روابط زناشویی موفق این است که زوجین را ترغیب کند تا بالاترین حد ممکن از تمایز را به وجود آورند. اهداف او عبارت است از: کاهش اضطراب، رفع نشانه‌ها و به حد اکثر رساندن تفکیک شخصی هر یک از زوجین (Sanaii, 1995).

تمایز یافتگی خود یکی از مفاهیم کلیدی نظریه نظام‌های خانواده‌درمانی^۲ بوئن است که در روابط بین فردی نقش مهمی ایفا می‌کند. بوئن (Bowen, 1978) تمایز یافتگی خود را به عنوان درجه‌ای که در آن فرد قادر است بین کارکرد عقلانی - هیجانی و صمیمیت - خودمختاری در روابط تعادل برقرار کند، تعریف می‌کند. میزر (Maser, 2011) معتقد است که تمایز یافتگی یک ویژگی شخصیتی است که در سطوح مختلف درون‌روانی^۳ و برون‌روانی نمایان می‌شود. از نظر او تمایز یافتگی در سطح درون‌روانی به عنوان فرایندی است که در درون فرد رخ می‌دهد و شامل مؤلفه‌های جایگاه من^۴ و واکنش‌پذیری عاطفی^۵ است و تمایز یافتگی در سطح برون‌روانی نیز به عنوان فرایندی است که در روابط بین افراد به وقوع می‌پیوندد و شامل مؤلفه‌های هم‌آمیختگی با دیگران^۶ و گسلش عاطفی^۷ است. در دیدگاه وی مؤلفه جایگاه من به معنای داشتن حس روشنی از خود و استقلال در افکار و باورها است و واکنش‌پذیری عاطفی به غلبه احساس‌های فرد بر عقل و منطق‌اش و پاسخگویی بر پایه هیجان‌ها اشاره دارد. اما در سطح بین‌فردی، هم‌آمیختگی با دیگران اشاره به از دست دادن استقلال خود و انحلال و هم‌آمیختگی در طی روابط صمیمانه با دیگران، به خصوص افراد مهم زندگی دارد. گسلش عاطفی نیز بیانگر نوعی احساس تهدید و آسیب‌پذیری در روابط و بعضاً تمایل به گرفتن رفتارهای دفاعی مانند فاصله گرفتن، قطع ناگهانی رابطه و انکار اهمیت رابطه با دیگران است.

بر طبق نظر بوئن (Bowen, 1978) سطح تمایز یافتگی فرد در بین خانواده مبدأ رشد می‌کند و به شدت تحت تأثیر پویایی و تعاملات بین اعضای خانواده قرار دارد و بر زندگی آینده فرد تأثیر می‌گذارد. متأسفانه بسیاری از زوجین به دلیل امتزاج شدیدی که با خانواده مبدأ خود دارند این مجال و اجازه را به آن‌ها می‌دهند که از همان روزهای اول زندگی مشترکشان در زندگی زناشویی آن‌ها مداخله کنند به طوری که

1. Bowen, M.
2. Family Therapy
3. Intrapsychic
4. I Position
5. Emotional Reactivity
6. Emotional Fusion
7. Emotional Cutoff

هر چه امتزاج فرد با خانواده مبداً بیشتر باشد، احتمال اضطراب و بی‌ثباتی بیشتر خواهد بود و تمایل خانواده برای یافتن راه حل از طریق جنگ و نزاع، فاصله‌گیری و اختلال در عملکرد نیز بیشتر خواهد شد (Naghshbandi & Arjmand, 2013).

یکی از عوامل مؤثر بر تمایز یافتگی، نقش عوامل فرهنگی در زمینه جمع‌گرایی و فردگرایی است. هافتد (Hofetd, 2010) در تقسیم‌بندی کشورهای دنیا از نظر جمع‌گرایی و فردگرایی، نمره فردگرایی ایران را ۴۱ با رتبه ۲۴ گزارش کرده است. در حالی که فردگراترین کشور، آمریکا با نمره ۹۱ و رتبه ۱ و کمترین فردگرایی مربوط به کشور گواتمالا با نمره ۶ و رتبه ۳۵ است. به این ترتیب فرهنگ ایران مانند سایر فرهنگ‌های شرقی بیشتر جمع‌گرا است تا فردگرا.

در فرهنگ جمع‌گرا اغلب به همبستگی و هم‌رنگی با جماعت به قیمت گذشتن از عقاید و ارزش‌های شخصی تشویق می‌شود و رابطه بیش از حد نزدیک در روابط اعضای خانواده وجود دارد. در این فرهنگ‌ها اگر کسی قاطع باشد و نظرات، دیدگاه‌ها و خواسته‌های خود را صریحاً ابراز کند خودخواه به نظر می‌رسد و با انتظارات گروه هماهنگ نیست (Murphy, 1999). در فرهنگ‌های جمع‌گرا در مقایسه با فردگرا استقلال شخصی کمتری دیده می‌شود و معمولاً افراد به هماهنگی با دیگران و انجام دادن وظایف خود در برابر دیگران ترغیب می‌شوند (Rudy, Duane, Sheldon, Kennon, Awong, Tsasha, Hoon Tan & Hwee, 2007). پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند که تمایز یافتگی پایین با اضطراب بالاتر (Peleg - Popko, 2004)، سازگاری روان‌شناختی کمتر و رضایت زناشویی پایین‌تر (Skowron & Fridlander, 1998)، مواجه شدن با مشکلات بیشتر و داشتن مهارت حل مسئله پایین‌تر (Barahmand, 2010) در ارتباط است.

بر اساس آمار سازمان ثبت احوال کشور تعداد طلاق از ۹۴۰۳۹ مورد در سال ۱۳۸۵ به ۱۶۵۹۷۱ مورد در سال ۱۳۹۵ رسیده و روز به روز نیز در حال افزایش است (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۵ و پایگاه تحلیلی خبری خانواده و زنان). توجه به زندگی زناشویی و اعمال راهکارهایی جهت افزایش تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی، از اهمیت به سزایی برخوردار است. از آنجایی که یکی از عوامل مؤثر در تمایز یافتگی، نقش عوامل فرهنگی در زمینه جمع‌گرایی و فردگرایی است و بین دو قوم ترک و ترکمن در بجنورد (خراسان شمالی) نیز تفاوت‌های فرهنگی زیادی وجود دارد تا حدی که خراسان شمالی به «گنجینه فرهنگ‌ها» معروف است. بنابراین در پژوهش حاضر به بررسی تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی و اثربخشی رویکرد سیستمی بوئن بر ارتقاء این دو مؤلفه در زنان دو قوم مذکور پرداخته شد.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی است. در این پژوهش از روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون استفاده گردید.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان ترک و ترکمن مراجعه کننده به بیمارستان تأمین اجتماعی شهر بجنورد در سال ۱۳۹۳ بودند که در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند و نمونه آماری با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین این جامعه انتخاب شد. از بین مراجعه کنندگان، با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه مطالعه اول انتخاب شدند که ۷۵ نفر از آنان در گروه ترک و ۷۵ نفر دیگر در گروه ترکمن جای داشتند و برای مطالعه دوم نیز از بین این ۱۵۰ نفر، به صورت تصادفی و با احتساب ریزش‌ها، ۸ نفر در گروه آزمایش ترک، ۸ نفر در گروه آزمایش ترکمن، ۷ نفر در گروه کنترل ترک و ۷ نفر در گروه کنترل ترکمن قرار گرفتند.

ابزارهای اندازه گیری

۱. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱ توسط السن و فوور (Olson & Fowers, 1993) برای بررسی میزان رضایت زناشویی ساخته شد که دارای ۱۱۵ سؤال می باشد. سپس فرم ۴۷ سؤالی آن ساخته شد که در ایران توسط احمدی هنجاریابی شده است. این مقیاس شامل ابعاد و موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت‌گیری مذهبی و معنوی می باشد. پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) در نظر گرفته شده است که به هر گزینه آن از یک تا پنج امتیاز داده می شود. در ضمن، برخی از پرسش‌ها به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره گذاری این مقیاس به دو روش انجام می گیرد: ۱- نمره رضایت کلی از روابط زناشویی: برای این منظور نمرات فرد در تمامی ۴۷ ماده جمع شده و نمره رضایت کلی را تشکیل می دهد. این نمره، نمره خام است و برای تبدیل آن به نمره استاندارد و تفسیر وضعیت زناشویی کافی است. ۲- محاسبه نمرات مقیاس‌های فرعی: ابتدا مجموع نمرات برای هر یک از مقیاس‌های فرعی به

1. Enrich (Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness)

طور جداگانه محاسبه می‌شود. سپس نمره هر مقیاس به عدد ۵ تقسیم می‌گردد که نمره ۱ بیانگر نارضایتی شدید و نمره ۵ بیانگر رضایت فوق‌العاده می‌باشد.

السن، مک کوبین، بارنز، ماکسن، لارسن و ویلسون (Mccubbin, Barnes, Muxen, Larsen & Wilson, 1989) اعتبار فرم اخیر را با استفاده از روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در کشور ما اولین بار سلیمانیان (Soleymaniyan, 1994) همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. در یک پژوهش مهدویان (Mahdavian, 1997) در کار روی اعتبار آزمون، ضریب همبستگی پیرسون را با روش بازآزمایی، ۰/۹۴ به دست آورد. همچنین ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش میرخشتی ۰/۹۲ به دست آمده است. کلیه خرده مقیاس‌ها زوج‌های ناسازگار و سازگار را متمایز می‌کند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاکی خوبی برخوردار است. السن و فوور (Olson & Fowers, 1993) در یک کار پژوهشی میزان اعتبار این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند. بررسی نشان داد که توانایی تمیز زوجین خوشبخت از زوجین غیرخوشبخت از طریق این مقیاس ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ دقت و صحت دارد.

۲. پرسشنامه تمایز یافتگی خود: پرسشنامه تمایز یافتگی خود^۱ توسط اسکورون و دندی با هدف سنجش تمایز یافتگی افراد از خانواده اصلی آن‌ها ساخته شد و در ایران توسط اسکیان (Skyan, 2008) در تهران هنجاریابی شد. این پرسشنامه یک ابزار ۴۶ سوالی است. تمرکز این ابزار بر ارتباط‌های مهم زندگی و روابط جاری افراد با خانواده اصلی می‌باشد و دارای چهار خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران است. پرسشنامه تمایز یافتگی خود با مقیاس لیکرت در یک طیف شش گزینه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) درجه بندی شده است. به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۶ تعلق می‌گیرد. در ضمن، بعضی از سؤالات به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل نمره این پرسشنامه برابر با ۴۶ و حداکثر نمره آن برابر با ۲۷۶ است. نمره کمتر در این پرسشنامه نشانه سطوح پایین تر تمایز یافتگی است.

ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه تمایز یافتگی خود توسط اسکورون و فریدلندر ۰/۸۸ و توسط پلج- پوپکو (Peleg - Popko, 2004) ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش اسکیان (Skyan, 2008) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است. ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش شکیبایی (Shakibai, 2006) به روش بازآزمایی نیز ۰/۸۱، در پژوهش استوار ۰/۷۷ و در پژوهش خزائی و رفیع & Khazaie

1. Differentiation of Self Inventory

(Rafi, 2007) ۰/۹۰ به دست آمده است که پایایی بالای این پرسشنامه را نشان می‌دهد. به منظور اطمینان از روایی پرسشنامه تمایز یافتگی خود، از ۱۰ نفر از صاحب‌نظران در این زمینه نظرخواهی شد که روایی محتوایی این ابزار را مورد تایید قرار دادند (Knauth & Skowron, 2004).

روش اجرا

در این پژوهش پس از مراجعه به بیمارستان تأمین اجتماعی شهر بجنورد و شناسایی زنان ترک و ترکمن پرسشنامه‌های پیش‌آزمون بین آن‌ها توزیع و اجرا گردید. پس از وارد کردن داده‌های مربوط به پیش‌آزمون در نرم افزار SPSS، آن دسته از زنانی که در زمینه مؤلفه تمایز یافتگی و رضایت زناشویی دارای نمرات پایین بودند، شناسایی شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مداخله سیستمی بوئن به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت هر هفته یک جلسه در مورد گروه آزمایش اجرا شد و در نهایت در آخرین جلسه گروه، پرسشنامه‌های پس‌آزمون بین آنان توزیع و اجرا گردید و نمرات به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم مقایسه شد. لازم به ذکر است که به منظور رعایت موارد اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، مداخله فوق در مورد گروه کنترل نیز اجرا گردید.

جدول ۱: خلاصه جلسات، چهارچوب و ساختار کلی جلسات

اهداف و روند جلسات	جلسات
معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، بیان اهداف گروه، ذکر منشور مشاوره گروهی و گرفتن تعهد از اعضا	اول
ارزیابی خانواده، ترسیم ژنوگرام و بررسی الگوهای آن‌ها	دوم
آشنایی و کار روی مفهوم تمایز یافتگی، توضیح در مورد جدایی افکار از احساس و جدایی فرد از خانواده و ارزیابی افراد در این خصوص	سوم
آشنا کردن اعضا با مفهوم هم وابستگی ^۱ و چگونگی بهبود در آن	چهارم
آشنایی اعضا با مفاهیم مثلث سازی و نظام عاطفی خانواده هسته‌ای و تأثیر آن‌ها در ایجاد و تداوم مشکل	پنجم
آشنایی اعضا با مفاهیم فرایند فرافکنی خانوادگی، گسلش عاطفی و تأثیر آن‌ها در مشکلات خانواده	ششم
آشنایی اعضا با جایگاه هم شیرها و فرایند انتقال چند نسلی	هفتم
مروری بر تمامی جلسات و راهبردهای نهایی برای بهبود وضعیت و اجرای پس‌آزمون	هشتم

1. Symbiosis

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش از نرم افزار SPSS-۱۶ استفاده شد. از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و F لوین جهت بررسی تفاوت میانگین و بررسی همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون استفاده شد. همچنین از آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه تفاضل نمرات پس‌آزمون از پیش‌آزمون در دو قومیت استفاده گردید.

یافته‌ها

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های آماری مورد نیاز جهت انجام تحلیل کواریانس بررسی گردید. در خصوص مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش، نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف نشان داد که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. به منظور بررسی هم‌تا بودن دو گروه از نظر سن، تحصیلات، شغل، درآمد، نوع ازدواج، مدت ازدواج و تعداد فرزندان از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره (ANOVA) استفاده شد. با توجه به اینکه آزمون لوین، فرض همگنی واریانس گروه‌ها را در آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره بررسی می‌کند، ابتدا نتایج این آزمون در جدول شماره ۲ گزارش می‌شود:

جدول ۲: نتایج آزمون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	شاخص اوین	Df1	Df2	Sig
سن	۱/۴۷	۳	۲۶	۰/۲۴
تحصیلات	۰/۲۵	۳	۲۶	۰/۸۵
شغل	۰/۳۲	۳	۲۶	۰/۳۲
درآمد	۶/۰۵	۳	۲۶	۰/۱۱
نوع ازدواج	۰/۳۱	۳	۲۶	۰/۸۱
مدت ازدواج	۲/۲۵	۳	۲۶	۰/۱۱
تعداد فرزندان	۰/۹۹	۳	۲۶	۰/۴۱

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

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی هم‌تا بودن گروه‌های پژوهش در متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، درآمد، نوع ازدواج، مدت ازدواج و تعداد فرزندان

منبع واریانس	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig
سن	۱۱۷/۹۳	۳	۳۹/۳۱	۱/۵۳	۰/۲۳
تحصیلات	۴/۲۷	۳	۱/۴۲	۰/۴۵	۰/۷۱
شغل	۰/۲۳	۳	۰/۰۸	۰/۱۴	۰/۹۳
درآمد	۲/۲۹	۳	۰/۷۶	۱/۲۷	۰/۳۰
نوع ازدواج	۰/۹۶	۳	۰/۳۲	۱/۳۴	۰/۲۸
مدت ازدواج	۴۲/۴۸	۳	۱۴/۱۶	۰/۴۳	۰/۷۲
تعداد فرزندان	۷/۷۶	۳	۲/۵۸	۱/۷۸	۰/۱۷

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که دو گروه از نظر متغیرهای ذکر شده همگن هستند. به علاوه مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز در مورد همه متغیرها رعایت گردیده است. بنابراین، بررسی فرضیه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع می‌باشد.

به منظور بررسی این موضوع که رویکرد سیستمی بوئن بر افزایش تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان ترک گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، اثر معنی‌دار دارد، از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۴ آمده است:

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر مداخله درمانی بر متغیرهای وابسته

گروه	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	Sig	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۶۱	۳/۵۱	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰
لامبدای ویلکز	۰/۴۰	۴/۴۳	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷
اثر هتلینگ	۱/۴۶	۵/۳۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲
بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی	۱/۴۴	۱۱/۵۷	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل، بین این دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این بدان معنا است که رویکرد سیستمی بوئن حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته اثرگذار بوده است.

به منظور آگاهی از اینکه روش مداخله بر هر یک از متغیرهای تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی چه مقدار تأثیر داشته است، از تحلیل کواریانس یک‌راهه (ANCOVA) در متن مانکوا استفاده شده است. در جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه (ANCOVA) در متن مانکوا به منظور مقایسه میانگین تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داده شده است:

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
تمایز یافتگی	پیش‌آزمون	۷۳/۲۸	۱	۱۴/۱۶	۰/۴۵	۰/۵۰	۰/۰۱
	مداخله گروه	۲۴۹۰/۵۵	۳	۸۳۰/۱۸	۵/۱۶	۰/۰۰۷	۰/۳۹
	خطا	۳۸۵۴/۸۶	۲۴	۱۶۰/۶۱	—	—	—
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۱۴/۱۶	۱	۱۴/۱۶	۰/۱۲	۰/۷۲	۰/۰۰۵
	مداخله گروه	۱۷۹۲/۸۲	۳	۵۹۷/۶۰	۵/۳۱	۰/۰۰۶	۰/۴۰
	خطا	۲۶۹۷/۷۰	۲۴	۱۱۲/۴۰	—	—	—

همانگونه که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود، مقدار F به دست آمده مربوط به اثر متغیر مستقل برای متغیر تمایز یافتگی و رضایت زناشویی به ترتیب ۵/۱۶ و ۵/۳۱ می‌باشد که هر دو در سطح آماری ۰/۰۵ معنی‌دار هستند، بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر رویکرد سیستمی بوئن بر افزایش تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، معنی‌دار است. به منظور مقایسه و بررسی تفاوت میزان اثربخشی رویکرد بوئن بر افزایش تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی زنان ترک در مقایسه با زنان ترکمن، از تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود:

جدول ۶: آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی تفاوت متغیرهای تمایز یافتگی و رضایت زناشویی در

زنان ترک و ترکمن

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig
تمایز یافتگی	۹/۶۳	۱	۹/۶۳	۰/۰۴	۰/۸۴
رضایت زناشویی	۰/۵۳	۱	۰/۵۳	۰/۰۰۳	۰/۹۵

همان گونه که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، میزان اثربخشی رویکرد بوئن بر افزایش رضایت زناشویی و تمایز یافتگی در بین دو گروه زنان ترک و ترکمن تفاوت معنی‌داری ندارد.

نتیجه

با توجه به نتایج جدول ۵ با احتمال ۰/۰۱ در زنان ترک ($p < ۰/۰۱$) و کمتر از ۰/۰۵ در زنان ترکمن ($p < ۰/۰۳$) بین نمرات تمایز یافتگی خود گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین، فرضیه اول و سوم پژوهش تأیید می‌شوند. از جمله تحقیقات همسو با این فرضیه‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. شکیبایی (Shakibai, 2006) در پژوهشی نشان داد که استفاده از برنامه آموزشی خودمتمایز سازی به طور معنی‌داری بر افزایش تمایز یافتگی زنان مطلقه مؤثر بوده است. خزائی (Khazaei, 2007) نیز در پژوهشی نشان داد که آموزش تمایز یافتگی می‌تواند میزان صمیمیت و تمایز یافتگی را در زوجها افزایش دهد. در فرهنگ کنونی ما نقش‌های جنسی می‌تواند به عنوان یک عامل برانگیزاننده برای حرکت از با هم بودن به سوی فردیت عمل کند. این نقش‌ها به طور ناهشیار زنان را تشویق می‌کند تا به جای اینکه درباره علایق خود گفت‌وگو کنند، از حقوق خود به نفع همسر و مخصوصاً فرزندان‌شان بگذرند و بدین طریق مسئولیت شوهران و پسرانشان اضافه گردد و همین امر گاه باعث می‌شود که زنان در مقایسه خود با مردان احساس بی‌عدالتی و نابرابری کنند و در رنج به سر ببرند که البته این احساس در فرهنگ‌های کوچک‌تر و بسته‌تر از جمله زنان متعلق به قومیت‌ها که معمولاً دارای فرهنگ مردسالارانه هستند، می‌تواند پررنگ‌تر جلوه نماید. از سوی دیگر با توجه به این که بسیاری از زنان، خانه‌دار و از لحاظ مالی به همسران خود وابسته هستند، چنین نابرابری-های اقتصادی موجب نابرابری‌های قدرت میان زن و شوهرها می‌شود. لذا، آن‌ها به طرق مختلف از جمله کسب مدارج تحصیلی بالاتر، وارد شدن به بازار کار و رسیدن به استقلال اقتصادی، سعی بر احقاق حقوق خود و خارج شدن از شرایط زندگی سنتی می‌کنند و در صدد هستند تا با افزایش توانایی‌های خود، تعریفی از خویش را ارائه دهند. همچنین با توجه به جدول ۵ با احتمال کمتر از ۰/۰۵ در زنان ترک ($p < ۰/۰۳$) و کمتر

از ۰/۰۱ در زنان ترکمن ($p < ۰/۰۰۰۱$) بین نمرات رضایت زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین، فرضیه دوم و چهارم پژوهش نیز تأیید می‌شود. از جمله تحقیقات همسو با این فرضیه‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: ان جی (Ng, 1992) در پژوهشی نشان داد که افراد با تمایز یافتگی بالا و دارای یک خود واقعی می‌توانند از صمیمیت عاطفی در روابط مهم خود لذت ببرند و رضایت زناشویی بالایی را تجربه می‌کنند. اسکورون (Skowron, 2000) در مطالعه‌ای نشان داد که نمرات تمایز یافتگی، ۷۴٪ واریانس نمره‌های سازگاری زناشویی مردان و ۶۱٪ واریانس نمره‌های سازگاری زناشویی زنان را تبیین می‌کند. خزائی (Khazaei, 2007) نیز در پژوهشی نشان داد که آموزش تمایز یافتگی می‌تواند میزان صمیمیت را در زوجها افزایش دهد.

اختلال در روابط زناشویی ناشی از برداشتی است که زن و شوهر درباره رفتار همسر خود دارند و نه خود رفتار (Eliss, 1992). با توجه به این که آموزش تمایز یافتگی می‌تواند منجر به رشد فکری افراد شود و منظور از رشد فکری توانایی شخص در تصمیم‌گیری عاقلانه است (Soleymaniyan, 1994)، بنابراین می‌توان انتظار داشت که این پژوهش، فرصتی باشد تا افراد شرکت‌کننده در آن، راجع به خود و روابطشان، بیشتر بیاموزند، نگاه متفاوتی به طرز رفتارشان با همسر و فرزندانشان داشته باشند، به طوری که بتوانند مسئولیت مشکلات خودشان را به عهده بگیرند و از سرزنش کردن دیگران و دنبال مقصر گشتن دست بردارند و به نقش‌های خودشان در مشکلات خانوادگی و فرایندهای میان‌فردی، پی ببرند. همچنین آموزش تمایز یافتگی می‌تواند منجر به رشد عاطفی نیز شود. رشد عاطفی به معنای تسلط داشتن روی عواطف مثبت و منفی است و زمینه ارتباطات بین فردی و اجتماعی افراد را فراهم می‌کند. بنابراین با آموزش تمایز یافتگی و به تبع آن رشد عاطفی و پختگی روانی باعث می‌شود که همسران معایب و نقایص یکدیگر را بپذیرند و آن‌ها را به رخ هم نکشند و در حالات مختلف انعطاف‌پذیری داشته و واکنش مناسب نشان دهند. در مسائل مختلف زندگی به طور مستقل تصمیم‌های منطقی گرفته و با افراد با تجربه و صلاحیت‌دار مشورت کنند، انتقادهای سازنده را در جهت تغییر و اصلاح رفتار خود بپذیرند، احساس تعلق خاطر کنند و بتوانند به دیگران محبت نمایند (Harvey, 2009). از سوی دیگر، آموزش تمایز یافتگی به زوجین کمک می‌کند تا بین خود و فرزندان، شغل، خانواده مبدأ و ... مرزهای روشن و مشخصی را ایجاد نمایند و سعی کنند تا با رسیدگی به نیازهای خود و جلوگیری از دخالت اطرافیان در زندگی مشترک و گرفتن تصمیمات مستقل، زمینه را برای رضایت بیشتر از زندگی زناشویی خویش فراهم آورند.

در نهایت این که در بسیاری از ازدواج ها، عدم استقلال یکی از زوجین باعث بروز اختلاف می شود. افرادی که استقلال ندارند، اختیار ندارند و آزاد نیستند، به نوعی وابسته اند و توجهشان بیشتر به دیگران معطوف است. اهل فکر کردن و اندیشیدن نیستند، بلکه حس تقلید بالایی دارند. چون هر چیز را قبول ندارند، دائماً دنبال کسی هستند تا به جای آنان تصمیم بگیرد و مسئولیت را از گردن آنها بردارد و گاهی حتی در امور ساده دچار تزلزل اراده می شوند. بنابراین افرادی که روحیه استقلال طلبانه ندارند، زندگی مشترک موفق هم ندارند. از طرفی توسعه روابط آینده افراد به شدت تحت تأثیر سطح تمایز یافتگی است. افرادی که تمایز یافته هستند در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی زناشویی توانایی برخورد منطقی و عقلانی را داشته و می توانند از برخورد با مسائل به صورت احساسی جلوگیری کنند. آنها به یکدیگر اجازه می دهند که نقشی نرمش پذیرتر و رابطه ای صمیمانه تر داشته باشند و تفاوت عقاید یکدیگر را تحمل کنند. بنابراین، این افراد توانایی حل مسائل را به صورت مسالمت آمیز دارند. آموزش رویکرد بوئن موجب استقلال افراد می گردد. افراد مستقل توانایی ها و محدودیت های خود را به خوبی می شناسند و این شناخت به تصمیم گیری درست کمک می کند. آنها در مورد مسائل مختلف خوب فکر می کنند و ارزیابی آنان درست است. پس پیامدها و نتایج کارهای خود را بر عهده می گیرند و می توانند رضایت را در زندگی زناشویی تجربه کنند (Sharf, 2011).

با توجه به جدول ۶ با احتمال بیشتر از ۰/۰۵ میزان اثربخشی رویکرد بوئن بر افزایش تمایز یافتگی خود ($p < ۰/۸۸$) و رضایت زناشویی ($p > ۰/۷۵$) دو گروه ترک و ترکمن تفاوت معنی داری ندارد. بنابراین، فرضیه پنجم و ششم پژوهش رد می شود. به نظر می رسد با وجود تفاوت های فرهنگی آشکار بین دو قوم مذکور، علت اصلی عدم تفاوت در تمایز یافتگی و رضایت زناشویی در زنان این دو قوم، به خاطر تعاملات و مراوداتی است که در دهه های اخیر بین آنها به وجود آمده است و در نهایت منجر به سبک زندگی یکسان در بین خانواده های این دو قوم شده است. همچنین این دو قوم از آموزش و پرورش یکسان و متمرکز برخوردار هستند اما از همه مهمتر می توان به نقش رسانه های جمعی اشاره کرد؛ زیرا این رسانه ها بیشتر بر برنامه های ملی تأکید دارند؛ در نتیجه تفاوت های فرهنگی بین قومیت ها کمتر می شود و آنها نیز به تبع برنامه های ملی به سمت یکپارچگی حرکت می کنند. از این رو، فرهنگ، مسائل خانوادگی و پیوندهای زناشویی قومیت ها نیز روز به روز به یکدیگر نزدیک تر و حتی شبیه تر می شود تا حدی که نمی توان بین این مسائل تمایز و تفاوت های چندانی مشاهده کرد. تاکنون تحقیقی که اختصاصاً در مورد اثربخشی رویکرد بوئن بر افزایش رضایت زناشویی و تمایز یافتگی زنان دو قوم ترک و ترکمن صورت گرفته باشد، انجام نشده است، اما تحقیقات مختلفی وجود دارد که به بررسی اثربخشی رویکرد بوئن بر افزایش رضایت زناشویی و

تمایز یافتگی در گروه‌ها و قشرهای مختلف صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به پژوهش بهات (Bahatt, 2001) و اسکورون (Skowron, 2004) روی «نژادهای مختلف»، فردیناند (Ferdinand, 2001) روی «زوجینی که در قبل یا اوائل ازدواج بودند»، کر (Kerr, 1978) روی «زوجین تازه ازدواج کرده»، ریچارد (Richard, 1989) روی «زوجینی که در مراحل سوم و چهارم زندگی زناشویی بودند»، پلج (Peleg, 2008) روی «زوجینی که در مراحل مختلف زندگی زناشویی بودند»، غفاری و همکاران (Ghaffari, 2010) روی «معنادین و خانواده‌های آن‌ها»، رجبی و رسایی (Rajabi, & Rasaii, 2009) روی «کارکنان ادارات دولتی»، باصولی (Basooli, 2013) روی «زنان بد سرپرست» و شکیبایی (Shakibai, 2006) روی «زنان مطلقه»، اشاره کرد. نتایج به دست آمده از این تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش رویکرد بوئن منجر به افزایش معنی‌دار رضایت زناشویی و تمایز یافتگی گردیده است. به طور کلی، نتایج به دست آمده از پژوهش‌های متعدد پیشین و پژوهش حاضر گویای این هستند که آموزش رویکرد سیستمی بوئن تأثیر مثبتی بر افزایش تمایز یافتگی و به تبع آن رضایت زناشویی زوج‌ها دارد. در واقع، آموزشی که صورت گرفت به افراد کمک کرد تا توانایی خود را برای تفاوت قائل شدن میان تفکر و احساس افزایش دهند، نحوه استفاده از آن توانایی برای حل مشکلات ارتباطی را بیاموزند و رضایت خود از زندگی زناشویی را افزایش دهند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گری چون وضعیت فرهنگی و اجتماعی، هوش، شخصیت و ... و اجرای پژوهش فقط روی زنان اشاره کرد، چرا که تعمیم‌پذیری آن را محدود می‌کند. همچنین ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش، فقط پرسشنامه است و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی را جمع‌آوری کند.

پیشنهادهای

در پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به این که در کشور ایران افراد به شدت در سیستم عاطفی خانواده هسته‌ای خود درگیر هستند و به صورت آگاهانه و ناآگاهانه از آن تأثیر می‌پذیرند، اجرای این برنامه به طور کلی گام مؤثری در کمک به تمایز یافتگی افراد خواهد بود. استفاده از رویکرد بین نسلی در مراکز مشاوره و به خصوص مشاوره‌های پیش از ازدواج با تأکید بر خانواده اصلی و تمایز یافتگی به عنوان عامل اثرگذار بر رضایت زناشویی، به شناخت بیشتر طرفین از هم و لذا تصمیم‌گیری بهتر کمک شایانی خواهد کرد. همچنین بررسی مقایسه‌ای مشاوره گروهی بوئن بر افزایش رضایت زناشویی و تمایز یافتگی روی مردان و یا نمونه‌ای از زوجین، مقایسه آموزش مبتنی بر مشاوره گروهی بوئن با سایر رویکردهای درمانی، مقایسه این رویکرد

در سایر مؤلفه‌های مربوط به زنان، مردان و یا زوجین همراه با پیگیری و اجرای این پژوهش با کنترل متغیرهای بیشتر همچون وضعیت فرهنگی و اجتماعی، هوش، شخصیت و انجام شود.

References

- Ahmadi, K., Nabipoor, S. M., Kimiaee, S. A., & Afzali, M.H. (2010). Effect of family problem solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Science*, 10(8), 682-687. (In Persian).
- Afzali, S. (2004). Comparison of marital adjustment of male teachers of Ahwaz primary school based on the emotional consistency of their husbands with control of age and duration of the marriage, Master's thesis of family counseling, Faculty of Education and Psychology, Chamran Martyr of Ahwaz University. (In Persian).
- Bahatt, P. (2001). Differentiation of self and marital adjustment within the Asian American population. *Journal of Marital and Family and Therapy*, Vol.12.pp.75-84.
- Barahmand, U. (2010). Self-differentiation women with and without mental disorders. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 559-562.
- Barazandeh, H., Sahebi, A., Amin Yazdi, S. A., & Mahram, B. (2006). The relationship of attachment criteria with marital adaptation. *Iranian Psychology Journal*, 2(8), 319-330. (In Persian).
- Basooli, H. (2013). Investigating the relationship between daily spiritual experience, marital satisfaction, and depression by mediating self-differentiation (Emotional fault and emotional responsiveness) among poor women in Dashtestan, Master's thesis of family counseling, Faculty of Education and Psychology, Chamran Martyr of Ahwaz University. (In Persian).
- Behpazhooh, A. (2004). *Family pathology and preventing family conflict*. Tehran: Parents & Coaches. (In Persian).
- Bek, A. T. (2011). *Love is never enough*. Translation by Mehdi Gharacheh Daghi. Tehran: Zehn Aviz. (In Persian).
- Birgandi, S. M. (1998). *Counseling and marriage in the family*. Tehran: Avaye Noor. (In Persian).
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. J. Guerin, Jr. (Ed), *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Ghaffari, F., Rafi, H., & Sanaii, B. (2010). The effectiveness of family education using the Bowen system theory on the distinction and function of families with addicted children. *Family Research*, 6, 22. (In Persian).
- Donovan, J. M. (1999). *Short-term couple therapy*. New York: The Guilford Press.
- Edalati Shateri, Z. (2009). Effect of time plan (enriching marriage) on marital satisfaction of married students. Master's thesis for clinical psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).
- Ellis, B. J. (1992). The Evolution of sex attraction: Evolution mechanisms in woman. In the *adapted mind, evolution of psychology and generation of culture*, Edited by J. H. Barkon, L. C. Smedes, and J. Today. New York. Oxford University.
- Ferdinand, L. (2001). The influence of differentiation of in individual and couples functioning in premarital and newlywed couples. Masters of thesis in Georgia State

- University.
- Friedman, E. (1991). Bowen theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds), *Handbook of family therapy* (Vol. II). New York: Brunner/Mazel.
- Harvey, M. (2009). *A comprehensive book of couples therapy*. Translation by Ahmadi, KH. , Akhavi, Z, & Rahimi, A. A., Tehran: Danzheh. (In Persian).
- Hofetede, G. (2010). Culture and organization. Thousands of Oaks, Ca. Sags Publications.
- Kalvandi, F. (2011). Survey on health relationship of the main family with coherence and flexibility of children parents from their perspective, Third general congress of clinical psychology research, recovery on 2nd of Bahman. (In Persian).
- Kerr, M. E. (1981). Family systems theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner / Mazel.
- Khazaie, S. (2007). Study of the effect of differentiation training on the degree of intimacy and level of differentiation of couples. Thesis Master's Degree Counseling, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University of Tehran. (In Persian).
- Knauth, D. G. and Skowron, E. A. (2004). Psychometric evaluation of the differentiation of self-inventory (DSI) for adolescence. *Nursing Research*, 53 (3), 163-171.
- Mahdaviyan, F. (1997). The effect of communication education on marital satisfaction and mental health, Master's Thesis, Tehran Psychiatric Institute. (In Persian).
- Maser, M.J. (2011). Construct validity of differentiation of self-measures and their correlates. Doctoral dissertation. Seton Hall University.
- Murphy, M. F. (1999). Is the Bowen theory universal? Level of differentiation of self and marital adjustment among Asian- American. Ph.D. Dissertation of Wright Institute Graduate School of Psychology. 17-43.
- Naghshbandi, C. & Arjmand, E. (2013). *Family therapy*. Tehran: Ravan. (In Persian).
- Ng, M. G. (1992). Family of origin differentiation a marital satisfaction in healthy like, healthy unlike, unhealthy like and unhealthy, unlike couples. (Doctoral Dissertation, Texas Women, University (1991). *Dissertation Abstracts International*, 52, 3090.
- Olson, D. H., Mccubbin, H. I., Barnes, H. L., Muxen, M. J., Larsen, A. S. & Wilson, M. A.(1989). *Families*. California: Sage Publication Inc.
- Olson, D. H., and Fowers, B. J. (1993). Five types of marriage: An empirical ty- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Muxen, M. J., Larsen, A. S. and Wilson, M. A. (1989). *Families*. California: Sage Publication Inc.
- Papero, D. V. (1983). Family systems theory and therapy. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds), *Handbook of family and marital therapy*. New York: Plenum.
- Papero, D. V. (1990). *Bowen family system theory*. Boston: Allyn & Bacon.
- Peleg- Popko, O. (2004). Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Pines*, A. M. (2005). *Falling in love*. New York: Routledge.
- Peleg, O. (2008). The Relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life? *The American of Family of Family Therapy*, 36:388-401.
- Prochaska, G., Norcross, G. (2010). *Theories of psychotherapy (Psychotherapy systems)*. Translation by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Ravan. (In Persian).
- Rafi, L. (2007). Comparison of the level of differentiation of offspring of conflicting families with the children of unconventional families. Master Thesis Consultation. Faculty of Education and Psychology, Khatam University of Tehran. (In Persian).
- Rajabi, G. H., Rasaii, A. (2009). Investigating components of mental happiness and level of

- differentiation in predicting marital satisfaction among employees of government offices in Kerman. *Updates and research Counseling*, 8: 31- 32. (In Persian).
- Rudy, Duane, Sheldon, Kennon, Awong, Tsasha, Hoon Tan, Hwee. (2007). Autonomy, culture and well being: the benefits of inclusive autonomy. *Journal of Research in Personality*. 4, 983-1007.
- Sanaii Zaker, B. (1995). *Psychotherapy and group counseling*. Tehran: Chehr. (In Persian).
- Shakibai, T. (2006). The effect of self-differentiation training on the mental health of women in district 5 of Tehran. Master Thesis Consultation. School of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University of Tehran. . (In Persian).
- Sharf, R. (2011). *Psychotherapy and counseling theories*. Translation by Mehrdad Firuzbakht. Tehran: Rasa. (In Persian).
- Skowron, E. A. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment, *Journal of Counseling Psychology*, 47, 237-239.
- Skowron, E. A., and Friendlander, M. L. (1998). The differentiation of self-inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45: 1-11.
- Skowron EA, Dendy AK (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlated of effortful control. *JcontempFamTher*, 26(3): 337- 57.
- Skyan, P., Sanaii Zaker, B., & Navvabinezhad, S. H. (2008). The effect of psychodrama on increasing the differentiation of the original family among high school girl students in Tehran district 5. *Consulting research*, 7(25): 27- 42.
- Soleymaniyan, A. (1994). Review the effect of irrational thinking based on the cognitive approach to marital dissatisfaction, Thesis Master's Degree Counseling, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University of Tehran. (In Persian).
- Spray, K. (2008). *Family therapy: Guaranteed effective treatment*. Translation by Shokooh Navvabinezhad. Tehran: Center for Family Studies and Research. (In Persian).
- Yoonesi, S. G., Shiri, Z. (2009). *Treatment of mental disorders in children, adolescents, and families*. Tehran: of Welfare and Rehabilitation Sciences Publications. (In Persian).
- Young, M. E & Long, L. L. (1998). *Counseling and therapy for couples*. New York, Brooks / Cool Publisher Company.



جوانمرد، جواد؛ رجایی، علیرضا؛ خسروپور، فرشید (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های مراجعه به دیگران.

DOI: 10.22067/ijap.v9i1.75130

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۱)، ۷۵-۵۸.

اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های مراجعه به دیگران

جواد جوانمرد^۱، علیرضا رجایی^۲، فرشید خسروپور^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۸/۳/۲۹

چکیده

هدف: تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر راهبرد های مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های مراجعه به دیگران در دانش‌آموزان پسر متوسطه اول

روش: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۶ سال به تعداد ۲۰۰ نفر مشغول به تحصیل در یکی از مدارس متوسطه دوره اول شهرستان فریمان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، ۳۴ نفر دانش‌آموز انتخاب گردید و در دو گروه ۱۷ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. مداخله برای گروه آزمایش شامل ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی مثبت نگر بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای و برنامه درمانی روانشناسی مثبت‌گرا (Rashid, 2008) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه-گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که روان‌درمانی گروهی مثبت نگر در افزایش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد ($P<0/01$)، و کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد ($P<0/01$)، افزایش سبک‌های مراجعه به دیگران ($P<0/01$)، در دانش‌آموزان موثر است و این تاثیر در مرحله پیگیری هم تداوم داشته است.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مثبت نگر، راهبردهای مقابله‌ای.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنند، Javanybahar@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، (نویسنده مسئول)، rajaei.46@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنند

مقدمه

از آنجایی که نیمی از اختلالات روانی در اواسط نوجوانی آغاز می‌شود (Yap, Pilkington, Ryan & Jorm, 2014). می‌توان گفت که رسیدگی به سلامت روان نوجوانان که یک سرمایه‌گذاری سودمند و پرفایده است باید مورد توجه روانشناسان و سایر افرادی که به نحوی با نوجوانان کار می‌کنند، قرار گیرد. یکی از مشکلاتی که نوجوانان در مدارس با آن درگیر هستند و هنوز به جرات می‌توان گفت که تدابیری به نحو شایسته برای آن سنجیده نشده است، طریقه پاسخگویی به مشکلاتی است که نوجوان هر لحظه با آن درگیر می‌باشد و می‌توان آن را راهبردهای مقابله‌ای نامید. راهبردهای مقابله‌ای اغلب به صورت تئوری و تجربی در نظر گرفته شده است: جستجوی حمایت اجتماعی (مانند حمایت عاطفی دیگران)، حل مسائل (شامل رویکردهای متمرکز بر مسئله)، اجتناب (از جمله تلاش برای از بین بردن استرس) حواس‌پرتی (از جمله طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های لذت بخش جایگزین) و مقررات عاطفی (از جمله تلاش برای تحریک احساسات برای بازگشت به حالت آرام لذت بخش و یا آرامش پایدار) تعریف می‌شود (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

مرور مطالعات انجام شده در مورد اهمیت یادگیری راهبردهای مقابله‌ای نوجوانان نشان می‌دهد که چنانچه نوجوانان به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با فشارها و بحران‌های دوران نوجوانی، توان کم‌تری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی و اضطراب نشان می‌دهند (Karekla & Panayiotou, 2011) که نوع مقابله دانش‌آموزان با مسائل و مشکلات و نیز شیوه‌ای که هیجان‌های خود را تنظیم می‌کنند، در بروز نشانه‌های اختلال هیجانی مرتبط با اضطراب نقش دارد و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در جهت کنار آمدن دانش‌آموزان با چالش‌های زندگی و افزایش عزت نفس و ایجاد باورهای خودکارآمدی در آنها موثر است (Mahmoud-alilou, Khanjani & Bayat, 2016) و چنانچه نوجوان به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشد و میزان رضایت از زندگی پایینی داشته باشد زمینه‌ای برای نگرش مثبت به اعتیاد در نوجوان فراهم می‌شود و می‌توان با آموزش مهارت‌های زندگی از جمله نحوه مقابله با استرس و افزایش رضایت از زندگی در نوجوان از اعتیاد پیشگیری نمود (Musazadeh, Shahmohammadi & Soltanmoradi, 2014). همچنین فقدان مهارت‌های مقابله‌ای موثر برای مدیریت استرس می‌تواند خطر ابتلا به پیامدهای روانی منفی را افزایش دهد چراکه بین سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و نگرش منفی به اعتیاد همبستگی مثبت معنادار و بین سبک مقابله‌ای ناکارآمد و نگرش منفی به اعتیاد همبستگی منفی معناداری وجود دارد و سبک مقابله‌ای ناکارآمد بهترین پیش‌بین نگرش مثبت به اعتیاد است (Habibi & Ashori, 2014).

نوجوانان باید مهارت‌های لازم را در بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای کسب نمایند چراکه اهمیت راهبردهای مقابله‌ای کارآمد که باعث درک هیجانات خود و توانایی سایرین می‌شود و فرد را از مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری و اضطراب ایمن می‌کند و در برخورد با استرس‌ها و بحران‌های احتمالی زندگی توانا می‌سازد در پژوهش (Elgar, Arlett & Groves, 2003)؛ و اهمیت استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و دلبستگی به والدین و همسالان که باعث تواناشدن نوجوانان در دشواری‌های تنظیم هیجان می‌شود در پژوهش (Sepehrian-zar, Asadi majreh, Asadnia & Farnoodi, 2014)؛ و افزایش میزان خودشکوفایی و میزان خودکارآمدی ادراک شده با افزایش سطح بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای مسئله-محور در دانشجویان در پژوهش (Hosseini-dowlatabadi, Sadeghi, Saadat & Khodayari h, 2014)؛ نشان داده شده است.

لازم است که افراد از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار استفاده کنند زیرا افراد زمانی که از راهبرد احساسی در مواجهه با مشکلات استفاده می‌کنند، پرخاشگری بیشتری از خود در تهاجم، خشم و کینه توزی نشان می‌دهند. اما دو راهبرد دیگر (عقلانی و اجتنابی) برای این ابعاد معکوس می‌باشند، زیرا افرادی که راهبرد اجتنابی از خود نشان می‌دهند، دلیلی برای پرخاشگری نمی‌بینند، بلکه آنها از این رفتار به این خاطر کناره می‌گیرند که قدرت رویارویی با آن را ندارند در حالیکه برای بعد عقلانیت افراد سعی دارند با موانع مقابله کنند. آن هم نه از طریق خشونت و پرخاشگری، بلکه با منطقی، عقلانی و صحیح (Lahsaeizadeh, 2010 Moradi) و یا نتایج یک پژوهش با عنوان، بررسی سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان نشان داد که سبک مقابله‌ای اجتنابی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روان می‌باشد (Basak-nezhad, Esfahani, 2012 Asl, Mahmoudi-ghalenavi) و نتایج پژوهشی دیگر حاکی از آن بود که راهبردهای مقابله‌ای مساله-مدار بطور مستقیم، پیش‌بینی‌کننده معنادار کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار دانشجویان کیفیت زندگی آنان را بطور معنادار تبیین نمی‌کند و رابطه معناداری بین راهبردهای هیجان‌مدار و کیفیت زندگی یافت نشد و راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار از لحاظ آماری رابطه معناداری با کیفیت زندگی داشت (Nedaei, Paghoosh & Sadeghi-Hosnijeh, 2016).

در ضمن هرچه حمایت اجتماعی والدین از نوجوانان بیشتر باشد، نوجوانان در برابر استرس از راهبرد مقابله‌ای موثری استفاده می‌کنند همچنان که در پژوهش (Dahkaneh-farda & Dukht-reza-khani, 2014) نشان داده شد.

با توجه به یافته‌های فوق می‌توان این‌طور نتیجه‌گیری کرد که افزایش استفاده از راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار، منجر به افزایش سلامت عمومی می‌شود. اما در مورد راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار عکس این موضوع اتفاق می‌افتد، یعنی با افزایش استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، سلامت عمومی کاهش می‌یابد و این پژوهش‌ها اهمیت راهبردهای مقابله‌ای را برای ما روشن نمودند و افزایش توانمندی، درمان و کمک به نوجوانان و مخصوصاً نوجوانانی که راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد دارند، بسیار مهم می‌باشد و در این میان، روش و شیوه نوجوانان در درک و مقابله مؤثر با این تحولات و تنیدگی‌ها و افزایش سرمایه‌های روانشناختی و سبک‌های عاطفی که ارتباط قاطعی با سلامت روانی دارد، مهم است پس آموزش و تمرین سبک‌های مقابله‌ای کارآمد برای نوجوانان یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است.

به نظر می‌رسد برای توانمندسازی نوجوانان در فرایند مقابله بتوانیم از یافته‌ها و اصول روانشناسی مثبت استفاده کنیم چراکه کاربرد اصول روان‌شناختی مثبت به طور فزاینده‌ای برای تاثیر بر افکار و رفتار نوجوانان و جوانان افزایش یافته است. تمرکز پژوهش‌های اخیر بر جنبه‌های مثبت روان‌شناختی در سازه‌هایی چون سرسختی، شادکامی و توانمندسازی بوده است (Mtura, Christina, Fleck & Kozikowski, 2013). بررسی چنین سازه‌هایی به افزایش موفقیت نوجوانان و جوانان کمک می‌نماید.

یکی از شیوه‌های درمانی روانشناسی مثبت، روان‌درمانی مثبت‌نگر است این رویکرد با برجسته کردن توانایی نوجوانان به آنها کمک می‌کند که به تمرین مقابله‌های کارآمد و کاهش مقابله‌های ناکارآمد بپردازند در همین راستا، سازمان بهداشت جهانی در تعریف خود از سلامتی، آن را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی‌های خود را شناخته و از آنها به نحو مؤثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است، تعریف می‌کند (Who', 2004).

روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سه فرض استوار است: ۱- مراجع به طور ذاتی، به جای تلاش برای اجتناب از بدبختی، نگرانی و اضطراب، بدنبال رشد، برآوردن خواسته‌ها و آرمان‌های شخصی و شادی می‌باشند. اگر رشد متوقف شود روان‌درمانی هم متوقف خواهد شد. ۲- منابع مثبت همچون توانایی‌ها معتبر هستند و به همان اندازه نشانه‌ها و اختلالات، واقعی هستند و این علائم و نشانه‌ها مانند توهمات پولیانایی یا دیگر علائم بالینی که در حوزه بالینی نمایان می‌شوند، بدون اینکه نیازمند توجه باشند، قابل دفاع نیستند. ۳- فرض بر این است که روابط درمانی مؤثر می‌تواند از طریق بحث و تظاهرات منابع مثبت، شکل داده شود نه فقط از طریق تجزیه و تحلیل طولانی مدت نواقص و بیماری‌ها و آسیب‌ها. (Rashid & Seligman, 2013).

تحقیقاتی وجود دارد که حاکی از اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر بر کاهش مشکلات مختلف دانش‌آموزان می‌باشد: مداخلات مثبت‌نگری باعث، افزایش سلامت روانی و امید به زندگی در پژوهش‌های (Hariri & Khodami, 2011؛ Seligman, Rashid & Parks, 2006)، افزایش روابط و هیجان‌های مثبت در پژوهش (Rashid, 2015) و افزایش انگیزه پیشرفت، حرمت خود و شادکامی در پژوهش (Donaldson, Dollwet & Rao, 2014) شده است و یا نتایج یک مطالعه نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان مورد مطالعه موثر بوده و آن را افزایش داده است، همچنین روان‌درمانی مثبت‌نگر میزان شادمانی را نیز بین دانش‌آموزان مورد مطالعه افزایش داده است (Ghorashi & Dahkanehfarda, 2015).

همچنین آموزش مثبت‌نگری باعث کاهش میانگین نمرات افسردگی، اضطراب، استرس و ارتقاء سطح کیفیت زندگی نوجوانان در پژوهش (Nikmanesh & Zandvakili, 2015) و کاهش نگرش‌های ناکارآمد دختران نوجوان در پژوهش (Jabbari, Shahidi, Mootabi, 2014) شده است.

از طرفی دیگر یادگیری مهارت‌های مثبت‌نگری برای نوجوانان یک نیاز است زیرا مطالعات نشان داده است که می‌توان مهارت‌های لازم برای برخورداری بودن از خوش‌بینی و مثبت‌نگری، همراه با انعطاف‌پذیری و مبتنی بر واقعیت را به کودکان و نوجوانان آموزش داد و آنان را در برابر مسائل و مشکلات، ایمن‌سازی روانی کرد (Seligman, 1996; translation by davarpanah, 2004). و یا نتایج پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش ذهن و برنامه روانشناختی مثبت بر مهارت‌های مقابله‌ای، برای مقابله با استرس در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی نشان داد که: ۱۹/۷۳ درصد از کودکان توانایی خود را برای مقابله با استرس بهبود بخشیده‌اند (Lee, Chiang, Shih, Hsu, Lin, 2015).

پژوهش‌هایی که ذکر شد نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا تاثیرگذار هستند و تمرکز این پژوهش‌ها بیشتر بر ارتقاء شادمانی و خوش‌بینی و کاهش افسردگی و... است و پژوهش‌های اندکی در داخل و خارج کشور وجود دارد که با شیوه روان‌درمانی مثبت‌نگر در صدد بهبود راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان (مخصوصاً جنسیت پسر) صورت گرفته باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان اجرا شد و این پژوهش قصد دارد فرضیه‌های زیر را مورد آزمون قرار دهد:

روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی، باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در دانش‌آموزان می‌شود.
روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی، باعث کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در دانش‌آموزان می‌شود.
روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی، باعث افزایش سبک‌های مراجعه به دیگران، در دانش‌آموزان می‌شود.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی می‌باشد و از نظر شیوه اجرا نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه‌های هفتم و هشتم و نهم مبتلا به راهبرد های مقابله‌ای ناکارآمد یا دانش‌آموزان با استفاده خیلی کم از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در یکی از مدارس متوسطه اول شهرستان فریمان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ است که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ابتدا از میان پنج مدرسه متوسطه شهرستان با توجه به نظر کارشناس مشاوره شهرستان که مدارس مشکل‌دار بودند یک مدرسه به تصادف انتخاب گردید و از میان ۲۰۰ دانش‌آموز مدرسه انتخاب شده با استفاده از پرسشنامه و در نهایت با نظرات مسئولین مدرسه مبنی بر انتخاب درست افراد ۵۰ نفر شناسایی شدند و در دو گروه ۲۵ نفری کنترل و آزمایش قرار گرفتند. بعد از ریزش نمونه‌ها نهایتاً ۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۱۰ جلسه روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی را دریافت نمودند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. میانگین سنی این دانش‌آموزان ۱۴/۴۷ و انحراف استاندارد آن ۰/۸۹ بود.

ابزار

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: این مقیاس در استرالیا بر اساس داده‌های حاصل از گروه‌های سنی مختلف با اجرای تحلیل عاملی، طراحی شده است (Frydenberg & Lewis, 1993) و قادر است تفاوت‌های درون‌فردی و بین‌فردی را در ساختار کلی مقابله‌ها و منطبق با فرم ویژه متمایز کند. در فرم ویژه از فرد خواسته می‌شود تا با تمرکز بر یک مشکل خاص به پرسش‌ها پاسخ دهد اما در فرم کلی، راهبردهای متداولی که فرد در مجموعه‌ای از شرایط اتخاذ می‌کند تا با مشکلاتش مقابله کند، تعیین می‌شود. مقیاس فرم ویژه که در این پژوهش به کار رفته است، شامل ۸۰ سوال است و ۱۸ راهبرد مقابله‌ای را تحت سه سبک مقابله‌ای "حل مسئله"، "مراجعه به دیگران" و "راهبردهای غیر سازنده" می‌سنجد (Frydenberg & Lewis, 2004). هر یک از ۱۸ راهبرد شامل سه تا پنج سوال است و نمره‌گذاری آنها بر اساس مقیاس لیکرت به صورت همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز انجام می‌شود (Frydenberg & Lewis, 2004). اعتبار همه مقیاس‌ها با آلفای کرونباخ در جامعه ۰/۷ و ثبات آن مطابق با اندازه‌گیری پیوستار ضریب همبستگی

بازآزمایی، ۰/۴۴ تا ۰/۸۱ بوده است (Frydenberg & Lewis, 2004). در جامعه ایرانی هم اعتباریابی و رواسازی آزمون راهبردهای مقابله‌ای فرایدنبرگ و لويس (۱۹۹۳) در جامعه نوجوانان شهر تهران انجام شده است که تحلیل عاملی مواد سه سبک مقابله‌ای سازش‌یافته (کمک طلبی، پیوند جویی، تلاش و پیشاپیش نگری، مثبت نگری و مذهب گرایی) و سازش نیافته (نگرانی پذیری، انکار، پرخاشگری فعل پذیر و فعالیت بدنی) و انزوای مایوسانه را متمایز کرد (Dadsetan, Hajizadegan, Alipour & Asgari, 2007).

روش اجرا

جلسات در مورد گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه، هر جلسه ۶۰ دقیقه، هفته‌ای یک‌بار، برگزار شد. محتوای هر جلسه شامل عنوان موضوعات و تکلیف بود. جلسات آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی با توجه به اصول روان‌درمانی مثبت‌گرا (Rashid, 2008) در کتاب فنون روانشناسی مثبت‌گرا (Magyar-moe, 2009 translated by Farid Barati) (Sada, 2012) به شرح ذیل تنظیم و اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی

جلسات درمان	محتوی و هدف
اول	به جهت‌دهی به مراجعان و آشنایی با چارچوب روان‌درمانی مثبت‌گرا بود: شامل نقش‌ها و فرض‌های درمانگر و مسئولیت‌های درمانجویان و درمانجویان در یک صفحه خود را معرفی مثبت می‌نمودند و درباره موقعی که در بهترین حالت بوده‌اند داستانی گفتند. بعضی از اعضاء گروه داستان را در همان جلسه و بعضی‌ها به عنوان تکلیف در منزل انجام دادند.
دوم	مرور جلسه قبل در ابتدا انجام شد و تمرکز جلسه بر توانمندی‌های متمرکز بر حل مشکل، حمایت اجتماعی، راه‌های آرامبخش، سخت‌کوشی و تفریحات فیزیکی بود که از سبک‌های کارآمد می‌باشند و در داستان‌های دانش‌آموزان هم اشاره شده بود و تکلیف پیشنهادی خانگی، تکمیل پرسشنامه ارزش‌های عملی در سایت (www.viacharacter.org) پیشنهاد شد.
سوم	ابتدا مرور جلسه قبل درباره پرسش‌نامه ارزش‌های عملی برای اعضا گروه انجام شد و در ادامه اعضاء گروه شروع به نوشتن دفتر خاطرات شکر کردند دفتری که در آن هر روز حداقل سه اتفاق خوب را که در آن روز برایشان روی داده بنویسند این تمرین در طول درمان و به عنوان تکلیف خانگی هم انجام می‌شد.

چهارم	برای کمک به درمانجویان برای شناختن نقشی بود که خاطرات چه خوب و چه بد در ماندگاری و دوام علائم مشکلشان بازی می‌کرد. به اعضا کمک شد تا خشم و اعتراض و دیگر هیجان‌های منفی خود را ابراز کنند سپس درباره آثار این هیجان‌ها بر مشکل و بهیاشی آنها بحث می‌شد. دانش‌آموزان خاطرات هیجانی خود را ابراز می‌نمودند.
پنجم	سازه بخشش در این جلسه مطرح گردید هدف این جلسه کاهش سبک‌های ناکارآمد تنش و سرزنش خود بود بخشش در مقابل هیجان‌های منفی مانند خشم کینه و .. استفاده می‌شود اعضا گروه باید یک نامه به شخصی بنویسند که از او کینه به دل دارند (حتی فردیکه مرده است) نامه را به فرد خطا کار نرسانند این نامه خاصیت درمانی دارد. روی نامه‌ها بحث شد بعضی از اعضا گروه این کار را به عنوان تکلیف خانگی انجام دادند.
ششم	تمرکز این جلسه بر شکر بود در این جلسه برای اعضا گروه درباره نقش خاطرات خوب و بد و اثری که شکر روی چنین خاطراتی دارد تاکید شد و اعضا یک نامه تشکرآمیز به کسی که به شکل مناسبی از او تشکر نکرده اند می‌نوشتند و تقویت رابطه با دوستان که سبک کارآمد است با نوشتن نامه تشکرآمیز دنبال گردید.
هفتم	موفقیت و پیشینه خواهی که از سبک‌های کارآمد مقابله ای است با رضایت داشتن از موفقیت‌ها عملی می‌شود اعضای گروه درباره راه‌های عملی رضایت بیشتر از زندگی در گروه بحث نمودند.
هشتم	خوش بینی و امید (سبک‌های کارآمد) در این جلسه بررسی گردید مخصوصاً برای افرادی که نسبت به آینده هیچ هیجان مثبتی نداشتند.
نهم	تمرین عشق و دلبستگی برای برای کمک به سبک کارآمد تقویت رابطه با دوستان و حمایت اجتماعی محور کار این جلسه بود و یک تمرین قرار ملاقات- توانمندی هم عرضه شد .
دهم	این جلسه درباره افزایش معنا بود. رابطه با همسالان و اعضا خانواده (اصلاح سوء تعبیرها در روابط) و شناخت توانمندی همسالان و اعضا خانواده و تصدیق آنها برای کمک به سبک کارآمد حفظ تعلق خاطر و راه‌های آرامبخش و تفریحات فیزیکی محور کار این جلسه بود و درباره تعاملات مختلف دانش‌آموزان با هم و با معلمان و با اعضا خانواده بحث و تبادل نظر گردید و پرسشنامه راهبرد های مقابله ای به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل گردید.

داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار Spss۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در جلسات فوق ابتدا تکالیف جلسات قبل موردبازبینی قرارمی گرفت و سپس موضوع موردنظر در جلسه مطرح می شد و از اعضا خواسته می شد تا در بحث گروهی شرکت کنند. سپس تکلیف جلسه آینده مشخص می شد و در پایان جمع بندی جلسه انجام می شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

گروه	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱-۳	مقایله کارآمد	۴۹۰/۷۰	۷۸/۸۴	۵۸۳/۷۰	۷۵/۸۲	۵۶۱/۱۱	۸۶/۲۹
	مقایله ناکارآمد	۳۸۳/۵۲	۹۷/۹۱	۳۱۰/۴۷	۷۱/۲۵	۲۹۵/۵۸	۷۸/۵۳
	مراجعة به دیگران	۱۷۷/۰۵	۳۶/۷۸	۲۰۳/۸۲	۴۶/۸۸	۲۰۷/۰۵	۴۵/۸۹
۲-۳	مقایله کارآمد	۵۵۶/۱۷	۱۱۰/۱۰	۵۲۸/۵۸	۹۷/۴۹	۵۴۵/۵۲	۸۶/۸۲
	مقایله ناکارآمد	۴۱۵/۴۷	۷۱/۴۷	۴۰۷/۰۵	۶۲/۹۲	۴۲۳/۷۰	۵۹/۸۸
	مراجعة به دیگران	۲۰۴/۷۰	۴۴/۹۴	۱۹۶/۴۷	۵۰/۴۷	۲۰۷/۶۴	۵۰/۸۷

طبق جدول ۲ نمره مقایله کارآمد و سبک مراجعه به دیگران در گروه آزمایش بر اثر مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. و نمره مقایله ناکارآمد در گروه آزمایش بر اثر مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۳: آزمون شاپیرووویلک برای بررسی توزیع طبیعی داده ها در سه مرحله

شاپیرووویلک			متغیر	مراحل
مقدار آماره	معناداری	درجه آزادی		
۰/۹۶۶	۰/۳۶۸	۳۴	مقایله کارآمد	پیش آزمون
۰/۹۸۵	۰/۹۱۵	۳۴		پس آزمون
۰/۹۸۳	۰/۸۵۷	۳۴		پیگیری

۳۴	۰/۹۲۰	۰/۹۸۵	پیش آزمون	مقابله ناکارآمد
۳۴	۰/۶۷۳	۰/۹۷۷	پس آزمون	
۳۴	۰/۵۶۵	۰/۹۷۴	پیگیری	
۳۴	۰/۳۳۸	۰/۹۶۵	پیش آزمون	مراجعه به دیگران
۳۴	۰/۱۰۹	۰/۹۴۸	پس آزمون	
۳۴	۰/۲۲۳	۰/۹۵۹	پیگیری	

نتیجه آزمون شاپیروویلک در جدول ۳ حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها می‌باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای سنجش پیش فرض‌های تحلیل واریانس مکرر

متغیر وابسته	مراحل	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
مقابله کارآمد	پیش آزمون	۲/۶۹۷	۱	۳۲	۰/۱۱۰
	پس آزمون	۰/۳۱۱	۱	۳۲	۰/۵۸۱
	پیگیری	۰/۰۵۷	۱	۳۲	۰/۸۱۳
مقابله ناکارآمد	پیش آزمون	۱/۴۰۰	۱	۳۲	۰/۲۴۵
	پس آزمون	۰/۲۰۶	۱	۳۲	۰/۶۵۳
	پیگیری	۱/۵۳	۱	۳۲	۰/۲۲۴
مراجعه به دیگران	پیش آزمون	۱/۶۲۹	۱	۳۲	۰/۲۱۱
	پس آزمون	۰/۱۱۵	۱	۳۲	۰/۷۳۷
	پیگیری	۰/۲۵۲	۱	۳۲	۰/۶۱۹

$P < ۰/۰۵$ * $P < ۰/۰۱$ **

در جدول ۴ نتایج آزمون لوین نشان دهنده برقراری همگنی واریانس خطا می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون ماخلی و ام باکس برای سنجش پیش فرض‌های تحلیل واریانس مکرر

متغیر وابسته	آزمون	ماخلی (W)	ام باکس (M)	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
مقابله کارآمد	ماخلی	۰/۸۱۴**			۲		۰/۰۴۱
	ام باکس		۵/۵۹۰	۲/۹۸	۶	۷۴۱۹/۱۷	۰/۰۷۰
	ماخلی	۰/۹۷۹			۲		۰/۷۱۵

۰/۸۱۲	۷۴۱۹/۱۷	۶	۰/۴۹۶	۳/۳۱۸		ام باکس	مقابل ناکارآمد
۰/۰۱		۲			۰/۳۷	ماخلی	مراجعه به
۰/۲۲	۷۴۱۹/۱۷	۶	۱/۳۶	۹/۱۵		ام باکس	دیگران

$**P < ۰/۰۱$ $*P < ۰/۰۵$

در جدول ۵ نتایج آزمون ام باکس بیانگر همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس و نتایج آزمون کرویت ماخلی در مقابل کارآمد بیانگر مفروضه کرویت می‌باشد ولی در مقابل کارآمد و سبک مراجعه به دیگران کرویت ماخلی معنادار است که برای این متغیرها از آزمون تصحیح گرینهاوس-کیسر استفاده شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر برای نمره‌های متغیرها در دو گروه

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجدور اتا	معناداری
مقابل کارآمد	آزمایش (درون گروهی)	۱۸**	۲ و ۳۲	۰/۵۳	۰/۰۱
	گواه (درون گروهی)	۳/۱۱	۲ و ۳۲		۰/۰۵۸
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۱۹/۶۰**	۱/۶۸ و ۶۴	۰/۳۸	۰/۰۱
مقابل ناکارآمد	آزمایش (درون گروهی)	۵۴/۷۴**	۲ و ۳۲	۰/۷۷	۰/۰۱
	گواه (درون گروهی)	۲/۶۸	۲ و ۳۲		۰/۰۸۴
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۳۶/۲۴**	۲ و ۶۴	۰/۵۳	۰/۰۱
مراجعه به دیگران	آزمایش (درون گروهی)	۸/۲۶	۱/۰۸ و ۳۲	۰/۳۴	۰/۰۱
	گواه (درون گروهی)	۱/۶۸	۱/۴۷ و ۳۲		۰/۲۰۹
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۶/۳۸**	۱/۲۲ و ۶۴	۰/۱۶	۰/۰۱

$**P < ۰/۰۱$ $*P < ۰/۰۵$

جدول ۶ نشان می‌دهد در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های مقابل کارآمد معنی‌دار است ($P = ۰/۰۱$). اما در گروه گواه معنی‌دار نیست ($P = ۰/۰۵۸$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های مقابل کارآمد، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P = ۰/۰۱$) و می‌توان گفت برنامه درمانی بر مقابل کارآمد نوجوانان پسر اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجدور اتا میزان این تأثیر ۳۸ درصد است.

همچنین در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های مقابله ناکارآمد معنی‌دار است ($P = 0/01$). اما در گروه گواه معنی‌دار نیست. ($P = 0/084$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های مقابله ناکارآمد، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P = 0/01$). بنابراین می‌توان گفت برنامه درمانی بر مقابله ناکارآمد نوجوانان پسر اثر داشته و آن را کاهش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر ۵۳ درصد است.

همچنین در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های سبک مراجعه به دیگران معنی‌دار است ($P = 0/01$). اما در گروه گواه معنی‌دار نیست. ($P = 0/209$). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های سبک مراجعه به دیگران، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P = 0/01$). بنابراین می‌توان گفت برنامه درمانی بر سبک مراجعه به دیگران نوجوانان پسر اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر ۱۶ درصد است.

جدول ۷: نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های متغیرها

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش			گروه گواه		معناداری
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	میانگین	تفاوت میانگین	انحراف معیار	
مقابله کارآمد	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹۳**	۱۸/۳۷	۰/۰۰	۲۷/۵۸	۱۳/۵۲	۰/۱۷۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	۷۰/۴۱**	۱۷/۹۹	۰/۰۰	۱۰/۶۴	۸/۸۴	۰/۷۳۹
	پس‌آزمون-پیگیری	۲۲/۵۸	۱۱/۰۵	۰/۱۷	۲۷/۵۸	۱۳/۵۲	۰/۰۴۹
مقابله ناکارآمد	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷۳/۰۵**	۹/۹۵	۰/۰۰	۸/۴۱	۷/۱۰	۰/۷۶۲
	پیش‌آزمون-پیگیری	۸۷/۹۴*	۸/۵۵	۰/۰۰	۸/۲۳	۶/۵۳	۰/۶۷۸
	پس‌آزمون-پیگیری	۱۴/۸۸	۸/۳۹	۰/۲۸	۱۶/۶۴	۷/۸۶	۰/۱۵۱
مراجعه به دیگران	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۶/۷۶*	۹/۷۵	۰/۰۴۳	۸/۲۳	۷/۵۱	۰/۸۶۷
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳۰*	۹/۸۲	۰/۰۲۳	۲/۹۴	۶/۷۹	۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۳/۲۳	۲/۲۶	۵۱۸	۱۱/۱۷	۴/۱۰	۰/۰۴۵

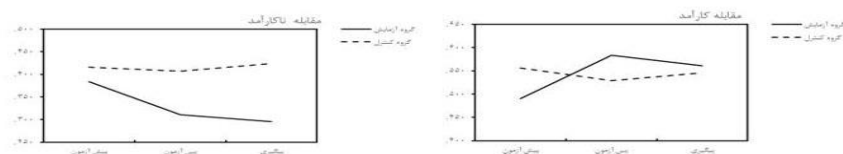
** $P < 0/01$ * $P < 0/05$

مطابق نتایج جدول ۷ در گروه آزمایش، نمره مقابله کارآمد در مرحله پس‌آزمون بطور متوسط ۹۳ واحد و در مرحله پیگیری ۷۰/۴۱ واحد افزایش یافته است که این تغییر معنادار است ($P < 0/01$), در حالی که تفاوت میانگین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری در گروه گواه معنادار نیست ($P > 0/05$). بنابراین فرضیه آزمایش مبنی بر اثر آموزش بر مقابله کارآمد تأیید می‌گردد.

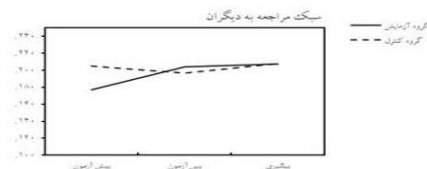
همچنین، در گروه آزمایش، نمره مقابله ناکارآمد در مرحله پس آزمون بطور متوسط $۷۳/۰۵$ واحد و در مرحله پیگیری $۸۷/۹۴$ واحد کاهش یافته است که این تغییر معنادار است ($P < ۰/۰۵$)، در حالی که تفاوت میانگین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری در گروه گواه معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$). بنابراین فرضیه آزمایش مبنی بر اثر آموزش بر مقابله ناکارآمد تأیید می‌گردد.

همچنین، در گروه آزمایش، نمره سبک مراجعه به دیگران در مرحله پس آزمون بطور متوسط $۲۶/۷۶$ واحد و در مرحله پیگیری ۳۰ واحد افزایش یافته است که این تغییر معنادار است ($P < ۰/۰۵$)، در حالی که تفاوت میانگین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری در گروه گواه معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$) و می‌توان گفت که فرضیه آزمایش مبنی بر اثر آموزش بر سبک مراجعه به دیگران تأیید می‌گردد.

همانگونه که ملاحظه می‌گردد، در تمامی متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای، میانگین نمرات مرحله پس آزمون نسبت به پیگیری در گروه آزمایش معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان گفت که تأثیر آموزش بر تمامی متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای در افراد، سه ماه پس از آموزش نیز پایدار باقی مانده است. این یافته‌ها در نمودارهای زیر به تصویر کشیده شده است.



نمودار ۱. مقابله کارآمد دو گروه در سه مرحله نمودار ۲. مقابله ناکارآمد دو گروه در سه مرحله



نمودار ۳. سبک مراجعه به دیگران دو گروه در سه مرحله

شکل ۱: نمودارهای مربوط به اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، ناکارآمد و سبک مراجعه به دیگران

با توجه به شکل ۱ می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر باعث افزایش راهبرد مقابله‌ای کارآمد و کاهش راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد و افزایش راهبرد مقابله‌ای سبک مراجعه به دیگران در گروه آزمایش شده است.

نتیجه

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان پسر پایه‌های هفتم و هشتم و نهم بود. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد بین دانش‌آموزان گروه کنترل و آزمایش در مولفه‌های راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های مراجعه به دیگران تفاوت معناداری وجود دارد یا به عبارت دیگر میانگین نمره‌های کارآمد و سبک‌های مراجعه به دیگران گروه آزمایش از گروه کنترل بیشتر و میانگین سبک ناکارآمد گروه آزمایش از گروه کنترل کمتر می‌باشد که نشان‌دهنده تاثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی می‌باشد. در ادامه فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی و نقد قرار می‌گیرد:

فرضیه اول این بود که روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در دانش‌آموزان می‌گردد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین راهبردهای مقابله‌ای کارآمد گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد، بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای کارآمد دانش‌آموزان تأثیر داشته است و باعث افزایش بکارگیری راهبردهای کارآمد شده است. در تبیین اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای می‌توان گفت که در بسیاری از پژوهش‌های روانشناسی مثبت این تاثیر به اثبات رسیده بود، البته نمی‌توان پژوهشی را پیدا کرد که مستقیماً با موضوع این پژوهش کاملاً منطبق باشد ولی پژوهش‌های زیادی اثربخشی مثبت‌نگری را بر طیف وسیعی از مشکلات دانش‌آموزان در گروه‌ها ومقاطع سنی مختلف نشان داده اند: در این پژوهش ما شاهد افزایش روابط و هیجان‌های مثبت بودیم که همسو با پژوهش (Rashid, 2015) می‌باشد.

همچنین این پژوهش می‌تواند همسو با پژوهش (Lee, Chiang, Shih, Hsu, Lin, 2015) باشد چراکه در این پژوهش اثربخشی آموزش ذهن و برنامه روانشناختی مثبت بر مهارت‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان ابتدایی به اثبات رسید. شناسایی توانمندی و دست‌گذاشتن و برجسته‌کردن توانایی‌ها که در

رواندرمانی مثبت‌نگر مطرح است و در جلسات درمانی این پژوهش هم مرتب انجام می‌شد، می‌تواند دلیلی بر افزایش راهبردهای کارآمدی همچون حمایت اجتماعی، تلاش، آرام‌سازی و تمرکز مثبت باشد.

فرضیه دوم این بود که رواندرمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی باعث کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در دانش‌آموزان می‌گردد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که رواندرمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد دانش‌آموزان تأثیر داشته است و باعث کاهش بکارگیری راهبردهای ناکارآمد شده است. در تبیین اثربخشی رواندرمانی مثبت‌نگر بر کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد همچون نادیده گرفتن، سرزنش خود، کنارنیامدن و تفکر آرزومندانه می‌توان گفت که در جلسات درمانی اعضای گروه با معیار قراردادن توانمندی خود، این راهبردها را به مبارزه می‌طلبیدند و به صورت ناخودآگاه درصدد بهبود راهبردهای ناکارآمد احتمالی بودند و این می‌تواند با پژوهش‌های (Jabbari, Shahidi, Mootabi, 2014). همسو باشد. چون در این مطالعه تأثیر مداخلات مثبت‌نگر بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد دختران نوجوان به اثبات رسید.

فرضیه سوم این بود که رواندرمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی باعث افزایش سبک‌های مراجعه به دیگران در دانش‌آموزان می‌گردد نتایج پژوهش نشان می‌دهد که رواندرمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر سبک‌های مراجعه به دیگران دانش‌آموزان تأثیر داشته است و باعث افزایش بکارگیری سبک‌های مراجعه به دیگران شده است.

در رابطه با اینکه آموزش روانشناسی مثبت در این پژوهش موثر بود می‌تواند با مطالعات (Seligman, 2004; translation by Davarpanah, 1996) منطبق باشد چرا که مطابق نظر سلیگمن می‌توان مثبت‌نگری را به کودکان و نوجوانان آموزش دهیم.

به‌طور کلی ماهیت رواندرمانی مثبت‌نگر به گونه‌ای است که باید کاملاً با نیازهای جاری درمان‌جویان مرتبط باشد و در این پژوهش بعضی از نیازهای جاری درمانجویان با توجه به پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای شامل حمایت اجتماعی، راه‌های آرام‌بخش، سخت‌کوشی و تفریحات فیزیکی و مدیریت هیجان-های مثبت و منفی بود که توجه به این نیازهای درمانجویان در فرایند مداخله باعث رشد درمانجویان گردید. در کل این پژوهش نشان می‌دهد که مشکل اصلی نوجوانان ما نداشتن مهارت است نه داشتن اختلال روانی و علیرغم ظهور روانشناسی مثبت در قرن ۲۱ و فایده‌های علمی آن در ارتقاء سطح سلامت نوجوانان هنوز بسیاری از مریانی که با نوجوانان کار می‌کنند نگاهی سنتی دارند و هنوز تکیه‌گاه آنها بر رفع نقاط منفی نوجوانان است که این تحقیق این نکته را به چالش گرفته است و نتایج تحقیق نشان می‌دهد، نوجوانان

زمانی که نقاط مثبت و توانایی شان برجسته می‌شود راهبردهای مواجهه با مشکلاتشان هم تحت تاثیر قرار می‌گیرد به‌طور کلی یک برنامه موثر آموزش ذهنی و برنامه روانشناختی مثبت می‌تواند به نوجوانان کمک کند مهارت‌های مقابله‌ای مفید را یاد بگیرند و توانایی آنها در مقابله با استرس را افزایش دهد و اعتماد به نفس آنها را در مقابل چالش‌ها افزایش دهد.

نمونه پژوهش محدود به پسران بود که این مسئله می‌تواند بر تعمیم پذیری نتایج پژوهش مؤثر باشد پیشنهاد می‌شود که این پژوهش برای دختران متوسطه اول هم برگزار شود تا با مقایسه تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان هر دو جنس موفق باشیم و راهکارهای درمانی خود را با توجه به تفاوت‌های جنسیتی تنظیم نماییم. و این پژوهش در مقطع متوسطه دوم و سایر مدارس ایران و در کشور های دیگر هم برگزار شود چرا که مشکل اصلی نسل نوجوان ما آشنا نبودن و ندانستن راهبرد های مقابله‌ای کارآمد است و دانستن و تقویت کردن فراگرفتن مهارت‌های مناسب مقابله با کمک روان‌درمانی مثبت نگر کمکی چشمگیر به مشکلات ارتباطی نوجوان ما با والدین و مربیان مدرسه می‌نماید و دوره‌های آموزشی مهارت‌های مقابله برای اولیاء مدرسه هم کمکی بزرگ به نوجوانان مدرسه ای ما می‌نماید چرا که تعدادی از معلمان، مقابله دانش‌آموزان را تمام شده به حساب می‌آورند و برخورد مناسب را در آن موقعیت نمی‌دانند و ممکن است آسیب‌های روانی را نادانسته ایجاد می‌نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از رساله دکتری جواد جوانمرد با کد اخلاق IR.KMU.REC.1397.12 استخراج گردیده است و از شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

- Basak- nezhad, S., Esfahani-asl, M., & Mahmoudi -ghalenavi, N. (2012). The Relationship of Emotional Intelligence and Coping Styles with Mental Health among Female Students of Andimeshk Islamic Azad University. *Journal of Scientific Research Woman and culture*, 3(11), 75-88. (In Persian).
- Dadsetan, P., Hajizadegan, M., Alipour, A., & Asgari, A. (2007). Exploring the Validity, Reliability & Factor Structure of Adolescent Coping Strategies. *Journal of Developmental Psychology: psychologists in Iran*, 11(20), 189-208. (In Persian).
- Dahkaneh-Farda, F., & Dukht-RezaKhani, S. (2014). The Relationship between Social Support & Parental Identity Style, & Coping Strategies Dimensions in High School Female Adolescents of Damav& City. *Educational Administration Research*, 5(20), 73-94. (In Persian).
- Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A. (2014). Happiness, excellence, & optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 1-11

- Elgar, J., Arlett, C., & Groves, R. (2003). Stress, coping & behavioral problems among rural & urban adolescents. *Journal of Adolescents*, 5(26), 574-585.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). The coping strategies used by capable adolescent. *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 3(1), 1-9.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2004). Adolescents least able to cope: how do they respond to their stresses?" *British Journal of Guidance & Counseling*, 32(1), 25-37.
- Ghorashi, S., & Dahkaneh-Farda, F. (2015). The Consideration of Positive Perspective Psychotherapy on Hard Work & Happiness of Female Students of the High School City of Mar&. *Journal of Education, Counseling & Psychotherapy*, 4(15), 60-75. (In Persian).
- Habibi, M., & Ashori, A. (2014). The relationship of coping skills & mental health with attitude to addiction in adolescents. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 12(2): 174-183. (In Persian).
- Hariri, M., & Khodami, N. (2011). A study of the efficacy of teaching happiness Based on the Fordyce method to elderly people on their life expectancy. *Procedia - Social & Behavioral Sciences*, 30, 1412-1415.
- Hosseini-Dowlatabadi, F., Sadeghi, A., Saadat, S., & Khodayari, H. (2014). Relationship Between Self- Efficacy & Self- Actualization with Coping Strategies Among Students. *Research in medical education*, 6 (1):10-18. (In Persian).
- Jabbari, M., Shahidi, S., & Mootabi, F. (2014). Effectiveness of Group Intervention Based on Positive Therapy on Dysfunctional Attitudes & Happiness in Adolescent Girls. *Journal of Clinical Psychology*, 6(2), 65-74.
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping & experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42: 163-170.
- Lahsaeizadeh, A., & Moradi, G. (2010). The Examination of Relation to between Coping Strategies & Aggression Behavior on Youths: A Case study of Islam Abad-e-qarb. *Applied Sociology*, 21(2), 1-18. (In Persian).
- Lee, C. Y., Chiang, Y. C., Shih, H. L., Hsu, Y. Y., & Lin, D. C. (2015). Effectiveness of a Mind Training & Positive Psychology Program on Coping Skills in School Children in Taiwan. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, 3(5): 246.
- Magyar-moe, j. L. (2009). *Positive Psychology Techniques*. Translated by Farid Barati. (2012). Tehran. Roshd. First Printing. (In Persian).
- Mahmoud-Alilou, M., Khanjani, Z., & Bayat, A. (2016). Comparing the Coping Strategies & Emotion Regulation of Students with Symptoms of Anxiety-Related Emotional Disorders & Normal Group. *Journal of Child Mental Health*, 3(1): 41-51. (In Persian).
- Matura, J. M., Christina, R., Fleck. & Kozikowski, A. (2013). Positive psychology at work: A conceptual review, state - of - practice assessment, & a look ahead. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research & promoting good practice*, 8: 2, 153 - 164.
- Musazadeh, T., Shah-mohammadi, S., & Soltan-moradi, A. (2014). The effect of the coping skills on the self-efficiency & self-esteem of the first years of high school's boy students. *Journal of School Psychology*, 3(2), 226-239. (In Persian).
- Nedaei, A., Paghoosh, A., & Sadeghi-Hosnijeh, A. (2016). Relationship between Coping Strategies & Quality of Life: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Skills. *Journal of Clinical Psychology*, 8(4), 35-48. (In Persian).

- Nikmanesh, Z., & Zandvakili, M. (2015). The Effect of Positive Thinking Training on Quality of Life, Depression, Stress & Anxiety in Delinquent Juveniles. *Positive Psychology*, 1(2), 64-53. (In Persian).
- Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25-40.
- Rashid, T. (2008). *Positive Psychotherapy*. In Lopez, S. J. (Ed.) *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT: Greenwood Publishing Company.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive Psychotherapy in Current Psychotherapies*, (10th Edition) By R. J. Corsini & D. Wedding, Belmont, CA: Cengage.
- Seligman, M. E. P. (1996). *Child optimist*. Translation by Davarpanah, Forozandeh, (1395). Tehran. Roshd. First Printing. (In Persian).
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Sepehrian-Azar, F., Asadi-Majreh, S., Asadnia, S., & Farnoodi, L. (2014). the relationship between attachment & coping styles with emotion dysregulation in adolescence. *The Journal of Urmia University Medical Sciences*, 25 (10), 22-930. (In Persian).
- World health organization. (2004). *the world health report*. Health system: Geneva.
- Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression & anxiety in young people: A systematic review & meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.
- Zimmer-Gembeck, M. J. & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 1-17.



برزگر، اسماعیل؛ بوستانی پور، علیرضا؛ فتوح آبادی، اسماعیل زهره‌ای؛ خدیجه؛ ابراهیمی، شیم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۲)، ۹۲-۷۶.
DOI: 10.22067/ijap.v9i1.72616

اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان

اسماعیل برزگر^۱، علیرضا بوستانی پور^۲، خدیجه فتوح آبادی^۳، اسماعیل زهره‌ای^۴، شیم ابراهیمی^۵
تاریخ دریافت: ۹۷/۵/۶ تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۱۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ ساله دارای لکنت زبان مراجعه کننده به مراکز گفتار درمانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۲ نفر از کودکان و نوجوانانی دارای لکنت زبان که از نظر اضطراب اجتماعی در مرز بالینی قرار داشتند، یعنی نمره آنها از این تست بالاتر از ۵۵ بود، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع آوری اطلاعات از مقیاس اضطراب اجتماعی لایوویتز برای کودکان و نوجوانان (۲۰۰۳) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. محتوای جلسات طبق نظریه راه حل محور دی شازر تهیه شد. داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس حاکی از آن بود که میانگین نمرات اضطراب اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است. بنابراین، درمان کوتاه مدت راه حل محور در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان کوتاه مدت راه حل محور؛ اضطراب اجتماعی؛ لکنت زبان، کودکان؛ نوجوانان.

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران، (نویسنده مسئول)

Counselor1363@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
arbp99@gmail.com

۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران

۴. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران

۵. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران

مقدمه

متن پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ (۲۰۱۳)، لکنت زبان^۲ را اختلال در سلاست طبیعی و الگوی زمانی تکلم، نامتناسب با سن فرد تعریف کرده است که به صورت وقوع مکرر تکرار صوت‌ها و سیلاب‌ها، طولانی شدن صوت‌های صدا دار و بی صدا، بیان شکسته کلمات، انسداد قابل سمع یا صامت، بیان غیرمستقیم از طریق به کار بردن کلمات جایگزین به جای کلمات مشکل ساز، تولید کلمات با تنش جسمی فراوان، تکرار کامل کلمات تک سیلابی مثل «من من من او را دیدم»، مشاهده می‌شود. این اختلال اغلب در دوران کودکی شروع می‌شود (Nouri, Nouri, Abdali, Shafiei, & Karimi, 2012). شیوع این اختلال یک درصد است (Iverach & Rapee, 2014). در پسرها بیشتر از دخترهاست و این نسبت به ۳ یا ۴ پسر در مقابل ۱ دختر می‌رسد (Ntouriou, Conture, & Walden, 2013). معمولاً قبل از ۱۲ سالگی نمود می‌یابد، هرچند که در اکثر موارد از هجده ماهگی تا ۹ سالگی قابل تشخیص است. همچنین، دوره اوج آن بین ۲ تا ۳/۵ سالگی و ۵ تا ۷ سالگی است (Taghizadeh, Yarollahi, Bahrami, 2018). به دلیل آنکه لکنت امری غیرارادیت و از لحاظ ارتباطی و اجتماعی نیز فرد را درگیر می‌کند، تأثیرات منفی زیادی روی بهداشت روانی، عاطفی و ذهنی فرد دارد (Iverach, et.al, 2009). کودکان دارای لکنت زبان در مقایسه با همسالان خود، بیشتر دچار مشکلات رفتاری، عاطفی و رشد اجتماعی هستند (McAllister, 2016). نوجوانانی که دچار لکنت هستند در خطر افزایش مشکلات اجتماعی و روانی قرار دارند (Tran, Blumgart, & Craig, 2011). به طور کلی، لکنت در بسیاری از حوزه‌های کیفیت زندگی، از جمله سرزندگی، شناخت، فعالیت‌های روزمره و عملکرد اجتماعی و هیجانی تأثیر منفی می‌گذارد (Scheurich, Beidel, & Vanryckeghem, 2019). گیتار^۳ (۲۰۱۳) نیز معتقد است افراد مبتلا به لکنت، از لحاظ تیپ شخصیتی، افرادی با سطوح اضطراب بالا هستند. طبق مطالعات، لکنت زمانی بدتر می‌شود که فرد مبتلا به لکنت با فردی غریبه و یا فردی که حس می‌کند مافوق اوست، صحبت می‌کند. که در چنین مواقعی ممکن است از صحبت کردن بترسند یا اجتناب ورزند (Alm, 2015; Vanryckeghem, Matthews, & Xu, 2017). در چنین مواقعی افراد اضطراب و ترس را تجربه می‌کنند و این امر متقابلاً سبب تشدید و استمرار لکنت می‌شود (Iverach, et.al, 2016). مطالعات زیادی به وجود اضطراب در افراد دچار لکنت زبان اشاره داشته‌اند (Chen, Rapee, & Abbott, 2013; Hou & Ng, 2014; Gianferante, et.al, 2014).

1. American Psychiatric Association
2. Stuttering
3. Guitar

(2014; Vasudev, Yallappa, & Saya, 2015). میزان اضطراب افراد دارای لکنت به دلیل اینکه شدت لکنت با عواطفی همچون خجالت، ناامیدی و هراس از ارزیابی اجتماعی منفی مرتبط است، در موقعیت‌های اجتماعی بیشتر است (Craig, Hancock, & Tran, 2003). شواهد حاکی از آن است که اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است در میان افراد دارای لکنت زبان نیز شایع باشد (Iverach, et Iverach, et al., 2016; al., 2018). در واقع افراد دچار لکنت زبان مستعد اضطراب و اختلال‌های اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب اجتماعی^۱ هستند (Smith, Iverach, O'Brian, Kefalianos, & Reilly, 2014). که با ترس پایدار از شرمندگی و مورد ارزیابی منفی واقع شدن در موقعیت‌ها و عملکردهای اجتماعی تعریف شده است (American Psychiatric Association, 2013). اغلب افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا، افکار طراحی شده بیشتری را درباره پنهان کردن حالت اضطراب‌شان یا اجتناب از موقعیت‌های استرس‌آمیز و افکار طراحی شده کمتری را درباره بهبود عملکردشان در موقعیت گزارش می‌کنند (Toozaandehjani, Naaimi, & Ahmadpoor, 2011). اضطراب اجتماعی در کودکی و نوجوانی با مشکلاتی در ابعاد شناختی، عاطفی و سازگاری اجتماعی همراه است (Erat, Flanagan, & Bierman, 2010). در کودکان با نشانه‌های مانند کمرویی افراطی، کناره‌گیری از تماس با دیگران و عدم تمایل به بازی گروهی ظاهر می‌شود (Schroeder and Gordon translated by Fyrozbakht, 2015). ویکس، کوپلان و کینزبری^۲ (۲۰۰۹) نشان دادند که این اختلال در کودکان با تنهایی خودخواسته، فرار از مدرسه، تنفر از مدرسه و درونی سازی مشکلات مرتبط است. همچنین نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی به طور کلی مرادوات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند (McAleavey, Castonguay, & Goldfried, 2014 Dryman, Gardner, Weeks, & Heimberg, 2016). آنها مشکلات سازگاری شامل عدم پیشرفت تحصیلی در مدرسه، مشکلات مربوط به روابط با همسالان، سوء مصرف مواد مخدر و اختلالات خلقی را در زندگی تحصیلی خود تجربه می‌کنند (Beidel & Turner, 2007). مولکاهی، هیننسی، بیلبی و بیرنز^۳ (۲۰۰۸) در پژوهشی اضطراب اجتماعی بالاتری را در نوجوانان مبتلا به لکنت زبان گزارش داده‌اند. اسمیت^۴ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که نوجوانان دچار لکنت زبان نگرش‌های منفی نسبت به ارتباط‌های اجتماعی دارند که این خود عاملی در جهت رشد بیشتر اضطراب اجتماعی است که برای این افراد پیامدهای منفی تحصیلی شغلی و اجتماعی به همراه دارد.

1. Social Anxiety

2. Weeks, Coplan, Kingsbury

3. Mulcahy, Hennessey, Beilby, Byrnes

4. Smith

یکی از درمان‌های که در حال افزایش استفاده برای درمان لکنت زبان - مخصوصاً نوجوانان دارای لکنت زبان - است، درمان کوتاه مدت راه حل محور^۱ می‌باشد (Burns, 2013; Cook & Botterill, 2005; McNeill, 2013) که بر روی نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه حل به جای مشکلات، یافتن استثنا در رخدادهای ناگوار و جستجوی دیدگاه ترجیحی افراد، تاکید می‌کند (Donovan translated by Tabrizi, 2015). درمان راه حل محور کوتاه مدت یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان بینی و پیاده سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند (Cortes, Ballesteros, Collantes, & Aguilar, 2016). این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می‌کند که به ساختارشکنی و آشکاری سازی مشکلات منجر می‌شود (Corey, 2014). اساسا درمان کوتاه مدت راه حل محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه حل‌های ممکن را تغییر دهند. رویکرد کوتاه مدت راه حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و اینکه چگونه مسائلشان را حل کنند، به وجود می‌آورد (DeJong & Berg, 2012). درمان کوتاه مدت راه حل محور هر مراجع را به عنوان یک فرد خود رهبر و آماده محسوب می‌کند. فردی که امتیازات درونی و ویژگی‌های منحصر به فردی را دارا می‌باشد. این تفاوت‌ها باعث می‌شود هر مراجع بتواند برای یافتن راه حل‌های ویژه خود اقدام کند (Wehr, 2010). ملاک حل مشکل در درمان راه حل محور زمانی است که یا مشکل کاملاً برطرف شده است و یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای بر اساس اهداف تعیین شده، حاصل شده باشد. فرآیند درمان راه حل محور معمولاً شامل پنج مرحله است: ۱) مشخص کردن مشکل و هدف ۲) شناسایی و افزایش استثنائات ۳) مداخلات یا وظایف طراحی شده برای شناسایی و افزایش استثنائات ۴) ارزیابی تأثیر مداخلات ۵) ارزیابی دوباره مشکل و هدف (Guterman & Rudes, 2005). در طول رابطه درمانی، مشاوران بر تکنیک‌های خاصی تکیه می‌کنند، مانند شناسایی سؤالات معجزه‌آسا که به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند متفاوت بودن را تجربه و موضوعات جدیدی کشف کنند و تفاوت‌های رفتاری را به صورت شناختی در خود و دیگران شرح دهند (DeJong & Berg, 2012 ; Miller et.al, 2002). (quoted by Nicholas, 2014) و سؤالات درجه بندی شده، که درمان جویان را قادر می‌کند به آنچه انجام می‌دهند و نحوه برداشتن گام‌هایی توجه کنند که به تغییرات مطلوب می‌انجامد (Schmit, Schmit, Lenz, 2007; Davis and Osborne, translated by Adibrad and Nazari, 2016). در پژوهش نیکولاس^۲

1. Solution Focused Brief Therapy

2. Nicholas

(۲۰۱۴) تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کودکان دارای لکنت زبان آزمایش شده است. ملجینن^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که درمان کوتاه مدت راه حل محور در بهبود اختلالات اضطرابی موثر بوده است. دال، بتیل و کاریون^۲ (۲۰۰۰) در خصوص اثربخشی این شیوه درمانی نشان داده‌اند که تجربه چهار ساعته این درمان به طرز قابل توجهی منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در مقایسه با سایر درمان‌های روانشناختی معمول می‌شود. مطالعه اسون، هانکونک، هاینس ورث و باومن^۳ (۲۰۱۵) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی باعث کاهش اضطراب و سازگاری اجتماعی می‌گردد. پورفرج عمران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی موثر است. رحیمی (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای فوبی اجتماعی موثر است.

با توجه به اینکه کودکان و نوجوانانی دارای لکنت، غالباً انزوای اجتماعی، عدم پذیرش و اضطراب را تجربه می‌کنند و لکنت واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد را درگیر ساخته و منجر به ایجاد اضطراب در فرد می‌شود و سراسر زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از طرفی اضطراب اجتماعی بر فرد و کیفیت زندگی وی می‌تواند اثرات مخربی داشته باشد، بنابراین شناسایی این مشکل در کودکان و نوجوانان مبتلا به لکنت از اهمیت و ضرورت بسیاری برخوردار است. همچنین هیچ یک از پژوهش‌های داخلی، تاثیر مشاوره راه حل محور کوتاه مدت را بر کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان بررسی نکرده‌اند، لذا هدف مطالعه حاضر بررسی تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان می‌باشد. به همین منظور سه فرضیه به شرح زیر تدوین و پاسخ داده شد:

۱. درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان دارای لکنت زبان موثر است.
۲. درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی نوجوانان دارای لکنت زبان موثر است.
۳. بین تاثیرات درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ ساله دارای لکنت زبان (کودکان ۸ تا ۱۱ سال؛ نوجوانان

1. Maljanen

2. Dahl, Bathel, Carreon

3. Swain, Hancock, Hainsworth, Bowman

۱۲ تا ۱۸ سال) مراجعه کننده به مراکز گفتار درمانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۲ نفر از کودکان و نوجوانانی دارای لکنت زبان که از نظر اضطراب اجتماعی در مرز بالینی قرار داشتند، یعنی نمره آنها از این تست بالاتر از ۵۵ بود، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک ورود به این مطالعه داشتن حداقل یک سال سابقه اختلال لکنت زبان، قرار گرفتن در دامنه سنی ۸ تا ۱۸ سال و رضایت خانواده برای همکاری در برنامه مداخله ای بود. پروتکل درمانی بر مبنای شیوه درمانی راه حل محور دی شازر^۱ یعنی تقویت نقاط قوت، تعریف و تمجید مراجعان، بررسی موارد استثناء، استفاده از سوال ویژه «یه جای»، پرسش های مقیاس گذاری، پرسش معجزه، زنگ استراحت و تکلیف تدوین شد. این برنامه در هر هفته، یک جلسه ۶۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش کودکان و در هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش نوجوان توسط درمانگر همراه با پژوهشگر اجرا شد، و گروه کنترل، هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. پیش از آموزش، گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه اضطراب اجتماعی را تکمیل کردند و پس از پایان آموزش نیز هر چهار گروه به این پرسشنامه پاسخ دادند.

ابزارها

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط لایبویتز، ماسیا-وارنر و کلاین در نیویورک ساخته شد. دارای ۴۸ ماده است و برای سنین ۷ تا ۱۸ سال به صورت خودگزارش دهی یا مصاحبه قابل استفاده است. روش نمره گذاری این پرسشنامه به صورت پنج گزینه ای لیکرتی به صورت "هرگز"، "بندرت"، "اغلب" و "همیشه" می باشد که برای آنها نمره ای از یک تا چهار تعلق می گیرد. اعتبار این پرسشنامه از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) توسط سازندگان ۰/۹۷ - ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۹۴ - ۰/۸۹ گزارش شده است (Warner Masia, Klein, Leibowitz Storch, Pyngvs and therapy; 2003). اعتباریابی این آزمون نیز در نمونه ۱۰۵ نفری اولیه اجرا شد و از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی در ۲۰ دانش آموز با فاصله ۱۰ روز، به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۸۷ به دست آمد. روایی مقیاس نیز با استفاده از روش روایی سازه از نوع افتراقی برآورد شد. بدین ترتیب که پس از مراجعه به چند مرکز مشاوره و کلینیک روان شناختی، ۱۵ نفر از کودکان و نوجوانانی که تشخیص یکی از اختلال های طبقه اضطرابی را دریافت کرده بودند، انتخاب و این آزمون در مورد آنها اجرا شد. سپس، به منظور مقایسه نتایج،

1. DeShazer

مقیاس در ۱۵ کودک و نوجوانی که فاقد تشخیص اضطراب اجتماعی بودند، به اجرا در آمد. نتایج به دست آمده نشان دادند که مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتر برای کودکان و نوجوانان، می‌تواند بین گروه بالینی و غیربالینی تمایز ایجاد کند.

روش اجرا

جدول ۱: شرح بسته آموزشی درمان راه حل محور کوتاه مدت کودکان در ۸ جلسه

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه	شرح چارچوب‌ها و قوانین گروه، تعیین و بیان اصول کلی درمان را محل محور، ایجاد ارتباط از طریق پذیرش و توجه مثبت با سؤالات کوتاه و معمولی.
جلسه دوم	بیان مساله و تدوین هدف	در این جلسه کودکان مشکلات خود را به صورت عینی، ملموس و با استفاده از روش‌های کمکی (نقاشی، وانمودسازی و نمایش) نشان دادند. استفاده از مقیاس‌گذاری؛ به عنوان مثال از آنها سؤال شد الان کجای مقیاس قرار دارید؟ تکلیف: از کودکان خواسته شد تا اهداف خود از شرکت در جلسات مشاوره را نوشته و در جلسه بعد همراه خود بیاورند.
جلسه سوم	ایجاد راه حل	بررسی پیشنهاد درباره کم‌ترین تغییر برای حل مشکل موجود، اینکه کوچک‌ترین گام برای حل مشکل در خانه یا مدرسه کودکان چه بود، تکلیف: از اعضای خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشتند یا کم‌تر داشتند.
جلسه چهارم	یافتن موارد استثناء	کودکان در این جلسه با استفاده از نقاشی، نمایش و وانمودسازی لحظات استثناء را در زندگی خود بیان کنند، تکلیف: از اعضای خواسته شد تا درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب و به جلسه مشاوره بیاورند.
جلسه پنجم	استفاده از پرسش معجزه	کمک به کودکان تا با استفاده از چراغ و عصای جادویی به سوال معجزه پاسخ دهند، یعنی به آنها گفته شد: اگر چراغ جادویی داشتید، امشب معجزه ای رخ دهد و مشکلات شما حل شود، چه چیزی در زندگی‌تان متفاوت خواهد بود؟ تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر کنند و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.
جلسه ششم	متفاوت بودن (در ابعاد رفتاری، شناختی عاطفی)	در این جلسه از کودکان خواسته شد تا با استفاده از تخیل و استفاده از واژه «به جای» متفاوت بودن را در ابعاد رفتاری، عاطفی و شناختی نشان دهند، یعنی راه‌های دیگری را تمرین کنند و آن مسیری را تکرار نکنند که در آن گیر کرده

		و به بن بست رسیده‌اند. تکلیف: برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات	کمک به کودک برای مرور جلسات، چه تغییری کردند، مشاور به نمایاندن این تغییرات و تشویق آنها اقدام کرد. تکلیف: از اعضای خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به کارگیری آن در زندگی فکر و به صورت مکتوب به جلسه بیاورند.
جلسه هشتم	جمع بندی و ختم جلسات	در این جلسه ابتدا کودکان با کمک مشاور به جمع‌بندی جلسات قبل اقدام کردند و در انتها کودکان موفقیت خود را جشن گرفتند و موفقیت تک تک افراد مرور شد و نیز جلسه آینده پس از آزمون اجرا شد.

جدول ۲: شرح بسته آموزشی درمان راه حل محور کوتاه مدت نوجوانان در ۸ جلسه

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه	معارفه معارفه مشاور و ایجاد ارتباط، چارچوب‌ها و قوانین گروه تعیین و نیز اصول کلی راه حل محور برای نوجوانان.
جلسه دوم	بیان مساله و تدوین هدف	نوجوانان اهداف خود را از شرکت در جلسات بیان کنند، مشکل خود را با استفاده از سؤالات مقیاس‌گذاری به روشنی مطرح و مشخص کنند که در کجای مقیاس ۱۰ - ۱ قرار دارند. تکلیف: از اعضای خواسته شد در باره راه حل‌هایی که به ذهن آنها می‌رسد یادداشت کرده و به جلسه آینده بیاورند.
جلسه سوم	ایجاد راه حل	بیان راه حل‌های مختلف درباره مشکلات اگر دیگران چنین مشکلی داشتند چه کاری انجام می‌دادند، تکلیف: از اعضای خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته یا کمتر داشتند، برای جلسه آینده بیاورند.
جلسه چهارم	یافتن موارد استثناء	بحث درباره لحظات استثنائی در زندگی نوجوانان، بیان موقعیت‌ها و شرایطی که مشکلات رفتاری نداشتند با کمتر مشکلات رفتاری داشتند. تکلیف: از اعضای خواسته شد تا درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب بنویسند و به جلسه مشاوره بیاورند.
جلسه پنجم	استفاده از پرسش معجزه	در این جلسه مشاور از نوجوانان خواست به سؤال معجزه پاسخ گویند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.

جلسه ششم	مقاوت بودن (در ابعاد رفتاری، شناختی عاطفی)	نوجوانان رفتار، شناخت و عواطف جدیدی را مطرح کردند، یعنی راه‌های دیگر به غیر از راه‌های فعلی را تمرین کردند؟ پاسخ‌های آنها به واژه به جای خیلی خوب بود و فعالانه درگیر شدند، تکلیف؛ برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات	بحث اعضای گروه درباره چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات به وجود آمده و صحبت درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه. تکلیف: از اعضا خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به کارگیری آن در زندگی فکر و به صورت مکتوب به جلسه بیاورند.
جلسه هشتم	جمع بندی و ختم جلسات	بحث و گفتگو درباره نتایج جلسات توسط اعضای گروه و در پایان اعضای گروه موفقیت خود را جشن گرفتند، یعنی تک تک آنها تشویق شدند و نیز در جلسه آینده پس از آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی از تحلیل واریانس (ANOVA) استفاده شد. شازده کودک (۸ تا ۱۱ سال؛ میانگین سن ۹/۹ سال و انحراف استاندارد ۱/۰۷) و شازده نوجوان (۱۲ تا ۱۸ سال؛ میانگین سن ۱۴/۲۲ سال و انحراف استاندارد ۱/۷۳) در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۹/۶۷ سال و ۱۰/۲۴ سال و میانگین سنی نوجوانان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۵/۴۳ سال و ۱۶/۰۱ سال بود.

جدول ۳: شاخص توصیفی نمرات اضطراب اجتماعی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	کودکان		نوجوانان	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۸۸/۱۲	۹/۵۶	۸۸/۳۷	۷/۷۲
	پس آزمون	۷۶/۷۵	۵/۶۵	۷۵/۶۲	۴/۳۷
کنترل	پیش آزمون	۸۸/۲۵	۷/۴۲	۸۶/۳۷	۵/۲۳
	پس آزمون	۸۷/۳۷	۶/۸۸	۸۷/۶۲	۷/۷۶

شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل کودکان در جدول ۳ میانگین اضطراب اجتماعی پیش آزمون گروه آزمایش و پیش آزمون گروه کنترل را به ترتیب ۸۸/۱۲ و ۸۸/۲۵ نشان می‌دهد که این مقدار در پس آزمون گروه آزمایش ۷۶/۷۵ و پس آزمون گروه کنترل ۸۷/۳۷ است. از طرفی میانگین اضطراب اجتماعی در پیش آزمون گروه آزمایش نوجوانان ۸۸/۳۷ و پیش آزمون گروه کنترل نوجوانان ۸۶/۳۷ است که این مقدار در پس آزمون گروه آزمایش ۷۵/۶۲ و پس آزمون گروه کنترل ۸۷/۶۲ را نشان می‌دهد که بیان‌کننده تفاوت‌های جالب توجه می‌باشند.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات متغیر پژوهش در دو گروه

متغیر	F	Df1	Df2	Sig
اضطراب اجتماعی کودکان	۰/۰۹۹	۱	۱۴	۰/۷۵
اضطراب اجتماعی نوجوانان	۱/۴۵	۱	۱۴	۰/۲۴

جدول ۵: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف و شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	آزمون کلموگروف - اسمیرنف			آزمون شاپیرو ویلک		
	Z	df	sig	Z	df	sig
اضطراب اجتماعی پیش آزمون کودکان	۰/۱۷۶	۱۶	۰/۱۹۷	۰/۹۳۵	۱۶	۰/۲۹۶
اضطراب اجتماعی پس آزمون کودکان	۰/۱۹۱	۱۶	۰/۱۲۴	۰/۹۱۹	۱۶	۰/۱۶۲
اضطراب اجتماعی پیش آزمون نوجوانان	۰/۱۸۸	۱۶	۰/۱۳۲	۰/۹۳۳	۱۶	۰/۲۶۸
اضطراب اجتماعی پس آزمون نوجوانان	۰/۱۸۵	۱۶	۰/۱۴۶	۰/۹۱۳	۱۶	۰/۱۳۰

نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از کلموگروف - اسمیرنف و شاپیرو - ویلکز) برقرار است. بنابراین استفاده از تحلیل واریانس (ANOVA) بلامانع است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش آزمون - پس آزمون اضطراب اجتماعی کودکان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۴۵۱/۵۶	۱	۴۵۱/۵۶	۱۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
خطا	۵۵۵/۳۷	۱۴	۳۹/۶۷			
کل	۱۰۰۶/۹۳	۱۵				

با توجه به نتایج جدول ۶ ($F_{(1,14)} = 11/38$)؛ $(P > 0/05)$ می‌توان گفت که بین میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل کودکان تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوه درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان موثر است.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون اضطراب اجتماعی نوجوانان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۵۷۶/۰۰	۱	۵۷۶/۰۰	۱۴/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
خطا	۵۵۵/۷۵	۱۴	۳۹/۶۹			
کل	۱۱۳۱/۷۵	۱۵				

با توجه به نتایج جدول ۷ ($F_{(1,14)} = 14/51$)؛ $(P > 0/05)$ می‌توان گفت که بین میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل نوجوانان تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوه درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان موثر است.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس نمرات اضطراب در دو گروه کودکان و نوجوانان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۵/۰۶۳	۱	۵/۰۶۳	۰/۱۹۸	۰/۶۶
خطا	۳۵۷/۳۷	۱۴	۲۵/۵۲		
کل	۳۶۲/۴۳	۱۵			

با توجه به نتایج جدول ۸ ($F_{(1,14)} = 0/198$)؛ $(P < 0/05)$ می‌توان گفت که بین میانگین نمرات اضطراب دو گروه کودکان و نوجوانان تفاوت معناداری وجود ندارد، بنابراین، می‌توان گفت تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کودکان و نوجوانان به یک اندازه بوده است و بین این دو گروه از لحاظ میزان معناداری تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف سنجش تاثیر درمان کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان صورت پذیرفت. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد بین میانگین اختلاف

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل (هم کودکان، هم نوجوانان) تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان تأثیر معناداری داشته است. نتایج همچنین نشان داد بین میانگین نمرات اضطراب دو گروه کودکان و نوجوانان تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نیکولاس (۲۰۱۴)؛ ملجین و همکاران (۲۰۱۲)؛ دال و همکاران (۲۰۰۰)؛ قادری، خدادادی و جوکار (۲۰۱۲)؛ امیری، کارشکی و اصغری (۲۰۱۴) هماهنگ و همسو می‌باشد. در تبیین معناداری فرضیه اول و دوم مبنی بر اثربخشی درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان، می‌توان اذعان نمود که اختلال اضطراب اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی شناخته می‌شود که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند. در موارد شدید، اضطراب اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به شکل چشمگیری کاهش دهد (Erat, et.al, 2010). کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی، در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند. اینگونه افراد از موقعیت‌هایی که امکان دارد از سوی دیگران مورد قضاوت و بررسی قرار گیرند هراس دارند و دائماً آن بیم دارند که مورد قضاوت، ارزشیابی، انتقاد، تحقیر و تمسخر دیگران واقع گردند. طبیعی است افرادی که از اختلال جسمانی خاصی در کودکی رنج می‌برند زمینه تشدید هراس اجتماعی در آنها بیشتر می‌شود (Mulcahy, et.al, 2008). لذا بدیهی است که کودکان مبتلا به لکنت زبان احتمال اضطراب اجتماعی بیشتری دارند. از آنجائیکه لکنت زبان نوعی اختلال سیالی بیان لفظی است که بر اساس تکرارها و تطویل‌های غیرارادی، صدادر یا بی صدا، به هنگام انتشار واحدهای کوچک سخن یعنی اصوات، هجاهای مجزا یا هجاهای کلمات مشخص می‌شود، می‌تواند باعث گوشه‌گیری فرد، کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی، استرس و اضطراب، بدبینی، پرخاشگری، افسردگی، خود کم بینی، عدم پیشرفت در تحصیل یا حرفه مورد نظر گردد (Smith, et.al, 2014). پرواضح است که درمان راه حل محور کوتاه مدت با تکیه بر منابع مراجعان و از طریق فراخواندن و خلق راه حل‌هایی برای مشکلات مراجعان به آنها کمک می‌کند تا بتوانند بر اضطراب اجتماعی خود فائق آیند. این رویکرد همچنین به عنوان رویکردی مسأله محور با استفاده از فنون مختلف می‌تواند به کودکان و نوجوانان مبتلا به لکنت زبان به خاطر مشکلاتی که راه حل آن در دست خودشان است کمک کند تا مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت نمایند (Cook, et.al, 2005; McNeill, 2013). این رویکرد به دلیل کوتاه بودن جلساتش می‌تواند بسیار در ایجاد مهارت‌های اجتماعی مؤثر واقع گردد حتی در کودکانی که لکنت زبان بالایی دارند (Burns, 2013). همچنین وظیفه‌ی درمانگر راه حل محور، کمک به مراجع برای توسعه‌ی میزان موارد

استثنا در خصوص مشکلات موجود با دایره اجتماعی خود است؛ یعنی توسعه‌ی راه حل‌های موثری که از قبل در دسترس بوده‌اند (Castro and Gatrman, 2008). تلاش رهبر گروه بر این است تا از دریچه‌ی چشم هریک از اعضا به مشکل بنگرد و با همان ادراک به دنبال تغییر رفتار باشد. اما با وجود همسانی مدل راه حل محور با ایجاز و علم‌گرایی رویکردهای راهبردی، درمانگران این مکتب بر تشریک مساعی (بین رهبر و اعضای گروه) در ساختن روایت‌های راه حل محور تاکید می‌ورزند (Deshazer, 1994). در سطح دیگر، هدف درمان تنها کمک به شرکت کنندگان است که با تغییر از صحبت درباره‌ی مشکل به صحبت درباره‌ی راه حل‌ها، تغییر در کلام خویش را شروع کنند (Davis, et. at, translated by Adibrad et.al, 2007). طبق مبانی رویکرد راه حل محور، هیچ واقعیت عینی و خارجی وجود ندارد؛ بلکه حقیقت و واقعیت یک پدیده‌ی ذهنی است. افراد مختلف از یک مساله ذهنیت‌های متفاوتی دارند که هر کدام به نوبه‌ی خود واقعیت ذهنی تلقی می‌شود. لذا رهبر گروه اضطراب اجتماعی را از دیدگاه هر عضو گروه مورد بررسی قرار می‌دهد و با درک و همدلی و ایجاد انگیزه در راستای بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان و نوجوانان موثر واقع می‌گردد (McNeill, 2013). رهبر گروه به این مساله اذعان دارد که مشکل چیزی جز راه حل‌های اشتباه نیست و برای آن باید راه حل را اصلاح کرد و چون در این رویکرد اعتقاد بر این است که مراجعان قادر به ایجاد راه حل برای حل مشکلات خود هستند لذا از پتانسیل‌های اعضای گروه برای خلق راه حل‌ها استفاده می‌شود (Kok-Mun, Sejal, & Lan, 2012). همچنین در این درمان از آنجائیکه تغییرات کوچک به تغییرات بزرگ منتهی می‌گردد اعضای گروه برای برداشتن اولین گام ترغیب می‌شوند به همین دلیل آنچه در درمان اهمیت دارد برداشتن اولین گام است (Davis, et. at, translated by Adibrad et.al, 2007). در راستای تبیین تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی همچنین قابل اذعان است که این درمان به جای محتوا بر فرآیند تاکید دارد و به جای غرق شدن در گذشته و ریشه‌یابی علل مشکل، بر حال و آینده تاکید دارد، همچنین درمانگر ابزار بیرونی ندارد بلکه از توانایی‌های خود برای حل مشکل استفاده می‌کند. در واقع مراجع در این رویکرد به عنوان یک متخصص در نظر گرفته می‌شود و نه یک بیمار ناتوان (Barker, 2016 translation Dehghani and Dehghani). بنابراین پرواضح است که درمان مذکور با تقویت نقاط قوت کودکان و نوجوانان، تعریف و تمجید آنها، بررسی موارد استثناء، استفاده از سوالات معجزه، پرسش‌های مقیاس‌گذاری، زنگ استراحت و تکلیف می‌تواند بر کاهش اضطراب اجتماعی آنان موثر واقع گردد. در خصوص عدم معناداری تفاوت اثربخشی درمان راه حل محور بر اضطراب اجتماعی دو گروه کودکان و نوجوانان می‌توان گفت درمان راه حل محور، درمانی جامع و جهان شمول است که مبانی و

اصول درمان مذکور در مورد سنین مختلف رشد از جمله کودکی، نوجوانی، بزرگسال و پیری قابل تعمیم است. این بدین معناست که شرکت در جلسات گروهی درمان راه حل محور فارغ از سن، جنسیت، قومیت، دین و مذهب می‌تواند نتایج پرباری در خصوص کاهش میزان اضطراب اجتماعی به همراه داشته باشد. همچنین از آنجا که درمان مذکور درمانی مبتنی بر فرایند است تفاوتی ندارد که این درمان بر نوجوانان و اضطراب اجتماعی آنها متمرکز باشد یا بر کودکان و مسائل اجتماعی آنان، و به یک اندازه می‌تواند گروه-های مختلف سنی را تحت تاثیر قرار دهد، چون تغییری کوچک به تغییرات بزرگ منتهی می‌شود، در کودکان و نوجوانان نیز ارائه راه حل‌ها مطابق دنیای پدیداری آنها و نیز التزام عملی به اجرای راه حل‌ها و مشاهده تغییرات کوچک می‌تواند تضمین کننده تغییرات مثبت در آینده نزدیک باشد. بنابراین بدیهی است که بین دو گروه کودکان و نوجوانان از لحاظ میزان اثربخشی تفاوت معناداری وجود نداشته باشد، چون درمان راه حل محور متغیر اضطراب را هدف قرار داده و به دلیل جهان شمولی و نیز فرایند محور بودن می‌تواند نتایج موثر یکسانی در هر دو گروه به همراه داشته باشد.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روانشناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله پیگیری بود. همچنین با وجود اینکه نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش بودن درمان کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان بود اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن درمان کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان، این خدمات در مراکز درمانی موجود در کشور استفاده شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلالات روانشناختی مرتبط با اضطراب پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از تمام افرادی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند به خصوص مبتلایان به لکنت، تقدیر و تشکر نماییم.

References

- Alm, PA. (2015). Is it thinking and not feeling that influence variability of stuttering in social situations? About stuttering and social cognition. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193(4), 289-290.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Amiri, E., Kareshki, H., Asghari, M. (2014). The Effectiveness of Solution-Focused Group Counseling on General Health of Single Parent Boys. *Journal management System*, 4(15), 37-57. (In Persian)
- Barker, P. (2016). *Basic Family Therapy*. Translated by Mohsen Dehghani and Zohreh Dehghani. Tehran: Roshd publication
- Beidel, D., & Turner, S. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Burns, K. (2013). *Changing minds, changing lives*. In P. De Jong and I. Berg (Eds), *Interviewing for solutions* (4th Edition) Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Chen, J., Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2013). Mediators of the relationship between social anxiety and post-event rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 1-8.
- Cook, F., & Botterill, W. (2005). *Family-based approach to therapy with primary school children: Throwing the ball back*. In R. Lees and C. Stark (Eds.). *The treatment of stuttering in the young school-aged child*. London: Whurr.
- Corey, G. (2014). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9thed). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Cortes, B., Ballesteros, B., Collantes, A., & Aguilar, M. (2016). What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? *European Psychology*, 33, 232-233.
- Craig, A., Hancock, K., & Tran, Y. (2003). Anxiety levels in people who stutter a randomized population study. *Journal of speech, language, and hearing research*, 46(5), 1197-206.
- Dahl, R., Bathel, D., & Carreon, C. (2000). The use of solution-focused therapy with an elderly population. *Journal of Systemic Therapies*, 19(4), 45-55.
- Davis, T., & Osborne, S. (2007). *School consultation with solution-focused approach*. Translated by Nastaran Adibrad and Ali Mohammad Nazari. Tehran: elm publication.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole
- Deshazer, S. (1994). *The death of resistance family process*. New York: Norton, 23, 11-12.
- Donovan, J. (2016). *Couple Therapy: Object Relations*. Tehran: fararavan publication.
- Dryman, T. M., Gardner, Sh., Weeks, J. W., & Heimberg, R.G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 1-8.
- Erath, S., Flanagan, K., & Bierman, K. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 15-26.
- Ghadri, Z., Khodadadi, Z., & Gokar, H. (2012). *Effectiveness solution-focused group counseling for students on self-perception*. Master's thesis. Tehran: Institute for Information Science and Technology Iran. (In Persian)
- Gianferante, D., Thoma, M. V., Hanlin, L., Chen, X., Breines, J. G., Zoccola, P. M., & Rohleder, N. (2014). Post-stress rumination predicts HPA axis responses to repeated acute stress. *Psych neuroendocrinology*, 49(11), 244-252.
- Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Guterman, J.T., Rudes, J. A. (2005). Solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 223-44.
- Hou, W. K., & Ng, S. M. (2014). Emotion-focused positive rumination and relationship satisfaction as the underlying mechanisms between resilience and psychiatric symptoms. *Personality and Individual Differences*, 71(4), 159-164.
- Iverach, L., Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., et al. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for Stuttering. *J Anxiety Disord*, 23, 928-34.
- Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M., (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 13-28.
- Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R., Packman, A., & Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 55-68.
- Iverach, L., & Rapee, R.M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of fluency disorders*, 40, 69-82.
- Maljanen, T., Paltta, P., Harkanen, T., Virtala, E., Lindfors, O., Laaksonen, MA, et al. (2012). The costeffectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15(1), 13-23.
- McAleavey, A.A., Castonguay, L.G., & Goldfried, M.R. (2014). Clinical Experiences in Conducting Cognitive behavioral Therapy for Social Phobia, *Behavior Therapy*, 45(1), 21-35.
- McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 23-32.
- McNeill, C. (2013). *The teens challenge: Stammering therapy, learning and adventure*. In C.Cheasman, R.Everard & S.Simpson (Eds), *Stammering therapy from the inside: New perspectives on working with young people and adults*. Guilford, UK: J & R Press Ltd.
- Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *J Fluency Disord*, 33(4), 306-19.
- Nicholas, A. (2014). Solution focused brief therapy with children who stutter, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 209-216.
- Nouri, N., Nouri, N., Abdali, H., Shafiei, M., & Karimi, H. (2012). Stuttering: Genetic updates and a case report. *Advance Biomedical Research*, 1(1), 14. (In Persian)
- Ntourou, K., Conture, E. G., & Walden, T. A. (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 38(3), 260-274.
- Pourfarajemran, M. (2011). *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in Social Phobia of Students*. Knowledge & Health, 6(2), 1-5.
- Rahimi, N. (2014). *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Interpersonal therapy in reducing anxiety and depression in students with social phobia*. Master's thesis in clinical psychology, Mohaghegh Ardabil of University. (In Persian)
- Scheurich, J., Beidel, D., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 21-32.

- Schmit, E., Schmit, M., & Lenz, S. (2016). Meta-analysis of solution focused brief therapy for treating symptoms of internalizing disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(1), 21-39.
- Schroeder, C., Gordon, B. (2015). *Assessment and treatment of problems in childhood: clinical psychologists and psychiatrists Guide*. Translated by Mehrdad Fyrozbakht. Tehran: danzheh publication.
- Smith, K., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22–34.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.
- Taghizadeh, M., Yarollahi, N., & Bahrami, Z. (2018). Investigation the effectiveness of the mind simulation model on reducing stress and increasing cognitive flexibility in adult with stuttering disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5(2), 67-80. (In Persian)
- Toozandehjani, H., Naaimi, H., & Ahmadpoor, M. (2011). An investigation on the efficacy of confrontation cognitive-behavioral skills through group training on the anxiety and adjustment of children with stuttering. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 7(2), 126-140. (In Persian)
- Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 36(1), 17–26.
- Vanryckeghem, M., Matthews, M., & Xu, P. (2017). Speech situation checklist–revised: Investigation with adults who do not stutter and treatment-seeking adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26 (4), 1129-1140.
- Vasudev, R., Yallappa, S., & Saya, G. (2015). Assessment of quality of life in obsessive compulsive disorder and dysthymic disorder a comparative study. *J Clin Diagn*, 9, 4-7.
- Weeks, M., Coplan, R. J., & Kingsbury, A. (2009). The correlates and consequences of early appearing social anxiety in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 965-972.
- Wehr, T. (2010). The phenomenology of exception times: Qualitative differences between problemfocused and solution-focused interventions. *Applied Cognitive Psychology*, 24(4), 467- 80.



صمصام شریعت، سیدمحمد رضا؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ کلاتری، مهرداد؛ عریضی سامانی، سیدحمیدرضا (۱۳۹۸).
مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ های نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به
افسردگی مزمن. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۱)، ۹۳-۱۱۳.
DOI: 10.22067/tjap.v9i1.62361

مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ های نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن

سیدمحمد رضا صمصام شریعت^۱، حمید طاهر نشاط دوست^۲، مهرداد کلاتری^۳، سیدحمیدرضا عریضی سامانی^۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۱

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ های
نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با دو گروه آزمایش، بود.
جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلاء به افسردگی مزمن بودند که به شیوه نمونه گیری هدفمند از میان
مراجع کنندگان به مراکز مشاوره و یا مطب روانپزشکان شهر اصفهان تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد و سپس براساس
تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش با درمان روانی-اجتماعی و شناختی-رفتاری، (هر گروه ۱۵ نفر)
گمارده شدند. آزمودنی ها به پرسشنامه های نگرشهای ناکارآمد (DAS) و پاسخ های نشخواری (RRS) پاسخ
دادند. داده ها با استفاده از روش تحلیل آزمون واریانس با اندازه گیری های مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان میدهند؛ میزان نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد با هر دو درمان کاهش یافته است.
اما بین دو درمان در میزان نشخوار فکری تفاوت معنی داری وجود داشته و اثربخشی درمان روانی-اجتماعی
به نسبت درمان شناختی-رفتاری بیشتر بوده است. اما بین دو درمان در نگرش های ناکارآمد تفاوت معنی داری
وجود نداشته است. همچنین اثربخشی درمان روانی-اجتماعی در مردان در مقایسه با زنان بیشتر بوده است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان روانی-اجتماعی، افسردگی مزمن، پاسخهای نشخوار،
نگرشهای ناکارآمد.

۱. دکترای روانشناسی دانشگاه اصفهان، mohammad5ir@yahoo.com

۲. استاد دانشگاه اصفهان، h.neshat@edu.ui.ac.ir

۳. استاد دانشگاه اصفهان

۴. استاد دانشگاه اصفهان

مقدمه

افسردگی، اختلالی قابل توجه و شایع در جوامع امروزی است و حاصل عوامل متعددی است. این در حالی است که در شرایط مزمن بودن این اختلال، عوامل دیگری نیز نقش عمده ای پیدانموده که می توانند با عوامل اولیه ایجادکننده افسردگی تفاوت داشته و تداوم این اختلال را موجب گردند (Moore & Garland, 2003). بنابراین در تحلیل آن در شکل مزمن، لازم است به این عوامل توجه نمود تا بتوان درمان مؤثرتری را انتظار داشت. افسردگی مزمن^۱ با افزایش اختلال در عملکرد همراه بوده (Klein, Shankman & Rose, 2006) و سطوح بالاتری از استفاده از مراقبت های بهداشتی و هزینه های اقتصادی را در مقایسه با اشکال غیر مزمن از افسردگی به فرد تحمیل می کند (Smit, Cuijpers, Oostenbrink, Batelaan, de & Graaf & Beekman, 2006). همچنین به نظر می رسد ۲/۵ درصد از جمعیت بزرگسال در جامعه از افسردگی مزمن رنج می برند (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005) و در حدود ۲۰ درصد از تمام افراد افسرده با یک دوره مزمن در افسردگی مواجه می شوند (Gilmer, Trivedi, Rush, & Wisniewski, Luther & Howland, 2005). معمولاً در پیشینه ها چهار نوع افسردگی مزمن ازهم متمایز شده است که شامل؛ ۱) اختلال افسرده خویی^۲، ۲) اختلال افسردگی اساسی مزمن^۳ (MDD)، ۳) افسردگی مضاعف (افسردگی اساسی همراه با افسرده خویی)^۴ و ۴) اختلال افسردگی اساسی بازگشتی با بهبودی ناقص بین دوره ها^۵، می باشند (Torpey & Klein, 2008). در این میان یافته ها از این ایده که در شرایط مزمن بودن افسردگی، تظاهرات مختلفی وجود دارد، حمایت نمی کنند (Cuijpers, Van Straten, & Andersson, 2010). همچنین در DSM-5^۶ (American Psychiatric Association, 2013) تشخیص مزمن بودن افسردگی، بر اساس اختلال افسردگی مداوم^۷ (دیس تایمی) می باشد، که شامل دو دسته تشخیصی؛ افسردگی عمده مزمن و افسرده خویی است (Malogiannis, Arntz, Spyropoulou, & Tsartsara, Aggeli, Karveli, 2014). در واقع اختلال افسردگی مداوم، بیانگر تحکیم اختلال افسردگی اساسی مزمن^۸ و اختلال افسرده خویی است (American Psychiatric Association, 2013). در تعامل با افسردگی در این اختلالات، پاسخ های نشخواری و نگرش های ناکارآمد قرار دارند که خود به عنوان نشانه های افسرده

1. Chronic Depression

2. Dysthymic Disorder

3. Chronic Major Depressive Disorder

4. Double Depression (MDD Superimposed on a Dysthymic Disorder)

5. Recurrent Major Depressive Disorder with Incomplete Remission between the Episodes.

6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)

7. Persistent Depressive Disorder

8. Chronic Major Depressive Disorder

ساز، از همبستگی بالایی با میزان افسردگی در بیماران برخوردارند (Dowd, 2004).

نشخوار، به عنوان فکر تکراری و منفعلانه درباره عوامل تسریع کننده احتمالی، نشانه های فعلی و پیامد نشانه های افسرده ساز تعریف می شود (Nolen-Hoeksema, 1991). نشخوار افسرده ساز، شامل مرور مکرر ناامیدی ها و اشتباه های شخصی، تمرکز بر احساسات افسردگی و انزوا، سؤال درباره کیفیت زندگی و فکر کردن به بی کفایتی های شخصی است (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). این افکار تکراری متأسفانه به عمل سازنده ای منجر نمی شود و در عوض افراد نشخوار کننده با خطر بالاتر ابتلاء به افسردگی مواجه اند و از دوره های شدیدتر و طولانی تر افسردگی رنج می برند (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). نشخوار در افسردگی ممکن است به عنوان یک مکانیزم اجتناب شناختی عمل نماید که مانع پردازش هیجانی موفق، گردد. این الگوی شناختی به عنوان یکی از ویژگی های مرکزی افسردگی است. به گونه ای که از پردازش هیجانی حادثه منفی جلوگیری می کند و موجب تداوم افکار و خاطرات مزاحم می شود (Williams & Moulds, 2007). محققان پیشنهاد کرده اند که نشخوار در ابتدا به عنوان یک تلاش عمدی برای کسب بینش است (Papageorgia & wells, 2001)، اما می تواند افراد را در یک چرخه مخرب فکر نشخوار ساز، گرفتار کند، به صورتی که افکار منفی را تشدید نموده و موجب احساس ناامیدی گردد. این وضعیت با تمایل کلی افراد افسرده به انعطاف ناپذیر بودن، شدت یافته و آنها را به سمتی سوق می دهد که علی رغم تبعات منفی نشخوار، در آن اصرار می ورزند (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000).

از دیگر نشانه های افسرده ساز در کنار نشخوارفکری، نگرش های ناکارآمد است. مفهوم نگرش های ناکارآمد اولین بار توسط بک (Beck, 2003, 1976, 1979) در توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی در ایجاد و پایداری اختلال افسردگی مطرح شد و شامل نگرش ها و باورهای هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می کنند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می شوند، فرد را آماده می سازند تا موقعیت های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کند. این نگرش ها، معیارهایی انعطاف ناپذیر و کمال گرایانه، افراطی، ناکارآمد یا نابارور و مقاوم در مقابل تغییراند که فرد از آن ها برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می کند (Lotfi Kashni, 2008). نتایج تحقیقات کاماری و بلکبرن (Kumari & Blakburn, 2005) نشان داد که نگرش های ناکارآمد یکی از عوامل خلق افسرده در افراد است. همچنین میراندا و همکاران (Miranda & et al, 2003)، به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای ناکارآمد و علائم افسردگی رابطه وجود دارد. علاوه بر این یافته ها، بررسی های الیور، کلوسک و ولز (Oliver, Kloce & Wells, 2003)، نشان دادند که نگرش های ناکارآمد با

ادراک منفی از خانواده اش در ارتباط است. بر اساس نتایج بسیاری از مطالعات، نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند منجر به آسیب‌پذیری شناختی در افسردگی و در شکل‌گیری، سبب شناسی و دوام آن نقش داشته باشد (Kerqeli, Kelpi & Tsigilis, 2013).

موضوع مورد بحث در تحقیق حاضر، به کارگیری روشهای درمانی متفاوتی بر نشخوار فکری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن است. باید توجه داشت که در درمان اختلالات روانی با عنایت به مدل‌های قبلی آنها، رویکردهای متفاوتی وجود دارد. لیکن به دلیل عدم وجود مدل مشخصی در اختلال افسردگی مزمن، به نظر می‌رسد عوامل ناشناخته یا مهمی وجود دارند که در درمانهای متداول قبلی، نادیده گرفته شده‌اند. به طور مثال، اکثر بیماران در مقابل تداوم افسردگی شان احساس درماندگی و ناتوانی می‌کنند (Moore & Garland, 2003). همچنین ناامیدی و عزت نفس پایین که به عنوان عوامل پیش‌آیند یا آسیب‌پذیری برای افسردگی اند، در تداوم افسردگی و مزمن شدن آن، تشدید می‌شوند. هم‌چنین تجربه افسردگی مزمن منجر به تغییر در شخصیت، از جمله افزایش وابستگی و روان رنجورخویی می‌شود (Akiskal, Hirschfeld, & Yerevanian, 1983). بروک‌مایر و همکاران (Brockmeyer & et al, 2015)، در پژوهشی نشان دادند، اجتناب در رفتارهای اجتماعی و عاطفی در افراد دارای افسردگی مزمن بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین مزمن شدن افسردگی، دربردارنده ابعاد متعددی است که در درمان این ابعاد، باید مورد توجه خاص قرار گیرند. با این وجود درمانهای قبلی بیشتر متکی بر یک بعد و رویکرد خاص است. به عنوان مثال نتایج تحقیقات هلرستین و همکاران (Hellerstein & et al, 2015) نشان داد درمان فعال سازی رفتاری موجب بهبود شغلی و کاهش اجتناب رفتاری و بهبود عملکرد کلی در افسردگی مزمن شده است. هم‌چنین ملوجیانیس و همکاران (Malogiannis & et al, 2014) نشان دادند؛ طرحواره درمانی ST¹ یک درمان موثر برای افسردگی مزمن است و کلین و همکاران (Klein & et al, 2014)، نیز به همراه سوان و همکاران (Swan & et al, 2014) روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP)² را روش موثری برای درمان افسردگی مزمن گزارش نمودند. تابنر (Taubner, 2013) نیز کار با خاطرات ناخودآگاه و آگاه را موجب بهبود توانایی‌های پاسخ‌دهی و سازماندهی روانی بیشتر در افسردگی مزمن گزارش داده است. درمان شناختی-رفتاری نیز مجموعه‌ای منسجم و مرکب از راهبرهای تغییر رفتاری و شناختی است که طی آن از انواع تکنیک‌های طراحی شده به منظور اصلاح باورهای ناکارآمد و پردازش غلط استفاده می‌شود (DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Young, Salomon, 2005). آماج درمان در این روش،

1. Schema Therapy

2. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy

پنج حوزه افکار خودآیند^۱، تصاویر ذهنی خودآیند منفی، حافظه خودآیند منفی، پیش فرض های غلط و طرحواره های ذهنی ناسازگارانه است (Morris, 2005). درمان شناختی رفتاری با پرداختن به تفکرات ناسازگارانه و بدبینانه^۲ که موجب افسردگی است، افسردگی را درمان می کند. مطالعه گونزالس و همکاران (Gonzales & et al, 1985)، فنل و تیزدل (Fennell & Teasdale, 1989)، هارپین و همکاران (Harpin & et al, 1982)، دیانگ و همکاران (de Jong & et al, 1986)، در پژوهش های جداگانه، اثربخشی این درمان را بر افسردگی مزمن نشان دادند.

در این میان، درمانی که بتواند همزمان به ابعاد متعدد موجود در افسردگی مزمن توجه نموده و از تلفیق رویکردها و درمان های پیشین تدوین شده باشد، احتمالاً اثربخشی بالایی خواهد داشت. به همین منظور در پژوهشی، درمان روانی-اجتماعی تدوین گردید که در واقع شیوه درمانی است، ترکیب شده از درمان های مؤثر موجود، که بر عوامل آسیب پذیری روانی و اجتماعی، مبتنی بوده و بر آنها تأکید دارد. در واقع درمان روانی-اجتماعی، درمانی ترکیبی از طرحواره درمانی، درمان فعال سازی رفتاری، درمان شناختی-رفتاری، روان درمانی بین فردی و رواندرمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی است (Samsam Shariat, Neshat Doost, Kalantari, Oreyzi Samani, 2016). در نظریه ای که این درمان از آن حاصل گردید، آسیب های روانی و اجتماعی افسردگی مزمن دربردارنده مقولات عمده ای شامل این عوامل اند؛ الف. خلق و خو، ب. شغلی، تحصیلی و مالی، ج. شناختی، د. تنظیم هیجانی، ر. جسمانی، س. خانوادگی و روابط اجتماعی، ص. رفتاری و ط. درمانی. در این نظریه؛ ناامیدی به درمان، ضمن داشتن سوابق قبلی انواع افسردگی، تشخیص نامناسب، درمان نامناسب در کنار داشتن مشکلات خانوادگی و مشکل در روابط اجتماعی و نیز مشکلات شغلی، تحصیلی و مالی، عناصر سازنده اصلی در افسردگی مزمن می باشند. در واقع پروتکل درمان روانی-اجتماعی (Samsam Shariat et al, 2017) این تحقیق، مبتنی بر مقوله های اصلی افسردگی مزمن بود و حاصل ترکیب درمان های عمده و شناخته شده ای بود که قبل از آن، تأثیر بهبودی آنها به اثبات رسیده بود. همانطور که ذکر شد، درمان شناختی رفتاری از پرکاربردترین شیوه های درمانی در افسردگی مزمن است. اما در پژوهش حاضر با استناد به ابعاد مرتبط با مزمن بودن افسردگی از جمله ناامیدی، ناکارآمدی و عزت نفس پایین تر، درمان روانی-اجتماعی (Samsam Shariat et al, 2017) ارائه گردید که قیاس این درمان جدید با درمان شناختی رفتاری می تواند نشان دهد که آیا با وجود درمان متداول و شناخته شده شناختی رفتاری، نیاز به تدوین درمانی دیگر بوده یا خیر. بنابراین هدف از این پژوهش پاسخ به این پرسش

1. Automatic Thought

2. The Maladaptive and Pessimistic Thinking

بود که آیا بین تأثیر درمان روانی-اجتماعی مبتنی بر الگوی آسیب‌پذیری افسردگی مزمن با درمان شناختی-رفتاری بر پاسخهای نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش شبه آزمایشی بود که با طرح توسعه یافته پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه افراد مبتلاء به اختلال افسردگی مزمن بودند که از فروردین تا شهریورماه سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره و یا مطب روانپزشکان شهر اصفهان مراجعه داشتند و به طور سرپایی تحت درمان قرار گرفتند. نمونه تحقیق به شیوه در دسترس از بین این افراد انتخاب شد. در مصاحبه مقدماتی پژوهشگر با بیماران، به عنوان نمونه انتخاب شدند که واجد این شرایط بودند؛ واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی براساس DSM-IV با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن در DSM-5 (Scid-5-cv)، کسب نمره ۱۵ یا بالاتر در مقیاس ۲۴ آیتمی همیلتون برای افسردگی (HRSD24)، دارای سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل، بهره‌هوشی حداقل در حد متوسط به بالا و دارای رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح. افرادی که مبتلاء به یک بیماری شدید جسمی، اختلالات نورولوژیک، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات با علائم روان‌پریشی، اختلال دو قطبی، اختلالات افسردگی ناشی از سوء مصرف مواد، الککل، اختلال شخصیت مرزی یا ضداجتماعی بودند و واجد افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی نیازمند مداخله فوری بودند، از نمونه خارج شدند. سپس (۳۰ نفر) با در نظر گرفتن توان آماری و ملاک‌های کفایت حجم نمونه (Molavi, 2007) انتخاب شدند. نمونه انتخاب شده در دو گروه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند، شامل گروهی که درمان شناختی رفتاری دریافت کردند و گروه دوم که درمان روانی-اجتماعی دریافت کردند. از هر دو گروه آزمایش پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از آن، شناختی رفتاری و درمان روانی-اجتماعی هر کدام به مدت ۱۰ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه برای گروه‌های آزمایش به اجرا درآمد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله‌ها از دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. سپس در مرحله پیگیری پس از گذشت یک ماه بیماران پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند.

ابزارها

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

برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی: برای گردآوری اطلاعات فردی و جمعیت‌شناختی افراد

شرکت کننده در پژوهش، بر گه‌ای طراحی گردید که در آن سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، درآمد، شغل، مدت سابقه بیماری و مدت مصرف دارو در افراد مشخص می گردید.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های افسردگی مزمن در DSM-5 (Scid-5-cv): این مصاحبه ابزاری جهت تشخیص گذاری است که نسخه پیشین آن توسط فرست (First & et al, 1997)، تهیه شد. در این پژوهش از نسخه جدید (Michael & et al, 2016)، استفاده شده است. پایایی SCID را از طریق بازآزمایی ۰/۷ گزارش شد. در پژوهشی دیگر نیز، ضریب توافق کامل بین دوارزیاب را گزارش دادند (Fati, 1991). به طور کلی مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی مطلوب در مصاحبه بالینی ساختاریافته بوده است (Grant, Steinberg, Kim, Rounsaville & Potenza, 2004). در مطالعه ای ضریب پایایی بازآزمایی آن را به فاصله سه روز تا یک هفته از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند و مشخص شد این ابزار، از ضریب حساسیت (۵۴٪ تا ۸۶٪) و ضریب اختصاصی (۶۳٪ تا ۹۶٪) مناسبی برخوردار است (Sharifi & et al, 2009).

مقیاس ۲۴ آیتمی همیتون برای افسردگی (HRSD24): این مقیاس توسط Hamilton (۱۹۶۰) به منظور سنجش افسردگی تدوین گردید و شامل ۲۴ عبارت می باشد. بر اساس بررسی مطالعات پیشین این آزمون، همواره به عنوان مقیاسی استاندارد برای اختلال افسردگی بوده و به خصوص در تحقیقات با موضوع افسردگی مزمن بارها مورد استفاده قرار گرفته است. دانه و همکاران (Dunner & et al, 1996)، مرسیر و همکاران (Mercier & et al, 1992)، تیز و همکاران (Mercier & et al, 1994)، و ملوجیانیس و همکاران (Malogiannis & et al, 2014) در پژوهش های جداگانه که همه آنها بر افسردگی مزمن متمرکز بودند، از این آزمون استفاده نموده و روایی و پایایی آنرا مطلوب گزارش نمودند. چندین مطالعه به بررسی پایایی درونی نسخه های متفاوت HAM-D پرداخته اند و نتایج دامنه ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۲ نشان داده است. همچنین در پژوهشی، ضریب پایایی درونی ۰/۸۳ برای HAM-D-17 و ۰/۸۸ برای HAM-D-24 بدست آمد (Akdemir, Örsel, Dağ, Türkçapar, Işcan, Özbay, 1996). در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از روش همسانی درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن $\alpha=0/91$ محاسبه گردید.

مقیاس نگرشهای ناکارآمد (DAS): این مقیاس توسط Weissman و Beck (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی، تهیه شد. این مقیاس در ابتدا دارای ۴۰ عبارت برای

1. Structured Clinical Interview for Dsm-5
2. Hamilton Rating Scale for Depression
3. Dysfunctional Attitude Scale

تعیین نگرشهای زمینه ساز افسردگی بود و اعتبار و پایایی آن، در ۲۰۲۳ نفر از ضرایب رضایت بخشی برخوردار بود (Beck, Brown, Steer, Weissman 1991). در یک پژوهش داخلی، ضریب حاصل در روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، ۰/۷۲ محاسبه گردید (Gharaei, 1993). اما بر اساس یافته‌های Ebrahimi و Mosavi (۲۰۱۳) بر مبنای تحلیل عوامل و هم‌چنین همبستگی هر گویه با کل، ۱۴ گویه از نسخه ۴۰ گویه‌ای حذف شد و نسخه ۲۶ گویه مجدداً بررسی شد. روایی ملاکی هم‌زمان به وسیله همبستگی آن با نمره کل GHQ-28، $r=0/56$ و با خرده مقیاس افسردگی $r=0/57$ به دست آمد. هم‌چنین آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ محاسبه شد. در این به منظور بررسی پایایی با استفاده از روش همسانی درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن $\alpha=0/89$ محاسبه گردید.

مقیاس پاسخهای نشخواری (RRS): نولن هوکسما و مورو (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1973)

مقیاس ۲۲ عبارتی برای سنجش پاسخ مقابله‌ای نشخوارگونه افراد با خلق افسرده تهیه کردند. هر عبارت روی مقیاس لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌شود. نولن هوکسما و همکاران (Nolen-Hoeksema & et al, 1991, 1994)، در پژوهشی نشان دادند که آزمون از پایایی آزمون-باز آزمون و همسانی درونی خوبی برخوردار است. چندین مطالعه به بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی RRS پرداخته‌اند. از جمله رابرتز و همکاران (Roberts & et al, 1998)، در پژوهشی بر ۲۹۹ دانشجوی رولوفز و همکاران (Roelofs & et al, 2008) این ابزار را از لحاظ مطلوبیت در روایی‌سازه تأیید نموده‌اند. در این مطالعه پایایی ابزار از طریق همسانی درونی $\alpha=0/78$ گزارش شد و پایایی آزمون در باز آزمایی در فاصله ۶ ماه در حد متوسط است. ویلیامز و مالدز (Williams & Moulds, 2008) نیز در زمینه روایی هم‌زمان، همبستگی RRS با پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) را ۰/۵۶ گزارش نمودند. در این پژوهش به منظور بررسی پایایی با استفاده از روش همسانی درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن $\alpha=0/91$ محاسبه گردید.

مداخله

درمان روانی-اجتماعی درمانی است ترکیبی از؛ طرحواره درمانی (ST) (Klasko & Vyshar Yang, 2007) و نیز روان‌درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی (CBASP) (McCullough, 2000)، درمان شناختی-رفتاری (CBT) (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979؛ Moore & Garland, 2003؛ Leahy, 2003)، روان‌درمانی بین فردی (IPT) (Mufson, Moreau & Weissman, 1994) و درمان فعال سازی رفتاری (BAT)

(Dimidjian, Hoollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis, 2006). از هر درمان، اهداف عمده در ترکیب درمانی نهایی قرار گرفت و درمان روانی-اجتماعی مبتنی بر الگوی آسیب پذیری افسردگی مزمن را شکل دادند (Samsam Shariat et al, 2017). این طرح درمان در قالب ۱۰ جلسه تدوین شد و به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. طول مدت هر جلسه ۲ ساعت و به صورت گروهی بود.

جدول ۱: طرح مداخله

جلسه	مداخله	اهداف و مداخلات درمانی
اول	روانی-اجتماعی	تشریح مدل زیستی-روانی-اجتماعی افسردگی مزمن، تشریح چرخه باطل افسردگی و سنجش رفتارهای افسرده ساز و شناسایی و تنظیم رویدادهای اخیر براساس عوامل آسیب پذیری روانی و اجتماعی
دوم		برنامه ریزی برای فعالیت های از بین برنده دور باطل افسردگی و ترغیب برای عمل و تشخیص موانع فعالسازی و الگوی اجتناب
سوم		شناختن رفتارها و عواقب آنها و جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه.
چهارم		تعیین نقش های اجتماعی و اکتشاف نقش ها و شناسایی الگوهای تکرارشونده و افکار، احساسات و خاطرات
پنجم		گام برداشتن در جهت عملی کردن تغییرات شناختی در روابط بین فردی .
ششم		صورت بندی مشکلات در قالب مدل شناختی، ترسیم مدل چرخه معیوب.
هفتم		طرح افکار خودآیند منفی و خطاها و تحریف های شناختی و چالش با افکار منفی و شناخت باورها
هشتم		تغییر باورهای زیر بنایی
نهم		شناسایی، ارزیابی و فرمول بندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی .
دهم		تسهیل پردازش هیجانی و ترغیب بیماران برای رها کردن سبکهای مقابله ای ناسازگار
اول	درمان شناختی-رفتاری	توضیح درباره دلایل و عوامل موثر بر شروع، تداوم و شدت بیماری با تاکید بر مدل شناختی و رفتاری
دوم		طرح رابطه بین حالات خلقی و رفتاری و طرح افکار خودآیند منفی
سوم		چالش با افکار منفی و معرفی و شناسایی فرض ها و قواعد و ارزیابی آنها
چهارم		ادامه بحث درباره باورهای زیر بنایی، قواعد و فرض ها، مرور بر نحوه چالش با آنها
پنجم		توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیر بنایی و تغییر آنها و استفاده از تکنیک های رفتاری
ششم		استفاده از تکنیک های شناختی و رفتاری از جمله آموزش مهارت های اجتماعی و حل مسئله.
هفتم		استفاده از تکنیک های رفتاری و شناختی برحسب نیاز مثل القای خلق، تن آرامی و تمرین افکار جانشین
هشتم		بررسی ادامه ایجاد و توسعه باورهای سازگارانه جانشین
نهم		طبقه بندی باورهای هسته ای و اصلاح آنها
دهم		مرور پیشرفت به سوی اهداف درمانی و تقویت مهارت ها و ایجاد انتظارات واقع بینانه برای آینده

درمان‌شناختی - رفتاری که در این مطالعه از کتاب‌های بک (Beck & et al, 1979) و مور و گارلند (Moore & Garland, 2003) و لیهی (Leahy, 2003) اخذ گردیده است. این طرح درمان در قالب ۱۰ جلسه تدوین شد و به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. طول مدت هر جلسه ۲ ساعت و به صورت گروهی بود.

روش تحلیل

در پژوهش حاضر، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد، در صد و فراوانی، و در بخش استنباطی از تحلیل همبستگی (پیرسون و دو رشته‌ای نقطه‌ای) و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر جهت مقایسه گروه‌های آزمایش با یکدیگر و نیز مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۰ انجام شد.

یافته‌ها

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

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر می باشند که شامل (۱۴ مرد و ۱۶ زن)، (۱۲ نفر مجرد، ۱۸ نفر متأهل)، (۱۲ نفر شاغل و ۱۸ نفر غیر شاغل)، بیشترین فراوانی افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر از آن (۱۵ نفر)، گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۱۱ نفر) و بالاترین فراوانی مربوط به بیمارانی بود که بین ۴-۹ سال مدت افسردگی آنها طول کشیده بود (۲۰ نفر) و ۳-۸ سال دارو مصرف می نمودند (۲۰ نفر).

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		تعداد	گروه	
میانگین	انحراف پراکندگی	میانگین	انحراف پراکندگی	میانگین	انحراف پراکندگی			
۶۵/۴۷	۸/۷۳	۳۲/۵۳	۹/۲۳	۴۱/۲۷	۸/۷۵	۱۵	درمان ترکیبی	نشخوار
۶۵/۸۷	۸/۶۷	۴۷/۱۳	۸/۱۳	۴۹/۸۷	۸/۹۲	۱۵	درمان شناختی رفتاری	فکری
۱۰۹/۱۳	۱۴/۲۵	۷۷/۵۳	۱۴/۶۰	۸۶/۵۳	۱۴/۰۱	۱۵	درمان ترکیبی	نگرش
۱۱۰/۱۵	۱۳/۲۴	۷۷/۴۰	۱۲/۹۹	۸۹/۱۳	۱۳/۲۴	۱۵	درمان شناختی رفتاری	های ناکارآمد

با توجه به تعداد متغیرهای جمعیت شناختی و به منظور تعیین متغیرهای کنترل در آزمون اندازه های

تکراری در جدول ۳ همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای پژوهش

		همبستگی پیرسون							
		سن	تحصیلات	درآمد	مدت افسردگی	مدت مصرف دارو	جنسیت	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال
نشخوار فکری	همبستگی	-۰/۲۰۱	۰/۲۷۶	۰/۳۰۱	۰/۰۵۲	۰/۰۱۳	۰/۴۳۳*	-۰/۱۶۹	-۰/۳۹۴*
	معنی داری	۰/۱۴۳	۰/۰۷۰	۰/۰۵۳	۰/۳۹۳	۰/۴۷۳	۰/۰۰۸	۰/۱۸۵	۰/۰۱۶
نگرش های ناکارآمد	همبستگی	-۰/۰۶۴	۰/۰۴۸	۰/۱۰۲	-۰/۰۸۰	-۰/۱۲۱	۰/۱۰۸	-۰/۳۲۶*	-۰/۲۶۴
	معنی داری	۰/۳۶۸	۰/۴۰۱	۰/۲۶۹	۰/۳۳۶	۰/۲۶۲	۰/۲۸۵	۰/۰۳۹	۰/۰۸۰

با توجه به نتایج جدول ۳ بین نشخوار فکری با جنسیت ($r = ۰/۴۳۳, P < 0.01$) و وضعیت اشتغال ($r = -۰/۳۹۴, P < 0.05$) رابطه معنی داری وجود دارد. بین شاخص نگرش های ناکارآمد با وضعیت تأهل ($r = -۰/۳۲۶, P < 0.05$) رابطه معنی داری وجود دارد. بر اساس نتایج جدول ۴-۱۹ فرض نرمال بودن برای نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به ترتیب ($p > 0.05$) و ($p > 0.05$) و شاپیرو-ویلکس ($p > 0.05$) و ($p > 0.05$) و ($p > 0.05$) تأیید گردیده است. همچنین پیش فرض برابری کواریانس ها روابط متغیرهای وابسته شاخص های آسیب پذیری در دو گروه برای نشخوار فکری ($F = ۱۰/۵۸۶, \text{Box's } M = ۱۰/۵۵۸, p > 0.05$) و نگرش های ناکارآمد ($F = ۱/۰۴۴, \text{Box's } M = ۷/۰۹۳, p > 0.05$) تأیید گردیده است. پیش فرض برابری واریانس ها نیز در برای نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد در مرحله پیش آزمون ($F = ۰/۱۵۵, p > 0.05$) و ($F = ۰/۲۸۷, p > 0.05$)، پس آزمون ($F = ۱/۰۳۴, p > 0.05$) و ($F = ۱/۲۵۶, p > 0.05$) و پیگیری ($F = ۱/۱۱۹, p > 0.05$) و ($F = ۰/۱۰۷, p > 0.05$) تأیید گردیده است. در ادامه به منظور بررسی پیش فرض تساوی ماتریکس کواریانس ها در مراحل زمانی سه گانه (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. براساس نتایج این پیش فرض، در متغیر نشخوار فکری ($\text{Mauchly's } W = ۰/۳۳۳, \text{Chi Square} = ۰/۳۳۳, p > 0.05$) و در متغیر نگرش های ناکارآمد ($\text{Mauchly's } W = ۰/۵۶۴, \text{Chi Square} = ۱۴/۸۷۸, p < 0.01$) تأیید شد.

تأیید نگردید. با این حال از آزمون‌های گرین‌هوس و گیسر، هوینه و فلدت و نیز برآورد دامنه پایین‌تر به منظور تصحیح استفاده گردید.

جدول ۴. نتایج آزمون درون گروهی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

	اثر	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور تا	توان
نشخوار فکری	زمان	۰/۱۶۵	۶۳/۴۲۶	۲	۲۴	۰/۸۳۵	۱/۰۰۰
	زمان*جنسیت	۰/۹۸۵	۰/۱۹۶	۲	۲۴	۰/۸۲۴	۰/۰۷۷
	زمان*وضعیت اشتغال	۰/۹۶۸	۰/۴۰۹	۲	۲۴	۰/۶۶۸	۰/۱۰۹
	زمان*گروه	۰/۰۹۳	۱۲۲/۳۰	۲	۲۴	۰/۹۰۷	۱/۰۰۰
نگرش‌های ناکارآمد	زمان	۰/۰۵۰	۲۴۷/۳۰	۲	۲۴	۰/۹۵۰	۱/۰۰۰
	زمان*وضعیت تأهل	۰/۹۶۹	۰/۴۲۱	۲	۲۴	۰/۶۶۱	۰/۱۱۱
	زمان*گروه	۰/۸۴۵	۲/۳۷۶	۲	۲۴	۰/۱۱۳	۰/۴۳۷

نتایج در جدول ۴ نشان داد تأثیر تعامل زمان و عضویت گروهی در مجموع بر نمرات نشخوار فکری معنی دار است ($P < 0.01$) و میزان تفاوت بین این نمرات در مجموع بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، ۹۰ درصد می باشد. همچنین تأثیر زمان نیز بر نمرات نشخوار فکری معنی دار است ($P < 0.01$) و میزان تفاوت بین این نمرات در مجموع بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، ۸۳ درصد می باشد. اما تنها اثر زمان نیز بر نمرات نگرش‌های ناکارآمد معنی دار است ($P < 0.01$) و میزان تفاوت بین این نمرات در مجموع بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، ۹۵ درصد می باشد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس برون گروهی با اندازه‌گیری مکرر

	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور تا	توان
نشخوار فکری	جنسیت	۹۱۷/۹۶۸	۱	۹۱۷/۹۶۸	۵/۵۰۵	۰/۰۲۷	۰/۱۷۵	۰/۶۱۸
	وضعیت اشتغال	۵۸۶/۷۸۵	۱	۵۸۶/۷۸۵	۳/۵۱۹	۰/۰۷۲	۰/۱۱۹	۰/۴۳۹
	گروه	۱۰۷۶/۸۰۳	۱	۱۰۷۶/۸۰۳	۶/۴۵۷	۰/۰۱۷	۰/۱۹۹	۰/۶۸۷
نگرش‌های ناکارآمد	وضعیت تأهل	۱۳۵۲/۵۳۷	۱	۱۳۵۲/۵۳۷	۲/۶۴۸	۰/۱۱۵	۰/۰۸۹	۰/۳۴۸
	گروه	۰/۱۸۱	۱	۰/۱۸۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود در متغیر نشخوار فکری علاوه بر تأثیر گروه که به دلیل تفاوت دو درمان ترکیبی و شناختی رفتاری در این متغیر است، اثر جنسیت نیز معنی دار بوده است ($P < 0.05$). در متغیر نگرش‌های ناکارآمد بین دو درمان روانی-اجتماعی و شناختی رفتاری تفاوت معنی داری وجود نداشته است ($P > 0.05$). نتایج مقایسه‌های زوجی مراحل زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. مقایسه‌های زوجی مراحل زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

ابعاد	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطا	سطح معنی داری
نشخوار فکری	پیش آزمون	*۲۵/۸۳۳	۰/۴۳۹	۰/۰۰۰
	پیگیری	*۲۰/۱۰۰	۰/۴۷۸	۰/۰۰۰
	پس آزمون	*-۵/۷۳۳	۰/۴۴۰	۰/۰۰۰
نگرش‌های ناکارآمد	پیش آزمون	*۳۲/۱۶۷	۰/۶۵۱	۰/۰۰۰
	پیگیری	*۲۱/۸۰۰	۰/۳۷۸	۰/۰۰۰
	پس آزمون	*-۱۰/۳۶۷	۰/۷۵۳	۰/۰۰۰

نتایج مقایسه‌های زوجی مراحل زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ نشان داد؛ در تمام متغیرهای پژوهش بین این مراحل تفاوت معنی داری وجود داشته و مجموع نمرات شاخص‌ها کاهش معنی داری داشته و این موضوع در پیگیری نیز تداوم داشته است ($P < 0.01$). بدین معنی که حداقل هر دو درمان روانی-اجتماعی و شناختی رفتاری موثر بوده‌اند.

جدول ۷. مقایسه‌های زوجی دو روش ترکیبی و شناختی رفتاری در پس آزمون

ابعاد	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطا	سطح معنی داری
نشخوار فکری	ترکیبی	*-۶/۹۸۴	۲/۷۴۸	۰/۰۱۷
نگرش‌های ناکارآمد	ترکیبی	-۰/۰۹۱	۴/۸۱۰	۰/۹۸۵

نتایج مقایسه‌های زوجی در جدول ۷ نشان داد بین گروه‌های با درمان ترکیبی و شناختی رفتاری در نشخوار فکری تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به این نتیجه و میانگین این دو متغیر، درمان ترکیبی در نشخوار فکری موثرتر از شناختی رفتاری می‌باشد. همچنین بین درمان ترکیبی و شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد تفاوت معنی داری وجود نداشته، درحالی که این دو درمان بر این متغیر نیز موثرند.

جدول ۸. مقایسه‌های زوجی نشخوار فکری در جنسیت

ابعاد	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطا	سطح معنی داری
نشخوار فکری	مرد	*-۷/۷۸۰	۲/۹۳۳	۰/۰۱۳

نتایج مقایسه‌های زوجی نشخوار فکری در جنسیت نشان داد بین گروه‌های با جنسیت مختلف در تأثیرپذیری درمانها تفاوت وجود دارد. هرچند نشخوار فکری زنان بالاتر از مردان بود، لیکن اثربخشی درمان روانی-اجتماعی در مردان در مقایسه با زنان بیشتر بوده است.

نتیجه

نتایج نشان داد بین نشخوار فکری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود داشته و نشخوار فکری با دو درمان روانی-اجتماعی با درمان شناختی-رفتاری CBT کاهش یافته است. اما بین تأثیر دو درمان نیز تفاوت معنی دار بود و اثربخشی درمان روانی-اجتماعی به نسبت درمان شناختی-رفتاری بیشتر بوده و نمرات نشخوار فکری کاهش معنی دار بیشتری داشته است. درمان روانی-اجتماعی در واقع درمانی ترکیبی از طرحواره درمانی، درمان فعال سازی رفتاری، درمان شناختی-رفتاری، روان درمانی بین فردی و روان درمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی است. نتایج این مطالعه نشان اثربخشی درمان روانی-اجتماعی به نسبت درمان شناختی-رفتاری بیشتر بوده و نمرات میزان نشخوار فکری کاهش معنی دار بیشتری داشته است. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری، میتوان اذعان نمود که، اجزای مهم درمان شناختی رفتاری برای افسردگی عبارت‌اند از تمرکز بر کمک به بیمار جهت حل مشکلات همچنین شناسایی، ارزیابی و پاسخ به تفکر افسرده، به خصوص افکار منفی در مورد خود، جهان و آینده (Clark & Beck, 2010). اما سایر درمانهایی که به درمان شناختی رفتاری اضافه شده شامل مواردی است که می‌توانند اثربخشی بالاتر درمان روانی-اجتماعی به نسبت درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری باشند. بنابراین می‌توان انتظار داشت، درمان روانی-اجتماعی به نسبت درمان شناختی-رفتاری دارای اثربخشی بیشتر بوده و میزان نشخوار فکری را بیشتر کاهش دهد. در همین راستا نشخوار فکری نیز، به عنوان فکر تکراری و منفعلانه درباره عوامل تسریع کننده احتمالی، نشانه‌های فعلی و پیامد نشانه‌های افسرده ساز تعریف می‌شود (Nolen-Hoeksema, 1991) و نشخوار افسرده ساز، شامل مرور مکرر ناامیدی‌ها و اشتباه‌های شخصی، تمرکز بر احساسات افسردگی و انزوا، سؤال درباره کیفیت زندگی و فکر کردن به بی‌کفایتی‌های شخصی است (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). فرضیه‌ها بر این اساس استوار است که مکانیزم اجتنابی همچون نشخوار، از پردازش هیجانی حادثه منفی جلوگیری می‌کند و موجب تداوم افکار و خاطرات مزاحم می‌شود (Williams & Moulds, 2007).

در اشکال افسردگی مزمن افراد را در یک چرخه مخرب فکر نشخوار ساز گیر بیاندازد که افکار منفی را تشدید می‌کند و موجب احساس ناامیدی می‌شود. این وضعیت با تمایل کلی افراد افسرده به انعطاف

ناپذیر بودن، شدت یافته و آنها را به سمتی سوق می دهد که علی رغم تبعات منفی نشخوار، در آن اصرار می ورزند (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). سوگیری های شناختی افراد مستعد افسردگی (Beck, 1996) به محض ایجاد خلق افسرده تشدید می شود و همین وضعیت هیجانی می تواند تداعی های مربوط به خاطرت هماهنگی با خلق را راه اندازی می کند، از این رو، قابلیت دسترسی به مواد منفی را افزایش می دهد و افزایش دسترسی پذیری افکار هماهنگ با خلق و توانایی پرت کردن حواس به وسیله ی مواد مثبت را مختل می سازد و شکستن چرخه نشخوار مشکل تر می شود (Wenzlaff & Wegner, 2000). همچنین یافته های پژوهش نشان داد که نشخوار فکری در زنان بالاتر از مردان است و نیز اثربخشی درمان ترکیبی بر نشخوار فکری در مردان در مقایسه با زنان بیشتر بوده است. بر اساس یافته های نولن هوکسما و مورو (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1973) زنان بیش از مردان گرایش به نشخوار فکری دارند. در نظریه سبک های پاسخ، تفاوت های جنسیتی در گرایش به نشخوار فکری به عنوان واسطه ای برای تفاوت های جنسیتی در افسردگی در نظر گرفته می شود. برای نمونه، مشخص شده است که زنان نسبت به مردان، به دلایلی چون درآمد پایین و نارضایتی در ازدواج، استرس بیشتری را گزارش می کنند. این تفاوت های جنسیتی، در تجربه استرس مزمن، می تواند تا اندازه ای در بروز تفاوت های جنسیتی در نشخوار فکری سهم داشته باشد (Nolen-Hoeksema, 2000). همچنین نولن هوکسما و جکسون (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) بر مبنای یافته های پژوهش های جامعه مدار، یک الگوی شخصیتی سه مؤلفه ای را پیشنهاد می کنند که می تواند در بروز تفاوت های جنسیتی در نشخوار فکری سهم بگیرد. اول، باورهای زنان نسبت به هیجانات منفی و مشکل در کنترل این هیجانات است که با نشخوار فکری ارتباط دارد. زنان اعتقاد دارند، هیجانات منفی شدید تر از آن هستند که بتوان آنها را کنترل کرد. همچنین زنان ممکن است اعتقاد داشته باشند هیجانات شدید در آنها در مقایسه با مردان، بیشتر به عواملی بستگی دارد، که از کنترل پذیری کمتری برخوردارند (مانند، هورمون ها). دوم، زنان بیشتر احتمال دارد، احساسات خود را، مسئول وضعیت هیجانی روابط شان بدانند و تمام بار حفظ روابط مثبت با دیگران را، به دوش بکشند. این باور، با افزایش در نشخوار فکری، رابطه دارد. سوم، زنان بیش از مردان، احساس می کنند در مورد حوادث مهم زندگی شان، از کنترل کمتری برخوردارند و باید توجه داشت که افراد با احساس کنترل کمتر، نشخوار فکری بیشتری را گزارش می کنند. احساس کنترل پایین سهم عمده ای از تفاوت های جنسیتی در افسردگی را به عهده دارد. این سه مولفه در کنار یکدیگر، نقش میانجی را در تفاوت های جنسیتی در افسردگی به عهده دارند. بنابراین می توان انتظار داشت که زنان در این پژوهش نیز؛ هم دارای نشخوار فکری بالاتری باشند و هم به نسبت

مردان به دلایل مذکور مقاومت درمانی بیشتری داشته باشند.

نتایج نشان داد بین نگرش‌های ناکارآمد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود داشته و میزان نگرش‌های ناکارآمد با دو درمان درمان‌روانی-اجتماعی و شناختی-رفتاری CBT کاهش یافته است. اما میان اثربخشی دو درمان در نگرش‌های ناکارآمد تفاوت معنی‌داری وجود نداشته و نمرات نگرش‌های ناکارآمد با هر دو درمان به میزان مشابهی کاهش داشته است. از دیدگاه بک (Beck, 1988) نگرش‌های ناکارآمد عبارتند از نگرشهایی که فرد را در برابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کنند. این نگرشها بلافاصله و بعد از وقوع رویدادهای منفی زندگی فعال می‌شوند و پس از فعال شدن، الگویی از پردازش اطلاعات را تحریک می‌کنند که سوگیری منفی دارند، یا به عبارت دیگر با خطاهای منفی در تفکر مشخص می‌شوند. این نگرشهای منفی می‌توانند از عوامل ناکارآمد کننده سلامت روانی باشند. نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهای هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (Lotfi Kashni, 2008).

همچنین مطابق دیدگاه شناختی افسردگی می‌تواند ناشی از فرآیندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلالات نقش مهمی ایفا کند از جمله سوگیری تعبیر و نگرش‌های ناکارآمد می‌باشد (Fawzy, Hecker & Clark, 2006). این موضوع شامل مؤلفه‌هایی چون: کامل‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب‌پذیری و ارزشیابی عملکرد در مورد خود، دیگران و آینده می‌باشد (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). بسیاری از مطالعات مطابق نظر بک معتقدند که نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند منجر به آسیب‌پذیری شناختی در افسردگی و در شکل‌گیری، سبب‌شناسی و دوام آن نقش داشته باشد (Kerqeli, Kelpi & Tsigilis, 2013). رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و آشفتگی‌های روانی در جمعیت عادی، توسط کاماری و بلکبرن (Kumari & Blackburn, 2005)، بررسی گردید و نتیجه نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل خلق افسرده در افراد است. همچنین میراندا و همکاران (Miranda & et al, 2003)، به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای ناکارآمد و علائم اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد. بنابراین افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در تعامل با یکدیگرند و می‌توان نتایج مطالعات مطرح شده را همخوان با نتیجه این پژوهش دانست.

هر دو درمان روانی-اجتماعی و شناختی رفتاری موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن شد. مفهوم نگرش‌های ناکارآمد اولین بار توسط بک (Beck, 2003, 1976, 1979) در

توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی در ایجاد و پایایی اختلال افسردگی مطرح شد. از طرفی اجزای هر دو درمان بر کاهش سوگیری منفی تأکید دارند. موضوعی که در نگرشهای ناکارآمد موجب آسیب پذیری بیشتر فرد را در مقابل افسردگی فراهم میکند. در درمان شناختی رفتاری شناسایی، ارزیابی و پاسخ به تفکر افسرده، به خصوص افکار منفی در مورد خود، جهان و آینده، مدنظر است، که بر همین اساس می توان نگرشهای ناکارآمد را با این درمان به شکل مناسبی کنترل نمود. همچنین این نگرشها بلافاصله و بعد از وقوع رویدادهای منفی زندگی فعال می شوند و پس از فعال شدن، الگویی از پردازش اطلاعات را تحریک می کنند که سوگیری منفی دارند. از طرفی خودانگاره ناسازگار، شامل نگرشهای ناکارآمد، آسیب پذیری فرد را در رویارویی با وقایع پرتنش زندگی افزایش می دهد (You, Merrit & Conner, 2009). در درمان ترکیبی نیز از اهداف عمده، بهبود تنظیم هیجانی است که موجب کاهش این میزان از آسیب پذیری در مواجهه با عوامل فشارزا می گردد. در نهایت می توان انتظار داشت که این دو روش درمانی بتوانند نگرشهای ناکارآمد را کاهش دهند.

درمان روانی-اجتماعی، مبتنی بر مقوله های اصلی افسردگی مزمن بود و حاصل ترکیب درمان های عمده و شناخته شده ای است و علاوه بر تأکید بر شناسایی، ارزیابی و پاسخ به تفکر افسرده، به خصوص افکار منفی در مورد خود، جهان و آینده و کاستی های درون فردی، به افزایش پیوستگی های تقویتی محیطی، روابط میان فردی، نقش روابط اجتماعی و خانوادگی، وجود طرحواره های ناسازگار اولیه متنوع و جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب، و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه و افزایش احساس مسئولیت پذیری، توجه ویژه ای دارد. بنابراین پیشنهاد می گردد درمانگران مرتبط با بیماران با افسردگی مزمن و نیز مراجعان با مشکلات نشخوار فکری و نگرشهای ناکارآمد، به منظور صرفه جویی مناسب در زمان و هزینه بیماران، از آن استفاده نمایند. در انتها از محدودیتهای پژوهش حاضر میتوان به مواردی چون وجود محدودیت در مشخص نمودن بهترین گروه هدف برای هر کدام از این مداخله های درمانی از محدودیتهای پژوهش حاضر بود. علاوه بر نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد، عدم توجه به ابعاد بیشتری علاوه بر نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد، طول مدت پیگیری اثرات درمانی محدود (۱ ماهه) اشاره نمود.

References

- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. (1996). Hamilton dep-resyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*; 4:251-259.
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A. & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: a critical review. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck A. T, Steer R.A, Brown G. K.(1996). *Beck Depression Inventory –2nd edition manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN.(1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population.*Psychological Assessment*. 3(3):478–83.
- Beck, A. T. (1988). Anxiety and depression: *An information processing perspective*. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A.T; Freeman, A.M; Davis, D. D. (2003). *Cognitive therapy of personality disorder*. Second edition. New York; Guilford press: 92-115.
- Brockmeyer, T., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H., Backenstrass, M.(2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *Affect*;175,418–423.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Theory and Therapy of Anxiety and Depression: Convergence with Neurobiological Findings. *Trends in Cognitive Science*, 14, 418-424.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62.
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699-711.
- De Jong R, Treiber R, Henrich G.(1986). Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions. *Cog Ther Res* 10:645–663.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., John P. O'Reardon, Margaret L. Lovett, Madeline M. Gladis, Laurel L. Brown, Robert Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-41.
- Dimidjian, S., Hoollon, S.D., Dobson, K. s., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.e., al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication I the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658- 670.
- Dowd, E. T. (2004). Depression: theory, assessment and new direction in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 413-423.
- Dunner DL, Schmaling KB, Hendrickson H, Becker J, Lehman A, Bea C .(1996). Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. *Depression* 4:34–41.
- Ebrahimi A, Mosavi. S. GH.(2013). Psychometric Properties of The Dysfunctional Attitude Scale-26 DAS-26) in Patients with Mood Disorders. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 21(5):20-28.
- Fati, Laden (1991). Comparison of the efficacy of confrontation with the prevention of clomipramine response and the combination of these two methods in the treatment of the obsessive-compulsive disorder. *Master's thesis for clinical psychology*. Tehran Psychiatric Institute. (In Persian)
- Fawzy, T. I.; Hecker, J. E. and Clark, J. (2006); The relationship between cognitive avoidance and attentional bias for snake-related thoughts. *J Anxi diso*; 20: 1103-1117.
- First, Mb., Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS. (1997). *Structured Clinical*

- Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II).* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Gharaee, B. (1993) A Study of Some Cognitive Patterns in Patients with Comorbidity of Anxiety and Depression. *The thesis of Master of Science (MSc), Iran University of Medical Sciences* (In Persian).
- Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH,(2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatr Scand.*112(6):425-33.
- Gonzales L, Lewinsohn P, Clarke G.(1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *J Consult Clin Psychol* 53:461–469.
- Grant, J.E. Steinberg, M.A. Kim, S.W. Rounsaville, B.J. Potenza M.N. (2004).Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling.*Psychiatry Research*, 128 (1) : 79-88.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–62.
- Harpin RE, Liberman RP, Marks I, Stern R, Bohannon WE.(1982). Cognitive-behavior therapy for chronically depressed patients: a controlled pilot study. *J Nerv Men Dis* 170:295–301.
- Hellerstein, D. Erickson, G. Stewart, J.W. McGrath, P.J. Hunnicutt-Ferguson K., Reynolds, S.K. O'Shea, S. Chen, Y. Withers, A. Wang, Y.(2015). Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 140-147
- Kërqeli A, Kelpi M, Tsigilis N.(2013). Dysfunctional attitudes and their effect on depression. *Procedia - Social & Behavioral Sciences*, 84:196–204.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E..(2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*,62(6), 593-602.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S.. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression.*The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 872-880.
- Klein, J.F. Becker, B. Hurlemann, R. Scheibe, C. Colla, M. Heuser.I.(2014). Effect of specific psychotherapy for chronic depression on Neural Responses to emotional faces. *Journal of Affective Disorders*, 166, 93-97.
- Kumari, N., and Blackburn, I. M. (2002). How specific are negative automatic thoughts to a depressed population? An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 167-176.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Lotfi Kashni, F. (2008). The effect of group counseling with regard to cognitive., 2(8), 67-78. (In Persian)
- Malogiannis, I.A.; Arntz, A.; Spyropoulou, A.; Tsartsara, E.; Aggeli, A.; Karveli, S.; Vlavianou, M.; Pehlivanidis, A.; Papadimitriou, G.N.; Zervas, I.(2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 45(3), 319-29.
- McCullough JP.(2000). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Mercier M, Stewart J, Quitkin J.(1992).A pilot sequential study of cognitive therapy and

- pharmacotherapy of atypical depression. *J Clin Psychiatry* 53:166–among ruminators
- Michael B. First, M.D., Janet B. W. Williams, Ph.D., Rhonda S. Karg, Ph.D., and Robert L. Spitzer, M.D.(2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5®Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association
- Miranda, J., Gross, J. J. Persons J. B. & Hahn, J. (2003). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression cognitive. *Therapy and Research*, 22, 363-376.
- Molavi, Hossein. (2007). *SPSS10-13-14 Practical Guide to Behavioral Sciences*. Isfahan: Pouyesh Andisheh.
- Moore, R.& Garland, A.(2003). *cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Wiley Editorial.
- Morris, BH.(2005). Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies. *Br. J. Clin. Psychol.*48:255–273.
- Mufson, L., Moreau, D. & Weissman, M. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescence (IPT-A): phase I and phase II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33:695-705.
- Nolen-Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 109:504–511.
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, S. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37–47
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569- 582.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Nolenn-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larsen, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64,92-104.
- Oliver, J., M. Klocek, J. & Wells, A. (2003). Depressed and anxious moods mediate relations among perceived socialization, self-focused attention, and dysfunctional attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 726-739.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26.
- Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research* , 22,401-423.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals.*Behaviour Research and Therapy*, 26., 1283–1289.
- Samsam Shariat SMR, Neshat Doost HT, Kalantari M, Oreyzi Samani SHR.(2017). Treatment based on the native model of psycho-social vulnerability to chronic depression. *Journal of Cultural psychology. Iran.* 1(1):52-84. (In Persian).
- Samsam Shariat SMR, Neshat Doost HT, Kalantari M, Oreyzi Samani SHR.(2017). Applied Indicators in Treatment Approaches to Chronic Depressive Disorders. *International Journal of Behavioral Sciences*. 15(3):386-396 (In Persian).
- Samsam Shariat SMR, Neshat Doost HT, Kalantari M, Oreyzi Samani SHR.(2017). Formulating the psychosocial vulnerability model of chronic depression: The grounded theory.

- Knowledge & Research in Applied Psychology*. 18(1) 67: 83-99. (In Persian).
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari-Ashtiani, R. Hakim-Shoostari, M., Seddigh, A., & Jalali, M. (2009). A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: Psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 86-91 (In Persian).
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R., & Beekman, A.. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(4), 193-200.
- Swan, J.S. Vicar, R.M. Christmas, D. Durham, R. Rauchhaus, P. McCullough JrJ.P., Matthews. K. (2014). Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression: Clinical characteristics and six-month clinical outcomes in an open case series. *Journal of Affective Disorders*, (152,154), 268-276.
- Taubner.S. (2013). *Working with Unconscious and Explicit Memories in Psychodynamic Psychotherapy in Patients with Chronic Depression*. Hurting Memories and Beneficial Forgetting: 153-163.
- Thase ME, Reynolds CF, Frank E, Simons AD, Garamoni GD, McGeary J, Harden T, Fasiczka AL, Cahalane JF. (1994). Response to cognitive-behavioral therapy in chronic depression. *J Psychother Pract Res* 3:204-214.
- Torpey, D. C., & Klein, D. N. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 10(6), 458-464.
- Wenzlaff RM, Wegner DM. (2000). Thought suppression. *Annu. Rev. Psychol.* 51:59-91
- Williams, A. D., & Moulds, M. L. (2007). Cognitive avoidance of intrusive memories: recall vantage perspective and associations with depression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1141-1153.
- Yang, C.; Klasko, J.; Vyshar, d(2007). *SchemaTherapy. Translation of Hmy dp vrand Z. Andrews*. Tehran Venerable.
- You, S., Merriit, R. D., & Conner, K. R. (2009). Do gender differences in the role of dysfunctional attitudes in depressive symptoms depend on depression history? *Journal of Personality and individual differences*, 46, 218-223.



زواشکیانی، یاسمن؛ مجتبیایی، مینا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان بهبود رابطه والد کودک بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی در کودکان طلاق.

DOI: 10.22067/ijap.v9i1.75287

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۱)، ۱۲۱-۱۱۴.

اثربخشی درمان بهبود رابطه والد کودک بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی در کودکان طلاق

یاسمن زواشکیانی^۱، مینا مجتبیایی^۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۲۹

چکیده

هدف: در این مقاله، هدف تعیین اثربخشی درمان CPRT بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی در کودکان طلاق است.

روش: این پژوهش به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل به‌اجرا درآمده است. جامعه آماری این پژوهش والد‌های طلاق گرفته‌ای است که فرزندان آنان در بازه سنی ۲ تا ۶ سال قرار دارند و به اختلال اضطراب جدایی دچار هستند. نمونه‌گیری با استفاده از روش غیر تصادفی، هدفمند همراه با غربالگری صورت گرفت و برای برآورد حجم نمونه از جدول کوهن استفاده شد. با مراجعه به مهدهای کودک و دادگستری شهرستان مشهد نمونه‌های پژوهش حاضر گردآوری شده است. مطابق پرسش‌نامه SAAS-P از میان افرادی که فرزندان آنان اضطراب جدایی داشتند، ۳۵ نفر اعلام آمادگی کردند. این تعداد به‌طور تصادفی به دو گروه، آزمایش با ۱۷ نفر و کنترل با ۱۸ نفر قرار گرفتند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمان CPRT انجام شد، درحالی‌که گروه کنترل، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد.

یافته‌ها: داده‌های به‌دست‌آمده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که طی آن نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان CPRT کاهش معناداری در علائم اضطراب جدایی ایجاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب جدایی، درمان CPRT، طلاق

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد رودهن، (نویسنده مسئول)، yzooashkiyani@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن

مقدمه

همه کودکان در طول زندگی خود ترس و اضطراب را به عنوان دو هیجان طبیعی تجربه می‌کنند و این اضطراب بیشتر زمانی است که از مراقبان اصلی خود دور می‌شوند. براساس دوره‌های رشد، بروز اضطراب جدایی در سال‌های نوپایی کودک یعنی ۱۸ تا ۲۴ ماهگی، عادی می‌باشد و در صورتی که نشانه‌های اضطراب جدایی از این مرحله فراتر رود و در سنین و مراحل بعدی رشد ادامه یابد، از نظر روان‌شناسی بالینی باید به این علائم توجه شود (Cartwright-Hatton, MacNickel, Doubleday, 2006). با این وجود، خصیصه اصلی اختلال اضطراب جدایی، اضطراب غیرواقعی و مفرط درباره جدایی یا پیش‌بینی جدایی از خانه یا کسانی است که شخص به آن‌ها دلبستگی دارد و این اضطراب در سطح رشدی فرد از حد انتظار فراتر است. کودکان مبتلا به این اختلال وقتی احساس می‌کنند که لحظه جدایی نزدیک است، در آن لحظه گریه می‌کنند یا علائم ناراحتی دیگری را از خود نشان می‌دهند (Sadock & Sadock, 2007).

در مجموع می‌توان گفت، درمان بهبود رابطه والد-کودک بر اهمیت رابطه والد-فرزند و آنچه کودک قابلیت تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می‌کند و هدف از این روش کمک به والدین به شیوه‌ای است که باعث آزاد شدن قدرت درونی سازنده، خلاق و حرکت رو به جلوی کودک می‌باشد که در نهایت موجب تقویت بهبود روابط والد-فرزند از طریق بهبود کیفی روابط و استراتژی‌های حل مسئله و افزایش احساس محبت، صمیمیت و اعتماد خانوادگی است. لذا، با توجه به مطالب فوق الذکر و ازدیاد آمار طلاق و لزوم کمک به کودکانی که در چنین خانواده‌هایی زندگی می‌کنند و ضروری بودن پیشگیری از خطرات احتمالی و صدمات جبران‌ناپذیر این معضل اجتماعی که پیش از همه دامان کودکان معصوم را می‌گیرد، هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان بهبود رابطه والد-کودک از طریق بازی به عنوان یک مداخله درمانی بر روی اضطراب جدایی کودکان والدین طلاق گرفته است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل است. در این پژوهش جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه والد‌های مطلقه که دارای کودک ۲ تا ۶ سال دارای علائم اضطراب جدایی بودند که در سال ۱۳۹۶ به مرکز مهر عاطفه‌ها، مهدکودک‌ها و بهزیستی شهرستان مشهد مراجعه کردند. نمونه پژوهش حاضر با حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) می‌باشد. برای برآورد حجم نمونه از جدول کوهن^۱ با اندازه اثر ۰/۴ و توان آزمون ۰/۷ استفاده شد. بنابراین، حجم

1. Cohen

نمونه شامل ۴۰ واحد آزمایشی تعیین شد. در طول پژوهش ۳ نفر در گروه آزمایش به خاطر غیبت بیش از ۲ جلسه و در گروه کنترل ۲ نفر به خاطر عدم پاسخگویی حذف شدند.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به دلیل سختی کار به صورت غیرتصادفی انجام گرفت. بدین ترتیب که از طریق مهد کودک‌های شهرستان مشهد و همین‌طور دادگستری‌ها و مرکز مهر خانواده (زیر نظر دادگستری مشهد) و بهزیستی شهرستان مشهد اطلاع‌رسانی صورت گرفت. افراد گروه کنترل با توجه به جنس، سن، تحصیلات و طبقه اقتصادی با گروه آزمایش هم‌تا شدند. در ابتدا به گروه‌ها توضیح مختصری در رابطه با پژوهش و پرسشنامه‌ها ارائه شد و سپس در صورت تمایل به همکاری، پرسشنامه‌ها در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارتند از: ۱. سن والد بالای ۱۸ سال باشد، ۲. کودکان آن‌ها علائم اختلال اضطراب جدایی داشته باشند، ۳. حداقل شش ماه از طلاقشان گذشته باشد، ۴. سواد کافی برای خواندن داشته باشند، ۵. فرزند خود را پیش روان‌شناس نبرده باشند، ۶. والد کلاس‌های فرزندپروری را شرکت نکرده باشد، ۷. والد سرپرست کودک دو تا شش سال باشد، ۸. والد‌ها باید می‌توانستند ده جلسه را در ده هفته متوالی شرکت کنند، ۸. اعضای نمونه باغیت بیش از دو جلسه از پژوهش خارج شود.

ابزار پژوهش

ابزار این پژوهش پرسش‌نامه SAAS-P، سنجش اضطراب جدایی در کودکان پیش‌دبستانی بوده است. مقیاس سنجش اضطراب جدایی فرم والد این مقیاس ۳۴ ماده و چهار زیرمقیاس ترس از تنها ماندن، ترس از رهاشدن، ترس از بیماری جسمی و نگرانی درباره رویدادهای خطرناک است. والدین ماده‌ها را بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌کنند. دامنه نمره‌ها از یک (هرگز) تا چهار (همیشه) متغیر است. تمام سؤالات به صورت مستقیم نمره‌گذاری شده‌اند. ضریب همسانی درونی آزمون ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی ۰/۸۳ و روایی مناسب برای مقیاس سنجش اضطراب جدایی گزارش و این مقیاس را به‌عنوان ابزاری مفید برای شناسایی نشانه‌های اضطراب جدایی معرفی کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیرمقیاس‌های ترس از تنها بودن، ترس از رهاشدن، ترس از بیماری جسمی و نگرانی درباره رویدادهای خطرناک به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۸۳ به دست آمد (Ghanbari, Talaienejad, Mazaheri, & Asgari, 2015). آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۸۷ به دست آمده است. همچنین نمره کل و زیرمقیاس‌های سنجش اضطراب جدایی با نمره کل و بیشتر زیرمقیاس‌های مقیاس اضطراب پیش‌دبستانی اسپنس همبستگی مثبت معناداری دارند و تنها زیرمقیاس فراوانی رویدادهای

خطرناک که از زیر مقیاس‌های اصلی مقیاس محسوب نمی‌شود با برخی از زیرمقیاس‌های مقیاس اضطراب اسپنس همبستگی معنادار ندارد. از میان مؤلفه‌های اصلی این مقیاس، ترس از تنه‌اماندن، دارای بیشترین ضریب شاخص همسانی درونی بوده است و پس از آن به ترتیب، ترس از رهاشدن، ترس از بیماری جسمی و نگرانی‌ها درباره رویدادهای خطرناک قرار می‌گیرند.

روش اجرا

پس از ارزیابی، اگر آزمودنی‌ها اختلال اضطراب جدایی داشتند، به جلسات درمانی وارد می‌شدند. در جلسات درمان با بهره‌گیری از مداخلات مبتنی بر درمان بهبود رابطه والد و کودک این امکان وجود دارد که در ۱۰ جلسه هفته‌ای یک‌بار از طریق استفاده از زمان‌های بازی ۳۰ دقیقه‌ای رابطه والد با کودک را تقویت کرد. این شیوه ترکیبی از بازی درمانی و رویکردهای آموزش والدین است. با این تفاوت که بر رابطه والد کودک تمرکز دارد و بیشتر از تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور استفاده می‌کند. والدین تحت نظارت یکی از متخصصان بازی درمانی آموزش می‌بینند و سپس تکنیک‌های بازی درمانی کودک محور را در منزل با استفاده از مجموعه‌ای خاص از اسباب‌بازی‌ها اجرا می‌کنند. خلاصه محتوای جلسات آموزشی بهبود رابطه والد و کودک در جدول زیر ذکر شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی CPRT

جلسات درمان	عنوان و روند جلسات
جلسه اول	معارفه گروهی و دادن کتابچه‌های راهنما به هریک از والدین، توضیح مختصری درباره اهداف آموزشی رابطه والد کودک و مفاهیم ضروری آن و توضیح بحث پاسخ‌گویی انعکاسی
جلسه دوم	مرور تکالیف منزل، اصول اساسی جلسات بازی، نمایش و معرفی مجموعه اسباب‌بازی‌های لازم جلسات بازی و دادن لیست اسباب‌بازی‌ها
جلسه سوم	مرور تکالیف منزل، معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی
جلسه چهارم	مرور تکالیف منزل، اعمال سه‌گانه محدودیت گذاری
جلسه پنجم	مرور تکالیف منزل، مرور مهارت تعیین محدودیت
جلسه ششم	مرور تکالیف منزل، مهارت ارائه حق انتخاب به کودک
جلسه هفتم	مرور تکالیف منزل، ارائه مهارت‌هایی برای ایجاد و بهبود احساس شایستگی در کودک
جلسه هشتم	مرور تکالیف منزل، ارائه مهارت‌هایی برای چگونه تشویق کردن کودک
جلسه نهم	مرور تکالیف منزل، یادگیری مهارت‌هایی برای تعیین محدودیت‌های پیشرفته و تعمیم آن‌ها به خارج از جلسات بازی
جلسه دهم	مرور تکالیف منزل، جمع‌بندی مطالب و مرور هریک از مهارت‌ها

اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌های اضطراب و اضطراب جدایی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS بررسی و تجزیه و تحلیل شد. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی، میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرها و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها در جدول‌های ۲ تا ۵ ارائه می‌شود. در جدول ۲، اطلاعات توصیفی فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه نشان داده می‌شود.

جدول ۲: توزیع فراوانی به تفکیک گروه

گروه	فراوانی	درصد
آزمایش	۱۷	۴۹
کنترل	۱۸	۵۱
جمع	۳۵	۱۰۰

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی شاخص اضطراب جدایی

گروه n=۳۵	مراحل	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه
آزمایش	پیش‌آزمون	۴۰/۷۵	۸/۸۷	۴۸	۳۴
	پس‌آزمون	۳۳/۱۱	۹/۱۲	۳۹	۲۱
کنترل	پیش‌آزمون	۳۹/۰۷	۷/۳۰	۵۱	۴۳
	پس‌آزمون	۳۶/۲۳	۵/۹۸	۴۹	۴۲

نتایج یافته‌های توصیفی حاصل در جدول ۳، بیانگر آن است که نمره اضطراب جدایی افراد گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. این نشانه اثربخشی درمان CPRT است. در حالی، که نمره اضطراب جدایی افراد گروه کنترل تفاوتی نسبت به پیش‌آزمون نداشته است.

جدول ۴: آزمون لون برای بررسی مفروضه‌های همگنی واریانس خطا

متغیر	F	ضریب معناداری
پس‌آزمون اضطراب جدایی	۴/۱۱	۰/۰۱۳

با توجه به سطح معناداری به دست آمده از آزمون لون، مقدار واریانس خطا در دو آزمون تفاوت معناداری دارد، اما به دلیل استواری آزمون اصلی، می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین های مقیاس اضطراب جدایی در پس آزمون و با حذف اثر پیش آزمون در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس بین نمرات پس آزمون اضطراب جدایی گروه های آزمایش و گواه با کنترل نمره های پیش آزمون

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۶۰۷/۱۴۷	۱	۶۰۷/۱۴۷	۵۳/۸۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۸	۱/۰۰۰
گروه	۱۵۰۳/۱۸۷	۱	۱۵۰۳/۱۸۷	۶۶/۶۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۵	۱/۰۰۰

باتوجه به داده های جدول ۵، میانگین نمرات اضطراب جدایی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. همان گونه که در این جدول نشان داده شده است، میانگین نمره اضطراب جدایی در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کاهش معناداری یافته است.

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان CPRT بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان طلاق بود. از یافته های پژوهش حاضر یعنی مقادیر F و سطح معناداری آن ها چنین بر می آید که این شیوه درمانی موجب کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این معناداری آماری بر تأثیر مثبت جلسات درمان CPRT گروهی بر کاهش اضطراب جدایی در کودکان ۲ تا ۶ سال تأکید دارد، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود.

یافته های این تحقیق با سایر مطالعات هم خوانی دارد، برای مثال (Landreth & Bratton, 2005; Costas & Landreth, 1999; Kidron, 2004) نشان می دهند که والدین با کمک CPRT به درک و پذیرش بیشتری از کودکان رسیده اند. کودکان در خانواده های طلاق معمولاً احساس تنهایی می کنند و ممکن است حس رهاشدگی را از والدینشان بگیرند (Angarne-Lindberg, 2009). برقراری ارتباط با حداقل یکی از والدین باعث پیش بینی سلامت روان بهتر در بزرگسالی این کودکان می شود (Amato, 2004). طبق این مطالعه، ارتباط والدین با فرزندان نشان دهنده این است که CPRT می تواند اثرات بادوامی را در زندگی

کودکان داشته باشد. این جلسات توانسته به والدین برای ارتباط بهتر با فرزندشان کمک کند و والدین تغییرات مثبتی را در مورد فرزندانشان گزارش کردند. در مطالعه دیگری اثبات شد که کودکان در خانواده‌های طلاق در معرض مشکلات سازگاری‌های هیجانی قرار دارند (Harland, 2002) و با یادگیری روش‌های CPRT، والدین می‌توانند مشکلات رفتاری فرزندانشان را بهتر مدیریت کنند. درواقع جایگزینی والد به عنوان درمانگر و استفاده از ارتباط عاطفی موجود بین والد و کودک در جهت درمان، کمک کننده است و تمرکز بیش‌تری بر روی خوددرونی کودک و آن چیزی که قادر به تبدیل شدن بدان است، یعنی توانایی بالقوه کودک، متمرکز است. (Opiola & Bratton, 2012) نیز نشان دادند، روش درمانی CPRT به دلیل ارتباط والدین، آسیب روان‌شناختی و رفتاری در بین فرزندان و والدین را کاهش می‌دهد. این ارتباط سبب بهبود در رفتار کودکان، مهارت‌های رفتاری والدین و کیفیت ارتباط والد و فرزند می‌شود و این عوامل از عواملی می‌باشد که اساس این نوع درمان قرار می‌گیرد (Vanfleet, 2012).

References

- Amato, P.R. (2004). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269–1287.
- Ångarne-Lindberg, T., Wadsby, M., & Berterö, C. (2009). Young adults with childhood experience of divorce: Disappointment and contentment. *Journal of Divorce & Remarriage*, 50(3), 172-184.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E., (2006). Anxiety in neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833.
- Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of play therapy*, 8(1), 43-66.
- Ghanbari, S., Talaienejad, N., Mazaheri, M.A., & Asgari, A. (2015). Preliminary properties of separation anxiety assessment scale (Parent version). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 12(3), 225-235. (In Persian)
- Harland, P., Reijeveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., & Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(4), 176–184.
- Kidron, M. (2004). Filial therapy with Israeli parents. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 64(12-A), 4372.
- Landreth, G.L., & Bratton, S.C. (2005). *The 10-session CPRT model. In Child-parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Landreth, G. L. (2nd edn). (2002). *Play therapy: The art of relationship*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Opiola, K. K., & Bratton, S. (2012). The Efficacy of Child-Parent Relationship Therapy for Adoptive Families: A Replication Study. *Journal of counseling and development: JCD*, 96(2), 155-166.

- Sadock, B.J., & Sadock, V.A., (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (volume 2). Rezayi, F. Tenth Edition. Tehran: arjmandpoor. (In Persian)
- Vanfleet, R. (2012). Filial therapy: What every play therapist should know. *Play therapy press*. 57(7), 52-63.
- Walchack, Y & Bernz, S. (1984). *Divorce: The child's point of view*. Tehran: Nashr Markaz. (In Persian).

The Effectiveness of CPRT Therapy Method in Decreasing Symptoms of Separation Anxiety Disorder in Children of Divorce

Yasaman Zooashkiyani*

Mina Mojtabayi

Islamic Azad University, Roudehen Branch

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to investigate the effectiveness of CPRT therapy in decreasing separation anxiety disorder symptoms in children of divorce.

Method: The method of this study is semi-experimental and the design is implemented by a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all divorced parents whose children were 2-6 years old and had symptoms of separation anxiety disorder. Sampling conducted by a Purposive, non-random method with screening. In order to estimate the sample population, Cohen table was applied. The samples of the current research were collected by referring to kindergartens and the Judiciary of Mashhad. According to the SAAS-P questionnaire, 35 children declared their readiness and then randomly these subjects were divided into experimental (17 subjects) and control groups (18 objects). The experimental group had 10 sessions of CPRT therapy while the control group had no training. After training, a test was conducted for both groups. Then, data obtained from covariance analysis showed a significant reduction analyzed.

Findings: The results of covariance analysis showed a significant reduction in symptoms of separation anxiety in the experimental group. In addition, CPRT therapy on parents can reduce the symptoms of separation anxiety in children.

Keywords: Separation anxiety disorder, CPRT therapy, divorce.

*. yzooashkiyani@gmail.com

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Psychosocial Therapy on
Rumination and Dysfunctional Attitude in Patients with Chronic Depression

Seyed Mohammad Reza Samsam Shariat*

Hamid Taher Neshat Doost

Mehrdad Kalantari

Seyed Hamid Reza Oreyzi Samani

Isfahan University

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavior therapy and Psychosocial Therapy on rumination and dysfunctional attitude in patients with chronic depression.

Method: The Methods of the present study was semi-experimental research with a pretest-posttest design with two experimental groups. The statistical population included all patients with chronic depression in Isfahan city that 30 of them were selected through convenience sampling and then based on random assignment of subjects divided into two experimental groups (each group includes 15 subjects). The subjects responded to dysfunctional Attitude Scale (DAS) and Rumination Response Scale (RRS). Data were analyzed by using ANOVA with a repeated measure method.

Findings: The results showed that rumination and dysfunctional attitudes decreased in both groups ($P<0/001$). Moreover, decreasing were significantly different in two groups. Totally, the native model based treatment was more effective than CBT in rumination, but not dysfunctional attitudes. Psychosocial Therapy also was more effective in man than women.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, psychosocial treatment, chronic depression, rumination, dysfunctional attitudes.

*. Mohammad5ir@yahoo.com

The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy on Reduction Social Anxiety in Children and Adolescents with Stuttering

^aEsmail Barzegar*

^bAlireza Bostanipoor

^aKhadije Fotoohabady

^cEsmail Zohre

^aShima Ebrahimi

^aMarvdasht Branch, Islamic Azad University

^bIslamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran

^cYazd Islamic Azad University

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to investigate the effectiveness of solution-focused brief therapy on reduction social anxiety in children and adolescents with stuttering.

Method: The Methods of present study was quasi-experimental with pretest-posttest control group design. The statistical population included all children and adolescents aged 8 to 18 years with Stuttering referred to speech-therapy clinics of Shiraz city in the academic year 2016-2017. The sample consisted of 32 children and adolescents with stutter who had the social anxiety in the clinical boundaries, namely that their test scores were higher than 55, were selected and randomly divided into two experimental and control groups. Liebowitz social anxiety Scale for children and adolescents (2003) was used to collect data, which was administered as both the pretest and posttest. The content of solution-focused therapy sessions was provided according to the solution-focused therapy thesis by De Shazer. Data was analyzed by using descriptive statistics and multivariate analysis of variance (ANOVA) method.

Findings: The results of analysis of variance indicated that the mean scores on social anxiety in the experimental groups had significantly decreased in comparison with the mean scores on social anxiety in the control groups. Thus, it can be concluded that solution-focused brief therapy was effective in reducing social anxiety in children and adolescents with Stutter.

Keywords: Solution-Focused Brief Therapy; Social Anxiety; Stuttering; Children; Adolescents

*. counselor1363@yahoo.com

The Effectiveness of Group-Based Positive Psychotherapy on Efficient & Inefficient & Styles of Referrals to Other Coping Strategies

Javad Javanmard*

Alireza Rajaee

Farshid Khosrowpour

Zarand Islamic Azad University

Abstract

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Group-Based Positive Psychotherapy on Efficient & inefficient & Styles of referrals to other coping strategies in At Junior High School boy Students.

Method: The research design was quasi-experimental with pre-test, post-test & Trimester - follow - up with the control group. The statistical population of all 13- to 16-year-old male students was 240 students in one of the junior high schools of Fariman town in the academic year 1396-97 That The purposive sampling method, 34 students were selected. The experimental & control group included 17 participants. The intervention for the experimental group consisted of 10 sessions of 60 minutes of Positive psychotherapy. The research instrument was a questionnaire of coping strategies and the program of positive psychology Rashid (2008). Data were analyzed using repeated measure ANOVA.

Findings: The results showed that positive group psychotherapy has been effective in increasing coping strategies ($P<0/01$), & reduce non-efficient coping strategies ($P<0/01$), & increasing the styles of referral to others ($P<0/01$), in the students, & this effect has continued in the follow-up phase.

Keywords: Positive psychotherapy, coping strategies

*. Javanybahar@yahoo.com

The Effectiveness of Bowen's Approach on Self- Differentiation and Marital Satisfaction among Turkish and Turkmen Women

Reyhaneh Nilab*

Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi

Seyed Ali Kimiaee

Abstract

Purpose: The aim of this study is investigating the effectiveness of Bowen Systemic Approach to promoting self-differentiation and marital satisfaction among Tork and Turkmen women.

Method: The design of this study is quasi-experimental with a pretest-posttest control group design. The participants included 150 Turkish and Turkmen women who were clients of Taemin-Ejtemaei Hospital of Bojnord. They were randomly assigned to two groups of experimental and control groups with 8 and 7 members. The experimental group received 8 sessions of transactional of Bowen while the control group was not offered any intervention. Before and after the intervention, "Marital satisfaction" and "differentiation" questionnaire was completed by the participants.

Findings: Bowen's system education has a significant effect on marital satisfaction and the distinction between Turkish and Turkmen women. But there is no significant difference in regard to effectiveness. The findings also confirmed that the training of the Bowen system approach improves the marital differentiation and satisfaction in the experimental group.

Keywords: Bowen Systemic Approach, Differentiation of self, Marital Satisfaction, Turkish, Turkmen

* reyhaneh.nilab@gmail.com

Components of Loneliness in Relation to Friends in Adolescent Girls: Phenomenology Research

Neda Mehrandish*
Hossein Salimi Bajestani
Masoumeh Esmaeili

Allameh Tabataba'i University

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to determine The Components of loneliness in relation to friends in adolescent girls based on their lived experiences.

Method: This study is a qualitative and phenomenological study has been used to implement it. The sampling was targeted So that 135 UCLA Loneliness Scale was implemented on teenage girls with a mean age of 16 and 30 people who had high scores on the loneliness were selected as the study population. The main research tool was an interview and after 15 interviews and coded by using of Grounded theory, the data was reached to saturation point.

Findings: The components of loneliness in relation to friends in adolescent girls was respectively: 1) the feeling of not being accepted and not belonging to a group of friends 2) lack of comfort and having strict boundaries with friends 3) low quantity and quality of friendship 4) The importance of evaluating friends and peers 5) restricting factors in communication. The results of this study indicate that Cognitive biases related to adolescent cognitive development, as well as factors such as the inability to communicate effectively with friends and generally distrust, affects Re-affiliation Motive in adolescents, and leads to a more distance than friends and going to chronic loneliness.

Keywords: loneliness, adolescence, adolescent girls, classmate, friends, phenomenology research

*. n.mehrandish@yahoo.com

The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder

Zahra Emamzamani*

Ali Mashhadi

Zohre Sepehri shamloo

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract:

Purpose: The purpose of this study is investigating the efficacy of group therapy based on emotional schema therapy on anxiety and emotional schemas of women with generalized anxiety disorder.

Method: This study is a quasi-experimental study of pretest-posttest type with control group. Statistical population is all 20- to 35-year women with generalized anxiety disorder who referred to psychological clinic of Ferdowsi University of Mashhad city. With convenience and purposive sampling, 20 people were selected based on structured clinical interview for DSM-IV (SCID) and admittance criteria and divided into two experimental and control groups randomly. Experimental group received group therapy based on emotional schema therapy during 10 sessions and control groups were placed in waiting list. Members of two groups completed the Leahy emotional schemas scale and Beck's anxiety inventory before and after the treatment. Covariance analysis was used for data analysis.

Findings: Results showed that group therapy based on emotional schema therapy led to significant decrease in anxiety scores, significant increase in the application of all compatible emotional schemes and significant decrease in the application of incompatible emotional schemes of guilt, simplicity, rationality, duration, blaming, and rumination in experimental group compared with control one.

Keywords: generalized anxiety disorder, emotional schemas, anxiety,

* . zahra_emamzamani@yahoo.com

Table of Contents

The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder	I
Zahra Emamzamani, Ali Mashhadi, Zohre Sepehri Shamloo	
Components of Loneliness in Relation to Friends in Adolescent Girls: Phenomenology Research	II
Neda Mehrandish, Hossein Salimi Bajestani, Masoumeh Esmaeili	
The Effectiveness of Bowen's Approach on Self- Differentiation and Marital Satisfaction among Turkish and Turkmen Women	III
Reyhaneh Nilab, Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi, Seyed Ali Kimiaee	
The Effectiveness of Group-Based Positive Psychotherapy on Efficient & Inefficient & Styles of Referrals to Other Coping Strategies	IV
Javad Javanmard, Alireza Rajaei, Farshid Khosrowpour	
The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy on Reduction Social Anxiety in Children and Adolescents with Stuttering	V
Esmail Barzegar, Alireza Bostanipoor, Khadije Fotoohabady, Esmail Zohre, Shima Ebrahimi	
Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Psychosocial Therapy on Rumination and Dysfunctional Attitude in Patients with Chronic Depression	VI
Seyed Mohammad Reza Samsam Shariat, Hamid Taher Neshat Doost, Mehrdad Kalantari, Seyed Hamid Reza Oreyzi Samani	
The Effectiveness of CPRT Therapy Method in Decreasing Symptoms of Separation Anxiety Disorder in Children of Divorce	VII
Yasaman Zooashkiyani, Mina Mojtabayi	

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. 9, No. 1, Spring & Summer 2019

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in

ISC

SID

Scopus

and available via

Magiran

Noormags



Ferdowsi University of
Mashhad
Faculty of Education and Psychology

Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol. 9, No. 1, Spring & Summer 2019

ISSN: 2251-6352

17

The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder

Zahra Emamzamani, Ali Mashhadi, Zohre Sepehri Sharmloo

I

Components of Loneliness in Relation to Friends in Adolescent Girls: Phenomenology Research

Neda Mehrandish, Hossein Salimi Bajestani, Masoumeh Esmaeili

II

The Effectiveness of Bowen's Approach on Self- Differentiation and Marital Satisfaction among Turkish and Turkmen Women

Reyhaneh Nilab, Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi, Seyed Ali Kimiaee

III

The Effectiveness of Group-Based Positive Psychotherapy on Efficient & Inefficient & Styles of Referrals to Other Coping Strategies

Javad Javanmard, Alireza Rajaei, Farshid Khosrowpour

IV

The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy on Reduction Social Anxiety in Children and Adolescents with Stuttering

Esmail Barzegar, Alireza Bostanipoor, Khadije Fotoohabady, Esmail Zohre, Shima Ebrahimi

V

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Psychosocial Therapy on Rumination and Dysfunctional Attitude in Patients with Chronic Depression

Seyed Mohammad Reza Samsam Shariat, Hamid Taher Neshat Doost, Mehrdad Kalantari, Seyed Hamid Reza Oreyzi Samani

VI

The Effectiveness of CPRT Therapy Method in Decreasing Symptoms of Separation Anxiety Disorder in Children of Divorce

Yasaman Zooashkiyani, Mina Mojtabayi

VII