



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

سال ۱۰، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۹

دوفصلنامه

۱۹

- ۵ پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق بررسی نقش عفو و گذشت و سپاسگزاری
علیرضا هوشمند کنگ سفلی، مجید معینی زاده، سید محمد صالح طباطبایی
- ۲۰ مقایسه درمان شناختی-رفتاری و بازتاب درمانی در کاهش وزن و اضطراب در افراد مبتلا به چاقی
نمینا اسکندری، حمیدرضا آقامحمدیان شعراف، حسین کارشکی، عبدالحسین آقامحمدیان شعراف
- ۳۹ مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و
تکانشگری بیماران سوء مصرف-کننده مواد
حسن حاجیپور، محمدحسین بیاضی، حمید نجات
- ۵۶ اثر بخشی آموزش مهارت‌های حرفه‌ای بر مهارت‌های اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان و جوانان پسر
دارای ناتوانی هوشی تحولی
طاهره امین، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، علی مشهدی
- ۷۰ اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری دانش‌آموزان دختر
مقطع دوم متوسطه
نرگس هاشمی زاده نهی، محمود جاجرمی، حسین مهدیان
- ۸۷ مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان در زوجین
حسین صائمی، محمد علی بشارت، علی اصغر اصغر نژادفرید
- ۱۰۶ ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت مبتنی بر زوج درمانی اشتراک محور
سید علی کیمیایی، حمزه امینی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

سال ۱۰، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۹

شاپا چاپی: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

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

و به استناد مجوز ۳/۳/۱۳۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۸/۸ کمیسیون نشریات علمی کشور دارای اعتبار علمی - پژوهشی است. بر اساس مصوبه وزارت عتف از سال ۱۳۹۸، کلیه نشریات دارای درجه "علمی-پژوهشی" به نشریه "علمی" تغییر نام یافته‌اند.

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

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

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

هیئت تحریریه :

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

داوران این شماره :

بهروز مهران، فرزانه طیرانی نجاران، مجید معینی زاده، آزاده پورمحمد شاندیز، عبدالله جمالی، کسری شریفی، جعفر طالبیان شریف، حسین فرخی، سیده مریم مشیریان فراخی
مدیر اجرایی و کارشناس مجله : محمدرسول فیاض صابری
ویراستار: شهربانو عالی، عباس فیروزآبادی

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 : <https://tpccp.um.ac.ir>

فهرست مندرجات

- ۵ پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق بررسی نقش عفو و گذشت و سپاسگزاری
علیرضا هوشمند کنگ سفلی، مجید معینی زاده، سید محمد صالح طباطبایی
- ۲۰ مقایسه درمان شناختی-رفتاری و بازتاب درمانی در کاهش وزن و اضطراب در افراد مبتلا به چاقی
ثمینه اسکندری، حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف، حسین کارشکی، عبدالحسین آقامحمدیان شهرباف
- ۳۹ مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و
تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد
حسن حاجیپور، محمدحسین بیاضی، حمید نجات
- ۵۶ اثر بخشی آموزش مهارت های حرفه ای بر مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان و جوانان پسر
دارای ناتوانی هوشی تحولی
طاهره امین، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، علی مشهدی
- ۷۰ اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری
دانش آموزان دختر مقطع دوم متوسطه
نرگس هاشمی زاده نهی، محمود جاجرمی، حسین مهدیان
- ۸۷ مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان در زوجین
حسین صائمی، محمدعلی بشارت، علی اصغر اصغر نژادفرید
- ۱۰۵ ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت مبتنی بر زوج درمانی اشتراک محور
سید علی کیمیایی، حمزه امینی



هوشمند کنگ سفلی، علیرضا؛ معینی زاده، مجید؛ طباطبایی، سید محمد صالح (۱۳۹۹). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق بررسی نقش عفو و گذشت و سپاسگزاری.

DOI: 10.22067/tpccp.2020.39360

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰(۱)، ۵-۱۹.

پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق بررسی نقش عفو و گذشت و سپاسگزاری

علیرضا هوشمند کنگ سفلی^۱، مجید معینی زاده^۲، سید محمد صالح طباطبایی^۳
تاریخ پذیرش: ۹۹/۶/۲۰ نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت: ۹۸/۱۱/۳۰

چکیده

هدف: در دهه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا به عنوان یک روش تأثیرگذار در حیطه روان‌شناسی قلمداد گردیده است. در این بین عفو و گذشت و سپاسگزاری که موجب افزایش سطح سلامت روانی، جسمی و سازگاری اجتماعی افراد می‌شود، مورد نظر روان‌شناسان بوده است. لذا پژوهش حاضر بر آن است که تا چه حد عفو و گذشت و سپاسگزاری می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی افراد را پیش‌بینی کند.

روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بوده است که از بین آن‌ها ۲۱۱ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردیده است. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس عفو و گذشت هارتلند، پرسشنامه سپاسگزاری و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که عفو و گذشت و سپاسگزاری با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری دارد. عفو و گذشت و سپاسگزاری روی هم رفته توانسته‌اند ۰/۳۰۴ از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند. با توجه به نتایج پژوهش متغیرهای سپاسگزاری (بتای برابر با ۰/۳۴۵) و عفو و گذشت (بتای برابر با ۰/۳۰۶) به ترتیب نقش مؤثری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان ایفا نموده‌اند.

واژه‌های کلیدی: عفو و گذشت، سپاسگزاری، بهزیستی روان‌شناختی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، hoshmand.alireza@mail.um.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، moeinizadeh@ferdowsi.um.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

روان‌شناسی مثبت‌گرا^۱ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تحولات در حوزه روان‌شناسی معاصر به شمار می‌رود که به‌جای متمرکز شدن بر آسیب‌شناسی روانی و ناهنجاری‌ها به سمت موضوعاتی همچون عواطف و هیجانات مثبت، معنویت، خلاقیت و افزایش و بهبود بهزیستی روان‌شناختی معطوف گردیده است (Soltani Benavandi, Khezri Moghadam, & Baniasadi, 2017). محققان حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر به انکار وجود مشکلات نمی‌پردازند بلکه آن‌ها را با جریان‌های مثبت ازجمله امید، شجاعت، بهزیستی، شکوفایی و احساسات مثبت مکمل زندگی می‌دانند (Dewaele, Chen, Padilla, & Lake, 2019). در دهه‌های اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا به‌عنوان یکی از موضوعات تأثیرگذار توجه زیادی را به خود جلب نموده است (Abad, Kheyroddin, & Khosroshahi, 2012) و به افزایش سطح سلامت روان و بالفعل نمودن استعدادهای فردی توجه بسیاری داشته است و از ظرفیت‌های مثبت انسان به‌عنوان سپری در برابر اختلالات نیز بهره‌مند شده است (Robbins, 2008). یکی از زمینه‌هایی که روان‌شناسی مثبت‌گرا در سطح ذهنی و روان‌شناختی به آن پرداخته، بهزیستی روان‌شناختی^۲ است (Slade, 2010). در دهه ۱۹۶۰ تحقیقات تجربی در زمینه‌ی بهزیستی روان‌شناختی به دلیل علاقه به ترسیم کیفیت زندگی، در آمریکا آغاز شد. از آن زمان به بعد مطالعه علمی بهزیستی روان‌شناختی گسترش فراوانی یافت (Ryff, Singer, & Dienberg Love, 2004). بهزیستی روان‌شناختی در لغت به معنای رضایت، سلامتی و موفقیت است و نیز منجر به تجربه و عملکرد مطلوب فرد در زندگی می‌گردد (Deci & Ryan, 2008). روان‌شناسی بالینی برای درک بهتر بهزیستی روان‌شناختی فرمول‌هایی را ارائه می‌دهد که می‌توان به مفهوم خودشکوفایی مازلو، انسان کارآمد راجرز و مفهوم بلوغ در نظریه آلپورت اشاره کرد. اگرچه در ادبیات سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی را معادل عدم وجود بیماری تلقی می‌کنند (Ryff, 1995)، اما باید این موضوع را یادآوری کرد که بهزیستی روان‌شناختی به معنای عدم وجود بیماری نیست (Ryan & Deci, 2001)، بلکه بهزیستی روان‌شناختی کیفیت تجربه‌شده زندگی و انعکاس‌کننده عملکرد و تجربه روان‌شناختی مطلوب فرد از زندگی خود است (Parvaneh, Momeni, Parvaneh, & Karimi, 2015). افرادی که سطح بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند به‌طور عمده هیجانات مثبت‌تری را تجربه می‌کنند و از حوادثی که در طول زندگی برایشان اتفاق می‌افتد ارزیابی مثبتی دارند (Ebrahimabad & Mamizade, 2018). این افراد معمولاً از رشد هیجانی کافی و کارکرد مثبت روان‌شناختی برخوردار هستند (Sadoughi & Hesampour, 2018). در واقع بهزیستی

1. Positive Psychology

2. Psychological Well-Being

روان‌شناختی موجب ارزیابی عاطفی و شناختی مطلوب افراد از زندگی می‌شود (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). یکی از مهم‌ترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده، مدل چندبعدی ریف است که مطابق با این مدل، بهزیستی روان‌شناختی از شش بعد خویشتن‌پذیری^۱، هدف‌زندگی^۲، رشد فردی^۳، روابط مثبت^۴، تسلط بر محیط^۵ و حس خودمختاری^۶ تشکیل شده است (Ahadi, Setoudeh, & Habibi, 2013). امروزه در کنار پیشرفت‌های انسان در حوزه‌های مختلف از جمله فن‌آوری، اجتماعی و اقتصادی نابسامانی‌های روان‌شناختی هم در حال گسترش است و ما انسان‌ها علاوه بر نیازهای فیزیولوژیک به نیازهای عاطفی، مذهبی و اخلاقی نیز نیازمندیم. همچنین برای داشتن زندگی سالم باید بتوانیم علاوه بر ارضای این نیازها، تعادل بین آنها را نیز ایجاد کنیم (Saraii, Amirshahi, Jouybari, & Sanagoo, 2017). با توجه به این که یکی از رسالت‌های اصلی پیامبران که در طول تاریخ شاهد آن بوده‌ایم، رشد و پرورش معیارهای اخلاقی در میان افراد جامعه بوده است و با توجه به اینکه علم و پیشرفت بدون اخلاق و معنویت موجب تنزل مقام انسانیت می‌شود، بنابراین مباحث اخلاقی از مهم‌ترین خاستگاه‌های پژوهش‌های روان‌شناختی است. در این میان می‌توان به عفو و گذشت و سپاسگزاری که به‌عنوان مؤلفه‌های اخلاقی موجب افزایش سطح سلامت روانی، جسمی و تقویت سازگاری اجتماعی فرد می‌شود و از اهمیت بالایی برخوردار است، اشاره کرد (Bozorgi, 2017). در دهه‌های گذشته تحقیقات زیادی در زمینه عفو و گذشت انجام شده است که نشان دهنده تمرکز روان‌شناسی بر دو حوزه‌ی درمان و رشد فردی است (Khodabakhsh & Kiani, 2013). عفو و گذشت را می‌توان به‌عنوان یک فرایند درون فردی و میان فردی توصیف کرد (Eaton, Struthers, & Santelli, 2006)، که می‌تواند منجر به رها کردن عواطف، شناخت و رفتارهای منفی از جمله خشم و پرخاشگری در مقابل بی‌عدالتی و ظلمی که در حق وی شده است، گردد (Rye & Pargament, 2002). درواقع عفو و گذشت عملی است که به‌طور آزادانه توسط فرد انتخاب می‌شود (Baskin & Enright, 2004) اما به معنای آشتی کردن با آن شخص نیست بلکه فرد می‌تواند شخص را مورد عفو و گذشت قرار دهد و از طرفی رابطه‌اش را به‌طور کامل با او قطع کند (Wade & Worthington Jr, 2005). تغییرات انگیزشی حاصل از عفو و گذشت که به‌قصد رفتار تلافی‌جویانه نسبت به آن شخص بروز کرده بود، نهایتاً منجر به کنترل خشم و برانگیختگی کم‌تر فرد می‌شود (Khodabakhsh & Kiani, 2013).

-
1. Self-acceptance
 2. Purpose in life
 3. Personal growth
 4. Positive relations
 5. Environmental mastery
 6. Autonomy

یکی از جدیدترین تحقیقات در زمینه‌ی نقش عفو و گذشت بر بهزیستی روان‌شناختی، نتایجی بود که نشان داد که هر چه یک نوجوان توانایی بیشتری در بخشش چیزهایی که آنان را آزار می‌دهد داشته باشد، از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهد بود. نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که بخشش و گذشت می‌تواند تأثیر مثبتی در خوشبختی، بهزیستی معنوی و بهزیستی ذهنی افراد داشته باشد (Wulandari & Megawati, 2020)، در تحقیقی دیگر که به بررسی تأثیر عفو و گذشت بر بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دختر هند، صورت گرفت نتایج نشان داد که هرچه میزان عفو و گذشت در میان دانشجویان بیشتر باشد، سطح بهزیستی روان‌شناختی بالاتر خواهد بود (Singh & Sharma, 2018)، در تحقیقی که از درمان مبتنی بر عفو و گذشت برای بالابردن سطح بهزیستی روان‌شناختی در میان نوجوانان و بزرگسالان آسیب دیده استفاده شده بود نتایج نشان داد که عفو و گذشت می‌تواند سبب افزایش ابعاد مختلف بهزیستی روان‌شناختی شود (Akhtar & Barlow, 2018)، همچنین در تحقیق دیگر که بر روی والدین مطلقه انجام گرفت نتایج نشان داد که طلاق ممکن است باعث ایجاد ناامیدی، نارضایتی و انزوای افراد شود، امری که به‌نوبه خود کاهش بهزیستی روان‌شناختی را در میان این افراد در پی دارد، اما به‌رحال افرادی که توانایی بالایی در بخشش و گذشت داشتند و همسر سابق خود را مورد عفو و گذشت قرار داده بودند از سلامت و بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردار بودند (Yárnöz-Yaben, 2016)، در تحقیقی دیگر که تأثیر عفو و گذشت بر بهزیستی روان‌شناختی را در میان کودکان مورد بررسی قرار داد نتایج حاکی از آن بود که کودکانی که توانمندی عفو و گذشت بیشتری در روابط با همسالان خود دارند سطح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (Van der Wal, 2016)، در تحقیق دیگر که به بررسی تأثیر عفو و گذشت بر سلامت جسمی، بهزیستی روان‌شناختی و طول عمر پرداخته شده بود نتایج نشان داد که افزایش عفو و گذشت سبب سلامت جسمی، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و طول عمر می‌گردد (Norman, 2017)، همچنین نتایج تحقیق دیگر که تأثیر عفو و بخشش بر استرس و سلامت را مورد بررسی قرار داده بود نتایج نشان داد که افراد دارای سبک مقابله‌ای عفو و بخشش استرس کم‌تری را نسبت به افراد دیگر تجربه می‌کنند و در نتیجه این افراد از سلامت جسمی و روان‌شناختی بهتری برخوردار هستند (L. L. Toussaint, Shields, & Slavich, 2016).

علم روان‌شناسی بیش از دو دهه است که متمرکز بر موضوع سپاسگزاری است، موضوعی که اهمیت زیادی بر کارکرد روان‌شناختی انسان دارد (Mehrinejad A, 2012). سپاسگزاری را می‌توان به‌عنوان یک حس شکرگزاری یا شادی در پاسخ به منفعتی که دریافت کرده‌ایم، تعریف کرد. حال این منفعت خواه یک مزیت ملموس از یک شخص خاص و یا یک لحظه خاطره‌انگیز از زیبایی‌های طبیعت باشد (Froh, 2013).

Yurkewicz, & Kashdan, 2009) همچنین سپاسگزاری را می‌توان به‌عنوان یک فضیلت یا یک حالت عاطفی توصیف کرد. از دیدگاه فلسفه و الهیات، سپاسگزاری به‌عنوان یک نیروی انسانی تلقی می‌گردد (Froh, Sefick, & Emmons, 2008) نیرویی در انسان که سبب می‌گردد تا منفعتی را که دریافت کرده است، بازگرداند (Lazarus & Lazarus, 1994) امری که نه‌تنها باعث افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌شود بلکه برای کل جامعه بشری مفید و سودمند است (Froh et al., 2008). آموزش سپاسگزاری اخیراً نشان داده است که می‌تواند پایه‌ی درمانی قدرتمندی برای کاهش مسائل روان‌شناختی باشد و همچنین تلاش‌هایی که در دهه‌ی اخیر برای ادغام آموزش سپاسگزاری و مداخلات بالینی صورت گرفته است، موجب بهبود عاطفه و دیگر نشانه‌های روان‌شناختی شده است (Shemshadi, Yazdi, & Banijamali, 2018).

در تحقیق که به بررسی رابطه بین سپاسگزاری، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی در میان پرستاران پرداخته شده بود نتایج نشان داد که افزایش سپاسگزاری در میان پرستاران سبب افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان می‌گردد (Jun, Lee, & Lee, 2015)، در تحقیقی دیگر که تاثیر مداخله آموزشی سپاسگزاری را بر بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان هندی مورد مطالعه قرار داد، نتایج نشان داد که افزایش میزان سپاسگزاری سبب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (Khanna & Singh, 2016)، همچنین در تحقیقی دیگر که تاثیر سپاسگزاری، امید، خوش‌بینی و رضایت از زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی را مورد بررسی قرار داد نتایج نشان داد که هرچه میزان سپاسگزاری در افراد بالاتر باشد میزان بهزیستی روان‌شناختی بالاتر خواهد بود (Kardas, Cam, Eskisu, & Gelibolu, 2019)، نتایج یک تحقیق که به مدت دو هفته بر روی افراد افسرده صورت گرفت، حاکی از آن بود که احساس قدردانی روزانه با بهزیستی روان‌شناختی همراه بوده است به صورتی که افزایش میزان احساس قدردانی در یک روز کاهش میزان افسردگی را به دنبال داشت، بنابراین احساس قدردانی روزانه به افراد کمک می‌کند تا در برابر تجربیات استرس‌زای زندگی از بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردار باشند (Nezlek, Krejtz, Rusanowska, & Holas, 2019)، همچنین نتایج تحقیقی دیگر در زمینه سپاسگزاری نشان داد که سپاسگزاری می‌تواند در همه سنین نیز وجود داشته باشد اما با افزایش سن میزان آن بیشتر خواهد شد و این عامل سبب احساسات مثبت در فرد و در نتیجه افزایش بهزیستی روان‌شناختی خواهد شد (Chopik, Newton, Ryan, Kashdan, & Jarden, 2019)، در تحقیقی که به پیش‌بینی وقایع مثبت زندگی و تاثیر آن بر افسردگی بر مبنای سپاسگزاری و معنا در زندگی پرداخته بود نتایج حاکی از آن بود که سپاسگزاری موجب ایجاد وقایع مثبت در زندگی می‌گردد و این امر سبب کاهش میزان افسردگی در طول زندگی خواهد شد (Disabato, Kashdan, Short, & Jarden, 2017)، در

این راستا نتایج تحقیقی دیگر که تاثیر سپاسگزاری را بر افسردگی مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که سپاسگزاری از طریق بازیابی مثبت و ایجاد احساسات مثبت سبب کاهش افسردگی خواهد شد (Lambert, Fincham, & Stillman, 2012)، همچنین در یکی دیگر از تحقیقات که تاثیر سپاسگزاری را بر میزان استرس دانشجویان پرستاری مورد سنجش قرار داده بود حاکی از آن بود که هرچه میزان سپاسگزاری در دانشجویان افزایش یابد، استرس کم‌تری را تجربه خواهند کرد و در نتیجه از سلامت بهتری برخوردار خواهند بود (Moon & Jung, 2020).

بنابراین با توجه به اهمیت و نقش پررنگی که مؤلفه‌های اخلاقی در سطح سلامت روانی انسان دارند، لازم است دو عامل عفو و گذشت و سپاسگزاری مورد بررسی و پژوهش بیشتری قرار گیرد. از این‌رو پژوهش حاضر به دنبال پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق بررسی نقش عفو و گذشت و سپاسگزاری در میان دانشجویان می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد در تمامی مقطع‌های تحصیلی در سال ۹۷-۹۸ تشکیل داده بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس و به صورت داوطلبانه انجام شد، بدین صورت که به دانشکده‌های مختلف دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه گردید و به صورت تصادفی پرسشنامه‌ها را در بین افراد پخش نموده و از آنان درخواست گردید با دقت لازم به گزینه‌ها جواب داده و آن را تکمیل نمایند. این روند کاملاً به صورت داوطلبانه انجام گردیده است. حجم نمونه شامل ۲۱۱ نفر بوده است که بر اساس جدول مورگان و همچنین به کارگیری فرمول کوکران انتخاب شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها و انجام رگرسیون گام‌به‌گام با استفاده از نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS انجام گردید. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت‌اند از: مقیاس عفو و گذشت هارت لند^۱، سپاسگزاری^۲ و بهزیستی روان‌شناختی ۵۴ گویه ریف.

ابزار

مقیاس عفو و گذشت هارت لند (HFS)

این مقیاس دارای ۱۸ گویه است که میزان عفو را در سه زمینه عفو در جهت خود، دیگران و موقعیت می‌سنجد. سؤالات این پرسشنامه بر روی طیف ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس پژوهش

1. HFS
2. GQ_6

تامپسون و همکاران (Thompson et al., 2005)، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس هارتلند را ۰/۷۹ و اعتبار این آزمون را با آزمون مائوگر ۰/۷۱ گزارش کردند. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای کل مقیاس ۰/۷۷ گزارش شده است و به‌منظور تبیین روایی مقیاس عفو هارت لند، ضریب همبستگی بین این مقیاس با پرسشنامه عفو خود و دیگران مائوگر مورد سنجش قرار گرفت که ۰/۶۲ به دست آمد (Bozorgi, 2017).

مقیاس سپاسگزاری (GQ_6)

پرسشنامه‌ی سپاسگزاری توسط مک‌کلایف و وایت‌ویلایت (McCullough & van Oyen, 2002) ساخته شده است. این پرسشنامه خود گزارش دهی، تفاوت‌های فردی در گرایش به تجربه‌ی سپاسگزاری روزانه را در شش ماده و با ۷ درجه لیکرت (۱ = به شدت مخالف تا ۷ = به شدت موافق) ارزیابی می‌کند. ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در پژوهش مک‌کلایف و وایت‌ویلایت (McCullough & van Oyen Witvliet, 2002) در یک‌فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۲ و روایی این مقیاس از طریق همبستگی با پرسشنامه موازی سپاسگزاری ۰/۵۸ بود و مطلوب گزارش گردید. در ایران نیز میزان اعتبار این پرسشنامه به روش همبستگی سپاسگزاری با پرسش‌های خود گزارش دهی شکر، ۰/۴۳ بود و مناسب ارزیابی شد. همچنین میزان پایایی مربوط به آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۶۴ بود (Bozorgi, 2017).

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف

این پرسشنامه به منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف (Ryff, 1980) در ۵۴ ماده و شش بعد تهیه و تنظیم گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ در زیرمجموعه‌ای بهزیستی روان‌شناختی عبارت بود از: (خودمختاری ۰/۸۹، رشد شخصی ۰/۸۹، روابط مثبت با دیگران ۰/۹۰، زندگی هدفمند ۰/۹۱، پذیرش خود ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۸۶). همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر ۰/۹۵ به دست آمد که نشان می‌دهد این پرسشنامه از پایایی مناسبی برخوردار بوده است. در پژوهش‌های داخلی که توسط اخباراتی (Ekhbarati, 2016)، انجام گردید روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه را مناسب ارزیابی نموده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش برای پرسشنامه ۵۴ سؤالی، بالای ۰/۷۵ اعلام گردید.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی و دموگرافیک شامل تعداد زنان و مردان به تفکیک مقطع تحصیلی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی زنان و مردان به تفکیک مدرک تحصیلی

تحصیلات	جنسیت	فراوانی	درصد	درصد اعتباری	درصد تراکمی
لیسانس	مرد	۸۳	۴۲/۶	۴۲/۶	۴۲/۶
	زن	۱۱۲	۵۷/۰۴	۵۷/۰۴	۱۰۰
	کل	۱۹۵	۱۰۰	۱۰۰	---
فوق لیسانس	مرد	۵	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳
	زن	۱۰	۶۶/۷	۶۶/۷	۱۰۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	---
دکتر	مرد	۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

یافته‌های جدول ۱ بیانگر آن است که در پژوهش حاضر ۱۲۲ زن ۵۷/۸۱ درصد و ۸۹ مرد ۴۲/۱۸ درصد حضور داشتند که در مقاطع مختلف مشغول به تحصیل بوده‌اند و جزئیات آن در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین عفو و گذشت، سپاسگزاری و بهزیستی روانی

متغیرها	همبستگی	عفو و گذشت	سپاسگزاری	بهزیستی روان‌شناختی
عفو و گذشت	همبستگی پیرسون	۱	---	---
	ضریب معنی‌داری			
سپاسگزاری	همبستگی پیرسون	۰/۴۳**	۱	---
	ضریب معنی‌داری	۰/۰۰۱		
بهزیستی روان‌شناختی	همبستگی پیرسون	۰/۴۵**	۰/۴۷**	۱
	ضریب معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
ضریب معناداری		P** < ۰/۰۰۱		P* < ۰/۰۵

یافته‌های جدول ۲ بیانگر آن است که بین بهزیستی روان‌شناختی و سپاسگزاری و عفو و گذشت رابطه معنادار مثبت وجود دارد، بدین معنی که هرچقدر سپاسگزاری و عفو و گذشت افزایش داشته باشد، میزان بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان نیز بیشتر خواهد بود.

برای بررسی این موضوع که تا چه اندازه بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند عفو و گذشت دانشجویان را پیش‌بینی کند، ابتدا استقلال خطاها (تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش‌بینی توسط مدل رگرسیون)

مورد بررسی قرار گرفت. استفاده از رگرسیون در صورتی امکان‌پذیر است که فرضیه استقلال خطاها رد نشده و خطاها دارای همبستگی با یکدیگر نباشند. از سوی دیگر مقدار آزمون دوربین واتسون باید در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشته باشد که در این آزمون ۱/۹۴۳ به دست آمده است. حال با توجه به عدد به دست آمده در آزمون دوربین واتسون می‌توان نتیجه گرفت که خطاها از یکدیگر مستقل بوده و بنابراین مدل رگرسیونی برای آزمون فرضیه‌ها قابل اجرا است، لذا تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی عفو و گذشت مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام

مدل	ضریب همبستگی چندگانه	مجدور ضریب همبستگی	مجدور تعدیل شده ضریب همبستگی	خطای انحراف از برآورد	دوربین واتسون
۱	۵۵۱/۰	۳۰۴/۰	۲۹۷/۰	۳۵۱۷۳/۱۰	۹۴۳/۱

یافته‌های جدول ۳ بیانگر این واقعیت است که ضریب همبستگی چندگانه بین عفو و گذشت و بهزیستی روان‌شناختی ۵۵۱/۰ است و عفو و گذشت با سپاسگزاری روی هم رفته ۳۰۴/۰ درصد از متغیر بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۴: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون

مدل	ضریب‌های غیراستاندارد		ضریب‌های استاندارد		معنی‌داری
	B		بتا	نمره t	
(ثابت)	۹۹/۸۴۲	۴/۹۰۳	—	۲۰/۳۶۲	۰/۰۰۰
سپاسگزاری	۰/۹۴۹	۰/۱۷۶	۰/۳۴۵	۵/۳۹۲	۰/۰۰۰
عفو و گذشت	۰/۲۸۸	۰/۰۶۰	۰/۳۰۶	۴/۷۷۸	۰/۰۰۰

یافته‌های جدول ۴ حاکی از آن است که از ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون برای بررسی مؤثرترین متغیر در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مورد استفاده قرار گرفته است. در این میان سپاسگزاری با بتای استاندارد ۰/۳۴۵ در مقایسه با عفو و گذشت نقش مثبت و مؤثرتری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان ایفا نموده است و در نهایت عفو و گذشت با بتای استاندارد ۰/۳۰۶ توانسته نقش مؤثری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان ایفا نماید.

نتیجه

هدف از اجرای پژوهش حاضر پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق بررسی نقش عفو‌گذشت و سپاسگزاری در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بوده است. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان داد که بین مؤلفه‌های عفو‌گذشت و سپاسگزاری رابطه مثبت و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد. به عبارتی هرچه میزان عفو‌گذشت، در افراد بالاتر باشد، سطح بهزیستی روان‌شناختی نیز بالاتر خواهد بود. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با تحقیقات و پژوهش‌های مرتبط با مفهوم عفو‌گذشت و بهزیستی روان‌شناختی چن، هریس، ورتینگتون و ندرویل (Chen, Harris, Worthington Jr, & VanderWeele, 2019)، و ندروال و همکاران (Van der Wal et al., 2016)، سینگ و شارما (Singh & Sharma, 2018) و اختر و بارلو (Akhtar & Barlow, 2018) همسو بوده است. در تبیین نتایج بدست آمده از تحقیق می‌توان به این موضوع اشاره کرد که عفو و بخشش دیگران می‌تواند به عنوان یکی از ویژگی‌ها و صفت‌های شخصیتی در انسان شناخته شود که همواره با تمرین در موقعیت‌های مختلف زندگی قابلیت رشد و پرورش آن برای ما مقدور است و با تعالی یافتن این صفت سلامت جسمی-روان شناختی افزایش می‌یابد. عفو‌گذشت ما در برابر تجاوز و خطاهای دیگران همچون سپری قدرتمند عمل می‌کند و سبب حفظ سلامت و بهزیستی روان‌شناختی ما در ابعاد مختلف می‌گردد و نهایتاً منجر به افزایش طول عمر می‌گردد. افرادی که توانایی کم‌تری در عفو‌گذشت خطاهای دیگران دارند همواره ذهنشان درگیر افکار نشخوارکننده‌ای از عصبانیت، نفرت، انتقام و ناراحتی است و استعداد کم‌تری برای رهایی یافتن از این نوع افکار آزاردهنده دارند و نتیجه این نوع افکار، تجربه هیجانات مخرب و نامطلوبی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم است که سلامت ما را در زمینه‌های مختلف از جمله فشارخون، دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی و کاهش سیستم ایمنی بدن تحت تاثیر قرار می‌دهد و مشکلات جبران‌ناپذیری را از خود به جای می‌گذارد، بنابراین تمرین عفو‌گذشت دیگران ما را قادر می‌سازد تا بتوانیم راهبردهای مقابله‌ای مثبت و مؤثرتری را در برابر خطاهای دیگران به کار ببریم تا اینگونه از میزان خشم و نارضایتی خود بکاهیم و هیجانات نامطلوب کم‌تری را تجربه کنیم و این نوع اقدامات به تدریج می‌تواند سبب افزایش و ارتقای بهزیستی ما در ابعاد مختلف شود (Norman, 2017; L. Toussaint, Shields, Dorn, & Slavich, 2016).

مطابق با یافته‌های تحقیق حاضر بین سپاسگزاری و بهزیستی روان‌شناختی نیز رابطه مثبت و معناداری وجود دارد به عبارتی هرچه میزان سپاسگزاری در افراد افزایش یابد، بهزیستی روان‌شناختی بالاتر خواهد بود که نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات جان و همکاران (Jun et al., 2015)، خانا و سینگ (Khanna & Singh, 2016)، کاردس و همکاران (Kardas et al., 2019)، نزلک و همکاران (Nezlek et al., 2019)،

وچوپیک و همکاران (Chopik et al., 2019) همسو بوده است. در تبیین نتایج فوق می‌توان به این موضوع اشاره کرد، افرادی که نمره بالایی در مقیاس سپاسگزاری می‌گیرند از این ظرفیت برخوردارند که در مقابل داشته‌ها و نعمت‌های اعطاشده خود شاکر باشند. این شکرگذاری و سپاسگزاری را مدیون بینشی هستند که آن‌ها را قادر ساخته است نعمت‌ها را در زندگی ببینند و از کنار آن‌ها به‌سادگی نگذرند. چنین انگاره و بصیرتی، مثبت‌اندیشی، احساس مثبت و امید به زندگی را در پی دارد. در مقابل اگر چنین بینش و دیدی به زندگی وجود نداشته باشد لاجرم فرد به سمت وسوی افسردگی گام بر خواهد داشت و زندگی را هرروز بدتر از قبل تجربه خواهد کرد. افرادی که دچار مالیخولیا و افسردگی می‌شوند لزوماً افرادی هستند که جنبه‌های منفی زندگی را برجسته کرده و اصطلاحاً نیمه‌ی پر لیوان را نمی‌بینند و بر تخیلات منفی خود پافشاری کرده که در نتیجه فرد کم‌کم توانایی خود را برای دیدن جنبه‌های مثبت از دست داده و به امراض روحی و روانی مختلف دچار می‌گردد. در مقابل افرادی که ویژگی سپاسگزاری و قدردانی را در خود پرورش داده‌اند، درواقع به خود این فرصت را داده‌اند که جنبه‌های دلپذیر زندگی را نیز تجربه کنند. چنین افرادی در زندگی از آرامش و رضایت بیشتری برخوردارند و از لحظه‌لحظه‌ی زندگی خود لذت بیشتری می‌برند. در زندگی برای خود اهدافی دارند و برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند و روابط مؤثرتری با دیگران برقرار می‌کنند. زندگی برای آن‌ها مملو از امید و نشاط است امری که سبب بهزیستی روان‌شناختی بهتر نسبت به افرادی می‌گردد که چنین تجربه‌ای ندارند. درمجموع نتایج نشان می‌دهد که بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های عفو و گذشت، سپاسگزاری قابل پیش‌بینی است و هر چه افراد میزان بیشتری عفو و گذشت و سپاسگزاری داشته باشند سطح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه خواهند کرد و از سلامت بیشتری برخوردار خواهند بود (Disabato et al., 2017; Lambert et al., 2012).

ماحصل پژوهش‌ها و تحقیقات صورت گرفته در خصوص عفو و گذشت و سپاسگزاری بیانگر این واقعیت است که زندگی در دنیای کنونی که مملو از بلایا و مصائب است و افراد در این جوامع با تغییر و تحول گوناگون در ابعاد مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و... روبرو هستند که سبب بروز شرایطی استرس‌زا برای افراد آن جامعه می‌گردد. اهمیت این مسئله زمانی فزونی می‌یابد که افراد آن جامعه از قشر دانشجویان باشند و همواره برای افزایش سطح دانش خویش نیازمند آرامش باشند و این زمانی محقق می‌شود که بتوانند شرایط استرس‌زا را از خود دور کنند تا موجب کاهش سطح بهزیستی روان‌شناختی و افزایش تنش روانی نباشند. در چنین شرایطی عفو و گذشت و سپاسگزاری تا حد بالایی می‌تواند راهگشای فرد از ابتلا به ناملایمات و فرورفتن در غرقاب مسائل تنش‌زا باشد؛ بنابراین با توجه به نتایج مندرج در این تحقیق و پژوهش‌های خارجی و داخلی

به این نتیجه می‌رسیم که نقش عفو و گذشت و سپاسگزاری بر بهزیستی روان‌شناختی امری مسلم و منطقی می‌نماید و از اهمیت بالایی برخوردار است (Lee, 2016; Moon & Jung, 2020; L. Toussaint et al., 2016). از جمله محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از: ۱- محدود بودن این پژوهش به قشر دانشجویان در حال تحصیل، ۲- عدم تعمیم‌پذیری نتایج به دانشجویان فوق‌لیسانس و دکتری به جهت تعداد محدود شرکت‌کننده، ۳- عدم تعمیم‌پذیری با اقشار دیگر جامعه به دلیل عدم تطابق با موقعیت‌های تنش‌زای دانشجویی و ۴- نهایتاً عدم حمایت‌های مالی از پژوهش‌هایی این چنین که مستلزم صرف زمان زیاد و تأثیر پرسشنامه‌های متعددی بود که چون پاسخ مناسبی داده نشده بود، کنار گذاشته شدند. با اعتماد به یافته‌های این پژوهش و آنچه در بالا ذکر گردید، پیشنهاد می‌شود: در پژوهش‌های آتی اقشار مختلف مورد سنجش قرار گیرند و چنانچه در مراکز دانشگاهی مورد آزمون مجدد قرار گرفت از همه رشته‌ها و سطوح مختلف علمی اعم از لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری به یک نسبت مورد سنجش قرار گیرد و در نهایت بستر لازم برای ترویج عفو و گذشت در برنامه‌های دانشجویی و جامعه ایجاد گردیده تا شاهد ارتقا و تعالی این مهم در نهادهای دانشجویی و باشیم. در پایان از تمامی افرادی که در این پژوهش با ما همکاری کرده‌اند، سپاسگزاریم.

References

- Abad, T. H. N., Kheyroddin, J. B., & Khosroshahi, J. B. (2012). Role of Psychological Capital in Psychological well-being by considering the moderating effects of social capital. *Social Psychology Research*, 1(4), 123-.
- Ahadi, B., Setoudeh, M. B., & Habibi, Y. (2013). The comparison of psychological well-being and defense mechanisms in stuttering and non stuttering students. *Journal of School Psychology*, 1(4), 6-.
- Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 107-122.
- Baskin, T. W., & Enright, R. D. (2004). Intervention studies on forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 79-90.
- Bozorgi, Z. D. (2017). The role of amnesty, gratitude and humility in predicting the mental well-being of the elderly. *Positive Psychology Research*, 3(2), 67-78.
- Chen, Y., Harris, S. K., Worthington Jr, E. L., & VanderWeele, T. J. (2019). Religiously or spiritually-motivated forgiveness and subsequent health and well-being among young adults: An outcome-wide analysis. *The journal of positive psychology*, 14(5), 649-658.
- Chopik, W. J., Newton, N. J., Ryan, L. H., Kashdan, T. B., & Jarden, A. J. (2019). Gratitude across the life span: Age differences and links to subjective well-being. *The journal of positive psychology*, 14(3), 292-302.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of happiness studies*, 9(1), 1-11.

- Dewaele, J.-M., Chen, X., Padilla, A. M., & Lake, J. (2019). The flowering of positive psychology in foreign/second language teaching and acquisition research. *Frontiers in psychology, 10*, 2128.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology, 54*(1), 403-425.
- Disabato, D. J., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2017). What predicts positive life events that influence the course of depression? A longitudinal examination of gratitude and meaning in life. *Cognitive Therapy and Research, 41*(3), 444-458.
- Eaton, J., Struthers, C. W., & Santelli, A. G. (2006). Dispositional and state forgiveness: The role of self-esteem, need for structure, and narcissism. *Personality and Individual Differences, 41*(2), 371-380.
- Ebrahimabad, M. A., & Mamizade, M. (2018). An Investigation into the Role of Psychological Flexibility and Hardiness in Explaining Soldier's Psychological Well-Being. *Research in Clinical Psychology and Counseling, 8*(1), 37-51.
- Ekhbarati, F. a. B., Simin. . (2016). Prediction of psychological well-being based on family performance and basic psychological needs of students. *Journal of Principles of Mental Health, 18*, 379-374.
- Froh, J. J., Sefick, W. J., & Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology, 46*(2), 213-233.
- Froh, J. J., Yurkewicz, C., & Kashdan, T. B. (2009). Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of adolescence, 32*(3), 633-650.
- Jun, W. H., Lee, E. S., & Lee, K. L. (2015). Relationships among Gratitude, Depression, and Psychological Well-being in Clinical Nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(2), 136-144.
- Kardas, F., Cam, Z., Eskisu, M., & Gelibolu, S. (2019). Gratitude, Hope, Optimism and Life Satisfaction as Predictors of Psychological Well-Being. *Eurasian Journal of Educational Research, 82*, 81-99.
- Khanna, P., & Singh, K. (2016). Effect of gratitude educational intervention on well-being indicators among North Indian adolescents. *Contemporary School Psychology, 20*(4), 305-314.
- Khodabakhsh, M. R., & Kiani, F. (2013). Forgiveness and reconsidering its role in nurses' caring behavior and mental-physical health. *Medical Ethics Journal, 7*(23), 11-32.
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., & Stillman, T. F. (2012). Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion. *Cognition & Emotion, 26*(4), 615-633.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*: Oxford University Press, USA.
- Lee, E. S. (2016). Moderated effects of coping strategies in the relation between life stress and psychological well-being in university students. *Journal of Korean Public Health Nursing, 30*(3), 470-482.
- McCullough, M. E., & van Oyen Witvliet, C. (2002). „The Psychology of Forgiveness”. W: Handbook of positive psychology, red. Charles R. Snyder, Shane J. Lopez, 446–458. In: New York, NY: Oxford University Press.

- Mehrinejad A, Y. M., & Keshavarz Sarghin M. (2012). The relationship between appreciation and coping styles. *Quarterly Journal of New Thoughts on Education*, 7(4), 95-113.
- Moon, H., & Jung, M. (2020). The relationship between a disposition of gratitude, clinical stress, and clinical satisfaction in nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*.
- Nezlek, J. B., Krejtz, I., Rusanowska, M., & Holas, P. (2019). Within-person relationships among daily gratitude, well-being, stress, and positive experiences. *Journal of happiness studies*, 20(3), 883-898.
- Norman, K. (2017). Forgiveness: How it Manifests in our Physical Health, Psychological Well-being and Longevity.
- Parvaneh, E., Momeni, K., Parvaneh, A., & Karimi, P. (2015). Predicted psychological well-being according to spiritual intelligence and hardiness of students female. *Islam and health journal*, 1(4), 14-20.
- Robbins, B. D. (2008). What is the good life? Positive psychology and the renaissance of humanistic psychology. *The humanistic psychologist*, 36(2), 96-112.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Rye, M. S., & Pargament, K. I. (2002). Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart? *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 419-441.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Dienberg Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394.
- Sadoughi, M., & Hesampour, F. (2018). Predicting the Psychological Well-being of Kashan's Medical Sciences Students Based on Forgiveness Components. *Iran Journal of Nursing*, 30(110), 1-10.
- Saraii, R. S., Amirshahi, M., Jouybari, L., & Sanagoo, A. (2017). The Relationship of Religious Beliefs and Psychological Well-being with Happiness in Psychology Students of Sari Islamic Azad University- 2016. *Journal of Educational Studies (NAMA)*, 5(10), 13-19.
- Shemshadi, H., Yazdi, S. M., & Banijamali, S.-S. (2018). The Effect of Training Program Based on Appreciation on Existential Anxiety among University students. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 14(1), 23-40.
- Singh, H., & Sharma, U. (2018). Effect of forgiveness on psychological well-being. *Indian Journal of Positive Psychology*, 9(2), 258-262.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC health services research*, 10(1), 1-14.
- Soltani Benavandi, E., Khezri Moghadam, N., & Baniyadi, H. (2017). Investigating in Positive Psychology Variables: Foresight The Academic Buoyancy Based on The Meaning of Life. *Education Strategies in Medical Sciences*, 10(4), 277-287.
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., . . . Roberts, J. C. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of personality*, 73(2), 313-360.

- Toussaint, L., Shields, G. S., Dorn, G., & Slavich, G. M. (2016). Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *Journal of health psychology, 21*(6), 1004-1014.
- Toussaint, L. L., Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2016). Forgiveness, stress, and health: A 5-week dynamic parallel process study. *Annals of Behavioral Medicine, 50*(5), 727-735.
- Van der Wal, R. C., Karremans, J. C., & Cillessen, A. H. (2016). Interpersonal forgiveness and psychological well-being in late childhood. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-), 62*(1), 1-21.
- Wade, N. G., & Worthington Jr, E. L. (2005). In search of a common core: A content analysis of interventions to promote forgiveness. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 42*(2), 160.
- Wulandari, I., & Megawati, F. E. (2020). *The Role of Forgiveness on Psychological Well-Being in Adolescents: A Review*. Paper presented at the 5th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2019).
- Yáñez-Yaben, S., Garmendia, A., & Comino, P. (2016). Looking at the bright side: Forgiveness and subjective well-being in divorced Spanish parents. *Journal of happiness studies, 17*(5), 1905-1919.



اسکندری، ثمینه؛ آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ کارشکی، حسین؛ آقامحمدیان شهرباف، عبدالحسین (۱۳۹۹).
مقایسه درمان شناختی- رفتاری و بازتاب درمانی در کاهش وزن و اضطراب در افراد مبتلا به چاقی.
DOI: 10.22067/tpccp.2020.35876.0 ۲۰-۳۸، (۱)۱۰، مشاوره، پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۹۹/۴/۲.

مقایسه درمان شناختی - رفتاری و بازتاب درمانی در کاهش وزن و اضطراب در افراد مبتلا به چاقی

ثمینه اسکندری^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف^۲، حسین کارشکی^۳، عبدالحسین آقامحمدیان شهرباف^۴
تاریخ پذیرش: ۹۹/۴/۲ نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت: ۹۸/۶/۳۰

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و بازتاب درمانی در کاهش وزن و اضطراب افراد چاق بود.

روش: روش این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و از نوع تک آزمودنی A-B-A بود. چهار نفر از مراجعان درمان چاقی که به پلی کلینیک روان شناختی دانشگاه مراجعه کردند و چهار نفر از مراجعان کلینیک بازتاب درمانی جهت شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. همه آزمودنی ها $BMI \geq 30$ داشتند. مراجعان پلی کلینیک روان شناختی تحت درمان شناختی- رفتاری و مراجعان کلینیک بازتاب درمانی تحت بازتاب درمانی به روش سوچوک قرار گرفتند. در خط پایه، پایان درمان و دو ماه بعد از درمان، میزان اضطراب آزمودنی ها به وسیله پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و وزن آن ها به وسیله یک ترازوی دیجیتال اندازه گیری شد. سپس داده ها با استفاده از ضریب تغییر پایا و درصد بهبودی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی منجر به کاهش وزن می شوند و این کاهش در مورد بازتاب درمانی با سرعت بیشتری در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری رخ می دهد. با این حال در مرحله پیگیری کاهش وزن در درمان شناختی- رفتاری بیشتر از بازتاب درمانی مشاهده شد. همچنین یافته ها نشان داد که هر دو روش درمانی منجر به کاهش اضطراب می شوند هر چند این کاهش فقط در درمان شناختی- رفتاری معنادار بود.

واژه های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، بازتاب درمانی، کاهش وزن، اضطراب، چاقی

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول)، samineh.eskandari@gmail.com

۲. استاد، دانشگاه فردوسی مشهد aghamohammadian@um.ac.ir

۳. دانشیار، دانشگاه فردوسی مشهد

۴. دکترای حرفه ای پزشکی

مقدمه

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی، چاقی و اضافه وزن انباشتگی غیرطبیعی یا بیش از حد چربی است که می تواند به سلامتی آسیب برساند. چاقی مانعی برای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و زمینه ساز بیماری ها و اختلالات جدی تر به شمار می رود (Kalantari, Davodi, Basaknejad, Mehrabizade, & Karandish, 2015). بنا به اظهارات گروه بین المللی چاقی (IOTF)^۱ حدود ۱۵۵ میلیون کودک در سن مدرسه در سراسر جهان مبتلا به چاقی یا اضافه وزن هستند (El Ashmawi et al., 2018). مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ حدود ۱/۹ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۸ سال در دنیا دچار اضافه وزن و بیش از ۶۵۰ میلیون نفر از آن ها به چاقی مبتلا بوده اند بنا به این اطلاعات ۳۹ درصد از مردان و ۴۰ درصد از زنان دچار اضافه وزن هستند و در کل ۱۳ درصد از جمعیت جهان دچار چاقی بوده اند. همچنین از سال ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۶ شیوع چاقی در دنیا سه برابر شده است (World Health Organization, 2018). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در کشور ایران از کل آمار مرگ های گزارش شده در سال ۲۰۰۲، هفتاد درصد آن مربوط به بیماری های مزمن بوده است که اضافه وزن و چاقی از اصلی ترین علل آن محسوب می شوند (Moradhasely, Shams, & Kakavand, 2016). پژوهش آنستی و همکاران (Anstey et al., 2014) نشان می دهد افرادی که چاقی کمتری دارند طول عمر بیشتری دارند و سال های بیشتری از عمرشان را بدون اختلالات شناختی سپری می کنند.

بیماری چاقی حاصل تعامل ژن، رفتار و محیط است و می تواند پیش زمینه بسیاری از بیماری های دیگر باشد (Razavi, Arzaghi, & Mahjuri, 2013). چاقی باعث افزایش احتمال ابتلا به بیماری هایی نظیر دیابت نوع ۲، فشارخون، اختلالات متابولیکی، بیماری های قلبی و برخی بیماری های مزمن از جمله آرتروز، سرطان، التهاب و آپنه خواب (Nabavi, Russo, Daglia, & Nabavi, 2015) و کبد چرب (Yilmaz & Younossi, 2014) می شود. خطر ابتلا به آسم در بین افراد چاق بیش از سه برابر افرادی است که وزن طبیعی دارند، همچنین چاقی باعث افزایش شدت این بیماری در افراد مبتلا می شود (Barros et al., 2017) مخصوصاً افراد چاقی که علائم افسردگی و اضطراب را دارا می باشند (Brumpton et al., 2013). زنان چاق ۲۰ تا ۳۰ ساله نسبت به زنان با وزن طبیعی هم سن و سال خود شش برابر بیشتر در معرض خطر پیشرفت بیماری های کیسه صفرا قرار دارند (Afkhami & Sedghi, 2002).

از آنجا که چاقی به عنوان یک معضل شناخته می شود، بنابراین برخی از اشخاص به هنگام قرار گرفتن

1. International Obesity Task Force (is an organization designed to combat obesity around the world)

در میان سایر افراد احساس ناخوشایندی دارند درواقع نوعی اضطراب را تجربه می‌نمایند که میزان آن به نظر می‌رسد با توجه به ویژگی‌های شخصیتی در میان افراد مختلف متفاوت می‌باشد (Kalantari et al., 2015). چاقی به‌خصوص در زنان باعث افزایش احتمال ابتلا به افسردگی حاد، اختلال هراس و بازار هراسی می‌شود (Strine et al., 2008). بزرگ‌سالانی که به افسردگی مبتلا هستند یا در طول عمر خود به افسردگی یا اضطراب دچار شده‌اند نسبت به بزرگ‌سالانی که چنین تشخیصی دریافت نکرده‌اند با احتمال بیشتری دچار چاقی می‌باشند (Chapman, Perry, & Strine, 2005; Strine et al., 2008). افسردگی، اضطراب و خشم هر سه حالات خلقی منفی هستند که پرخوری را تسریع می‌کنند بنابراین بررسی‌های تجربی دیگر را توجیه می‌کنند (Mirzamohamadalaeni, Alipuor, Nuorbala, & Agaharis, 2013). همچنین شواهد نشان می‌دهد که بین اختلالات خلقی و اضطرابی و چاقی رابطه وجود دارد (Bodenlos, Lemon, Schneider, 2010; August, & Pagoto, 2011; De Wit et al., 2010).

برای مقابله با چاقی و اضافه‌وزن می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد. به‌طور کلی هدف از درمان چاقی کاهش وزن، نگهداری وزن کاهش‌یافته در درازمدت و یا حداقل پیشگیری از اضافه شدن بیشتر وزن می‌باشد بنا به شواهد یک کاهش وزن متوسط، یعنی کاهش ده درصد از وزن اولیه، می‌تواند به‌طور معناداری عوامل خطر مرتبط با چاقی را کاهش دهد. یک پروتکل درمان که به‌خوبی طراحی شده باشد می‌تواند تا ده درصد از وزن اولیه را کاهش دهد و آن را در یک دوره یک‌ساله یا بیشتر حفظ کند همچنین می‌تواند زمینه را برای مرحله کاهش وزن بیشتر مهیا کند. شواهد نشان می‌دهد می‌توان به‌طور میانگین به کاهش هشت درصد از وزن در شش ماه دست یافت (National Institutes of Health, 1998).

از آنجا که چاقی یک پدیده پیچیده و چندعاملی است و عامل‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در علل و عوارض آن نقش دارد، کنترل و درمان آن از حیثه یک‌رشته واحد خارج است (Foladvand, Farahani, Bagheri, & Fouladvand, 2012). عوامل روان‌شناختی در شروع چاقی و پیش رفت آن و همچنین طول عمر افراد چاق نقش دارد و این امر سبب می‌شود روان‌شناختی در برنامه‌های مدیریت وزن قرار بگیرند همچنین تأثیر مداوم این درمان‌ها و توانایی آن‌ها در پیش‌گیری از بازگشت مشکل یا بیماری (Agaharis, Alipuor, Janbozorgi, Muosavi, & Nuohi, 2012) و ارتقا سطح کیفیت زندگی (Freitas et al., 2017) کاملاً شناخته شده می‌باشد.

طب سوزنی ازجمله روش‌هایی است که باعث کاهش وزن و نمایه توده بدنی می‌شود (He

et al., 2015; Hong, 2008; Tür et al., 2015). طب فشاری^۱ نیز یک نوع طب سوزنی است، در هر دو آن‌ها اصل اساسی استفاده از نقاط فشار است. بازتاب درمانی^۲ نیز مانند طب فشاری است ولی در آن از نواحی بازتابی معین استفاده می‌شود (Mehta, Dhapte, Kadam, & Dhapte, 2017). یکی از نوآوری‌های خاص در بازتاب درمانی، طب سوزنی کره‌ای به روش پارک^۳ که به روش سوچوک^۴ معروف می‌باشد. درمان سوچوک یک کشف پزشکی مهم و بزرگ است، یک روش کاملاً جدید برای خوددرمانی و بالا بردن سطح سلامتی که بسیار ساده و در دسترس است و برای بسیاری از مشکلات و بیماری‌ها مؤثر می‌باشد (Ivanov, 2018). استفاده از بازتاب درمانی و تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده رو به افزایش است (Nuorshahi, Nikbakht, Delavar, & Heydarnia, 2005) به نظر می‌رسد بازتاب درمانی به عنوان یک درمان مکمل، همراه با درمان‌های متعارف بیماری‌های مزمن برای اصلاح عملکرد فیزیولوژیکی طبیعی بدن، بهتر عمل می‌کند (Embong, Soh, Ming, & Wong, 2017). پتانسیل بازتاب درمانی در کاهش اضطراب باعث شده که در مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار بگیرد چرا که بین اضطراب حاصل از یک رویداد استرس‌زا و ابتلا به بیماری‌های گوناگون رابطه‌ای قوی وجود دارد (Mc Vicar et al., 2007). کاهش سطح کورتیزول، بهبود الگوهای خواب، بهبود عملکرد ایمنی بدن از جمله پیامدهای مشاهده شده در تحقیقات می‌باشد (Torabi, Salavati, & Sarabi, 2012). بازتاب درمانی شاخه‌ای از طب مکمل، کل‌نگر و یک روش قدیمی، ملایم، ارزان و غیرتهاجمی است، و شامل ماساژ نقاط رفلکسی در دست‌ها و پاها است. بازتاب درمانی جهت درمان انواع مشکلات فیزیولوژیک نظیر تهوع و استفراغ، افزایش کیفیت زندگی و همچنین کاهش افسردگی، خستگی و اضطراب زنان میان‌سال و زنان سنین باروری استفاده شده است. چگونگی عملکرد بازتاب درمانی هنوز در حال‌های از ابهام قرار دارد اما برخی تئوری‌های مطرح در مورد مکانیسم تأثیر بازتاب درمانی شامل: تئوری کنترل دروازه‌های درد، تئوری ایمپالس عصبی، افزایش ترشح اندورفین و انکفالین و در نتیجه کنترل درد، بهبود جریان لنفاطیک و تقویت سیستم ایمنی، بهبود جریان عصبی و گردش خون و دفع سموم از بدن، در نتیجه بهبود جریان خون می‌باشد (Abdollahi fard, Dolatian, Heshmat, & Alavi, 2013).

از آنجا که هر فرد سیستم بدنی متفاوتی دارد، نتایج حاصل از بازتاب درمانی ممکن است از یک فرد به فرد دیگر متفاوت باشد (Embong et al., 2017) ولی بیسون (Annesi & Tennant, 2014; Bisson, 2008) به طور خلاصه فواید بازتاب درمانی را این گونه بیان می‌کند: استرس را کاهش می‌دهد و باعث ایجاد

-
1. Acupressure
 2. Reflexology
 3. Park Jea Woo
 4. Su Jok

آرامش می‌شود؛ جریان خون را افزایش می‌دهد؛ به بدن کمک می‌کند تا متابولیسم طبیعی داشته باشد؛ تکمیل‌کننده سایر روش‌های درمانی است.

مداخلات شناختی- رفتاری به وسیله اصلاح رفتارهای خوردن، انتخاب رژیم غذایی و کاهش پریشانی روانی و بی‌حرکی در مدیریت چاقی بسیار مفید بوده و علاوه بر کاهش وزن باعث بهبود سلامت روانی افراد چاق و کاهش مشکلات روانی اجتماعی مرتبط با چاقی (Annesi & Tennant, 2014; Chapman et al., 2005)، اصلاح سبک زندگی و بهبود کیفیت زندگی (Agaharis et al., 2012) و ابقای وزن کاهش‌یافته (Azad, 2015) می‌شود. ماهیت جامع برنامه مدیریت وزن شناختی-رفتاری این است که بدون فشار زیاد برای کاهش وزن، رفتارهایی را که با اثرات نامطلوب بر سلامت جسمی و روانی افراد چاق مرتبط است، تعدیل و اصلاح کند همچنین اعتماد به نفس افراد را افزایش دهد تا بتوانند بدون در نظر گرفتن کاهش وزنشان، میزان نارضایتی از تصویر بدنی خود را کاهش دهند (Wisotsky & Swencionis, 2003). تحقیقاتی در خصوص درمان‌های شناختی-رفتاری در انواعی از مشکلات به انجام رسیده است و این درمان‌ها به عنوان مکمل و در ترکیب با ورزش و رژیم درمانی در درمان چاقی به کار گرفته می‌شود. همچنین بازتاب درمانی نیز درمانی بی عارضه، کم هزینه و کوتاه مدت است که مانند درمان‌های روان‌شناختی، غیرتهاجمی و غیر دارویی می‌باشد و به عنوان یک روش مکمل برای درمان چاقی به کار می‌رود. با توجه به این که تاکنون پژوهشی اختصاصاً به مقایسه این دو روش نپرداخته محقق بر آن است تا در این پژوهش تأثیر بازتاب درمانی را با روان‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش وزن و میزان اضطراب افراد چاق مقایسه کرده و بدین وسیله قدمی در جهت تسهیل تصمیم‌گیری درمانگران در انتخاب روش‌های مکمل برای کاهش وزن بردارد.

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش از میان افراد ۲۰ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک بازتاب درمانی و پلی کلینیک روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد که مبتلا به چاقی یا اضافه وزن و داوطلب کاهش وزن بوده‌اند انتخاب شد. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ماهیت مطالعه که دارای مداخلات است از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. در مجموع حجم نمونه مورد آزمایش در این پژوهش ۸ نفر بود که ۴ نفر در گروه شناختی-رفتاری و ۴ نفر در گروه بازتاب درمانی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اضطراب بک (BAI):^۱

این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. سه ماده‌ی آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده‌ی دیگر مربوط به هراس‌های مشخص و سایر پرسش‌های آن نشانه‌های خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می‌سنجند.

نسخه فارسی BAI مناسب ارزیابی‌های بالینی و پژوهشی در جمعیت ایرانی است. نتایج حاصل از همبستگی میان طبقه‌ای نشان می‌دهد که آزمون دارای روایی مناسب برابر ۰/۷۲ است و ضریب پایایی آن نیز برابر ۰/۸۳ می‌باشد. همچنین ثبات درونی آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (Kaviani, Javaheri, & Bahiray, 2005).

۲. نمایه توده بدنی (BMI)^۲

فرمول نمایه توده بدنی برابر است با تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) که معمولاً برای طبقه‌بندی اضافه‌وزن و چاقی در بزرگسالان مورد استفاده قرار می‌گیرد. BMI برابر یا بزرگ‌تر از ۲۵ را در طبقه اضافه‌وزن و BMI برابر یا بزرگ‌تر از ۳۰ را در طبقه چاقی قرار می‌گیرد (World Health Organization, 2017). در این پژوهش، وزن آزمودنی‌ها با استفاده از یک ترازوی دیجیتال با دقت ۰/۱ کیلوگرم و قد نیز با استفاده از یک متر غیرقابل اتساع با دقت ۰/۰۵ متر سنجیده و با قرار دادن آن‌ها در فرمول، نمایه توده بدنی محاسبه شده است.

۳. مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I)^۳

برای ارزیابی اختلال‌های روانی همبود با چاقی، مانند نشانه‌های روان‌پریشی، اختلال بدشکلی بدن، افسردگی اساسی، گرایش به خودکشی و همچنین اختلال‌های خوردن و کنار گذاشتن آن‌ها به کار گرفته شد. این مصاحبه نیمه ساختاریافته که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز (۱۹۹۷) ساخته شده دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص‌های روانی است (Cited in Sadeghi, Gharraee, Fata, & Mazhari, 2010). شریفی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی را متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶۰) گزارش نمودند، توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و

1. Beck Anxiety Inventory

2. Body Mass Index

3. Structured Clinical Interview

برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود (Cited in Sadaghi et al., 2010; Sharifi et al., 2004).

۴. مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-II

برای ارزیابی اختلال‌های شخصیت همبود با چاقی به‌ویژه مرزی و سواسی - جبری و کنار گذاشتن آن‌ها به کار گرفته شد. در پژوهش صادقی و همکاران (۱۳۸۹) به نقل از فرست و همکاران (۱۹۹۷) آمده است که برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی SCID، توسط دو مصاحبه‌گر با فاصله زمانی دو هفته بر روی ۲۸۴ آزمودنی اجرا شد و ضرایب کاپا از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت و سواسی - جبری تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی در نوسان بود (باکاپای کلی ۰/۵۳). همچنین در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) روایی محتوایی نسخه ترجمه‌شده مصاحبه به‌وسیله سه تن از استادان روانشناسی تأیید شد و ضریب پایایی آن نیز به روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد (Cited in Sadeghi et al., 2010; Bakhtiari, 2000).

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش شبه آزمایشی^۱ تک آزمودنی^۲ از نوع طرح A-B-A (طرح A-B با مرحله پیگیری) می‌باشد. طرح تک آزمودنی یک آزمایش است و فقط به یک متغیر (درمان) باید اجازه تغییر داد (Biabangard, 2005). البته برای اعتبار و تعمیم‌پذیری یافته‌ها و تشخیص قابلیت تعمیم آن‌ها طرح اجراشده با یک فرد با افراد دیگر نیز اجرا می‌شود و هدف از این کار یافتن نتایج تازه برای تأیید یافته‌های قبلی است (Seif, 1987).

جدول ۱: نگاره طرح پژوهش

A	B	A	
T _۳	X T _۲	T _۱	گروه آزمایشی اول
T _۳	X T _۲	T _۱	گروه آزمایشی دوم

شیوه اجرا

ابتدا افراد متقاضی شرکت در این طرح پژوهشی توسط مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای ورود و خروج غربال شدند؛ و سپس برای افراد انتخاب‌شده قبل از شروع دوره درمان پرسشنامه افسردگی بک و

1. Quasi-Experimental
2. Single-Subject Designs

پرسشنامه اضطراب بک و اندازه‌گیری وزن به‌عنوان خط پایه اجرا شد. برای هر دو گروه یک دوره درمانی شش هفته‌ای در نظر گرفته شد و در هفته سوم و هفته ششم اجرای پرسشنامه اضطراب و اندازه‌گیری تغییرات وزن تکرار شد. در مرحله پیگیری، دو ماه بعد از پایان دوره درمان بار دیگر همه مراجعان پرسشنامه‌های اضطراب را پر کردند و تغییر وزنشان ثبت شد. گروه اول هر هفته به مدت یک ساعت به‌طور انفرادی تحت درمان شناختی-رفتاری و گروه دوم هر هفته به مدت نیم ساعت به‌طور انفرادی تحت درمان سوجوک قرار گرفتند. ساختار کلی درمان شناختی-رفتاری به کار گرفته در این پژوهش که با استفاده از دو کتاب، آموزش درمان شناختی-رفتاری نوشته رایت، بسکو و تیز (Wright, Basco, & Thase, 2009) و کتاب راه‌حل بک برای کاهش وزن نوشته جودیت بک (Beck, 2007) طراحی شده است به شرح زیر می‌باشد.

جلسه اول: برقراری ارتباط، آموزش روانی، هدف‌گزینی، تعیین تکلیف خانگی (نوشتن کارت‌های پاسخ با محتوای مزایای کاهش وزن، یادداشت کردن مدت‌زمان خوردن، تمرین مهارت پاداش دادن به خود، پیدا کردن یک حمایتگر، سازمان‌دهی محیط زندگی، انتخاب یک برنامه ورزشی)

جلسه دوم: بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده شده است، اجرای تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری برای پیدا کردن موانع احتمالی و به‌کارگیری روش حل مسئله، کم کردن ترس از گرسنگی، مقابله با ولع، آموزش تمایز بین گرسنگی، میل به خوردن و ولع، تعیین تکلیف خانگی جدید (تمرین تحمل گرسنگی و پر کردن جدول شدت آشفتگی، نوشتن برنامه غذایی فردا در هرروز، انتخاب رژیم غذایی)، مرور نکات اصلی مطرح شده، دادن و گرفتن بازخورد و پایان بخشیدن به جلسه

جلسه سوم: بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده شده است، اجرای تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری برای شناسایی افکار مخرب که خوردن بی‌برنامه را توجیه می‌کند و افکار مخرب در رابطه با رفتن روی ترازو، آموزش تمایز بین سیری، طبیعی و سیری بیش‌ازحد، تعیین تکلیف خانگی جدید (یادداشت کردن هر چیزی که می‌خورد، تمرین پرخوری کردن)، مرور نکات اصلی مطرح شده، دادن و گرفتن بازخورد و پایان بخشیدن به جلسه.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده شده است، آموزش انواع تحریف شناختی، اجرای تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری برای شناسایی افکار مخرب مرتبط با احساس محرومیت، تأسف، بی‌انصافی و از پا درآمدن و تغییر افکار، تعیین تکلیف خانگی جدید (پر کردن جدول ثبت افکار، تهیه کارت پاسخ در جهت تغییر افکار)، مرور نکات اصلی مطرح شده، دادن و گرفتن بازخورد و پایان بخشیدن به جلسه.

جلسه پنجم: بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل، اجرای تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری برای

شناسایی افکار مخرب مرتبط با فشارهای اجتماعی، مهمانی، جشن‌ها، رستوران و نوشیدن و تغییر افکار، آموزش تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای کنترل خوردن به دلایل هیجانی (استفاده از کارت پاسخ، نام‌گذاری احساسات و تمیز دادن آن از گرسنگی، پرت کردن حواس، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده، تنفس عمیق)، تعیین تکلیف خانگی جدید (استفاده از تکنیک‌های آموزش داده‌شده برای کنترل خوردن هیجانی)، مرور نکات اصلی مطرح‌شده، دادن و گرفتن بازخورد و پایان بخشیدن به جلسه.

جلسه ششم: بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده‌شده است، بازخورد دادن به تغییرات ایجادشده، شناسایی افکار مخرب و تغییر افکار (باید و نبایدهایی که باعث استرس در زندگی فرد می‌شوند)، آموزش در مورد تثبیت وزن و جلوگیری از عود مجدد، حداقل وزن دست‌یافتنی و حداقل وزن نگه‌داشتنی، مرور نکات اصلی مطرح‌شده، دادن و گرفتن بازخورد و پایان بخشیدن به جلسه.

یافته‌ها

در گروه شناختی-رفتاری آزمودنی اول، $BMI=30/7$ همچنین نمره اضطراب او ۲۱ بود او در محدوده چاقی خفیف قرار داشت، شدت اضطراب او نیز متوسط بود. آزمودنی دوم، با $BMI=37/95$ نمره اضطراب او ۱۴ بود او در محدوده چاقی شدید قرار داشته و اضطراب خفیفی داشت. در آزمودنی سوم، $BMI=37/30$ ، نمره اضطراب ۲۴ بود او دچار چاقی شدید بوده شدت اضطراب متوسط بالایی داشت. آزمودنی چهارم با $BMI=30/94$ ، نمره اضطراب ۱۵ بود چاقی او متوسط و شدت اضطراب او متوسط بود. در گروه بازتاب درمانی آزمودنی اول با $BMI=30/17$ و نمره اضطراب ۱۰، چاقی در محدوده خفیف و اضطراب هم خفیف بوده است. آزمودنی دوم $BMI=30/22$ و نمره اضطراب ۱۵ بود. چاقی این آزمودنی خفیف و اضطراب نیز خفیف تا متوسط بوده است. آزمودنی سوم $BMI=31/60$ و نمره اضطراب ۱۹ بود چاقی او در محدوده خفیف بوده و اضطراب متوسط داشته است. آزمودنی چهارم با نمره اضطراب ۳۷ و $BMI=38/03$ به چاقی شدید مبتلا بوده و اضطراب شدیدی داشته است.

جدول ۲: شاخص درصد بهبودی و درصد بهبودی کل وزن در گروه شناختی-رفتاری

شاخص	۱	۲	۳	۴
درصد بهبودی	خط پایه تا مداخله	-۲/۴۰	-۲/۸۱	-۱/۶۳
	خط پایه تا پیگیری	-۹/۰۳	-۶/۳۲	-۱۸/۰۴
	مداخله تا پیگیری	-۶/۷۹	-۳/۶۱	-۱۶/۶۹
درصد بهبودی کل	خط پایه تا مداخله	۲/۵۶		
	خط پایه تا پیگیری	۹/۸۱		
	مداخله تا پیگیری	۷/۴۴		

با توجه به جدول ۲ و با استناد به اینکه بهبودی ۱۰ درصد برای متغیر وزن مطلوب است مقادیر درصد بهبودی برای آزمودنی سوم در گروه شناختی- رفتاری از مرحله مداخله تا پیگیری و خط پایه تا پیگیری قابل توجه و معنادار است. با توجه به جدول ۳ درصد بهبودی برای آزمودنی دوم در گروه بازتاب درمانی از مرحله خط پایه تا پیگیری و مداخله تا پیگیری بیشتر از ۱۰٪ و معنادار است.

بر اساس نتایج موجود در دو جدول ۲ و ۳، درصد بهبودی کل از مرحله خط پایه تا مداخله برای گروه بازتاب درمانی بیشتر از شناختی- رفتاری بوده و از مرحله خط پایه تا پیگیری و مداخله تا پیگیری برای گروه شناختی- رفتاری بیشتر بوده است. میانگین سه درصد بهبودی محاسبه شده برای هر گروه نشان داد درصد بهبودی وزن برای گروه شناختی- رفتاری (۶/۶۰) اندکی بیشتر از گروه بازتاب درمانی (۶/۲۹) است.

جدول ۳: شاخص درصد بهبودی و درصد بهبودی کل وزن در گروه بازتاب درمانی

شاخص	۱	۲	۳	۴
درصد بهبودی	خط پایه تا مداخله	-۲/۶۳	-۶/۳۹	-۴/۷۶
	خط پایه تا پیگیری	-۳/۵۱	-۲۲/۹۳	-۴/۶۳
	مداخله تا پیگیری	-۰/۹۰	-۱۷/۶۷	۰/۱۳
درصد بهبودی کل	خط پایه تا مداخله	۴/۵۲		
	خط پایه تا پیگیری	۹/۳۲		
	مداخله تا پیگیری	۵/۰۳		

با توجه به نتایج ارائه شده برای نمرات اضطراب در گروه شناختی-رفتاری در جدول ۴، برای آزمودنی اول مقادیر شاخص تغییر پایا از مرحله خط پایه تا پیگیری و مداخله تا پیگیری به ترتیب ۴/۲۱- و ۲/۴۰- است که هر دو این مقادیر از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. با این حال بر اساس مقدار شاخص تغییر پایا (۱/۸۰-)، روند تغییر از مرحله خط پایه تا مداخله، معنادار نبوده است. برای آزمودنی دوم، مقدار شاخص تغییر پایا از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به صورت مشابه ۳/۰۱- است که این مقدار از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار است اما مقدار شاخص تغییر پایا از مرحله مداخله تا پیگیری، صفر است؛ یعنی نمرات اضطراب این دو مرحله هیچ تفاوتی نداشتند. مقدار شاخص تغییر پایا برای سومین آزمودنی از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به ترتیب ۴/۲۱- و ۵/۱۲- است که این مقادیر از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. برای آزمودنی چهارم، مقادیر شاخص تغییر پایا از مرحله خط پایه تا پیگیری و مداخله تا پیگیری به ترتیب ۲/۱۰ و ۳/۹۱ بود که این مقادیر از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. علاوه بر معناداری، نکته قابل توجه مثبت بودن علامت این مقادیر است. به عبارتی این مقادیر بیانگر افزایش معنادار نمره اضطراب آزمودنی چهارم در مرحله پیگیری در مقایسه با دو مرحله خط پایه و مداخله است.

جدول ۴: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای نمرات اضطراب در گروه شناختی-رفتاری

متغیر	شاخص	۱	۲	۳	۴
خط پایه تا مداخله	درصد بهبودی	-۲۸/۵۷	-۷۱/۴۳	-۵۸/۳۳	-۴۰/۰۰
	ضریب تغییر پایا	-۱/۸۰	-۳/۰۱	-۴/۲۱	-۱/۸۰
	درصد بهبودی کل	۶۹/۸۲			
خط پایه تا پیگیری	درصد بهبودی	-۶۶/۶۷	-۷۱/۴۳	-۷۰/۸۳	۴۶/۶۷
	ضریب تغییر پایا	-۴/۲۱	-۳/۰۱	-۵/۱۲	۲/۱۰
	درصد بهبودی کل	۶۹/۸۲			
مداخله تا پیگیری	درصد بهبودی	-۶۶/۶۷	-۷۱/۴۳	-۷۰/۸۳	۴۶/۶۷
	ضریب تغییر پایا	-۴/۲۱	-۳/۰۱	-۵/۱۲	۲/۱۰
	درصد بهبودی کل	۰/۰۰			

در گروه بازتاب درمانی نیز بنا به جدول ۵ مشاهده می‌شود مقادیر درصد بهبودی برای آزمودنی اول، دوم و سوم از مرحله خط پایه تا پیگیری، از مرحله مداخله تا پیگیری برای آزمودنی اول، از خط پایه

تا مداخله برای آزمودنی دوم و سوم قابل ملاحظه و معنادار بوده است (بیشتر از ۵۰٪). علاوه بر معناداری، منفی بودن این مقادیر حائز اهمیت است زیرا بیانگر کاهش معنادار نمرات اضطراب است. بر اساس این نتایج، درصد بهبودی کل از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری برای گروه شناختی-رفتاری بیشتر از گروه بازتاب درمانی بوده است و برای مرحله مداخله تا پیگیری درصد بهبودی کل در گروه بازتاب درمانی بیشتر از گروه شناختی-رفتاری بوده است. با محاسبه میانگین هر سه درصد بهبودی در دو گروه مشاهده می شود که میانگین بهبودی در گروه شناختی (۶۴/۵) بیشتر از گروه بازتاب درمانی (۱۹/۳۳) هست. به عبارتی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود اضطراب بیشتر از بازتاب درمانی بوده است.

جدول ۵: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای نمرات اضطراب در گروه بازتاب درمانی

متغیر	شاخص	۱	۲	۳	۴
خط پایه تا مداخله	درصد بهبودی	-۲۰/۰۰	-۶۶/۶۷	-۵/۲۶	-۱۸/۹۲
	ضریب تغییر پایا	-۰/۴۳	-۲/۱۵	-۰/۲۱	-۱/۵۱
	درصد بهبودی کل	۲۴/۶۹			
خط پایه تا پیگیری	درصد بهبودی	-۳۰/۰۰	-۶۶/۶۷	-۵/۲۶	-۲۴/۳۲
	ضریب تغییر پایا	-۰/۶۴	-۲/۱۵	-۰/۲۱	-۱/۹۴
	درصد بهبودی کل	۲۸/۳۹			
مداخله تا پیگیری	درصد بهبودی	-۱۲/۵۰	۰/۰۰	۰/۰۰	-۶/۶۷
	ضریب تغییر پایا	-۰/۲۱	۰/۰۰	۰/۰۰	-۰/۴۳
	درصد بهبودی کل	۴/۹۱			

نتیجه

بنا به شواهد کاهش ۱۰ درصد از وزن در طول یک سال به طور معناداری می تواند ریسک فاکتورهای هم آیند با چاقی را کاهش می دهد (Wing, Crane, Thomas, Kumar, & Weinberg, 2010) و اگر بیمار بتواند در یک دوره شش ماه تا یک ساله ۱۰ درصد از وزن خود را کم کند می توان این فرایند تغییر را یک درمان خوب در نظر گرفت. برای بیمارانی که BMI آن ها بین ۲۷ تا ۳۵ باشد لازمه اکتساب کاهش وزن ۱۰ درصدی در طول شش ماه، کاهش وزن ۰/۲۰۰ تا ۰/۵۰۰ کیلوگرم در هفته است و این رقم برای افرادی که دارای BMI بیشتر از ۳۵ هستند ۰/۵۰۰ تا ۱ کیلوگرم در هفته هست ("National Institutes of Health, 2000). بنابراین در همه آزمودنی های گروه درمان شناختی-رفتاری به جز آزمودنی دوم روند کاهش وزن

قابل قبول بوده و انتظار می‌رود آزمودنی‌ها بعد از شش ماه به کاهش وزن مطلوب دست پیدا کنند که البته در این پژوهش به دلیل محدود بودن زمان، پیگیری شش ماهه انجام نشد. این یافته‌ها با پژوهش‌های آزاد (Azad, 2015)، لازیکویکز و همکاران (Lasikiewicz, Myrissa, Hoyland, & Lawton, 2014)، زارع بهرام آبادی و پونده نژادان (Zare & Pondenejadan, 2012)، صادقی و همکاران (Sadeghi et al., 2010) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وزن، همسو می‌باشد. در توجیه این یافته می‌توان گفت در این روش درمان به افراد آموزش داده می‌شود که برای کاهش وزن علاوه بر صرف زمان و انرژی و انتخاب یک رژیم غذایی مناسب نیاز به حمایت دارند تا در مواقعی که شرایط برایشان دشوار می‌شود با ناامیدی و دلسردی خود مقابله کرده و مشکلات پیش رو را حل کنند، همچنین در طول درمان تحریف‌های شناختی فرد در رابطه با کاهش وزن و رژیم گرفتن شناسایی می‌شود و یاد می‌گیرند که به پرخوری، ولع و احساس گرسنگی خود چگونه پاسخ بدهند. وقتی افراد طرز فکر خود را درباره رژیم گرفتن و مقابله با خوردن‌های هیجانی تغییر می‌دهند کاهش وزن بدون هیچ رنجی آغاز می‌شود.

در گروه شناختی-رفتاری در آزمودنی‌های اول، دوم و سوم درصد بهبودی وزن مربوط به مقایسه نمرات مداخله و پیگیری بیشتر از درصد بهبودی مربوط به مقایسه خط پایه و مداخله است این مورد را می‌توان این گونه توجیه کرد که با توجه به پروتکل درمان انتخاب شده در این پژوهش، در دو هفته اول بدون شروع کردن هرگونه رژیم غذایی و ورزش مراجع فقط سعی در تغییر عادات خوردن می‌کند و رژیم غذایی و ورزش را از اولین روز هفته سوم آغاز می‌کند بنابراین انتظار می‌رود در طول دوره پیگیری که زمان طولانی‌تری می‌باشد درصد بهبودی نیز بیشتر باشد.

در گروه درمان بازتاب درمانی نیز تغییرات وزن در هر چهار آزمودنی در مرحله مداخله کاهشی بوده و درصد بهبودی، کاهش قابل قبولی نشان می‌دهد بنابراین می‌توان انتظار داشت در صورت تداوم درمان به کاهش وزن مطلوب دست یابند. این یافته‌ها با پژوهش‌های تور و همکاران (Tur et al., 2015)، هانگ (Hong, 2008) و نورشاهی و همکاران (Nuorshahi et al., 2005) مبنی بر اثربخشی درمان، همسو و با یافته‌های هی و همکاران (He et al., 2015) نا همسو می‌باشد. در این گروه فقط در مورد آزمودنی دوم درصد بهبودی مربوط به مقایسه نمرات مداخله و پیگیری بیشتر از درصد بهبودی مربوط به مقایسه نمرات خط پایه و مداخله است و در آزمودنی اول و چهارم درصد بهبودی مرحله مداخله تا پیگیری معنادار نمی‌باشد، برای آزمودنی سوم در این مرحله تغییرات وزن افزایشی بوده است. ساده‌ترین دلیلی که می‌تواند این رخداد را توجیه کند این است که افراد بعد از پایان دوره درمان خود بدون هیچ

تغییری در رژیم غذایی یا سبک زندگی دوباره به شرایط پیش از درمان برمی گردند.

در طول دوره درمان، بازتاب درمانی، با تحریک نقاط خاص باعث افزایش سوخت ساز بدن، کاهش اشتها و تنظیم هورمون‌های مؤثر از جمله انسولین در این زمینه سبب کاهش وزن می‌شود. همچنین تحقیقات مختلف نشان داده که بازتاب درمانی باعث آرامش و کم شدن تنش عصبی می‌شود و از این جهت می‌تواند به افرادی که به دلیل خوردن هیجانی دچار چاقی می‌شوند، در کاهش وزن کمک کند.

در یک نگاه، در این پژوهش درصد بهبودی کل از مرحله خط پایه تا مداخله برای گروه بازتاب درمانی و از مرحله خط پایه تا پیگیری و مداخله تا پیگیری برای گروه شناختی-رفتاری بیشتر بوده است و این به آن معناست که در درمان شناختی-رفتاری افراد با شتاب کمتری وزن کم کرده‌اند ولی اثر درمان پس از پایان دوره، بیشتر از بازتاب درمانی باقی‌مانده است همچنین میانگین سه درصد بهبودی محاسبه‌شده برای هر گروه نشان داد درصد بهبودی وزن برای گروه شناختی-رفتاری (۶/۶) بیشتر از گروه بازتاب درمانی (۶/۲۹) است. برای توجیه این یافته می‌توان گفت در درمان شناختی-رفتاری تغییر عادات غذا خوردن و اضافه شدن یک برنامه منظم ورزشی در زندگی روزمره فرد، شناسایی و اصلاح افکار مخربی که باعث تخطی از رژیم غذایی موردنظر می‌شود، فراگیری روش‌های غلبه بر وسوسه‌های پرخوری و خوردن در موقعیت‌های هیجانی و در کل اصلاح سبک زندگی باعث می‌شود کاهش وزن آهسته و پیوسته‌ای رخ دهد. در گروه درمان شناختی-رفتاری به‌طور کلی سه آزمودنی از چهار آزمودنی، مداخله کاهش وزن در کاهش شدت اضطراب فرد مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش دیل گریو و همکاران (Dalle Grave et al., 2010) و اندرسون و همکاران (Andersen et al., 2010) همسو می‌باشد در مورد آزمودنی چهارم در مرحله مداخله شدت اضطراب اندکی کاهش یافته که البته از نظر آماری معنادار نیست ولی در مرحله پیگیری افزایش شدید اضطراب مشاهده می‌شود احتمال می‌رود که این آزمودنی خاص به جای درمان چاقی به یک درمان گسترده و چندجانبه با دوره زمانی طولانی‌تری نسبت به این پژوهش، نیاز داشته باشد.

یکی از دلایل پرخوری افراد که در بسیاری از تحقیقات موردبررسی قرار گرفته است خوردن هیجانی است. در درمان چاقی به روش شناختی-رفتاری، روش‌های مختلفی برای مقابله با هیجانات منفی به افراد آموزش داده می‌شود تا به کمک آن بتوانند بدون روی آوردن به پرخوری به آرامش دست یابند. به عبارت دیگر افراد در طول درمان روش‌هایی برای کنترل خوردن هیجانی یاد می‌گیرند، از آنجاکه شواهد مختلف از همبستگی مثبت بین اضطراب و خوردن هیجانی حمایت می‌کنند می‌توان کم شدن اضطراب در آزمودنی‌ها را این گونه توجیه کرد.

در گروه بازتاب درمانی، در سه آزمودنی اگرچه کاهش شدت اضطراب وجود داشته ولی از لحاظ آماری معنادار نیست. این یافته‌ها با پژوهش‌های عبداللهی فرد و همکاران (Abdollahi fard et al., 2013)، مبینی بیدگلی (Mobini Bidgoli, 2015)، مازونی و همکاران (Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Ricca, & Rotella, 1999)، استفنسون، وینریچ و تاواکولیل (Stephenson, Weinrich, & Tavakolil, 2000) همسو می‌باشد. فقط در آزمودنی دوم شدت اضطراب در مرحله مداخله کاهش معناداری داشته است شدت اضطراب در این آزمودنی در مرحله پیگیری ثابت بوده و تغییرات از خط پایه تا پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت، بازتاب درمانی با اثرگذاری روی سیستم اعصاب پاراسمپاتیک و افزایش فعالیت آن باعث ایجاد آرامش، بهبود کیفیت خواب، کاهش استرس و کاهش مشکلات گوارشی و یبوست می‌شود و همه این‌ها سبب کاهش علائم اضطراب می‌شود. در این پژوهش تمرکز درمان بر کاهش وزن بوده و از آنجاکه در بازتاب درمانی انتخاب نقاط و طول دوره درمان اهمیت زیادی دارد با وجود اینکه کاهش علائم اضطراب مشاهده می‌شود ولی این تغییرات معنادار نیستند. می‌توان نتیجه گرفت که درمان هم‌زمان چاقی و اضطراب اتفاق نیفتاده ولی با کاهش وزن کاهش اضطراب نیز دیده می‌شود.

درصد بهبودی کل از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری و همچنین از مرحله مداخله تا پیگیری برای گروه شناختی-رفتاری بیشتر از گروه بازتاب درمانی بوده است. به عبارتی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود اضطراب بیشتر از بازتاب درمانی بوده است. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت از آنجاکه چاقی و اضطراب علاوه بر این که اثر متقابل بر روی هم دارند، از جمله اختلالاتی هستند که به عوامل مختلف زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی بستگی دارند. در درمان شناختی-رفتاری علاوه بر عوامل روان‌شناختی و رفتاری برخی از عوامل اجتماعی از جمله حمایت خانواده و مدیریت محیط زندگی نیز مدنظر قرار می‌گیرد ولی در بازتاب درمانی بیشتر عوامل زیستی مورد توجه است. به عبارت دیگر درمان شناختی-رفتاری در حوزه وسیع‌تری نسبت به بازتاب درمانی مداخله می‌کند.

References

- Abdollahi fard, S., Dolatian, M., Heshmat, D., & Alavi, M. H. (2013). The effect of reflexology on the severity of symptoms of premenstrual syndrome. *Pajohande*, 18(1), 8-15. (In Persian)
- Afkhami, A. M., & Sedghi, H. (2002). Diabetes and Obesity: The most common metabolic disorders in the world. *Iranian Journal of Shahid Sadoughi of Yazd University of Medical Sciences & Health Services*, 10(4), 8-19. (In Persian)
- Agaharis, M., Alipuor, A., Janbozorgi, M., Muosavi, E., & Nuohi, S. (2012). Comparison of the effect of group therapy on lifestyle modification and group cognitive therapy in weight management and improving the quality of life of overweight women. *Iranian Journal of Health Psychology*, 1(1). (In Persian)
- Andersen, J. R., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Vage, V., & Natvig, G. K. (2010). Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 52.
- Annesi, J. J., & Tennant, G. A. (2014). Generalization of theory-based predictions for improved nutrition to adults with morbid obesity: Implications of initiating exercise. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 1-8.
- Anstey, K. J., Kingston, A., Kiely, K. M., Luszcz, M. A., Mitchell, P., & Jagger, C. (2014). The influence of smoking, sedentary lifestyle and obesity on cognitive impairment-free life expectancy. *International journal of epidemiology*, 43(6), 1874-1883.
- Azad, Y. M. (2015). The effect of cognitive-behavioral training on weight gain in obese subjects. Single-subject review. *Counseling and Psychotherapy*, 1, 76-86. (In Persian)
- Barros, R., Moreira, P., Padrao, P., Teixeira, V. H., Carvalho, P., Delgado, L., & Moreira, A. (2017). Obesity increases the prevalence and the incidence of asthma and worsens asthma severity. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1068-1074.
- Beck, J. S. (2007). *The beck diet solution. train your brain to think like a thin person* (N. Golchin & S. Hosseinpour, Trans). Tehran: Arjmand.
- Biabangard, A. (2005). *Educational and psychological research*. Tehran: Nashre Dowran. (In Persian)
- Bisson, D. (2008). Reflexology. *Complementary and Integrative Medicine in Pain Management*, 201.
- Bodenlos, J. S., Lemon, S. C., Schneider, K. L., August, M. A., & Pagoto, S. L. (2011). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: comparisons by ethnicity. *Journal of psychosomatic research*, 71(5), 319-324.
- Brumpton, B. M., Leivseth, L., Romundstad, P. R., Langhammer, A., Chen, Y., Camargo Jr, C. A., & Mai, X. M. (2013). The joint association of anxiety, depression and obesity with incident asthma in adults: the HUNT study. *International journal of epidemiology*, 42(5), 1455-1463.
- Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W. (2005). PEER REVIEWED: The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing chronic disease*, 2(1).
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Petroni, M. L., Di Domizio, S., Marchesini, G., & Group, Q. S. (2010). Weight management, psychological distress and binge eating in obesity. A reappraisal of the problem. *Appetite*, 54(2), 269-273.
- De Wit, L. M., Fokkema, M., van Straten, A., Lamers, F., Cuijpers, P., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity,

- physical, and social activities. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1057-1065.
- El Ashmawi, A. A., Hassan, N. E., Zarouk, W. A., Mira, M. F., Khalil, A., El-Masry, S. A., . . . Dwidar, O. H. (2018). Mother-daughter genetic relationship in central obesity. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, 66(3), 71-77.
- Embong, N. H., Soh, Y. C., Ming, L. C., & Wong, T. W. (2017). Perspectives on reflexology: A qualitative approach. *Journal of traditional and complementary medicine*, 7(3), 327-331.
- Foladvand, M., Farahani, H., Bagheri, F., & Fouladvand, M. (2012). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of the girls afflicted with obesity. *Iranian Quarterly Journal of Research in Psychological Health*, 6(2), 10-22.
- Freitas, C. R., Gunnarsdottir, T., Fidelix, Y. L., Tenório, T. R., Lofrano-Prado, M. C., Hill, J. O., & Prado, W. L. (2017). Effects of a psychological intervention on the quality of life of obese adolescents under a multidisciplinary treatment. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 93(2), 185-191.
- He, J., Zhang, X., Qu, Y., Huang, H., Liu, X., Du, J., & Guo, S. (2015). Effect of Combined Manual Acupuncture and Massage on Body Weight and Body Mass Index Reduction in Obese and Overweight Women: A Randomized, Short-term Clinical Trial. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 8(2), 61-65.
- Ivanov, P. (2018). Su Jok and Moxa A Self Treatment Manual [Electronic Edition]. Retrieved April 30, 2018, from <http://a-ll.dk/Alternative-Medizin/sujok.pdf>
- Kalantari, F., Davodi, I., Basaknejad, S., Mehrabizade, H., M., & Karandish, M. (2015). The effectiveness of rational- emotive behavioral therapy on body mass index, irrational food beliefs, weight self- efficacy, body image, and self- acceptance among overweight teenage girls. *Iranian Journal of Clinical Psychology Achievements*, 1(3), 81-99. (In Persian)
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahiray, H. (2005). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression And Anxiety: A Sixty Day Follow-Up. *Advances in Cognitive Science*, 7(1), 49-59. (In Persian)
- Lasikiewicz, N., Myrissa, K., Hoyland, A., & Lawton, C. (2014). Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions. A systematic research review. *Appetite*, 72, 123-137.
- Mazzoni, R., Mannucci, E., Rizzello, S., Ricca, V., & Rotella, C. M. (1999) .Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4(4), 198-202.
- Mc Vicar, A., Greenwood, C., Fewell, F., D'arcy, V., Chandrasekharan, S., & Alldridge, L. (2007). Evaluation of anxiety, salivary cortisol and melatonin secretion following reflexology treatment: a pilot study in healthy individuals. *Complementary therapies in clinical practice*, 13(3), 137-145.
- Mirzamohamadalaeni, E., Alipuor, A., Nuorbala, A & ,Agaharis, M. (2013). Effectiveness of emotional eating intervention on modifying emotional eating and weight management in obese and overweight women. *Quarterly Journal of Psychology of Health*, 2(7), 21-31. (In Persian)
- Mobini Bidgoli, M. (2015). *Comparison effect of Pranayama Sukha and Hand Reflexology on anxiety and hemodynamic status in patients undergoing coronary angiography*. (Masters Degree), Kashan University of Medical Sciences and Health Services. (In

- Persian)
- Moradhasely, M., Shams, E. H., & Kakavand, A. (2016). A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on the Self-Efficacy and Lifestyle Related to Weight Loss. *Journal of Research in Psychological Health*, 9(4), 74-89.
- National Institutes of Health. (2000). Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgdc.pdf>
- Nuorshahi, M., Nikbakht, H., Delavar, A., & Heydarnia, M. (2005). The effect of acupuncture with diet and exercise on the change in body mass and local fat of women. *Harekat*, 24, 73-86. (In Persian)
- Sadeghi, K., Gharraee, B., Fata, L., & Mazhari, S. Z. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(2), 107-117. (In Persian)
- Seif, A. A. (1987). Single subjects research. *Quarterly Journal of Education and Training*, 38, 10-20. (In Persian)
- Stephenson, N., Weinrich, S. P., & Tavakolil, A. S. (2000). *The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society.
- Hong, S. (2008). Relation between treatment course and therapeutic effects of acupuncture for female obesity of different types. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 28(4), 258-261.
- Mehta, P., Dhapte, V., Kadam, S., & Dhapte, V. (2017). Contemporary acupressure therapy: Adroit cure for painless recovery of therapeutic ailments. *Journal of traditional and complementary medicine*, 7(2), 251-263.
- Stephenson, N., Weinrich, S. P., & Tavakolil, A. S. (2000). *The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society.
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Dube, S. R., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T., . . . Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General hospital psychiatry*, 30(2), 127-137.
- Torabi, M., Salavati, M., & Sarabi, A. G. (2012). Effect of foot reflexology massage and Benson relaxation techniques on anxiety and physiological indexes of patients undergoing coronary heart angiography. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*, 20(1), 63-73.
- Tur, F. CH., Aksay, E., Kilich, T. Y., & Temizyurek, Z. (2015). Therapeutic effects of acupuncture on obesity and HbA1c. *European Journal of Integrative Medicine*, 7(2), 88-93.
- Wing, R. R., Crane, M. M., Thomas, J. G., Kumar, R., & Weinberg, B. (2010). Improving weight loss outcomes of community interventions by incorporating behavioral strategies. *American journal of public health*, 100(12), 2513-2519.
- Yilmaz, Y., & Younossi, Z. M. (2014). Obesity-associated nonalcoholic fatty liver disease. *Clinics in liver disease*, 18(1), 19-31.
- Wisotsky, W., & Swencionis, C. (2003). Cognitive-behavioral approaches in the management of obesity. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 37.
- World Health Organization. (2018). Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2009). *Learning cognitive- behavior therapy an illustrated guide* (H. Ghasemzadeh & H. Hamidpuor, Trans). Tehran: Arjmand.
- Zare, B. M., & Pondenejadan, A. (2012). Comparison of the effectiveness of three modes of diet therapy, a diet with exercise and diet with cognitive-behavioral therapy on weight loss and improving the life satisfaction of obese and overweight men in the National Drilling Company. *Counseling and Psychotherapy Culture*, 3(12), 93-123. (In Persian)



حاجپور، حسن؛ بیاضی، محمدحسین؛ نجات، حمید (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد.

DOI: 10.22067/tpccp.2020.39362

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰(۱)، ۵۵-۳۹.

مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد

حسن حاجپور^۱، محمدحسین بیاضی^۲، حمید نجات^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۹/۴/۲۴ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش گروهی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد بود.

روش: این تحقیق یک طرح نیمه آزمایشی با سنجش‌های پیش آزمون پس آزمون و پیگیری سه ماهه بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از مردان سوء مصرف کننده مواد بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند و در سه گروه طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها پرسشنامه وسوسه انگیز و تکانشگری را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری را در وسوسه و تکانشگری نشان دادند. همچنین نتایج نشان داد که در زمینه کاهش وسوسه مصرف مواد، طرحواره درمانی مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. هرچند در زمینه تکانشگری، بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نتایج در مرحله پیگیری بدون تغییر باقی ماند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، وسوسه، تکانشگری، سوء مصرف مواد.

۱. دانشجوی دکتری، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران (نویسنده مسئول)، hajipoor.hasan11@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران، bayazi123@yahoo.com

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

مقدمه

امروزه، مشکل سوء مصرف مواد مخدر، چنان شدت یافته که به عنوان یکی از چهار بحران عمده‌ی عصر حاضر، در کنار تهدید اتمی، آلودگی محیط زیست و فقر از آن یاد می‌شود. این ناهنجاری طبق آمار نیمه رسمی، در خوشبینانه‌ترین حالت ۱۲/۱ درصد از کل جمعیت ایران را وابسته یا سوء مصرف‌کننده^۱ مواد ساخته است از زمانی که نوع انسان سوء مصرف مواد را آغاز کرده است، تلاش‌های فراوانی نیز برای پیشگیری و درمان اعتیاد صورت گرفته است.

در تعریف اعتیاد، باومن (Bowman, 2016) چنین بیان کرده است: اعتیاد عبارت است از وضعی که در اثر تکرار استفاده از ماده یا موادی طبیعی یا مصنوعی ایجاد می‌شود؛ که در این حالت فرد وابستگی جسمانی و روانی به مواد پیدا می‌کند و پس از گذشت زمان قطع این وابستگی دشوار می‌شود. همان‌طور که در تعریف اعتیاد گفته شده است، مهمترین و قابل تعریف‌ترین مشخصه‌ی آن وابستگی جسمانی و روانی به عنصری طبیعی یا شیمیایی است که جدایی از آن پس از مدتی بسیار دشوار می‌شود. وابستگی به مواد مخدر علاوه بر اینکه احتمال ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی را افزایش می‌دهد، آسیب‌های بسیاری را بر افراد مبتلا، نظام مراقبت‌های بهداشتی و جوامع تحمیل می‌کند (Tremain, Freund, Wye, Wolfenden & Bowman, 2016). با توجه به این که برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد مخدر، هزینه مالی سنگینی را بر دوش جوامع می‌گذارد، سبب شناسی و پیشگیری از عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر ضروری است (Peiper, Ridenour, Hochwalt & Coyne-Beasley, 2016). به همین دلیل حجم بسیاری از پژوهش‌ها بر شناسایی عوامل پیشگیرانه و خطرات بالقوه مرتبط با مصرف مواد تمرکز کرده‌اند، به این امید که شناسایی گروه‌های در معرض خطر به راهبردهای مؤثری برای جلوگیری از سوء مصرف مواد منجر شود (Harrop & Catalano, 2016). در نتیجه پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند (Ouzir & Errami, 2016).

بزرگ‌ترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه^۲ است و اگر به طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گیج‌کننده و آشفته‌ساز خواهد بود و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی آورد. طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD-10)^۳ نیز وسوسه را به عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است (Sadock & Sadock, 2007). وسوسه‌ها با ایجاد سوگیری در توجه و

1. Substance Abuser

2. Craving

3. International Classified Deases

انتخابی نمودن پردازش اطلاعات، از طریق ارتباط با نشانه‌ها و پردازش نسبتاً جذابانه‌تر اطلاعات مرتبط با آن‌ها، به وسیله‌ی افزایش حواسپرتی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکز بر آن‌ها و تقویت آگاهی از حالات درونی فرد و با کند کردن ادراک و گذشت زمان می‌تواند عود را تحت تأثیر قرار دهد (Tajeri, 2012). وینستین و کاکس (Weinstein & Cox, 2006) نشان دادند که یادآوری مصرف مواد در بیماران سوء مصرف‌کننده باعث افزایش فعالیت هیجانی، کاهش عواطف مثبت و افزایش خلق منفی می‌گردد که منعکس‌کننده‌ی ارتباط بین سوگیری حافظه و وسوسه‌ی مصرف مواد است.

از مکانیزم‌های شناخته شده که بر گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن تأثیر می‌گذارد تکانشگری^۱ است. تکانشگری به صورت فقدان توانایی در به تأخیر انداختن کام‌رواسازی تعریف شده است (Basharpour & Abbasi, 2014). تکانشگری از زندگی در زمان حال و توجه کمتر به آینده، عدم برنامه ریزی در زندگی، دشواری در انجام امور و ناتمام رها کردن آن‌ها، ایجاد دردسر برای خود و دیگران و پرخاش به دیگران مشخص می‌شود. اگرچه بعضی از جنبه‌های تکانشگری انطباقی و کارکردی در نظر گرفته شده است، اما معمولاً به صفت کژکاری اشاره دارد که با اعمال جنایی و یا خشمگینانه و آسیب اجتماعی به فرد مرتبط است. تکانشگری همچنین با اختلالات سوء مصرف مواد رابطه دارد. پژوهش‌های اخیر یک مسیر ژنتیک به سمت صفت تکانشگری پیشنهاد کرده‌اند که به عنوان عامل خطری برای ظهور بعدی اختلالات مصرف مواد عمل می‌کند (Boothby, Kim, Romanow, Hodgins & McGrath, 2017). اقدامات تکانشی معمولاً پیامدهای ناگواری را به دنبال دارد. تکانشگری عامل محوری در بروز رفتارهای خودکشی، سوء مصرف مواد مخدر، پرخاشگری، اختلالات شخصیتی، مشکلات نارسایی توجه و رفتارهای مجرمانه در نظر گرفته شده است (Kaiser, Bonsu, Charnigo, Milich & Lynam, 2016).

یکی از الگوهای مداخله‌های برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال‌های اخیر الگودهی روانشناختی از جمله آموزش‌های طرحواره درمانی^۲ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ است که به کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های لازم به منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روانشناختی همراه تمرکز دارد (Miller, Wilbourne & Hettema, 2001).

از جمله درمان‌هایی که جنبه‌های روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، طرحواره درمانی می‌باشد، طرحواره درمانی روشی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ (Young, 1990, 1999) پایه‌گذاری شده

1. Impulsivity

2. Schema Therapy

3. Acceptance and Commitment Therapy

است. او در این درمان کوشیده است تا با به‌کارگیری مبانی و راهبردهای درمان شناختی- رفتاری (CBT) و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شیء، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارائه دهد (Young, Klosko & Weishaar, 2003). طرحواره درمانی به طور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می‌شود. در حوزه‌ی رشد شناختی طرحواره را قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند (Young, 2005). طرحواره‌ها هسته‌ی خودپنداره را شکل داده و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و از این رو طرحواره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب پذیر کنند. طرحواره‌ها به عنوان الگوهای برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند. به این ترتیب طرحواره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند؛ ادراکی که به دلیل ماهیت خود تداوم بخش طرحواره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (Young, 2003). تحقیقات کم و بیش قانع‌کننده‌ای وجود دارد که اثربخشی طرحواره درمانی را در سطح مداخله‌ی فردی و هنگام وجود اختلال‌های روانی قابل تشخیص از جمله سوء مصرف مواد تأیید کرده‌اند (Stiles, 2004; D'andrea, 2004; Young, 2005; Farrell, Shaw & Webber, 2009). برای مثال ارجمند قجور و اقبالی (Arjmand GHajoor & Eghbali, 2018) در پژوهشی اثربخشی طرحواره درمانی را بر بیماران وابسته به متامفتامین نشان دادند. همچنین محمدی زاده، مکوندی، پاشا، بختیارپور و حافظی (Mohamadizadeh, Makvandi, Pasha, BakhtiarPour & Hafezi, 2018) نشان دادند که طرحواره درمانی بر رفتار تکانشی بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی اثربخشی دارد.

علاوه بر آن می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره داشت در این نوع درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می‌شوند این شش فرایند عبارتند از پذیرش^۱، گسلش شناختی^۲، ارتباط با زمان حال^۳، خود به عنوان زمینه^۴، ارزش‌ها و عمل متعهد. در این درمان ابتدا سعی

1. Psychological Acceptance

2. Cognitive Fault

3. Communication with the Present

4. Self as a Background

می‌شود پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت.

در قدم دوم بر آگاهی روانی^۱ فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد.

در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند.

مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی^۲ یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است.

مرحله پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها).

درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۳ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند (Hayes, 2004). شواهد تجربی درمورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارایی این روش درمانی درمورد اختلالاتی مانند: افسردگی (Kanter, Baruch & Gaynor, 2006)، سایکوز (Bach & Hayes, 2002)، فرسودگی شغلی (Bond & Bunce, 2003)، درد مزمن (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004)، سوء مصرف و وابستگی به مواد (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Gifford, Kohlenberg & Hayes, 2003) مشخص شده است. در ایران امیریان، امامی، احمدی و محمدزاده (Amirian, Mami, Ahmadi & Mohammad Zade, 2018) اثر بخشی این درمان را بر افراد معتاد نشان دادند.

در ایران اخیراً دو پژوهش در رابطه با مقایسه‌ی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد انجام شد (Roosbehi, Rezaie & Alipoor-Dolatabad, 2017; Arjmand GHajoor & Eghbali, 2018) اما تفاوتی را در میان این دو درمان نشان نداد. با توجه به مبانی

1. Psychological Awareness

2. Cognitive Defusion

3. Committed Action

نظری پژوهش و نقش طرحواره درمانی و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان عوامل کلیدی در ارتباط با پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و خلاءهای پژوهشی در این زمینه، استفاده از نتایج این پژوهش در درمان وسوسه و تکانشگری از ضرورت‌های مهم این مطالعه است. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد در مرحله پس آزمون و پیگیری است.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های تجربی است و طرح آن به صورت ۳ گروهی (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه) همراه با ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد دچار سوء مصرف مواد شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ تشکیل داد. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج نمونه آماری را تشکیل دادند. ملاک‌های ورود شامل مردان بین ۱۸ تا ۳۵ سال، تحصیلات راهنمایی تا لیسانس، سابقه‌ی عود از ۲ تا ۵ بار، عدم وجود اختلال بالینی همزمان در محورهای اول، دوم و سوم و عدم وجود اختلال پزشکی در محور سوم بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل وجود نشانگان شدید بالینی یا مشکلات موجود در محورهای اول، دوم و سوم (بر اساس پرونده‌ی روانپزشکی فرد) و عدم محرز شدن ملاک‌های ورود به درمان (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه عود) بود.

اطلاعات توسط پژوهشگر آموزش دیده و به صورت میدانی جمع‌آوری شد. افراد در ۳ گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. نمونه انتخاب شده از نظر ویژگی‌های جمعیتی شناختی مثل تعداد عودهای گذشته، سن، جنس، تحصیلات و طبقه‌بندی اقتصادی-اجتماعی که بر اساس پژوهش‌های انجام شده می‌توانست بر نتایج پژوهش اثر بگذارند، با هم هم‌تا شدند. برای هم‌تاسازی سن ۱۸-۳۵ سال مورد بررسی قرار گرفت. افراد شرکت کننده در پژوهش را مردان حداقل دارای مدرک سیکل تشکیل داد و سه گروه از نظر تحصیلی هم‌تا شدند. همچنین طبقه‌ی اقتصادی-اجتماعی بر اساس درآمد تعیین شد.

در هر سه گروه پیش‌آزمونی برای تعیین متغیرهای وابسته‌ی پژوهش اجرا و سپس یک گروه ۲۰ نفره‌ی آزمایشی طرحواره درمانی (۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای) و ۲۰ نفر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای) را دریافت کردند. پس از پایان آموزش (حدوداً ۳ ماه) مجدداً متغیرهای پژوهش

اندازه گیری شد. در ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت و سپس آموزش ها داده شد و در آخر جلسات نیز پرسش و پاسخ و رفع اشکالات شرکت کنندگان صورت گرفت. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان تحقیق برای آن ها جلسات درمانی تشکیل شود.

ابزارها

پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز: به منظور سنجش وسوسه از نسخه فارسی پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز استفاده شد (Beck & Clark, 1993). این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه مصرف مواد را می سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۱-۷ درجه ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه بندی می شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه ۱ تا ۱۴۰ می باشد. رحمانیان، میرجعفری و حسینی (Rahmanian, Mirjafari & Hasani, 2006) اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف (۰/۸۱) گزارش کرده اند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه تکانشگری: مقیاس تکانشگری بارات دارای ۳۰ پرسش می باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه گی را ارزیابی می کند، پرسش ها به صورت چهار گزینه ای (هرگز=۱ و همیشه=۴) تدوین شده اند و بالاترین نمره ی آن که از جمع سه عامل به دست می آید برابر با ۱۲۰ است (Barratt, Stanford, Kent & Felthous, 2004).

در مطالعه فساتی، دی سگلی، آکواریتی و بارات (Fossati, Di Ceglie, Acquarini & Barratt, 2001) روی ۷۶۳ دانشجوی دوره کارشناسی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله دو ماه ۰/۸۹ به دست آمد. اختیاری، صفایی، اسماعیلی جاوید، عاطف وحید، عدالتی و همکاران (Ekhtari, Safaei, Esmaeli Djavid, Atefvahid, Edalati & et al, 2008)، روایی و پایایی نسخه ی فارسی مقیاس بارات، در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانشگری را محاسبه کردند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس بارات، ۰/۸۳ بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

مداخله

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس رویکرد هیز و همکاران (Hayes & et al, 1999) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای است و طرحواره درمانی بر اساس پروتکل طرحواره درمانی یانگ (Young, J. E., 1990) ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی طرحواره‌درمانی

جلسات آموزش	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط، درک بیمار و بررسی چگونگی شکل‌گیری و بقاء مشکل
دوم	آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اعتیاد، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی- رفتاری و ایجاد یک توافق درمانی
سوم	بررسی افکار، پیش‌آیندها و پس‌آیندها، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
چهارم	شناسایی افکار تحریف‌شده، ارزیابی چرخه‌ی افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی و شناسایی تحریف‌های شناختی.
پنجم	اصلاح افکار ناکارآمد، تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی.
ششم	آموزش الگوی طرحواره‌محور، آموزش الگوی طرحواره‌درمانی و مفهوم سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌ها
هفتم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای.
هشتم	اصلاح طرحواره، استفاده از تکنیک‌های هیجانی، بحث و گفتگو درباره‌ی تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو درباره‌ی وقایع فعلی، تصویرسازی ذهنی و تخلیه‌ی هیجانی.
نهم	اصلاح طرحواره‌ها، استفاده از تکنیک‌های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره، حذف اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم.
دهم	اصلاح طرحواره، استفاده از تکنیک‌های شناختی بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرحواره، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره، تکنیک موضع-ضد موضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحواره‌ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها.

طرحواره‌درمانی بر اساس پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ (Young, J. E., 1990) در ۱۰ جلسه

۹۰ دقیقه‌ای انجام شد.

جدول ۲: محتوای جلسات آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات آموزش	محتوای جلسات
اول	آشنایی؛ بیان اهداف پژوهش، زمان، مکان و طول جلسات و قوانین گروه؛ بستن قرارداد درمانی، آشنایی با تنظیم هیجانات.
دوم	آشنایی کلی با درمان پذیرش و تعهد، نقش آن در تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن در کاهش مصرف مواد.
سوم	رویارویی با قواعد درمان جو "ناامیدی خلاقانه" و استفاده از تمثیل "مردی در چاه" و "کشاورز و الاغ".
چهارم	کنترل به عنوان مشکل اصلی: بررسی راهبردهای ناکارآمد و رها کردن آن‌ها؛ تمرین تکنیک‌ها، ارائه

تمثیل "دروغ سنج"	
پنجم	پذیرش به عنوان روش جایگزین اجتناب تجربه ای؛ تمرین تکنیک ها، ارائه تمثیل "دو کفه ترازو."
ششم	خود به عنوان بافتار؛ ایجاد احساس متعالی از خود؛ تمرین تکنیک ها، ارائه تمثیل "صفحه شطرنج."
هفتم	سازماندهی قواعد زبان؛ تمرین خورده هشتم
هشتم	همجوشی شناختی و ذهن آگاهی؛ تمرین تکنیک ها، تمرین شیر و تمرین برگ های روی رودخانه.
نهم	روشن سازی ارزش ها؛ ایجاد تعهد به اعمال ارزشمند؛ تمرین مراسم تشیع جنازه و تمثیل "خوردن کل سیب"؛ تمرین تکنیک ها.
دهم	مرور جلسات، تمرین پیش گیری از عود

یافته ها

در مطالعه حاضر، تعداد افراد نمونه ۶۰ نفر می باشند که میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه طرحواره درمانی ۲۸/۲۵، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۸/۵۵ و کنترل ۲۹/۰۵ بود. همچنین سابقه عود آزمودنی ها در گروه طرحواره درمانی ۳/۲۵، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳/۲۰ و گروه کنترل ۳/۴۰ بود. داده ها توصیفی مرتبط با متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر در جدول ۳ آورده شده اند.

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسوسه	طرحواره درمانی	۹۱/۹۵	۲۱/۷۱	۸۷/۲۰	۲۱/۰۳	۹۰/۱۰	۲۱/۳۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹۴/۴۵	۲۱/۶۳	۹۲/۱۰	۱۹/۸۶	۹۳/۷۵	۲۰/۴۸
	گروه کنترل	۸۹/۸۵	۱۹/۱۰	۹۰/۹۰	۱۸/۲۶	۹۰/۶۰	۱۸/۸۷
تکانشگری	طرحواره درمانی	۷۳/۱۵	۱۰/۳۸	۷۲/۱۰	۱۰/۲۶	۷۲/۰۵	۱۰/۲۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۷۷/۹۵	۹/۳۲	۷۶/۰۰	۸/۸۴	۷۶/۷۰	۸/۷۴
	گروه کنترل	۷۵/۳۵	۱۱/۴۱	۷۶/۱۵	۱۱/۵۸	۷۶/۰۵	۱۱/۶۳

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که میانگین وسوسه و تکانشگری دو گروه درمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌های آزمون از روش کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و مشاهده شد که داده‌های به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها دارای توزیع نرمال است (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر وسوسه معنادار نمی‌باشد).

بنابراین پیش فرض نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. و همچنین نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل کواریانس قابل اجراست.

جدول ۴: نتایج آزمون کواریانس برای مقایسه نمرات سه گروه بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، در

پس‌آزمون و پیگیری وسوسه و تکانشگری

مراحل	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پس‌آزمون	وسوسه	پیش‌آزمون	۲۱۸۵۷/۷۰	۱	۲۱۸۵۷/۷۰	۳۲۱۱/۹۱۵	۰/۰۰۱
		گروه	۳۲۲/۰۸	۲	۱۶۱/۰۴	۲۳/۶۶۴	۰/۰۰۱
		خطا	۳۸۱/۰۹	۵۶	۶/۸۰	۱۹۲۰/۵۰۰	۰/۰۰۱
	تکانشگری	پیش‌آزمون	۵۸۶۹/۲۰	۱	۵۸۶۹/۲۰	۱۲/۴۳۲	۰/۰۰۱
		گروه	۷۵/۹۸	۲	۳۷/۹۹		
		خطا	۱۷۱/۱۴	۵۶	۳/۰۵		
پیگیری	وسوسه	پیش‌آزمون	۲۳۳۳۵/۷۸	۱	۲۳۳۳۵/۷۸	۱۳۲۵۷/۶۲	۰/۰۰۱
		گروه	۶۴/۲۹	۲	۳۲/۱۴	۱۸/۲۶۴	۰/۰۰۱
		خطا	۹۸/۵۷	۵۶	۱/۷۶		
	تکانشگری		۵۷۶۵/۴۷	۱	۵۷۶۵/۴۷	۱۲۳۸/۸۳۲	۰/۰۰۱
			۴۶/۳۵	۲	۲۳/۲۶	۴/۹۹۹	۰/۰۱۰
			۲۶۰/۶۲	۵۶	۴/۶۵		

مطابق جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت بین سه گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است.

بنابراین پیگیری شد که تفاوت بین کدام گروه‌ها می‌باشد. به همین منظور از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها بر اساس شاخص‌های تفاوت میانگین‌ها

و سطح معناداری در پیگیری و سوسه و تکانشگری

متغیر وابسته	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I, J)
وسوسه	طرحواره‌درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$-1/22 (P < 0/015)^*$ $-2/53 (P < 0/001)^{**}$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	$1/22 (P < 0/015)^*$ $-1/31 (P < 0/009)^{**}$
	کنترل	طرحواره‌درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$2/53 (P < 0/001)^{**}$ $1/31 (P < 0/009)^{**}$
تکانشگری	طرحواره‌درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$0/01 (P < 1/000)$ $-1/87 (P < 0/025)^*$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	$-0/01 (P < 1/000)$ $-1/86 (P < 0/026)^*$
	کنترل	طرحواره‌درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$1/87 (P < 0/025)^*$ $1/86 (P < 0/026)^*$

** $p < 0/01$ * $p < 0/05$

با توجه به نتایج آزمون بنفرونی مشاهده شد که در متغیر وسوسه و متغیر تکانشگری تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل با دو گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد که با توجه به جدول میانگین‌ها این دو درمان باعث کاهش معنادار وسوسه و تکانشگری در بیماران سوء مصرف کننده مواد گردیده است. همچنین بین گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمرات وسوسه و تکانشگری تفاوت معنادار وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها مشخص شد که طرحواره درمانی مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و وسوسه بیماران سوء مصرف کننده مواد را در پس‌آزمون کاهش داده است. اما بین گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمرات تکانشگری تفاوت معنادار یافت نشد.

با توجه به نتایج آزمون بنفرونی برای گروه پیگیری مشخص شد که در متغیر تکانشگری تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل با دو گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد و با توجه به نتایج میانگین‌ها مشخص شد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد را در مرحله پیگیری کاهش داده است. اما بین گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمرات تکانشگری تفاوت معنادار یافت نشد.

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال بود که آیا دو روش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد می‌شود یا خیر. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معنی دار وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد شده است که این نتایج با یافته‌های فتاحی و دهقانی (Fattahi & Dehghani, 2019) و (Mohamadizadeh & et al, 2018) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی و تحقیقات کینمان و گرانت (Kinman & Grant, 2010) و برومت (Brummett, 2007) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و تکانشگری افراد سوء مصرف کننده مواد همسو است. همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی دو روش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان کاهش وسوسه بیماران سوء مصرف کننده مواد به میزان معناداری متفاوت است و طرحواره درمانی در کاهش وسوسه این بیماران مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عمل کرده است.

در تبیین این یافته ها باید بیان نمود با توجه به این که در طرحواره درمانی، مشکلات عمیق بیماران، به صورت دقیق‌تر تعریف می‌شود و ردپای طرحواره ها با تأکید بر روابط بین فردی دنبال می‌شود و بیماران به ریشه های رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد خود پی می‌برند، انگیزه زیادی برای رها شدن از مشکلات خود پیدا می‌کنند (Young, Klosko & Weishaar, 2003). طرحواره های استحقاق، خویش‌داری ناکافی، ایثار، پذیرش جویی و اطاعت از جمله طرحواره های اصلی مصرف مجدد شناسایی شده اند و در طی جلسات درمانی و همچنین تمایل فرد برای رها شدن از مشکلاتش، همت زیادی را به فرد داده و در نتیجه فرد وسوسه کمتری را گزارش خواهد نمود. همچنین طرحواره درمانی به افراد معنادار کمک می‌کند تا به منظور مقابله با برانگیزاننده های درونی بر راهبردهای سالم‌تری غیر از مصرف مواد روی آورند (Fattahi & Dehghani, 2019).

همچنین در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری می‌توان گفت از منظر طرحواره درمانی یانگ، هر فردی طرحواره هایی را در خلال دوران کودکی خود شکل می‌دهد. طرحواره یک ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار ویژه ای نمود می‌یابد (Sempertegui, Karreman, Arntz & Bekker, 2013). درمانگر، ذهنیت طرحواره ای را به بیمار فرامود می‌کند. اگر درمانگر ذهنیت ها را به شیوه ای شخصی به بیمار ارائه کند، بیشتر بیماران خوب آن‌ها را درک می‌کنند. نکته مهم این است که ما در عمل طوری از ذهنیت ها گفتگو می‌کنیم که انگار یک شخصیت هستند. این کار از نظر درمانی سودمند است، چون به بیمار کمک می‌کند تا از ذهنیت ها فاصله

گرفته و آن‌ها را ببینند. رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن دم به دم ذهنیت‌ها در طول جلسه است و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از ذهنیت‌ها استفاده می‌کند. درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدل سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال بیمار رشد کند و توان بخشی شود، زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، به پاسدار بی تفاوت رامش داده و جای آن را می‌گیرد، والد تنبیه گر را مغلوب کرده و آن را از میدان به در می‌کند و به کودک برآشفته شیوه‌های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد. کودک رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانواده اصلی مورد سوء استفاده، ترک و رها شدن، بی‌بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بی‌رحمانه قرار گرفته است (Dickhaut & Arntz, 2014).

در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت وسوسه در این پژوهش می‌توان گفت که این درمان از طریق افزایش آگاهی از احساسات، افکار و هیجانات همراه با وسوسه، پذیرش و عدم پاسخ به محرک‌های همراه وسوسه، مواجهه مکرر با محرک راه انداز در طول جلساتی که شرکت کنندگان پذیرش و گسلش شناختی را تمرین می‌کنند، توجیه شود. در آسیب شناسی اعتیاد بر اساس روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتیاد به عنوان یک تلاش برای جلوگیری یا اجتناب از تجارب شناختی، عاطفی و جسمانی محسوب می‌شود. در تلاش برای اجتناب از رنج بردن، شخص ممکن است به دنبال مواجهه با حالت‌های مثبت و یا اجتناب از حالت‌های منفی باشد. در تمرین‌های مربوط به گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه و یا تمرین‌های پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وسوسه به عنوان یک پدیده عاطفی و شناختی گذرا نگریسته می‌شود (Hayes, Luoma & Bond, 2006). در این پژوهش نیز، شرکت کنندگان آموختند که وسوسه را به عنوان یک فکر یا احساس بپذیرند و تلاش و تقلایی برای اجتناب از آن یا سرکوب آن انجام ندهند. شرکت کنندگان مواجهه با محرک‌های راه انداز و عدم واکنش به آنها را تمرین کردند. بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف مواجهه با وسوسه و هر هیجان نامطلوب و آگاهی از وجود آن و با تأکید بر پذیرش آن‌ها بدون قضاوت و داوری، می‌تواند موجب کاهش وسوسه شود.

همچنین در تبیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری باید گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آن‌ها انعطاف پذیری روانشناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. انعطاف پذیری ذهنی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز

تکانشگری و گرایش به مصرف مواد است. بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن آگاهی می‌تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه‌ها برهاند و متعاقباً افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه‌تر با تکانشگری‌ها و گرایش به مصرف مواد کنار آیند (Izadi, R., & Abedi, 2013). همین‌طور در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی با گسلش شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) بر رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار میان درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و زمانی که فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود را از واقعیت تمیز دهد (Lee, An, Levin & Twohig, 2015).

با توجه به اطلاعات بررسی شده پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش متغیرهای فرهنگی و مذهبی مدنظر قرار بگیرد. همچنین این درمان به صورت فردی اجرا شود تا نتایج دقیق‌تری به دست آید و می‌توان از بیماران خانم هم در این نوع پژوهش‌ها استفاده کرد. با توجه به تکالیف این رویکردها بهتر است تمرکز بر روی تکالیفی باشد که موجب پویایی و فعالیت بیشتر و افزایش تمرکز قرار بگیرد. ویکردها آماده کنند تا نتایج بهتر و قابل مقایسه‌ای دریافت کنند. به درمانگران و متخصصان پیشنهاد می‌شود که یک برنامه درمانی مدون برای این ر با توجه به محدودیت زمانی در این پژوهش می‌توان از پیگیری‌های بلندمدت‌تر استفاده کرد و همچنین می‌توان از سایر رویکردها مانند رویکرد شناختی - رفتاری نیز استفاده کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان برگزاری جلسه درمان توسط خود پژوهشگر و امکان سوگیری در نتایج و این که اطلاعات تنها توسط پرسشنامه جمع‌آوری گردید که پرسشنامه علی رغم این که در زمانی کوتاه‌ترین اطلاعات را به دست می‌دهد اما ممکن است که پاسخ آزمودنی‌ها با برخی سوگیری‌ها همراه باشد. به طور کلی این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد تأثیر دارد؛ بنابراین بهتر است در مراکز درمانی از این روش‌ها به منظور پیشگیری و درمان بیماران سوء مصرف کننده مواد استفاده شود.

سپاسگزاری و قدردانی

بدینوسیله از مساعدت و همکاری تمامی افراد شرکت‌کننده در جلسات درمانی سپاسگزاریم.

References

- Amirian, K., Mami, SH., Ahmadi, V., & Mohammad Zade, J. (2018). Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Impulsivity in Addicted People. NPWJM, 5 (17), 36-45. (In Persian)
- Arjmand GHajoor, K., & Eghbali, A. (2018). A Comparing of two Schema Therapy and

- Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Attitudes Effectiveness on Early Maladaptive Schema in Metamphetamine Addicts. *Frooyesh*, 7(1), 151-178. (In Persian)
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139.
- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psycho psychiatry, 41, 1045-1061.
- Basharpoor, S., & Abbasi, A. (2014). Relations of distress tolerance, negative and positive urgency with severity of dependence and craving in people with substance dependency. *J Res Behave Sci*, 12(1):92-102. (In Persian)
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1993). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behav Res Ther*, 35, 49-58.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology*, 88:1057-1067.
- Boothby, C. A., Kim, H. S., Romanow, N. K., Hodgins, D. C., & McGrath, D. S. (2017). Assessing the role of impulsivity in smoking & non-smoking disordered gamblers. *Addict Behav*, 70 (5), 35-41.
- Brummett, B. R. (2007). Attachment style, early maladaptive schemas, coping self efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone-maintenance treatment. New York: Forham University Press, 68-80.
- D'andrea, J. T. (2004). An investigation of the relationship between early maladaptive schemas and psychological adjustment: The moderating effects of spiritual coping styles. Ph.D. Dissertation. New York: New York University, 15-32
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behav Ther*, 35, 785-801.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 45 (2), 242- 51.
- Ekhtiari, H., Safaei, H., Esmaeeli Djavid, G., Atefvahid, M. K., Edalati, H., Mokri, A. (2008). Reliability and Validity of Persian Versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in Assessing Risky and Impulsive Behaviors. *IJPCP*, 14 (3), 326-336. (In Persian)
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber M. A. (2009). (A Schemafocused approach group Psychotherapy for Outpatients with Borderline Personality Disorder: A controlled trial). *J Behav Psychotherapy and Exper Psychiatry*, 40(2), 317- 328.
- Fattahi, A., & deghani, A. (2019). Effectiveness of Schema Therapy in Emotion Regulation, Self-efficacy, and Temptation in Male Members of Narcotics Anonymous (NA) Association. *Etiadpajohi*, 12(48), 185-202. (In Persian)
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E. & Barratt, E.S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *Journal of Clinical Psychol*. 57, 815-828.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., & Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-Based Prevention for Adolescent Substance

- Use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25 (3), 387-410.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behaviour therapy. *Behaviour Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford, p. 165-171.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, f. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and therapy*, 44, 1-25.
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2013). Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *J Kashan Univ Med Sci*, 17(3), 275-86. (In Persian)
- Kaiser, A., Bonsu, J. A., Charnigo, R. J., Milich, R., & Lynam, D. R. (2016). Impulsive Personality and Alcohol Use: Bidirectional Relations Over One Year. *JSAD*, 77(3), 473-82.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst*, 29, 161-185.
- Kinman, G., & Grant, L. (2010). Exploring steers resilience in trainee social workers: The Role of Emotional and social competencies. *Journal of Personality and Psychology*, 82, 1007-1022.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial metaanalysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 155, 1-7.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hettema, J. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester, & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 13-63). Boston.
- Mohamadizadeh, L., Makvandi, B., Pasha, R., BakhtiarPour, S., Hafezi, F. (2018). Comparison of the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on Impulsive Behavior in Patients With Borderline Personality Disorder. *jour guilan uni med sci*, 27 (106), 44-53. (In Persian)
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: *Pharmacol. Biochem. Behav*, 148(2), 59-68.
- Peiper, N. C., Ridenour, T.A., Hochwalt, B., Coyne-Beasley, T. (2016). Overview on Prevalence and Recent Trends in Adolescent Substance Use and Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25(3), 349-65.
- Rahmanian, M., Mirjafari, A., & Hasani, J. (2006). The Relationship between Craving and Attentional Bias in Opioid Dependent, Relapsed and Abstinent Individuals. *IJPCP*, 12(3), 216-222. (In Persian)
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011) The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4, 41-49.
- Roozbehi, M., Rezaie, A. M., Alipoor-Dolatabad, A. (2017). Comparing the Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment and Schematic Therapies on Early Maladaptive Schemas in Addicted Patients of Shiraz Hospitals, Iran. *J Res Behav Sci*, 15(3), 339-46. (In Persian)
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007) *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426-447.
- Stiles, O. E. (2004). Early maladaptive schemas and intimacy in young adults. Ph.D. Dissertation. San Francisco: Alliant International University, 5-67.
- Tajeri, B. (2012). Addiction: Etiology and treatment. First Edition. Tehran: Andishe No Publishing. (In Persian)
- Tremain, D., Freund, M., Wye, P., Wolfenden, L., Bowman, J., & Dunlop, A. (2016). Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: client and clinician report. *JSAT*, 68(2), 24-30.
- Weinstein, A. & Cox, W. M. (2006). Cognitive processing of drug-related stimuli: The role of memory and attention. *Journal of Psychopharmacology*, 20(6), 850-859.
- Young, J. E. (2003). Schema therapy. New York: Guilford, 123-218.
- Young, J. E. (2005). Young Schema Questionnaire– Short Form. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, NY: Guilford Press. 17.



امین، طاهره؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ مشهدی، علی (۱۳۹۹). اثر بخشی آموزش مهارت های حرفه ای بر مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان و جوانان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی.

DOI: 10.22067/tpccp.2020.39364

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۱)، ۶۹-۵۶.

اثر بخشی آموزش مهارت های حرفه ای بر مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان و جوانان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی

طاهره امین^۱، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^۲، علی مشهدی^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۵ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بهپا هدف بررسی تاثیر آموزش مهارت های حرفه ای بر مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان و جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰ نفر از مددجویان دارای ناتوانی هوشی تحولی در مرکز روان پویش شهر مشهد بود. ۱۵ نفر از شرکت کنندگان که در گروه آزمایشی گماشته شدند به مدت سه ماه آموزش مهارت حرفه ای را دریافت کردند و ۱۵ نفر دیگر که در گروه کنترل گمارش شدند هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. داده ها توسط مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی گرشام و الیوت (SSRS، 1990) و مقیاس رفتار سازشی واینلند (VABS، 1980) قبل و بعد از اجرای مداخله جمع آوری شد و سپس با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که در پس آزمون، آزمودنی های گروه آزمایشی که تحت آموزش مهارت های حرفه ای قرار گرفته بودند به طور معناداری سطح بالاتری از مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی را در مقایسه با آزمودنی های گروه کنترل نشان دادند. یافته های پژوهش مؤید این است که آموزش مهارت های حرفه ای باعث افزایش مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان و جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی می شود.

واژه های کلیدی: آموزش مهارت های حرفه ای، مهارت های اجتماعی، رفتار سازشی، ناتوانی هوشی تحولی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، tahere.amin@yahoo.com

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

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

هدف اساسی هر نظام آموزشی این است که مهارت لازم را به افراد آموزش دهد تا بتوانند به عنوان عضوی مفید، نقش مؤثری در جامعه ایفا کنند. در قرن اخیر، در زمینه ی آموزش کودکان استثنایی^۱، مطالعات بسیاری انجام شده است که در این میان، کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی^۲ به دلایل گوناگونی از توجه ویژه ای بهره مندند. کم توان ذهنی را از جنبه های گوناگون روان شناختی و زیست شناختی و آموزشی می توان تعریف کرد. اصطلاح ناتوانی هوشی تحولی هنگامی استفاده می شود که کنش وری ذهنی و نارسایی در مهارت هایی مانند برقراری ارتباط^۳ و مراقبت از خود^۴ و کنش وری اجتماعی^۵، موجب شود کودک و نوجوان یادگیری و تحول کندتری از همسالانش داشته باشد. به افرادی که محدودیت های معنادار در کنش وری هوشی^۶ و رفتار سازشی^۷ داشته و مشکلات آن ها قبل از ۱۸ سالگی ایجاد شده باشد، افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی گویند (Algozzine, Ysseldyke, & Khanzadeh, 2006).

شرایط در حال گذر جامعه، زندگی اجتماعی نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی را با مسایل و پیچیدگی های خاص خود مواجه نموده است، در این شرایط یکی از مهم ترین مهارت هایی که قادر است بالندگی و بهداشت روانی آنان را در مواجهه با مشکلات آینده حفظ و تقویت نماید رفتار سازشی است (Jalilabkenar, Ashoori, & Pourmohamadrezatajirishi, 2013). رفتار سازشی به مجموعه ای از مهارت های مفهومی و اجتماعی و عملی گفته می شود که افراد آن را در زندگی روزانه به کار می گیرند. برای به کار گیری این تعریف، پنج پیش فرض ضروری است: ۱. محدودیت ها در عملکرد کنونی باید در قلمرو فرهنگ و محدودیت های اجتماعی همسالان باشد، ۲. ارزیابی معتبر باید با توجه به پراکندگی فرهنگی و زبانی و تفاوت های موجود در ارتباطات و عوامل حسی و حرکتی و رفتاری باشد، ۳. معمولاً محدودیت ها در کنار توانمندی های فرد وجود دارد، ۴. هدف مهم در توصیف محدودیت ها، توسعه ی نیم رخ حمایت های مورد نیاز است و ۵. با ارائه ی حمایت های فردی شده ی مناسب، در طول دوره ای معین، عملکرد زندگی فرد مبتلا به ناتوانایی هوشی تحولی، کامل بهبود خواهد یافت (Algozzine et al., 2006).

1. Exceptional Children
2. Intellectual and Developmental Disability (IDD)
3. Communication
4. Self-Care
5. Social functional
6. Intellectual Functional
7. Adaptive Behavior

در ویرایش دهم انجمن آمریکایی ناتوانی‌های تحولی (Foreman, 2007)، رفتار سازشی، مهارت‌های ده گانه زیر را در بر می‌گیرد: مهارت‌های ارتباطی^۱، مهارت‌های مراقبت از خود^۲، مهارت‌های زندگی در خانه، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های مربوط به کاربرد منابع جامعه، مهارت‌های خود رهبری^۳، مهارت‌های مربوط به سلامت^۴ و ایمنی^۵، مهارت‌های مربوط به تحصیلات کارکردی^۶، مهارت‌های مربوط به اوقات فراغت^۷ و مهارت‌های مربوط به اشتغال. تعریف رفتار سازشی، مورد پذیرش همگان نیست. مهارت‌های اجتماعی به عنوان یکی از ده مهارت لازم برای نشان دادن رفتار سازشی، در زندگی مراجعان از اهمیت بالایی برخوردار است. مهارت‌های اجتماعی رفتارهای آموخته شده است که به افراد امکان می‌دهد با افراد دیگر ارتباط مثبت برقرار کنند. در مطالعات اخیر چهار مهارت اجتماعی به طور خاص توجه زیادی را دریافت کرده اند: همدلی، خود کنترلی، همکاری و ابراز وجود. همدلی توانایی تشخیص و نشان دادن نگرانی در مورد احساسات فرد دیگر است. به عبارت دیگر توانایی درک دیدگاه‌ها از منظر فرد دیگر است. خود کنترلی نشان دهنده توانایی نظارت بر خود در موقعیت‌های اجتماعی است. همکاری توانایی کار کردن و کمک کردن به دیگران است. ابراز وجود توانایی شروع گفتگوها و جسارت در شرایط اجتماعی است (Jenkins, Demaray, Fredrick, & Summers, 2016). مهارت‌های اجتماعی به افراد اجازه می‌دهند تا تعاملات اجتماعی مثبتی را با دیگران شروع کرده و ادامه دهند و شامل مهارت‌هایی مانند برقراری ارتباط با همسالان و بزرگسالان، حل مسئله، تصمیم‌گیری، جرأت ورزی و خود مدیریت می‌باشد. این مهارت‌ها، رفتارهای قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری هستند که استقلال، قابلیت پذیرش و کیفیت مطلوب زندگی را بهبود می‌بخشد، برای سازش یافتگی و کارکرد بهنجار فرد مهم هستند و نارسایی در آنها با اختلال‌های روانی و مشکلات رفتاری مرتبط هستند (Beh-Pajoooh & Khanzadeh, 2012). کودکانی که روابط مناسبی با همسالان ندارند، نه تنها مشکلات رفتاری بیشتری از خود نشان می‌دهند، بلکه در مدرسه نیز عملکرد تحصیلی پایین‌تری دارند (Van Vugt, Deković, Prinzie, Stams, & Asscher, 2013). نقاط ضعف و ناتوانی در مهارت‌های اجتماعی می‌توانند به طور کامل بر فرصت‌های فردی برای پیشرفت زندگی، شرایط کاری و شغلی، فعالیت‌های اوقات فراغت، ارتباط با دیگران و فعالیت‌های کودکان دارای ناتوانی‌های تحولی تأثیر بگذارند. به همین منظور مداخلات آموزشی متعددی با رویکردهای متفاوت، برای بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان انجام می‌شود (Heidari, Pour, Makvandi, Naderi, & Hafezi, 2016).

1. Communication
2. Self-Care
3. Self-Direction
4. Health
5. Security
6. Functional Education
7. Leisure Times

افراد مبتلا به ناتوانی هوشی تحولی، از لحاظ تاریخی دارای نرخ بیکاری بالا و کمبود درآمد بوده و همچنان با موانع جدی برای دستیابی به اشتغال و حفظ آن مواجه هستند. طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی، افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی اغلب با کمبود دسترسی به منابع و آموزش لازم برای به دست آوردن کار مواجه هستند. واضح است که داشتن دسترسی به هر نوع شغل، یک نگرانی عمده برای افراد مبتلا به ناتوانی هوشی تحولی است. چندین عامل وجود دارد که احتمال استخدام و یافتن شغل افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی را افزایش می دهد. این عوامل عبارتند از: داشتن ارتباطات قوی و مهارت های انطباق با زندگی، مهارت های اجتماعی مناسب، انتظارات بالای والدین فرد برای پیدا کردن شغل، حمایت ها و برنامه های آموزشی. هنگامی که افراد مبتلا به ناتوانی هوشی تحولی دارای حمایت کافی هستند ممکن است تمایل آنها به کار بالا رود. مطالعات نشان داده است که مشارکت در هر گونه شغل و استخدام شدن، کیفیت زندگی افراد مبتلا به ناتوانی هوشی تحولی را بهبود می بخشد و تعامل اجتماعی شان را ارتقاء می دهد (Petner-Arrey, Howell-Moneta, & Lysaght, 2016).

آموزش حرفه ای مؤثر یک جنبه ضروری برای آماده سازی دانش آموزان دارای ناتوانی هوشی تحولی برای پیدا کردن شغل و ورود به دنیای اشتغال است. اگرچه بسیاری از جوانان و نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی مایل به بدست آوردن شغل هستند، فرصت هایی که برای آن ها پس از دوره دبیرستان وجود دارد محدود است (Gilson, Carter, & Biggs, 2017). یکی از موانع اولیه پیدا کردن شغل برای نوجوانان و جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی، فقدان آموزش مهارت های اشتغال در مدارس متوسطه است. بسیاری عقیده دارند که چون نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی نمی توانند در موضوعاتی نظری نظیر خواندن، نوشتن، و غیره شایستگی کسب کنند و موفقیتی به دست آورند، لذا بهترین برنامه آموزشی برای ایشان آن است که آنها را به کلاس کارآموزی حرفه ای بگمارند، تا از طریق این کلاس نوجوانان دارای ناتوانی هوشی بتوانند به توانمندی شغلی دست پیدا کنند و در آینده شغلی را برای خود فراهم آورند (Beh-Pajooh, Osareh, & Abolhasani, 2011).

خانی، ایمانی و صالحی (Khani, Imani, & Salehi, 2015)، دریافتند که آموزش مهارت شبکه بر روی چوب به دانش آموزان پسر کم توان ذهنی ۱۴ تا ۱۸ سال به گونه ای معنادار در افزایش عزت نفس و شادکامی این دانش آموزان مؤثر بوده است و افزایش عزت نفس و شادکامی می تواند در بهبود رفتار اجتماعی و رفتارهای سازشی این دانش آموزان مؤثر باشد. جلیل آبکنار، پورمحمدرضای تجربی و عاشوری (Jalilabkenar et al., 2013)، در پژوهشی شیوه های فرزند پروری، مهارت های اجتماعی و روابط با همسالان و سازگاری اجتماعی را در نوجوانان بررسی کردند. یافته های این مطالعه نشان داد که وجود مهارت های اجتماعی، موجب افزایش سازگاری نوجوانان می شود و روابط با همسالان را افزایش می دهد.

بیان زاده و ارجمندی (Baianzadeh & Arjmandi, 2003)، در مطالعه‌ی خود تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر رفتار سازگارانه کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف را بررسی کردند. یافته‌های پژوهش آنها نشان داد که بهبود مهارت‌های اجتماعی سبب بهبود رفتار سازشی در کودکان کم توان ذهنی خفیف می‌شود. در پژوهشی دیگر، حسینی نسب و سلطانی (Hosseininasab & Soltani, 2011)، اثربخشی یادگیری مشارکتی بر رشد مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان را سنجیده‌اند و به این نتیجه دست یافتند که مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد بیشتر بود. یکپارچگی اجتماعی در جامعه بدون شکل‌گیری روابط اجتماعی امکان‌پذیر نیست. بسیاری از روابط اجتماعی در محیط کار می‌تواند یکی از شکل‌های اصلی ارتباط اجتماعی برای افراد کم توان ذهنی باشد (Khanzadeh & Yaghoobnezhad, 2010).

بنابراین با توجه به نقش آموزش مهارت‌های حرفه‌ای در ابعاد ارتقای مهارت‌های زندگی، خود کفایی فردی، اجتماعی و اقتصادی، ایجاد انگیزش و حرمت خود نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی و همچنین تأثیر رویکرد‌های شغلی بر تجارب روانی- اجتماعی کارگران دارای ناتوانی هوشی تحولی نیمه شدید و خفیف، پژوهش حاضر تأثیر آموزش مهارت‌های حرفه‌ای بر مهارت اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی را بررسی می‌کند. پژوهش حاضر به این سؤال پژوهشی پاسخ خواهد داد که آموزش مهارت‌های حرفه‌ای بر مهارت اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی تا چه حد تأثیر دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش، از حیث هدف در طبقه پژوهش‌های کاربردی و بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها در دسته‌ی پژوهش‌های آزمایشی (شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) جای دارد.

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، تمامی نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۱ سال پذیرفته شده در مرکز روان‌پویش شهر مشهد را تشکیل می‌دهد. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۳۰ نفر از نوجوانان این مرکز که به دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند و به صورت نمونه‌گیری در دسترس هدفمند و انتصاب تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین می‌شوند. بنابراین در مرحله اول از روش نمونه‌گیری در دسترس و در مرحله دوم از روش نمونه‌گیری تصادفی، استفاده شد. بدین صورت که در مرحله اول با ارائه اطلاعات لازم، آزمودنی‌هایی که مایل به شرکت در پژوهش هستند انتخاب شده و در مرحله دوم آن‌ها به صورت تصادفی در شرایط مختلف تحقیق جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش نوجوانان و جوانان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی خفیف یا متوسط

با یا بدون معلولیت جسمی - حرکتی بود. ملاک های خروج عبارت از نوجوانان و جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی، نوجوانان و جوانان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی شدید و عمیق با یا بدون معلولیت جسمی - حرکتی و داشتن بیماری شدید روانی (مانند اسکیزوفرنی) می باشد.

ابزار های پژوهش

در این پژوهش قبل و بعد از اجرای مداخله، مقیاس های درجه بندی مهارت های اجتماعی گرشام و الیوت (SSRS, 1990) و رفتار سازشی واینلند (VABS, 1980)، توسط مربیان تکمیل شدند. در ذیل به معرفی این دو مقیاس و ضرایب پایایی و روایی آن ها پرداخته شده است.

مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی گرشام و الیوت (SSRS, 1990): برای سنجش مهارت های اجتماعی از مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی استفاده می شود. این مقیاس را گرشام و الیوت (Gresham & Elliot, 1990) ساختند و دارای سه فرم از دو بخش مهارت اجتماعی و مشکلات رفتاری تشکیل شده است. (الف) بخش مهارت های اجتماعی که خرده مقیاس های این بخش از مقیاس عبارتند از همکاری، قاطعیت و خویشتن داری. (ب) بخش مشکلات رفتاری که شامل خرده مقیاس های رفتارهای برون زا^۲ و رفتارهای درون زا^۳ و بیش فعالی^۴ می باشد. هر مقیاس مهارت های اجتماعی شامل سه فرم ویژه ارزیابی توسط والدین، معلمان و دانش آموزان است. این سوالات در دو بعد فراوانی دارای طیف لیکر تی سه نقطه ای هرگز (۰) گاهی از اوقات (۱) و همیشه (۲) و در درجه اهمیت دارای گزینه های بسیار مهم، مهم و بی اهمیت، پاسخ ها را درجه بندی می کند (Shahim, 2005). در پژوهش حاضر فرم معلمان این مقیاس مورد استفاده قرار می گیرد که در بیست و هشت سوال تنظیم شده که همگی در ارتباط با مهارت های اجتماعی از دیدگاه معلم نسبت به نوجوان است. بنابراین تعداد سوالات مورد استفاده در پژوهش حاضر ۲۸ سوال مربوط به مهارت های اجتماعی می باشد. این پرسشنامه توسط معلمان نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی که به عنوان نمونه انتخاب شدند، پاسخ داده شد. اعتبار درونی مقیاس برای فرم معلمان از ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ است (Gresham & Elliot, 1990). خصوصیات روان سنجی این مقیاس در فرهنگ های غیر امریکایی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه ای در ایران مهارت اجتماعی کودکان عقب مانده ذهنی را با استفاده از این مقیاس مورد بررسی قرار گرفته است. میزان اعتبار این مقیاس در این مطالعه برای مهارت اجتماعی ۰/۸۷، همکاری ۰/۷۶، قاطعیت ۰/۷۲ و خویشتن داری ۰/۶۸ برآورده شده است. در این تحقیق

-
1. Social Skills Rating Scale
 2. Xternalizing
 3. Internalizing
 4. Hyperactivity

پایایی کل این مقیاس پس از دو هفته بر روی ۱۰ نفر از آزمودنی‌ها ۰/۸۱ به دست آمد، که پایایی نسبتاً بالایی است (Shahim, 2005).

مقیاس رفتار سازشی واینلند^۱ (بازنگری شده): مقیاس رفتار سازشی واینلند در سال ۱۹۸۰ مورد بازنگری قرار گرفت. این مقیاس سه فرم دارد که عبارتند از: فرم زمینه یابی، فرم گسترده و فرم آموزشگاهی. مقیاس رفتار سازگاران واینلند دارای ۲۹۷ ماده است که چهار حوزه مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های زندگی روزمره، مهارت‌های اجتماعی شدن و مهارت‌های حرکتی را در بر می‌گیرد و یک ارزیابی از عملکرد سازگاران فراهم می‌نماید. فرم مقیاس رفتار سازشی واینلند در ایران برای گروه سنی ۱۱ تا ۱۸ سال و ۱۱ ماه هنجاریابی شده است. ضریب اعتبار باز آزمایی نمره‌های هنجاریابی شده در این گروه سنی در حوزه مهارت‌های ارتباطی از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، با میانگین ۰/۸۴، در حوزه مهارت‌های زندگی روزمره از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷، با میانگین ۰/۸۳، در حوزه مهارت‌های اجتماعی شدن از ۰/۸۲ تا ۰/۸۸، با میانگین ۰/۸۵ و در حوزه مهارت‌های حرکتی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۸، با میانگین ۰/۸۵ گزارش شده است. ضرایب اعتبار باز آزمایی نمرات استاندارد بخش مرکب رفتار سازشی از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲، با میانگین ۰/۸۹، در تغییر بود. تفاوت میانگین نمرات دو گروه بهنجار و عقب مانده ذهنی در سطح ۱٪ معنی دار بود که بیانگر روایی تفکیکی مناسب در مورد این مقیاس در ایران است. این مقیاس را شخص مورد ارزیابی، والدین یا سرپرست کودک و نوجوان تکمیل می‌کند (Jalilabkenar et al., 2013).

روش اجرا

طرح تحقیق حاضر یک طرح شبه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون با دو گروه است. در این طرح متغیرهای وابسته قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اندازه گیری می‌شود. در ابتدا مقیاس مهارت اجتماعی گرشام و الیوت و مقیاس رفتار سازشی واینلند بر روی دو گروه آزمایش و کنترل از آزمودنی‌ها به عنوان پیش آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس تقریباً به مدت سه ماه و طی هفت مرحله آموزشی حرفه آموزان در کارگاه چرم دوزی مشغول به فراگیری این مهارت شدند که تعداد جلسات آموزش و زمان مهارت در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات درمان	عنوان و روند و هدف جلسات
جلسه اول	آشنایی شرکت کنندگان پژوهش با مربیان و یکدیگر، توضیح در مورد اهداف پژوهش برای مربیان، پر کردن پرسشنامه‌ها به عنوان پیش آزمون توسط مربیان
جلسه دوم	آموزش جهت توجیه دانشی مددجویان آموزش پذیر و هدف، آموادگی شناختی و روانی مددجویان در زمینه ی کسب مهارت حرفه ای مربوطه و زمان، روز اول دوره و به مدت یک ساعت

1. Vineland Adaptive Behavior Scales (Revised)

جلسه سوم	آموزش الگو کشی روی مقوا و نحوه ی استفاده از الگو و هدف، مهارت در اندازه گیری و تسلط و تمرکز با رسم خطوط هدف دار و زمان، سه ساعت و به صورت متقاطع، برای کسب مهارت در این مرحله تقریباً یک هفته تا ده روز زمان لازم بود.
جلسه چهارم	آموزش قرار دادن الگوی روی چرم و برش طرح و قطعات و هدف، دقت در به دست گرفتن صحیح قیچی و برش و زمان، سه ساعت و به صورت متقاطع، برای کسب مهارت در این مرحله تقریباً یک هفته تا ده روز زمان لازم بود.
جلسه پنجم	آموزش آستر کشی و هدف، بالا بردن دقت مددجویان در مطابقت و قرار دادن دو شی بر روی هم و زمان، سه ساعت و به صورت متقاطع، برای کسب مهارت در این مرحله تقریباً ده روز تا دو هفته زمان لازم بود.
جلسه ششم	آموزش علامت زدن دقیق محل دوخت با وسایل مخصوص مربوطه و هدف، کسب مهارت در دیدن دقیق و هماهنگی چشم و دست و زمان، سه ساعت و به صورت متقاطع، برای کسب مهارت در این مرحله تقریباً ده روز تا دو هفته زمان لازم بود.
جلسه هفتم	آموزش لبه دوزی و دور دوزی و هدف، مهارت در حرکات ظریف دست و چشم و زمان، سه ساعت و به صورت متقاطع، برای کسب مهارت در این مرحله تقریباً ده روز تا دو هفته زمان لازم بود.

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. داده های مربوط به گروه آزمایش (شامل ۱۵ نفر با میانگین سنی ۲۶/۳۳ و انحراف معیار ۶/۶۸) و گروه کنترل (شامل ۱۵ نفر با میانگین سنی ۲۰/۷۳ و انحراف معیار ۵/۴۷) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون - پس آزمون مؤلفه های مهارت اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	گروه آزمایش (n=15)		گروه کنترل (n=15)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
همکاری	پیش آزمون	۲۰/۹۳	۳/۳۹	۱۹/۵۳	۳/۰۶
	پس آزمون	۲۳/۲۰	۲/۳۳	۱۹/۵۷	۳/۰۴
قاطعیت	پیش آزمون	۱۵/۴۶	۲/۴۱	۱۵/۰۶	۳/۵۳
	پس آزمون	۱۸/۸۶	۱/۷۶	۱۵/۴۵	۲/۸۰
خویشتر داری	پیش آزمون	۲۰/۲۶	۳/۷۶	۲۰/۳۳	۴/۳۰
	پس آزمون	۲۶/۳۳	۴/۶۵	۲۰/۶۴	۴/۰۱

۹/۸۰	۵۳/۶۷	۸/۵۵	۷۶/۷۶	پیش آزمون	رفتار سازشی
۹/۱۰	۵۳/۳۴	۴/۴۳	۸۴/۸۶	پس آزمون	
۲/۷۶	۷/۶۹	۲/۹۰	۱۰/۱۱	پیش آزمون	سن اجتماعی
۲/۵۰	۷/۸۰	۱/۹۸	۱۲/۸۳	پس آزمون	
۱۶/۱۶	۳۹/۱۸	۱۶/۱۹	۴۱/۲۰	پیش آزمون	بهره اجتماعی
۱۵/۹۰	۴۰/۰۲	۱۶/۳۴	۵۱/۰۳	پس آزمون	

نتایج ارائه شده در جدول ۲، بیانگر آن است که در گروه آزمایش، میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه های مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است. در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مهارت های اجتماعی ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مهارت های اجتماعی

مقدار لامبدا	df فرضیه	df خطا	مقدار F	معناداری	ضریب اتا
۰/۱۸	۳	۲۳	۳۴/۰۲	۰/۰۱	۰/۸۱

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که با کنترل اثر نمرات پیش آزمون، در متغیر مهارت های اجتماعی که از ترکیب خطی نمرات پس آزمون مؤلفه های آن تشکیل شده است، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اما در ادامه لازم است که مشخص شود کدام مؤلفه ها تفاوت معناداری دارند. جدول ۴ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها در مؤلفه های مهارت های اجتماعی را نشان داده است.

جدول ۴: نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها در مؤلفه های مهارت های اجتماعی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	ضریب اتا
همکاری	۴۹/۱۱	۱	۴۹/۱۱	۳۳/۱۴	۰/۰۰	۰/۵۷
قاطعیت	۸۰/۴۱	۱	۸۰/۴۱	۲۴/۸۳	۰/۰۰	۰/۴۹
خویشتر داری	۲۶۹/۰۹	۱	۲۶۹/۰۹	۴۱/۲۴	۰/۰۰	۰/۶۲

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه گروه ها در تک تک مؤلفه های همکاری، قاطعیت و خویشتر داری نشان داد که F مشاهده شده برای متغیر های فوق معنادار است و در مؤلفه های همکاری، قاطعیت و خویشتر داری تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش و کنترل وجود دارد و آموزش مهارت های حرفه ای باعث بهبود همکاری، قاطعیت و خویشتر داری در جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی می شود ($P < ۰/۰۵$) و میانگین گروه ها در متغیر های وابسته تفاوت معناداری با هم دارند. بنابراین اینگونه می توان

نتیجه گیری کرد که آموزش مهارت های حرفه ای در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر افزایش مهارت های اجتماعی افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی داشته است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر رفتار سازشی

مقدار لامبدا	df فرضیه	df خطا	F	معناداری	ضریب اتا
۰/۴۱	۲	۲۵	۱۷/۶۴	۰/۰۱	۰/۵۸

نتایج جدول ۵ بیانگر آن است که با کنترل اثر نمرات پیش آزمون، در متغیر رفتار سازشی که از ترکیب خطی نمرات پس آزمون مؤلفه های آن تشکیل شده است، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۶ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها در مؤلفه های رفتار سازشی را نشان داده است.

جدول ۶: نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها در مؤلفه های رفتار سازشی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	ضریب اتا
سن اجتماعی	۶۱/۵۹	۱	۶۱/۵۹	۳۶/۳۹	۰/۰۰	۰/۵۸
بهره اجتماعی	۹۹۳/۵۲	۱	۹۹۳/۵۲	۲۶/۱۸	۰/۰۰	۰/۵۰

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه گروه ها در مؤلفه های سن اجتماعی و بهره اجتماعی نشان داد که F مشاهده شده برای متغیر های فوق معنادار است و در مؤلفه های سن اجتماعی و بهره اجتماعی تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و آموزش مهارت های حرفه ای باعث افزایش بهره اجتماعی و سن اجتماعی در جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی می شود ($P < 0/05$) و میانگین گروه ها در متغیر های وابسته تفاوت معناداری با هم دارند.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش مهارت های حرفه ای بر مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی نوجوانان و جوانان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر در خصوص متغیر مهارت های اجتماعی نشان داد که آموزش مهارت های حرفه ای، به نوجوانان و جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی در گروه آزمایش، مهارت های اجتماعی آنان را نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش می دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش های خانزاده و یعقوب نژاد (Khanzadeh & Yaghoobnezhad, 2010)،

حسینی نسب و سلطانی (Hosseininasab & Soltani, 2011)، خانی، ایمانی و صالحی (Khani et al., 2015) و پیتنر و همکاران (Petner-Arrey et al., 2016)، هم خوانی دارد.

برای تبیین چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت که مهارت‌های اجتماعی لازم برای زندگی روزمره که به علت محدودیت‌هایی از جمله ناتوانی هوشی تحولی و نداشتن مهارت شغلی، بهره‌مندی کمتر از آموزش‌های کلاسیک، نگرش‌های منفی افراد سالم نسبت به افراد دارای ناتوانایی هوشی تحولی، محدودیت روابط اجتماعی و عواملی از این قبیل که در افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی ایجاد نشده و بدین ترتیب آن‌ها را با تنوع گسترده از مشکلات اجتماعی - روان‌شناختی روبرو می‌کند. آموزش مهارت‌های حرفه‌ای می‌تواند مهارت‌های اجتماعی را در این افراد ایجاد و پرورش دهد. به عبارتی بهبود مهارت‌های اجتماعی این افراد ناشی از دریافت آموزش، می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌های فردی - اجتماعی ناشی از فقدان این مهارت‌ها در درازمدت گردد.

نتایج پژوهش در خصوص متغیر رفتار سازشی نشان داد که آموزش مهارت‌های حرفه‌ای، به نوجوانان و جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی در گروه آزمایش، رفتار سازشی آنان را نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش می‌دهد. نتیجه به دست آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های بیان زاده و ارجمندی (Baianzadeh & Arjmandi, 2003)، جلیل آبکنار، پورمحمدی و عاشوری (Jalilabkenar et al., 2013)، و خانی، ایمانی و صالحی (Khani et al., 2015)، هم خوانی دارد. برای تبیین چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های حرفه‌ای در بهبود رفتار سازشی نوجوانان و جوانان اثر مثبت و معنادار داشته است. نوجوانان و جوانان مبتلا به ناتوانی هوشی تحولی در اکثر جنبه‌های رشد و تحول، به ویژه در زمینه رفتارهای سازشی مشکلاتی دارند و نه تنها از نظر سازشی دچار تأخیر و رشد نایافتگی هستند، بلکه نسبت به نوجوانان و جوانان عادی مشکلات رفتاری بیشتری دارند. افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی پس از آموزش مهارت حرفه‌ای و اشتغال به کار در کارگاه مخصوص، بهبودی قابل ملاحظه‌ای در رفتار از خود نشان دادند و پس از مدتی کار در این کارگاه، مشاهده شد که در این افراد مهارت‌های ارتباطی مانند برخورد با مربیان و دوستان، مهارت‌های مراقبت از خود، مهارت‌های خود رهبری که شامل کنترل خود و مهار پرخاشگری خود در برابر رفتار ناصحیح دوستانشان که در مرکز حضور داشتند ولی جزو گروه آزمایش نبودند، مهارت‌های سلامت و ایمنی مانند استفاده درست از وسایل کار مانند قیچی و سوزن، به طور چشمگیری بهبود یافته و کنترل آن‌ها ساده تر شد. زیرا آنان از این واقعیت که بلاخره مانند سایر مردم در انجام کاری موفق شده و برای جامعه مفید واقع گردیده‌اند، احساس رضایت و خشنودی می‌کردند.

نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، حاکی از این است که آموزش مهارت های حرفه ای توانسته است، مهارت های اجتماعی که شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن داری است را به نحو مؤثری افزایش دهد و این افزایش نسبت به مرحله پیش از اثرگذاری متغیر مستقل، تفاوت معناداری را هم از لحاظ آماری و هم از لحاظ بالینی نشان می دهد. زیرا اکثر آزمودنی ها قبل از اثرگذاری و در مراحل اولیه مداخله، کمتر از راهنمایی ها پیروی می کردند و وسایل مربوط به کار را، کمتر در اختیار دیگران قرار می دادند در صورتی که در روزهای پایانی مداخله و حتی در اواسط امر مداخله، این گونه رفتار ها کمتر نشان داده می شد، و همکاری بین آزمودنی ها به وضوح مشاهده می شد. زیرا در هنگام آموزش معمولاً آزمودنی ها به گروه های دو نفره تقسیم می شدند و تکلیف ها به صورت دو نفری از آنان خواسته می شد و این خود باعث می شد که مهارت همکاری در آنان تقویت شود. و همچنین در جلسات اولیه مشاهده شد که بعضی از آزمودنی ها از همکاری و حتی معرفی خود به دیگران سرباز می زدند و بعد از سوال از آنان در مورد مشخصات فردی، حتی گاهی رفتار پرخاشگرانه از خود نشان می دادند، ولی در پایان مداخله این رفتارها کمتر مشاهده شد. در مراحل پایانی مداخله رفتار های آغازگر مانند سلام کردن و معرفی خود به دیگران، پاسخ مناسب به رفتار دیگران، نسبت به قبل از مداخله به نحوه قابل ملاحظه ای بهبود پیدا کرد. پیشرفت در آموزش بخصوص در اکثر آزمودنی ها به طور وضوح دیده شد، به طوری که در ابتدای آموزش، آزمودنی ها مراحل اولیه کار (چرم دوزی) که اندازه گیری و برش چرم و دوخت ساده بود را به سختی انجام می دادند، در پایان مداخله آزمودنی ها مراحل پیشرفته و دشوار کار را از جمله، الگو کشی ها، برش ها و دوخت های پیچیده را به راحتی انجام می دادند. از این داده های آماری و بالینی می توان چنین نتیجه گرفت و تبیین کرد که، آموزش مهارت حرفه ای، مهارت های شغلی و حرفه ای و اجتماعی برای فرد فراهم می کند و می تواند تایید کننده این باشد که با بکار گیری شیوه ها و راهبرد های هدفمند و علمی و انسانی در آموزش مهارت های حرفه ای، می توان رفتار های نامناسب اجتماعی که به عنوان رفتار های ناسازگارانه مشخص می شود را در افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی کاهش و تقلیل داد. و از سوی دیگر مهارت های اساسی اجتماعی و سازشی را در آنان تقویت کرد و بهبود بخشید.

به طور کلی یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت های حرفه ای در بهبود مهارت های اجتماعی و رفتار سازشی جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی تأثیر زیادی دارد، با توجه به این که هدف از آموزش جوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی کمک به آن ها در یادگیری مهارت های شغلی و در نهایت مهارت های مورد نیاز برای زندگی روزمره است، در این میان استفاده از برنامه ی آموزش مهارت های حرفه

ای برای این جوانان بسیار مفید خواهد بود. در مجموع نتایج حاصل از پژوهش بر اهمیت استفاده از برنامه آموزشی مهارت‌های حرفه‌ای جهت افزایش کارآیی و بهبود مهارت‌های اجتماعی و رفتار سازشی و ارائه‌ی راهبردی که نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی را در انتخاب مشاغل مطابق با مسیر شغلی و پیشرفت‌های پایدار در اشتغال بر پایه‌ی نگاهی به آینده‌ی یاری‌رسانند، تأکید می‌کند. اگر چه بسیاری از افراد با ناتوانایی هوشی تحولی به خاطر مشکلات اجتماعی و ارتباطی برای مشارکت کامل در برنامه‌ریزی شغلی با چالش‌رو به‌رو هستند با وجود این، یک تیم حرفه‌ای خوب می‌تواند در طراحی برنامه برای این گروه مؤثر باشد.

پژوهشگر در روند پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو برو بود که ممکن است بر کیفیت پژوهش تأثیر گذاشته باشند. از جمله محدودیتهای این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: پژوهش حاضر فقط بر روی جنس پسر بود، نداشتن پروتکل یکسان و تأیید شده در کشور، نگرفتن آزمون پیگیری و در نتیجه مشخص نشدن میزان پایداری مداخله بر آزمودنی‌ها، با توجه به اینکه طرح تحقیق حاضر در راستای پایان‌نامه تحصیلی پژوهشگر بوده و نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که آموزش بلند مدت تر، نتایج اثر بخش‌تری خواهد داشت، و حضور نامرتب تعدادی از آزمودنی‌ها در گروه به دلیل مشکلات رفت و آمد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی ضمن توجه به سایر برنامه‌های آموزشی و بررسی رفتار سازشی و اینلند، مصاحبه و مشاهده در محیط‌های مختلف، تأثیر مداخله‌های آموزشی از این قبیل را بر روی سایر ویژگی‌های افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی، در سنین مختلف مورد بررسی قرار دهند. تأثیر برنامه‌های آموزشی مهارت‌های حرفه‌ای بر عزت نفس دیگر افراد با نیازهای ویژه، نوجوانان و جوانان ناشنوا، نابینا مورد بررسی قرار گیرد. و پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی اثر بخشی آموزش مهارت‌های حرفه‌ای بر افزایش عزت نفس و کاهش اختلال سلوک در نوجوانان دارای ناتوانی هوشی تحولی مورد بررسی قرار گیرد.

References

- Algozzine, R., Ysseldyke, J., & Khanzadeh, H. (2006). Teaching Students with Mental Retardation (First ed.). *Tehran: Cultural development*. (In Persian)
- Baianzadeh, A., & Arjmandi, Z. (2003). The Effect of Social Skills Training on Adaptive Behavior of Mentally Retarded Children. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23, 27-34. (In Persian)
- Beh-Pajooh, A., & Khanzadeh, H. (2012). Identification of the necessary social skills for students with intellectual disability in classroom setting. *Journal of Curriculum Studies*, 25, 95-114. (In Persian)
- Beh-Pajooh, A., Osareh, A., & Abolhasani, Z. (2011). The Effectiveness of Professional Skills Training Program on the Efficiency of Mentally Retarded Students from the

- Viewpoint of Exceptional School Teachers in Tehran. *Journal of Psychology Research*, 12, 84-95. (In Persian)
- Foreman, P. (2007). Mental retardation: definition, classification and systems of support, 10th edn. American Association on Mental Retardation. Washington, DC. 2002. In: Taylor & Francis.
- Gilson, C. B., Carter, E. W., & Biggs, E. E. (2017). Systematic review of instructional methods to teach employment skills to secondary students with intellectual and developmental disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 42(2), 89-107.
- Gresham, F., & Elliot, S. (1990). Social Skills Rating System. American Guidance Service. Circle Pines, MN.
- Heidari, M., Pour, S. B., Makvandi, B., Naderi, F., & Hafezi, F. (2016). Studying the Effectiveness of the FRIENDS Program Training on Promoting Social Skills of Children in Shiraz City. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926*, 1058-1070. (In Persian)
- Hosseininiasab, S. D., & Soltani, A. (2011). The effects of cooperative learning on development of social skills among students. *Journal of New Thoughts on Education*, 3, 9-30. (In Persian)
- Jalilabkenar, S. S., Ashoori, M., & Pourmohamadrezatajirishi, M. (2013). Investigation of the effectiveness social competence instruction on the adaptation behavior in boy students with intellectual disability. *Journal of Rehabilitation*, 13(5), 104-113. (In Persian)
- Jenkins, L. N., Demaray, M. K., Fredrick, S. S., & Summers, K. H. (2016). Associations among middle school students' bullying roles and social skills. *Journal of school violence*, 15(3), 259-278.
- Khani, A., Imani, R., & Salehi, K. (2015). The Effect of Skill-Driven Education on Self-Esteem and Happiness of Students with Mental Retardation. *Journal of Skill Training*, 13, 87-102. (In Persian)
- Khanzadeh, J., & Yaghoobnezhad, S. (2010). Studying the social skills of students with special needs in the work environment. *Journal of Exceptional Education*, 106, 4-17. (In Persian)
- Petner-Arrey, J., Howell-Moneta, A., & Lysaght, R. (2016). Facilitating employment opportunities for adults with intellectual and developmental disability through parents and social networks. *Disability and rehabilitation*, 38(8), 789-795.
- Shahim, S. (2005). Standardization of the social skills grading method for preschool children. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2, 176-186. (In Persian)
- Van Vugt, E., Deković, M., Prinzie, P., Stams, G., & Asscher, J. (2013). Evaluation of a group-based social skills training for children with problem behavior. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 162-167.



هاشمی زاده نهی^۱، نرگس؛ جاجرمی، محمود؛ مهدیان، حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری دانش آموزان دختر مقطع دوم متوسطه. DOI: 10.22067/tpccp.2020.39365

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۱)، ۸۶-۷۰.

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری دانش آموزان دختر مقطع دوم متوسطه

نرگس هاشمی زاده نهی^۱، محمود جاجرمی^۲، حسین مهدیان^۳

تاریخ دریافت: ۹۹/۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۹/۶/۱۷ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعلل ورزی تحصیلی و خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان دختر دوره متوسطه بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر دانش آموزی بود که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گماشته شدند. مداخله به صورت گروهی طی ده جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی دانش آموزان گروه آزمایش اجرا شد (دو جلسه در هفته). دانش آموزان گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. هر دو گروه پرسشنامه های مقیاس ارزیابی تعلل ورزی دانش آموزی (سولومون و راثبلوم، ۱۹۸۴) و پرسشنامه راهبردهای خودتنظیمی یادگیری (پیتربرج و دی گروت، ۱۹۹۰) را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. داده ها با روش تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی گروهی منجر به کاهش تعلل ورزی تحصیلی و افزایش خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با دانش آموزان گروه کنترل شده است.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، تعلل ورزی تحصیلی، خودتنظیمی یادگیری

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران n.hashemizadeh@yahoo.com

۲. استاد یار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

mahmoud.jajarmi@gmail.com

۳. استاد یار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

مقدمه

پیشرفت تحصیلی مهم‌ترین شاخص موفقیت در فعالیت‌های علمی و آموزشی محسوب می‌شود. بررسی عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان نزد پژوهشگران علوم تربیتی و روانشناسی اهمیت خاصی دارد (Cho, 2010). لذا ضرورت درک مؤلفه‌های مهم تأثیرگذار بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان همواره باید مدنظر برنامه‌ریزان حوزه آموزش و پرورش قرار گیرد (Corkin, Shirley, Wolters, & Wiesner, 2014).

تعلل‌ورزی تحصیلی^۱ یکی از مشکلات رفتاری متداول در محیط‌های آموزشی و یکی از مؤلفه‌های منفی تأثیرگذار در عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان است (Zakeri, Esfahani, & Razmjoiy, 2013). همچنین تعلل‌ورزی در معنای عام به تعویق انداختن نادرست یا غیرواقع‌بینانه کارها و روند تکمیل آن‌ها و به فردا واگذار کردن نامیده می‌شود (Kandemir & Palancı, 2014). تعلل‌ورزی می‌تواند در حیطه‌های مختلف بروز کند، در بین انواع تعلل‌ورزی، تعلل‌ورزی تحصیلی به لحاظ نظری و کاربردی موردتوجه بسیاری از پژوهشگران بوده است و یک تأخیر غیرمنطقی در به اتمام رساندن تکالیف تحصیلی وجود دارد (Yong, 2010). گرایش به تعلل‌ورزی تحصیلی را به‌منزله انجام دادن تکالیف، آماده شدن برای امتحانات یا مقالات ترم در دقایق آخر توصیف می‌کنند (Solomon & Rothblum, 1984). تحقیقات نشان می‌دهد، تعلل‌ورزی تحصیلی، مشکل رفتاری رایج میان دانش‌آموزان و دانشجویان است. بیش از ۵۰٪ تحصیل‌کنندگان در مدارس و دانشگاه‌ها در پایان رساندن فعالیت‌های تحصیلی خود، شکست می‌خورند (Burnam, Komaraju, Hamel, & Nadler, 2014).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که عواملی چون ترس از شکست، کمال‌گرایی، بدبینی و ناامیدی از مهم‌ترین دلایل تعلل‌ورزی در تحصیل هستند (Burnam et al., 2014). همچنین عواملی چون باورهای غیرمنطقی و ناامیدی، خودکارآمدی و خودتنظیمی پایین بر تعلل‌ورزی، مؤثر هستند (ejei & hatami, 2014). یافته‌های پژوهش ربتز، روچات و وان در لیندن (Rebetez, Rochat, & Van der Linden, 2015) نشان داد که تعلل‌ورزی منجر به کاهش استفاده از راهبردهای خودگردانی می‌شود. همچنین یافته‌های (Hen & Goroshit, 2014) نشان داد که تعلل‌ورزی تحصیلی منجر به کاهش متغیرهای انگیزشی مانند خودکارآمدی و یادگیری خودگردان می‌شود و با سطح بالای اضطراب و استرس و بیماری رابطه نزدیک دارد. بر اساس آنچه بیان شد خودتنظیمی یادگیری نیز می‌تواند در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان اثرگذار باشد. نظریه‌های خودتنظیمی به‌طور کلی به نحوه عملکرد دانش‌آموزان در یادگیری و انتخاب راهبردهای شناختی، فراشناختی و رفتاری که در افزایش انگیزه و تلاش آنان نقش دارد، اشاره دارد (Shipp, Edwards, & Lambert, 2009).

1. Academic Procrastination

خودتنظیمی سازه‌ای است که ابتدا توسط بندورا (Bandura) در سال ۱۹۷۷ در قالب نظریه شناختی - اجتماعی مطرح شد. مطالعه اولیه در این زمینه، مبتنی بر خودتنظیمی به معنای عام کلمه بود که زمینه‌های گوناگون فردی - خانوادگی و اجتماعی را مورد توجه قرار می‌داد. ولی از دهه ۱۹۸۰ این سازه در زمینه‌ی یادگیری مطرح شد. اهمیت این سازه در یادگیری به ویژه در موفقیت تحصیلی و شغلی، به حدی است که مورد توجه نظریه‌های رفتاری، شناختی و شناخت گرایي و به ویژه شناخت اجتماعی قرار گرفته است (Badri & FathiAzar, 2010). به بیانی دیگر خودتنظیمی در یادگیری منجر به این می‌شود که دانش‌آموزان به صورت فعال و مستمر، شناخت‌ها و رفتارها و تلاش‌هایشان را به سمت تحقق اهداف مورد نظر هدایت کنند (Abolghasemi, Barzegar, & Rostamoghli, 2014). عصاره یادگیری راهبردهای شناختی و فراشناختی است (Pintrich & De Groot, 1990). راهبردهای شناختی برای تسهیل یادگیری و تکمیل تکلیف استفاده می‌شود، به دانش‌آموز کمک می‌کند تا اطلاعات جدید را برای ترکیب با اطلاعات قبلی فراهم کند و آن‌ها را در حافظه بلندمدت ذخیره‌سازی نماید. راهبردهای فراشناختی شامل برنامه‌ریزی، تنظیم و نظارت است و خود نظارتی نقش مؤثری در یادگیری خودتنظیمی ایفا می‌کند (Dietz, Hofer, & Fries, 2006; Grunschel, Schwinger, Steinmayr, & Fries, 2016; Schmitz & Wiese, 2006).

مرور پژوهش‌های پیشین اغلب نشان‌دهنده پراکندگی و گرایش به مداخلات یک وجهی و نبود یک الگوی منسجم است، از سوی دیگر شمار قابل توجهی از مطالعات مربوط به تعلل ورزی و خودتنظیمی در مورد دانشجویان انجام شده و تحقیقات در جامعه دانش‌آموزان اندک است (Kim & Seo, 2015)، از سوی دیگر برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که تعلل ورزی و خودتنظیمی پایین یک مشکل شناختی و رفتاری است. به طوری که تعلل ورزی تحصیلی و به دنبال آن اضطراب دانش‌آموزان، رابطه مستقیم و معناداری با باورهای غیرمنطقی دارد (Yaghoubi, Mohaghegh, Amiri, & Esfandiari, 2015).

در این راستا طرحواره درمانی به دلیل کار کردن بر باورهای غیرمنطقی و درون‌مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که باور غیرمنطقی نسبت به خود و توانایی‌های خود دارند، مفید است (Kreuter & Moltner, 2014). این طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای عمیق شناختی متشکل از باورها درباره خود و دیگران، تعریف شده‌اند آن‌ها اطلاعات ورودی را تحریف می‌کنند و سبب تولید افکار خودکار منفی می‌شوند (Carvalho & Nobre, 2014). این روش درمانی که توسط یانگ و همکارانش (Young, et al, 1990, 1999) ابداع شده است و درمان نوینی و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است (Pugh, 2015). طرحواره به

عنوان نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است (Young, Klosko, & Weishaar, 2013). طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن و ناکامی در برآوردن نیازهای بنیادین از قرار نیاز به دل‌بستگی ایمن^۱، خودگردانی^۲ و کفایت آزادی در بیان احساسات، خودانگیختگی^۳ و تفریح و خویش‌داری^۴ در دوران کودکی به وجود آمده‌اند (Kellogg & Young, 2006). طرحواره‌های شناختی ناسازگار، موجب شیوع برخی اختلالات در دانش‌آموزان می‌شود که موجب افت عملکرد تحصیلی در آنان می‌شود (Cormier, Jourda, Laros, Walburg, & Callahan, 2011).

در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است به چالش می‌کشد تا افراد، طرحواره ناسازگار را با تخلیه هیجانی که درواقع همان نیازهای هیجانی ارضا نشده در افراد هستند و به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است، بشناسد. طرحواره‌های ناسازگار به‌صورت الگوهایی از افکار تحریف‌شده با ریشه‌های عمیق در مورد فرد، جهان، ارتباط فرد با اطرافیان می‌باشد (Bach & Farrell, 2018). طرحواره درمانی بر تعلل‌ورزی و خودتنظیمی دانش‌آموزان با کار در ابعاد شناختی تجربی و رفتاری منجر به درمان دانش‌آموز می‌شود. بدین صورت که در بعد شناختی دانش‌آموز به‌وسیله تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و نوشتن نامه و کارت آموزشی با صدای درونی شده‌ی والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها مواجه می‌شوند و با استفاده از تکنیک‌هایی همچون الگو شکنی و باز والدینی، ذهنیت سالم را جایگزین می‌کنند و به‌تدریج طرحواره ناسازگار تعدیل می‌شود (Young et al., 2013). همچنین در پژوهش قادری، کلانتری و مهرابی (Ghaderi, Kalantari, & Mehrabi, 2016) نتایج نشان داد که طرحواره درمانی برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درمان اختلال اضطراب اجتماعی و همچنین درمان بیماری‌هایی که تنظیم به‌عنوان یک متغیر میانجی نقش اساسی در تداوم و پیدایش آن‌ها دارد، مؤثر است. همچنین پژوهش موسی‌زاده و گل محمدیان (Mousazadeh & Golmohammadian, 2016) نشان‌دهنده‌ی آن بود که مداخله درمانی شناختی رفتاری، منجر به کاهش تعلل‌ورزی دانش‌آموزان متوسطه شده است. در تحقیقی تاکر و آویسی (Toker & Avcı, 2015) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری بر افزایش انگیزش پیشرفت تحصیلی مؤثر بوده است. در همین راستا پژوهش محمدبیگی، بختیاری، محمدخانی و صادقی (Mohammad-Beigi, Bakhtiari., Mohammadkhani, & Sadeghi, 2013) مشخص کرد که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه منجر به آسیب روانی و تعلل‌ورزی تحصیلی

-
1. Attachment
 2. Autonomy
 3. Spontaneity
 4. Self-Control

در دانشجویان می‌شود. همچنین پژوهش قدم پور، امیری، زنگی آبادی و اصلی آزاد (Ghadampour, Amiri, Zangi Abadi, & AsliAzad, 2015) حاکی از اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری که پایه و اساس طرحواره درمانی است بر کاهش تمامی ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان می‌باشد. هربک، میشلسن و نیسکتر (Horebeek, Michielsens, Neyskens, & E, 2004) نیز تأثیر مداخله شناختی - رفتاری بر کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی گزارش نمودند. پژوهش صبحی-قراملکی، پورعبدل، عباسی، بیگان و نبی‌دوست (Sobhi- Gharamaleki, Pourabdol.s, Abbasi, Beigan, & Nabidoost, 2015) مؤید اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار دانش‌آموزان بود.

همچنین پژوهش سجادی، گل محمدیان و حجت‌خواه (Sajjadi, Golmohammadian, & Alavi Langroodi & Nikzad, 2016)، پژوهش علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم (Hojjatkhah, 2016)، پژوهش قندهاری و دهقانی (Moghadam, 2015) و پژوهش غندهاری و دهقانی (Ghandehari & Dehghani, 2018) نشان داد طرحواره درمانی بر افزایش انگیزش در دانش‌آموزان مؤثر بوده است. همچنین در پژوهش کاظمی و مطهری (Kazemi & Motahari, 2014) بیان شد با فعال شدن طرحواره شکست در دانش‌آموزان دختر در مقایسه با دانش‌آموزان پسر، احساس بی‌کفایتی و عدم موفقیت بیشتر گزارش می‌شود. این احساس منجر به کاهش عملکرد تحصیلی و القای حس نقص در دختران دانش‌آموز می‌گردد.

با توجه به پژوهش‌های فوق‌الذکر و نظر به اینکه درک مؤلفه‌های تأثیرگذار بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان از اهمیت و ضرورت برخوردار است (Corkin et al., 2014). و از طرفی تا کنون پژوهشهای محدودی در حیطه اثربخشی طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی در یادگیری دانش‌آموزان انجام گرفته است. پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر تعلل‌ورزی تحصیلی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود که از بین آن‌ها ۳۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

در روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای ابتدا پس از اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش از میان ۷ ناحیه شهر مشهد یک ناحیه (ناحیه ۶) سپس از کل مدارس ناحیه مذکور دو مدرسه و در نهایت از هر مدرسه ۴ کلاس به تعداد ۲۳۰ نفر انتخاب شدند. پس از غربالگری از نظر تعلل ورزی تحصیلی و خودتنظیمی یادگیری مشخص شد ۱۰۲ نفر دچار تعلل ورزی تحصیلی بالاتر از نقطه برش (نمره ۸۰) و خودتنظیمی پایین تر از نقطه برش (نمره ۱۴۰) هستند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دنبال آن ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس ارزیابی تعلل ورزی دانش آموزی^۱ (PASS)

مقیاس ارزیابی تعلل ورزی تحصیلی نسخه دانش آموزان (PASS) توسط سولومون و راثبلوم (Solomon & Rothblum, 1984) ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۷ ماده است. پاسخ سؤال‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت است. جوکار و دلاورپور (Jokar & Delavar poor, 2007) برای تعریف روایی سازه این مقیاس از تحلیل عاملی استفاده کردند که در آن مقدار شاخص KMO برابر ۰/۸۸ و آزمون کرویت بارتلت برابر ۲۱۵۸/۳۸ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برابر اعتبار همسانی درونی مقیاسی به دست آمد. قربانی جهرمی، حجازی، اژه‌ای و خدایاری فرد (Ghorbani Jahromi, Hejazi, Ejei, and Khodayarifard, 2015) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش نمره کل مقیاس تعلل ورزی مورد توجه قرار گرفت. در پژوهش گلستانی بخت و شاکری (Golestani Bakht & Shokri, 2013) برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی ۰/۶۶ به دست آمد که ضریب پایایی قابل قبول محسوب می‌شود. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه راهبردهای خودتنظیمی یادگیری^۲ (MSLQ)

این پرسشنامه توسط پینتریچ و دی گروت (Pintrich and De Groot, 1990) ساخته شده است. مجموع ماده‌های این مقیاس ۴۷ عدد است. مقیاس باورهای انگیزشی ۲۲ ماده، راهبرد شناختی ۱۳ سؤال و راهبرد فراشناختی و مدیریت منابع ۹ سؤال دارد. پینتریچ و دی گروت (Pintrich and De Groot, 1990) در بررسی روایی آن با استفاده از روش تحلیل برای مقیاس باورهای انگیزشی سه عامل خودکارآمدی،

1. Procrastination Assessment Scale-Student (PASS)

2. Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ)

ارزش‌گذاری درونی و اضطراب امتحان و برای مقیاس راهبردهای خودتنظیمی دو عامل استفاده از راهبردهای شناختی و استفاده از راهبردهای فراشناختی و مدیریت منابع را به دست آورده‌اند و ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، ارزش‌گذاری درونی و اضطراب امتحان، استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ تعیین کردند. البرزی و سامانی (1999) (Alborzi and Samani) جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش باز آزمایی استفاده کردند و ضریب اعتبار ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر از قسمت دوم پرسشنامه یعنی مقیاس راهبردهای خودتنظیمی در یادگیری استفاده شد و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

جلسات درمانی

محتوای مداخله طرحواره درمانی بر اساس محتوای آموزشی و شیوه‌نامه یانگ و همکاران (Young et al., 2013) تدوین شده است.

جدول ۱: پروتکل درمانی گروهی طرحواره

تعداد جلسات	محتوا و اهداف جلسات
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه اهمیت و هدف طرحواره درمانی و چگونگی ایجاد طرحواره‌ها و ارتباط طرحواره‌ها با تعلل‌ورزی و خودتنظیمی و سبک‌های مقابله‌ای افراد مورد بحث و آموزش واقع گردید.
جلسه دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
جلسه سوم	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.
جلسه چهارم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده آموزش داده شد.
جلسه پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
جلسه ششم	تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش داده شد.
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، آموزش داده شد.
جلسه هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.
جلسه نهم	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.
جلسه دهم	مطالب جلسات قبلی به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته‌شده تمرین و سپس پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

داده‌های به‌دست‌آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر چند متغیره توسط نرم‌افزار Spss انجام شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی تعلل‌ورزی تحصیلی برحسب گروه و مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آماده شدن برای امتحان	آزمایش	۲۳/۷۳	۲/۱۹	۱۲/۱۲	۱/۵۳	۱۳/۰۰	۱/۵۳
	کنترل	۲۱/۴۷	۲/۳۹	۲۰/۹۳	۲/۶۳	۲۱/۶۰	۲/۶۸
آماده کردن تکالیف درسی	آزمایش	۲۸/۳۳	۲/۷۴	۱۵/۶۷	۲/۱۹	۱۵/۶۹	۲/۵۰
	کنترل	۲۷/۲۰	۳/۴۱	۲۸/۳۳	۳/۲۲	۲۶/۸۰	۳/۷۱
آماده کردن مقالات پایان نیم سال تحصیلی	آزمایش	۲۰/۶۷	۲/۸۷	۹/۶۰	۱/۹۲	۹/۸۷	۲/۳۶
	کنترل	۲۱/۱۳	۴/۰۲	۲۰/۴۰	۳/۰۷	۲۰/۵۳	۲/۴۲
احساس و عاطفه نسبت به تعلل‌ورزی	آزمایش	۱۲/۵۳	۱/۸۵	۷/۴۷	۱/۳۰	۸/۸۰	۱/۸۶
	کنترل	۱۱/۴۰	۲/۵۳	۱۲/۶۰	۱/۴۵	۱۲/۴۰	۱/۷۲
تمایل نسبت به تغییر عادت تعلل‌ورزی	آزمایش	۱۳/۵۳	۲/۹۲	۶/۶۷	۱/۵۹	۷/۷۳	۱/۴۹
	کنترل	۱۴/۱۳	۲/۰۳	۱۳/۴۰	۱/۶۴	۱۳/۵۳	۱/۳۶

مقایسه میانگین‌های درج‌شده در جدول ۲، نشان‌دهنده آن است که در تمامی ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی، میانگین پس آزمون و پیگیری گروه‌های طرحواره درمانی کمتر از گروه کنترل است. سایر نتایج گویای آن است که از پیش آزمون به پس آزمون در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها کاهش یافته در پیگیری نسبت به پس آزمون کاهش نداشته است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی خودتنظیمی تحصیلی برحسب گروه و مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شناختی	آزمایش	۳۸/۴۰	۴/۴۷	۵۴/۸۷	۵/۸۵	۵۲/۴۰	۴/۹۵
	کنترل	۳۳/۶۷	۴/۲۰	۳۴/۰۰	۳/۷۰	۳۴/۲۰	۳/۸۴
فراشناختی و مدیریت منابع	آزمایش	۲۴/۸۷	۳/۷۰	۳۹/۸۷	۳/۵۸	۳۸/۸۰	۲/۷۳
	کنترل	۲۷/۲۷	۳/۳۹	۲۷/۴۷	۲/۹۲	۲۶/۹۳	۳/۵۳

مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳، نشان می‌دهد که در تمامی ابعاد خودتنظیمی تحصیلی، میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های طرحواره درمانی بیشتر از گروه کنترل است.

فرضیه اول: طرحواره درمانی گروهی بر تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر است. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، مفروضه‌های زیر بنایی تحلیل موردبررسی قرار گرفته‌اند در این راستا جهت بررسی بهنجار بودن توزیع جامعه از آزمون ناپارامتری شاپیرو ویلک استفاده شد. در این آزمون سطوح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۰۱ نشان از بهنجار بودن توزیع دارند. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان‌دهنده این است که همگنی واریانس‌ها در تمامی متغیرها به تفکیک مراحل آزمون محقق شده است. نتایج بررسی فرض کرویت موجلی در مقایسه تعلل‌ورزی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که فرض کرویت موجلی تنها در احساس و عاطفه نسبت به تعلل‌ورزی محقق نشده است. بر این اساس از اصلاح اسپیلن گرینهاوس گیزر استفاده شد. بررسی فرض کرویت بارتلت در مدل مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در تعلل‌ورزی تحصیلی نشان از تحقق مفروضه کرویت در مدل تعلل‌ورزی تحصیلی دارد. بدین معنی که میان ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی روابط متوسط و معناداری وجود دارد و می‌توان این ابعاد را در یک مدل چندمتغیره وارد تحلیل کرد. بر اساس آنچه در بالا موردبررسی قرار گرفت مفروضات تحلیل محقق شده است؛ بنابراین آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر قابل اجرا است.

جدول ۴: نتایج آزمون چندمتغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در تعلل‌ورزی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل

سازه‌ها	منبع تغییرات	Wilk's Lambda	F	سطح معناداری	Partial η^2
تعلل‌ورزی تحصیلی	آزمون	۰/۰۴	۴۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	عضویت گروهی	۰/۱۱	۴۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۰۴	۴۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که ترکیب خطی ابعاد تعلل‌ورزی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه‌ها و مراحل آزمون تفاوت وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۰ و ۰/۹۶ است.

نتایج آزمون تک متغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در تعلل‌ورزی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل اندازه اثر منبع تغییر تعامل آزمون و عضویت گروهی در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۶۷، ۰/۶۴ و ۰/۵۲ است.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که در گروه طرحواره درمانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری در تعلل‌ورزی تحصیلی وجود دارد ($P < 0/01$)؛ اما تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری جز در خصوص احساس و عاطفه نسبت به تعلل‌ورزی در گروه طرحواره درمانی، معنادار نیست. در گروه کنترل تفاوت معناداری برحسب مراحل آزمون مشاهده نمی‌شود. بر اساس آنچه موردبررسی قرار گرفت، فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان دختر تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی دو گروه در تعلل‌ورزی تحصیلی برحسب مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون		پیش‌آزمون-پیگیری		پس‌آزمون-پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
آماده شدن برای امتحان	آزمایش	۱۱/۴۷	۰/۰۰۱	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱	-۰/۷۳	۰/۳۲
	کنترل	۰/۵۳	۰/۹۹	-۰/۱۳	۰/۹۹	-۰/۶۷	۰/۸۷
آماده کردن تکالیف درسی	آزمایش	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۹۹
	کنترل	-۱/۱۳	۰/۰۹	۰/۴۰	۰/۹۹	۱/۵۳	۰/۱۴
آماده کردن مقالات پایان نیم سال تحصیلی	آزمایش	۱۱/۰۷	۰/۰۰۱	۱۰/۸۰	۰/۰۰۱	-۰/۲۷	۰/۹۹
	کنترل	۰/۷۳	۰/۹۹	۰/۶۰	۰/۹۹	-۰/۱۳	۰/۹۹
احساس و عاطفه نسبت به تعلل‌ورزی	آزمایش	۵/۰۷	۰/۰۰۱	۳/۷۳	۰/۰۰۱	-۱/۳۳	۰/۰۲
	کنترل	-۱/۲۰	۰/۱۹	-۱/۰۰	۰/۱۷	۰/۲۰	۰/۹۹
تمایل نسبت به تغییر عادت تعلل‌ورزی	آزمایش	۶/۸۷	۰/۰۰۱	۵/۸۰	۰/۰۰۱	-۱/۰۷	۰/۰۹
	کنترل	۰/۷۳	۰/۳۳	۰/۶۰	۰/۶۹	-۰/۱۳	۰/۹۹

مقایسه میانگین‌ها برحسب مراحل آزمون و گروه‌ها در جدول ۵ آورده شده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که در گروه طرحواره درمانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری در تعلل‌ورزی تحصیلی وجود دارد ($P < 0/01$).

فرضیه دوم: طرحواره درمانی بر خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان مؤثر است. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، مفروضه نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌ها موردبررسی قرار گرفت. بر اساس آنچه در بالا موردبررسی قرار گرفت مفروضات تحلیل محقق شده است. در این راستا

جهت پاسخگویی به این فرضیه پژوهشی، از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر عاملی چند متغیره با مقایسه میانگین خودتنظیمی تحصیلی میان آزمودنی‌های دو گروه طرحواره درمانی و کنترل استفاده شد.

جدول ۶: نتایج آزمون چندمتغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در خودتنظیمی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل

سازه‌ها	منبع تغییرات	Wilk's Lambda	F	سطح معناداری	Partial η^2
خودتنظیمی تحصیلی	آزمون	۰/۰۵	۷۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	عضویت گروهی	۰/۱۰	۷۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۰۵	۶۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵

نتایج جدول ۶؛ که ترکیب خطی ابعاد خودتنظیمی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه‌ها و مراحل آزمون تفاوت وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۹۵ است. همچنین نتایج آزمون تک متغیره جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی برحسب مراحل آزمون نشان می‌دهد که میان دو گروه طرحواره درمانی و کنترل در ابعاد خودتنظیمی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). اندازه اثر منبع تغییر تعامل آزمون و عضویت گروهی در ایجاد تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۹ و ۰/۵۱ است.

نتایج آزمون تک متغیره بررسی تفاوت‌های بین گروهی در خودتنظیمی تحصیلی در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل نشان می‌دهد که میان دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد خودتنظیمی تحصیلی برحسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی دو گروه در خودتنظیمی تحصیلی برحسب مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون-پس آزمون		پیش آزمون-پیگیری		پس آزمون-پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
شناختی	گروه	-۱۶/۴۷	۰/۰۰۱	-۱۴/۰۰	۰/۰۰۱	۲/۴۷	۰/۰۲
	کنترل	-۰/۳۳	۰/۹۹	-۰/۵۳	۰/۹۹	-۰/۲۰	۰/۹۹
فراشناختی و مدیریت منابع	گروه	-۱۵/۰۰	۰/۰۰۱	-۱۳/۹۳	۰/۰۰۱	۱/۰۷	۰/۳۵
	کنترل	-۰/۲۰	۰/۹۹	۰/۳۳	۰/۹۹	۰/۵۳	۰/۹۹

نتایج جدول ۷. نشان می‌دهد که در هر دو گروه طرحواره درمانی و کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری افزایش معناداری در خودتنظیمی تحصیلی وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه

یافته‌های این پژوهش نشان داد مطابق فرضیه اول، طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی، در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد که این نتایج با یافته‌های قدم پور و همکاران؛ هریک و همکاران؛ موسی زاده و گل محمدیان، صبحی - قراملکی و همکاران (Ghadampour et al., 2015; Horebeek et al., 2004; Mousazadeh & Golmohammadian, 2016; Sobhi- Gharamaleki et al., 2015) همسو می‌باشد. طرحواره‌های ناسازگار عبارتند از رهاشدگی / بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی / بدرفتاری و محرومیت هیجانی و نقص و شرم و انزوای اجتماعی / بیگانگی در حوزه بریدگی و طرد طرحواره‌های های آسیب‌پذیری و خود تحول نیافته و شکست در حوزه خودگردانی مختل و همچنین طرحواره‌های استحقاق و خویشتن‌داری ناکافی در حوزه محدودیت‌های مختل و طرحواره‌های اطاعت و ایثار و پذیرش جویی / جلب‌توجه در حوزه دیگر جهت‌مندی و طرحواره‌های منفی گرایی / بدبینی و بازداري هیجانی و معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و تنبیه در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد یانگ و همکاران (Young et al., 2013). دانش‌آموزان تعلل ورز به میزان بیشتری از طرحواره‌های ناسازگار شکست و معیارهای سرسختانه - و وابستگی و بی‌کفایتی، نقص و شرم، خویشتن‌داری ناکافی، گرفتار خود تحویل نیافته، برخوردار بوده‌اند. افرادی که باور شکست دارند در سبک مقابله‌ای تسلیم، کارشکنی از طریق انجام کارهای پایین‌تر از توانایی خود دارند و در سبک مقابله‌ای اجتناب، آن‌ها در انجام تکالیف درسی و انجام پروژه‌های تحصیلی تعلل می‌کنند. این دانش‌آموزان امور تحصیلی را ناقص انجام داده و یا به سمت هدف‌گزینی نمی‌روند. آنان در مقایسه با همسالان خود در حوزه‌های پیشرفت، احساس بی‌کفایتی می‌کنند و احساسی بی‌استعدادی و یا عدم توانایی و خودکارآمدی دارند. فعال شدن طرحواره شرم / نقص در حوزه بریدگی و طرد باعث حساسیت تشدید یافته دانش‌آموز نسبت به موضوع‌های راه‌انداز نیازهای ارضاء نشده امنیت، محبت و احساس همدلی و پذیرش می‌شود. ریشه‌های تحولی این طرحواره در فرد می‌تواند عواملی چون کمال‌گرایی والدین، ایرادگیری و عیب‌جویی آنان باشد. این افراد مدام در حال مقایسه خود با دیگران بوده و بر علیه خود شواهد و ادله جمع‌آوری می‌کنند، آن‌ها احساس ناامنی در حضور دیگران داشته، طرحواره منفی گرایی / بدبینی در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداري در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که در آن عصبانیت و توقع و گاهی اوقات تنبیه، بی‌نقص گرایی، پنهان‌سازی هیجان‌ها، اجتناب از اشتباه، وجود

دارد این دانش‌آموزان تمرکز عمیق و مداوم بر جنبه‌های منفی زندگی دارند. این افراد درس خواندن را کاری پیهوده می‌دانند و حس منفی نسبت به آینده دارند و در تحصیل تعلل‌ورزی می‌نمایند. در این حوزه طرحواره‌های معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی وجود دارد که این طرحواره باعث می‌شود دانش‌آموزان یک باور اساسی و مرکزی داشته باشد که جهت رسیدن به معیارهای بلندپروازانه درباره رفتار و عملکرد خود باید کوشش فراوان به خرج دهد. این افراد در خانواده‌هایی تربیت شده‌اند که والدین توقع دارند کارها به صورت کمال و بدون نقص با کیفیت عالی در کوتاه‌ترین زمان انجام شود که دانش‌آموز در سبک مقابله‌ای اجتناب به منظور ممانعت از شکست در امورات تحصیلی تعلل‌ورزی می‌کند (Young et al., 2013).

در تبیین اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی باید گفت که این رویکرد با تأثیر بر ابعاد شناختی، تجربی، رفتاری افراد کارساز می‌باشد. در بعد شناختی، طرحواره درمانی بر کار کردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی همان طرحواره به دانش‌آموز کمک می‌کند تا با طرحواره‌های خود مواجه شوند و دلایل افت تحصیلی خود را بدانند که ناشی از افکار ناکارآمد درونی شده یعنی طرحواره است و با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، ذهنیت سالمی را در دانش‌آموزان جایگزین کرد و این ذهنیت با استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و کارت‌های آموزشی و الگوشکنی، درون‌سازی شده و با شواهد رد کننده طرحواره و جایگزینی ذهنیت سالم، موجبات دید خوش‌بینانه نسبت به تحصیل فراهم می‌شود. ضمناً در فرایند درمان درمانگر مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای فعلی را بررسی می‌کنند و فرد از طریق کارت‌های آموزشی و پس از تکمیل فرم ثبت طرحواره، رفتارهای سالمی را انجام می‌دهند. تکنیک‌های شناختی فرد را آماده می‌کند که تکنیک‌های تجربی، رفتاری و بین فردی را انجام دهد. هر چه دانش‌آموز تعلل ورز، بیشتر علیه طرحواره‌های ناسازگار خود عمل کند، پاسخ‌های مقابله‌ای او بیشتر بهبود می‌یابد و دید خوش‌بینانه‌تری نسبت به تحصیل پیدا می‌کند. طرحواره درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد و شناسایی ریشه طرحواره است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد، جهت شناسایی موقعیت برانگیزاننده طرحواره که آگاهی فرد نسبت به طرحواره‌ها است، زمینه تغییر را در فرد و به دنبال آن موفقیت تحصیلی را فراهم می‌کند (Young et al., 2013).

همچنین یافته‌های پژوهش، از فرضیه دوم نیز حمایت می‌کند، که طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. لازم به ذکر است پژوهش‌های به عمل آمده در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر خودتنظیمی یادگیری تاکنون اندک است اما تحقیقات محدودی بیانگر تأثیر معنی‌دار رویکرد درمانی، شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی بر

مؤلفه‌های خودتنظیمی یادگیری از قبیل مؤلفه‌های انگیزی - شناختی و حالات فراشناختی می‌باشد. بر این اساس یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم؛ سجادی و همکاران (Alavi Langroodi & Nikzad Moghadam, 2015; Sajjadi et al., 2016) و پژوهش کاظمی و مطهری (Kazemi & Motahari, 2014) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که دانش‌آموزانی که طرحواره‌ی نقص و شرم دارند، در مقایسه با همسالان خود در حوزه‌های پیشرفت، احساس بی‌کفایتی می‌کنند و انگیزش کمتری در روبرو شدن با مسائل تحصیلی خود دارند. در طرحواره درمانی دانش‌آموز با طرحواره و ذهنیت ناسالم خود مواجه می‌شود و با استفاده از تکنیک‌های درمانی، ذهنیت سالم، جایگزین ذهنیت ناکارآمد می‌شود. به دنبال جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی و ناکارآمد و ایجاد انگیزش و ارتقاء حالات فراشناختی موجبات ارتقاء خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان فراهم می‌شود. در این راستا این رویکرد درمانی در مؤلفه انگیزش و راهبردهای فراشناختی مؤثر بوده است که در تبیین آن می‌توان اذعان نمود که این روش درمانی به دلیل تأثیر بر درون‌مایه‌های روان‌شناختی در افرادی که دید منفی نسبت به کارآمدی و کفایت و توانمندی خود دارند در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است (Kreuter & Moltner, 2014). در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باورهای شناختی را که با باورهای هیجانی گره خورده است به چالش می‌کشد تا با تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضاء نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است مواجه شده و با استفاده از شیوه رفتاری، با افزایش انگیزه برای تغییر رفتار و جایگزین کردن رفتار سالم به بهبود و تعدیل طرحواره کمک می‌کند؛ و موجبات افزایش ارزشمندی و شایستگی و اعتماد به نفس و مثبت‌نگری فراهم می‌شود و باورهای درونی فرد تغییر می‌نمایند؛ و در نهایت انگیزش تحصیلی دانش‌آموز افزایش یافته و دید و نگرش خوش‌بینانه‌تری نسبت به آینده تحصیلی خویش پیدا می‌کند (Sajjadi et al., 2016). یکی دیگر از طرحواره‌های ناسازگار مؤثر بر خودتنظیمی در یادگیری، طرحواره شکست در حوزه عملکرد مختل است که ریشه تحولی آن معمولاً در خانواده‌های دارای والدین ایرادگیر و پذیرش مشروط کودکان در خانواده و مقایسه ناعادلانه فرزندان و بی‌توجهی به موفقیت‌های کودک می‌باشد. با تعدیل این طرحواره دانش‌آموزان احساس خود کارآمدی نموده و انگیزش پیشرفت در آنان افزایش یافته و جهت موفقیت خود تلاش می‌کنند (Sajjadi et al., 2016).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه جهت تشخیص تعلل‌ورزی و خودتنظیمی یادگیری اشاره نمود. همچنین محدود بودن پژوهش به جامعه دانش‌آموزان متوسطه دوره دوم نیز از مواردی بود که دستیابی پژوهشگر را به نمونه مورد نظر با مشکل مواجه کرده بود و در نهایت عدم

وجود پیگیری‌های بیشتر از یک ماه را، نیز می‌توان از محدودیت‌های این پژوهش برشمرد. لذا پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات مشابه بعدی از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده، نظیر مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی به‌عنوان بخشی از برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت مشاوران مدارس و دانشگاه‌ها نیز مدنظر قرار گیرد.

References

- Abolghasemi, A., Barzegar, s., & Rostamoghli, Z. (2014). The effectiveness of self-regulation learning Training on academic motivation and self- efficacy of students with mathematics disorder. *journal of learning disabilities*, 4(2), 6-21. (In Persian)
- Alavi Langroodi, S., & Nikzad Moghadam, M. (2015). Effectiveness of Cognitive–Behavioral Therapy on The Decreasing of Relapse of Addiction to Norcotic In The Collegian Students And It s influence on The Increasing of Their Achievement Motivation. *Tolooebehdasht*, 14(1), 1-11. (In Persian)
- Alborzi, S., & Samani, S. (1999). Evaluation and comparison of motivational beliefs and self- regulatory strategies for learning among male and female students of different levels. *Journal of Social Sciences and Humanities Shiraz University*, 29, 11-18. (In Persian)
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329.
- Badri Gargari, R., & FathiAzar, A. (2010). comparison of effect of the group problem based learning and traditional teaching on critical thinking of teacher Students. *Journal of Research in educational psychology*, 8(2), 27-42. (In Persian)
- Burnam, A., Komaraju, M., Hamel, R., & Nadler, D. R. (2014). Do adaptive perfectionism and self-determined motivation reduce academic procrastination? *Learning and Individual Differences*, 36, 165-172.
- Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2014). Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings. *International journal of law and psychiatry*, 37(2), 210-216.
- Cho, S. (2010). The role of IQ in the use of cognitive strategies to learn information from a map. *Learning and Individual Differences*, 20(6), 694-698.
- Corkin, D. M., Shirley, L. Y., Wolters, C. A., & Wiesner, M. (2014). The role of the college classroom climate on academic procrastination. *Learning and Individual Differences*, 32, 294-303.
- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2011). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'Encephale*, 37(4), 293-298.
- Dietz, F., Hofer, M., & Fries, S. (2007). Individual values, learning routines and academic procrastination. *British Journal of Educational Psychology*, 77(4), 893-906.
- ejei, j., & hatami, m. (2014). Predicting procrastination in base of irrational beliefs, frustration discomfort beliefs, self-efficacy, and self-regulation. *journal of Research in Psychological Health*, 8(4), 58-73. (In Persian)
- Ghadampour, E., Amiri, F., Zangi Abadi, M., & AsliAzad, M. (2015). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Interaction based on secondary procrastination on Self-Esteem, Performance and academic procrastination of high school students. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 1(3), 3-44. (In Persian)

- Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Effect of group schema therapy early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology studies*, 6(24), 1-28. (In Persian)
- Ghandehari, A., & Dehghani, A. (2018). Effectiveness of Group Schema Therapy in Metacognitive Beliefs and Methadone Dose Reduction in Men under Methadone Treatment. *Research on Addiction*, 11(44), 169-186. (In Persian)
- Ghorbani Jahromi, R., Hejazi, E., Ejei, J., & Khodayarifard, M. (2015). Investigating the Mediating Role of Achievement Goals in the Relationship between Need for Cognition and Cognitive Engagement: The Effect of Procrastination Context. *Quarterly journal of Social Cognition*, 19(1), 3-21. (In Persian)
- Golestani Bakht, T., & Shokri, M. (2013). Relationship between Academic Procrastination with meta cognitive beliefs. *Social Cognition*, 2(1), 89-100. (In Persian)
- Grunschel, C., Schwinger, M., Steinmayr, R., & Fries, S. (2016). Effects of using motivational regulation strategies on students' academic procrastination, academic performance, and well-being. *Learning and Individual Differences*, 49, 162-170.
- Hen, M., & Goroshit, M. (2014). Academic procrastination, emotional intelligence, academic self-efficacy, and GPA: A comparison between students with and without learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 47(2), 116-124.
- Horebeek, W. V., Michielsen, S., Neyskens, A., & E, D. (2004). Counseling the procrastinator in academic settings. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), (pp. 118-105): American Psychological Association.
- Jokar, B., & Delavar poor, M. (2007). The relation ship between educational procrastination and achive ment goals. *Journal Tittle new educational ideas*, 3(3), 61-80. (In Persian)
- Kandemir, M., & Palanci, M. (2014). Academic functional procrastination: Validity and reliability study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152, 194-198.
- Kazemi, H., & Motahari, s. (2014). The Relation ship between early maladaptive schemes and metacognitive states in male and female students. *Journal title: cognitive and Behavioral sciences Research*, 1(4), 11-22. (In Persian)
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445-458.
- Kim, K. R., & Seo, E. H. (2015). The relationship between procrastination and academic performance: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 82, 26-33.
- Kreuter, E. A., & Moltner, K. M. (2014). *Treatment and management of maladaptive schemas*: Springer.
- Mohammad-Beigi, A., Bakhtiari, M., Mohammadkhani, S., & Sadeghi, Z. (2013). The relation between Early Maladaptive schema and procrastination and mental Health of medical and non- medical sciences. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 29(97), 26-34. (In Persian)
- Mousazadeh, M., & Golmohammadian, M. (2016). *The effectiveness of cognitive – Behavioral Intervention on academic Delay in High school femal students*. Paper presented at the 9th international congress on psychotherapy, Tehran. (In Persian)
- Pintrich, P. R., & De Groot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of educational psychology*, 82(1), 33-40.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.

- Rebetez, M. M. L., Rochat, L., & Van der Linden, M. (2015). Cognitive, emotional, and motivational factors related to procrastination: A cluster analytic approach. *Personality and Individual Differences*, 76, 1-6.
- Sajjadi, N., Golmohammadian, M., & Hojjatkah, S. M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Motivation amongst High school Female Students *Knowledge and research in Applied psychology*, 17(1), 35- 43. (In Persian)
- Schmitz, B., & Wiese, B. S. (2006). New perspectives for the evaluation of training sessions in self-regulated learning: Time-series analyses of diary data. *Contemporary educational psychology*, 31(1), 64-96.
- Shipp, A. J., Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future. *Organizational behavior and human decision processes*, 110(1), 1-22.
- Sobhi- Gharamaleki, N., Pourabdol.s, Abbasi, M., Beigan, J., & Nabidoost, A. (2015). Effectiveness of group schema therapy on modulating of primary maladaptive schemas in abused students. *Journal research in Education systems*, 9(28), 30-37. (In Persian)
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of counseling psychology*, 31(4), 503-509.
- Toker, B., & Avcı, R. (2015). Effect of cognitive-behavioral-theory-based skill training on academic procrastination behaviors of university students. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 15(5), 1157-1168.
- Yaghoubi, A., Mohaghegh, H., Amiri, L., & Esfandiari, K. (2015). on The Relationship of Attitudes toward substance Abuse with Irrational Beliefs and Academic procrastination. *Research on Addiction*, 9(36), 9-18. (In Persian)
- Yong, F. L. (2010). A study on the assertiveness and academic procrastination of English and communication students at a private university. *American Journal of Scientific Research*, 9, 62-71.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press.
- Zakeri, H., Esfahani, B. N., & Razmjoiy, M. (2013). Parenting styles and academic procrastination. . *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 57-60. (In Persian)



صائمی، حسین؛ بشارت، محمد علی؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان در زوجین. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰(۱)، ۸۷-۱۰۴.
DOI: 10.22067/tpccp.2020.39366

مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان در زوجین

حسین صائمی^۱، محمد علی بشارت^۲، علی اصغر اصغر نژاد فرید^۳
تاریخ دریافت: ۹۸/۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۹ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: تنظیم هیجان برای داشتن ارتباطات زناشویی و خانوادگی موثر ضروری است. این پژوهش به هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی گاتمن (GCT) و زوج درمانی هیجان محور (EFT) بر تنظیم هیجان زوجین انجام شد. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۶ زوج بود که از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر شاهرود انتخاب شدند. نمونه بر اساس نمره پایین تر از میانگین در مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (1976) همتا شدند و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل هر کدام ۱۲ زوج گمارده شدند. یک گروه آزمایش ۱۰ هفته زوج درمانی گاتمن و گروه آزمایشی دیگر ۹ هفته زوج درمانی هیجان محور را دریافت کردند. برای گروه کنترل هیچ مداخله ای ارائه نشد. شرکت کنندگان قبل و بعد از اجرای مداخله، پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (2004) را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که تغییرات در همه مولفه های مقیاس دشواری تنظیم هیجان در هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل معنادار بوده اند و هر دو روش درمانی موجب تنظیم هیجان موثرتر در زوجین شده اند. همچنین مقایسه دو روش درمانی با هم نشان داد که روش زوج درمانی هیجان محور در مقایسه با روش گاتمن، کارآمدی بیشتری در زمینه چهار مؤلفه دشواری تنظیم هیجانی شامل عدم پذیرش هیجان های منفی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی و فقدان آگاهی هیجانی داشته است. **واژه‌های کلیدی:** زوج درمانی گاتمن، زوج درمانی هیجان محور، تنظیم هیجان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران، saemi_ho@yahoo.com

۲. استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، besharat@ut.ac.ir

۳. دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران تهران، ایران،

مقدمه

روابط بین زن و شوهر، به عنوان بخشی از روابط خانوادگی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (Nusbaum & Gamble, 2001). این روابط دارای جنبه‌های عاطفی، روانی و جنسی است (Low, Zulkifli, Wong, & Tan, 2002). در کلیه‌ی زمینه‌ها، آگاهی و اطلاع زوج‌ها از نقش خود در ایجاد یک رابطه‌ی صحیح و ثمربخش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که این امر سبب تقویت خانواده به عنوان سنگ بنای اجتماع می‌گردد و از پیدایش و تشدید اختلالات روانی جلوگیری می‌نماید (Boden, Fischer, & Niehuis, 2010).

مطالعات زیادی (Chen et al., 2007) به بررسی متغیرهایی مرتبط با ناخشنودی و عدم تفاهم زوجین پرداخته‌اند و در پژوهش‌های دیگری، به عوامل مرتبط با سازگاری زناشویی توجه شده است که از جمله این عوامل می‌توان به عوامل زمینه‌ای، عوامل اجتماعی-فرهنگی و ویژگی‌های فردی اشاره کرد. در میان ویژگی‌های میان فردی، متغیرهای شخصیتی و هیجانی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر روابط زناشویی مطرح است. تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل شخصیتی و هیجانی، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی در سازگاری زناشویی هستند (Dole & Schroeder, 2001).

هیجان پدیده‌ی حیات بخش زندگی و اساس فراز و نشیب‌های تجارب روزانه، غنا و فقر و لحظات به یاد ماندنی حیات انسان است. آشکار است که هیجان‌ها مهم هستند و نقشی بسیار تاثیرگذار در زندگی ما بازی می‌کنند. همچنین آن‌ها مکمل سلامتی، موفقیت و روابط شخصی هستند و برای بقای ما مهم هستند (Dunham, 2008). یکی از عوامل مرتبط با صمیمیت زناشویی، تنظیم هیجان^۱ است. تطبیق و سازگاری روانشناختی تا حد زیادی به تنظیم هیجان‌ها بستگی دارد. اکثر اختلالات روانشناختی به واسطه‌ی یک آشفتگی هیجانی مشخص می‌شوند و این آشفتگی‌ها به طور زیربنایی با کارکرد معیوب در تنظیم هیجان مرتبط می‌گردد. در زندگی انسان تجربه‌ی هیجان‌های منفی اجتناب‌ناپذیر است. در همین ارتباط بدون تردید در زندگی روزمره زمینه‌های زیادی برای "دشواری تنظیم هیجان" وجود دارد و تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین تکالیف برای سلامتی جسمی و روان‌شناختی به ویژه در روابط زناشویی است (Ascher et al., 2010). تنظیم هیجان‌ها مستلزم مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی در خود و در دیگران بر مبنای شرایط فعلی است (Mayer & Salovey, 1993). در نهایت، کاربرد هیجان به عنوان استفاده فرد از خلق در جهت حل کردن مشکلات شخصی و بین شخصی تعریف می‌شود (Besharat, Zahedi, & Noorbala, 2014). نتایج تحقیقات نشان داده است که بین دشواری

1. Emotion Regulation

تنظیم هیجان با رضایت زناشویی، صمیمیت و مهارت‌های هیجانی رابطه وجود دارد (Dunham, 2008). همچنین نتایج نشان داده است مهارت‌های هیجانی می‌تواند به طور پایدار در روابط میان همسران و رضایت زناشویی موثر باشد (Mirgain & Cordova, 2007) و مهارت‌های هیجانی رابطه معناداری با صمیمیت و رضایت زناشویی نشان داده است (Fam, 2007). به همین دلیل افزایش صمیمیت و مهارت‌های هیجانی به وسیله زوج درمانی، مورد توجه قرار گرفته است و برخی از زوج درمانگران از این طریق موجبات ارتقای صمیمیت و سازگاری را فراهم می‌سازند (Gottman & Gottman, 2017).

از جمله رویکردهای زوج درمانی که هم بر ارتباط در خانواده و هم بر هیجان تمرکز دارد، رویکردهای گاتمن و هیجان محور است. فرض اساسی رویکرد گاتمن این است که تعارضات زناشویی به دلیل تجربه هیجانات منفی در تعاملات ارتباطی زوجین مثل انتقاد، دفاعی بودن، تحقیر و سرزنش ایجاد می‌شود. از این رو، هدف بازسازی رابطه و تقویت صمیمیت زناشویی است، تا زوجین بتوانند هیجانات، تعارض‌ها و عواطف منفی خود را مدیریت کنند (Gottman, Gottman, & De Claire, 2006). وی دریافت زوجیهایی که در صدد طلاق هستند، در تعاملات زناشویی خود از هیجانات منفی بیش از هیجانات مثبت استفاده می‌کنند و زوجین با تغییر تعامل کلامی منفی که یک عامل رفتاری پویا است می‌توانند رضایت از زندگی مشترک خود را افزایش دهند. به نظر گاتمن زوج‌ها باید بیاموزند که چگونه هیجانات خود را کنترل و آرامش خود را بازیابند و توجه خود را دوباره متمرکز کنند. آنها باید دریابند که چگونه می‌توان "هیجانات شدید و متفاوت" را تنظیم و تعدیل کرد (Gottman & Gottman, 2015). آرام کردن خود و دیگری نه تنها راه را برای یک گفتگوی پربارتر هموار می‌کند، که در سلامت هیجانی و جسمانی هریک از زوجین، سهم بسزایی دارد (Hicks, McWey, Benson, & West, 2004). همچنین اثربخشی نظریه گاتمن نیز در مطالعات دیگری مثل بابکوک و همکاران (Babcock, Gottman, Ryan, & Gottman, 2013) و برند (Brand, Lee, Gussak, & Readdick, 2012). در حل مشکلات زوجین به اثبات رسیده است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان داد که الگوی زوج درمانی گاتمن توانسته است تعارضات زناشویی را کاهش داده و باعث ایجاد دلبستگی و ثبات هیجانی بیشتری شود. شواهد زیادی حاکی از این است که در زوج‌هایی که ارتباط مختل دارند، هیجانات و پاسخ‌های منفی شدید مثل انتقاد کردن و خصومت ورزی، خشم، اضطراب، حسادت، کناره‌گیری و دفاعی عمل کردن بیشتر تجربه می‌شود (Gottman & Gottman, 2015).

یکی دیگر از روش‌های زوج درمانی که در دهه‌های اخیر موفقیت‌آمیز عمل کرده، زوج درمانی هیجان محور می‌باشد. زوج درمانی هیجان محور رویکردی التقاطی و کوتاه مدت است که اولین

بارگرینبرگ و جانسون (Greenberg & Johnson, 2000) با تمرکز روی کمک به زوجین در ایجاد رابطه ای نزدیک به صورتی که دلبستگی ایمن را برای فرد ایجاد می‌کند، مطرح و بکار گرفته شد.

زوج درمانی هیجان محور (EFCT)^۱ در عمل ترکیبی از دو موضوع است اول تمرکز بر این که تجربه های هیجانی زوجین در ارتباط با همسرشان چگونه است، و دوم این که چگونه این الگوهای تعاملی و هیجانی کیفیت ارتباطاتشان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Robinson & Sexton, 2005). فرضیه اساسی زوج درمانی هیجان محور بیان می‌کند تا زمانی که هریک از زوجین، قادر نباشند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضایتمندی و امنیت با یکدیگر در میان گذارند تعارضات زناشویی شروع به شکل گیری می‌کنند. تأکید زوج درمانی هیجان محور بر روش دلبستگی‌های سازگاران، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و همسر است. این رویکرد معتقد است که آشفته‌گی‌های زناشویی همراه با حالت فراگیر از عواطف و هیجانات منفی و آسیب‌های دلبستگی ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند (L. Greenberg, Warwar, & Malcolm, 2010).

در پژوهش‌هایی که درباره زوج درمانی هیجان محور انجام شده است، اثربخشی این رویکرد در افزایش سازگاری زناشویی (Johnson & Wittenborn, 2012) و همچنین در افزایش صمیمیت (Johnson Talitman, 1997) و درمان مشکلات ارتباطی (Martin & Ashby, 2004) نشان داده شده است. همچنین اثربخشی این رویکرد در حل صدمه دلبستگی زوج‌ها (Naaman, Pappas, Makinen, Zuccarini, & Johnson-D., 2005) (McKinnon & Greenberg, 2013) (Patrick, Sells, Giordano, & Tollerud, 2007) بررسی و تأیید شد. این زوج‌ها در پایان درمان، به طور معنادار دلبستگی بیشتری پیدا کرده و ارتباط بهتری با هم داشتند.

در چند سال اخیر مطالعات گسترده‌ای در زمینه اثر بخشی رویکردهای مذکور در حل و فصل مشکلات زوجین انجام شده است که بطور مثال می‌توان از مطالعات انجام شده در زمینه افسردگی و رضایت زناشویی (Denton, Wittenborn, & Golden, 2012)، در مورد هیجان‌ها (Palmer- Olsen, Gold, & Woolley, 2011)، دلبستگی (Naaman et al., 2005)، روابط جنسی (Macphee, Johnson, & van Der Veer, 1995) و بخشودگی (Greenberg et al., 2010) نام برد، اما اکثر آنها در زمینه رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن است و به اثربخشی آنها در تنظیم هیجان و مقایسه کارایی آنها پرداخته نشده است. با توجه به مطالب مطرح شده و نظر به اهمیت حفظ سلامت رابطه زناشویی و نقش زوج درمانی در بهبود تعاملات و

کاهش نارضایتی زوجین پژوهش فوق بر آن است تا به بررسی میزان اثربخشی این دو رویکرد در تنظیم هیجان زوجین پردازد، رویکردهای نسبتاً نوین که در هیچ تحقیقی مورد مقایسه قرار نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر به آزمودن سوالات زیر پرداخته است: ۱- آیا زوج درمانی گاتمن و هیجان مدار بر تنظیم هیجان موثر هستند؟ ۲- آیا بین زوج درمانی گاتمن و هیجان مدار بر تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد؟ ۳- تاثیر این دو روش بر مولفه‌های تنظیم هیجان چگونه تبیین می‌شود؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل تمام زوجین مراجعه کننده به مراکز خدمات مشاوره آرامش، افق و خانواده در سال ۱۳۹۶ در شهر شاهرود بودند که در دامنه سنی ۲۰-۳۸ سال قرار داشتند. نمونه آماری با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین این جامعه انتخاب شد. از بین مراجعه کنندگان، تعداد ۳۶ زوج (با استفاده از فرمول کوکران) که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و بر اساس نمره پایین تر از میانگین در مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) هم‌تا شدند. نمونه انتخاب شده در سه گروه (۱۲ زوج در هر گروه) جایگزین شدند و سپس یک گروه به مدت ده هفته زوج درمانی گاتمن و گروه دیگر به مدت نه هفته زوج درمانی هیجان محور را دریافت نمودند در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار بودند. هر سه گروه به مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (Gratz & Roemer, 2004) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون جواب دادند. شرایط ورود به گروه نمونه تکمیل فرم تعهد اخلاقی و مشارکت در تمام جلسات، متقاضی طلاق نبودن، حداقل دو سال زندگی مشترک، دامنه سنی زوجین ۲۰-۳۸ سال، میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر و ازدواج اول بود.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱. **مقیاس سازگاری زناشویی (DAS):** این مقیاس دارای ۳۲ آیتم است که توسط اسپانیر (۱۹۷۶) به منظور بررسی کیفیت سازگاری زناشویی تهیه شده است. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بُعد را می‌سنجد. این چهار بُعد عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. نمره کل مجموع تمام سوالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر است. افرادی که نمره آنها ۱۰۱ و یا کمتر از آن باشد، ناسازگار تلقی می‌شوند (Sanaey, Alaghband, & Homan, 1999). نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس های رضایت زناشویی ۰/۹۴، همبستگی زناشویی ۰/۸۱، توافق زناشویی ۰/۹۰ و ابراز

محبت ۰/۷۳ گزارش شده است. در پژوهش شارپلی و کروس (Sharply & Croos) پایایی مقیاس یادشده ۰/۹۶ گزارش شد. در ایران نیز پژوهشگران به همسانی درونی ۰/۹۵ در این مقیاس دست یافتند (Molazadeh, Mansoor, Ejehay, & kiamanesh, 2003). در این پژوهش پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

۲. **مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS):** مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (Gratz & Roemer, 2004) یک ابزار ۳۶ گویه ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می سنجد: عدم پذیرش هیجان های منفی^۲، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند^۳ مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی^۴ مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان^۵، فقدان آگاهی هیجانی^۶، و فقدان شفافیت هیجانی^۷. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه های بالینی (n = ۱۸۷) و غیربالینی (n = ۷۶۳)، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند (M. Besharat, 2013) و (M. A. Besharat et al., 2014). روایی همگرا^۸ و تشخیصی (افتراقی)^۹ مقیاس دشواری تنظیم هیجان از طریق اجرای پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)^{۱۰} (M. A. Besharat & Bazzazian, 2014) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS)^{۱۱}؛ بشارت (Besharat, 2014)؛ واتسون، کلارک و تلگن (Watson, kelark & Tlgen) در مورد نمونه های مختلف از دو گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی عدم پذیرش هیجان های منفی با بهزیستی روانشناختی ۰/۵۳-، با درماندگی روانشناختی ۰/۴۴-، با راهبردهای رشدیافته تنظیم شناختی هیجان ۰/۴۷-، با راهبردهای رشدیافته تنظیم شناختی هیجان ۰/۵۱-، با عاطفه مثبت ۰/۴۵- و با عاطفه منفی ۰/۴۶- به دست آمد (Besharat, 2014, 2013). در این پژوهش پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

1. Deficit emotional regulate scale
2. nonacceptance of negative emotions
3. difficulties engaging in goal-directed behaviors
4. difficulties controlling impulsive behaviors
5. limited access to effective emotion regulation strategies
6. lack of emotional awareness
7. lack of emotional clarity
8. convergent
9. discriminant
10. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
11. Positive and Negative Affect Schedule

روش اجرا

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. با توجه به هدف این پژوهش از نوع کاربردی است چرا که نتایج آن می‌تواند مورد استفاده مشاوران و زوج درمانگران قرار گیرد. از نظر داده‌ها پژوهش کمی محسوب می‌شود که متغیرهای مستقل زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور و متغیر وابسته دشواری تنظیم هیجان است. پس از انتخاب گروه نمونه مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) در مرحله پیش آزمون بین آنها توزیع و اجرا گردید و سپس گروه نمونه بر اساس نمره پایین‌تر از میانگین در سه گروه (۱۲ زوج در هر گروه) جایگزین شدند و هر سه گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (Gratz & Roemer, 2004) پاسخ دادند. سپس یک گروه به مدت ده هفته زوج درمانی گاتمن و گروه دیگر به مدت نه هفته زوج درمانی هیجان محور را دریافت نمودند در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری و آزمون تعقیبی توکی برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش استفاده شده است. به دلیل استفاده از آزمون پارامتریک مفروضه‌های آزمون شامل همگنی واریانس گروه‌ها از آزمون لوین و نرمال بودن نمونه مورد بررسی از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف با استفاده از نرم افزار آماری SPSS21 استفاده شد. مداخلات درمانی به شرح جدول ۱ برای گروه گاتمن (Gottman & Gottman, 2015) ۱۰ جلسه و برای گروه هیجان محور (Johnson & Wittenborn, 2012) ۹ جلسه برگزار شد.

جدول ۱: محتوای جلسات زوج درمانی گاتمن (GCT) و هیجان محور (EFCT)

جلسه	زوج درمانی گاتمن (GCT)	زوج درمانی هیجان محور (EFCT)
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و مقرارت گروه، ارزیابی نیازهای زوجین، تعهد هر همسر در قبال ازدواج، انتظارات زوجین از یکدیگر و از درمان.	ایجاد همدلی با زوجها، ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر درباره اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان، درک چگونگی شکل‌گیری رابطه فعلی و آن چه زوجها را برای درمان برانگیخته است.
دوم	تغییر در الگوهای تعاملی همراه با کاهش تبادلات رفتاری منفی و افزایش تبادلات رفتاری مثبت.	ردگیری و توصیف زنجیره‌های تکرارشونده که آشفتگی زوجها را تداوم بخشیده، یافتن موانع درونی و بیرونی دلبستگی ایمن و ردگیری هیجانی در هر یک از زوجها، تحلیل حالت‌های هیجانی و آشنایی زوجها با چرخه‌های منفی تعامل.

سوم	کمک به زوج برای شناسایی چهار سوار سرنوشت (انتقاد، سرزنش، جبهه گیری، و سکوت) و تأثیرات مخرب آنها بر رابطه زوجین.	دستیابی به هیجان‌های شناخته‌نرفته در موقعیت‌های تعاملی و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه هر یک از زوجها، قاب گیری مجدد مشکل و چرخه تعاملی زوجها
چهارم	آموزش به زوجین تا دریابند که تعارض لازمه یک ازدواج موفق است و بیاموزند که چگونه تفاوت‌های یکدیگر را بپذیرند و با آنها کنار بیایند.	تشدید تجربه هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخگویی به طرف مقابل به این صورت که مجدداً مشکل بر حسب احساسات نهفته و نیازهای دلبستگی شکل داده می‌شد.
پنجم	آموزش سبک‌های صحیح حل تعارض و سازش با آنها به زوجین.	کمک به زوجها برای افزایش آگاهی، درگیر شدن با هم و پذیرش آسیب‌پذیری‌ها، صدمات و ترس‌های دلبستگی و کمک به طرف مقابل برای شنیدن و پذیرش آن‌ها و عمیق کردن درگیری هیجانی.
ششم	پیشگیری از گسترش دامنه تعارضات و عذرخواهی از یکدیگر.	پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوجها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد از طرف همسرش.
هفتم	بازسازی حس احترام و پذیرش همسر با وجود تفاوت‌های میان آنها، تحسین و تشویق یکدیگر.	تغییر الگوهای تعاملی و بازسازی تعاملات تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی بین زوجها و تسهیل پاسخ به درخواست‌های طرف مقابل.
هشتم	کمک به افزایش شناخت زوجین از هیجانات خود و همسر به منظور کنار آمدن با حوادث استرس‌زا و تعارضات.	تسهیل بروز راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، بازتعریف رابطه توسط هر یک از زوجها، پرورش محیط امن و ایجاد اعتماد.
نهم	آموزش به زوجین تا رویاها و آرزوهای یکدیگر پی برده و تلاش نمایند تا یکدیگر را در راستای تحقق آنها حمایت نمایند.	شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید و خاتمه درمان.
دهم	مرور جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون.	

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روشهای آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد سن مردان در گروه نمونه به ترتیب برابر با ۳۴/۰۶ و ۵/۴۷ و سن زنان به ترتیب برابر با ۲۹/۱۷ و ۴/۶۲ بود. همچنین ۴۹/۹۲ درصد از مردان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳۸/۸۲

درصد دارای مدرک تحصیلی لیسانس و پایین تر و ۱۱/۰۹ درصد نیز دارای میزان تحصیلات بالاتر از لیسانس بوده‌اند. ۴۲/۱ درصد از زنان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴۹/۹۲ درصد دارای مدرک تحصیلی لیسانس و پایین تر و ۸/۳۱ درصد نیز دارای میزان تحصیلات بالاتر از لیسانس بوده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد مدت ازدواج در گروه نمونه به ترتیب برابر با ۴/۲۷ و ۲/۰۲ بود.

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های آماری مورد نیاز جهت انجام تحلیل کواریانس بررسی گردید. بر اساس جدول ۲ نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد توزیع هیچ یک از گروه داده‌ها از توزیع نرمال انحراف ندارد و پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای نمرات تنظیم هیجان گروه‌ها برقرار است.

جدول ۲: بررسی توزیع نرمال در نمره متغیر وابسته دشواری تنظیم هیجان بر اساس آزمون کالموگروف-اسمیرنوف

متغیر	گروه	حجم نمونه	Z K-S	معناداری
دشواری تنظیم هیجان	هیجان محور	۲۴	۰/۱۰۸	۰/۲
	گاتمن	۲۴	۰/۱۰۴	۰/۲
	کنترل	۲۴	۰/۱۳۶	۰/۱۳۰

همچنین از آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به نتایج آزمون لوین ($p > ۰/۵۴۰$) همگنی واریانس‌ها برای نمرات تنظیم هیجان گروه‌ها تایید می‌شود.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس نمرات تنظیم هیجان

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۰/۶۲۲	۲	۶۹	۰/۵۴۰

برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش و حذف اثر پیش آزمون، تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین گروه‌ها در مورد نمره‌های دشواری تنظیم هیجان محاسبه شد. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس (جدول ۴) نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌ها معنادار است. بر اساس این شاخص‌ها می‌توان بیان نمود که بین نمرات پس آزمون دشواری تنظیم هیجان سه گروه زوج درمانی هیجان محور، زوج درمانی گاتمن و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس اثر بخشی زوج درمانی هیجان محور و گاتمن بر دشواری تنظیم هیجان زوجین

منابع تغییر	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری	مجدور اتا
پیش آزمون	۳۵۶۹	۱	۳۵۶۹/۴۰	۷۵/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۵۲۷
گروه	۱۰۵۰۴	۲	۵۹۵۳/۲۹	۱۱۱/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۷۶۶
خطا	۳۲۰۸	۶۸	۴۷/۱۷			
کل	۱۶۸۳۹	۷۱				

به منظور بررسی این موضوع که زوج درمانی گاتمن و هیجان محور بر دشواری تنظیم هیجان زوجین در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، اثر معنادار دارد، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ آمده است:

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری اثر بخشی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان

منابع تغییر	اثر پیلایی	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری	η^2
عدم پذیرش	۰/۷۱۲	۳/۹۱۷	۶	۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۸۸
دشواری رفتار هدفمند	۰/۸۷۱	۱/۴۳۲	۶	۵۸	۰/۲۱۸	۰/۱۲۹
کنترل تکانه	۰/۷۲۶	۳/۶۴۰	۶	۵۸	۰/۰۰۴	۰/۲۴۷
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۸۷۷	۱/۳۶۰	۶	۵۸	۰/۲۴۶	۰/۱۲۳
دستیابی محدود	۰/۶۸۸	۴/۴۳۳	۶	۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴
فقدان شفافیت هیجانی	۰/۶۴۵	۵/۳۱۴	۶	۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۵
گروه	۰/۱۷۹	۱۳/۱۸۹	۱۲	۱۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۵

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود مقدار F به دست آمده برای اثر پیلایی با مقدار ۱۳/۱۸۹ در سطح ($p < 0.0001$) معنادار است. که این نتایج نشان می‌دهد که اثر گروه برای نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان معنادار است. حجم اثر برای منبع تغییر گروه ۰/۳۵۵ به دست آمده نشان می‌دهد که متغیر مستقل که همان زوج درمانی هستند، اثر معناداری بر تنظیم هیجان زوجین داشته‌اند. به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های در متغیر دشواری تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است:

جدول ۶: میانگین‌های تعدیل شده و نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی مؤلفه‌های تنظیم هیجان

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	میانگین گروه ۱	میانگین گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	معناداری
عدم پذیرش	هیجان محور	گاتمن	۱۲/۵۳۵	۱۵/۴۶۸	*-۲/۹۳۳	۰/۷۶۴	۰/۰۰۰
	هیجان محور	کنترل	۱۲/۵۳۵	۱۸/۰۸۰	*-۵/۵۴۵	۰/۷۳۷	۰/۰۰۰
	گاتمن	کنترل	۱۵/۴۶۸	۱۸/۰۸۰	*-۲/۶۱۳	۰/۷۴۹	۰/۰۰۱
دشواری رفتار هدفمند	هیجان محور	گاتمن	۱۰/۳۷۹	۱۲/۵۲۳	*-۲/۱۴۵	۰/۶۶۵	۰/۰۰۲
	هیجان محور	کنترل	۱۰/۳۷۹	۱۴/۰۵۳	*-۳/۶۳۶	۰/۶۴۱	۰/۰۰۰
	گاتمن	کنترل	۱۲/۵۳۵	۱۴/۰۱۵	*-۱/۴۹۲	۰/۶۵۱	۰/۲۵۰
کنترل تکانه	هیجان محور	گاتمن	۱۱/۵۱	۱۴/۱۸۴	*-۲/۴۳۳	۰/۷۸۷	۰/۰۰۳
	هیجان محور	کنترل	۱۱/۷۵۱	۱۷/۰۶۶	*-۵/۳۱۵	۰/۷۵۹	۰/۰۰۰
	گاتمن	کنترل	۱۱/۱۸۴	۱۷/۰۶۶	*-۲/۸۸۲	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰
فقدان آگاهی هیجانی	هیجان محور	گاتمن	۱۳/۱۶۰	۱۵/۰۸۰	*-۲/۹۲۱	۰/۶۵۸	۰/۰۰۵
	هیجان محور	کنترل	۱۳/۱۶۰	۱۷/۹۶۸	*-۴/۸۰۸	۰/۶۳۵	۰/۰۰۰
	گاتمن	کنترل	۱۵/۰۸۰	۱۴/۹۶۸	*-۲/۸۸۸	۰/۶۴۵	۰/۰۰۰
دستیابی محدود	هیجان محور	گاتمن	۱۸/۱۸۹	۱۹/۵۲۴	-۱/۳۳۵	۰/۸۷۶	۰/۱۳۲
	هیجان محور	کنترل	۱۸/۱۸۹	۲۵/۲۴۴	*-۷/۰۵۵	۰/۸۴۵	۰/۰۰۰
	گاتمن	کنترل	۱۹/۵۲۴	۲۵/۲۴۴	*-۵/۷۲۰	۰/۸۵۸	۰/۰۰۰
فقدان شفافیت هیجانی	هیجان محور	گاتمن	۹/۳۹۵	۱۰/۰۵۵	-۰/۶۵۹	۰/۵۷۰	۰/۲۵۱
	هیجان محور	کنترل	۹/۳۹۵	۱۲/۷۱۷	*-۳/۳۲۲	۰/۵۴۹	۰/۰۰۰
	گاتمن	کنترل	۱۰/۰۵۵	۱۲/۷۱۷	*-۲/۶۶۲	۰/۵۵۸	۰/۰۰۰

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می شود بین نمرات تمامی مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان گروه هیجان محور با کنترل و گروه گاتمن با کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه دو گروه آزمایش با یکدیگر نشان می دهد که بین دو گروه زوج درمانی هیجان محور با زوج درمانی گاتمن در چهار مؤلفه عدم پذیرش، دشواری در رفتار هدفمند، کنترل تکانه و فقدان آگاهی هیجانی از دشواری تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد، به شکلی که نمره گروه زوج درمانی هیجان محور در این چهار مؤلفه به شکل معناداری کمتر از گروه زوج درمانی گاتمن شده است ($p < 0.001$). در سایر مقیاسها تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایشی وجود ندارد.

نتیجه

نتایج نشان داد که در پس آزمون هر دو گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون و همچنین نسبت به گروه کنترل نمرات بطور معنادار کاهش یافته است. در واقع هر دو روش در کاهش دشواری تنظیم هیجان و یا بهبود تنظیم هیجان زوجین بطور معنادار موثر بوده‌اند. همچنین در هر دو روش زوج درمانی در تمامی مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان شامل عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی، کاهش نمره و یا افزایش توانایی افراد در کنترل هیجان وجود دارد. این نتایج با مطالعات بابکوک و همکاران (Babcock et al., 2013) و برند (Brand et al., 2012) که اثر بخشی رویکرد گاتمن را در حل مشکلات زوجین به اثبات رساندند، همسو است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان داد که الگوی زوج درمانی گاتمن توانسته است تعارضات زناشویی را کاهش داده و باعث ایجاد دلبستگی و ثبات هیجانی بیشتری شود. همچنین مدنی، گلپایگانی و لواسانی (Madani, Golpayegani, & Lavasani, 2017) با ارائه مدل تلفیقی رویکرد هیجان محور و مدل گاتمن و اثربخشی آن بر کیفیت رابطه زناشویی زنان متاهل نشان دادند که آموزش مدل تلفیقی رویکرد هیجان محور و مدل گاتمن موجب افزایش معنادار کیفیت رابطه زناشویی در زمینه‌های رضایت، اعتماد، تعهد، شوق و شور جنسی، صمیمیت و عشق شده است. از طرفی با نتایج مطالعات (Susan M. Johnson et al., 2013) و (Susan M Johnson, Makinen, & Millikin, 2001) در بررسی اثر بخشی زوج درمانی هیجان محور در درمان مشکلات ارتباطی زوجین و با مطالعات (McKinnon & Greenberg, 2013) که نشان دادند که رویکرد هیجان محور در درمان مشکلات ارتباطی و هیجانی زوجین کارآمد است، همسو می‌باشد. این زوج‌ها در پایان درمان، به طور معنادار دلبستگی بیشتری پیدا کرده و دشواری هیجانی کمتری با هم داشتند. همچنین مطالعه خجسته مهر، شیرالی‌نیا، رجبی و بشلیده (Khojasteh, Rajabi, Shiralinia, & Beshlidesh, 2012) نشان داد زوج درمانی هیجان محور بر کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجان زوجین تاثیر معناداری داشته است و این روش با تأکید بر سبک‌های دلبستگی علائم افسردگی را کاهش داده و باعث می‌شود همسران روش‌های نوینی را برای تنظیم هیجاناتشان پیدا کنند.

در تبیین این نتایج با استفاده از رویکرد گاتمن می‌توان گفت چون از اهداف و فرایندهای این روش برای بهبود روابط زوجین کاهش دادن عواطف منفی در طول تعارض، افزایش دادن عواطف مثبت در طول تعارض، ایجاد عواطف مثبت در زمانی غیر از تعارض و متعادل کردن عواطف و هیجانات ناهمخوان

است (Gurman, 2008)، بنابراین جلسات درمانی روی تنظیم هیجان زوجین تاثیر دارد. رویکرد گاتمن به کاهش رفتار منفی تأکید دارد و اختلافات زناشویی را نتیجه رفتارهای نامناسبی مانند نادیده گرفتن، تحقیر، سرزنش، اجتناب و سکوت می داند. زوجهای ناسازگار، رفتارهای منفی را مقابله به مثل می کنند و این موضوع منجر به افزایش تعارض و ایجاد چرخه معیوب در ایجاد هیجانات منفی می شود. جلسات درمانی با ایجاد پذیرش، همدلی، کاهش دادن رفتارهای مخرب و افزایش آگاهی هیجانی سبب می شود تا زوجین در تعارضاتشان، آرامش بیشتری داشته باشند و بتوانند با کنترل بیشتری هیجانات خود را مدیریت کنند.

همچنین در تبیین این نتایج با توجه به اهداف رویکرد هیجان محور می توان گفت، از اهداف اولیه رویکرد هیجان محور تغییر دلبستگی ناایمن به دلبستگی ایمن می باشد. تماس هیجانی و پیوند ایمن از طریق در دسترس بودن و پاسخگویی ایجاد می شود. این پیوند و دلبستگی ایمن پاسخگوی نیازهای درونی زوجین به امنیت، حمایت و تماس می باشد (Susan M. Johnson & Wittenborn, 2012). از اهداف دیگر رویکرد هیجان محور، تسهیل ابراز و بیان نیازهای دلبستگی ارضا نشده، پذیرش نیازهای دلبستگی همسر و پردازش مجدد احساسات به منظور التیام آسیب های دلبستگی می باشد. وقتی یکی از زوجین در روابطشان نارضایتی، آسیب یا تهدید را تجربه می کند، پاسخی هیجانی خواهند داشت، که این رفتار از طرف زوج برای ایجاد احساس امنیت در ارتباط است. اغلب یک هیجان اولیه (مانند ترس از آسیب)، که از آگاهی خارج شده است وجود دارد و توسط یک هیجان ثانویه دفاعی (مانند خشم) که توسط همسر تجربه شده است جایگزین شده و در نهایت به دلیل احساس ناامنی تجربه شده و هیجانات اولیه نابهنجار، چرخه ارتباطی زوجین به سمت چرخه معیوب جنگ یا گریز هدایت می شود (Wittenborn, Ridenour, Mitchell Ryan, & Seedall, 2018). برای اصلاح این الگوی معیوب به هیجانات به عنوان یک عامل کلیدی برای تنظیم روابط اشاره می کند و با راهبردهای هیجانی به زوجین کمک می کند تا بتوانند بر هیجانات خود تمرکز کرده، از آنها آگاهی پیدا کنند، هیجانات خود را بپذیرند و تجارب هیجانی جدید را ایجاد کنند (L. Greenberg et al., 2010). بنابراین، در نتیجه به آگاهی رساندن و تجربه هیجانات نابهنجار، و پذیرش هیجانات بهنجار، زوجین به سطحی از امنیت رسیده که در پی آن با اعتماد بیشتری به یکدیگر به بیان نیازها و خواسته های دلبستگی خود پرداخته و در عین حال برای یکدیگر پاسخگوتر خواهند بود، و در نهایت توانایی بیشتری در تنظیم هیجانات خواهند داشت.

همچنین نتایج نشان داد بین دو گروه زوج درمانی هیجان محور با زوج درمانی گاتمن در مؤلفه های عدم پذیرش، دشواری در رفتار همدمند، کنترل تکانه و فقدان آگاهی هیجانی از دشواری تنظیم هیجان تفاوت

معنادار وجود دارد به شکلی که نمرات این چهار مؤلفه در گروه زوج درمانی هیجان محور کمتر از گروه زوج درمانی گاتمن بود. در واقع روش درمانی هیجان محور در تنظیم هیجان کارآمدتر نشان داد. این نتایج با مطالعات میرجا و کوردوا (Mirgain & Cordova, 2007) که نشان داد مهارت‌های هیجانی می‌تواند به طور پایا در روابط میان همسران و رضایت زناشویی موثر باشد، همسو است. همچنین با مطالعات دیگری که اثربخشی زوج درمانی هیجان محور در افزایش سازگاری زناشویی (Susan M. Johnson et al., 2013)، افزایش صمیمیت (Susan M. Johnson & Wittenborn, 2012) و (Goldman & Greenberg, 1997)، افزایش صمیمیت (Susan M. Johnson & Talitman, 1997)، و درمان مشکلات ارتباطی (Martin & Ashby, 2004) نشان داده شده است، نیز همسو است.

در رابطه با اثربخشی قوی تر زوج درمانی هیجان محور نسبت به روش گاتمن، بر دشواری تنظیم هیجان زوج‌های ناسازگار و مؤلفه‌های آن می‌توان به روش و فرایند این رویکرد رجوع کرد. زوج درمانی هیجان محور رویکردی التقاطی و کوتاه مدت است و با تمرکز روی کمک به زوجین در ایجاد رابطه‌ای نزدیک به صورتی که دلبستگی ایمن را برای فرد ایجاد می‌کند و در عمل ترکیبی از دو موضوع است اول تمرکز بر اینکه مردم چگونه در ارتباطات نزدیکشان تجربه‌های هیجانی را شکل می‌دهند و دوم اینکه چه الگوهای تعاملی کیفیت ارتباطاتشان را شکل می‌دهد (Zahrakar & Jafari, 2012). با در نظر داشتن این موضوع در این روش صمیمیت و تنظیم هیجان با تمرکز روی کمک به زوجین در ایجاد رابطه‌ای نزدیک به صورتی که دلبستگی ایمن را برای فرد ایجاد می‌کند، مورد توجه است. در رویکرد هیجان محور بر بالا بردن آگاهی هیجانی، پذیرش تجربه هیجانی، کمک به زوجین برای بیان احساسات خود در غالب کلمات، کمک به زوجین به منظور کشف واکنش‌های هیجانی، تسهیل ارزیابی هیجانات، شناسایی باورها و نگرش‌های مخرب، تسهیل پذیرش هیجانات، کمک به زوجین برای پیدا نمودن پاسخ‌های هیجانی جایگزین و سالم تاکید دارد و با توجه به این پایه‌های درمانی است که زوج درمانی هیجان محور در این پژوهش توانست اثربخشی بهتری در دشواری‌های تنظیم هیجان زوجین داشته باشد.

جانسون (S. Johnson, 2004) درمان هیجان محور را بهترین روش زوج درمانی در بهبود آشفته‌گی‌های ارتباطی معرفی می‌کند و نیز این که در رویکرد هیجان محور تجارب تصحیح شده و نوین هیجانی، عصاره شفا بخش جدید مشکلات ارتباطی قلمداد می‌شوند و از طرفی نظر به این که یکی از اهداف اصلی این رویکرد برجسته سازی نقش هیجانات در روابط صمیمانه همسران بوده است، این روش با تاکید بر مقولات همدلی، خودافشایی، درک عمیق از نیازهای خود و دیگری، پذیرش، بیان افکار و احساسات و

ایجاد فضای عاطفی نقش قدرتمندی در افزایش کنترل هیجانی زوج ها ایفا می کند. از طرفی هیجانات منفی و عدم کنترل تکانه های هیجانی با تعارضات زناشویی در ارتباطند. این تعارضات نه فقط به واسطه ناتوانی در تنظیم هیجانات، که برخاسته از انتظارات و باورهای منفی در مورد دیگری نیز می باشد. درمان هیجان محور با اصلاح احساسات و افکار منفی فرد نسبت به خودش از یک سو باعث بهبود روابط زوج ها می شود و از سوی دیگر تماس هیجانی ایمن سبب دل بستگی ایمن در نتیجه کاهش تعارضات زناشویی و افزایش توانایی زوجین برای تنظیم هیجانات می شود.

دستاوردها و پیامدهای این پژوهش در سطح نظری می توانند به شناخت بهتر درمانهای موثر بر مشکلات زناشویی کمک کنند و با تبیین نحوه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و هیجان محور به زوجین که از مشکلات ارتباطی و هیجانی رنج می برند کمک کند. از طرفی با تبیین اثر بخشی این درمان ها و مقایسه آنها بر تنظیم هیجان، به گسترش دانش، مفاهیم و مدل های موجود در این زمینه کمک کنند و راهگشای پژوهشهای جدیدتر به منظور گسترش زوج درمانی باشند. چنین نتایجی می توانند پرسشها و فرضیه های جدیدی را مطرح سازند. به عنوان مثال چه رویکردهای دیگری می توانند در تنظیم هیجان زوجین و بهبود رابطه آنها موثرتر باشند؟ چه متغیرهای دیگری می توانند در رابطه با تنظیم هیجان نقش واسطه ای یا تعدیل کننده داشته باشند؟ در سطح عملی، یافته های پژوهش حاضر می توانند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه های درمانی برای کمک به زوجینی که مشکلات هیجانی دارند، فراهم کنند. در سطح بالینی زوج درمانگران، خانواده درمانگران می توانند از این یافته ها در برنامه های درمانی و مدیریت هیجانها بیشترین استفاده را داشته باشند. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به عدم کنترل متغیرهای مداخله گری مثل وضعیت اقتصادی و اجتماعی، هوش و شخصیت اشاره کرد. همچنین جامعه آماری و نوع پژوهش حاضر، که محدودیتهایی را در زمینه تعمیم یافته ها و تفسیرهای مورد بررسی مطرح می کند که باید در نظر گرفته شوند. در این پژوهش تاثیر مداخله ها بر سازه دشواری تنظیم هیجان بررسی شد، که ممکن است تاثیر این مداخلات بر سازه های دیگر روانشناختی با الگو های متفاوتی عمل کند.

References

- Ascher, E. A., Sturm, V. E., Seider, B. H., Holley, S. R., Miller, B. L., Levenson, R. W. J. A. d., & disorders, a. (2010). Relationship satisfaction and emotional language in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease patients and spousal caregivers. 24(1). doi:https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181bd66a3
- Babcock, J. C., Gottman, J. M., Ryan, K. D., & Gottman, J. S. (2013). A component analysis of a brief psycho- educational couples' workshop: one- year follow- up results. *Journal of Family Therapy*, 35(3), 252-280.

- Besharat, M. (2013). Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Attachment Styles and Alexithymia. *Developmental Psychology*, 10(37), 5-16. (In Persian)
- Besharat, M. A., & Bazzazian, S. (2014). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *Journal of Nursing & Midwifery Faculty*, 19(3), 36-43. (In Persian)
- Besharat, M. A., Zahedi, T. K., & Noorbala, A. A. (2014). Alexithymia and Emotion Regulation Strategies in Patients With Somatization, Anxiety Disorders, and Normal Individuals: a Comparative Study. *Contemporary Psychology*, 8(2 (16)), 3-16. (In Persian)
- Boden, J. S., Fischer, J. L., & Niehuis, S. J. J. o. A. D. (2010). Predicting marital adjustment from young adults' initial levels and changes in emotional intimacy over time: A 25-year longitudinal study. 17(3), 121-134.
- Brand, C. E., Lee, R. E., Gussak, D., & Readdick, C. A. (2012). *An Initial Qualitative Exploration of Gottman's Couples Research: A Workshop from the Participants' Perspective*. Florida State University, Tallahassee, Florida. Retrieved from http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-4730
- Chen, Z., Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Shikai, N., Fujihara, S., . . . journal, P. a. i. (2007). The role of personalities in the marital adjustment of Japanese couples. 35(4), 561-572.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital Family Therapy*, 38(3), 23-38.
- Dole, C., & Schroeder, R. G. (2001). The impact of various factors on the personality, job satisfaction and turnover intentions of professional accountants. *Managerial auditing journal*, 16(4), 234-245.
- Dunham, S. M. (2008). *Emotional skillfulness in African American marriage: Intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction*. (Electronic Thesis or Dissertation), University of Akron,
- Fam, J. (2007). The role of intuitive judgments in predicting marital satisfaction, quality, and stability. from Medline PubMed
- Goldman, R., & Greenberg, L. S. (1997). Case formulation in process-experiential therapy. In *Handbook of psychotherapy case formulation*. (pp. 402-429). New York, NY, US: Guilford Press.
- Gottman, J., & Gottman, J. (2017). The Natural Principles of Love. *Journal of Family Theory & Review*, 9(1).
- Gottman, J., Gottman, J., & De Claire, J. (2006). *Ten lessons to transform your marriages*. New York: Crown Publisher.
- Gottman, J., & Gottman, J. M. (2015). *10 principles for doing couples therapy*. New York: W.W. Norton & Company
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of marital and family therapy*, 36(1), 28-42. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00185.x

- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (2000). Different effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 63, 67-79.
- Gurman, A. S. (2008). *Clinical handbook of couple therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hicks, M. W., McWey, L. M., Benson, K. E., & West, S. H. (2004). *Using what premarital couples already know to inform marriage education: Integration of a Gottman model perspective* (Vol. 26). New York: Crown Publishers.
- Johnson, S. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy*. New York: Brunner/Routledge.
- Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of marital and family therapy*, 27(2), 145-155.
- Johnson, S. M., Moser, M. B., Beckes, L., Smith, A., Dagleish, T., Halchuk, R., . . . Coan, J. A. (2013). Soothing the threatened brain: Leveraging contact comfort with emotionally focused therapy. *PLoS One*, 8(11), e79314.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of marital and family therapy*, 23(2), 135-152.
- Johnson, S. M., & Wittenborn, A. K. (2012). New research findings on emotionally focused therapy: Introduction to special section. *Journal of marital and family therapy*, 38, 18-22.
- Khojasteh, M., Rajabi, G., Shiralinia, K., & Beshlideh, K. (2012). The Effects of Emotion-Focused Couple Therapy on Depression Symptoms Reduction and Enhancing Emotional Regulation in Distressed Couples. *Biannual Journal of applied counseling*, 3(1), 1-18. (In Persian)
- Low, W., Zulkifli, S., Wong, Y., & Tan, H. J. T. A. M. (2002). What Malaysian women believe about Viagra: a qualitative inquiry. 5(1), 57-63.
- Macphee, D. C., Johnson, S. M., & van Der Veer, M. M. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of sex and marital therapy*, 21(3), 159-182.
- Madani, Y., Golpayegani, F., & Lavasani, M. G. (2017). Proposing an integrated model of emotional focused approach and Gottman model and its effectiveness on The quality of marital relationship in married women. *Applied Psychological Research Quarterly*, 7(4), 73-88. (In Persian)
- Martin, J. L., & Ashby, J. S. (2004). Perfectionism and fear of intimacy: Implications for relationships. *Journal of Family Therapy*, 12(4), 368-374.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442. doi:[https://doi.org/10.1016/0160-2896\(93\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0160-2896(93)90010-3)
- McKinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2013). Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: Impact on session and final outcome. *Journal of Family Therapy*, 35(3), 303-319.
- Mirgain, S. A., & Cordova, J. V. (2007). Emotion skills and marital health: The association between observed and self-reported emotion skills, intimacy, and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(9), 983-1009. doi:<https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.9.983>
- Molazadeh, J., Mansoor, M., Ejehay, J., & kiamanesh, A. R. (2003). Confronting styles and marital adjustment in children. *Journal of Psychology*, 6(3), 255-275. (In Persian)

- Naaman, S., Pappas, J. D., Makinen, J., Zuccarini, D., & Johnson-D., S. (2005). Treating attachment injured couples with emotionally focused therapy: A case study approach. *Psychiatry: Interpersonal Biological Processes*, 68(1), 55-77.
- Nusbaum, M. R., & Gamble, G. (2001). The prevalence and importance of sexual concerns among female military beneficiaries. *Mil Med*, 166(3), 208-210.
- Palmer- Olsen, L., Gold, L. L., & Woolley, S. R. (2011). Supervising emotionally focused therapists: A systematic research- based model. *Journal of marital and family therapy*, 37(4), 411-426.
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *Journal of Family Therapy*, 15(4), 359-367.
- Robinson, P. B., & Sexton, E. A. (2005). The effect of education and experience on self-employment success. *Journal of Business Venturing*, 9 (2), 141-156.
- Sanaey, B., Alaghband, S., & Homan, A. (1999). *Family Measurement Scales*. Tehran: be'sat Publications.
- Wittenborn, K., Ridenour, A., Mitchell Ryan, A., & Seedall, B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of marital and family therapy*, 13(2), 281-296.
- Zahrakar, K., & Jafari, F. (2012). *Family counseling (concepts, history, process, and theories)*. Tehran: Arasbaran Publishing. (In Persian)



کیمیایی، سیدعلی؛ حمزه امینی، حمزه (۱۳۹۹). ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت مبتنی بر زوج درمانی اشتراک محور.

DOI: 10.22067/tpccp.2020.39367

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰(۱)، ۱۰۵-۱۲۹.

ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت مبتنی بر زوج درمانی اشتراک محور

سید علی کیمیایی^۱، حمزه امینی^۲

تاریخ دریافت: ۹۸/۵/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۶ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این مطالعه ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت (IPFS) مبتنی بر زوج درمانی اشتراک محور (JPCMT) بود.

روش: پژوهش حاضر، مطالعه‌ی بنیادی-توسعه‌ای بود که بر اساس اصول و مفاهیم پایه نظریه زوج درمانی اشتراک محور پیرامون شخصیت ابتدا با ۲۳۷ سؤال در ۱۶ حوزه طراحی شد. پس از بررسی روایی محتوایی و اجرای اولیه مقیاس، ۲۰۳ سؤال انتخاب شد. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، تعداد ۴۳۹ نفر از ساکنان خراسان رضوی (۹۲/۹ درصد شهرنشین و ۷/۱ درصد روستائین) به سوالات پرسشنامه نهایی که به شکل آنلاین اجرا شده بود پاسخ دادند. داده‌ها با نرم‌افزار Amos24 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ۷ عامل شخصیت شامل: تأییدطلب، سرزنش‌گر، ابزارگرا، مسئولیت‌خواه، کنترل‌گر، مذهب‌گرا و رئیس‌مآب را تأیید نمود. نتایج پایایی به کمک ضریب آلفا، اسپیرمن-براون و گاتمن برای کل آزمون به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ بدست آمد. ضریب همبستگی بین کل آزمون و هفت عامل با یکدیگر نیز مثبت و معنادار بود. همچنین بررسی همبستگی نمرات این مقیاس و پرسشنامه شخصیتی نثو، بیانگر روایی هم‌گرا و واگرای قابل قبولی بود.

واژه‌های کلیدی: اعتباریابی، مقیاس، شخصیت، زوج درمانی اشتراک محور.

۱. دانشیار، دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، kimiaee@um.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، Hamze.amini@mail.um.ac.ir

مقدمه

علی‌رغم اینکه خانواده ایرانی در گستره‌ی زمان فرازوفرودهای مختلفی را طی کرده است، با این وجود هنوز هم شیرازه^۱، ساختار^۲ و پویایی^۳ خود را حفظ نموده اما با توجه به تحولات گسترده در حوزه های فرهنگی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و ... به نظر می‌رسد که این وضعیت در حال تغییر است. این در حالی است که، نه تنها انسان سالم بلکه جامعه سالم در گرو خانواده سالم است.

گرچه نظریه‌های خانواده و زوج‌درمانی به‌خوبی بر تغییرات شناختی و رفتاری از گذشته و تغییرات هیجانی در رویکردهای بالینی جدید همچون زوج‌درمانی هیجان مدار^۴ (Johnson, 2004) تمرکز دارند، اما نقش عواملی همچون اشتراک‌های فرهنگی، تاریخی، زبان‌شناختی، جشن‌های تاریخی و مراسم قومی و ملی و حتی جغرافیایی در شکل‌گیری انتظار از ازدواج، نقش‌ها، وظایف و تکالیف زناشویی، کارکردهای روان‌شناختی خانوادگی و ازدواجی مبتنی بر واقعیت‌های فرهنگ ایرانی دیده نمی‌شود. در مقام یک مثال رفت‌وآمد و صلح‌رحم جزء اولویت‌های مهم خانواده ایرانی و در بسیاری از مواقع زمینه‌ای برای ازدواج و درعین‌حال خیلی مواقع هم عامل مهمی در تعارض‌های زناشویی است، درحالی‌که در جوامع غربی رفت‌وآمد جزء اولویت‌های بالا در زندگی خانوادگی و زناشویی نیست (Kimiaee, 2012).

زوج‌درمانی اشتراک محور^۵ الگویی از کار، مشاوره و درمان با زوجها است که بر اشتراک‌های زن و مرد به‌عنوان پیکره‌ای واحد تأکید دارد. براساس این رویکرد انسان‌ها از هر قوم، نژاد، ملیت، مذهب و یا فرهنگی که باشند در بسیاری از جنبه‌ها همچون، ذات پاک و طاهر، گرایش به ازدواج و پیوند جویی، مذهب‌گرایی و معبود طلبی، حقوق انسانی، فیزیولوژی، مذهب، نیازها، معنی‌جویی، عادت‌ها، علایق اجتماعی، نظام ارزشی، سلیقه، انتظارات و خواسته‌ها، سبک زندگی، اهداف عواطف و هیجان‌ها و ... دارای اشتراک و هم‌بودی هستند. فلسفه و چرایی زندگی زناشویی به خاطر همین اشتراک‌ها است که باعث می‌شود زن و شوهر یک‌عمر با یکدیگر زندگی و فقدان این اشتراک‌ها منجر به جدایی آن‌ها شود. (Kimiaee, 2013)

از آنجاکه در زوج‌درمانی اشتراک محور رابطه^۶ هدف و قلب درمان است، شخصیت نیز مجموعه‌ای از مهارت‌ها، نگرش‌ها، باورها، روابط اجتماعی، صفات، حالات، طرز فکر درون فردی و خاطرات شخصی

-
1. Essence
 2. Structure
 3. Dynamic
 4. Emotional Focused Couple Therapy
 5. Joint Point Center Marital Therapy (Jpcmt).
 6. Relation

تعریف می‌شود که در رابطه زناشویی خودنمایی کرده و تظاهرات میان فردی دارد. چرا که در این دیدگاه، شخصیت‌گر چه پایه‌های زیستی دارد اما به شدت تحت تأثیر عوامل محیطی، تربیتی و فرهنگی قرار دارد. از این دیدگاه صفات شخصیتی به ویژگی‌های فردی اشاره دارد که به صورت یک الگوی خاص رفتاری هر همسر وارد رابطه می‌نماید. این ویژگی‌ها می‌تواند به عنوان یک سرمایه زناشویی^۱، به دوام و ثبات رابطه، شادمانی زناشویی، سازگاری، موفقیت و انعطاف‌پذیری در روابط انجامیده و یا عکس کیفیت زندگی زناشویی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. وقتی مرد یا زنی در رابطه زناشویی به شدت تأیید طلب، کنترل‌گر، ابزارگرا یا رئیس مآب باشد این ویژگی می‌تواند باعث ایجاد کشمکش بین زوج‌ها و در نتیجه تفاوت بین جهت‌گیری و نگرش آن‌ها نسبت به زندگی شود و اساسی برای اختلاف‌های پایان‌ناپذیر زوج باشد.

براساس این تعریف در نظریه زوج‌درمانی اشتراک محور (Kimiaee, 2013) شخصیت به انواع زیر تقسیم می‌شود:

- ۱) مهرجو^۲، فردی که این ویژگی شخصیتی را داراست در روابط زناشویی، خانوادگی و میان فردی در جستجوی مهر و محبت دیگران است. او مدعی است که به همه خوبی می‌کند، مهرورزی دارد، از این‌رو استحقاق محبت دیگران را دارد. این افراد برای حفظ شرایط اغلب هر آنچه طرف مقابل می‌گوید را انجام می‌دهد.
- ۲) تأیید طلب^۳، تأیید دیگران و همراهی آنان را می‌خواهند و وقتی آن را در رابطه دریافت نمی‌کنند، رنجیده، سرخورده و ناراضی می‌شوند.
- ۳) ابزارگرا^۴، افراد با تیپ ابزارگرا، با اشیاء، ادوات، ابزار و فناوری ارتباط بهتری برقرار ساخته و به آن وابسته می‌شوند تا اشخاص و وضعیت‌های ارتباطی میان فردی
- ۴) کارجو^۵، شخصیت‌های کارجو کار و فعالیت، اولویت اول زندگی آن‌هاست. همیشه در حال کار کردن هستند و روابط میان فردی خود را براساس روابط کاری برنامه‌ریزی می‌نمایند. دوستان آنان اغلب همکارانشان هستند و جدیت در کار، جزو ویژگی‌های بارز آن‌هاست.
- ۵) انتقادگر^۶، شخصیت‌های انتقادگر در تعاملات انسانی و به خصوص زناشویی بر این باورند که دیگران نباید اشتباه کنند و اگر اشتباه نمایند مستحق انتقاد می‌باشند. آنان اغلب از همسر و اطرافیان خود رک

1. Marital Capital
2. Kindly
3. Confirmative Quest
4. Tooltropicism
5. Work Quester
6. Criticism

- و خشن انتقاد می‌کنند و جنبه‌های مثبت وجودی آنان را نادیده می‌گیرند.
- (۶) پیشرفت گرا^۱، این اشخاص تمام نیروی ذهنی و جسمی خود را معطوف پیشرفت‌های علمی، مادی، سیاسی و یا اجتماعی می‌نمایند. گویی آنان فقط یک بعد از زندگی را می‌بینند و تمام سرمایه روانی خود را معطوف آن بعد می‌نمایند.
- (۷) لذت گرا^۲، لذت گرایان دنیا را مکانی برای لذت بردن می‌بینند و از تجربه لذت‌های جدید هراسی ندارند. آنان بابت کسب لذت هزینه‌های زیادی می‌پردازند و به هر چیزی که در محیط با لذت مرتبط است گرایش دارند.
- (۸) عاشق‌پیشه^۳، عشق و احساس منبع انگیزش آنان است و وقتی آن را ندارند گویی زندگی‌اشان متوقف شده است. هدف آنان در زندگی دستیابی به عشق و رسیدن به معشوق است.
- (۹) سرزنش گر^۴، سرزنش گران در روابط میان فردی و زناشویی خود با تحقیر، سرزنش، عیب‌جویی و یادآوری اشتباهات گذشته طرف مقابل، احساس بدی به او می‌دهند، اعتماد به نفس او را شکسته و احتمالاً این گونه حقارت خود را پنهان می‌کنند.
- (۱۰) رئیس مآب^۵، انسان‌های رئیس مآب به شدت دنبال قدرت، مدیریت و جهت دادن به دیگران هستند. آنان وقتی در جمعی قرار بگیرند بلافاصله به دنبال تعیین این هستند که چه کسی چه کاری را انجام بدهد یا ندهد. در تعاملات بین فردی نیز آنان خود را داناتر و برتر از دیگران می‌بینند.
- (۱۱) کنترل گر^۶، کنترل گرها افرادی خود-برنامه‌ریز و کمتر اعتمادکننده به دیگران هستند و معتقدند اعتماد خوب است اما کنترل بهتر است. این افراد گویی در روابط زناشویی این گونه احساس امنیت و قدرت می‌کنند.
- (۱۲) صلح‌جو^۷، شخصیت‌های صلح‌جو در روابط زناشویی و تعاملات اجتماعی تلاش زیادی برای برقراری و حفظ صلح و آرامش می‌نمایند. آنان با کوتاه آمدن، ایثارگری و گذشت تلاش می‌نمایند جلوی هرگونه تعارض و کشمکش در رابطه را بگیرند و از تنش بیزارند.
- (۱۳) مذهب گرا^۸، دارندگان این عامل شخصیتی تعاملات و روابط خود را بر مبنای مذهب شکل می‌دهند.

1. Progressivist
2. Pleasurist
3. Amorist
4. Blamer
5. Head Master
6. Controller
7. Pasific
8. Religious Oriented

دوستان آنان از بین افراد مذهبی انتخاب می‌شوند، در ازدواج به دنبال افرادی مذهبی هستند و حتی با افراد غیرمذهبی معامله نمی‌کنند. در مشکلات و مصائب هم دست به دامن دعا می‌شوند.

۱۴) مخالفت گرا^۱، مخالفت گراها به دنبال جروبحث و کل کل کردن هستند. فقط می‌خواهند ساز مخالف بزنند و هنوز منطق طرف مقابل را نشنیده موضع خود را از قبل اتخاذ می‌کنند. اغلب افرادی بدبین و منفی گرا بوده و بدترین وجه ممکن پدیده‌ها را می‌بینند.

۱۵) طلبکار^۲، طلبکاران به سادگی احساس می‌کنند که دیگران با آنان عادلانه رفتار نمی‌کنند حق آنان را تضییع می‌نماید و از این رو دیگران باید خواسته‌ی آنان را برآورده نمایند.

۱۶) مسئولیت خواه^۳، مسئولیت خواهان فراتر از وقت و توان خود مسئولیت می‌پذیرند. قدرت "نه" گفتن در آنان ضعیف است و حتی بدون اینکه از آنان مسئولیتی خواسته شود، خودخواسته داوطلب می‌شوند که کاری انجام دهند یا مسئولیت فرد دیگری را بر عهده بگیرند.

۱۷) عدالت خواه^۴، دارندگان این ویژگی شخصیتی اصول اخلاقی برایشان بسیار مهم است و همیشه در تلاش‌اند تا هر چیز سر جای خودش باشد و عدالت اجرا شود حتی وقتی اجرای عدالت به ضرر آنها باشد به راحتی می‌پذیرند (Kimiaee, 2013).

بنابراین دیدگاه اشتراک محور از شخصیت به دیدگاه روانشناسی مثبت‌نگر^۵ نزدیک است چرا که تلقی این دیدگاه به کاراکتر^۶ نزدیک است تا پرسونالیتی^۷. کاراکتر بیانگر صفات عمیق شخصیتی است تا جلوه‌های عینی که مشخصه پرسونالیتی است (Peterson & Seligman, 2004).

در عین حال نظریه پردازان مختلف نیز از شخصیت تعاریف خاص خودشان را براساس دیدگاه نظری خود ارائه کرده‌اند و بسیاری از آنان به عامل فرهنگی توجه نموده و معتقدند ویژگی‌های شخصیتی تحت تأثیر عوامل محیطی بوده و وقوع تجربه‌های زندگی را پیش‌بینی می‌کند (Briley & Tucker-Drob, 2014).

رد پای این ایده که شهروندان ملیت‌های مختلف ویژگی‌های شخصیتی ممتاز و منحصر به فردی دارند به عهد باستان برمی‌گردد که پایه تفکر اولیه پیرامون مطالعات شخصیت و فرهنگ در قرن بیستم را بنا نهاده است (Levine, 2001). به دلایل گوناگون همچون کاهش نفوذ روانکاوی و دغدغه‌های اخلاقی پیرامون

-
1. Opposite
 2. Creditor
 3. Responsible
 4. Justice
 5. Positive Psychology
 6. Character
 7. Personality

نژادپرستی^۱ این موضوع برای مدتی از تب‌وتاب افتاد و اخیراً از دیدگاه روانشناسی صفت^۲ مورد اقبال قرار گرفته است (Lynn & Martin, 1995; McCrae & Terracciano, 2005; McCrae, Terracciano, 2007). در این رویکرد جدید، نیمرخ شخصیت در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند به وسیله میانگین صفت‌هایی که در نمونه‌ای از اعضای آن فرهنگ اندازه‌گیری شده و تجمیع این دسته صفات شخصیتی مفید باشد.

این در حالی است که اعتبار نمرات تجمیعی این صفات و تحقیقات جدید، پاسخی برای ویژگی‌های کلیشه‌ای خاص یک ملت را ندارد (Perugini & Richetin, 2007). این اتفاقی نیست زیرا تحلیل یافته‌ها از ۴۹ فرهنگ مختلف نشان می‌دهد که کلیشه‌های ملیتی برای تجمیع صفات شخصیتی کاملاً غیرممکن است. از این رو نقص در یافتن هرگونه ارتباط ویژگی‌های کلیشه‌ای ملیتی با نمرات تجمیعی شخصیت دلیل کافی برای دلواپسی در این زمینه است. ضمن اینکه آنچه برخی مواقع کلیشه‌ای بهنجار^۳ در مقابل کلیشه‌ای نابهنجار^۴ توسط افراد در یک فرهنگ تعیین می‌شود در فرهنگی دیگر می‌تواند مغایر آن باشد (Boster & Maltseva, 2006; Peabody, 1985). برای مثال آب‌وهوا یکی از همبودهای قوی کلیشه‌های ملیتی گرمی در روابط بین فردی است (McCrae et al., 2007). از این رو باورهای پیرامون ویژگی شخصیتی یک ملیت می‌تواند تأثیر عمیقی بر دیدگاه‌های سیاسی و اجتماعی سایر ملل و همچنین بر روابط بین‌المللی داشته باشد. (A. Terracciano & McCrae, 2007).

در عین حال که یافته‌های بین فرهنگی از کشورهای مختلف در خصوص پرسشنامه پنج عاملی بزرگ صفات شخصیت^۵، شامل گشودگی^۶، وظیفه‌شناسی^۷، برون‌گرایی^۸، توافق‌پذیری^۹ و روان‌رنجور خوئی^{۱۰} که در تجدیدنظر بعدی (Costa, McCrae, & Revised, 1992) یک عامل دیگر به نام شوخ‌طبعی^{۱۱} اضافه نمودند، نشان داد که گرچه سه عامل روان‌رنجور خوئی، گشودگی و وظیفه‌شناسی اعتبار بین فردی دارد (Rolland, 2000)، اما مطالعات دقیق‌تر او نشان داد که دو عامل برون‌گرایی و توافق‌پذیری بشدت تحت تأثیر بافت فرهنگی هستند.

1. Ethnocentrism
2. Trait Psychology
3. Autostereotypes
4. Heterostereotypes
5. Big Five Personality Traits
6. Openness
7. Conscientiousness
8. Extraversion
9. Agreeableness
10. Neuroticism
11. Facets

از این رو، اگر شخصیت را مجموعه‌ای از تفاوت‌های فردی بدانیم که تحت تأثیر عوامل فرهنگی، محیطی و رشدی همچون ارزش‌ها، نگرش‌ها، عادت‌ها، روابط اجتماعی و مهارت‌ها است، پس این ویژگی‌ها، نه تنها تحت تأثیر عوامل محیطی، فرهنگی و میان فردی است بلکه در این موقعیت‌ها و شرایط نیز، بروز و ظهور پیدا می‌کنند. این وضعیت بیانگر این است که برخی صفات و حالات شخصیتی می‌تواند از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت و یا حداقل، تظاهرات میان فردی آن متفاوت باشد بنابراین هدف نهایی از انجام این پژوهش، دستیابی به یک ابزار عینی، پایا و روا برای تعیین و سنجش تیپ‌های شخصیتی جامعه‌ی ایرانی، براساس نظریه زوج‌درمانی اشتراک محور بود.

اهداف پژوهش

هدف کلی پژوهش، ساخت و هنجاریابی آزمونی برای اندازه‌گیری شخصیت براساس نظریه زوج‌درمانی اشتراک محور بود تا بتوان از آن، برای تعیین ویژگی‌های شخصیتی، تشخیص مشکلات شخصیتی در فرهنگ ایرانی، فعالیت‌های پژوهشی و مشاوره زناشویی و پیش از ازدواج کمک گرفت.

هدف‌های اختصاصی

- ۱) بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ایرانی شخصیت.
- ۲) ارزیابی ساختار عاملی مقیاس ایرانی شخصیت.
- ۳) تهیه و تنظیم جداول نرم مقیاس‌های پرسشنامه‌ی ایرانی شخصیت.
- ۴) مقایسه عملکرد زنان و مردان در هر یک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌ی ایرانی شخصیت.

سوال‌های پژوهش

- ۱) آیا آزمون شخصیتی ساخته‌شده براساس نظریه زوج‌درمانی اشتراک محور از همسانی درونی و پایایی قابل قبول برخوردار است؟
- ۲) روایی آزمون شخصیتی ساخته‌شده چگونه است؟
- ۳) آیا عامل‌های پیشنهادی برای مقیاس شخصیت ساخته‌شده، تأیید می‌شوند؟
- ۴) در صورت تأیید نشدن عامل‌ها، ساختار آزمون شخصیتی ساخته‌شده از چه عامل‌هایی تشکیل شده است؟
- ۵) آیا بین زنان و مردان در هر یک از مؤلفه‌های آزمون شخصیتی ساخته‌شده تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟
- ۶) در صورت برخوردار بودن این مقیاس از پایایی و روایی کافی، نرم یا هنجار مناسب برای تشخیص تیپ شخصیتی احتمالی نمونه پژوهش چگونه است؟

(۷) آیا بین آزمون ساخته‌شده و پرسشنامه NEO-FFI روایی ملاکی لازم و قابل قبولی وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر، پژوهشی بنیادی-توسعه‌ای است. پژوهش بنیادی، پژوهشی است که به کشف ماهیت اشیاء، پدیده‌ها و روابط بین متغیرها، اصول، قوانین و ساخت یا آزمایش تئوری‌ها و نظریه‌ها می‌پردازد و به توسعه مرزهای دانش کمک می‌نماید. هدف اساسی این نوع پژوهش تبیین روابط بین پدیده‌ها، آزمون نظریه‌ها و افزودن به دانش موجود است. پژوهش توسعه‌ای نیز پژوهشی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روش‌ها و توسعه دانش کاربردی در زمینه ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می‌شود.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد ساکن خراسان رضوی در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بودند که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. برای یکپارچه کردن پاسخ آزمودنی‌ها و جلوگیری از خطاهای انسانی مثل خستگی، ملال و تعداد بالای سوالات از سایت Sycosearch.ir استفاده شد. این سایت بنا به نیاز پژوهشگر سفارش و تهیه گردید.

نحوه پاسخگویی به این صورت بود که پس از اعلام رضایت پاسخ‌دهندگان از طریق سایت، محرمانه بودن جواب‌های پرسشنامه‌ها به آن‌ها یادآوری می‌شد و هدف از انجام پژوهش و اهمیت آن، برای آزمودنی‌ها تبیین و از آن‌ها خواسته می‌شد تا با دقت به سوالات پاسخ دهند. آنگاه، به آن‌ها یک کد داده می‌شد تا به کمک کد وارد بخش سوالات شوند و به آن‌ها پاسخ دهند. سوالات شامل سوالات مقیاس به همراه پرسشنامه ۶۰ سوالی نئو بود. با توجه به پژوهش (Jinwoo Park, 2009) حداقل تعداد نمونه برای یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای با خطای قابل قبول ۵ درصد تعداد ۲۲۰ نفر است. از طرفی برای دستیابی به عامل‌های معتبر نیازمند نمونه‌ای معرف هستیم. پس نمونه ۳۰۰ نفری برای کشف عامل‌های معتبر در تحلیل عاملی، تعداد ۵۰۰ نفر را خیلی خوب و تعداد ۱۰۰۰ نفر را عالی می‌داند (Hooman, 2014). لذا سعی شد گروه نمونه بالغ بر ۳۰۰ نفر انتخاب شوند که در نهایت ۴۳۹ نفر به‌طور کامل به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و داده‌ها با نرم‌افزار Spss-v21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارها

در این پژوهش از دو ابزار مقیاس ایرانی شخصیت و پرسشنامه‌ی شخصیتی نئو (فرم کوتاه ۶۰ سوالی) استفاده شد.

پرسشنامه شخصیتی نئو (فرم کوتاه):

پرسشنامه پنج عاملی نئو، دارای یک فرم کوتاه ۶۰ سوالی است که NEO-FFI نامیده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس روان رنجور خویی، برونگرایی، توافق‌پذیری، گشودگی و وظیفه‌شناسی است. هر یک از این ۵ خرده مقیاس، دارای ۱۲ سوال است که به صورت صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود و تعدادی از سوالات به صورت معکوس هستند. هر آزمودنی در هر خرده مقیاس نمره‌ای بین صفر تا ۴۸ کسب می‌کند اعتبار و روایی‌های زیادی برای این آزمون از آغاز ساخت آن توسط مک کرا و کاستا، تاکنون گزارش شده است که می‌توان به گزارش (Fathi Ashtiane, 2013) اشاره کرد. (Anisei, 2011) دامنه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) زیرمقیاس‌های پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۳۹ تا ۰/۸۳ گزارش نمود به طوری که ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های پرسشنامه از بیشترین تا کمترین عبارت بودند از وظیفه‌شناسی (۰/۸۳)؛ روان رنجورخویی (۰/۸)؛ توافق‌پذیری (۰/۶)؛ برون‌گرایی (۰/۵۸)؛ گشودگی (۰/۳۹). روایی آزمون به وسیله تحلیل عاملی سوال‌های فرم بلند و براساس چرخش عامل‌ها حول ۵ عامل اصلی محاسبه شده، سوالاتی که حداکثر بار عاملی و اعتبار تشخیصی حول یک عامل را داشتند برای فرم کوتاه استخراج شدند (Haghshenas, 2006)، (McCrae et al., 2007) اظهار می‌دارند که فرم کوتاه همبستگی بیش از ۰.۶۸ با فرم بلندش دارد و فرم کوتاه نئو می‌تواند ۸۵ درصد از واریانس را در اعتبار همگرا از ارزیابی صفات مشابه، با استفاده از تأیید صفت و ارزیابی‌های همسر و همسالان تبیین کند (Fathi Ashtiane, 2013).

مقیاس ایرانی سنجش تیپ‌های شخصیتی مبتنی بر زوج‌درمانی اشتراک محور:

برای ساخت پرسشنامه‌ی تیپ‌های شخصیتی، با توجه به نظریه زوج‌درمانی اشتراک محور، تجارب بالینی و مطالعات میدانی، چهارده تیپ فرضی پیشنهاد شد. سپس با توجه به تعریف این رویکرد و مفاهیم و مبانی نظری آن، برای هر تیپ سوالاتی تهیه گردید. این تیپ‌ها شامل تیپ لذت‌گرا، کنترل‌گر، عاشق‌پیشه، مذهب‌گرا، سرزنشگر، ابزارگرا، پیشرفت‌گرا، تأیید طلب، رئیس مآب، مسئولیت‌خواه، کارجو، مهرجو، مخالفت‌گرا، صلح‌جو بودند که تعداد ۲۳۷ سوال برای سنجش این ۱۶ تیپ طراحی و به منظور برآورد روایی محتوا، در اختیار ۱۴ کارشناس ارشد مشاوره و روانشناس قرار گرفت تا سوالات مرتبط با هر تیپ شخصیتی را از ۱۰-۰ نمره‌گذاری نمایند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و بررسی امتیازات و دریافت نظرات و پیشنهادها، اصلاحی، سوال‌هایی که نقص داشتند مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفتند، سوال‌های نامناسب حذف و سوال‌هایی دیگری جایگزین آن‌ها شدند. تعداد سوالات پس از این مرحله به ۲۲۲ سوال تقلیل یافت. سپس پرسشنامه‌ی هر تیپ شخصیتی مجدداً در اختیار ۱۴ نفر قرار گرفت تا به صورت مجزا پرسشنامه‌ی

هر تیپ را روی ۳۰ نفر اجرا کنند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های هر تیپ و وارد کردن داده‌ها در برنامه‌ی Spss.v21 آلفای کرونباخ هر تیپ شخصیتی محاسبه گردید. تعداد سوالات و ضریب آلفای کرونباخ برای هر تیپ به صورت زیر در آمد. لذت‌گرا با ۱۹ سوال ۰/۷۷۹؛ کنترل‌گری با ۱۷ سوال ۰/۴۶۲؛ عاشق‌پیشه با ۴۲ سوال ۰/۶۷؛ مذهب‌گرا با ۴۴ سوال ۰/۷۷۶؛ سرزنشگر با ۲۲ سوال ۰/۸۷۱؛ ابزارگرا با ۲۱ سوال ۰/۶۰۷؛ پیشرفت‌گرا با ۲۲ سوال ۰/۶۰۳؛ تأیید طلب با ۱۶ سوال ۰/۸۳۳؛ رئیس‌مآب با ۳۰ سوال ۰/۸۳۲؛ مسئولیت‌خواه با ۱۹ سوال ۰/۸۱؛ کارجو با ۱۸ سوال ۰/۹۰۱؛ مهرجو با ۲۴ سوال ۰/۸۹؛ مخالف‌گرا با ۱۰ سوال ۰/۷۵۵ و صلح طلب با ۱۸ سوال ۰/۸۱ به دست آمد.

در نهایت پس از حذف سوالاتی که همبستگی پایین‌تر از ۰/۴ داشتند و باعث افزایش آلفای کرونباخ می‌شدند تعداد سوالات از ۲۲۲ سوال به ۲۰۳ سوال کاهش یافت. این مجموعه‌ی ۲۰۳ سوالی دوباره روی ۳۰ نفر اجرا شد و نتایج آلفای کرونباخ به دست آمد. لذت‌گرا با ۱۶ سوال ۰/۸۶۲؛ کنترل‌گری با ۱۱ سوال ۰/۷۹۵؛ عاشق‌پیشه با ۱۰ سوال ۰/۸۶۲؛ مذهب‌گرا با ۲۰ سوال ۰/۹۲۹؛ سرزنشگر با ۱۴ سوال ۰/۹۱۱؛ ابزارگرا با ۱۷ سوال ۰/۹۵۴؛ پیشرفت‌گرا با ۱۴ سوال ۰/۸۲۱؛ تأیید طلب با ۱۶ سوال ۰/۸۷۶؛ رئیس‌مآب با ۱۵ سوال ۰/۸۶۶؛ مسئولیت‌خواه با ۱۲ سوال ۰/۷۸۸؛ کارجو با ۱۸ سوال ۰/۸۷۷؛ مهرجو با ۲۴ سوال ۰/۹۲۶؛ مخالف‌گرا با ۱۰ سوال ۰/۸۴۱ و صلح‌جو با ۱۸ سوال ۰/۸۰۱ به دست آمد و ضریب آلفای کل پرسشنامه ۰/۹۶ شد. در نهایت این مجموعه‌ی ۲۰۳ سوالی به عنوان پرسشنامه‌ی نهایی جهت اجرا در پژوهش روی سایت Sycosearch.ir جهت پاسخگویی آزمودنی‌ها بارگذاری شد.

روش نمره‌گذاری

هر عبارت پرسشنامه‌ی محقق ساخته روی طیفی از کاملاً موافق؛ موافق؛ تا حدودی موافق؛ تا حدودی مخالف؛ مخالف؛ کاملاً مخالف قرار دارد که به صورت لیکرتی به ترتیب از ۶ تا ۱ نمره‌گذاری شده‌اند. آزمودنی باید گزینه‌ای را انتخاب کند که ویژگی‌ها و صفات شخصیتی او را بهتر نشان می‌دهد.

روش اجرا و جمع‌آوری اطلاعات

بعد از قرار دادن مقیاس ایرانی سنجش تیپ‌های شخصیتی ۲۰۳ سوالی و فرم کوتاه ۶۰ سوالی نئو در یک مجموعه، این مجموعه توسط سایت Sycosearch.ir در اختیار گروه نمونه قرار گرفت تا با کد مخصوص خودشان وارد قسمت پاسخگویی شوند و به سوالات پاسخ دهند قبل از دادن کد در نامه الکترونیکی روی سایت به آزمودنی‌ها در مورد هدف پژوهش، رازداری صحبت شد و پس از اعلام همکاری کد مربوطه در اختیار آنان قرار گرفت. برای پاسخ دادن به سوالات به آن‌ها یادآوری شد که هیچ سوال درست و غلطی وجود ندارد و اولین پاسخی که به ذهنشان می‌رسد را به عنوان پاسخ صحیح برگزینند و وقت

زیادی را صرف تمرکز روی یک سوال نکنند. در نهایت تعداد ۴۲۴ پرسشنامه‌ی بدون نقص به دست آمد که به صورت داده‌های کامپیوتری وارد نرم‌افزار SPSS 21 شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی بیانگر این بود که تعداد ۴۲۴ نفر (۷۳٪/۱) زن و تعداد ۱۱۸ نفر (۲۶٪/۹) مرد در این پژوهش شرکت کرده‌اند. که ۷۰٪/۶ آن‌ها بالای لیسانس و ۲۹٪/۴ آن‌ها پایین‌تر از لیسانس تحصیلات داشته‌اند. وضعیت اقتصادی ۸۵٪/۴ آن‌ها متوسط و بقیه در وضعیت اقتصادی خوب و ضعیف بوده‌اند. ۲۹٪/۹ از این افراد شهرنشین و مابقی روستانشین بودند. ۷۴٪/۲ از این افراد فرزندی نداشتند. میانگین سنی این افراد ۲۸ سال بود و انحراف معیار سنی ۸/۱۵ سال. بالاترین سن ۵۵ سال و کمترین سن ۱۶ سال بود. به منظور استنباط از داده‌ها ابتدا نرمال بودن تک تک سوالات بررسی شد و سؤالاتی که چولگی آن‌ها در محدوده‌ی (۱- و ۱+) بود با توجه به مقدار مثبت و منفی، با کمک تبدیل، نرمال شدند (Adams, 2017). پس از نرمال‌سازی سوالات استانداردسازی شدند و به صورت اعداد z درآمدند تا تمام داده‌ها یکسان باشد. سوالات ۱، ۱۱، ۲۴، ۴۰، ۴۱، ۵۱، ۵۴، ۵۵، ۸۹، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۳۴، ۱۵۰، ۱۵۴، ۱۹۰، ۱۹۲، ۱۹۷، ۱۹۹ در جهت منفی چولگی داشتند و سوالات ۳۱، ۴۶، ۵۸، ۷۰، ۱۷۵، ۱۷۹، ۱۸۱، ۱۸۹ در جهت مثبت چولگی داشتند این سوالات با کمک تبدیل‌های خاص خودشان نرمال شدند. سوالات دارای چولگی مثبت با توابع جذر دوم. لگاریتم و سوالات دارای چولگی منفی پس از معکوس شدن با استفاده از همین توابع نرمال شدند. برای اطمینان از نرمال بودن شکل توزیع داده‌های هر فرد در این پرسشنامه‌ی شخصیتی، از آزمون شاپیرو ویلک (W) و کالموگروف - اسمیرنف (K-S) استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۱ چون معناداری در دو آزمون از سطح معناداری ملاک ۰/۰۵ بزرگ‌تر است با احتمال ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌های پرسشنامه شخصیت نرمال است. فرض نرمال بودن در محاسبات مربوط به آمار استنباطی برای داده‌های پارامتریک ضروری است.

جدول شماره ۱. مقایسه توزیع داده‌ها با توزیع نرمال

معناداری آزمون کلموگروف-اسمیرنف	آماره کلموگروف-اسمیرنف	معناداری آزمون w	آماره w	تعداد	نمره نهایی
۰/۰۸۶	۰/۰۴۷	۰/۱۲۱	۰/۹۹۳	۴۲۴	

پایایی مقیاس ایرانی هفت عاملی شخصیت

در پژوهش حاضر برای برآورد پایایی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ و روش لوپ استفاده شد.

با استفاده از روش لوپ سوالاتی که همبستگی پایین‌تر از $0/3$ با کل سوالات داشتند حذف شدند. که در نهایت یک مجموعه‌ی ۹۴ سوالی با آلفای $0/959$ بدست آمد.

روایی مقیاس ایرانی هفت عاملی شخصیت

در این پژوهش برای پاسخ به این سوال که آیا آزمون محقق ساخته روایی دارد از تحلیل عاملی اکتشافی، وابسته به روایی سازه و روایی هم‌زمان، وابسته به روایی ملاکی استفاده شد. با توجه به شاخص‌های برازش، مدل چهارده عاملی تأیید نشد، لذا از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. با توجه به جدول شماره ۲، مقدار^۱ (KMO) برابر با $0/899$ و آزمون بارتلت هم معنادار است، بنابراین، با توجه به کفایت نمونه و معناداری آزمون بارتلت ماتریس همبستگی دارای اطلاعات معنی‌دار است یعنی روایی بیرونی پژوهش با این حجم نمونه کفایت می‌کند و لذا شرایط لازم برای تحلیل عاملی اکتشافی وجود دارد.

جدول شماره ۲. مقدار KMO و نتیجه آزمون کروییت بارتلت برای ماتریس همبستگی

آزمون کفایت نمونه‌گیری KMO	۰/۸۹۹
مقدار خی دو	۱۸۳۷۴/۳۱
درجه آزادی	۴۵۶۰
ضریب معنی‌داری	۰/۰۰۰۱

در مرحله بعد تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی اجرا گردید. با استفاده از چرخش واریماکس سوالات چرخش داده شدند تا بار عاملی روی عوامل مربوطه توزیع شوند. سوالات دارای بار عاملی نامناسب حذف شدن ۴۱ عنصر با مقدار ویژه بزرگ‌تر از ۱ یافت شد که روی هم‌رفته $73/27$ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند.

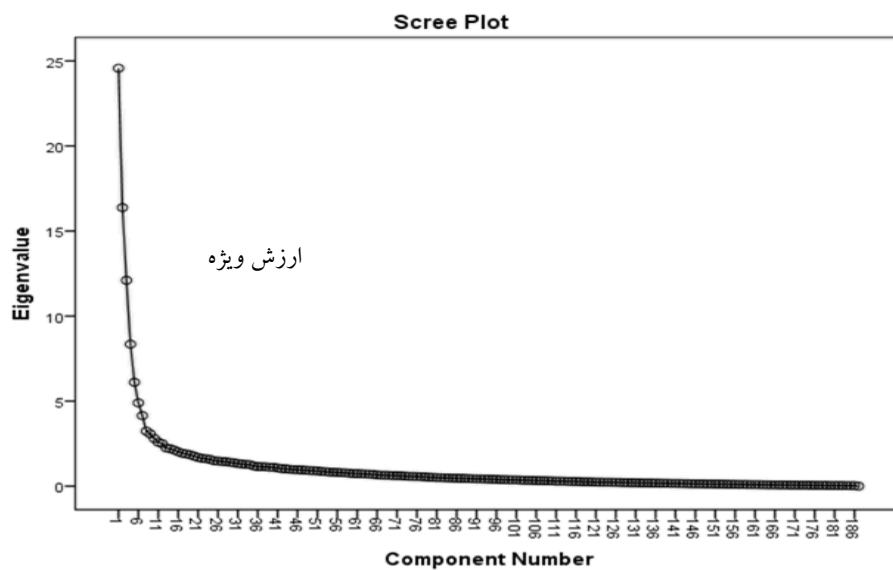
نتایج این عناصر در نمودار اسکری پلات قابل مشاهده است. طبق جدول شماره ۳، ۷ عامل از این ۴۱ عنصر $40/9$ درصد از واریانس کل را پوشش می‌دهند. درواقع این ۷ عامل بهتر از ۴۱ عامل واریانس‌های پرسشنامه را بیان می‌کنند.

جدول شماره ۳. واریانس کل تبیین شده

مؤلفه‌ها	ارزش ویژه		
	درصد تجمعی	درصد واریانس	مجموع
۱	۱۳/۱۳	۱۳/۱۳	۲۴/۵۶
۲	۲۱/۸۹	۸/۷۵	۱۶/۳۷

1. Kaiser-Meyer-Olkin Measure Of Sampling Adequacy

۱۲/۱۰	۶/۴۷	۲۸/۳۶	۳
۸/۳۴	۴/۴۶	۳۲/۸۳	۴
۶/۱۰	۳/۲۶	۳۶/۰۹۵	۵
۴/۸۹	۲/۶۱	۳۸/۷۱	۶
۴/۱۴	۲/۲۱	۴۰/۹۲	۷
۳/۲۳	۱/۷۲	۴۲/۶۵	۸
۳/۰۷	۱/۶۴	۴۴/۲۹	۹



نمودار شماره ۱. نمودار اسکری

جدول شماره ۴. همبستگی سوال ها با عامل ها پس از چرخش واریمکس

نام عامل	شماره گویه ها	عامل						
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
شخصیت تأیید طلب	۱۷۲q	۰/۷۶۱						
	۱۰۵q	۰/۷۳۸						
	۱۰۸q	۰/۷۲۹						
	۱۱۲q	۰/۷۲۸						

					۰/۶۸۸	۱۰۴q	
					۰/۶۸۸	۱۱۳q	
					۰/۶۷۳	۱۰۶q	
					۰/۶۴۳	۱۶۶q	
					۰/۶۴۰	۱۰۷q	
					۰/۵۹۸	۱۷۳q	
					۰/۵۹۵	۱۱۶q	
					۰/۵۷۶	۱۶۴q	
					۰/۵۷۱	۱۷۱q	
					۰/۵۶۵	۱۷۶q	
					۰/۵۴۹	۱۶۹q	
					۰/۵۴۷	۱۱۴q	
					۰/۵۳۲	۱۱۰q	
					۰/۵۱۴	۱۱۷q	
					۰/۵۰۹	۱۶۸q	
					۰/۵۰۸	۱۶۵q	
					۰/۵۰۴	۱۶۳q	
					۰/۴۵۵	۱۷۰q	
					۰/۴۳۶	۱۹۸q	
					۰/۴۲۹	۲۰۰q	
					۰/۳۸۰	۱۴۴q	
					۰/۳۷۰	۱۹۵q	
					۰/۰.۳۲۶	۶۱q	
				۰/۶۹۳		۵۸q	سرزنش شخصیت مگر
				۰/۶۷۳		۵۹q	
				۰/۶۶۵		۷۰q	

					۰/۶۳۶		۶۵d	
					۰/۶۳۳		۶۷d	
					۰/۶۱۹		۶۹d	
					۰/۵۷۶		۶۲d	
					۰/۵۵۷		۶۶d	
					۰/۵۲۸		۱۸۱d	
					۰/۵۲۶		۶۰d	
					۰/۵۲۶		۱۷۹d	
					۰/۵۲۲		۶۸d	
					۰/۴۴۰		۶۳d	
					۰/۴۲۰		۸۳d	
					۰/۴۰۷		۱۷۵d	
					۰/۳۷۸		۱۸۷d	
					۰/۳۵۹		۱۷۴d	
					۰/۳۵۸		۷۱d	
					۰/۳۳۹		۹۸d	
					۰/۳۲۴		۲۵d	
				۰/۸۳۶			۸۸d	شخصیت ابزارگرا
				۰/۷۹۴			۸۱d	
				۰/۷۸۷			۸۶d	
				۰/۷۷۰			۷۶d	
				۰/۷۴۴			۷۹d	
				۰/۷۲۵			۷۸d	
				۰/۷۱۷			۸۵d	
				۰/۷۰۷			۷۴d	
				۰/۶۷۷			۸۷d	

				۰/۵۶۸			۷۲q	
				۰/۵۵۰			۷۷q	
				۰/۵۳۳			۸۰q	
				۰/۵۱۷			۸۴q	
				۰/۴۱۵			۱۴۶q	
			۰/۵۹۸				۱۴۵q	شخصیت مسئولیت خواه
			۰/۵۹۵				۱۴۸q	
			۰/۵۶۴				۱۳۷q	
			۰/۵۵۴				۱۴۱q	
			۰/۵۳۹				۱۴۹q	
			۰/۵۳۶				۱۵۲q	
			۰/۵۱۵				۱۵۱q	
			۰/۴۹۱				۱۴۲q	
			۰/۴۸۶				۱۵۸q	
			۰/۴۱۵				۱۹۴q	
			۰/۴۰۴				۱۴۳q	
			۰/۳۸۹				۱۹۶q	
		۰/۵۵۷					۳۴q	شخصیت کنترل گر
		۰/۵۳۹					۲۹q	
		۰/۵۳۵					۲۷q	
		۰/۵۲۲					۳۵q	
		۰/۵۰۷					۶۴q	
		۰/۴۷۳					۳۶q	
		۰/۴۵۸					۳۰q	
		۰/۴۳۶					۲۸q	
		۰/۴۱۸					۳۷q	

		۰/۳۲۰					۱۹d	
	۰/۵۸۸						۵۶d	شخصیت مذهب گرا
	۰/۵۸۳						۵۷d	
	۰/۴۶۰						۱۸۹d	
	۰/۳۶۸						۴۶d	
	۰/۳۵۰						۱۶۱d	
۰/۶۵۱							۱۲۷d	شخصیت رئیس مآ (ج)
۰/۶۲۶							۱۲۹d	
۰/۶۰۶							۱۳۳d	
۰/۵۱۸							۱۲۸d	
۰/۴۹۶							۱۷۷d	
۰/۳۶۷							۱۶۱d	

پس از چرخش، سوالاتی که به هیچ کدام از عامل‌ها تعلق نداشتند حذف شدند و درنهایت پرسشنامه‌ای ۹۴ سوالی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵۹ به دست آمد. با مشخص شدن سوالات نهایی و عناصر مربوط به آن، با توجه به مبانی نظری رویکرد زوج درمانی اشتراک محور، برای نام گذاری عناصر اقدام شد که عامل‌ها به صورت شخصیت تأیید طلب، سرزنشگر، ابزارگرا، مسئولیت خواه، کنترل گر، مذهب گرا و ریس مآب نام گذاری شد.

درمجموع نتایج نشان داد که ضریب همبستگی بین ۷ عامل با همدیگر و با نمره‌ی کل پرسشنامه‌ی ۷ عاملی در سطح مطلوبی قرار دارد و همبستگی‌های معکوس و مستقیم این عوامل، نشان دهنده‌ی روایی بالای پرسشنامه بعد از انجام تحلیل عامل اکتشافی است.

پایایی آزمون و عامل‌های آن

در جدول ۴ انواع ضرایب پایایی آزمون و هفت عامل آن مشاهده می شود. از میان هفت عامل، شخصیت تأیید طلب بیشترین پایایی و مذهب گرا کمترین ضرایب پایایی را دارد.

جدول ۵. ضرایب پایایی کل مقیاس و ۷ عامل آن

عامل‌ها	تعداد سوال	ضریب آلفا	ضریب اسپیرمن	ضریب گاتمن
تأیید طلب	۲۷	۰/۹۴۲	۰/۹۰۹	۰/۸۹۲

سرزنش گر	۲۰	۰/۹۰۱	۰/۸۷۲	۰/۸۶۴
ابزار گرا	۱۴	۰/۹۲۵	۰/۹۱۵	۰/۹۰۴
مسئولیت خواه	۱۲	۰/۸۳۲	۰/۸۱۷	۰/۸۱۵
کنترل گر	۱۰	۰/۸۱۲	۰/۸۳۶	۰/۸۳۶
مذهب گرا	۵	۰/۶۸۷	۰/۶۰۴	۰/۵۶
رئیس مآب	۶	۰/۷۹۰	۰/۶۸۶	۰/۶۸۱
کل آزمون	۹۴	۰/۹۵	۰/۸۱۶	۰/۸۱۵

با توجه به نتایج جدول ۵ می‌توان گفت مقیاس هفت عاملی و خرده مقیاس‌هایش دارای همبستگی بالا بین کل آزمون و عوامل آن است که بیانگر پایایی درونی بسیار بالای مقیاس می‌باشد.

جدول ۶. همبستگی بین کل مقیاس با ۷ عامل آن

متغیرها	کنترل گر	رئیس مآب	مذهب گرا	مسئولیت خواه	ابزار گرا	سرزنش گر	تأیید طلب
تأیید طلب							۱
سرزنش گر						۱	۰/۵۲۳**
ابزار گرا					۱	۰/۴۰۲**	۰/۲۲۳**
مسئولیت خواه				۱	۰/۴۳۲**	۰/۲۰۱**	۰/۵۱۲**
مذهب گرا			۱	۰/۲۱۴**	۰/۲۴۵**	۰/۴۹۶**	۰/۴۳۹**
رئیس مآب		۱	۰/۰۴۶	۰/۳۹۶**	۰/۲۸**	۰/۳۶**	۰/۳۴۳**
کنترل گر	۱	۰/۴۴۶**	۰/۱۷۱**	۰/۴۲۲**	۰/۳۲۱**	۰/۴۵۶**	۰/۴۹۵**
کل آزمون	۰/۶۸**	۰/۵۳۷**	۰/۵۲۲**	۰/۶۵۴**	۰/۶۰۴**	۰/۷۶۲**	۰/۸۳۴**

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

در روایی همزمان وابسته به روایی ملاکی، از نمرات یک آزمون برای پیش‌بینی عملکرد آزمودنی‌ها در آزمون دوم استفاده می‌شود. برای روایی مقیاس هفت عاملی، آن را با پرسشنامه‌ی ملاک ۶۰ سوالی نئو به‌طور همزمان روی آزمودنی‌ها اجرا، و سپس همبستگی بین هفت عامل شخصیتی و پنج تیپ اصلی آزمون نئو به دست آمد و از نظر معناداری با سطح معناداری ملاک ۰/۰۱ و ۰/۰۵ مقایسه شد. هر عامل شخصیتی حداقل با یک یا دوتا از پنج تیپ اصلی نئو رابطه‌ی معنادار همسو یا معکوس داشت. در جدول شماره ۶ می‌توان همبستگی معنادار بین ۷ عامل و مقیاس نئو را مشاهده کرد. یافته‌ها نشان می‌دهد آزمون ۷ عاملی، از روایی ملاکی مناسبی برخوردار است. شخصیت سرزنش گر در جهت معکوس بیشترین همبستگی را با خرده

مقیاس موافق بودن آزمون نئو دارد و شخصیت کنترل گر کمترین همبستگی را در جهت معکوس با خرده مقیاس موافق بودن دارد.

جدول شماره ۷. ماتریس همبستگی مقیاس ۷ عاملی ایرانی شخصیت با مقیاس نئو

روان‌نژندی	برونگرایی	گشودگی	توافق پذیری	وظیفه شناسی
۰/۲۸۳**	۰/۲۲۸**	-۰/۱۲۵**	-۰/۱۸۸**	-۰/۱۲۸**
۰/۱۶۱**	۰/۱۲۴*	-	-۰/۳۱۷**	-۰/۱۷۴**
-	۰/۱۸۸**	-	-۰/۱۱۶*	-
-	۰/۳۱۱**	-	-	۰/۱۴۶**
-	-	-	-۰/۲۰۲**	-
-	۰/۱۶۲**	-	-	-
۰/۱۸**	۰/۱۴۱*	-	-۰/۱۰۹*	-

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

مقایسه مقیاس ۷ عاملی شخصیت در زنان و مردان

براساس اطلاعات جدول شماره ۷ چون ضریب معناداری در آزمون لوین برای نمره‌ی کل مقیاس بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است در نتیجه واریانس‌ها یکسان هستند. معناداری (p)، ۰/۰۰۱ که کوچک‌تر از ۰/۰۵ است و نشان می‌دهد تفاوت معناداری در میانگین دو گروه جامعه‌ی مردان و زنان وجود دارد. با توجه به ضریب معناداری لوین در خرده مقیاس‌ها معلوم می‌شود واریانس‌ها در دو جامعه‌ی زنان و مردان باهم یکسان است. هر چند میانگین این دو گروه در جامعه به ضریب معناداری p، در تعدادی از خرده مقیاس‌ها نابرابر هستند. خرده مقیاس‌های شخصیت سرزنش گر و ابزار گرا و مذهب گرا در دو گروه زن و مرد باهم تفاوت دارند.

جدول شماره ۸. نتایج آزمون t مستقل برای مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت برای زنان و مردان

شاخص	آزمون لوین		t مستقل	درجه آزادی	معناداری (p)
	F	معناداری			
نمره کل آزمون	۰/۷۵	۰/۳۸۶	-۴/۴۶	۳۲۴	۰/۰۰۱
تایید طلب	۰/۲۵۷	۰/۶۱۳	-۱/۲۱	۳۲۴	۰/۲۲۵
سرزنش گر	۳/۴۴	۰/۰۶۵	-۵/۴۲	۳۲۴	۰/۰۰۱
ابزار گرا	۰/۵۴	۰/۴۶۲	-۷/۲۵	۳۲۴	۰/۰۰۱

مسئولیت خواه	۰/۷۹	۰/۳۷۵	-۱/۶۸	۳۲۴	۰/۰۹۴
مذهب گرا	۱۲/۲۱	۰/۰۰۱	-۲/۵۲	۳۲۴	۰/۰۰۴۶
رئیس مآب	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳	-۰/۸۲	۳۲۴	۰/۴۱۴
کنترل گر	۰/۱۵۹	۰/۶۹۱	-۱/۴۱	۳۲۴	۰/۱۵۸

هنجارهای آزمون

با توجه به اینکه آزمون تی مستقل در نمره کلی آزمون و تعدادی از خرده مقیاس‌هایش، تفاوت معناداری نشان داد در نتیجه باید برای هر کدام از گروه زنان و مردان در خرده مقیاس‌هایی که تفاوت معنادار دارند، هنجار جداگانه تهیه کرد. برای هنجار کردن نمره‌ها از نقطه برش‌های نمودار نرمال استفاده شد.

در این حالت طیف نمرات هر عامل را مطابق با نمودار گاوس به ۶ ناحیه تقسیم می‌کنیم تا نمره‌ها هنجار شوند. نمره برش‌ها با توجه به میانگین و انحراف استاندارد هر عامل مشخص می‌شود. نقطه برش میانی همان میانگین محسوب می‌شود و یک نقطه برش بالاتر و پایین‌تر، یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر را نشان می‌دهند یعنی نقاط ۱- و ۱+ در نمودار گاوس. دامنه نمرات بین دوقطه برش (۱+ و ۱-) اشخاص نرمال را در هر تیپ شخصیتی نشان می‌دهد.

نمره‌های پایین‌تر از نقطه برش ۱- اشخاصی را نشان می‌دهد که ویژگی‌های کمی از آن تیپ شخصیتی را دارا هستند و نمرات بالاتر از نقطه برش ۱+ اشخاصی را نشان که ویژگی‌های بیشتری از آن تیپ را دارا می‌باشند و نمرات بالاتر از ۲- و ۲+ به ترتیب ویژگی‌های خیلی کمتر و خیلی بیشتری از تیپ‌های شخصیتی را نشان می‌دهد. نمرات بالاتر از ۳- و ۳+ افراد استثنایی در آن تیپ شخصیتی را نشان می‌دهد و یا افرادی که در پاسخگویی دارای غرض و منظور خاصی هستند.

جدول شماره ۹. ویژگی‌های توصیفی مربوط به عامل‌های ۷ گانه مقیاس ایرانی شخصیت

عامل‌ها	تاییدطلب	سرزنش گر		بزارگرا		مذهب گرا		رئیس مآب	کنترل گر	مسئولیت خواه
	مشترک	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	مشترک	مشترک	مشترک
میانگین	۵۳/۸۶	۵۱/۴	۶۱/۳۴	۴۰/۳۷	۵۳/۲۵	۱۲/۲۹	۱۳/۹۹	۳۸/۹۷	۵۱/۴۴	۹۵/۵۴
انحراف استاندارد	۱۵/۵۷	۱۴/۶۲	۱۶/۱۴	۱۳/۵۲	۱۴/۰۴	۴/۲۴	۵/۳۱	۷/۴۶	۸/۳۵	۲۳/۷۲
بالاترین نمره	۱۰۲	۱۰۲	۹۵	۸۴	۸۱	۲۸	۲۷	۶۰	۷۲	۱۵۳
پایین‌ترین نمره	۲۴	۲۴	۳۱	۱۴	۲۶	۵	۶	۲۰	۲۴	۳۳

جدول شماره ۱۰. هنجارهای مشترک بین زنان و مردان در مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت

عامل‌ها	خیلی پایین	پایین	متوسط	بالا	خیلی بالا
تأییدطلب	۲۳-۷	۳۸-۲۳	۶۹-۳۸	۸۵-۶۹	۱۰۱-۸۵
مسئولیت خواه	۴۸-۲۴	۷۲-۴۸	۱۱۹-۷۲	۱۴۳-۱۱۹	۱۶۷-۱۴۳
رئیس مآب	۲۴-۱۷	۳۱-۲۴	۴۶-۳۱	۵۴-۴۶	۶۱-۵۴
کنترل گر	۳۵-۳۱	۴۳-۳۵	۶۰-۴۳	۶۸-۶۰	۷۲-۶۸

جدول ۱۰ بیانگر هنجار مشترک بین ۲ جنس و در ۴ مقیاس تأییدطلب، مسئولیت خواه، رئیس مآب و کنترل گر در مقیاس ایرانی شخصیت است.

جدول شماره ۱۱. هنجارهای متفاوت در مورد زنان و مردان در مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت

عامل‌ها	خیلی پایین		پایین		متوسط		بالا		خیلی بالا	
	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان
سرزنش گر	۲۹-۱۳	۳۷-۲۲	۴۵-۲۹	۶۶-۳۷	۷۷-۴۵	۸۱-۶۶	۹۴-۷۷	۹۵-۸۱	۱۱۰-۹۴	
ابزارگرا	۲۵-۱۱	۲۷-۱۳	۳۹-۲۵	۵۴-۲۷	۶۷-۳۹	۶۷-۵۴	۸۱-۶۷	۸۱-۶۷	۹۵-۸۱	
مذهب گرا	۴-۰	-۳-۲	۸-۴	۹-۳	۱۷-۸	۱۹-۹	۲۱-۱۷	۲۵-۱۹	۲۵-۲۱	۳۰-۲۵

جدول فوق هنجار متفاوت در دو جنس و در عامل‌های سرزنش گر، ابزارگرا و مذهب گرا در مقیاس ایرانی از شخصیت را نشان می‌دهد.

نتیجه

پژوهش حاضر باهدف ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی شخصیت، مبتنی بر زوج‌درمانی اشتراک محور و تجارب بالینی مؤلف انجام شد. بدین منظور ۱۴ عامل شخصیت شامل: مهرجو، تأییدطلب، کارجو، ابزارگرا، پیشرفتگرا، لذت‌گرا، عاشق‌پیشه، رئیس مآب، کنترل گر، صلح‌جو، مذهب‌گرا، مخالفت‌گرا، مسئولیت‌خواه و سرزنش‌گر مطرح و برای هر عامل بین ۱۰-۱۵ سوال و در کل ۲۳۷ سوال طراحی شد. در گام دوم روائی صوری و محتوایی آن توسط مؤلف و ۱۴ نفر کارشناس ارشد مشاوره و روانشناسی مورد بازبینی و تأیید قرار گرفت. در گام سوم سوالات پرسشنامه اولیه روی ۳۰ نفر آزمودنی اجرا شد و سوال‌های با همبستگی پایین حذف و ۲۲۲ سوال با آلفای ۰.۹۶ محاسبه گردید. در گام چهارم این ۱۴ تیپ شخصیتی هر یک به‌طور جداگانه روی ۳۰ آزمودنی متفاوت اجرا شد و سوال‌های با همبستگی پایین حذف و در نهایت ۲۰۳ سوال باقی ماند که روی سائیتی که به همین منظور طراحی شده بود قرار گرفت. نتایج نهایی پرسشنامه حاصل از تحلیل روی داده‌های حاصل از ۴۲۴ آزمودنی ($M=111$ و $F=313$) با میانگین سنی ($M=28$ و

($SD=8.15$) نشان داد که روائی سازه پرسشنامه ایرانی شخصیت مبتنی بر زوج‌درمانی اشتراک محور با توجه به تحلیل عامل اکتشافی مورد تأیید قرار گرفت. شاخص KMO (جدول ۲) برابر با ۰.۸۹۹ بود و معناداری آزمون بارتلت هم ۰.۰۰۱ به دست آمد. تحلیل عامل اکتشافی ۷ عامل شخصیتی را مشخص که روی هم‌رفته ۴۶.۴ درصد واریانس کل را تبیین نمود. با استفاده از چرخش واریماکس بارهای عاملی روی ۷ عامل قرار گرفت و شخصیت تأییدطلب، سرزنش‌گر، ابزار‌گر، مسئولیت‌خواه، کنترل‌گر، مذهب‌گرا و رئیس‌مآب نام‌گذاری شد. (جدول ۳).

نتایج روائی ملاکی با استفاده از پرسشنامه پنج عاملی شخصیت (NEO) فرم کوتاه به‌عنوان ملاک هم‌زمان در جدول (۶) نشان می‌دهد که شخصیت تأییدطلب با روان‌رنجورخوئی و برون‌گرایی همبستگی مثبت معنی‌دار و با گشودگی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی دارای همبستگی منفی معنی‌دار، شخصیت سرزنش‌گر با روان‌رنجورخوئی و برون‌گرایی همبستگی مثبت و معنی‌دار و با ۳ عامل دیگر همبستگی منفی معنی‌دار؛ ابزار‌گرا با برون‌گرایی دارای همبستگی مثبت و با توافق‌پذیری همبستگی منفی؛ مسئولیت‌خواه با برون‌گرایی همبستگی مثبت و با وظیفه‌شناس همبستگی منفی؛ مذهب‌گرا با توافق‌پذیری همبستگی منفی؛ رئیس‌مآب با برون‌گرایی همبستگی مثبت و شخصیت کنترل‌گر با برون‌گرایی و روان‌رنجورخوئی همبستگی مثبت معنی‌دار و با توافق‌پذیری همبستگی منفی و معنی‌دار دارد، که بیانگر روایی هم‌گرا و واگرا با این مقیاس است.

این نتایج، مؤید یافته‌ها از ۴۹ فرهنگ مختلف جهان است که نشان می‌دهد کلیشه‌های ملیتی برای تجمع صفات شخصیتی کاملاً غیرممکن است (Terracciano et al., 2005). از این رو نقص در یافتن هرگونه ارتباط ویژگی‌های کلیشه‌ای ملیتی با نمرات تجمیعی شخصیت دلیل کافی برای دلوایی در این زمینه است. ضمن اینکه آنچه برخی مواقع کلیشه‌ای بهنجار^۱ در مقابل کلیشه‌ای نابهنجار^۲ توسط افراد در یک فرهنگ تعیین می‌شود در فرهنگی دیگر می‌تواند مغایر آن باشد (Boster & Maltseva, 2006; Peabody, 1985). برای مثال آب‌وهوا یکی از همبدهای قوی کلیشه‌های ملیتی گرمی در روابط بین فردی است (McCrae et al., 2007) این در حالی است که باورها پیرامون ویژگی شخصیتی یک ملیت می‌تواند تأثیر عمیق بر دیدگاه‌های سیاسی و اجتماعی سایر ملل و همچنین بر روابط بین‌المللی داشته باشد (Terracciano & McCrae, 2007).

این در حالی است که یافته‌های بین فرهنگی از کشورهای مختلف در خصوص پرسشنامه پنج عاملی

1. Autostereotypes

2. Heterostereotypes

بزرگ صفات شخصیت^۱، شامل: گشودگی^۲، وظیفه‌شناسی^۳، برون‌گرایی^۴، توافق‌پذیری^۵ و روان رنجورخویی^۶ که در تجدیدنظر بعدی (Costa et al., 1992) یک عامل دیگر به نام شوخ‌طبعی^۷ نیز به آن اضافه شد، نشان داد گرچه سه عامل روان رنجورخویی، گشودگی و وظیفه‌شناسی اعتبار بین فردی دارد (Rolland, 2000)، اما مطالعات دقیق‌تر او نشان داد که دو عامل برون‌گرایی و توافق‌پذیری بشدت تحت تأثیر بافت فرهنگی هستند.

همچنین نتایج ضرایب پایایی (جدول ۴) بیانگر ثبات درونی بسیار بالا بین سوال‌های پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب اسپیرمن ۰/۸۱ و ضریب گاتمن ۰/۸۱ برای کل آزمون می‌باشد. به‌علاوه شخصیت تأیید طلب با بالا ترین آلفا (۰/۹۴) و شخصیت مذهب‌گرا با کمترین ضریب پایایی معادل با آلفای (۰/۶۸) محاسبه شد.

به‌علاوه نتایج ضریب همبستگی بین کل آزمون و هفت عامل شخصیت (جدول ۵) دو عامل یعنی شخصیت تأیید طلب با ضریب همبستگی درونی ۰/۸۳ با کل آزمون و شخصیت سرزنش‌گر با ضریب همبستگی ۰/۷۶ بیشترین همبستگی مثبت معنی‌دار را با کل آزمون دار است و عامل مذهب‌گرا با ضریب ۰/۵۲ و رئیس‌مآب با ضریب ۰/۵۳ کمترین همبستگی مثبت معنی‌دار را با کل آزمون دارا می‌باشند. این درحالی است که بیشترین همبستگی بین عامل‌ها مربوط است به عامل سرزنش‌گر با تأیید طلب با ضریب ۰/۵۲ و سپس مسئولیت‌خواه با تأیید طلب با ضریب ۰/۵۱ و کمترین همبستگی بین شخصیت رئیس‌مآب با مذهب‌گرا با ضریب همبستگی ۰/۴۶ و سپس کنترل‌گر با مذهب‌گرا با ضریب ۰/۱۷ کمترین همبستگی بین عامل‌ها می‌باشد.

نتایج آزمون t (جدول ۷) و نتایج توصیفی (جدول ۸) نیز نشان داد که بین زنان و مردان در کل آزمون و عامل‌های سرزنش‌گر، ابزارگرا و مذهب‌گرا تفاوت وجود دارد، که هنجار جداگانه‌ای تهیه شد (جدول ۱۰) و بین عامل‌های تأیید طلب، رئیس‌مآب، کنترل‌گر و مسئولیت‌خواه تفاوتی وجود ندارد که برای این عامل‌ها نیز هنجار مشترک تهیه شد (جدول ۹).

نتایج یافته‌های اعتباریابی مقیاس ایرانی شخصیت، مبتنی بر زوج‌درمانی اشتراک محور بر روی نمونه ۴۲۴ نفر آزمودنی نشان داد که مقیاس ایرانی ۷ عاملی شخصیت نه تنها از پایانی بسیار بالا با ضریب آلفای

1. Big Five Personality Traits
2. Openness
3. Conscientiousness
4. Extraversion
5. Agreeableness
6. Neuroticism
7. Facets

۰/۹۵، ضریب اسپیرمن ۰/۸۱ و ضریب گاتمن ۰/۸۱ برخوردار است، بلکه همبستگی بسیار خوبی نیز بین کل آزمون و عامل‌ها آن وجود دارد. به علاوه، نتایج روائی ملاکی نیز بیانگر بیشترین همبستگی مثبت بین عامل مسئولیت خواه با برون‌گرایی و تأییدطلب با روان رنجورخویی و برون‌گرایی و بیشترین همبستگی منفی بین عامل سرزنش‌گر و تأییدطلب با توافق‌پذیری پرسشنامه پنج عاملی شخصیت برقرار است. سرانجام اینکه بین زنان و مردان در کل پرسشنامه هفت عاملی ایرانی شخصیت و عامل‌های سرزنش‌گر، ابزارگرا و مذهب‌گرا تفاوت وجود دارد و در چهار عامل تأییدطلب، رئیس‌مآب، کنترل‌گر و مسئولیت‌خواه تفاوت معناداری در دو جنس وجود ندارد.

References

- Adams, R. (2017). Normality Testing - Skewness and Kurtosis. <https://help.gooddata.com>
- Anisei, J. K. (2011). Validity and reliability of NEO short form in students. *Journal of behavior science*, 351-355.
- Boster, J. S., & Maltseva, K. (2006). A crystal seen from each of its vertices: European views of European national characters. *Cross-Cultural Research*, 40(1), 47-64.
- Briley, D. A., & Tucker-Drob, E. M. J. P. b. (2014). Genetic and environmental continuity in personality development: A meta-analysis. 140(5), 1303.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Revised, N. E. O. (1992). *Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa, fl: Psychological Assessment Resources.
- Fathi Ashtiane, A. (2013). *Psychological tests: evaluation of personality and mental health*. Tehran: Besat.
- Haghshenas, H. (2006). *Five-Factor Model of personality treats: Guided for demonstrating and Normality of NEO-PI-R & NEO-FFI*. Shiraz: Shiraz University of Medical science.
- Hooman, H. A. (2014). *Data Analysis in multivariant on behavioral research (4th version)* (4 ed.). Tehran: payk Farhang.
- Jinwoo Park, M. J. (2009). A Note on Determination of Sample Size for a Likert Scale. *Communications of the Korean Statistical Society*, 669-673.
- Johnson, S. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy*. New York Brunner/Routledge.
- Kimiaee, S. A. (2012). Develop and study of preliminary psychometric and validation characteristics of Iranian Family Psychological Function Scale. *Journal of Modern Psychological Researches*, 7(27), 145-182.
- Kimiaee, S. A. (2013). Joint-point center marital therapy.
- Levine, R. A. (2001). Culture and personality studies, 1918-1960: myth and history. *J Pers*, 69(6), 803-818. doi:10.1111/1467-6494.696165
- Lynn, R., & Martin, T. (1995). National differences for thirty-seven nations in extraversion, neuroticism, psychoticism and economic, demographic and other correlates. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 403-406.
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). & 78 Members of the Personality Profiles of Cultures Project.

- McCrae, R. R., Terracciano, A., Realo, A., & Allik, J. (2007). Climatic warmth and national wealth: some culture-level determinants of national character stereotypes. *European Journal of Personality*, 21(8), 953-976.
- Peabody, D. (1985). *National characteristics*. New York: Cambridge University Press.
- Perugini, M., & Richetin, J. (2007). In the land of the blind, the one-eyed man is king. *European Journal of Personality*, 21(8), 977-981.
- Peterson, C., & Seligman, M. P. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification*: Oxford University Press.
- Rolland, J. P. (2000). *Cross-cultural validity of the five-factor model of personality*. Paper presented at the XXVIIth international congress of psychology, Stockholm, Sweden.
- Terracciano, Abdel-Khalak, A., Adam, N., Adamovova, L., Ahn, C., & Ahn, H. (2005). National character does not reflect mean personality trait levels in 49 cultures. *Science*(310), 96-100.
- Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2007). Perceptions of Americans and the Iraq invasion: Implications for understanding national character stereotypes. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38(6), 695-710.

Construction and Validation of the Iranian 7 Personality Factors Scale based on Joint- Point Center Marital Therapy (JPCMT)

Seyed Ali Kimiaee*
Hamze Amini

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to construct and validate the Iranian 7 Personality Factors Scale (IPFS) based on Joint-Point Centered Marital Therapy (JPCMT).

Method: The present study was fundamental -developmental research through which based on the principles and concepts of JPCMT theory about personality, 237 questions were initially designed in 16 factors. Considering the content validity and initial implementation of the scale, 203 questions were selected. Then, using voluntary sampling method, 439 residents of Khorasan Razavi province (92.9% from urban areas and 7.1% from rural areas) completed the items of the final online administered scale. The data were analyzed using Amos 24 statistical software.

Findings: The results of exploratory factor analysis confirmed seven personality factors including: confirmative quest, blamer, tool tropism, responsible, controller, religious-oriented, and headmaster. The reliability analyses, using Alpha, Spearman-Brown and Guttman coefficients, for the whole test were calculated 0.95, 0.81, and 0.81, respectively. Moreover, the correlation coefficients between the whole test and seven factors were positive and significant. Considering the correlations between this scale and the Neo Personality Questionnaire showed considerable convergent and divergent validity.

Keywords: Validation, Scale, Personality, Joint-Point Center Marital Therapy.

* . kimiaee@um.ac.ir

Comparison of the Effectiveness of Gottman Couple Therapy and Emotionally Focused
Couples Therapy on Emotion Regulation in Couples

^a Hossein Saemi

^b Mohammad Ali Basharat*

^c Ali Asghar AsgharnejadFarid

^a Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran

^b University of Tehran

^c Iran University of Medical Sciences and Health

Abstract

Purpose: Emotion regulation is essential for having effective marital and family relationships.

This study was conducted to compare the effectiveness of the Gottman Couple Therapy (GCT) and the Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT) on couples' Emotion regulation.

Method: The method of this study was quasi-experimental using pre-test and post-test with a control group design. The sample consisted of 36 couples who were selected from couples who referred to counseling centers in Shahroud city. The selected participants were matched according to the scores lower than the average in Spanier's (1976) Marital Adjustment Scale and were then assigned to two experimental groups and one control group (12 couples is each group). One experimental group received 10 weeks of GCT, the other experimental group received 9 weeks of EFCT. The control group received no intervention. Before and after the intervention, all participants completed the Deficit Emotional Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004).

Findings: The results showed that differences in all components of deficit emotional regulation scale were significant in both experimental groups compared to the control group indicating that both methods were significantly effective on emotion regulation capability in couples. Moreover, comparing the two interventions showed that EFCT is more effective than GCT in affecting four components of deficit emotion regulation including non-acceptance of negative emotions, difficulties engaging in goal-directed behaviors, difficulties controlling impulsive behaviors, and lack of emotional awareness.

Keywords: Gottman Couple Therapy, Emotionally Focused Couple Therapy, Emotion regulation

*. besharat@ut.ac.ir

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Academic Procrastination and Self-Regulation of Learning in High School Female Students

^aNarges Hashemizadeh Nehi

^a Mahmoud Jajarmi *

^a Hossein Mahdian

^a Bojnourd Branch Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the effectiveness of Group Schema Therapy on academic procrastination and self-regulation of learning in high school female students.

Method: The method of this study was quasi-experimental and pre-test and post-test with the control group design. The statistical population of the study consisted of all female high school students in Mashhad in the 2018-2019 academic year. The research sample consisted of 30 students who were selected using a multi-stage cluster random sampling method. Participants were then randomly assigned in experimental and control groups (15 participants in each group). The experimental group received ten 90-minute sessions of schema group therapy (two sessions per week). The control group received no intervention. Both groups completed the questionnaires of Procrastination Assessment Scale-Students (PASS; Solomon & Rothblum, 1984) and Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ; Pintrich & De Groot, 1990) in the pre-test, post-test, and follow-up stages. The data were analyzed using ANOVA with repeated measure method.

Findings: The results showed that group schema therapy significantly led to reduction in academic procrastination and increase in self-regulation of learning for the students assigned in the experimental group compared to the students assigned in the control group.

Key words: Schema Therapy, Academic Procrastination, Self-Regulation of Learning

* . mahmoud.jajarmi@gmail.com

The Effectiveness of Professional Skills Training on Social Skills and Adaptive Behavior of Male Adolescents and Youth with an Intellectual and Developmental Disability

Tahereh Amin*
Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi
Ali Mashhadi

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the effectiveness of professional skills training on social skills and adaptive behavior of male adolescents and youth with an Intellectual and Developmental Disability (IDD).

Method: The research method was a quasi-experimental and pretest-posttest with a control group design. The sample consisted of 30 patients with an intellectual and developmental disability referred to the Ravanpooyesh center of Mashhad. Fifteen participants who were assigned in the experimental group received professional skills training for three month and fifteen participants who were assigned in control group did not receive any intervention. Data were collected using Social Skills Improvement System (SSIS) rating scales (Gresham & Elliott, 1990) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS; 1980) before and after the intervention. Data were then analyzed using MANCOVA.

Findings: The results showed that in the post test, participants who received professional skills training significantly showed higher social skills scores and adaptive behavior, compared to participants in the control group. Based on the findings of the present study, it is concluded that professional skills training can improve social skills and adaptive behaviors of adolescents and youth with an intellectual and developmental disability.

Keywords: Professional Skills Training, Social Skills, Adaptive Behavior, Intellectual and Developmental Disability

*. Tahere.amin@yahoo.com

Comparison of the Effectiveness of Schema Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Substance Abusers' Temptation and Impulsivity

^a Hasan Hajipoor*

^a Mohammad Hossein Bayazi

^b Hamid Nejat

^a Islamic Azad university, Torbat Jam, Iran

^b Islamic Azad university, Quchan, Iran

Abstract:

Purpose: The purpose of this study was to investigate and compare the effectiveness of Schema Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy in treating substance abusers' temptation and impulsivity.

Method: The study was a quasi-experimental project with pre-test, post-test, and follow-up assessments. The study sample consisted of 60 male substance abusers who were purposefully selected and assigned in three groups: schemes therapy, acceptance and commitment therapy, and control. All subjects completed questionnaires of temptation and impulsive beliefs in three phases: pre-test, post-test, and follow-up.

Findings: Comparing the experimental groups and the control group, the results showed that both schema therapy and acceptance and commitment therapy significantly led to decreases in substance abusers' temptation and impulsivity. Moreover, the results showed that schema therapy is more effective than acceptance and commitment therapy in reducing substance abusers' temptation. However, there was no significant difference between the two treatment methods in reducing substance abusers' impulsivity. These results remained unchanged in the follow-up phase.

Keywords: Schema therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Craving, Impulsivity, Temptation, Substance Abuse.

* . hajipoor.hasan11@gmail.com

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Reflective Therapy on Weight Loss and Anxiety in Obese People

^aSamineh Eskandari*

^aHamidreza Aghamohammadian Sharbaf

^aHossein Kareshky

Abdolhossein Aghamohammadian Sharbaf

^aFerdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and reflection therapy in weight loss and anxiety in obese people.

Method: The method of the study was quasi-experimental and single-subject A-B-A design. Four of the obesity treatment clients who referred to the University Psychological Clinic and four of the obesity treatment clients who referred to the Reflective Therapy Clinic were selected to participate in this study. All of the participants showed BMI ≥ 30 . The clients of University Psychological Clinic received Cognitive-Behavioral Therapy and the clients of Reflective Therapy Clinic received Sojouq Reflex Therapy. At baseline, end of treatment, and two months after treatment, the participants' levels of anxiety were measured using Beck Anxiety Inventory (BAI) and their weight changes were measured using a digital scale. The data was then analyzed using reliable change index and recovery percentages.

Findings: The results showed that both methods lead to weight loss, and the reduction occurs more rapidly in Reflection Therapy compared to Cognitive-Behavioral Therapy. However, at the follow-up stage, weight loss was observed more in Cognitive-Behavioral Therapy compared to reflective therapy. Anxiety was also reduced in both treatment modalities; however, the reduction was significant only in Cognitive-Behavioral Therapy.

Keywords: Cognitive-Behavior Therapy, Reflexology, Weight Loss, Anxiety, Obesity

*. samineh.eskandari@gmail.com

The Prediction of Psychological Well-Being by Exploring the Role of Forgiveness and Gratitude

Alireza Hoshmand Kang sofla
Majid Moeenizadeh*
Seyed Mohammad Saleh Tabatabai

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: In recent decades, positive psychology has been considered as an effective method in psychology. In the meantime, forgiveness and gratitude, which are assumed to increase individuals' mental and physical health and social adjustment, have been of interest to psychologists. Therefore, this study examined the extent to which forgiveness and gratitude can predict psychological well-being.

Methods: This research was a descriptive correlational study. The statistical population of this study consisted of all students of Ferdowsi University of Mashhad, from which 211 students were selected as the research sample using available sampling method. In order to collect data, the Heartland's Scale of Forgiveness, Gratitude Questionnaire, and the Ryff's Scale of Psychological Well-being were utilized.

Findings: The results of this study showed that forgiveness and gratitude have significant positive relationships with psychological well-being in students. Forgiveness and gratitude totally predicted 0.304 of changes in psychological well-being. According to the results of this study, gratitude ($\beta=0.345$) and forgiveness ($\beta=0.306$), respectively, play an important role in predicting students' psychological well-being.

Key words: Forgiveness, Gratitude, Psychological Well-being

* . moeinizadeh@ferdowsi.um.ac.ir

Table of Contents

The Prediction of Psychological Well-Being by Exploring the Role of Forgiveness and Gratitude	I
Alireza Hoshmand Kang sofla, Majid Moeenizadeh, Seyed Mohammad Saleh Tabatabai	
Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Reflective Therapy on Weight Loss and Anxiety in Obese People	II
Samineh Eskandari, Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf, Hossein Kareshky, Abdolhossein Aghamohammadian Sharbaf	
Comparison of the Effectiveness of Schema Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Substance Abusers' Temptation and Impulsivity	III
Hasan Hajipoor, Mohammad Hossein Bayazi, Hamid Nejat	
The Effectiveness of Professional Skills Training on Social Skills and Adaptive Behavior of Male Adolescents and Youth with an Intellectual and Developmental Disability	IV
Tahereh Amin, Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi, Ali Mashhadi	
The Effectiveness of Group Schema Therapy on Academic Procrastination and Self-Regulation of Learning in High School Female Students	V
Narges Hashemizadeh Nehi, Mahmoud Jajarmi , Hossein Mahdian	
Comparison of the Effectiveness of Gottman Couple Therapy and Emotionally Focused Couples Therapy on Emotion Regulation in Couples	VI
Hossein Saemi, Mohammad Ali Basharat, Ali Asghar AsgharnejadFarid	
Construction and Validation of the Iranian 7 Personality Factors Scale based on Joint- Point Center Marital Therapy (JPCMT)	VII
Seyed Ali Kimiaee, Hamze Amini	

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. Seyed Amir Amin Yazdi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Noor Mohamad Bakhshani**
Professor, University of Zahedan
- **Dr. Mohammad Ali Besharat**
Professor, University of Tehran
- **Dr. Seyed Ali Kimiaei**
Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Javad. Salehi Fadardi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Abdollah Shafiabadi**
Professor, Allameh Tabataba'i University
- **Dr. Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad

Excutive Manager : Mohammad Rasool Faiiaz Saberi

Technical Editor : Shahrbanoo Ali, Abbas Firoozabadi

- 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 :

<https://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. 10, No. 1, Spring & Summer 2020

Print ISSN: 2251-6352
Online ISSN: 2423-4265

Journal of Foundations of Education is indexed in

ISC

SID

and available via

Magiran

Noormags



Ferdowsi University of
Mashhad
Faculty of Education and Psychology

Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol. 10, No. 1, Spring & Summer 2020

eISSN: 2423-4265

ISSN: 2251-6352

19

The Prediction of Psychological Well-Being by Exploring the Role of Forgiveness and Gratitude I

Alireza Hoshmand Kang sofla, Majid Moeenizadeh, Seyed Mohammad Saleh Tabatabai

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Reflective Therapy on Weight Loss and Anxiety in Obese People II

Samineh Eskandari, Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf, Hossein Kareshky, Abdolhossein Aghamohammadian Sharbaf

Comparison of the Effectiveness of Schema Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Substance Abusers' Temptation and Impulsivity III

Hasan Hajipoor, Mohammad Hossein Bayazi, Hamid Nejat

The Effectiveness of Professional Skills Training on Social Skills and Adaptive Behavior of Male Adolescents and Youth with an Intellectual and Developmental Disability IV

Tahereh Amin, Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi, Ali Mashhadi

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Academic Procrastination and Self-Regulation of Learning in High School Female Students V

Narges Hashemizadeh Nehi, Mahmoud Jajarmi, Hossein Mahdian

Comparison of the Effectiveness of Gottman Couple Therapy and Emotionally Focused Couples Therapy on Emotion Regulation in Couples VI

Hossein Saemi, Mohammad Ali Basharat, Ali Asghar AsgharnejadFarid

Construction and Validation of the Iranian 7 Personality Factors Scale based on Joint- Point Center Marital Therapy (JPCMT) VII

Seyed Ali Kimiaee, Hamze Amini