



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

سال ۱۰، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۹

دو فصلنامه علمی

۲۰

- ۵ بررسی رابطه باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی با اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر:
نقش تعدیل‌کننده عدم تحمل پلانتکلیفی و تحمل ابهام
الهه مولوی، مجید معینی زاده، محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد
- ۲۵ نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب
محمدعلی بشارت، هادی فرهنگند، فاطمه ابراهیمی
- ۴۵ بررسی اثربخشی روان‌درمانی بدنی بر بهبود و ارتقاء سطح بازداري و توجه دانش‌آموزان ابتدایی
فاطمه غنائی چمن‌آباد، ایمان‌الله پیگدلی، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی
- ۶۵ اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم خلقی/ اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام‌کننده به خودکشی
هادی ایزانلو، فاطمه شهابی زاده، سید کاوه حجت، سید عبدالمجید بحرینیان
- ۸۹ ارتباط جهت‌گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت: نقش میانجی دلبستگی
حسین شاره، ترلان توکلی
- ۱۰۵ اثربخشی درمان وجودی بر بخشش زناشویی و عملکرد خانواده در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی
یاسر رضاپور میر صالح، حمیدرضا آریانپور، راضیه امینی، طاهره فلاح
- ۱۲۳ مقایسه کارآمدی واقعیت درمانی گروهی با گروه درمانی شخص‌محور بر هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان
ابوالفضل بخشی پور، ولی نیکنام شاهرک، محمود جاجرمی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

سال ۱۱، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۹

شاپا چاپی: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

پروانه انتشار نشریه: نامه شماره ۷۹۸۲۹ مورخ ۹۷/۱۲/۲۰

و به استناد مجوز ۳/۳/۱۳۹۴ مورخ ۱۳۹۲/۸/۸ کمیسیون نشریات علمی کشور دارای اعتبار علمی - پژوهشی است.

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

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

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

هیئت تحریریه :

نام	تخصص	مرتبه علمی
دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف	روان شناسی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر 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 :

فرزانه طیرانی نجاران، حسین شاره، عباس فیروزآبادی، عبدالله جمالی، جعفر طالبیان شریف، راحله دین پرور، بهرام علی قنبری هاشم آبادی

مدیر اجرایی و کارشناس مجله : محمدرسول فیاض صابری

ویراستار: دکتر شهربانو عالی، دکتر 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 بررسی رابطه باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی با اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر: نقش تعدیل کننده عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل ابهام
الیه مولوی، مجید معینی زاده، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد
- ۲۵ نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب
محمدعلی بشارت، هادی فرهمند، فاطمه ابراهیمی
- ۴۵ بررسی اثربخشی روان درمانی بدنی بر بهبود و ارتقاء سطح بازداری و توجه دانش آموزان ابتدایی
فاطمه غنائی چمن آباد، ایمان الله بیگدلی، سید کاظم رسولزاده طباطبایی
- ۶۵ اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خلقی/ اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی
هادی ایزانلو، فاطمه شهابی زاده، سید کاوه حجت، سید عبدالمجید بحرینیان
- ۸۹ ارتباط جهت گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت: نقش میانجی دلبستگی
حسین شاره، ترلان توکلی
- ۱۰۵ اثربخشی درمان وجودی بر بخشش زناشویی و عملکرد خانواده در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی
یاسر رضاپور میرصالح، حمیدرضا آریانپور، راضیه امینی، طاهره فلاح
- ۱۲۳ مقایسه کارآمدی واقعیت درمانی گروهی با گروه درمانی شخص محور بر هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان
ابوالفضل بخشی پور، ولی نیکنام شاهرک، محمود جاجرمی



مولوی، الهه؛ معینی زاده، مجید؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد (۱۳۹۹). بررسی رابطه باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی با اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر: نقش تعدیل کننده عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل ابهام.
DOI: 10.22067/tpccp.2021.36722.0 پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۲)، ۲۴-۵.

بررسی رابطه باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی با اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر: نقش تعدیل کننده عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل ابهام

الهه مولوی^۱، مجید معینی زاده^۲، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد^۳
تاریخ دریافت: ۹۹/۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۹/۷/۱۵ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: بررسی نقش باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر با میانجیگری عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل ابهام بود.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و شیوه‌ی نمونه‌گیری، در دسترس و هدفمند بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان دختر دانشگاه فردوسی مشهد بود که در سال ۹۷-۹۸ در حال تحصیل بودند. انتخاب نمونه با بهره‌گیری از جدول مورگان و فرمول کوکران ۲۰۰ نفر تعیین گردید. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اضطراب اجتماعی واتسون و فرند، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی کارلتون، مقیاس تحمل ابهام مکین، مقیاس نشانگان شناختی-توجهی و پرسشنامه فراشناخت ولز بود.

یافته‌ها: برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مسیر استفاده گردید و نتایج حاکی از آن بود که سندرم شناختی-توجهی بر علائم اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر تأثیر مثبت و معناداری دارد. همچنین تأثیر مثبت و معناداری بین باورهای فراشناختی با اضطراب اجتماعی مشاهده گردید. نتایج نشان داد که در نظر گرفتن عدم تحمل بلا تکلیفی، تحمل ابهام، نشانگان شناختی-توجهی و باورهای فراشناختی در برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی، در پیشگیری از اختلالات هیجانی، کاهش و درمان آن‌ها مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، نشانگان شناختی-توجهی، اضطراب اجتماعی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل ابهام

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، elahe.molavigonabadi@mail.um.ac.ir

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

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، mjasghari@ferdowsi.um.ac.ir

مقدمه

ارتباط اجتماعی یکی از مسائلی است که انسان نیازمند به آن است چه به لحاظ عاطفی و چه به لحاظ مادی؛ اما برقرار کردن این ارتباط برای همه افراد به آسانی میسر نیست و عواملی مانند ارزیابی دیگران در مورد خود، کمبود اعتماد به نفس، انتقاد و ترس از طرد شدن باعث می‌شود تا فرد نتواند در موقعیت‌های اجتماعی عملکرد خوبی از خود نشان دهد و این موجب ایجاد اضطراب در فرد می‌گردد که اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) نام دارد. این اختلال یک سری علائم دارد که علائم مشخص این اختلال شامل ترس مستمر و شدید از موقعیت‌های عملکردی یا اجتماعی که ممکن است موجب احساس شرم در فرد شود و مواجهه شدن با این موقعیت‌ها فرد را دچار استرس و نگرانی می‌کند. با اینکه فرد به غیرمنطقی بودن ترس خود واقف است، فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی همیشه سعی می‌کند از موقعیت‌هایی که در آن ممکن است دیگران او را ارزیابی کنند و نشانه‌هایی از اضطراب از خود بروز دهد یا با دستپاچگی رفتار کند، اجتناب ورزد (Mohammadi & Hafezian, 2019).

برآورد شیوع دوازده ماهه‌ی اختلال اضطراب اجتماعی در آمریکا تقریباً ۷ درصد است. میزان شیوع با بالا رفتن سن کاهش می‌یابد (Ganji, 2014). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، میزان شیوع دوازده ماهه‌ی اختلال اضطراب اجتماعی در بزرگ‌سالی حدود ۷ درصد و در کودکان و نوجوانان تقریباً مشابه بزرگ‌سالان است، ولی بر اساس همین گزارش‌ها، تعداد دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ۱/۵ تا ۲/۲ برابر بیشتر از پسران است (Bandelow & Michaelis, 2015). به همین دلیل، نیز ضرورت توجه به این اختلال اضطرابی در دختران جدی‌تر است.

اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در شکل‌گیری طبیعی مهارت‌های سازگاری مداخله کرده و منجر به اختلال در سازوکارهای مقابله‌ای شود. این اختلال در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد با دیگر مشکلات روان‌پزشکی همراه است و در این میان افسردگی و سایر اختلالات اضطرابی بیشترین همبستگی را با این اختلال دارند (Hashemi-Nosratabad et al., 2017)؛ لذا با توجه به نقش مهم این اضطراب در عملکرد اجتماعی و شخصی فرد، درمان اضطراب اجتماعی و استرس افراد مبتلا به SAD به‌منظور کاهش مشکلات فردی و ارتباطی ایشان از اهمیت زیادی برخوردار است (Madadi Zavareh et al., 2018). نتایج پژوهش (Nathan Kimbrel et al., 2010) در راستای بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و اضطراب اجتماعی نشان داد که باورهای فراشناختی منفی با اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم دارد.

فراشناخت یکی از عواملی است که در بروز اختلال اضطراب اجتماعی دخیل است و فرآیندی شناختی است که در ارزیابی و کنترل شناخت بیماری سهم داشته و از نقش مهمی برخوردار است. فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت داشته باشد (Flavell, 1979). بنابراین، باورهای فراشناختی که افراد در مورد تفکر و فرآیندها و تجربه‌های شناختی خود دارند، می‌توانند نیروی پنهان برانگیزنده سبک‌های زیان‌بار اندیشیدن بوده و به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر شوند. بر اساس نظریه‌ی فراشناختی اختلالات روانی، ناسازگاری در دانش، تجربه‌ها و راهبردها به الگوی تفکر ناکارآمد منجر شده و موجب بروز اختلال روان‌شناختی می‌شوند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان‌های منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی-توجهی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (Marufi, 2019).

اکثر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته‌اند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از بازیابی فراشناختی پدید می‌آید، اغلب به‌عنوان احساس‌های ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار تأثیرگذارند. انگاره اصلی در این رویکرد این است که باورها در اختلال‌های روان‌شناختی از مؤلفه‌های روان‌شناختی تشکیل می‌شود که کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و هم‌چنین از آن تأثیر می‌پذیرد. ولز به اهمیت باورهای فراشناختی هم در فرآیند نگرانی و هم در محتوای آن اشاره کرد (Wells et al., 1998). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن است پیش‌بینی کننده افسردگی و اضطراب باشد (Roussis et al., 2006). درواقع، بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی و مثبت ممکن است سبب تداوم نگرانی شوند. نتایج پژوهش‌های گزارش شده از (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) حاکی از آن است که باورهای فراشناختی، رابطه مثبت و معناداری با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب‌شناختی دارد (Abdul pour et al., 2019).

پژوهش‌های انجام‌شده توسط (Ellis et al., 2010) بیانگر این واقعیت بود که باورهای فراشناختی نقش مهمی در ایجاد استرس و اضطراب دارند و این باورها می‌توانند موجب تقویت اضطراب در فرد شود. همچنین نتایج حاصل از پژوهش‌های (Spada et al., 2010) این بود که بین باورهای فراشناختی به‌خصوص

راهبردهای کنترل فکر با افکار اضطرابی در بیماران اضطراب اجتماعی و بیماران اضطراب فراگیر ارتباط معنادارتری نسبت به گروه کنترل دارد. در همین راستا (Spada, 2008) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که برخی از ابعاد فراشناخت شامل (باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر، اعتماد شناختی و باورهایی در زمینه‌ی نیاز به کنترل افکار) با انواع اضطراب رابطه مثبتی دارند.

علاوه بر فراشناخت، سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی مطرح است. سندرم شناختی-توجهی را می‌توان پردازش مفهومی افراطی تعریف کرد که به شکل اضطراب و نشخوار فکری تجلی می‌یابد (Wells et al., 2010). اغلب افراد دوره‌هایی از هیجان و ارزیابی منفی مثل (غمگینی، اضطراب، خشم و بی‌ارزشی) را به‌طور موقتی و گذرا تجربه می‌کنند. با این حال، سندرم شناختی-توجهی باعث می‌شود افراد در دام آشفتگی‌های تکراری و دیرپا بیفتند. سندرم شناختی-توجهی را می‌توان سبک فکری تکراری تعریف کرد که به شکل نشخوار فکری، توجه معطوف به تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد بروز می‌کند (Ebrahimi, 2019). این سندرم پیامدهایی دارد که منجر به تداوم هیجان‌های منفی، تقویت افکار منفی و ماندگاری اضطراب به‌صورت تهدید می‌شود. نگرانی و نشخوار فکری همواره سوگیرانه هستند و توجه فرد را به اطلاعات منفی معطوف می‌کنند. این کار باعث می‌شود فرد از خود و جهان پیرامون، برداشتی تحریف‌شده در ذهنش شکل بگیرد. اضطراب و نشخوار فکری باعث فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید می‌شوند. این کار اضطراب و افسردگی را به حالت‌هایی ماندگار تبدیل می‌کند. در صورتی که بدون نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی به حالت‌هایی گذرا تبدیل می‌شوند (Ebrahimi, 2019).

نتایج پژوهش‌های بی‌شماری بر نقش مؤلفه‌های نشانگان شناختی-توجهی در ایجاد و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی صحه می‌گذارند (Fergus et al., 2013; Khawaja & McMahon, 2011; Zhou et al., 2017; Prazeres, 2011; Olatunji et al., 2010; Salmani, 2013; Yılmaz et al., 2011). به علاوه (et al., 2013; Wong et al., 2018) دریافتند که یک رابطه مثبت معناداری بین سندرم شناختی-توجهی و اضطراب وجود دارد. در نتیجه، فرونشانی افکار به‌عنوان تلاش برای جلوگیری از سندرم شناختی-توجهی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

امروزه پژوهش‌های زیادی، در پی بررسی نقش عدم تحمل بلا تکلیفی^۱، در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی برآمده‌اند (Gentes & Ruscio, 2011) و نیز به‌عنوان یک عامل شناختی تأثیرگذار در رشد اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شده است. عدم تحمل بلا تکلیفی یک ویژگی شخصیتی است که فرد نسبت

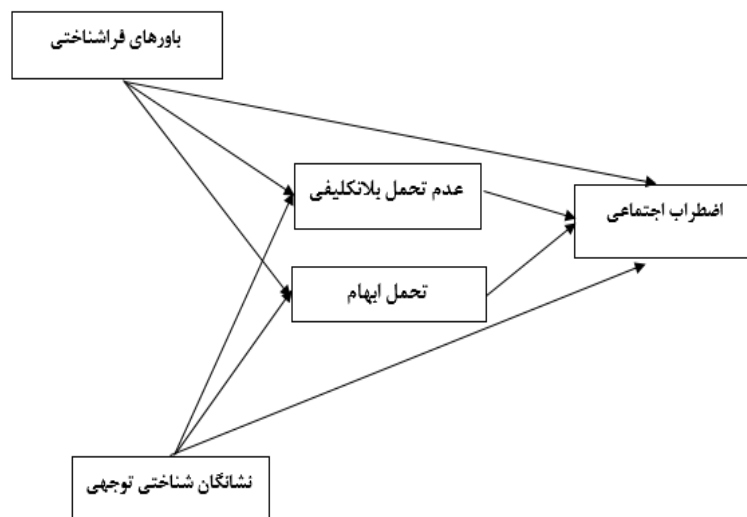
به عدم قطعیت افکار منفی دارد. برای مثال افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی دارند، معتقدند که بلا تکلیفی آن‌ها را پریشان می‌کند، آن‌ها نسبت به آینده و حوادث غیرمترقبه احساس بدی دارند و افکار منفی مدام به آن‌ها هجوم می‌آورد که موجب می‌شود تا نتوانند عملکرد مناسبی از خود نشان دهند (van der Heiden et al., 2010). مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، اولین بار در ارتباط با نگرانی - مؤلفه اصلی اختلال اضطراب فراگیر - شکل گرفت (McEvoy & Mahoney, 2012). یک سری از مطالعات ارتباط ویژه‌تری برای عدم تحمل بلا تکلیفی در رابطه با اختلال اضطراب فراگیر یافته‌اند، در این راستا که این متغیر در ایجاد و معرفی بالینی این اختلال، نقش مهم‌تری دارد. در مقابل، تئوری ارتباط عدم تحمل بلا تکلیفی با اختلالات عاطفی متعدد، حاکی از آن است که این متغیر، یک ویژگی مشترک برای سایر اختلالات اضطرابی نیز هست (Gentes & Ruscio, 2011). موافق با این عقیده چندین مطالعه نشان داده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی، علاوه بر اختلال اضطراب فراگیر با علائم وسواس فکری و عملی، وحشت‌زدگی و افسردگی نیز ارتباط معناداری دارد (Dugas et al., 2007; McEvoy & Mahoney, 2011) در تحقیقات اخیر عدم تحمل بلا تکلیفی، جزء عوامل شناختی تأثیرگذار در رشد اضطراب اجتماعی نیز در نظر گرفته شده است. پژوهش‌های صورت گرفته توسط (Khodayari fard, 2018) حاکی از آن است که عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی منفی همچنان به‌عنوان یک روش عمده مقابله توسط افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده می‌شود. با این حال، با وجود مطالعات زیادی که تاکنون در مورد رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی با اختلال اضطراب فراگیر، وسواس، اختلال پانیک و افسردگی انجام شده، پژوهش‌های اندکی به‌طور مستقیم ارتباط این متغیر را با اضطراب اجتماعی سنجیده‌اند (Boelen & Reijntjes, 2009).

یکی از مفاهیم قدیمی‌تر که تشابه بسیاری به متغیر بلا تکلیفی دارد، مفهوم تحمل ابهام (TA) است که توسط (Frenkel-Brunswik, 1948) معرفی شد. عدم تحمل ابهام به‌عنوان گرایش به تفسیر موقعیت‌های مبهم به‌صورت تهدیدآمیز یا ناراحت‌کننده توصیف می‌شود و این افراد به چنین موقعیت‌هایی با انعطاف‌ناپذیری، اضطراب و اجتناب پاسخ می‌دهند (Grenier et al., 2005).

از طرفی (Mansouri, 2018) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دشواری در تحمل ابهام به مشکل افراد در آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، کنترل رفتارهای تکانشی، رفتار مطابق با اهداف موردنظر به‌هنگام تجربه هیجانات منفی و استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای تنظیم هیجان برای مواجهه با الزامات موقعیتی اشاره دارد. بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روانی، در تحمل ابهام دچار مشکل هستند. بر این

اساس، می‌توان گفت تحمل ابهام فرد در این شرایط می‌تواند سنجیده شود و افراد با تحمل ابهام بالاتر می‌توانند به‌خوبی و با روحیه بهتر و امیدواری بیشتری این شرایط را پشت سر بگذارند و راهبردهای سازگاری با بیماری را سریع‌تر از دیگران یاد بگیرند. همچنین (Kimbrel et al., 2010) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که دارای ترس‌های اجتماعی هستند، سطوح پایین‌تری از تحمل ابهام را نشان می‌دهند، در مقایسه با افرادی که ترس اجتماعی ندارند.

شواهد مربوط به مطالعات متعدد درباره بزرگسالان و نوجوانان نیز نشان داده است که تحمل ابهام با اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی نیز با افسردگی ارتباط منفی دارد. در پژوهش (Mikaeli Niloufar, 2018) نیز که تحت عنوان نقش اضطراب مرگ و حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان ریه صورت گرفته بود، نتایج حاکی از آن بود که تحمل ابهام با اضطراب مرگ، حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن ارتباط منفی دارد. به‌علاوه، مشاهده شده است که تحمل ابهام، پیش‌بینی‌کننده اضطراب به صورت منفی است (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011) با توجه به اینکه قشر زیادی از جامعه دانشجویان را دختران تشکیل می‌دهند که سلامت روانی این افراد بسیار حائز اهمیت بوده و می‌تواند در محیط علمی، ساختار خانواده و محیط اجتماعی نمود زیادی داشته و در صورت وجود آسیب پیامدهای جبران‌ناپذیری ایجاد نماید، بنابراین پژوهشگر به دنبال بررسی رابطه باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی با اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر با نقش تعدیل‌کننده عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام و آزمون مدل ذیل است.



نمودار ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه فردوسی مشهد بود که در نیمسال دوم ۹۸-۹۷ در حال تحصیل بوده‌اند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه در دسترس و هدفمند بود بدین صورت که از جامعه موردنظر با عنایت به جدول مورگان و همچنین بهره‌گیری از فرمول کوکران تعداد ۲۰۰ نفر انتخاب گردیدند. شیوه کار به این صورت بود که با مراجعه حضوری به دانشکده‌های مختلف دانشگاه فردوسی مشهد و به صورت کاملاً تصادفی، پرسشنامه‌ها در بین افراد پخش گردید و از آنها خواسته شد که در انتخاب گزینه‌ها دقت لازم را به خرج داده و هیچ سوالی را بی جواب رها نکنند. این روند کاملاً به صورت داوطلبانه صورت گرفته است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش مقیاس اضطراب اجتماعی (Watson & Friend, 1969)، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (Carleton et al., 2007)، مقیاس تحمل ابهام (McLain & measurement, 1993)، مقیاس نشانگان شناختی-توجه (CAS-1) و پرسشنامه فراشناخت (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) بود.

ابزارها

۱) پرسشنامه اضطراب اجتماعی

پرسشنامه اضطراب اجتماعی که توسط (Watson & Friend, 1969) ساخته شده بود، دارای ۵۸ سؤال و دو مؤلفه بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های خارج از ایران ۰/۷۹ و ۰/۹۴ برآورد شده است. در پژوهش (Hormozi Nejad, 2002) ضرایب اعتبار برای خرده مقیاس اجتناب و پریشانی اجتماعی و خرده مقیاس ترس از ارزیابی منفی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۷ به دست آمد.

۲) پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی (فرم کوتاه)

این پرسشنامه که توسط (Carleton et al., 2007) ساخته شده است، دارای ۱۲ سؤال و ۲ زیر مؤلفه اضطراب بازدارنده و اضطراب آینده‌نگر بود. شیوه‌ی نمره‌گذاری بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت است. در یک پژوهش خارجی، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله ۵ هفته) به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش گردید (Buhr & Dugas, 2006) و در ایران پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۷۹ اعلام شد (Ebrahimzadeh, 2006).

۳) پرسشنامه تحمل ابهام

این پرسشنامه توسط (McLain & measurement, 1993) ساخته شده است و دارای ۲۲ سؤال

است. پاسخ به هر کدام از سؤالات بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت است. در این مقیاس، از واژه ابهام بعنوان نبود اطلاعات یا درک غیراصولی اطلاعاتی که حاوی انگیزه و یا محتوای خاصی که تظاهر آن به شکل واکنش‌های قضاوتی نمود پیدا می‌کند، یاد شده است (Bavarsad, 1998).

(۴) پرسشنامه نشانگان شناختی-توجه (CAS-1)

این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است. دو سؤال اول به ترتیب بیانگر میزان نگرانی فرد و توجه او به موارد تهدیدکننده است. شش سؤال بعدی سنجش فراوانی راهبردهایی که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی در پیش می‌گیرند، بعهده دارد و هشت ماده بعدی میزان اعتقاد افراد به باورهای فراشناختی را ارزیابی می‌کنند که پاسخ‌ها براساس مقیاس ۸ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا ۸ نمره‌گذاری می‌شوند (Fergus et al., 2012). پایایی این پرسشنامه در پژوهش داخلی (Salmani, 2013) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برآورد گردید.

(۵) پرسشنامه فراشناخت و لز (MCQ-30)

این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است که توسط (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) ساخته شد. نحوه پاسخ دهی سؤالات بر اساس طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت است. این پرسشنامه دارای ۵ مؤلفه بود که عبارت‌اند از: باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، کنترل افکار و فرآیندهای شناختی. همچنین (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است (Sheerinzadeh Dastgiri, 2007).

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
اضطراب اجتماعی	۲۰/۳۶	۵/۲۷
باورهای فراشناختی	۹۴/۵۱	۱۶/۰۶
نشانگان شناختی/توجهی	۴۵/۳۳	۱۶/۲۷
عدم تحمل بلا تکلیفی	۲۸/۵۱	۸/۵۰
تحمل ابهام	۶۳/۲۳	۳۲/۱۴

با توجه به جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در نمونه‌ی دانشجویان، در متغیرهای اضطراب اجتماعی ۲۰/۳۶ و ۵/۲۷، باورهای فراشناختی ۹۴/۵۱ و ۱۶/۰۶، نشانگان شناختی/توجهی ۴۵/۳۳ و ۱۶/۲۷، عدم تحمل بلا تکلیفی ۲۸/۵۱ و ۸/۵۰ و در تحمل ابهام ۶۳/۲۳ و ۳۲/۱۴ است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. اضطراب اجتماعی	۱				
۲. باورهای فراشناختی	۰/۶۶	۱			
۳. نشانگان شناختی-توجهی	۰/۴۶	۰/۶۴	۱		
۴. عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۵۲	۰/۵۰	۰/۴۱	۱	
۵. تحمل ابهام	-۰/۵۱	-۰/۶۲	-۰/۵۴	-۰/۴۸	۱

* $p < 0/05$ ** $p < 0/001$

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود همبستگی تمامی متغیرها به گونه ای است که p احتمال در سطح $p < 0/001$ مشاهده گردیده و معنادار است.

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی با اضطراب اجتماعی با میانجیگری عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل ابهام، از روش الگویابی معادلات ساختاری^۱ (SEM) استفاده شد. برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از سنجه‌های برازندگی از جمله مجذور خی دو^۲، جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند که در جدول ۲ گزارش شده است. همچنین شاخص‌های مهم دیگر مانند شاخص نیکویی برازش^۳ (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۴ (AGFI)، شاخص برازندگی تطبیقی^۵ (CFI) و شاخص برازندگی هنجار شده^۶ (NFI) نیز در جدول ۳ گزارش شده است. در این شاخص‌ها برازش ۰/۹ به بالا قابل قبول قلمداد می‌شوند. شاخص مناسب دیگر، شاخص میانگین مربعات خطای برآورد^۷ (RMSEA) است که بر اساس آن مقدار کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول است و برای مدل‌های بسیار خوب ۰/۰۵ و کمتر در نظر گرفته می‌شود (Bresó et al., 2007).

1. Structural Equation Modeling (SEM)

2. Chi - Square

3. Goodness - of - Fit

4. Adjusted Goodness - of - Fit

5. Comparative Fit Index

6. Normed Fit Index

7. Root - Mean - Square Error Of Approximation

جدول ۳: برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

ردیف	نام آزمون	معیارهای مدل برازنده	معیارها در تحقیق حاضر	نتیجه
۱	X^2	معنادار باشد	۰/۰۰۱	مدل برازنده
۲	X^2/DF	بین ۱-۵ باشد	۱/۸۳	مدل برازنده
۳	RMR	هر چه به صفر نزدیک‌تر باشد	۰/۰۸۲	مدل برازنده
۴	GFI	بین صفر و یک. برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۰	مدل برازنده
۵	AGFI	بین صفر و یک. برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۱	مدل برازنده
۶	RMSEA	کوچک‌تر از ۰/۱ باشد	۰/۰۴	مدل برازنده
۷	NFI	باید بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد	۰/۹۱	مدل برازنده
۸	CFI	باید بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد	۰/۹۱	مدل برازنده

بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده در جدول ۳، نتایج آزمون الگوی پیشنهادی نشان‌دهنده‌ی برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها هستند.

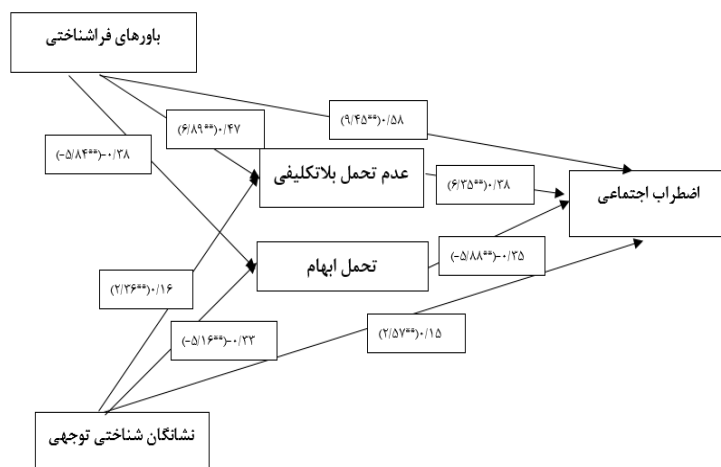
گام بعدی، ارتقای الگوی پیشنهادی از طریق همبسته کردن خطاهای مسیر بود. بنابراین می‌توان انتظار داشت موارد اختلال (خطا) برای دو متغیر در صورتی که دارای علل مشترک باشند که در الگو منظور نگردیده‌اند، هم‌پراش قلمداد می‌گردند. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد، الگوی نهایی پژوهش از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است (Arshadi, 2007).

جدول ۴ الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها را در الگوی پژوهش حاضر نشان می‌دهد. همگی ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم در الگوی نهایی معنادار هستند.

جدول ۴: ضرایب استاندارد مستقیم، غیرمستقیم و کل در الگوی تأییدشده

متغیر پیش‌بینی کننده	متغیر ملاک	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
باورهای فراشناختی	عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۴۷**	۰/۱۷**	۰/۶۴**
نشانگان شناختی-توجهی	تحمل ابهام	۰/۳۳**	۰/۱۲**	۰/۲۱**
باورهای فراشناختی	تحمل ابهام	۰/۳۸**	۰/۱۳**	۰/۲۵**
نشانگان شناختی-توجهی	عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۱۶**	۰/۱۱**	۰/۲۷**
باورهای فراشناختی	اضطراب اجتماعی	۰/۵۸**	-----	۰/۵۸**
نشانگان شناختی-توجهی	اضطراب اجتماعی	۰/۱۵**	-----	۰/۱۵**
عدم تحمل بلا تکلیفی	اضطراب اجتماعی	۰/۳۸**	-----	۰/۳۸**
تحمل ابهام	اضطراب اجتماعی	۰/۳۵**	-----	۰/۳۵**

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، باورهای فراشناختی به‌طور مستقیم ۴۷ درصد از تغییرات عدم تحمل بلا تکلیفی را پیش‌بینی می‌کند. نشانگان شناختی-توجهی به‌طور مستقیم ۳۳- درصد از تغییرات تحمل ابهام را پیش‌بینی می‌کند. باورهای فراشناختی به‌طور مستقیم ۳۸- درصد از تغییرات تحمل ابهام را پیش‌بینی می‌کند. نشانگان شناختی-توجهی به‌طور مستقیم ۱۶ درصد از تغییرات عدم تحمل بلا تکلیفی را پیش‌بینی می‌کند. باورهای فراشناختی ۵۸ درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌طور مستقیم پیش‌بینی می‌کند. نشانگان شناختی-توجهی ۱۵ درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌طور مستقیم پیش‌بینی می‌کند. عدم تحمل بلا تکلیفی ۳۸ درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌طور مستقیم پیش‌بینی می‌کند. تحمل ابهام ۳۵- درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌طور مستقیم پیش‌بینی می‌کند. باورهای فراشناختی با توجه به نقش تعدیل‌گر عدم تحمل بلا تکلیفی، ۱۷ درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌صورت غیرمستقیم پیش‌بینی می‌کند. باورهای فراشناختی با توجه به نقش تعدیل‌گر تحمل ابهام، ۱۳ درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌صورت غیرمستقیم پیش‌بینی می‌کند. نشانگان شناختی-توجهی با توجه به نقش تعدیل‌گر عدم تحمل بلا تکلیفی، ۱۱ درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌صورت غیرمستقیم پیش‌بینی می‌کند. نشانگان شناختی-توجهی با توجه به نقش تعدیل‌گر تحمل ابهام، ۱۲ درصد از تغییرات اضطراب اجتماعی را به‌صورت غیرمستقیم پیش‌بینی می‌کند. در ادامه نمودار ۲ به دنبال بررسی الگوی نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها بوده است.



نمودار ۲. الگوی نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

بر اساس اطلاعات ارائه‌شده در نمودار ۲ ضریب مسیر باورهای فراشناختی به عدم تحمل بلا تکلیفی برابر با ۰/۴۷ است، ضریب مسیر مثبت و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($p < ۰/۰۵$)

$t=6/89$). ضریب مسیر باورهای فراشناختی به تحمل ابهام برابر با $0/38-$ است، ضریب مسیر منفی و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=5/84, p<0/05$). ضریب مسیر نشانگان شناختی-توجهی به عدم تحمل بلا تکلیفی برابر با $0/16$ است، ضریب مسیر مثبت و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=2/36, p<0/05$). ضریب مسیر باورهای فراشناختی به اضطراب اجتماعی برابر با $0/58$ است، ضریب مسیر مثبت و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=9/45, p<0/05$). ضریب مسیر نشانگان شناختی-توجهی به اضطراب اجتماعی برابر با $0/15$ است، ضریب مسیر مثبت و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=2/57, p<0/05$). ضریب مسیر نشانگان شناختی-توجهی به عدم تحمل بلا تکلیفی برابر با $0/16$ است، ضریب مسیر مثبت و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=2/36, p<0/05$). ضریب مسیر نشانگان شناختی-توجهی به تحمل ابهام برابر با $0/33-$ است، ضریب مسیر منفی و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=5/16, p<0/05$). ضریب مسیر عدم تحمل بلا تکلیفی به اضطراب اجتماعی برابر با $0/38$ است، ضریب مسیر مثبت و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=6/35, p<0/05$). ضریب مسیر تحمل ابهام به اضطراب اجتماعی برابر با $0/35-$ است، ضریب مسیر منفی و متوسطی است اما بر اساس آزمون آماری t معنادار است ($t=-5/88, p<0/05$).

نتیجه

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین باورهای فراشناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان دختر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. تأثیر مثبت باورهای فراشناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان همسو با پژوهش‌های (Ellis et al., 2010; Spada et al., 2010; Spada, 2008) است. بسیاری از افراد دارای اضطراب اجتماعی در اکثر اوقات باورهای فراشناختی منفی را تجربه می‌کنند یا مستعد افکار پریشان کننده هستند (Wells & Carter, 2001). در حقیقت، یکی از متغیرهایی که در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارد، فراشناخت است. فراشناخت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی آسیب جدی می‌بیند. باورهای فراشناختی در آسیب‌پذیری روانی و تداوم اضطراب نقش بسیار مهمی دارند. در سال‌های اخیر، فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است که یکی از این اختلال‌های روان‌شناختی، اضطراب اجتماعی است. رویکرد فراشناختی نشان می‌دهد که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان‌های منفی و تقویت

باورهای منفی و درنهایت اضطراب اجتماعی می‌شود. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلالات هیجانی و اضطرابی، اضطراب اجتماعی را مرتبط با باورهای فراشناختی منفی می‌داند. فراشناخت‌های غلط، به‌ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با اضطراب اجتماعی دارند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد باورهای فراشناختی پیش‌بینی کننده سطوح اضطراب اجتماعی بوده و با قماربازی مرضی، هراس اجتماعی، تداوم علائم استرس پس از سانحه، کیفیت پایین خواب و آشفتگی خواب، رابطه دارد. به‌طور کلی، افکار عودکننده منفی و باورهای فراشناختی نقش بالایی در ابتلا و تداوم اختلال‌های خلقی و اضطرابی و بی‌خوابی دارند.

همچنین نتایج بدست آمده از پژوهش‌های مختلف (Fergus et al., 2013; Khawaja & McMahon, 2011; Olatunji et al., 2010; Angélica M Prazeres et al., 2013; Salmani, 2013; Yılmaz et al., 2011; Zhou et al., 2017)، حاکی از آن است که نشانگان شناختی-توجهی تأثیر مثبت و معناداری بر اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر دارد. اغلب بیمارانی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌برند، دارای باورهای فراشناختی منفی هستند. از سوی دیگر، افراد غیر بالینی که برخی ملاک‌های اضطراب اجتماعی را تجربه کرده بودند، نسبت به افراد غیر بالینی که هیچ‌یک از علائم این اختلال را نداشتند، دارای سندرم شناختی-توجهی بودند. بنابراین، سندرم شناختی-توجهی تبیین‌کننده‌ی اضطراب اجتماعی است (Ellis et al., 2010). در مدل سندرم شناختی-توجهی، اعتقاد بر این است که باورهای افراد در دوره بلاتکلیفی و سندرم شناختی-توجهی، جهت‌گیری نسبت به مشکل و راهبردهای اجتناب شناختی، نقش مهمی در ایجاد و تداوم سندرم شناختی-توجهی و همچنین اختلال اضطراب اجتماعی دارند. در این مدل، تحمل ناپذیری بلاتکلیفی به‌واسطه افزایش سوگیری‌های شناختی به‌طور مستقیم به سندرم شناختی-توجهی منجر می‌شود. اگرچه سندرم شناختی-توجهی و اضطراب اجتماعی باهم مرتبط‌اند، اما بررسی ارتباط بین تحمل ناپذیری بلاتکلیفی، سندرم شناختی-توجهی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی، نشان می‌دهد که تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در سطح بالایی با سندرم شناختی-توجهی مرتبط‌اند. با توجه به آنچه گفته شد، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که سندرم شناختی-توجهی، شاخص اصلی و مهم اضطراب است و بر اضطراب اجتماعی تأثیر خواهد داشت. به‌علاوه، سندرم شناختی-توجهی، توسط فرآیندهای تقویتی همچون پایین بودن تحمل ابهام و یا بالا بودن عدم تحمل بلاتکلیفی تداوم می‌یابد. با توجه به این مسئله، سندرم شناختی-توجهی توسط دستیابی به پیامدهای ناخوشایند تداوم پیدا می‌کند، بنابراین، با احتمال بیشتری سندرم شناختی-توجهی پایدار خواهد ماند (Hashemi & Kohansal, 2019).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اضطراب اجتماعی و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانشجویان دختر

رابطه معناداری وجود دارد. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با پژوهش‌های پیشین (Boelen & Reijntjes, 2009; Carleton et al., 2010; Dugas et al., 2007; Gentes & Ruscio, 2011; Mansouri, 2018; McEvoy & Mahoney, 2011) همسو است. می‌توان گفت که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، بین نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی و عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه وجود دارد. پژوهش حاضر به این نتیجه دست‌یافت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، عدم تحمل بلا تکلیفی شدیدتری نسبت به سایر افراد دارند. بنابراین، سطوح بالای عدم تحمل بلا تکلیفی، تمیزدهنده افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از سایر افراد است. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌های مشابه (Wells et al., 2010) همسو بود و نشان داد که افراد دارای اضطراب اجتماعی، عدم تحمل بلا تکلیفی را مشابه افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار تجربه می‌کنند. همچنین، در تبیین یافته‌های فوق می‌توان این نکته را هم متذکر شد که اگرچه طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، عدم تحمل بلا تکلیفی به‌عنوان ویژگی عمده اختلال اضطراب مطرح شده است، با وجود این، عدم تحمل بلا تکلیفی تقریباً همیشه وجود دارد و به درجات مشابه یا کمتر در افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار و اختلال اضطراب تجربه می‌شود. به‌علاوه، عدم تحمل بلا تکلیفی علاوه بر اختلال اضطراب اجتماعی در اختلال‌های اضطرابی دیگر نیز تجربه می‌شود.

از سوی دیگر نتایج بیانگر این مساله بود که بین اضطراب اجتماعی و تحمل ابهام در دانشجویان دختر رابطه معناداری وجود دارد. نتایجی که با پژوهش‌های پیشین (Browall et al., 2008; Mikaeli, 2018; Niloufar, 2018; Zebrack, 2000) همسو بود. در تبیین این فرض می‌توان اظهار داشت که (McLain & measurement, 1993) ابهام را به عنوان نداشتن اطلاعات کافی درباره موقعیت تعریف کرده است، همچنین به اعتقاد او تحمل ابهام به تمایل افراد برای تفسیر موقعیت‌های مبهم که منبعی برای خطر و ناراحتی هستند، اشاره دارد. به این معنی که افراد به موقعیت‌های مبهم که اغلب جدید، پیچیده و حل‌نشده و پیش‌بینی‌ناپذیرند و آنها را دچار شک و تردید می‌کنند، پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری می‌دهند که ممکن است این واکنش‌ها، منفی یا مثبت باشند (Mikaeli Niloufar, 2018). درواقع عاملی که بین حساسیت اضطرابی بالا و پایین تمایز ایجاد می‌کند این است که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، بیشتر احتمال دارد که نشانه‌های مرتبط با اضطراب را به عنوان نشانه‌ای از آسیب قریب الوقوع ارزیابی کنند، درحالی که افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین، گرایش دارند که چنین احساساتی را به عنوان اموری ناخوشایند و نه تهدیدکننده، در نظر بگیرند. بنابراین، افرادی که دارای حساسیت اضطرابی بالا هستند، احساساتی مانند ضربان سریع قلب، عرق کردن و گیجی را به ترتیب به عنوان نشانه‌هایی از حمله قلبی، شرمساری اجتماعی و بی‌ثباتی روانی تفسیر می‌کنند و تحمل ابهام پایینی دارند (Keog, 2001). بر این اساس، می‌توان گفت

تحمل ابهام فرد در این شرایط می تواند سنجیده شود و افراد با تحمل ابهام بالاتر، می توانند به خوبی و با روحیه بهتر و امیدواری بیشتری این شرایط را پشت سر بگذارند و راهبردهای سازگاری با موقعیت اجتماعی را سریع تر از دیگران یاد بگیرند. به بیان دیگر، اضطراب اجتماعی می تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد چرا که افراد با تحمل ابهام پایین در مواجهه با محرک های مبهم، به طور ناپخته ای واکنش نشان می دهند و در مواجهه با این موقعیت ها، استرس زیادی را تحمل می کنند و در نتیجه، از محرک ها و موقعیت های مبهم اجتناب می کنند که خود عاملی بر ایجاد اضطراب اجتماعی است. در مقابل، افراد دارای تحمل ابهام بالا می دانند که برخی موقعیت های مبهم در زندگی همه ی انسان ها وجود دارد و تلاش می کنند با راهکارهای معین و با چشم اندازی امیدوارانه با این موقعیت های مبهم و دشوار زندگی اجتماعی، مقابله کنند.

محدودیت ها :

یکی از محدودیت های پژوهش حاضر روش نمونه گیری است که به صورت در دسترس است بنابراین باید در تعمیم داده ها احتیاط نمود.

پیشنهادهای:

اولاً این بررسی در دانشجویان پسر هم اجرا گردیده و بین پسران و دختران نیز مقایسه گردد. ثانیاً مداخلات روان شناختی و برنامه های آموزشی مناسب در زمینه اضطراب اجتماعی و اختلالات هیجانی برای دانشجویان به کار گرفته شود.

References:

- Abdul pour, A., Hashemi, T., Shoeri, M., & Alizadeh, F. (2019). The relationship intolerance of uncertainty and Metacognitive beliefs with worry people who have depressive symptoms. *Psychology and psychiatry in cognition*, 5(2), 15-26 .
- Arshadi, N. (200). *Designing and testing a model of antecedents and consequences which is important in job motivation of the staff who works in National South Oil Company Shahid Chamran University, Ahvaz*, (In Persian)
- Bandelow, B., & Michaelis, S. J. D. i. c. n. (2015) Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. 17(3), 327 .
- Bavarsad, A. (1998). *Scale construction and validation to measure the tolerance of ambiguity and examine its relationship with Anxiety, personality type A and academic performance in Students of several pre-university centers of the province Khuzestan*
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009, Jan). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *J*

- Anxiety Disord*, 23(1), 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>
- Bresó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. J. A. p. (2007). In search of the "third dimension" of burnout: Efficacy or inefficacy? , 56(3), 460-478 .
- Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L.-O., & Gaston-Johansson, F. J. E. J. o. O. N .(2015) Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. 12(3), 180-189 .
- Buhr, K., & Dugas, M. J. J. J. o. a. d. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. 20(2), 222-236 .
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. (2010, Mar). "It's not just the judgements--It's that I don't know": intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *J Anxiety Disord*, 24(2)189-195 .
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.10.007>
- Carleton, R. N., Norton, M. A., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *J Anxiety Disord*, 21(1), 105-117.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. J. J. o. a. d. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. 11(3), 279-296 .
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis, K., & Koerner, N. (2007, Jun). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behav Ther*, 38(2), 169-178.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.07.002>
- Ebrahimi, T. C., G (2019). The investigate of relationship between cognitive syndrome - attention with mood symptoms. *Journal of Nursing-midwifery and Paramedical*, 4(3), 34-43, (In Persian)
- Ebrahimzadeh, Z. (2006). *The study of cognitive beliefs, perfectionism and social problem solving ability according to uncertainty levels among OCD and MDD* Ardabil University. (In Persian)
- Ellis, D. M., Hudson, J. L. J. C. c., & review, f. p. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. 13(2), 151-163.
- Fergus, T. A., Bardeen, J. R., Orcutt, H. K. J. P., & Differences, I. (2012). Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. 53(3), 213-217 .
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S., & Jencius, S. J. P. r. (2013). The cognitive attentional syndrome: examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. 210(1), 215-219.
- Flavell, J. H. J. A. p. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. 34(10), 906 .
- Frenkel-Brunswik, E. J. A. P. (1948). Tolerance toward ambiguity as a personality variable. 3(268), 385-401 .
- Ganji, H. (2014). *Complete guide to changes and essential points, DSM-5 First Edition*, Savalan Publishing. (in Persian)
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011, Aug). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*, 31(6), 923-933.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>

- Grenier, S., Barrette, A.-M., Ladouceur, R. J. P., & differences, i. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. 39(3), 593-600 .
- Hashemi-Nosratabad, T., Mahmoud-Alilou, M., & Gholizadeh, A. J. J. o. C. P. (2017). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Hofmann's Model on Fear of Negative Evaluation and Self-Focused Attention in Social Anxiety Disorder. 9(1), 101-110. (In Persian)
- Hashemi, Z., & Kohansal, R. (2019). Comparison of metacognitive beliefs, rumination, worry and intolerance of uncertainty in mothers of students with and without learning disorder .
- Hormozi Nejad, M. s. Y., M; and Najarian, B. . (2002). Simple and multiple relationship between the variables of self-esteem, social anxiety and perfectionism with assertive of students of Shahid Chamran in Ahvaz University. *Journal of Education and Psychology*, 3,4, 29-50. (In Persian)
- Keog, E., Ayers S, Francis H. (2001). Does anxiety sensitivity predict posttraumatic stress symptoms following childbirth? A preliminary report. *J CBT*, 3, 145-155 .
- Khawaja, N. G., & McMahon, J. J. B. C. (2011). The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety, and depression. 28(4), 165-180 .
- Khodayari fard, M. M., A; Beshart, M; Lavasanat, M. (2018). Review theoretical models for worry and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Excellence*, 6(2), 24-34, (In Persian)
- Kimbrel, N. A., Mitchell, J. T., & Nelson-Gray, R. O. (2010, Apr). An examination of the relationship between behavioral approach system (BAS) sensitivity and social interaction anxiety. *J Anxiety Disord*, 24(3), 372-378. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.002>
- Kimbrel, N. A., Mitchell, J. T., & Nelson-Gray, R. O. J. J. o. A. D. (2010). An examination of the relationship between behavioral approach system (BAS) sensitivity and social interaction anxiety. 24(3), 372-378 .
- Madadi Zavareh, S., Golparvar, M., & Aghaie, A. J. I. J. o. P. N. (2018). The Effect of Positive Existential Therapy and Iranian-Islamic Positive Therapy on Social Anxiety and Stress of Female Students with Social Anxiety. 6(4), 1-10. (In Persian)
- Mansouri, A. (2018). *The role of moderator in Spiritual confrontations and cognitive emotion regulation strategies on the relationship between Meta-diagnosis factors and symptoms of generalized anxiety disorder: design and test a conceptual model* Tehran University, (In Persian)
- Marufi, M. S., M; Hosseini, H; and Karaee, SH. (2019). The effectiveness of meta-cognitive therapy of Wales on reducing stress, increasing happiness, and raising the level of emotional intelligence and modification of cognitive emotion regulation strategies in students. *Motor and behavioral Sciences*, 1(2), 120-126. (In Persian)
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2011, Jan). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *J Anxiety Disord*, 25(1), 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2012, Sep). To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behav Ther*, 43(3), 533-545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- McLain, D. L. J. E., & measurement, p. (1993). The MSTAT-I: A new measure of an

- individual's tolerance for ambiguity. 53(1), 183-189 .
- Mikaeli Niloufar, A. S., Habibi Yaser, Fallahi Vahid, Moradi Alireza, Hashemi Javad. (2018). The role of death anxiety and anxiety sensitivity in predicting ambiguity tolerance in patients with lung cancer. *Journal of Nursing and Midwifery, Urmia*, 16(8), 612-621. (In Persian)
- Mohammadi, F., & Hafezian, M. (2019). Effectiveness of Group Gestalt Therapy on Social Anxiety, Test Anxiety and Positive and Negative Affection of Female Students. (In Persian)
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E .R. (2011, Nov). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology: Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. *Perspect Psychol Sci*, 6(6), 589-609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K .B., Sawchuk, C. N., Ciesielski, B. G. J. A., & Psychology, P. (2010). Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. 14(1-4), 1-24 .
- Prazeres, A. M., Nascimento, A. L., & Fontenelle, L. F. (2013). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9, 307-316. <https://doi.org/10.2147/NDT.S41074>
- Prazeres, A. M., Nascimento, A. L., Fontenelle, L. F. J. N. D., & Treatment. (2013). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy. 9, 307 .
- Roussis, P., Wells, A. J. P., & Differences, I. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. 40(1), 111-122 .
- Salmani, B. H., J; Karami Gh. And Mohammad Khani, SH (2013). The effectiveness of meta-cognitive - attention syndrome (CAS) and cognitive emotion regulation strategies (CER) in patients with generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Behavioral Sciences*, 7(2), 245-254, (In Persian) .
- Sheerinazadeh Dastgiri, S. (2007). *The Comparison of metacognitive beliefs and accountability among patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals* University of Shiraz, (In Persian) .[
- Spada, M. M., Georgiou, G. A., & Wells, A. J. C. b. t. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. 39(1), 64-71 .
- Spada, M. M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B., Wells, A .(۲۰۰۸) Meta cognition faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687 .
- van der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E., & van der Molen, H. T. J. J. o. A. D. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. 24(2), 284-289 .
- Watson, D., & Friend, R. (1969, Aug). Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 33(4), 448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
- Wells, A., & Carter, K. J. B. t. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. 32(1), 85-102 .
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S ,۲۰۰۴) .Apr). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42(4), 385-396.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)

- Wells, A., Papageorgiou, C. J. B. r., & therapy. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. 36(9), 899-913 .
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., Mendel, E. J. B. r., & therapy. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. 48(5), 429-434 .
- Wong, Q. J. J., Certoma, S. P., McLellan, L. F., Halldorsson, B., Reyes, N., Boulton, K., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2018, Jul). Development and validation of a measure of maladaptive social-evaluative beliefs characteristic of social anxiety disorder in youth: The Report of Youth Social Cognitions (RYSC). *Psychol Assess*, 30(7), 904-915. <https://doi.org/10.1037/pas0000539>
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. J. J. o. A. D .(۲۰۱۱) .The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. 25(3), 389-396 .
- Zebrack, B. J. (2000, Sep-Oct). Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Pract*, 8(5), 238-242. <https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.2000.85004.x>
- Zhou, Y., Cao, Z., Yang, M., Xi, X., Guo, Y., Fang, M., Cheng, L., & Du, Y. J. S. r. (2017). Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. 7(1), 1-8 .

Investigating the Relationship between Metacognitive Beliefs and Cognitive-Attentional Syndrome with Social Anxiety of Female Students: The Mediating Role of Uncertainty Intolerance and Ambiguity Tolerance

Ellahe Molavi

Majid Moeenizadeh*

Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the role of metacognitive beliefs and cognitive-attentional symptoms in predicting social anxiety of female students through mediation of uncertainty intolerance and ambiguity tolerance.

Method: The method of the present study was descriptive-correlational. The statistical population of the study consisted of all female students studying at Ferdowsi University of Mashhad in 2018-19 from which 200 students were selected as the research sample using convenience sampling method. Research instruments included Watson and Friend Social Anxiety Scale, Carlton Uncertainty Intolerance Scale, McLean Ambiguity Tolerance Scale, Cognitive-Attention Syndrome Scale, and the Wells Metacognition Questionnaire.

Findings: Path analysis was used to analyze the data and the results showed that cognitive-attention syndrome has a positive and significant effect on the symptoms of social anxiety in female students. Also, a positive and significant effect was observed between metacognitive beliefs and social anxiety. The results showed that considering intolerance of uncertainty, tolerance of ambiguity, cognitive-attention syndrome and metacognitive beliefs in educational programs and psychological interventions are effective in preventing, reducing and treating emotional disorders.

Keywords: Metacognitive Beliefs, Cognitive-Attentional Syndrome, Social Anxiety, Uncertainty Intolerance and Ambiguity Tolerance

* . moeinizadeh@ferdowsi.um.ac.ir



بشارت، محمدعلی؛ فرهمند، هادی؛ ابراهیمی، فاطمه (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۲)، ۴۴-۲۵. DOI: 10.22067/tpccp.2021.36664.0

نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

محمدعلی بشارت^۱، هادی فرهمند^۲، فاطمه ابراهیمی^۳
تاریخ دریافت: ۹۹/۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۱۶ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی با مدل تحلیل مسیر بود. تعداد ۵۲۸ نفر (۲۷۴ زن، ۲۵۴ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب گردیدند. شرکت‌کنندگان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که مدل فرضی پژوهش با داده‌های تجربی برازش مطلوب دارند. کمال‌گرایی دیگر محور، کمال‌گرایی جامعه‌محور و دشواری تنظیم هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار داشتند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارند. در نظر گرفتن این متغیرها در زمینه‌ی پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب مؤثر است و سطح سلامت روانی را در جمعیت عمومی ارتقا می‌بخشد.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب.

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، (نویسنده مسئول)، Besharat@ut.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، Hadifarrahmand@ut.ac.ir

۳. دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، Moonlight.ebrahimi@yahoo.com

مقدمه

افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین بیماری‌های روانی محسوب می‌شوند. افسردگی اختلالی است که منجر به تغییراتی در خلق، افکار، رفتار و فعالیت فیزیکی فرد می‌گردد. این اختلال توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی را کاهش می‌دهد و ظرفیت فرد برای عهده‌دار شدن ساده‌ترین تکالیف روزمره را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت^۱ ۳۵۰ میلیون نفر از این اختلال روانی رنج می‌برند (Fekadu et al., 2017). بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ شمار افرادی که از افسردگی و یا اضطراب رنج می‌برده‌اند نزدیک به ۵۰ درصد افزایش یافته است. تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت جهان به یک یا هر دو این اختلالات مبتلا هستند (Vigo et al., 2016). اضطراب نوعی پاسخ به استرس همراه با ویژگی‌های جسمانی و روان‌شناختی است. هنگامی که یک موقعیت خطرناک ادراک می‌شود اضطراب فرد را برای مواجهه با بحران احتمالی به وسیله گوش‌به‌زنگ نگه‌داشتن بدن، آماده می‌کند. اما اثرات فیزیکی آن می‌تواند زیان‌بخش بوده و منجر به سرگیجه، تهوع، اسهال و تکرر ادرار گردد و تداوم آن می‌تواند برای سلامت جسمی و روانی فرد آسیب‌زا باشد. اضطراب همچنین از عوامل بیماری‌های مزمنی چون اختلالات تنفسی مزمن، بیماری‌های قلبی و شرایط معده‌ای - روده‌ای محسوب می‌شود (Kiernan, 2017). در سبب‌شناسی افسردگی و اضطراب نقش عوامل مختلفی از قبیل اثرات ژنتیکی و خانوادگی (Barlow, 2015)، سبک دلبستگی ناایمن (Scheffold et al., 2018)، رویدادهای زندگی و استرس‌های محیطی (Sadock, 2015)، سبک‌های فرزندپروری (Adubale, 2017) و مشکلات بین فردی (Altenstein-Yamanaka et al., 2017) تأیید شده است.

یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر پدیدآیی و یا تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب، کمال‌گرایی^۲ است (Besharat & Farahman, 2017; Besharat et al., 2014; Chang, 2017; Lasota & Kearney, 2017; Lessin & Pardo, 2017; Smith et al., 2017). کمال‌گرایی یک خصیصه شخصیتی است که با تلاش برای بی‌نقص بودن، تعیین معیارهای شخصی عالی و واکنش منفی افراطی به شکست و اشتباه ادراک‌شده مشخص می‌شود (Flett & Hewitt, 2002; Frost & Marten, 1990; Smith et al., 2017). هویت و فلت (Hewitt & Flett, 1991) سه بعد کمال‌گرایی شامل خودمحور^۳، دیگر محور^۴ و جامعه‌محور^۵ را متمایز کردند. کمال‌گرایی خودمحور با تعیین معیارهای غیرواقع‌بینانه، خود تحمیل شده و به شکل افراطی

1. World Health Organization (WHO)
2. Perfectionism
3. Self-Oriented
4. Other-Oriented
5. Socially Prescribed Perfectionism

بالا مرتبط است؛ معیارهایی که شخص کمال‌گرا احساس می‌کند باید آن‌ها را محقق سازد. کمال‌گرایی دیگر محور به خواست فرد کمال‌گرا مبنی بر برآورده ساختن معیارهای عالی و غیرواقعی توسط دیگران اشاره دارد. کمال‌گرایی جامعه‌محور به این باور اشاره دارد که دیگران انتظاراتی افراطی از شخص دارند که برآورده ساختن آن‌ها غیرممکن است، اما به خاطر کسب تصدیق و پذیرش باید به آن‌ها دست یافت.

کمال‌گرایی هم می‌تواند بهنجار و هم نابهنجار باشد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که عموماً ابعاد دیگرمحور و جامعه‌محور با افسردگی و اضطراب رابطه دارند (Besharat & Farahman, 2017; Besharat et al., 2014; Lessin & Pardo, 2017; Smith et al., 2017; Stoeber & Otto, 2006). کمال‌گرایی جامعه‌محور یک عامل پذیرفته‌شده در آسیب‌پذیری نسبت به نشانه‌های افسردگی است. با ترسیم یک مدل وجودی کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، می‌توان گفت که دشواری در پذیرش گذشته (نگریستن به تجارب زندگی به گونه‌ای منسجم، قابل پذیرش، ارضاء کننده و معنادار) تصریح می‌کند که چه موقع و چرا کمال‌گرایی جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی ارتباط پیدا می‌کند. افرادی که در مقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور نمره بالایی کسب می‌کنند به این دلیل که در تحکیم تجارب زندگی‌شان به عنوان یک داستان معنادار شخصی تعارض دارند، متحمل نشانه‌های افسردگی می‌شوند (Sherry, 2015). نتایج پژوهش چا (Cha, 2016) نشان داد که کمال‌گرایانی که تصور می‌کردند برای دیگران اهمیت ندارند و دیگران به آن‌ها توجهی ندارند حرمت خود پایین‌تر و در نتیجه افسردگی بالاتری داشتند. رابطه مؤلفه‌های دیگر کمال‌گرایی مثل نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد اعمال (Chang, 2017; Lasota & Kearney, 2017; Smith et al., 2017) نیز با نشانه‌های افسردگی و اضطراب تأیید شده است.

تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند باشد، اشاره دارد (Eisenberg et al., 2000; Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2014). دشواری تنظیم هیجان با انواع پیامدهای منفی شامل نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، پرخاشگری و افکار خودکشی همراه است (D'Avanzato et al., 2013; Macedo et al., 2017; Macedo, 2017). راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان نقش اساسی در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی دارند (Aldao et al., 2010; Cisler et al., 2010).

بر اساس نتایج مطالعات موجود، افرادی که از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان همچون نشخوارگری و سرزنش استفاده می‌کنند در مقایسه با کسانی که از راهبردهای انطباقی استفاده می‌کنند، در برابر آشفتگی‌های روانی آسیب‌پذیرترند (Ehring, 2010). همچنین نشان داده شده است که راهبردهای غیر

انطباقی تنظیم شناختی هیجان همچون فرونشانی، اجتناب و نشخوار فکری، سهم معنی‌داری در پیش‌بینی سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت همچون شادکامی و سلامت ذهنی دارند (Quoidbach, 2010).

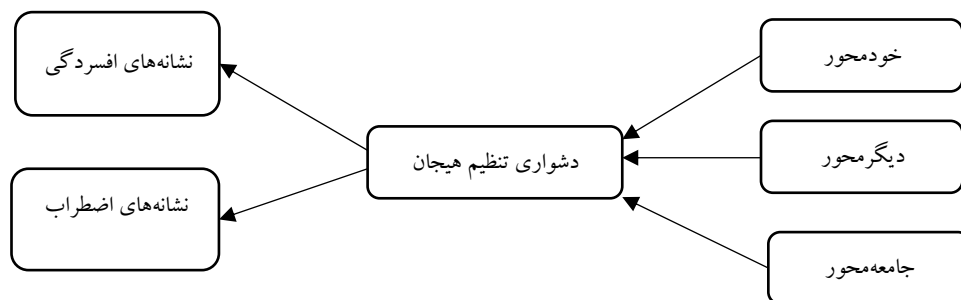
محتوای افکار کمال‌گرایان، معمولاً شامل درون‌مایه‌هایی^۱ از شکست، تردید در مورد اعمال و عدم اطمینان از دستیابی به اهداف مهم شخصی است. مخصوصاً نشخوار با تردید در مورد اعمال و نگرانی از اشتباهات مرتبط است و افرادی که انتقاد والدینی را تجربه می‌کنند، توجه خود را بر اشتباهاتشان معطوف می‌کنند که منجر به گسترش و حفظ عاطفه منفی می‌گردد (Montano et al., 2016; Rudolph et al., 2007).

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که کمال‌گرایی با دشواری تنظیم هیجان و سطوح بالای فاجعه‌پنداری و نشخوار (Macedo, 2017) و سطوح پایین برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت (Castro et al., 2017) رابطه دارد. شواهد حاکی از آن است که افراد افسرده و مضطرب دشواری تنظیم هیجان بیشتری را نسبت به افراد بهنجار گزارش می‌کنند.

این بیماران، آگاهی هیجانی پایین، ابراز هیجان تنظیم نشده و استفاده کمتر از راهبردهای مدیریت هیجان را نشان می‌دهند (Klemanski et al., 2017). نتایج فراتحلیل شافر و همکاران (Schafer et al., 2017) نشان داد که ارزیابی مجدد شناختی، حل مسئله و پذیرش به‌عنوان راهبردهای بهنجار تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب رابطه منفی و اجتناب، فرونشانی و نشخوار به‌عنوان راهبردهای نابهنجار تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب رابطه مثبت دارند.

برآیند نتایج پژوهش‌های پیشین در خصوص رابطه ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، این رابطه را تأیید کرده‌اند. یکی از هدف‌های پژوهش حاضر تکرار بررسی این رابطه است؛ اما آیا رابطه کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب یک رابطه خطی ساده است یا متغیرهای روان‌شناختی دیگری ممکن است در این رابطه نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده داشته باشند؟

بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب است. بررسی این نقش هم پاسخ پرسشی مطرح شده را مشخص می‌کند و هم به‌عنوان یافته‌ی جدید پژوهش حاضر، می‌تواند به دانش آسیب‌شناختی ما در رابطه با مکانیسم‌های آسیب‌زایی کمال‌گرایی بیفزاید.



شکل ۱- مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

فرضیه‌های این پژوهش به این شرح آزمون می‌شوند: فرضیه اول) بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه دوم) بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه سوم) بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور و دشواری تنظیم هیجان رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه چهارم) دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارد. شکل ۱- مدل فرضی پژوهش برای نقش واسطه‌ای اهمال‌کاری در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

روش

طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی با مدل تحلیل مسیر بود و جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بودند. تعداد ۵۲۸ نفر (۲۷۴ زن، ۲۵۴ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند. این تعداد بر اساس نظر پژوهشگر و با استفاده از جدول مورگان انتخاب گردید. انتخاب نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای صورت گرفته است. از بین دانشکده‌های دانشگاه تهران دانشکده‌های فنی، هنر، مدیریت، روانشناسی، الهیات و جغرافیا به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از هر دانشکده ۷ کلاس به تصادف انتخاب و پس از جلب رضایت دانشجویان، از آن‌ها برای شرکت در پژوهش درخواست شد. شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از: اشتغال به تحصیل در دانشگاه تهران، نداشتن سابقه بیماری روانی یا بستری در بیمارستان و عدم استفاده از داروی روان‌پزشکی. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و توضیح مختصری درباره نحوه پر کردن پرسشنامه داده شد. برای کنترل اثر خستگی و ترتیب، پرسشنامه‌ها در دو فرم متفاوت با نظم و

ترتیب متفاوت ارائه شد. ابزار سنجش به شرح زیر در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران^۱ یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس‌های قبلی (Flett & Hewitt, 1991; Frost & Marten, 1990; Hewitt & Flett, 1991) توسط بشارت (Besharat, 2011) به فارسی ساخته شده است. این مقیاس، سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور در نمونه‌ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۲ خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۳ محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور به ترتیب $r = 0.85$ ، $r = 0.79$ و $r = 0.84$ در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی^۴ (Horowitz et al., 1988)، مقیاس سلامت روانی^۵ (Veit & Ware, 1983) و زیرمقیاس‌های نوروز‌گرایی و برون‌گرایی مقیاس شخصیتی (Costa Jr & McCrae, 2008) در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کمال‌گرایی خودمحور با مشکلات بین شخصی (۰/۴۴)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۶۲-)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۵۹-) و نوروز‌گرایی (۰/۷۴) در سطح $p \leq 0.001$ همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کمال‌گرایی دیگر محور با مشکلات بین شخصی (۰/۱۹-)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۳۵-)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۲۶-)، نوروز‌گرایی (۰/۲۵-) و برون‌گرایی (۰/۲۲-) و بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور با بهزیستی روان‌شناختی (۰/۲۹-)، نوروز‌گرایی (۰/۲۷) و برون‌گرایی (۰/۴۴-) در سطح $p \leq 0.001$

1. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale
2. Internal Consistency
3. Test-Retest Reliability
4. Inventory of Interpersonal Problems
5. Mental Health Inventory

همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران را تأیید می‌کنند (Besharat, 2011).

مقیاس افسردگی اضطراب استرس

مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۱ لوی باند و لوی باند (Lovibond & Lovibond, 1995) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی^۲ و روایی^۳ آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (Besharat, 2005; Lovibond, 1998; Lovibond & Lovibond, 1995; Norton, 2007). بشارت (Besharat, 2005) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ($n=278$) برای افسردگی، ۰/۸۵، برای اضطراب، ۰/۸۹، برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی ($n=194$) برای افسردگی، ۰/۹۱، برای اضطراب، ۰/۸۷، برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تأیید می‌کنند. روایی همزمان^۴، همگرا^۵ و تشخیصی (افتراقی)^۶ مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک^۷ (Beck, 1979)، مقیاس اضطراب بک^۸ (Beck et al., 1988)، فهرست عواطف مثبت و منفی^۹ (Watson et al., 1988) و مقیاس سلامت روانی (Veit & Ware, 1983) در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (Besharat, 2005). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ($p < 0.001$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ($p < 0.001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تأیید می‌کنند.

1. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
2. Reliability
3. Validity
4. Concurrent
5. Convergent
6. Discriminant
7. Beck Depression Inventory
8. Beck Anxiety Scale
9. Positive and Negative Affect Schedule

مقیاس دشواری تنظیم هیجان

مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۱ (Gratz & Roemer, 2004) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش هیجان‌های 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 می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش‌بین در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (Gratz & Roemer, 2004; Gratz et al., 2006; Gratz & Tull, 2010). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی ($n = 187$) و غیر بالینی ($n = 763$)، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (Besharat, 2007; Besharat, 2014). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان برای نمونه‌های بالینی ($n = 85$) و غیر بالینی ($n = 156$) در دو نوبت با فاصله‌های ۴ تا ۶ هفته برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < 0.001$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
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

می‌کند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس دشواری تنظیم هیجان از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (Besharat, 2006; Veit & Ware, 1983)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (Besharat, 2014؛ Garnefski, & Kraaij, 2006) و فهرست عواطف مثبت و منفی (Watson et al., 1988) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بالینی و غیر بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (Besharat, 2014; Besharat, 2007). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد و از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی میزان رابطه‌ی دو به دو متغیرها و برای برازش مدل و بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها در مدل نظری تحقیق از مدل تحلیل مسیر استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-24 و LISREL 8.80 استفاده گردید.

یافته‌ها

از مجموع ۵۲۸ نفر نمونه مورد بررسی ۲۷۴ نفر زن و ۲۵۴ نفر مرد بودند. میانگین سن پسران ۲۲/۶، دختران ۲۱/۴ و کل نمونه ۲۲ سال بود. انحراف استاندارد سن پسران (۳/۳۰)، سن دختران (۳/۰۳) و سن کل شرکت کنندگان (۳/۲۲) بود. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر		دختر		پسر		کل	
		SD	M	SD	M	SD	M
کمال‌گرایی خودمحور		۷/۹۶	۳۱/۲۴	۷/۳۸	۳۱/۴۲	۷/۶۸	
کمال‌گرایی دیگر محور		۸/۸۸	۲۸/۷۹	۸/۷۵	۲۹/۳۵	۸/۸۳	
کمال‌گرایی جامعه‌محور		۸/۵۷	۲۴/۹۶	۸/۳۵	۲۵/۷۱	۸/۴۹	
دشواری تنظیم هیجان		۲۱/۵۱	۹۴/۷۳	۲۰/۵۵	۹۲/۹۲	۲۱/۱۲	
نشانه‌های افسردگی		۵	۴/۹۹	۴/۶۵	۴/۹۵	۴/۸۳	
نشانه‌های اضطراب		۳/۲۹	۲/۹۲	۳/۲۰	۲/۹۲	۳/۲۴	

با توجه به جدول ۱ کمال‌گرایی خودمحور در دختران و کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور در پسران بالاتر است. همچنین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی نیز در دختران عدد بالاتری را به خود اختصاص داده است.

ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در جدول ۲ نشان داده شده است.

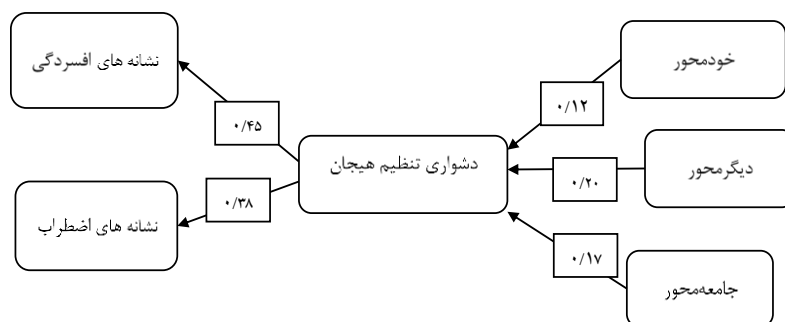
جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- کمال‌گرایی خودمحور	۱				
۲- کمال‌گرایی دیگر محور	۰/۰۵	۱			
۳- کمال‌گرایی جامعه‌محور	*۰/۱۰	**۰/۶۲	۱		
۴- دشواری تنظیم هیجان	**۰/۱۲	**۰/۳۰	**۰/۳۰	۱	
۵- نشانه‌های افسردگی	-۰/۰۱	**۰/۳۸	**۰/۳۰	**۰/۵۲	۱
۶- نشانه‌های اضطراب	۰/۰۷	**۰/۳۱	**۰/۴۱	**۰/۴۷	**۰/۶۱

* $p < ۰/۰۵$ ، ** $p < ۰/۰۱$

بر اساس این نتایج، بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور با دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.

برای بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب از تحلیل مسیر استفاده شد (شکل ۲).



شکل ۲: ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

جدول ۳ ضرایب غیراستاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضرایب غیراستاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

مسیرها	B	β	t
اثر کمال گرایی خودمحور بر دشواری تنظیم هیجان	۰/۳۲	-۰/۱۲**	۲/۸۶
اثر کمال گرایی خودمحور بر نشانه‌های افسردگی	۰/۰۶	-۰/۰۹**	۲/۶۰
اثر کمال گرایی خودمحور بر نشانه‌های اضطراب	۰/۰۱	-۰/۰۱	-۰/۲۹
اثر کمال گرایی دیگر محور بر دشواری تنظیم هیجان	۰/۴۹	۰/۲۰**	۳/۸۹
اثر کمال گرایی دیگر محور بر نشانه‌های افسردگی	۰/۱۲	۰/۲۳**	۴/۸۷
اثر کمال گرایی دیگر محور بر نشانه‌های اضطراب	۰/۰۲	۰/۰۵	-۰/۰۳
اثر کمال گرایی جامعه‌محور بر دشواری تنظیم هیجان	۰/۴۲	۰/۱۷**	۳/۱۹
اثر کمال گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های افسردگی	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۸۱
اثر کمال گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های اضطراب	۰/۱۲	۰/۳۱**	۶/۴۳
اثر دشواری تنظیم هیجان بر نشانه‌های افسردگی	۰/۱۰	۰/۴۵**	۱۱/۷۰
اثر دشواری تنظیم هیجان بر نشانه‌های اضطراب	۰/۰۶	۰/۳۸**	۹/۷۲

* $p < ۰/۰۵$ ، ** $p < ۰/۰۱$

با توجه به جدول ۳ و بر اساس نتایج تحلیل مسیر به جز اثر کمال گرایی خودمحور بر نشانه‌های اضطراب، اثر کمال گرایی دیگر محور بر نشانه‌های اضطراب و اثر کمال گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های افسردگی بقیه مسیرها معنادار شدند. در این پژوهش میزان ضریب تعیین (R^2) برای نشانه‌های افسردگی و اضطراب برابر ۰/۳۳ است؛ یعنی کل مدل می‌تواند به میزان ۰/۳۳ تغییرات نشانه‌های افسردگی و اضطراب را تبیین کند. جدول ۴ شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۴: شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

χ^2	p	df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMR
۱/۴۸	۰/۴۸	۱	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۸۹	۰/۰۲

با توجه به شاخص‌های برازش که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مدل فرضی پژوهش از برازش مطلوب برخوردار است. چرا که نسبت χ^2/df باید کوچک‌تر از ۲ باشد که در مدل موردنظر این مفروضه

برقرار است. همین‌طور ریشه خطای میانگین مجذورهای تقریب^۱ جهت برازش مطلوب باید کمتر از ۰/۰۵ باشد که در این مدل ۰/۰۱ است. میزان مؤلفه‌های شاخص برازندگی^۲، شاخص تعدیل‌شده برازندگی^۳، شاخص برازندگی هنجار شده^۴ و شاخص برازندگی تطبیقی^۵ نیز باید بیشتر از ۰/۹ باشد که در مدل تحت بررسی تمام این شاخص‌ها تقریباً نزدیک ۱ است و نشان از برازش مطلوب مدل دارد. همچنین مقدار ریشه میانگین باقی‌مانده^۶ نیز باید کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد که در مدل تحت بررسی این مقدار ۰/۰۲ است. درمجموع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل ارائه‌شده مدل مطلوبی است و به‌خوبی با داده‌های تجربی مطابقت دارد. همچنین در این مدل‌ها میزان p -value نباید معنادار باشد تا با فرض تطبیق مدل فرضی با مدل تجربی، هماهنگ باشد که همین‌طور است.

نتیجه

هدف از پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود. بر اساس یافته‌های به دست آمده بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (Besharat & Farahman, 2017; Besharat et al., 2014; Chang, 2017; Lasota & Kearney, 2017; Lessin & Pardo, 2017; Sherry, 2015; Smith et al., 2017) مطابقت می‌کند و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. افراد مضطرب برای پیش‌گیری از خطرات احتمالی نیاز دارند که محیطشان را کنترل کنند. آن‌ها فکر می‌کنند که اشتباهات کنترلشان را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، هر کاری که انجام می‌دهند باید کامل باشد. هنگامی که این کمال وجود نداشته باشد، نگرانی از خطاها شدیدتر می‌شود و افزایش اضطراب را به دنبال دارد که خود این اضطراب متقابلاً کارایی را کاهش و مجدداً احتمال خطاهای جدید را افزایش می‌دهد. در خصوص افراد مضطرب، اگر هر چیزی در نظم کامل و طبق برنامه‌شان پیش نرود ممکن است احساس فقدان^۷ را برای آن‌ها به دنبال داشته باشد. هرگونه انحرافی از نرمال بودن و برنامه از پیش مقرر شده، اضطراب، بلا تکلیفی و هیجان‌های منفی را در این افراد به همراه دارد. این افراد منظم، دقیق و وظیفه‌شناس هستند و اگر تکلیف را تا آخر به شکل کامل انجام ندهند آرام و قرار نمی‌گیرند. بدین

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
2. Goodness of Fit Index (GFI)
3. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
4. Normed Fit Index (NFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)
6. Root Mean Square Residual (RMR)
7. Lost

ترتیب آن‌ها نمرات بالایی در ابعاد کمال‌گرایی از قبیل حساسیت نسبت به اشتباهات و نیاز به تحسین می‌گیرند. عقیده دیگران برای افراد مضطرب بسیار مهم است (کمال‌گرایی جامعه‌محور). آن‌ها نیاز دارند که دوست داشته و تحسین شوند؛ تمایل به تحسین تأییدی بر کارهایشان است که کاهش اضطراب را برای آن‌ها به دنبال دارد (Lessin & Pardo, 2017). کمال‌گرایی که تصور کنند برای دیگران اهمیت ندارند و دیگران به آن‌ها توجهی ندارند، حرمت خود پایین‌تر و در نتیجه افسردگی بالاتری دارند (Cha, 2016). دشواری کمال‌گرایان جامعه‌محور برای پیدا کردن معنا و رضایت از تجارب زندگی‌شان نیز آن‌ها را در مقابل نشانه‌های افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد. خود موشکافی^۱ شدید، انتظارت غیرواقع‌بینانه و ناتوانی در پذیرش شکست‌های ادراک شده، کمال‌گرایان جامعه‌محور را با دشواری در پذیرش تجارب گذشته مواجه می‌سازد. همچنین تلاش برای برآورده ساختن انتظارات دیگران، یافتن تجاربی بامعنا و ارزش را برای این افراد ناممکن می‌سازد و کشمکش برای تحکیم داستان زندگی پیامدهایی از قبیل حرمت خود پایین و افسردگی را در پی دارد (Sherry, 2015).

همچنین نتایج نشان داد که بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (Castro et al., 2017; D'Avanzato et al., 2013; Macedo et al., 2017)، همسو است و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. برخی از راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب روانی مثل اضطراب و افسردگی همراه است. یکی از این راهبردها نشخوار است که با پیامدهای منفی برای خلق و عملکرد افراد همراه است که با تفکر مکرر درباره حالت خلقی منفی و دلایل و پیامدهای آن مشخص می‌شود. نشخوار با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه مرتبط است و می‌تواند منجر به گوشه‌گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی گردد (Castro et al., 2017). فرونشانی ابراز هیجان به‌عنوان دیگر راهبرد سازش نیافته تنظیم هیجان با تلاش فرد برای پنهان کردن، بازداری و کاهش ابراز هیجان همراه است (D'Avanzato et al., 2013). ارزیابی مجدد شناختی یکی از راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان است که در آن فرد تلاش می‌کند تا یک موقعیت فرا خواننده هیجان را به شیوه‌ای که معنا و تأثیر هیجانی آن تغییر یابد مجدداً تفسیر کند. افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند در مواجهه با شکست‌های جزئی نیز خود را سرزنش می‌کنند و در نتیجه احساس گناه ناشی از شکست آن‌ها را در معرض افسردگی قرار می‌دهد (Macedo, 2017). ارزیابی مجدد اثرات منفی بر خلق را کاهش می‌دهد و منجر به بهبود حالات هیجانی و کاهش استرس می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات

هیجانی از این راهبرد به میزان کمتری استفاده می‌کنند (Montano et al., 2016; Schafer et al., 2017). یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور با دشواری تنظیم هیجان رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش (Castro et al., 2017) مطابقت می‌کند و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. شناخت‌های کمال‌گرایان مخصوصاً به وسیله پاسخ‌های مقابله‌شناختی نابهنجار مشخص می‌گردد. شناخت‌های کمال‌گرایان از موقعیتی ناشی می‌شود که در آن فرد کمال‌گرا از اختلاف بین معیارهای کمال‌گرایان و رفتارشان آگاه می‌گردد. افرادی که در شناخت‌های کمال‌گرایان نمره بالایی می‌گیرند، تمایل دارند خوشان را برای رویدادها و پیامدهای منفی سرزنش کنند. یک نمونه از الگوهای شناختی این افراد بدین گونه است «من باید کامل باشم و اگر کامل نباشم این تقصیر من است». همچنین این افراد سطوح بالایی از نشخوار، تفکر درباره رویدادهای استرس‌زا و تمایل به فاجعه‌پنداری رویدادهای استرس‌زای بعدی دارند. کمال‌گرایان جامعه‌محور نوعی طرحواره رویدادهای منفی آینده را دارا هستند که در آن اشتباهات شخصی غیرقابل اجتناب است. این افراد نه تنها در گیر پیش‌بینی استرس هستند بلکه نقص در مکانیسم‌های تنظیم هیجان منجر به تداوم استرس و واکنش‌های اضطرابی می‌گردد (Rudolph et al., 2007). ابعاد منفی کمال‌گرایی با خود انتقادگری بالا همراه است و در موقع بروز استرس با واکنش منفی شدیدتر و احساس کنترل کمتر مشخص می‌شوند. احساس عدم کنترل بر شرایط با عاطفه منفی همراه است. عاطفه منفی هم به نوبه خود راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان، مثل خود سرزنشگری و نشخوارگری را فعال می‌کند (Castro et al., 2017).

در آخر، یافته‌ها نشان داد که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کمال‌گرایان به دلیل استفاده از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان از قبیل نشخوار، سرزنش خود، سرزنش دیگران و فاجعه‌پنداری (Macedo, 2017; Schafer et al., 2017) ناتوانی در استفاده از راهبردهای انطباقی مثل ارزیابی مجدد مثبت و برنامه‌ریزی (Castro et al., 2017; Schafer et al., 2017) در معرض تجربه هیجان‌های منفی از قبیل افسردگی و اضطراب هستند (Aldao et al., 2010; Cisler et al., 2010; Ehrling, 2010; Quoidbach, 2010).

این قبیل افراد به دلیل تجربه پریشانی ادراک‌شده بالا و ادراک کاهش منابع مقابله با استرس، خود را در مقابل شرایط محیطی خلع سلاح می‌بینند. کمال‌گرایان جامعه‌محور به دلیل ترس از طرد شدن از سوی دیگران مهم و جامعه (Cha, 2016; Lessin & Pardo, 2017)، قدرت ابراز وجود و احقاق حقوق را در خود

نمی‌بینند و لذا بهترین هدف برای تخلیه هیجان منفی و ابراز خشم را خودشان می‌بینند و افکار منفی و سرزنش را درونی‌سازی می‌کنند که خود را به شکل نشانه‌های افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد. کمال‌گرایان در صورت احساس ناکامل بودن و برآورده نساختن معیارهای بالای دیگران، آن را فاجعه‌ای عظیم می‌پندارند که به سختی قابل جبران است و منجر به کاهش تلاش و قدرت ابتکار می‌شود. به تأخیر انداختن امور، که خود شیوه‌ای برای تنظیم خلق است، آن‌ها را هرچه بیشتر در معرض عاطفه منفی از قبیل نشانه‌های افسردگی و اضطراب قرار می‌دهد.

پیامدها و دستاوردهای پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی بدین شرح مطرح کرد: در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب را فراهم می‌کند. نتیجه این پژوهش تأییدی بر این فرض است که عوامل روان‌شناختی به شکل ساده و خطی منجر به آسیب‌های روان‌شناختی نمی‌شوند و در این زمینه باید به نقش تعاملی متغیرها توجه داشت. یافته‌های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی و آسیب‌های روان‌شناختی، با در نظر گرفتن عوامل مؤثر متعدد کمک می‌کند. همچنین پرسش‌های جدیدی را مطرح می‌کند مبنی بر این که چه متغیرهای دیگری می‌توانند در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده ایفا کنند؟ در سطح عملی، نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات شایع و فراگیر افسردگی و اضطرابی می‌تواند امیدبخش باشد. با توجه به هزینه‌های گزاف فردی و اجتماعی که اختلالات افسردگی و اضطرابی دارند؛ شناخت عوامل مؤثر بر آن می‌تواند تا حدود زیادی به متخصصان سلامت روان در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه برای این اختلالات مؤثر باشند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر ایجاب می‌کند که تعمیم، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی با احتیاط صورت گیرد. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که این امر تبیین‌های علت‌شناختی در روابط بین متغیرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. نمونه مورد بررسی این پژوهش گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران بودند. این امر تعمیم نتایج به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و جوامع بالینی را با احتیاط همراه می‌کند. انجام پژوهش‌های مشابه در مورد نمونه‌های مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی، هم محدودیت‌های فوق را تا حدودی برطرف می‌کند و هم مقایسه بین دو گروه عادی و بیمار را میسر می‌سازد.

References

- Adubale, A. A. (2017). Parenting Styles as Predicators of Anxiety and Depression of In-School Adolescents in Nigeria. *Journal of Africa Education Review*, 18, 1- 11.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Altenstein-Yamanaka, D., Zimmermann, J., Krieger, T., Dörig, N., & Grosse Holtforth, M. (2017). Self-reported interpersonal problems and impact messages as perceived by significant others are differentially associated with the process and outcome of depression therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 410- 423.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). *Abnormal psychology: An integrative approach (7th ed)*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Besharat, M. (2014). Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population.
- Besharat, M. A. (2005). Psychometric properties of Depression Anxiety Stress Scale in clinical and community samples.. *Unpublished research report, Tehran: University of Tehran*.
- Besharat, M. A. (2006). Reliability and validity of the mental health inventory. *daneshvar raftar*, 13(16), (Special edition on psychology 6). <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=82431>
- Besharat, M. A. (2007). Psychometric properties of Difficulty in Emotion Regulation Scale *Unpublished research report, Tehran: University of Tehran*.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 79-83.
- Besharat, M. A., & Farahman, H. (2017). The mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between attachment pathologies and symptoms of depression and anxiety.
- Besharat, M. A., Issazadegan, A., Etemadinia, M., Golssanamlou, S., & Abdolmanafi, A. (2014). Risk factors associated with depressive symptoms among undergraduate students. *Asian journal of psychiatry*, 10, 21-26.
- Castro, J., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2017). Perfectionism and negative/positive affect associations: the role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends Psychiatry Psychother*, 39(2), 77-87. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0042>
- Cha, M. (2016). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 88, 148-159.
- Chang, E. C. (2017). Perfectionism and loneliness as predictors of depressive and anxious symptoms in African American adults: Further evidence for a top-down additive model. *Cognitive Therapy and Research*, 41(5), 720-729.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *J Psychopathol Behav Assess*,

- 32(1), 68-82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *The Revised Neo Personality Inventory (neo-pi-r)*. Sage Publications, Inc.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968-980.
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10, 563- 572.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 136.
- Fekadu, N., Shibeshi, W., & Engidawork, E. (2017). Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *Journal of Depression and Anxiety*, 6, 255- 265.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues.
- Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14(6), 559-572.
- 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 and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 115(4), 850-855. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 2, 107-133.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal Personality Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.3.456>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal Consult Clinical Psychology*, 56(6), 885-892. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.885>
- Kiernan, J., Etherton, R., Kiernan, J., & Zavos, P. (2017). *Women with Anxiety and Depression: Out of the Darkness and into the Light*. M. W. H. 4.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression. *Cognit Ther Res*, 41(2), 206-219. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9817-6>

- Lasota, M. T., & Kearney, C. A. (2017). Maladaptive perfectionism and depression and state-trait anxiety: A mediational analysis with self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(4), 346-357.
- Lessin, D. S., & Pardo, N. T. (2017). The impact of perfectionism on anxiety and depression. *Journal of psychology and cognition*, 2(1), 78-82.
- Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *J Abnorm Psychol*, 107(3), 520-526. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.3.520>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*, 119, 46-51.
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress?. *Personality and Individual Differences*, 119, 46- 51.
- Montano, A., Battagliese, G., Borzì, R., Cappelluccio, R., Perrini, F., & Vadalà, R. (2016). Maladaptive Perfectionism and Interpersonal Problems: The Mediating Effect of Emotional Dysregulation in a Clinical Population. *Journal of Psychiatry and Mental Health*, 2, 1-9.
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety Stress Coping*, 20(3), 253-265. <https://doi.org/10.1080/10615800701309279>
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49, 368- 373.
- Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 343-357.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition) ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc*, 46(2), 261-276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Scheffold, K., Philipp, R., Koranyi, S., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Harter, M., & Mehnert, A. (2018). Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliat Support Care*, 16(3), 308-316. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000281>
- Sherry, D. L., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Mushquash, A., & Flett, G. L. (2015). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual*

- Differences*, 76, 104- 110.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2017). Does perfectionism predict depression, anxiety, stress, and life satisfaction after controlling for neuroticism? *Journal of Individual Differences*.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Pers Soc Psychol Rev*, 10(4), 295-319.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Veit, C. T., & Ware, J. E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, 51(5), 730-742.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.5.730>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>

The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation on the Relationship between Dimensions of Perfectionism and Depression and Anxiety Symptoms

^aMohammad Ali Besharat*

^aHadi Farahmand

^bFatemeh Ebrahimi

^aTehran University

^bTarbiat Madares University

Abstract

Purpose: The aim of present study was to examine the mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between dimensions of perfectionism and depression/anxiety symptoms.

Method: The present research was a correlational study with the path analysis model. A total of 528 students at the university of Tehran (274 females, 254 males) were selected by the randomized cluster sampling method. Participants completed the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale, Depression Anxiety Stress Scale, and Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Findings: The results indicated that the hypothesized model had a good fit with the observed data. Other-oriented perfectionism, socially-prescribed perfectionism, and difficulty in emotion regulation showed a significantly positive correlation with depression and anxiety symptoms. Path analysis indicated that the relation between dimension of perfectionism and depression/anxiety symptoms mediated by difficulties in emotion regulation. Considering these variables are important in the prevention, diagnosis and treatment of depression and anxiety symptoms as well as in promoting mental health among general population.

Keywords: Perfectionism, Emotion Regulation, Depression, Anxiety

*. besharat@ut.ac.ir



غنائی چمن آباد، فاطمه؛ بیگدلی، ایمان‌الله؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی روان‌درمانی بدنی بر بهبود و ارتقاء سطح بازداری و توجه دانش‌آموزان ابتدایی.

DOI: 10.22067/tpccp.2021.36796.0

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۲)، ۶۴-۴۵.

بررسی اثربخشی روان‌درمانی بدنی بر بهبود و ارتقاء سطح بازداری و توجه دانش‌آموزان ابتدایی

فاطمه غنائی چمن آباد^۱، ایمان‌الله بیگدلی^۲، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی^۳
تاریخ دریافت: ۹۹/۳/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۹/۶/۳۰ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی بدنی بر بهبود و ارتقاء سطح بازداری و توجه دانش‌آموزان ابتدایی انجام شده است.

روش: طرح پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان ابتدایی ۴ مدرسه دولتی (دو پسرانه- دو دخترانه) در ناحیه ۶ شهر مشهد بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند. ۴۴ نفر از دانش‌آموزان به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه (۲۰ نفر پسر و ۱۰ نفر دختر در گروه آزمایش، ۱۱ نفر پسر و ۱۱ نفر دختر در گروه کنترل) به صورت تصادفی قرار گرفتند. دوره‌ی روان‌درمانی بدنی برای گروه آزمایش در ۳۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به مدت ۳ ماه ارائه گردید و در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای سنجش مورد استفاده در این پژوهش آزمون‌های رایانه‌ای کلمه-رنگ استروپ (word-color Stroop) و عملکرد پیوسته (CPT) بود. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری و t مستقل و به کمک نرم‌افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که دانش‌آموزان گروه آزمایش در مؤلفه‌های آزمون‌های رایانه‌ای استروپ و عملکرد پیوسته، نسبت به گروه کنترل به شکل معناداری عملکرد بهتری داشته‌اند ($p < 0.05$). یافته‌ها حاکی از آن است که روان‌درمانی بدنی روشی مؤثر برای بهبود و ارتقاء سطح بازداری و توجه دانش‌آموزان ابتدایی است.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی بدنی، بازداری، توجه، دانش‌آموزان ابتدایی

۱. کارشناسی ارشد علوم شناختی، دانشگاه فردوسی مشهد، Fa.ghanaeechamanabad@um.ac.ir

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

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه فردوسی مشهد، Rasool1340@yahoo.com

مقدمه

از مهمترین مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی «بازداری»^۱ است که به دو صورت شناختی^۲ و رفتاری^۳ مشخص می‌شود. بازداری شناختی به توانایی سرکوب توجه به محرک‌های غیر مرتبط، واکنش‌ها و تداعی‌ها اطلاق می‌گردد. بازداری رفتاری نیز معادل کنترل حرکات، خصوصاً رفتارهای واکنشی و نامطلوب است (Hosseinzadeh, Mashhadi & et al, 2014). بازداری یک مفهوم اساسی روانشناختی است که دارای تاریخچه‌ای با اهمیت است. مفهوم بازداری نقش اساسی در بسیاری از زمینه‌های تحقیقات روانشناختی، مانند روان‌شناسی رشد، روان‌پزشکی کودک و تحقیقات بالینی در زمینه شخصیت و روان‌شناسی دارد. در روانشناسی شناختی، فرضیه‌ی بازداری نقش مهمی را در زمینه‌های زیادی، مانند توجه و حافظه بازی می‌کند (Koch, Gade, Schuch, & Philipp, 2010). توانایی‌های بازداری به کودکان کمک می‌کند تا محرک‌های بی‌ربط را نادیده بگیرند (Alexander et al., 2002). در روانپزشکی، از اختلال در بازداری نیز به عنوان توضیحی برای تکانشگری^۴، وسواس^۵، نقص توجه^۶، پرخاشگری، اختلال استرس پس از سانحه و تصمیم‌گیری ضعیف استفاده می‌شود (Aron, 2007). بازداری توانایی سرکوب پردازش یا بیان اطلاعات است که می‌تواند در اجرای کارآمد هدف مورد نظر اختلال ایجاد کند. بازداری همچنین با محدود کردن محتوای آگاهی به اطلاعات مرتبط با هدف، نقش مهمی در پردازش شناختی ایفا می‌کند. توانایی بازداری نادیده گرفتن پاسخ‌ها و رفتارهای غالب به نفع پاسخ‌ها و رفتارهای مناسب تر توصیف می‌شود (White, McDermott, Degnan, Henderson & Fox, 2011). یکی از کاربردهای خاص بازداری، سرکوب پردازش اطلاعات گیج‌کننده، در هنگام بروز است (Darowski, Helder, Zacks, Hasher & Hambrick, 2008). بازداری کردن عبارت است از سرکوب یا محدود کردن یک عمل، احساس، فکر یا تمایل (Hooker & Knight, 2006). در بررسی‌های انجام شده این اجماع وجود دارد که بازداری شناختی را باید به عنوان مجموعه‌ای از فرآیندهای کنترل توجه مطرح کنند که به طور فعال باعث سرکوب اطلاعات نامربوط، پاک کردن اقدامات یا افکار بی‌ربط و کاهش حواس‌پرتی برای حفظ هدف در تکالیف یا اطمینان از رفتار منسجم و سازمان یافته می‌شود (Borella, Carretti & Pelegina, 2010). بازداری شناختی شامل توانایی پردازش اطلاعات ضمن بازداری از تأثیر اطلاعات نامربوط یا گیج‌کننده، توانایی‌ای است که برای

-
1. Inhibition
 2. Cognitive
 3. behavioral
 4. Impulsivity
 5. Obsessive-Compulsive Disorder
 6. Attention deficit

رمزگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات از حافظه بلند مدت دارای اهمیت است (Alexander et al., 2002). هنگامی که بازداری ناکارآمد باشد، طیف وسیعی از اطلاعات به حافظه کاری^۱ نفوذ می‌کند و باعث ظهور افکار کمتر مرتبط می‌شود (Radel, Davranche, Fournier & Dietrich, 2015). در کنار تعدادی از عوامل، از جمله دانش شخصی که فرد از مطالب خوانده شده دارد، توانایی نظارت بر درک فرد از متن و تنظیم استراتژی‌های خواندن و حافظه کاری، مکانیسم‌های بازداری کارآمد نیز به درک مطلب کمک می‌کند (Borella et al., 2010). بازداری برای درک مطلب خوانده شده بسیار مهم است زیرا درک موفقیت آمیز مستلزم محدود کردن و سرکوب بازنمایی‌های احتمالی گمراه کننده ناشی از ابهام در هر دو کلمه یا متن کلی است (Christopher et al., 2012). ارتقاء مهارت‌های بازداری باعث می‌شود که دانش آموزان از قوانین کلاس درس پیروی کرده، آرام بنشینند و در صورت نیاز از طریق گوش دادن و مشاهده پیام‌آموزند (Szucs et al., 2008). سوزوس و همکاران (Bierman, Nix, Greenberg, Blair & Domitrovich, 2008). وانگ و همکاران (Wang et al., 2012) و وینگر (Winegar, 2012) به دنبال مطالعاتی، به این نتیجه رسیدند که کودکان با مشکلات یادگیری در درس ریاضی نسبت به کودکانی که عملکرد متوسطی در ریاضیات دارند، در انجام کارهای مربوط به بازداری ضعیف‌تر عمل می‌کنند (Gilmore, Keeble, 2015). بازداری ممکن است در سرکوب راهکارهای نامناسب مانند جمع کردن در هنگام ضرب مورد نیاز باشد یا سرکوب اطلاعات بی‌ربط مانند اطلاعات ناشی از متن یک مسئله که برای خود مسئله بی‌ربط است (Friso-Van Den Bos, Van Der Ven, Kroesbergen & Van Luit, 2013). یکی دیگر از مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی توجه است که به یک سری عملیات پیچیده ذهنی اطلاق می‌شود که شامل تمرکز کردن یا درگیر شدن نسبت به هدف، نگه داشتن یا تحمل کردن و گوش به زنگ بودن در زمان طولانی، رمزگردانی ویژگی‌های محرک و تغییر تمرکز از هدفی به هدف دیگر است. بخش‌های متعدد مغز در پردازش توجه اثر دارند. میزان توجه یادگیرندگان به موضوع درس از عوامل اصلی در امر آموزش و یادگیری است، به طوری که بندورا^۲ تأکید می‌کند که مرحله ابتدایی هر یادگیری، با توجه آغاز می‌شود و اگر توجه کافی نباشد، یادگیری فرد خدشه‌دار می‌گردد (Movahedi & Bayrami, 2017). توجه پایدار یکی از عوامل مهم در روند نوشتن است (Harder, 2006). به طور کلی می‌توان مطرح کرد که توانایی‌های کنش‌های اجرایی برای موفقیت زودهنگام در مدرسه، مهم‌تر از هوش عمومی است (Blair & Raver, 2015). توسعه و رشد کنترل رفتاری، عاطفی و

1. Working Memory

2. Bandura

کارکردهای شناختی در کودکان و نوجوانان به بهبود کارآیی فرآیندهای مغزی مانند حافظه کاری، توجه انتخابی و بازداری بستگی دارد. در طی سال‌های ابتدایی مدرسه، توانایی تنظیم احساسات و کنترل رفتار مناسب برای رسیدن به موفقیت در مدرسه مورد نیاز است (Vuontela et al., 2013)؛ بنابراین، علاقه زیادی به بهبود کنش‌های اجرایی، رشد و توسعه‌ی آن‌ها وجود دارد. روش‌های مختلفی از جمله انواع مختلف آموزش شناختی رایانه‌ای، فعالیت‌های بدنی متنوع (مانند ورزش هوازی، تمرین مقاومت، تمرین هماهنگی، یوگا و ورزش‌های رزمی) و برنامه‌های درسی خاص مورد استفاده قرار گرفته‌اند (Diamond & Ling, 2016).

عدم فعالیت فیزیکی در کودکان به عنوان یکی از مهمترین نگرانی‌های بهداشت عمومی شناخته شده است (Ward, Duncan, Jarden & Stewart, 2016). فعالیت بدنی به هر صورت که ارائه شوند تأثیری مثبت بر کودکان و نوجوانان می‌گذارند، خواه این تأثیر در سازندگی زندگی عاطفی باشد، خواه در رشد شناختی یا رشد اجتماعی (Amirkhani & Salman, 2015). تحقیقات اخیر شواهدی را ارائه می‌دهند که تجربه‌ی فعالیت‌های حرکتی ابتدایی، ممکن است زمینه‌ی شناخت مرتبه بالاتر از جمله کنش‌های اجرایی را ایجاد کند. انجام فعالیت‌های حرکتی به طور منظم در کودکی، احتمالاً باعث فعال شدن و توسعه‌ی کنش‌های اجرایی در ناحیه‌ی پیشانی مغز می‌شود. فعالیت فیزیکی می‌تواند به طور مستقیم بر کنش‌های اجرایی تأثیر بگذارد و موجب توسعه در جنبه‌های مختلف شود (Best, 2010). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که حرکت می‌تواند زمینه‌ی مناسبی را برای توسعه‌ی شناختی فراهم آورد (Balgankar, 2010). حرکت یک حقیقت اساسی زندگی است، تمامی رفتارهای قابل مشاهده‌ی انسان از حرکت بدن تشکیل شده‌اند. ورزش و فعالیت بدنی اثرات مثبتی بر سلامت دارد که به خوبی شناخته شده‌اند. دیپل - هپ^۱ به نقل از وسلز بلوم^۲ بیان می‌کند که حرکت درمانی یک روش روان درمانی است که از هشیاری، بیان و پذیرش بدنی برای تسهیل یکپارچگی فیزیکی، هیجانی، شناختی و معنوی در التیام اختلالات ذهن و بدن استفاده می‌کند (Sarvi, Ghanaei chamanabad & Abdekhodaei, 2012). با توجه به مطالعات انجام شده، روان درمانی بدنی^۳ به عنوان یک فرآیندی است که با استفاده از حرکات، باعث یکپارچگی هیجانی، شناختی، اجتماعی و فیزیکی فرد می‌شود (Pratt, 2004). اصطلاح روان درمانی بدنی به وسیله‌ی انجمن روان درمانی بدنی اروپا (EABP)^۴ در سال ۱۹۹۱ ابداع شد و به عنوان مشخصه‌ای برای همه روان‌درمانی‌هایی که واجد دانش نظری روان‌درمانی، فرا روان‌شناسی و دارای پیشینه‌ای از تکنیک‌ها و مداخلاتی که از نوع بدنی می‌باشند، پذیرفته

1. Dipole - Hep

2. Weselz Bloom

3. Body Psychotherapy

4. European Association for Body Psychotherapy

شده است. افزایش آگاهی از بدن به عنوان یک عنصر حیاتی در پیچیدگی فرآیند درمانی مطرح می‌باشد. در حال حاضر رشته علمی روان‌درمانی بدنی در انجمن روان‌درمانی بریتانیا (UCKP)^۱ به عنوان شاخه‌ای در میان رشته‌های اصلی روان‌درمانی ارائه می‌شود. این به عنوان اصل بنیادی در روان‌درمانی بدنی پذیرفته شد، که نشانه‌های ابتلا به روان‌رنجوری^۲ دارای همبستگی جسمی - روانی می‌باشند؛ بنابراین، تخلیه نباتی برای تکمیل و بهبودی عقده‌های روانی سرکوب شده حیاتی است. روان‌درمانی بدنی یک رویکرد بسیار عمیق است که با عنایت به بخش‌های ناهشیار و از طریق یک رابطه درمانی به یکپارچه‌سازی هشیاری می‌پردازد. برخی از رویکردهای روان‌درمانی بدنی تمرکز بیشتری روی فرآیندهای انرژی نامحسوس و بر روی اظهارات بدن دارند. سایر تکنیک‌های کار با بدن بر خلاف روان‌درمانی بدنی، به عنوان درمان استفاده نمی‌شوند. می‌توان اظهار داشت که، روان‌درمانی بدنی به دلالت‌های روانشناختی و معانی اظهارات بدنی و ارائه مداخله‌های روان‌درمانی بدنی در جهت کاهش شکاف بنیادی بین ذهن و بدن گفته می‌شود (Staunton, 2014). فعالیت‌هایی که محور آن حرکت است، راحت‌ترین و سریع‌ترین مسیر را برای کشف درونی و تحرک قابلیت‌های مغزی انسان فراهم می‌سازد.

افزون بر اینکه حرکات موزون ابزار مؤثری برای آموزش و تمرین مهارت‌های حرکتی پایه فراهم می‌کند، می‌تواند بر فرایندهای شناختی، توجه، ادراک، تمرکز حواس و رشد ارتباط‌های فردی و مهارت‌های اجتماعی نیز اثرگذار باشد (Amirkhani & Salman, 2015). روان‌درمانی بدنی بر تجربیات بدن، آگاهی حسی، حرکت و بیان هیجانی در یک رابطه درمانی تعاملی تمرکز دارد. درمان‌های روان‌شناختی بدن مبتنی بر BPT^۳ به عنوان یک روش استاندارد است که همیشه بر اساس یک چارچوب روان‌درمانی عمومی و براساس یکپارچگی بدن و ذهن استوار است (Winter et al., 2018).

پژوهش‌های اندکی در داخل و خارج کشور وجود دارد که با شیوه و رویکرد روان‌درمانی بدنی درصدد ارتقاء سطح بازداری و توجه دانش‌آموزان (دختر و پسر) در مقطع ابتدایی صورت گرفته باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی بدنی به شیوه‌ی گروهی بر ارتقاء سطح بازداری و توجه دانش‌آموزان اجرا شد و این پژوهش قصد دارد فرضیه‌های زیر را مورد آزمون قرار دهد:

(۱) مداخله روان‌درمانی بدنی می‌تواند بر بهبود و ارتقاء سطح بازداری دانش‌آموزان تأثیر داشته باشد.

(۲) مداخله روان‌درمانی بدنی می‌تواند بر بهبود و ارتقاء سطح توجه دانش‌آموزان تأثیر داشته باشد.

1. United Kingdom Council for Psychotherapy

2. Neuroticism

3. Body Psycho Therapy

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها (طرح پژوهشی) در طبقه‌ی پژوهش‌های شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل جای می‌گیرد. جامعه‌ی آماری در این پژوهش عبارت است از دانش‌آموزان ابتدایی با دامنه‌ی سنی ۷-۱۲ سال از ۴ مدرسه دولتی (دو پسرانه- دو دخترانه) ناحیه ۶ شهر مشهد که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در مدارس عادی مشغول به تحصیل بودند. مدیران مدارس انتخاب شده، از والدین دانش‌آموزان خود برای شرکت در جلسه‌ی توجیهی دعوت به عمل آوردند و در این جلسات توضیحاتی در رابطه با فرایند پژوهش به والدین دانش‌آموزان ارائه گردید و از آن‌ها برای شرکت خودشان و فرزندانشان در پژوهش دعوت به عمل آمد و از بین آن‌ها، دانش‌آموزانی که معیارهای ورود را داشتند به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند؛ سپس آن‌ها به طور تصادفی در دو گروه (آزمایش و کنترل) جای گرفتند. قبل از اعمال متغیر مستقل، هر دو گروه به وسیله‌ی آزمون‌های رایانه‌ای کلمه- رنگ استروپ (Word- Color Stroop) و عملکرد پیوسته (CPT) مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند. سپس در مرحله‌ی بعد گروه آزمایش به مدت ۳ ماه، هفته‌ای ۳ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای (۳۶ جلسه) با حضور در سالن مخصوص روان‌درمانی بدنی در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی کاوش در شهر مشهد، در فرایند روان‌درمانی بدنی مشارکت نمودند اما گروه کنترل در این جلسات شرکت نداشتند. فرایند مداخله توسط درمانگر متخصص در امر روان‌درمانی بدنی مورد تأیید گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد انجام پذیرفت. بلافاصله بعد از اتمام جلسات، گروه آزمایش و کنترل مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند و نتایج ارزیابی‌های انجام شده به والدین دانش‌آموزان ارائه گردید. در انتها برای دانش‌آموزانی که جز گروه کنترل بوده و علاقه‌مند به شرکت در جلسات روان‌درمانی بدنی بودند، این جلسات به مدت ۱ ماه، هفته‌ای ۳ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای (۱۲ جلسه) به طور رایگان برگزار گردید. شرایط ورود آزمودنی‌ها به مطالعه دارا بودن دامنه‌ی سنی ۷ تا ۱۲ سال، تحصیل در مدارس عادی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود و شرایط خروج از مطالعه نیز، مصرف داروهای روانپزشکی توسط دانش‌آموزان در دوره‌ی انجام فرایند پژوهش، عدم تمایل دانش‌آموزان و والدین آن‌ها برای ادامه‌ی همکاری و غیبت بیش از ۳ جلسه به صورت پشت سر هم و غیبت بیش از ۶ جلسه در طول دوره‌ی جلسات روان‌درمانی بدنی بود.

لازم به ذکر است که براساس طرح پژوهش که در زمره‌ی طرح‌های شبه‌آزمایشی است و با توجه به فرمول زیر، حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۲ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{z\alpha^2\delta^2}{d^2} = \frac{1/645 \times 1}{(0/5)^2} = 12$$

در انتهای پژوهش دونفر از دانش‌آموزان گروه کنترل (یک دختر و یک پسر) به دلیل عدم همکاری از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و به این ترتیب نمونه‌ی نهایی مورد پژوهش به ۴۲ نفر تقلیل یافت. میانگین سنی دانش‌آموزان گروه آزمایش ۹/۰۵ و انحراف استاندارد آن ۱/۵۹ و میانگین سنی دانش‌آموزان گروه کنترل ۹/۲۰ و انحراف استاندارد آن ۱/۹۶ بود.

ابزارها

الف) آزمون کلمه - رنگ استروپ (Word- Color Stroop)

این آزمون در سال ۱۹۳۵ توسط رایدلی استروپ^۱ تدوین گردید. این آزمون، امروزه با هدف اندازه‌گیری کنش‌های اجرایی به ویژه بازداری شناختی به کار می‌رود (Homack & Riccio, 2004). در پژوهش حاضر، از نسخه‌ی رایانه‌ای آزمون استفاده شد. در این آزمون ۴۸ کلمه‌ی رنگی همخوان^۲ (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان است؛ رنگ قرمز، زرد، سبز و آبی) و ۴۸ کلمه‌ی رنگی ناهمخوان^۳ (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان نیست؛ به عنوان مثال کلمه ی آبی که با رنگ قرمز نشان داده می‌شود)، با فاصله ارائه محرک ۸۰۰ میلی ثانیه و مدت زمان ارائه محرک ۲۰۰۰ میلی ثانیه ارائه می‌شود (Mashhadi, Hamidi, Soltanifar & Teymoori, 2011). در نخستین تمرین آزمون، کودک می‌بایست با دیدن هر یک از دایره‌های رنگی، کلیدی را که برچسب هم رنگ آن دایره را دارد بر روی صفحه کلید فشار دهد. در دومین تمرین می‌بایست بدون در نظر گرفتن معنی واژه‌ها کلید مطابق با رنگ هر واژه‌ای را که می‌بیند فشار دهد. با اتمام تمرینات آزمودنی وارد مرحله‌ی اصلی می‌شود که مشابه تمرین دوم است. در این آزمون تعداد خطاها، محرک‌های بدون پاسخ، تعداد پاسخ‌های صحیح، زمان واکنش^۴ و نمره‌ی تداخل (حاصل تفاضل زمان واکنش به محرک‌های ناهمخوان و زمان واکنش به محرک‌های همخوان) ثبت و لحاظ می‌گردد (Hosseinzadeh, Mashhadi & et al, 2014). پژوهش‌های انجام شده پیرامون این آزمون نشانگر اعتبار و روایی مناسب آن در سنجش بازداری در بزرگسالان و کودکان می‌باشد (Mashhadi & et al, 2011). اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه‌ای از ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (Hosseinzadeh, Mashhadi & et al., 2014).

ب) آزمون عملکرد پیوسته (CPT)

این آزمون ابتدا در سال ۱۹۵۶، توسط رازولد^۵ و همکارانش با هدف سنجش نگهداری توجه،

1. Ridley Stroop
2. Congruent
3. Incongruent
4. Reaction Time
5. Razvold

مراقبت، گوش به زنگ بودن، توجه متمرکز و هم‌چنین با هدف کنترل تکانه تهیه شده است (Farzadfar, Abdekhodae & Ghanaei Chaman Abad, 2015). نسخه‌ی فارسی آزمون عملکرد پیوسته یک آزمون نرم‌افزاری است که با کمک رایانه انجام می‌شود. این آزمون متشکل از دو مجموعه‌ی محرک (اعداد فارسی و تصاویر) است که هر یک از آن‌ها از ۱۵۰ محرک تشکیل شده است. از این تعداد، ۳۰ محرک (۲۰ درصد از کل محرک‌ها) محرک هدف می‌باشند که از آزمودنی انتظار می‌رود با مشاهده‌ی آن‌ها پاسخ دهد (کلیدی را فشار دهد). فاصله‌ی بین ارائه‌ی دو محرک ۱۰۰۰ میلی ثانیه و مدت ارائه‌ی هر محرک ۲۰۰ میلی ثانیه است. متغیرهایی که از اجرای آنی آزمون به دست می‌آیند، عبارت‌اند از تعداد پاسخ‌های صحیح، تعداد عدم پاسخ‌دهی به محرک هدف (خطای غفلت)^۱، تعداد پاسخ‌دهی به محرک غیر هدف (خطای ارتکاب)^۲ و زمان واکنش به میلی ثانیه (Farzadfar, Abdekhodae & Ghanaei Chamanabad, 2015). ضرایب اعتبار (بازآزمایی) قسمت‌های مختلف آزمون در مطالعه‌ی هادیان فرد، نجاریان، شکرکن و مهرابی زاده (Hadianfar, Najarian, Shokrkon & Mehrabizade, 2003)، که با فاصله‌ی ۲۰ روز روی ۴۳ دانش آموز پسر دبستانی انجام شد؛ در دامنه‌ای بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ قرار دارد. تمام ضرایب محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ همبستگی معناداری دارند. روایی^۳ آزمون با شیوه‌ی روایی سازی ملاکی از طریق مقایسه‌ی گروه بهنجار (۳۰ دانش آموز پسر دبستانی) و بیش‌فعالی همراه با نارسایی توجه (۲۵ دانش آموز پسر دبستانی) انجام گرفت. مقایسه‌ی آماری میانگین دو گروه در قسمت‌های مختلف آزمون، تفاوت معناداری را بین عملکرد این دو گروه نشان داد ($P < 0/001$) (Narimani, Soleymani & Zahed Babolan, 2013).

بسته‌ی جلسات روان‌درمانی بدنی

این پروتکل مطابق با آماده‌سازی کودک برای داشتن تجربه‌ی آزاد بنا شده است، اما حرکت و تمرین از پیش تعیین شده‌ای در برنامه‌ی درمان وجود خواهد داشت. هدف این است که خودآگاهی کودک را به سمت توانایی‌های بالقوه و انعطاف‌پذیر تغییر دهیم (Röhrich, Papadopoulos & Priebe, 2013). درمانگر فرصت می‌داد که کودک از حرکت و تمرین به عنوان یک مدل استفاده نماید و برای انجام هر فعالیت حرکتی که لذت می‌برد، در صورتی که در تضاد با سلامتی وی نباشد از آزادی برخوردار باشد. جلسات روان‌درمانی بدنی برگرفته از پروتکل روهریچت^۴ است. در هر جلسه تغییرات ایجاد شده

1. Omission
2. Commission
3. Validity
4. Röhrich

در مورد حجم تنفسی، نحوه‌ی تنفس صحیح، تنش عضلانی، هماهنگی ریتم تنفس با حرکات و حرکت افقی چشم‌ها نسبت به جلسات قبل بررسی شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله‌ی روان‌درمانی بدنی براساس پروتکل روهریچت

جلسات	شرح جلسات	اهداف شناختی
جلسه اول	خوش‌آمدگویی به شرکت‌کنندگان، آشنایی روان‌درمانگر با شرکت‌کنندگان و سایر شرکت‌کنندگان با یکدیگر، آشنا شدن شرکت‌کنندگان با محیط برگزاری جلسات، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی.	ضروری است که روابط بر پایه‌ی اعتماد بنا شوند و ارتباط و اعتماد در جلسات روان‌درمانی بدنی ایجاد شود.
جلسه دوم تا هفتم	اجرای فعالیت‌های عمومی استاندارد متناسب با نوع برنامه حرکتی به منظور آماده‌سازی بدن و ذهن برای انجام حرکات بدنی و ذهنی مقدماتی، فنون کاملاً مقدماتی دم و بازدم، تمرین‌های ویژه افزایش قدرت و استقامت، تمرین‌های مربوط به تمرکز ذهن، فعالیت‌های مربوط به برگشت به حالت اولیه (سرد کردن).	هماهنگ‌سازی ساخت شناختی و ساختار مغزی کودکان برای مشارکت در اجرای حرکات، توسعه‌ی قابلیت‌های بدنی، آرام‌سازی بدنی، افزایش توجه و تمرکز، سازگاری و تطبیق بدن با محیط اطراف.
جلسه هفتم تا دوازدهم	تمرین‌های ویژه افزایش قدرت و برقراری تعادل و هماهنگی بین اعضای بدن، بازی‌های گروهی، تکنیک‌های ابتدایی کاراته، تمرین‌های مربوط به انعطاف‌پذیری، فعالیت‌های مربوط به برگشت به حالت اولیه (سرد کردن)، حرکت افقی چشم‌ها.	توسعه‌ی قابلیت‌های بدنی، افزایش تمرکز، شناخت خود، احساس انسجام روانی، افزایش خودآگاهی، بهبود و ارتقاء بازداري، تقویت توانمندی‌های فردی، کاهش اضطراب و افسردگی، ارتقاء احساسات خوب.
جلسه دوازدهم تا هفدهم	انجام حرکات ریتمیک، تمرین‌های ویژه افزایش قدرت و برقراری تعادل و هماهنگی بین اعضای بدن، فرصت برای اجرای حرکات کاراته در قالب سرعت و شدت بالا همراه با تولید صوت به منظور انجام فرایند برون‌ریزی کامل، فعالیت‌های مربوط به برگشت به حالت اولیه (سرد کردن).	رلیز دوپامین و ایجاد شادی بیش‌تر، توسعه‌ی قابلیت‌های بدنی، تمرکز ذهن، روان‌تحلیل‌گری به گونه‌ی عملی، آرام‌سازی بدن، افزایش تمرکز، افزایش خودآگاهی، تمرین لذت بردن، افزایش افکار مثبت، تخلیه‌ی بار هیجانی.
جلسه هفدهم تا بیست و دوم	اجرای فرایند دم و بازدم براساس شیوه‌ی ۴، ۶، ۸، اجرای تکنیک‌های پیچیده‌تر کاراته، طناب زدن، فعالیت‌های مربوط به برگشت به حالت اولیه (سرد کردن).	تجربه‌ی آرامش ذهنی-بدنی، افزایش تمرکز ذهن، شناخت خود، افزایش خودآگاهی، تمرین لذت بردن، بهبود و ارتقاء بازداري، تقویت خود نظم‌دهی.
جلسه	اجرای فرایند بازدم با سرعت و شدت بالا همراه با تنیدگی	تجربه‌ی آرامش ذهنی-بدنی، افزایش

بیست و دوم و بیست و هفتم	عضلات شکم، ایجاد فرصت برای هر یک از شرکت کنندگان به گونه‌ای که متناسب با علاقه- شایستگی و میل باطنی خود به مدت ۱۵ دقیقه به اجرای فعالیت‌های بدنی و ذهنی بپردازد، فعالیت‌های مربوط به برگشت به حالت اولیه (سرد کردن).	تمرکز، افزایش خودآگاهی، افزایش لذت روانی، افزایش اعتماد به نفس، تقویت خود نظم دهی، کاهش پرخاشگری و تنیدگی روانی.
جلسه بیست و هفتم تا سی و دوم	آماده سازی بدنی و ذهنی برای انجام حرکات بدنی و ذهنی پیشرفته، اجرای فرایند دم و بازدم براساس شیوه‌ی ۴، ۶، ۸ به گونه ای که فرایند بازدم همراه با تولید صدا انجام شود، فعالیت‌های مربوط به برگشت به حالت اولیه (سرد کردن).	تجربه ی آرامش ذهنی-بدنی، افزایش تمرکز، برون‌ریزی ذهنی و جسمی (نوعی روان‌تحلیل گری عملی)، کاهش تنیدگی.
جلسه سی و دوم تا سی و ششم	انجام فرایند تصویرسازی ذهنی در خصوص فعالیت‌های مهارتی اجرا شده، حرکات ریتمیک، فعالیت‌های مربوط به برگشت به حالت اولیه (سرد کردن)، حرکات افقی چشم.	ارتقاء سطح مهارت‌ها و درگیر شدن در زمان اکنون، تمرین لذت‌بردن، افزایش توجه و تمرکز.

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره و t مستقل) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها در جدول‌های ۳ تا ۷ ارائه شده است. در جدول ۲ فراوانی و درصد فراوانی به تفکیک جنسیت و گروه مشخص شده است.

جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی جنسیت شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل

جنسیت	گروه	فراوانی	درصد
پسر	آزمایش	۱۲	۵۴/۵
	کنترل	۱۰	۵۰
دختر	آزمایش	۱۰	۴۵/۵
	کنترل	۱۰	۵۰

طبق جدول ۲. در گروه آزمایش ۵۴/۵ درصد (۱۲ نفر) پسر، ۴۵/۵ درصد (۱۰ نفر) دختر و در گروه کنترل ۵۰ درصد (۱۰ نفر) پسر، ۵۰ درصد (۱۰ نفر) دختر بودند.

در گروه آزمایش ۱۸/۲ درصد (۴ نفر) و در گروه کنترل ۳۵ درصد (۷ نفر) در پایه اول، در گروه آزمایش ۲۲/۷ درصد (۵ نفر) و در گروه کنترل ۵ درصد (۱ نفر) در پایه دوم، ۲۷/۳ درصد (۶ نفر) در گروه آزمایش و ۱۵ درصد (۳ نفر) در گروه کنترل در پایه سوم، ۹/۱ درصد (۲ نفر) در گروه آزمایش و ۱۰ درصد

(۲ نفر) در گروه کنترل در پایه چهارم، ۱۳/۶ درصد (۳ نفر) در گروه آزمایش و ۲۰ درصد (۴ نفر) در گروه کنترل در پایه پنجم، ۹/۱ درصد (۲ نفر) در گروه آزمایش و ۱۵ درصد (۳ نفر) در گروه کنترل در پایه ششم تحصیلی بودند. نتایج آزمون همگونی کاسکور (χ^2) نشان دهنده‌ی عدم اختلاف توزیع آزمودنی‌ها از لحاظ پایه‌ی تحصیلی در دو گروه است ($\chi^2=4/7, P>0/05$).

الف) با توجه به این که متغیر وابسته از طریق ۸ خرده مقیاس مربوط به آزمون رایانه‌ای کلمه-رنگ استروپ (Word- Color Stroop) در پیش‌آزمون و آزمون نهایی اندازه‌گیری گردید، به منظور آزمون این فرضیه که مداخله روان‌درمانی بدنی می‌تواند بر بهبود و ارتقاء سطح بازداری دانش آموزان تأثیر داشته باشد، می‌بایستی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شود؛ بنابراین، قبل از ارائه نتایج مربوط به این فرضیه، مفروضه‌های این مدل که شامل همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس و همگنی ضرایب رگرسیون است مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن‌ها آمده است. در تمام خرده مقیاس‌ها به جز مؤلفه‌های زمان آزمایش همخوان و تعداد خطای همخوان، همگنی شیب رگرسیون وجود دارد و سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا با توجه به مفروضه‌ها می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده کرد. نتایج آزمون ام باکس نشان‌دهنده‌ی عدم معناداری همگنی ماتریس واریانس کوواریانس است ($\text{Box's } M=127/038, P=0/001$). چون ام باکس معنی‌دار است؛ بنابراین، با توجه به معنادار شدن ($P<0/05$) این ماتریس، از ارزش پیلایی با توجه به مقاوم بودن این ارزش ویژه به مفروضه‌ها، در تحلیل استفاده گردید. آزمون اثر پیلایی نشان می‌دهد که اثر کلی گروه معنادار است ($F=3/040, P<0/05$)؛ بنابراین، بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر بین دو گروه، در یکی از مؤلفه‌های آزمون استروپ تفاوت معنادار است. به منظور بررسی این مسئله که تفاوت مشاهده شده در کدام یک از مؤلفه‌های آزمون است از تحلیل واریانس یک راهه استفاده گردید. ابتدا مفروضه‌ی مربوط به این مدل که همگنی واریانس‌ها است بررسی گردید، که سطح معناداری در تست لون در مؤلفه‌های زمان آزمایش همخوان ($P=0/134$)، زمان آزمایش ناهمخوان ($P=0/672$)، تعداد خطای همخوان ($P=0/255$)، تعداد خطای ناهمخوان ($P=0/364$)، تعداد بدون پاسخ همخوان ($P=0/224$)، تعداد بدون پاسخ ناهمخوان ($P=0/849$)، تعداد صحیح‌های همخوان ($P=0/233$) و تعداد صحیح‌های ناهمخوان ($P=0/472$) از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ بنابراین، مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۳: تحلیل واریانس یک راهه مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های مربوط آزمون**رایانه‌ای کلمه-رنگ استروپ (Word- Color Stroop)**

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
زمان آزمایش	۱۲۹/۲۳	۱	۱۲۹/۲۳	۳/۸۴۲	۰/۰۵۸	۰/۱۰۲
همخوان	۱۱۴۳/۷۰	۳۴	۳۳/۶۴			
زمان آزمایش	۱۱۸/۵۸	۱	۱۱۸/۵۸	۳/۱۷۲	۰/۰۸۴	۰/۰۸۵
ناهمخوان	۱۲۷۱/۱۰	۳۴	۳۷/۳۹			
تعداد خطای	۱۷/۲۳	۱	۱۷/۲۳	۲/۸۳۶	۰/۱۰۱	۰/۰۷۷
همخوان	۲۰۶/۵۶	۳۴	۶/۰۸			
تعداد خطای	۱۳۸/۹۲	۱	۱۳۸/۹۲	۱۳/۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
ناهمخوان	۳۵۷/۱۳	۳۴	۱۰/۵۰			
تعداد بدون پاسخ	۱۲۸/۶۴	۱	۱۲۸/۶۴	۸/۹۵۷	۰/۰۰۵	۰/۲۰۹
همخوان	۴۸۸/۳۰	۳۴	۱۴/۳۶			
تعداد بدون پاسخ	۱۱۵/۶۱	۱	۱۱۵/۶۱	۱۱/۳۹۹	۰/۰۰۲	۰/۲۵۱
ناهمخوان	۳۴۴/۸۴	۳۴	۱۰/۱۴			
تعداد	۲۴۰/۰۳	۱	۲۴۰/۰۳	۸/۱۴۱	۰/۰۰۷	۰/۱۹۳
صحیح‌های همخوان	۱۰۰۲/۴۷	۳۴	۲۹/۴۸			
تعداد	۵۰۷/۹۹	۱	۵۰۷/۹۹	۱۸/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
صحیح‌های ناهمخوان	۹۳۵/۹۹	۳۴	۲۷/۲۵۹			

طبق جدول ۳، از بین ۸ مؤلفه‌ی آزمون رایانه‌ای استروپ مؤلفه‌های مربوط به تعداد خطای ناهمخوان

($P=۰/۰۰۱$)، تعداد بدون پاسخ همخوان ($P=۰/۰۰۵$)، تعداد بدون پاسخ ناهمخوان ($P=۰/۰۰۲$)،

تعداد صحیح‌های همخوان ($P=۰/۰۰۷$) و تعداد صحیح‌های ناهمخوان ($P=۰/۰۰۱$) معنادار شده‌اند.

جدول ۴: میانگین نمره‌های تعدیل شده پس آزمون مؤلفه‌های آزمون رایانه‌ای کلمه-رنگ استروپ**(Word- Color Stroop)**

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد
تعداد خطای ناهمخوان	آزمایش	۰/۸۹۴	۰/۷۰۳

۰/۷۳۹	۴/۶۶۷	کنترل	
۰/۸۲۲	۱/۳۱۹	آزمایش	تعداد بدون پاسخ همخوان
۰/۸۶۴	۴/۹۵۰	کنترل	
۰/۶۹۱	۳/۱۷۰	آزمایش	تعداد بدون پاسخ ناهمخوان
۰/۷۲۶	۶/۶۱۳	کنترل	
۱/۱۷۸	۴۵/۳۳۸	آزمایش	تعداد صحیح‌های همخوان
۱/۲۳۷	۴۰/۳۷۸	کنترل	
۱/۱۳۸	۴۳/۹۳۶	آزمایش	تعداد صحیح‌های ناهمخوان
۱/۱۹۶	۳۶/۷۲۱	کنترل	

طبق جدول ۴، میانگین تعدیل شده برای مؤلفه‌هایی که معنادار شده، درج شده است. همان‌طور که این جدول نشان می‌دهد فرضیه‌ی اول پژوهشی در ۵ مؤلفه مورد تأیید قرار گرفته است؛ بنابراین، مداخله روان‌درمانی بدنی توانایی کاهش تعداد خطای ناهمخوان، تعداد بدون پاسخ همخوان، تعداد بدون پاسخ ناهمخوان و افزایش تعداد صحیح‌های همخوان و ناهمخوان را در این آزمون دارد. این روش مداخله توانسته است اثر مثبتی در جهت ارتقاء سطح بازداری دانش‌آموزان گروه آزمایش داشته باشد.

ب) با توجه به این که متغیر وابسته از طریق ۴ خرده مقیاس مربوط به آزمون رایانه‌ای عملکرد پیوسته (CPT) در پیش آزمون و آزمون نهایی اندازه‌گیری گردید، به منظور آزمون این فرضیه که مداخله روان‌درمانی بدنی می‌تواند بر بهبود و ارتقاء سطح توجه دانش‌آموزان تأثیر داشته باشد، می‌بایستی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شود؛ اما به دلیل عدم رعایت مفروضه‌های مدل که شامل همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس و همگنی ضرایب رگرسیون است، از آزمون t مستقل برای معناداری تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد؛ بدین منظور ابتدا مفروضه‌ی t مستقل که همگنی واریانس‌ها است بررسی شد که سطح معناداری در تست لون در مؤلفه‌های تعداد پاسخ خطای ارائه، تعداد پاسخ حذف، تعداد پاسخ صحیح و زمان پاسخ از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ بنابراین، مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۵: مقایسه پیش آزمون و پس آزمون در مؤلفه‌های مربوط به آزمون رایانه‌ای عملکرد پیوسته

CPT) در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر		میانگین تفاضل	خطای استاندارد تفاضل	t	درجه آزادی	سطح معناداری
تفاضل تعداد پاسخ خطای ارائه‌ی پیش‌آزمون از پس‌آزمون	آزمایش	۳/۴۴	۱/۳۰	۲/۶۶	۴۰	۰/۰۱۱
	کنترل	۳/۴۴	۱/۲۷			
تفاضل تعداد پاسخ حذف پیش‌آزمون از پس‌آزمون	آزمایش	۱/۸۴	۰/۸۰	۲/۳۱	۴۰	۰/۰۲۶
	کنترل	۱/۸۴	۰/۸۱			
تفاضل تعداد پاسخ صحیح پیش‌آزمون از پس‌آزمون	آزمایش	-۵/۲۸	۱/۸۳	-۲/۸۸	۴۰	۰/۰۰۶
	کنترل	-۵/۲۸	۱/۸۰			
تفاضل زمان پاسخ پیش‌آزمون از پس‌آزمون	آزمایش	۳۸۵/۷۸	۲۵۴/۸۳	۱/۵۱	۴۰	۰/۱۳۸
	کنترل	۳۸۵/۷۸	۲۶۵/۹۷			

طبق جدول ۵، از بین ۴ مؤلفه‌ی مربوط به آزمون رایانه‌ای عملکرد پیوسته (CPT) سه مؤلفه بین دو گروه، تفاوت معنادار را نشان می‌دهد؛ بنابراین، مداخله‌ی روان‌درمانی بدنی توانایی افزایش تعداد پاسخ‌های صحیح ($P=0/006$) و کاهش تعداد پاسخ خطای ارائه ($P=0/011$) و کاهش تعداد پاسخ حذف ($P=0/026$) را در این آزمون دارد و این روش مداخله توانسته است اثر مثبتی در جهت ارتقاء توجه دانش‌آموزان گروه آزمایش داشته باشد.

نتیجه

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که مداخله‌ی روان‌درمانی بدنی می‌تواند منجر به بهبود و ارتقاء سطح بازداري و توجه دانش‌آموزان ابتدایی شود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری و t مستقل نشان داد که بین دانش‌آموزان گروه کنترل و آزمایش در مؤلفه‌های تعداد خطای ناهمخوان، تعداد بدون پاسخ همخوان، تعداد بدون پاسخ ناهمخوان، تعداد صحیح‌های همخوان و ناهمخوان آزمون رایانه‌ای کلمه-رنگ استروپ تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین بین دانش‌آموزان گروه کنترل و آزمایش در مؤلفه‌های تعداد پاسخ‌های صحیح، تعداد پاسخ خطای ارائه و تعداد پاسخ حذف آزمون رایانه‌ای عملکرد پیوسته تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، براساس یافته‌های مذکور فرضیه‌های این پژوهش تأیید می‌شوند. نتایج پژوهش‌های تسای و همکاران (Tsai et al., 2016)، تأیید می‌نماید که فعالیت‌های بدنی، آمادگی جسمانی و ورزش‌های هوازی تاثیر مثبتی بر مهارت بازداري دارد. ضمناً در این پژوهش مهارت بازداري کودکان با آزمون

رایانه‌ای فلنکر^۱ سنجیده شده بود (Tsai et al., 2017)؛ نتیجه به دست آمده از پژوهش تسای با نتیجه‌ی این پژوهش همسو است. گپین و همکاران (Gapin et al., 2015)، مطرح کردند که ورزش می‌تواند باعث بهبود در دانشجویان مبتلا به کمبود توجه و بیش‌فعالی شود (Gapin, Labban, Bohall, Wooten & Chang, 2015) که با نتایج حاصل از این پژوهش همسو است. در مقابل، پینداس و همکاران (Pindus et al., 2016) در پژوهشی به بررسی تأثیر فعالیت‌های بدنی متوسط تا شدید بر روی بازداری کودکان بهنجار پرداختند و به این نتیجه رسیدند که فعالیت‌های بدنی تأثیر معناداری بر بازداری پاسخ ندارد (Pindus et al., 2016).

در پژوهش دیگری که ویرت و همکاران (Verret et al., 2012) بر روی ۲۱ کودک مبتلا به کمبود توجه/بیش‌فعالی انجام داده بودند، مشاهده کردند که فعالیت بدنی، عملکردهای شناختی و رفتاری کودکان را بهبود می‌بخشد. همچنین، آن‌ها متوجه شدند که پردازش اطلاعات، جستجوی بصری و توجه پایدار شنیداری این کودکان بعد از مداخله‌ی انجام شده، رشد و بهبود داشته است (Verret, Guay, Berthiaume, & Mahon, 2012) که با نتایج حاصل از این پژوهش همسو است. ماهون و همکاران (Mahon et al., 2013) به دنبال پژوهش خود مطرح کردند که فعالیت‌های بدنی منجر به عملکرد ضعیف‌تر در آزمون رایانه‌ای عملکرد پیوسته به لحاظ خطای حذف در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و بدون بیش‌فعالی، همچنین زمان واکنش در کودکان بیش‌فعال می‌شود (Mahon et al., 2013). لامبورن و همکاران (Lambourne et al., 2010)، در پژوهشی نشان دادند که فعالیت‌های بدنی و مهارت‌های حرکتی نمی‌توانند بر رشد عملکرد کودکان بهنجار و توجه پیوسته آن‌ها تأثیر معناداری داشته باشد (Lambourne, Audiffren, & Tomporowski, 2010). عبدی و همکاران (Abdi et al., 2016) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی تمرینات ذهن‌آگاهی بر کنش‌های اجرایی دانش‌آموزان ابتدایی انجام دادند و نشان دادند که ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری را در مؤلفه‌های تعداد پاسخ صحیح، تعداد پاسخ خطای ارائه و تعداد پاسخ حذف آزمون رایانه‌ای عملکرد پیوسته بین گروه‌های آزمایش و کنترل در رابطه با نتایج پس آزمون ایجاد نمی‌کند و به طور کلی بیان داشتند که ذهن‌آگاهی توانایی اثربخشی بر روی ابعاد مختلف توجه را ندارد و فقط تفاوت معناداری را در مؤلفه‌ی زمان پاسخ بین گروه‌های آزمایش و کنترل در رابطه با نتایج پس آزمون به وجود می‌آورد و منجر به کاهش زمان پاسخ می‌شود (Abdi, Chalabianloo & Jabari, 2016).

به اعتقاد درمانگران نوروسایکولوژیست، مغز این آمادگی را دارد که از طریق تحریک‌های حاصله از محیط‌های یادگیری تغییر یابد، به این صورت که براساس تحریکاتی که از محیط‌های آموزشی، اجتماعی

و روان‌شناختی دریافت می‌کند، قادر به تغییر خواهد بود (Tashakor Golestani, 2014). حرکت درمانی علمی است که شامل استفاده از ارتباط غیرکلامی از طریق حرکت و تلفیق با تمرین‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی می‌شود. در واقع نوعی روان‌درمانی است که بیان روانی- حرکتی را به عنوان روش اصلی خود مورد استفاده قرار می‌دهد. فرض اساسی این رویکرد این است که حرکات بدنی، بازتاب حالت‌های هیجانی درونی هستند و تغییر در حرکات می‌تواند منجر به تغییرات در روان و افزایش سلامتی شود (Wessels, 2004). ثابت شده است که ورزش با ایجاد دگرگونی‌های عصبی، کنش مغز و سلامت روانی را افزایش می‌دهد. کنش عصبی-زیستی انسان با سبک زندگی فعال و غیرفعال او مرتبط است؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که فعالیت بدنی محرک مهمی برای سازگاری‌های عصبی مغز در تمامی گروه‌های سنی باشد (Helmich et al., 2010). بروسنان و همکاران (Brosnan et al., 2002) در پژوهشی به آموزش بازداري پاسخ، توجه پایدار و حافظه‌ی کاری براساس فعالیت‌های حسی- حرکتی که موجب تقویت پیوندهای عصبی در کنش‌های قطعه‌ی پیشانی می‌شوند، در کودکان با اختلالات یادگیری پرداختند. نتایج آموزش چند ماهه آن‌ها، بهبود نمره‌های تحصیلی و تقویت کنش‌های اجرایی در این دانش‌آموزان بود. هاتن لوچر (Hutton-Loucher, 2002) در پژوهشی به بررسی تأثیر تجربیات حرکتی بر فعالیت مغزی پرداخت. وی نتیجه گرفت که رشد سیستم عصبی که به صورت ژنتیکی برنامه‌ریزی شده است، به وسیله‌ی تجربه در حال وقوع نیز شکل می‌گیرد. تجربه نیز نقش خود را از طریق چگونگی فعال شدن ژن‌ها، تولید پروتئین و ارتباطات درونی بین سیستم نورونی ایفا می‌کند (Tashakor Golestani, 2014).

در این پژوهش مانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است دانش‌آموزان شرکت‌کننده دارای دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال بوده‌اند؛ بنابراین، باید در تعمیم نتایج به دست آمده به سایر سنین محتاط بود. همچنین می‌توان به عدم انجام مطالعات پیگیری به علت محدودیت زمانی اشاره کرد. به همین جهت برای اظهار نظر قطعی‌تر در مورد نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که مطالعات پیگیری به منظور مشخص کردن پایداری تأثیرات انجام پذیرد.

به طور کلی این طرح پژوهشی توانست الگوی مناسبی را برای ارتقاء و بهبود سطح بازداري و توجه دانش‌آموزان ابتدایی ارائه دهد. در پژوهش‌های مختلف ثابت شده است که مسائل روانشناختی در نتیجه‌ی بدکارکردی سیستم عصبی به وجود می‌آیند؛ بنابراین، با توجه به نتایج این پژوهش، اگر از روش‌های مداخله‌ای مانند روان‌درمانی بدنی برای ایجاد تغییراتی در کنش سیستم عصبی استفاده گردد، مشکلات عصب روانشناختی را می‌توان به نحو مطلوب‌تری مدیریت نمود، لذا پس از اتمام دوره‌های روان‌درمانی

بدنی، براساس نتایج حاصل شده بهبودهایی در سطح بازداری و توجه دانش‌آموزان مشاهده شد که گواهی بر تغییرات مطلوب در کنش سیستم عصبی است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد فاطمه غنائی چمن آباد، دانش‌آموخته‌ی دانشگاه فردوسی مشهد است که پس از تأیید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی و بدون حمایت مالی سازمان‌های دولتی و غیردولتی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. پژوهشگران مراتب تشکر و سپاسگزاری را از مسئولین آموزش و پرورش شهر مشهد، اولیاء مدارس، دانش‌آموزان و خانواده‌های گرامی شرکت‌کننده در این پژوهش، اعلام می‌دارند.

References

- Abdi, R., Chalabianloo, G., & Jabari, G. (2016). Effect of mindfulness practices on executive functions of elementary school students. *Practice in Clinical Psychology*, 4(1), 9-16 .
- Alexander, K. W., Goodman, G. S., Schaaf, J. M., Edelstein, R. S., Quas, J. A., & Shaver, P. R. (2002). The role of attachment and cognitive inhibition in children's memory and suggestibility for a stressful event. *Journal of Experimental Child Psychology*, (4)83, 262-290.
- Amirkhani, M., & Salman, Z. (2015). Investigating the effect of teaching a course of selected rhythmic movements and computer games on the social intelligence of adolescent girls. *Journal of Sports Management and Motor Behavior*, 12 (24), 213-226. (In Persian).
- Aron, A. R. (2007). The neural basis of inhibition in cognitive control. *The neuroscientist*, 13(3), 214-228 .
- Balgaonkar, A. V. (2010). Effect of dance/motor therapy on the cognitive development of children. *International Journal of Arts and Sciences*, 3(11), 54-72 .
- Best, J. R. (2010). Effects of physical activity on children's executive function: Contributions of experimental research on aerobic exercise. *Developmental Review*, 30(4), 331-351 .
- Bierman, K. L., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Blair, C., & Domitrovich, C. E. (2008). Executive functions and school readiness intervention: Impact, moderation, and mediation in the Head Start REDI program. *Development and psychopathology*, 20(3), 821-843 .
- Blair, C., & Raver, C. C. (2015). School readiness and self-regulation: A developmental psychobiological approach. *Annual review of psychology*, 66, 711-731 .
- Borella, E., Carretti, B., & Pelegrina, S. (2010). The specific role of inhibition in reading comprehension in good and poor comprehenders. *Journal of Learning disabilities*, 43(6), 541-552 .
- Christopher, M. E., Miyake, A., Keenan, J. M., Pennington, B., DeFries, J. C., Wadsworth, S. J., . . . Olson, R. K. (2012). Predicting word reading and comprehension with executive function and speed measures across development: a latent variable analysis. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(3), 470 .
- Darowski, E. S., Helder, E., Zacks, R. T., Hasher, L., & Hambrick, D. Z. (2008). Age-related differences in cognition: The role of distraction control. *Neuropsychology*, 22(5), 638 .
- Diamond, A., & Ling, D. S. (2016). Conclusions about interventions, programs, and approaches

- for improving executive functions that appear justified and those that, despite much hype, do not. *Developmental cognitive neuroscience*, 18, 34-48 .
- Farzadfard, S. A., Abdekhodae, M. S., & Ghenaee Chaman Abadi, A. (2015). Effectiveness of combined purposeful play therapy and narrative therapy on pre-school children's attention and concentration. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(5), 222-228 .
- Friso-Van Den Bos, I., Van Der Ven, S. H., Kroesbergen, E. H., & Van Luit, J. E. (2013). Working memory and mathematics in primary school children: A meta-analysis. *Educational research review*, 10, 29-44 .
- Gapin, J. I., Labban, J. D., Bohall, S. C., Wooten, J. S., & Chang, Y.-K. (2015). Acute exercise is associated with specific executive functions in college students with ADHD: A preliminary study. *Journal of sport and Health science*, 4(1), 89-96 .
- Gilmore, C., Keeble, S., Richardson, S., & Cragg, L. (2015). The role of cognitive inhibition in different components of arithmetic. *Zdm Mathematics Education*, 47(5), 771-782 .
- Harder, L. L. (2006). The relation between executive functions and written expression in college students with attention deficit hyperactivity disorder, Unpublished Ph.D dissertation, The University of Texas at Austin.
- Helmich, I., Latini, A., Sigwalt, A., Carta, M. G., Machado, S., Velasques, B., . . . Budde, H. (2010). Neurobiological alterations induced by exercise and their impact on depressive disorders. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, (6), 115-125 .
- Homack, S., & Riccio, C. A. (2004). A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. *Archives of clinical Neuropsychology*, 19(6), 725-743 .
- Hooker, C. I., & Knight, R. T. (2006). "The role of lateral orbitofrontal cortex in the inhibitory control of emotion," in *The Orbitofrontal Cortex*, eds D. H. Zald and S. L. Rauch (New York, NY: Oxford University Press), 307-324.
- Hosseinzadeh, Z., Mashhadi, A., Ghanaei Chaman Abad, A., Soltanifar, A., Moharrari, F., Hosseini, Z., & Hosseinzadeh Maleki, H. (2014). Combining parental education and working memory training on the executive function of inhibition in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 3 (2), 95-114. (In Persian).
- Koch, I., Gade, M., Schuch, S., & Philipp, A. M. (2010). The role of inhibition in task switching: A review. *Psychonomic bulletin & review*, 17(1), 1-14 .
- Lambourne, K., Audiffren, M., & Tomporowski, P. D. (2010). Effects of acute exercise on sensory and executive processing tasks. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7), 1396-1402 .
- Mahon, A. D., Dean, R. S., McIntosh, D. E., Marjerrison, A. D., Cole, A. S., Woodruff, M. E., & Lee, M. P. (2013). Acute exercise effects on measures of attention and impulsivity in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3(2), 65 .
- Mashhadi, A., Hamidi, N., Soltanifar, A., & Timoori, S. (2011). Response inhibition in Children with Autism Spectrum Disorders Computerized Stroop test. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 1 (2), 87-104. (In Persian).
- Movahedi, Y., & Bayrami, B. (2017). The Effect of Neuropsychological Rehabilitation on the Improvement of Cognitive Function (Attention) in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Social Cognition*, 2(12), 9-20. (In Persian).
- Narimani, M., Soleymani, E., & Zahed Babolan, A. (2013). The Comparison the Effectiveness of

- Executive Functionals and Play Therapy on Improving of Working Memory, Attention Care and Academic Achievement in Students with Math Learning Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 4(20), 1-16. (In Persian).
- Pindus, D. M., Drollette, E. S., Scudder, M. R., Khan, N. A., Raine, L. B., Sherar, L. B., ... Hillman, C. H. (2016). Moderate-to-vigorous physical activity, indices of cognitive control, and academic achievement in preadolescents. *The Journal of pediatrics*, 173, 136-142.
- Pratt, R. R. (2004). Art, dance, and music therapy. *Physical medicine and rehabilitation clinics*, 15(4), 827-841.
- Radel, R., Davranche, K., Fournier, M., & Dietrich, A. (2015). The role of (dis) inhibition in creativity: Decreased inhibition improves idea generation. *Cognition*, 134, 110-120.
- Röhrich, F., Papadopoulos, N., & Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of affective disorders*, 151(1), 85-91.
- Sarvi, M., & Ghanaei Chaman Abad, A. (2012). The interaction effectiveness of body psychotherapy and biofeedback on the neuropsychological action of selfesteem and emotional intelligence in mothers of children with special learning disabilities. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 4(56), 23-314. (In Persian).
- Staunton, T. (2014). *Body Psychotherapy*: Taylor & Francis.
- Tashakor Golestani, N., Ghanaei Chaman Abad, A., & Mashhadi, A. (2014). Affect of body psycho therapy on improvement executive functions and decrease attention and hyperactivity signs in derelict children (Master), *Ferdowsi University of Mashhad-International Campus*. (In Persian).
- Tsai, Y.-J., Hung, C.-L., Tsai, C.-L., Chang, Y.-K., Huang, C.-J & Hung, T.-M. (2017). The relationship between physical fitness and inhibitory ability in children with attention deficit hyperactivity disorder: An event-related potential study. *Psychology of Sport and Exercise*, 31, 149-157.
- Verret, C., Guay, M.-C., Berthiaume, C., Gardiner, P., & Béliveau, L. (2012). A physical activity program improves behavior and cognitive functions in children with ADHD: an exploratory study. *Journal of attention disorders*, 16(1), 71-80.
- Vuontela, V., Carlson, S., Troberg, A.-M., Fontell, T., Simola, P., Saarinen, S., & Aronen, E. T. (2013). Working memory, attention, inhibition, and their relation to adaptive functioning and behavioral/emotional symptoms in school-aged children. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(1), 105-122.
- Ward, J. S., Duncan, J. S., Jarden, A., & Stewart, T. (2016). The impact of children's exposure to greenspace on physical activity, cognitive development, emotional wellbeing, and ability to appraise risk. *Health & place*, 40, 44-50.
- Wessels-Bloom, S. L. (2004). Dancing for life: An exploration of the effectiveness of dance-movement therapy as an intervention for HIV. *University of Johannesburg*.
- White, L. K., McDermott, J. M., Degnan, K. A., Henderson, H. A., & Fox, N. A. (2011). Behavioral inhibition and anxiety: The moderating roles of inhibitory control and attention shifting. *Journal of abnormal child psychology*, 39(5), 735-747.
- Winter, D., Malighetti, C., Cipolletta, S., Ahmed, S., Benson, B., & Röhrich, F. (2018). Construing and body dissatisfaction in chronic depression: a study of body psychotherapy. *Psychiatry Research*, 270, 845-851.

The Effectiveness of Body Psychotherapy on Improving the Level of Inhibition and Attention of Elementary Students

^aFatemeh Ghanaei chamanabad

^a Imanollah Bigdel*

^{ba} Seyyed Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei

^a Ferdowsi University of Mashhad

^b Tarbiat Modares University

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Body Psychotherapy on improving the level of inhibition and attention of elementary students.

Method: The study design was quasi-experimental with pre-test, post-test and control group. The statistical population of the study consisted of elementary students studying at four public schools (2 boy specific - 2 girl specific) in Mashhad during 2018-2019 school year. Using Convenience sampling method, 44 elementary students were selected and randomly assigned to two groups (12 boys and 10 girls in the experimental group, 11 boys and 11 girls in the control group). The experimental group received thirty-six 60-min sessions of Body Psychotherapy for three months during which the control group was placed on the waiting list. The measuring tools used in this study were computerized tests of Word-Color Stroop and Continuous Performance. Data were analyzed using MANCOVA and independent t-test.

Findings: The results showed that students in the experimental group significantly outperformed those in control group in the components of Word-Color Stroop and CPT tests ($p < 0.05$). The findings suggest that Body Psychotherapy is an effective way to improve the level of inhibition and attention of elementary students.

Keywords: Body Psychotherapy, Inhibition, Attention, Elementary Students

* . ibigdeli@um.ac.ir



ایزانلو، هادی؛ شهابی زاده، فاطمه؛ حجت، سید کاوه؛ سید عبدالمجید، بحرینیان (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خلقی / اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۲)، ۸۸-۶۵. DOI: 10.22067/tpccp.2021.67390.1001

اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خلقی / اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی

هادی ایزانلو^۱، فاطمه شهابی زاده^۲، سید کاوه حجت^۳، سید عبدالمجید بحرینیان^۴

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۳ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: افسردگی در بین نوجوانان در حال افزایش است و می تواند به صورت چشمگیری عملکردها را مختل کند؛ لذا، هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی در مقابل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خلقی / اضطرابی و اندیشناکی نوجوانان افسرده اقدام کننده به خودکشی است.

روش: سی نوجوان دختر نوجوان افسرده که با مشکل اقدام به خودکشی به واحد اورژانس از اول آبان تا ۱۵ اسفند ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند به روش هدفمند و پس از داشتن ملاک های شمول وارد پژوهش شدند و پرسشنامه ها تکمیل شدند. شرکت کنندگان پس از انتخاب به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (۱۰ نفری) تقسیم شدند. یک گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی و گروه دیگر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ده جلسه انفرادی دریافت کردند. ابزارهای پژوهش مقیاس افسردگی بک-۲، مقیاس پاسخ نشخواری، مقیاس تشخیصی علائم خلقی و اضطرابی و پرسشنامه اضطراب بک بودند. جهت تحلیل داده ها از تحلیل واریانس تک و چند متغیره با اندازه گیری مکرر و نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها: هر دو مداخله اثر معنی داری بر کاهش نشانه های خلقی / اضطراب و اندیشناکی داشته است و در طول دوره پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است.

واژه های کلیدی: شناختی رفتاری، اندیشناکی، شناخت درمانی، ذهن آگاهی، افسردگی، علائم خلقی و اضطرابی، بلا تکلیفی، تحمل ابهام

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی. بیرجند، ایران، izanloo.hadi@yahoo.com

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

۳. دانشیار روانپزشکی گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، شاخه پزشکی خواب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. استاد تمام روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

مقدمه

نوجوانی مرحله مهمی از رشد است که با آشفتگی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی همراه است (Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018). افسردگی به ویژه در دختران (Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018) و در میان نوجوانان در حال افزایش است (Kuringe et al., 2019; Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). در این راستا سازمان بهداشت جهانی^۱ میزان ابتلا به افسردگی را در سال ۲۰۱۵ حدود ۴/۴ درصد بیان کرده است (Lim et al., 2018). افسردگی می‌تواند به صورت چشمگیری عملکردها را مختل کند و مسیر رشد روانی را منحرف سازد (Mullarkey, Marchetti, & Beevers, 2019) و از سوی دیگر از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی است (Carballo et al., 2019) و در بین نوجوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله دومین علت اصلی مرگ و میر است (Lim et al., 2018). یکی از اصلی‌ترین علائم افسردگی در نوجوانان، علائم خلقی چون غمگینی (Mullarkey et al., 2019) و کاهش عاطفه مثبت (از جمله فقدان علاقه و لذت) (Uhl, Halpern, Tam, Fox, & Ryan, 2019) است، افزون بر آن افکار خودکشی^۲ به عنوان عامل اختصاصی افسردگی با کاهش عاطفه مثبت، به ویژه در دختران نوجوان همراه است (Heininga et al., 2019)؛ لذا، با توجه به مطالب فوق و و اینکه افسردگی دارای ابعاد شناختی و هیجانی است، در مطالعه حاضر جهت مطالعه نوجوانان افسرده، شاخص‌های هیجانی (برانگیختگی اضطرابی و فقدان لذت) و شناختی (اندیشناکی^۳) افسردگی هدف قرار گرفت.

اندیشناکی به عنوان یک مؤلفه فراتشخیصی (Garnefski & Kraaij, 2018) و عامل زیربنایی اضطراب و افسردگی (Yapan, Türkçapar, & Boysan, 2020) از مهمترین مؤلفه‌های سبب‌شناسی و نگهدارنده افسردگی است. هر چند در مجموع تعامل بین اضطراب و افسردگی بیش از نقش هر کدام به تنهایی با افکار خودکشی مرتبط است (Khansa et al., 2019) و نوجوانانی که در پاسخ به خلق افسرده و عاطفه منفی از اندیشناکی استفاده می‌کنند، دوره‌های شدیدتری از حالت خلق غمگین (Zuzama, Fiol, Veny, Roman-Juan, & Balle, 2020)، اضطراب (Chen, Pu, Shi, & Zhou, 2020)، افکار و تمایلات خودکشی (Rogers & Joiner, 2017) و اقدام به خودکشی (Sharaf, Lachine, & Thompson, 2018) را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، یافته‌ها تأیید می‌کنند که اندیشناکی منجر به حفظ و افزایش عاطفه منفی^۴ در بین نوجوانان می‌شود (Volkaert, Wante, Van Beveren, Vervoort, & Braet, 2019)؛ لذا، با توجه به

1. World Health Organization

2. Suicidal Thoughts

3. Rumination

4. Negative Emotion

اهمیت اندیشناکی در آسیب‌شناسی افسردگی، به نظر می‌رسد یکی از راه‌های بالقوه برای افزایش اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری، پرداختن به علائم باقی مانده چون اندیشناکی است که خطر بالقوه برای عود افسردگی محسوب می‌شود (Bessette et al., 2020).

درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی^۱ (RFCBT) درمانی است که با اصلاح نحوه و فرآیند تفکر (تحلیل کارکردی و راهبردهای رفتاری)، به جای تمرکز بر محتوای فکر و چالش با آن، به طور اختصاصی به اندیشناکی می‌پردازد (Watkins, 2016) و افراد را از سبک تفکر غیر سازنده (فکر کردن کلی، ارزشی و انتزاعی) به سمت سبک فکری سازنده (افکار خاص، عینی و توصیفی و توجه به تمامی جزئیات ابعاد یک رویداد) سوق می‌دهد. گرچه به نظر می‌رسد مطالعه‌ای تاکنون برای کاربرد این درمان در افراد افسرده‌ای که اقدام به خودکشی کرده‌اند، انجام نشده است؛ لیکن تأثیر آن بر افسردگی (Hvenegaard et al., 2020) و مؤلفه‌های آن به خصوص اندیشناکی (Cook & Watkins, 2016; Topper, Emmelkamp, Watkins, & Ehring, 2017) و نیز نشانه‌های اضطرابی (Feldhaus et al., 2020)، مورد تأیید واقع شده است؛ بنابراین، با در نظر گرفتن شواهد مذکور و اینکه در افراد افسرده، میزان افکار منفی تکراری و اندیشناکی نسبت به گروه غیر افسرده، در سطح بالاتری است، و یک عامل خطر مهم و بالقوه برای رفتارهای آسیب رسان است (Law & Tucker, 2018; Rogers & Joiner, 2017)؛ لذا، می‌توان انتظار داشت درمان متمرکز اندیشناکی بتواند در میان نوجوانان افسرده اقدام‌کننده به خودکشی مؤثر باشد. به هر حال در پژوهش حاضر، جهت مشخص شدن اثربخشی و کارآمدی RFCBT، این مداخله با گروه فعال کنترل^۲ (ACC) (درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ MBCT) در یک کارآزمایی بالینی در دوره پیگیری مقایسه شد که در ادامه به چرایی انتخاب مداخله دوم و چگونگی آن پرداخته می‌شود.

ذهن آگاهی^۴ نقطه مقابل اندیشناکی (Jury & Jose, 2019) است و می‌تواند با کاهش اندیشناکی، کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی را موجب شود (Parmentier et al., 2019)؛ لذا، در پژوهش حاضر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با RFCBT مورد بررسی قرار گرفت. اثر بخشی MBCT بر افسردگی (Farb et al., 2018) تأیید شده است، هدف MBCT همانند RFCBT تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که مشتمل بر توجه کامل به لحظه حال و نگرش همراه با پذیرش و بدون قضاوت است و کمک می‌کند، فعالیت‌های خودکار از فرآیندهای

1. Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy

2. Active-Control Conditions

3. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

4. Mindfulness

شناختی ناکارآمد نظیر اندیشناکی تشخیص داده شود و با رهایی از این فرآیندهای ناکارآمد (Segal et al., 2020)، کاهش علائم اضطراب (Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Mañas, 2014; Sado et al., 2018)، افسردگی (Assumpcao, Pena, Neufeld, & Teodoro, 2019) و سبب کاهش خطر عود افسردگی (Zhang, Zhang, Zhang, Jin, & Zheng, 2018) گردد.

در مجموع با توجه به مطالب مذکور به نظر می‌رسد RFCBT به طور مستقیم و MBCT به طور غیرمستقیم البته با مکانیسم‌های متفاوتی اندیشناکی را آماج قرار می‌دهد، به گونه‌ای که RFCBT از طریق ایجاد سبک‌های تفکر کارآمد، اندیشناکی را کاهش می‌دهد و MBCT با توجه کامل به لحظه حال و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف و تقویت ذهن آگاهی، کاهش اندیشناکی را موجب می‌شود؛ لذا، پژوهش حاضر به دنبال این مسئله است که کدام شیوه می‌تواند علاوه بر علائم خلقی/اضطرابی، اندیشناکی را در گروه دختران نوجوان گرفتار در بحران اقدام به خودکشی کاهش دهد؟ چرا که اهمیت اندیشناکی نوجوانان افسرده که می‌تواند به صورت ایده پردازی خودکشی به ویژه در دختران که نسبت به افسردگی و پیامدهای آن آسیب پذیرتر هستند (Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018)، غیر قابل اجتناب است. به هر حال بررسی اثربخشی هر یک از مداخلات MBCT و RFCBT در مقایسه با یکدیگر بر کاهش متغیرهای هیجانی و شناختی افسردگی دختران نوجوان افسرده می‌تواند از رفتارهای تهاجمی از جمله اقدام به خودکشی حتی در مراحل دیگر زندگی از جمله بحران‌های آتی در زندگی زناشویی جلوگیری کند.

علاوه بر مطالب مذکور بررسی این نکات نیز در مطالعه حاضر قابل تأمل است؛ کارآمدی بالینی RFCBT جز در چند مطالعه محدود، صرفاً در مورد افسردگی مقاوم^۱ مورد بررسی قرار گرفته است (Watkins, 2016) و با توجه به بررسی‌های انجام شده به نظر می‌رسد، صرفاً یک مطالعه به مقایسه درمان RFCBT با گروه مداخله دیگری و نه به شیوه اجرای فردی پرداخته است (Hvenegaard et al., 2020)، از طرفی آنچه تاکنون در مورد MBCT آشکار شده است، این است که این درمان در پیشگیری از عود در کسانی که تاریخچه افسردگی قبلی دارند و در حال حاضر افسردگی ندارند، مؤثر است (Kuyken et al., 2016; Zhang et al., 2018) ولی در مورد اثر آن در بیمارانی که در حال حاضر علائم افسردگی دارند مطالعات محدودی انجام شده است (Goldberg et al., 2019). افزون بر آن بیشتر مداخلات به مقایسه MBCT با گروه انتظار یا مقایسه با درمان دارویی پرداخته‌اند و مطالعات محدودی با گروه‌های مداخله دیگر

(Goldberg et al, 2019) انجام شده است؛ بنابراین، این پژوهش با ویژگی‌هایی که دارد نظیر: الف) درمان انفرادی جهت ارزیابی اختصاصی و کنترل اثرات گروه، ب) جامعه آماری نوجوانان دختر اقدام کننده به خودکشی، ج) افسرده بودن مشارکت کنندگان در حال حاضر، د) جایگزینی تصادفی شرکت کنندگان، درصد بررسی فرضیه‌های ذیل است: ۱) درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های خلقی/اضطرابی دختران نوجوان افسرده اقدام کننده به خودکشی مؤثر است. ۲) درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اندیشناکی دختران نوجوان افسرده اقدام کننده به خودکشی مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی می‌باشد. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری پژوهش حاضر دختران نوجوان افسرده ۱۴ تا ۱۹ ساله پایه ۹ تا ۱۲ ساکن شهر بجنورد می‌باشد که با مشکل اقدام به خودکشی به واحد اورژانس دو بیمارستان ثامن الائمه و امام حسن (ع) بجنورد از اول آبان تا ۱۵ اسفند ۱۳۹۸ مراجعه نموده‌اند. طبق جدول استیونس (Sarmad, Bazargan, & Hejazi, 2014) جهت بررسی و مقایسه سه گروه و با در نظر گرفتن توان آزمون لازم (۶۴ درصد) و اندازه اثر برابر ۰/۵۰ و احتمال خطای ۰/۰۵، ۳۰ نفر برای سه گروه به روش هدفمند و تأیید ملاک‌های شمول در نظر گرفته شد و گمارش در گروه‌ها و همچنین اجرای کاربندی به صورت تصادفی صورت گرفت.

بعد از کسب مجوز و اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی با شماره و مشخصه IR.NKUMS.REC.1398.099 و اخذ کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20191012045068N1 با مراجعه به دو مرکز بیمارستانی مذکور از بین افراد واجد ملاک‌های شمول، ۳۰ نفر به صورت هدفمند در طول زمان انتخاب گردیدند. در این پژوهش به خاطر محدودیت‌های تعداد مراجعین و کم کردن تأثیر گذشت زمان در سیر اختلال، تمام آزمودنی‌ها، همزمان انتخاب نشدند، بلکه پس از اولین آزمودنی و داشتن ملاک‌های ورود، به صورت تصادفی در یکی از گروه‌ها قرار می‌گرفت، و مداخله آغاز می‌شد. لازم به ذکر است مداخلات دو گروه در جلسه بصورت فردی اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای (جهت رعایت اصول اخلاقی مداخله رایگان پس از دوره پیگیری اجرا شد) صورت نگرفت (دوره پس‌آزمون اجرای آزمون‌های مطالعه حاضر در یک جلسه مجزا بعد از اتمام جلسه مداخله روان‌شناختی

صورت گرفت). لازم به ذکر است آزمون‌ها توسط روانشناس بالینی (دانشجوی دکتری بالینی) و مصاحبه‌های تشخیصی توسط روان‌پزشک، عضو تیم پژوهشی این مطالعه، انجام شد. هر دو درمان چون از مداخلات موج سوم بود و پژوهشگر در این زمینه آموزش دیده بود توسط روانشناس بالینی این پژوهش انجام شد. پژوهشگر دوره تخصصی کارورزی را در بیمارستان و کارگاه مربوطه را گذارنده بود و این مطالعه سوپروایزر روانشناس بالینی (استاد تمام و دانشیار؛ اعضای تیم پژوهشی این مطالعه) را نیز داشت و در هر هفته با هر آزمودنی، گزارش‌ها توسط دکتری روانشناس بالینی ارزیابی و بحث شد، البته لازم به ذکر است چگونگی ارائه مداخلات، زمان و شرایط آزمودنی‌ها نیز زیر نظر روان‌پزشک پیش رفت و در تمام زمان‌ها ارتباط با روان‌پزشک برقرار بود.

در خصوص ملاحظات اخلاقی؛ اولین جلسه با حضور والدین و توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه و بسترسازی در محیط خانواده انجام شد. تمامی جلسات درمانی در بیمارستان ثامن الائمه و در اتاق درمان به صورت انفرادی برگزار شد. اولین مرحله (پیش‌آزمون) با هدف اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا گردید. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌ها در هر سه گروه از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت دوره پیگیری دو ماهه انجام و به آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش، یک بسته آموزشی داده شد.

در خصوص نحوه انتخاب آزمودنی‌ها قابل ذکر است؛ پس از انجام مداخلات درمانی بیمارستانی و پایداری وضعیت جسمانی، نمونه‌گیری به صورت هدفمند (داشتن ملاک‌های شمول) و مصاحبه بالینی انجام گرفت و در صورتی که نمره افسردگی BDI-2 آزمودنی بالاتر از چهارده بود به روان‌پزشک ارجاع می‌شدند و اگر به مداخله دارویی بنا بر نظر روان‌پزشک نیاز نبود، روان‌درمانی آغاز می‌شد، لازم به ذکر است در گروه‌های مورد مطالعه، مداخله دارویی صورت نگرفت. تمامی بیماران با اقدام به خودکشی پس از ویزیت متخصص داخلی و اقداماتی از قبیل شست‌شوی معده و تجویز داروهای تثبیت‌کننده معده و آنتی دوت ماده^۱ مصرفی، بر اساس الزام بیمارستانی به روان‌پزشک ارجاع می‌شدند. در صورتی که روان‌پزشک نیاز به بستری در بخش روان (چه به خاطر افسردگی بالا و چه به خاطر احتمال مجدد خودکشی) و یا تجویز داروهای ضد افسردگی^۲ می‌نمود از نمونه هدف خارج می‌شدند. اما در صورتی که روان‌پزشک بیمار را از سرویس خود بدون دارو ترخیص می‌نمود، این افراد بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج در فرآیند مطالعه حاضر به

1. Antidote

2. Antidepressant Drugs

طور تصادفی در سه گروه قرار می‌گرفتند، افزون بر آن جهت کاهش مدت زمان انتظار گروه کنترل، نمونه‌های انتخابی بلافاصله در گروه مورد نظر قرار می‌گرفتند و درمان آغاز می‌شد. در ضمن با کسب رضایت آگاهانه و اطلاع‌رسانی به آزمودنی‌های گروه کنترل، آن‌ها در لیست انتظار خدمات روان‌شناسی بیمارستان قرار گرفتند.

لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان شناختی کنند. ضمناً روان‌شناس این مطالعه، شماره‌ای را در اختیار آزمودنی‌های گروه کنترل که تمایل به حضور در مطالعه را داشتند قرار داد که در صورت لزوم می‌توانند با روانشناس حاضر در این مطالعه گفتگو کنند، بر اساس تماس ۵ نفر، توصیه‌های حمایتی و آموزشی، در اختیار آنان قرار گرفت. لازم به ذکر است چون در گروه کنترل ۳ نفر بیشتر حضور داشتند (تعداد ۱۳ نفر)، بعد از درخواست خدمات روانشناسی ۳ نفر، این افراد از گروه کنترل خارج شدند و درمان این سه نفر به صورت رایگان آغاز شد. دیگر آزمودنی‌ها بعد از خاتمه مطالعه، به طور رایگان مداخله روان‌شناختی روان‌شناس بالینی بیمارستان را دریافت کردند و همچنین در صورت نیاز به صورت رایگان از خدمات روان‌پزشک بهره گرفتند.

ملاک‌های شمول به این شرح است: (۱) دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۹ سال. (۲) تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس BDI-II و مصاحبه ساختار یافته بالینی (SCID-5-CV). (۳) عدم همبودی اختلالاتی مانند اعتیاد، شیدایی، سایکوز و اختلالات شخصیت بر اساس مصاحبه تشخیصی (SCID-5-PD). (۴) عدم استفاده از دارو در حال حاضر و شش ماه گذشته و عدم استفاده از مداخلات روان‌شناختی حداقل در یک سال گذشته (داروهای ضد افسردگی برای بیمار به صلاح‌دید روان‌پزشک تیم تجویز نشده باشد، لیکن سایر داروهای گوارشی جهت تثبیت وضعیت بیمار منعی ندارد). (۵) عدم سابقه قبلی اقدام به خودکشی (به جز مورد اخیر که برای آن مراجعه کرده است). (۶) عدم غیبت بیش از دو جلسه. (۷) داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی. (۸) مجرد بودن.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی از کتابچه راهنمای اقتباس از سگال، ویلیامز و تیزدل (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) نسخه ۲۰۰۹/۱۰/۰۵ با برخی تغییرات جهت کار در این مطالعه استفاده شد.

جدول ۱: ساختار جلسات شناخت درمانی مبتنی ذهن آگاهی

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار، مروری بر افسردگی، هدایت خودکار و نقش آن در افکار و فعالیت‌های روزانه به همراه معرفی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. تکلیف منزل: آگاهی از یک فعالیت روزانه، غذا خوردن با توجه آگاهی، تهیه لیستی از مشکلات
جلسه ۲	آموزش توجه آگاهی: آموزش تمایز بین احساس و افکار، آگاه شدن کامل از افکار و احساسات، آگاهی از اینکه احساس منفی پایدار نیستند. تکلیف منزل: آگاهی بیشتر از یک فعالیت روتین، قدم زدن با توجه آگاهی، ایجاد لیستی از وقایع و تعیین ارتباط بین فکر، احساس و حس‌های بدنی
جلسه ۳	سروکار داشتن با موانع: ارتباط میان افکار و احساسات، تنفس ذهن آگاهانه و آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به افسردگی و خودکشی. تکلیف منزل: هوشیاری ۱۰-۱۵ دقیقه در تنفس به مدت ۶ روز؛ واریسی بدن ۶ روز از ۷ روز هفته؛ تهیه فهرستی از وقایع خوشایند؛ آگاهی از یک فعالیت روتین جدید
جلسه ۴	ذهن آگاهی تنفس: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن واریسی بدن، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی مربوط به خودکشی. تکلیف منزل: اسکن بدن در روزهای زوج هفته؛ دراز کشیدن و توجه به تنفس در روزهای فرد هفته؛ تهیه فهرست رویدادهای ناخوشایند (روزانه)؛ سه دقیقه تنفس، هر روز و روزی سه بار
جلسه ۵	باقی ماندن در لحظه حال: ذهن آگاهی مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن با توجه آگاهی، تأکید بر پی بردن به ذهن سرگردان و نقش آن در ایجاد افکار منفی. تکلیف منزل: مراقبه نشستن در روزهای زوج؛ سه دقیقه تنفس - منظم (سه بار در روز)؛ سه دقیقه تنفس - برای کنار آمدن
جلسه ۶	پذیرش و اجازه دادن: آگاهی از تنفس و بدن، مراقبه نشستن، بررسی افکار و تحریف‌های شناختی، ایجاد یک رابطه متفاوت با تجربه و بیان نقش مهم پذیرش در مواجهه با رویدادها. تکلیف منزل: مراقبه نشستن ۶ روز از ۷ روز هفته؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن
جلسه ۷	افکار واقعیت نیستند: تمایز فکر از واقعیت، تجربه و مرور یک رویداد از نظر فکری و از نظر واقعی، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین. تکلیف منزل: انجام اسکن بدن حداقل ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در روز؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن؛ تمرین ارتباط بین خلق و فعالیت از طریق نوشتن
جلسه ۸	چگونه می‌توانم از خودم مراقبت کنم؟: تمرین آگاهی از تجارب درون، تمرین ارتباط بین فعالیت و خلق. تکلیف منزل: از بین انواع مختلف تمرین‌ها الگویی را که قصد استفاده منظم آن را دارید، انتخاب کنید؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن (هر زمان که احساسات ناخوشایند را مشاهده کردید)؛ توسعه سیستم هشدار سریع برای تشخیص عود و ادامه بیماری و طرح پاسخ جایگزین برای مقابله با کاهش خلق.
جلسه ۹	استفاده از آموخته‌ها برای به کارگیری در آینده: تمرین واریسی بدن، چگونگی استفاده از آموخته‌ها در موقعیت‌های بیرونی، چگونگی پی بردن به نشانه‌های عود. تکلیف منزل: در خانه برای «بقیه زندگی خود» تمرین کنید؛ واریسی بدن؛ سه دقیقه فضای تنفس - منظم (۳ بار در روز)؛ سه دقیقه فضای تنفس - کنار آمدن؛ توسعه سیستم هشدار سریع برای تشخیص عود و ادامه بیماری از جمله افکار خودکشی و طرح پاسخ جایگزین برای مقابله با کاهش خلق و چگونگی برخورد با افکار خودآیند در رابطه با افکار خودکشی
جلسه ۱۰	مروری بر جلسات گذشته و خلاصه‌بندی و کمک به بیمار برای رویارویی با خطر عود

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی (RFCBT)

این درمان در قالب ده جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمای کتاب درمان شناختی رفتاری

متمرکز بر اندیشناکی برای افسردگی (Watkins, 2016) اجرا شد.

جدول ۲: ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی

جلسه ۱	ارزیابی اختصاصی بیمار و بررسی مختصر تاریخچه رشدی به همراه مروری بر افسردگی و معرفی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اندیشناکی تکلیف: انجام یک مثال از دوره اندیشناکی اخیر
جلسه ۲	تمرین و آموزش شناسایی اندیشناکی، اجتناب و علائم هشدار دهنده این موارد در قالب تکالیف خانه. تکلیف منزل: ثبت یک گزارش روزانه در مورد اندیشناکی با جزئیات کامل، مرور مجدد اهداف درمان، خواندن برگه شناسایی اندیشناکی و اجتناب، ثبت یک رویداد هفته اخیر و نوشتن احساس، فکر و رفتار در رابطه با آن
جلسه ۳	اجرای تحلیل کارکردی به منظور بررسی بافت، زمینه و کارکرد اندیشناکی و اجتناب. تکلیف منزل: به یاد آوردن مثالی از اندیشناکی اخیر و موقعیتی دیگر مانند آن که اندیشناک نبوده است. مقایسه این دو حالت و اینکه چرا در مواقعی مراجع خوب عمل کرده است جهت شناسایی نقاط قوت و مقابله با اندیشناکی
جلسه ۴	طرح‌های اگر-آن‌گاه شامل تمرین پاسخ‌های سازگارانه‌تر در مقابل نشانه‌های هشدار دهنده. تکلیف منزل: نوشتن یک مثال از افکار انتزاعی و افکار عینی، مطرح کردن یک طرح اگر-آن‌گاه برای یک مشکل
جلسه ۵	آموزش حرکت از سوی سبک فکر کردن انتزاعی و ناکارآمد به سبک تفکر خاص و سازگارانه و عینی. تکلیف منزل: ارزیابی پیش‌آمدهایی که در هفته آینده ممکن است به وجود آیند، انجام یک طرح اگر-آن‌گاه با تاکید بر رفتار جایگزینی که بیشترین تضاد را با اندیشناکی دارد
جلسه ۶	آزمایش کردن با هدف کارآیی اندیشناکی، و ارزیابی اثر بخشی راه کارهای جایگزین مانند آزمایش «چرا-چگونه» و مقایسه سبک تفکر انتزاعی (مانند «چرا اتفاق افتاد؟») با سبک تفکر عینی (چطور این اتفاق افتاد). تکلیف منزل: تغییر برخی عوامل محیطی که در توان مراجع است و باعث اندیشناکی می‌گردد مانند گوش دادن به موسیقی غمگین، تنها ماندن در خانه، ارائه راهکاری برای برخورد عملی با اندیشناکی و دست زدن به عمل در موقع اندیشناکی و حل مسئله پس از نهایت ۱۵ دقیقه فکر کردن
جلسه ۷	افزایش فعالیت و کاهش اجتناب، شامل برنامه‌های عملی و و تمرین‌هایی برای جرأت‌مندی و حل مسئله. تکلیف منزل: انجام تمرین‌های تنفسی و تجسم ذهنی و آرمیدگی دو بار در روز و در پاسخ به علائم هشداردهنده اندیشناکی
جلسه ۸	استفاده از آزمایش‌های رفتاری و تصویر سازی (شامل خاطرات مثبت «جذب-تمرکز» و تمرین شفقت) با هدف آزمودن اثربخشی مدیریت توجه به جای اندیشناکی. تکلیف منزل: تصویر مناظر لذت بخش و تجسم در مواجهه با علائم اندیشناکی، انجام تمرین شفقت و جذب
جلسه ۹	تمرکز بر ارزش‌های بیمار به منظور کاهش اندیشناکی در مورد حوزه‌های بی ارزش و تشویق وی به فعالیت در زمینه‌های منطبق بر ارزش‌های شخصی بدون گیر افتادن در افکار ناسازگارانه. تکلیف منزل: تهیه لیستی مجدد از ارزش‌های شخصی و اولویت‌بندی آنها، پیدا کردن ارزش‌های متعارض در زندگی شخصی خود، انجام تمرین شفقت و جذب
جلسه ۱۰	مقاوم سازی با هدف آموزش پیشگیری از عود، شناسایی نشانه‌های عود و چگونگی رو به رو شدن با افکار خودآیند منفی جهت غلبه بر اندیشناکی و خطرات مربوط به افکار خودکشی

در پژوهش حاضر مصاحبه ساختار یافته اختلالات روانی و افسردگی بک برای غربالگری بیماران استفاده شد و سپس از مقیاس اضطراب بک، مقیاس تشخیصی علائم خلقی/ اضطرابی (مولفه‌های برانگیختگی اضطرابی و فقدان لذت) و مقیاس اندیشناکی برای بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بهره گرفته شد.

مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات روانی^۱ در DSM-5 (SCID-5-PD و SCID-5-CV)

در این پژوهش از نسخه بالینی^۲ SCID-5-CV و SCID-5-PD استفاده شد. این پرسشنامه برای تشخیص‌گذاری بالینی اختلالات روانی و شخصیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. SCID-5 هر چند برای افراد بالای ۱۸ سال طراحی شده است لیکن به گفته طراحان با کمی تغییر در جملات قابلیت کاربرد برای نوجوانان را دارد (First, Williams, Benjamin, & Spitzer, 2016). در مطالعه‌ای در جمعیت ایرانی در بررسی مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات روانی بر اساس DSM-IV به توافق تشخیصی متوسط و بالاتر (کاپای بالاتر از ۰/۶) برای این ابزار دست یافتند (Sharifi et al., 2004). لازم به ذکر است SCID-5 مورد اعتبارسنجی در ایران قرار نگرفته است. پایایی که نویسنده گزارش نموده است برای نسخه‌های قبلی این مصاحبه ساختاریافته است که متفاوت از SCID-5 هستند.

افسردگی بک^۴ (BDI-II)

این مقیاس توسط بک و استیر (Beck & Steer) در سال ۱۹۹۳ ساخته شد و دارای ۲۱ ماده خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی می‌باشد. هر گویه آن بر اساس چهار گزینه از صفر تا سه از نظر شدت توسط شخص گزارش می‌شود (A.T. Beck, Steer, & Brown, 1996). در ایران این مقیاس توسط فتی و همکاران (Fata, Birashk, Atefvahid, & Dabson, 2005) روی یک نمونه ۹۴ نفری به اجرا درآمد و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته‌ای برابر ۰/۹۴ گزارش شد.

مقیاس پاسخ نشخواری^۵ (RRS)

این مقیاس از ۲۲ ماده تشکیل شده است و گویه‌های موجود در آن پاسخ‌های اندیشناکی را می‌سنجد و هر عبارت از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی می‌شود (Treyner, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد (Bagherinezhad, Salehi Fadardi, & Tabatabaee, 2010).

1. Structured Clinical Interview For DSM-5-CV
2. Clinical Version
3. Personality Disorders Version
4. Beck Depression Inventory-II
5. Rumination Response Scale

مقیاس تشخیصی علائم خلقی و اضطرابی^۱ (MASQ-D30)

این ابزار دارای سی ماده می‌باشد و در یک لیکرت پنج درجه‌ای (از هیچ وقت=۱ تا بسیار زیاد=۵) پاسخ داده می‌شود. سه عامل اصلی این پرسشنامه عبارتند از: پریشانی کلی^۲ (GD)، برانگیختگی اضطرابی^۳ (AA) و فقدان لذت^۴ (AD) (Wardenaar et al., 2010). هر عامل اصلی دارای ده ماده می‌باشد که در این پژوهش از بیست ماده مربوط به دو عامل برانگیختگی اضطرابی و فقدان لذت استفاده شد. این پرسشنامه در ایران توسط ایردی دهنوی و همکاران مورد سنجش قرار گرفت و آلفای کرونباخ آن در یک نمونه ۲۰۳ نفری ۰/۹۱ به دست آمد و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته بر روی ۵۰ نفر در سه عامل آن یعنی GD، AD و AA به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۸ و ۰/۹۸ به دست آمد که نشان می‌دهد ضریب بالایی است (Izadi, Dehnavi, Yaghobi, Heydari Nasab, & Montshloo, 2016). در پژوهش حاضر مولفه‌های برانگیختگی اضطراب و فقدان لذت مورد بررسی قرار گرفت

اضطراب بک^۵ (BAI)

این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که توسط بک اپستین، براون و استیر (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) تدوین شد و هر ماده در یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی بین دو نیمه ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته ۰/۸۱ گزارش شد (Fata et al., 2005).

داده‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) انجام شد، افزون بر آن جهت بررسی همگنی گروه‌ها از آزمون مجذور کای و تحلیل واریانس بهره گرفته شد. لازم به ذکر است قبل از هر تحلیل، مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل آماره ام‌باکس، فرض کرویت و آزمون لوین بررسی و گزارش شد و از روش آماری تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی سن، پایه تحصیلی و روش خودکشی به شرح (جدول ۱) است، میانگین

1. Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire
2. General Distress
3. Anxious Arousal
4. Anhedonia
5. Beck Anxiety Inventory

سنی آزمودنی‌های گروه MBCT، RFCBT و گروه کنترل به ترتیب برابر ۱۶/۵، ۱۷/۳۵ و ۱۶/۷۶ و با انحراف معیار برابر ۱/۵۲، ۱/۵۸ و ۱/۶۷ به دست آمد. با توجه به نتایج تحلیل واریانس یک راهه، بین میانگین سنی گروه‌ها تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p > 0.05$). نتایج آزمون مجذور کای ($X^2 = 1.25$ ، $p = 0.53$) نشان داد بین گروه‌ها از لحاظ روش خودکشی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

جدول ۳: مقایسه فراوانی و درصد فراوانی سن و پایه تحصیلی و روش خودکشی

گروه	سن		تحصیلات؛ فراوانی (درصد)			روش خودکشی	
	میانگین	انحراف استاندارد	پایه ۹	پایه ۱۰	پایه ۱۱	قرص	مخدر
MBCT	۱۶/۵	۱/۵۲	۵ (۵۰٪)	۳ (۳۰٪)	۲ (۲۰٪)	۸ (۸۰٪)	۲ (۲۰٪)
RFCBT	۱۷/۳۵	۱/۵۸	۲ (۲۰٪)	۴ (۴۰٪)	۵ (۴۰٪)	۹ (۹۰٪)	۱ (۱۰٪)
کنترل	۱۶/۷۶	۱/۶۷	۳ (۳۰٪)	۵ (۵۰٪)	۳ (۲۰٪)	۷ (۷۰٪)	۳ (۳۰٪)
آماره	$F = 0.75$ ، $p = 0.48$		$X^2 = 3.9$ ، $p = 0.692$			$X^2 = 1.25$ ، $p = 0.53$	

شاخص‌های توصیفی اندیشناکی، اضطراب و نشانه‌های عاطفی/خلقی به تفکیک دوره زمانی و نوع گروه مداخله در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی اندیشناکی، اضطراب و نشانه‌های عاطفی/خلقی

گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	نشانه خلقی	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اندیشناکی	میانگین	۵۰/۹۰	۵۲/۲۲	۵۸/۱۱	فقدان لذت	۱۷	۱۸	۱۸/۶۲
	انحراف استاندارد	۷/۴۴	۶/۲۷	۵/۵۱		۲/۴۵	۲	۱/۶۸
	میانگین	۵۴/۸۰	۳۶/۶۷	۳۳/۷۷		۱۸/۴۰	۲۹/۵۶	۳۰/۲۲
MBC T	انحراف استاندارد	۷/۰۷	۴/۱۱	۳/۵۸		۱/۸۴	۲/۷۹	۳/۶۷
RFC BT	میانگین	۵۷/۷۰	۳۴/۶۷	۳۲/۷۸	توانایی ایجاد انگیزه	۱۷/۸۰	۲۸/۷۸	۳۱/۳۳
	انحراف استاندارد	۵/۶۰	۴/۲۷	۳/۹۷		۲/۹۴	۲/۷۷	۲/۸۷
	میانگین	۳۲/۸۰	۲۵/۴۴	۲۴/۱۱		۲۵/۷۰	۲۴/۴۴	۲۴/۵۵
اضطراب	انحراف استاندارد	۴/۸۵	۳/۸۶	۱/۷۹		۴/۵۷	۳/۲۳	۲/۷۹
	میانگین	۳۲/۶۰	۱۹/۳۳	۱۸/۱۱	توانایی ایجاد انگیزه	۲۵/۴۰	۱۹/۵۶	۱۹/۱۱
	انحراف استاندارد	۴/۹۵	۲/۷۵	۲/۳۳		۴/۵۳	۲/۸۳	۲/۷۳
RFC BT	میانگین	۳۱/۸۰	۱۸/۷۸	۱۷/۸۹		۲۶/۸۰	۱۸/۴۴	۱۸/۵۵
	انحراف استاندارد	۴/۳۹	۲/۷۰	۲/۱۸		۵/۱۲	۱/۷۱	۲/۰۶

جهت تحلیل داده‌های اندیشناکی و اضطراب از تحلیل واریانس تک متغیره اندازه‌گیری مکرر و

جهت بررسی نشانه‌های عاطفی خلقی از تحلیل واریانس چند متغیره اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد. به منظور اطمینان از نرمال بودن، آزمون شاپیرو-ویلک به تفکیک گروه و در هر سه مرحله زمانی انجام شد، با توجه به اینکه آماره آزمون شاپیرو-ویلک، در تمام متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۱۷ تا ۰/۹۷) به دست آمد، مفروضه نرمال بودن متغیرها در هر سه گروه تأیید شد.

جهت بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس برای هر یک از متغیرها از آزمون ام باکس^۱ استفاده شد (Tabachnick, Fidell, & Ullman, 2007). با توجه به نتایج آزمون، آماره ام باکس در ارتباط با متغیر اندیشناکی $(F_{(3532, 12/84)} = 0/65, p = 0/79)$ برابر ۹/۳۹؛ اضطراب $(F_{(3532, 12/84)} = 0/65, p = 0/81)$ برابر ۹/۲۸ بدست آمد که مؤید مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس برای هر یک از متغیرهای اضطراب و اندیشناکی است. افزون بر آن در ارتباط با نشانه‌های عاطفی/خلقی نیز آماره ام باکس $p = 0/68$ ، $(F_{(1524, 42/44)} = 0/88)$ برابر ۶۱/۷۳، به دست آمد که مؤید مفروضه مذکور است؛ لذا، با توجه به تأیید مفروضه برابری ماتریس واریانس کوواریانس، در ادامه جهت بررسی اثر تعاملی گروه در مدل یعنی اثر سهم زمان و اثر تعاملی زمان و گروه از اثر لامبدای ویلکز^۲ استفاده شد که نتایج آن در هر یک از سه تحلیل واریانس مکرر در جدول ۵ مبین معنی داری اثر زمان و گروه می باشد. در واقع می توان گفت شاخص‌های مذکور در طول دوره درمان تا پیگیری در حال تغییر بوده است.

جدول ۵: آزمون لامبدای ویلکز در اثر تعاملی گروه در مدل

متغیر	اثر	مقدار	آماره F	درجه آزادی	درجه آزادی	معنی داری	اتا
اندیشناکی	زمان	۰/۱۳	۸۲/۱۴	۲	۲۶	۰/۰۰۰	۰/۸۶
	زمان*گروه	۰/۱۶	۱۹/۲۶	۴	۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۹
اضطراب	زمان	۰/۰۵	۲۱۳/۸۶	۲	۲۶	۰/۰۰۰	۰/۹۴
	زمان*گروه	۰/۴۹	۵/۵۱	۴	۵۲	۰/۰۰۰	۰/۲۹
نشانه‌های خلقی/اضطرابی	عرض از مبدا	۰/۰۱	۲۶۶۷/۹۹	۲	۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۰/۱۷	۱۵/۴۴	۴	۴۴	۰/۰۰۰	۰/۵۸
	زمان	۰/۰۴	۱۰۶/۶۱	۴	۲۰	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	زمان*گروه	۰/۱۰	۱۰/۲۵	۸	۴۰	۰/۰۰۰	۰/۶۷

1 M Box

2 Wilks Lambda

در بررسی فرض کرویت مبنی بر اینکه ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیر وابسته تبدیل شده نرمال، یک ماتریس همانی است، از آزمون کرویت موشلی^۱ استفاده شد. نتایج آزمون موشلی برای اندیشناکی ($\chi^2_{(2)} = 10/1$ ، $p < 0/05$)، برابر ۰/۶۷ و اضطراب ($\chi^2_{(2)} = 13/1$ ، $p = 0/01$)، برابر ۰/۶ بدست آمد. اما فرض کرویت در خصوص علائم خلقی/اضطرابی؛ مؤلفه فقدان لذت ($\chi^2_{(2)} = 7/23$ ، $p = 0/02$)، برابر ۰/۷۲ و مؤلفه برانگیختگی اضطرابی ($\chi^2_{(2)} = 2/97$ ، $p = 0/22$)، برابر ۰/۸۷ به دست آمد که به جز مؤلفه برانگیختگی اضطرابی، فرض کرویت رد شد؛ لذا، جهت بررسی اثر درون آزمودنی‌ها از شاخص اسپیلون گرین هاویس ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۲ به ترتیب برای اندیشناکی، اضطراب و مؤلفه فقدان لذت استفاده شد. در مجموع در اثر درون آزمودنی‌ها در جدول ۶، با توجه به سطح معنی‌داری برای زمان و تعامل زمان و گروه برای هر متغیر، نتیجه می‌شود علاوه بر اینکه متغیرهای مذکور در طول زمان متفاوت بوده است در طول زمان در گروه‌های مختلف نیز متفاوت می‌باشد.

جدول ۶: آزمون کرویت موشلی و اثر درون آزمودنی‌ها در تحلیل اندازه‌گیری مکرر

اثر درون گروهی	اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	معنی داری	اتا
اندیشناکی	زمان	۳۴۳۲/۴۷	۱/۵۱۳	۲۲۶۸/۱۲	۱۰۴/۲	۰/۰۰۰	۰/۷۹
	زمان*گروه	۳۳۱۰/۰۱	۳/۰۲۷	۱۰۹۳/۶۰	۵۰/۲	۰/۰۰۰	۰/۷۸
	خطا	۸۸۸/۸۴	۴۰/۸۶	۲۱/۷۵			
اضطراب	زمان	۲۷۹۹/۸۰	۱/۴۳	۱۹۵۳/۹	۲۵۶/۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰
	زمان*گروه	۱۴۲/۸۵	۲/۸۶	۴۹/۸۴	۶/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	خطا	۲۹۴/۷۶	۳۸/۶۸	۷/۶۱			
نشانه خلقی اضطرابی	زمان	۱۲۰۴/۷۰	۱/۵۶	۷۷۱/۱۲	۱۲۶/۶	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	زمان*گروه	۳۹۹/۹۰	۳/۱۲۵	۱۲۷/۹۹	۲۱/۱	۰/۰۰	۰/۶۴
	خطا	۲۱۸/۸۲	۳۵/۹۳	۶/۰۹			
	زمان	۴۵۷/۵۷	۱/۷۷	۲۵۷/۷۰	۳۷/۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲
	زمان*گروه	۹۰/۳۶	۳/۵۵	۲۵/۴۴	۳/۷	۰/۰۱۴	۰/۲۴
	خطا	۲۷۹/۷۱	۴۰/۸۳	۶/۸۴			

جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در هر گروه، از آزمون لون بهره گرفته شد. نتایج آزمون

1 Mauchly Test Sphericity

لون برای متغیر اندیشناکی به ترتیب برای پیش‌آزمون ($F_{(27,2)} = 0/55$ ، $p = 0/61$)، پس‌آزمون ($p = 0/36$)، پیگیری ($F_{(2, 27)} = 1/06$) و پیگیری ($F_{(27,2)} = 0/79$ ، $p = 0/464$)؛ در متغیر اضطراب برای پیش‌آزمون ($p = 0/93$)، پس‌آزمون ($F_{(27,2)} = 0/63$)، پیگیری ($F_{(27,2)} = 0/72$ ، $p = 0/49$) و پیگیری ($F_{(27,2)} = 0/67$ ، $p = 0/52$)، در سطح ۰/۰۱ غیر معنی‌دار به دست آمد که حاکی از برابری واریانس‌های خطا در هر گروه است. افزون بر آن در ارتباط با نشانه‌های خلقی/اضطرابی به ترتیب برای فقدان لذت در پیش‌آزمون ($F_{(23,2)} = 0/45$ ، $p = 0/63$)، پس‌آزمون ($F_{(23,2)} = 1/30$ ، $p = 0/29$)، پیگیری ($F_{(23,2)} = 2/87$ ، $p = 0/07$) و پیگیری ($F_{(23,2)} = 1/51$ ، $p = 0/24$)، و پیگیری ($F_{(23,2)} = 0/23$ ، $p = 0/79$)، نیز غیر معنی‌دار بدست آمد که حاکی از برابری واریانس خطا در گروه‌های مورد مطالعه است. در بررسی اثر بین آزمودنی‌ها، نتایج جدول ۷ نشان داد اثر گروه در هر سه متغیر در هر سه تحلیل معنی‌دار است.

جدول ۷: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در تحلیل اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	معنی داری	اتا
اندیشناکی	عرض از مبدا	۱۸۸۲۵۶/۶۹	۱	۱۸۸۲۵۶/۶۹	۳۲۹۷/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۲۸۸۵/۶۱	۲	۱۴۴۲/۸۰	۲۵/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۵
	خطا	۱۵۴۱/۳۲	۲۷	۵۷/۰۸۶			
اضطراب	عرض از مبدا	۵۴۱۹۹/۰۴	۱	۵۴۱۹۹/۰۴	۲۰۹۲/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	گروه	۳۸۵/۱۷	۲	۱۹۲/۵۸	۷/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۳۵
	خطا	۶۹۹/۲۸	۲۷	۲۵/۸۹			
نشانه خلقی عاطفی	عرض از مبدا	۴۲۳۱۳/۶۰	۱	۴۲۳۱۳/۶۰	۳۸۲۵/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۱۱۲۸/۳۴	۲	۵۶۴/۱۷	۵۱/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱
	خطا	۲۵۴/۳۷	۲۳	۱۱/۰۶			
	عرض از مبدا	۳۹۱۲۳/۳۷	۱	۳۹۱۲۳/۳۷	۱۵۵۱/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	گروه	۲۴۲/۰۱	۲	۱۲۱/۰۱	۴/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۲۹
	خطا	۵۷۹/۹۹	۲۳	۲۵/۲۱			

به‌منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه MBCT و RFCBT برای اندیشناکی (تفاوت میانگین = $-0/03$ ، $p = 0/99$)، اضطراب (تفاوت میانگین = $-0/52$ ، $p = 0/99$) و مؤلفه فقدان لذت و

برانگیختگی اضطرابی از نشانه‌های خلقی/اضطرابی (به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۰/۰۹$ ، $p = ۰/۹۹$ ؛ تفاوت میانگین = $-۰/۰۹۱$ ، $p = ۰/۹۹$) تفاوت معنی داری به دست نیامد، اما بین میانگین نمرات MBCT و RFCBT با گروه کنترل برای اندیشناکی (به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۰/۱۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $-۰/۱۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$)، اضطراب (به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۴/۱۰$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $-۴/۶۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های نشانه‌های خلقی/اضطرابی (برانگیختگی اضطراب به ترتیب: تفاوت میانگین = $-۳/۵۴$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $-۳/۶۳$ ، $p = ۰/۰۲$ ؛ و فقدان لذت به ترتیب: تفاوت میانگین = $۸/۱۸$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ تفاوت میانگین = $۸/۱۰$ ، $p < ۰/۰۰۱$)، تفاوت معنی داری به دست آمد که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است. به منظور بررسی پایدار بودن اثربخشی و تغییرات در هریک از گروه‌های آزمایش در طول سه دوره زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بونفرونی به مقایسه دو به دوی میانگین متغیرها به تفکیک گروه‌های مورد نظر در این سه مرحله پرداخته شد. در جدول ۸ ملاحظه می‌شود. در دو گروه مداخله‌ای MBCT و RFCBT میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی داری کمتر از پیش‌آزمون است، اما میانگین نمره مراحل پیگیری و پس‌آزمون تفاوت معنی داری با هم ندارند. علاوه بر آن نتایج گروه کنترل نشان داد در طول زمان متغیرهای اندیشناکی و مؤلفه‌های مقیاس نشانه‌های خلقی/اضطرابی تغییری صورت نگرفته است، اما در خصوص اضطراب در طول زمان افزایش یافته است.

جدول ۸: آزمون بونفرونی گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	زمان		کنترل			MBCT			RFCBT		
			تفاوت میانگین	خطا	معنی داری	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری
اندیشناکی	پیش	پس آزمون	-۱/۳۲	۱/۸۰	۰/۹۹	۱۸/۱۳	۱/۵۴	۰/۰۰۰	۲۳/۰۳	۱/۹۳	۰/۰۰۰
	آزمون	پیگیری	-۷/۲۱	۲/۶۸	۰/۰۷	۲۱/۰۳	۲/۲۵	۰/۰۰۰	۲۴/۹۲	۱/۶۵	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	-۵/۸	۱/۶۱	۰/۰۱	۲/۹۰	۱/۲۲	۰/۱۲	۱/۸۹	۱/۱۰	۰/۳۶
اضطراب	پیش	پس آزمون	۷/۳۶	۰/۹۸	۰/۰۰۰	۱۳/۲۷	۱/۰۱	۰/۰۰۰	۱۳/۰۲	۰/۷۴	۰/۰۰۰
	آزمون	پیگیری	۸/۶۹	۱/۴۱	۰/۰۰۱	۱۴/۴۹	۱/۳۱	۰/۰۰۰	۱۳/۹۱	۱/۲۶	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	۱/۳۳	۰/۹۳	۰/۵۶	۱/۲۲	۰/۷۷	۰/۴۴	۰/۸۹۰	۰/۷۰	۰/۷۱
فقدان لذت	پیش	پس آزمون	-۱/۱۲	۰/۶۳	۰/۳۶	-۱۱/۱	۰/۹۴	۰/۰۰۰	-۱۰/۶	۰/۶۸	۰/۰۰۰
	آزمون	پیگیری	-۱/۷۵	۰/۷۵	۰/۱۵	-۱۱/۷	۱/۱۸	۰/۰۰۰	-۱۳/۲	۱/۰۵	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶۲	۰/۹۲	۱	-۰/۶۶	۱/۶۷	۰/۹۹	۲/۵۵	۱/۰۲	۰/۰۰۰
برانگیختگی	پیش	پس آزمون	۲/۱۲	۰/۸۷	۰/۱۳۷	۶	۱/۴۱	۰/۰۰۸	۷/۳۳	۱/۲۵	۰/۰۰۰
	آزمون	پیگیری	۱/۷۵	۱/۴۳	۰/۷۸	۶/۴۴	۱/۳۸	۰/۰۰۵	۷/۲۲	۱/۱۷	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۷	۰/۹۰	۱	۰/۴۴	۱/۰۲	۰/۹۹	-۰/۱۱	۰/۹۳	۰/۰۰۰

نتیجه

نتایج مطالعه نشان داد هر دو درمان، اضطراب، نشانه‌های خلقی / اضطرابی و اندیشناکی را کاهش داده است و در طول دو ماه این کاهش را حفظ کرده است؛ لذا، می‌توان گفت هر دو مؤلفه هیجانی (اضطراب، نشانه‌های خلقی؛ مؤلفه‌های فقدان لذت و برانگیختگی) و شناختی (اندیشناکی) در یک راستا تغییر یافته است. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات متعددی در تأثیر MBCT بر اضطراب از جمله سادو و همکاران (Sado et al., 2018) همخوان است، اما در جمعیت‌های غیر بالینی نتایج کمی متعارض است چرا که بعضی مطالعات از جمله آسامپاکو و همکاران (Assumpcao et al., 2019) بر خلاف مطالعات گالگو و همکاران (Gallego et al., 2014) نشان داد MBCT به طور مؤثری نشانه‌های خلقی و فقدان لذت در افسردگی را کاهش داده است، حال آنکه باعث کاهش معنی دار اضطراب نشده است. به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها به علت نوع مداخله و نمونه‌های مورد بررسی باشد. به عنوان مثال در مطالعه گالگو و همکاران (Gallego et al., 2014) در نمونه غیر بالینی، گروه آزمایش با گروه کنترل فعال (انجام تمرین‌های ورزشی) و گروه کنترل منتظر مقایسه شد، لیکن در مطالعه دیگر توسط آسامپاکو و همکاران (Assumpcao et al., 2019) گروه آزمایش فقط با گروه کنترل مقایسه شد و اثر بخشی MBCT را نشان داد. به هر حال یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعات دیگر در جهت تأثیر MBCT بر افسردگی توسط فرب و همکاران (Farb et al., 2018) و اضطراب توسط سادو و همکاران (Sado et al., 2018) همخوان است.

آنچه تا کنون در مورد MBCT مشخص شده است، این است که این درمان در پیشگیری از عود در کسانی که تاریخچه افسردگی قبلی دارند، مؤثر است ولی در مورد اثر آن در بیمارانی که در حال حاضر علائم افسردگی دارند، مطالعات محدود و بیشتر با گروه کنترل و درمان متداول انجام شده است (Goldberg et al., 2019)، اما مطالعه حاضر اثربخشی MBCT را در فاز حاد و در درمان بیمارانی با افسردگی فعلی نشان داد. به هر حال ذهن آگاهی منجر به آگاه شدن از روندهای ذهنی و هیجانی و شکسته شدن چرخه افکار خودآیند منفی و عدم قضاوت نسبت به پریشانی می‌شود. مکانیسم احتمالی تغییر برای MBCT طبق زیربنای نظری آن شامل افزایش ذهن آگاهی و به دنبال آن کاهش افکار تکراری منفی (اندیشناکی) است (MacKenzie & Kocovski, 2016).

افزون بر اثربخشی MBCT نقش مداخله‌ی RFCBT نیز بر علائم خلقی و اضطرابی و اندیشناکی معنی دار شد. اگر چه در مطالعه حاضر، اثربخشی دو مداخله MBCT و RFCBT همراه با گروه کنترل مقایسه شد، اما در مطالعات دیگر اثربخشی RFCBT در مقایسه با اثربخشی دیگر مداخلات روانشناختی موج سوم انجام نشده است، اما در مطالعه‌ی اثر بخشی RFCBT با درمان شناختی رفتاری مقایسه شد و نتایج نشان داد

RFCBT، در رهایی از افسردگی دارای اثربخشی است و می‌تواند جایگزین مناسبی برای آن باشد (Hvenegaard et al., 2020). به هر حال مطالعات در پیگیری یک ساله نیز اثربخشی RFCBT را پایدار نشان دادند (Bessette et al., 2020). در مطالعه‌ای دیگر نیز اگرچه مداخله RFCBT به طور مستقیم به کار برده نشد، اما اثربخشی مداخله شناختی با تأکید بر اندیشناکی با هدف پیشگیری بر کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی در نوجوانان افسرده غیر بالینی نشان داده شد (Topper et al., 2017). به هر حال نکته قابل تأمل این است که در مطالعه حاضر برخلاف مطالعات مذکور که افسردگی باقیه‌ای^۱ یا مقاوم به درمان و یا نمونه‌های غیر بالینی را هدف قرار داده بودند، در پژوهش حاضر بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی هدف قرار گرفت. لذا RFCBT اگر چه برای افسردگی مقاوم تدوین شده است اما می‌تواند بر افسردگی غیر مقاوم نیز کارآمد باشد.

افزون بر آن اثربخشی RFCBT بر کاهش همزمان علائم و نشانه اضطراب و خلقی (برانگیختگی اضطراب و فقدان لذت) نیز تأیید شده است (Feldhaus et al., 2020) و همخوان با نتایج پژوهش حاضر، مطالعه کوک و واتکینز (Cook & Watkins, 2016) نیز اثربخشی RFCBT به صورت مجازی را در گروه بزرگسالان غیر افسرده دارای اندیشناکی بالا بر نشانه‌های اضطراب نشان داد؛ لذا، منطق نظری و تکیه بر عوامل مشترک در درمان، حکایت از این دارد که این مداخله می‌تواند مزایای متعددی برای اختلالات دیگری که افکار منفی تکرار شونده و مزاحم دارند (مانند اضطراب) داشته باشد (Watkins, 2016) و این تأثیرات می‌تواند به علت کاهش اندیشناکی باشد، عاملی که در سبب‌شناسی افسردگی و اضطراب نقش مهمی به عهده دارد (Feldhaus et al., 2020). به هر حال می‌توان گفت RFCBT با تمرکز بر اندیشناکی می‌تواند با اصلاح نحوه و فرآیند تفکر به جای تغییر در محتوای تفکر، به تغییر سبک تفکر شخص کمک کند و با تغییر مداوم و تدریجی چگونگی تفکر، رهایی و افزایش سلامت را به دنبال داشته باشد (Watkins, 2016).

علاوه بر آن پژوهش حاضر نشان داد اگر چه مداخله RFCBT، افسردگی باقیه‌ای را هدف قرار می‌دهد و مداخله MBCT، عود را در بهبود یافتگان افسردگی بررسی می‌کند، اما هر دو مداخله در گروه افسرده اقدام‌کننده به خودکشی بر علائم و نشانه‌های خلقی و اضطرابی مؤثر بودند و بین آن‌ها تفاوتی به دست نیامد، در ارتباط با اثربخش بودن هر دو مداخله، مطالعه‌ای در قالب تدوین مدل نشان داد، ذهن‌آگاهی از طریق کاهش اندیشناکی می‌تواند کاهش علائم اضطراب و افسردگی را کاهش دهد (Parmentier et al., 2019) که حاکی از تعامل تنگاتنگ رابطه بین فرایندهای ذهن‌آگاهی و اندیشناکی است. به عبارتی به

نظر می رسد ذهن آگاهی با بازسازی شناختی (Fortuna, Porche, & Padilla, 2018) مورد استفاده در MBCT، منجر به بهبود نقایص شناختی اشخاص افسرده با افکار خودکشی می شود (Chesin et al., 2016) و اندیشناکی را کاهش داده (Frostadottir & Dorjee, 2019) و انعطاف پذیری بیشتری را نسبت به خویشتن در آنان سبب می شود (Luoma & Villatte, 2012)؛ بنابراین، مبرهن است هر دو مداخله بتوانند با شیوه های متفاوت اثربخشی خود را بر نشانه های اضطرابی و افسردگی نشان دهند. به بیان دیگر RFCBT به فرآیندهای فکر کردن وارد می شود و فرد را ترغیب می کند تا سبک فکری کارآمد را یاد بگیرد، در حالی که MBCT بر ذهن آگاهی و بها ندادن به افکار تکیه می کند و البته هر دو در نهایت در کاهش اندیشناکی مؤثر هستند. در مجموع اندیشناکی مؤلفه ای است که هم در MCBT و هم RFCBT به عنوان عامل تغییر مطرح است. علاوه بر آن نتایج مطالعه حاضر نشان داد MCBT و هم RFCBT می توانند کاهش دهنده علائم خلقی/ اضطرابی (فقدان لذت و برانگیختگی اضطراب) در دختران افسرده اقدام کننده به خودکشی باشد و البته بین این دو مداخله درمانی برتری به دست نیامد. بر اساس نتایج حاضر پیشنهاد می شود درمان های MCBT و هم RFCBT در مراکز درمانی برای بهبود اندیشناکی و کاهش اقدام به خودکشی نوجوانان افسرده بستری به کار برده شود، افزون بر آن هر دو درمان مذکور با یکدیگر تلفیق گردد و اثر بخشی آن در نمونه های بالینی دیگر از جمله اختلالات اضطرابی بررسی شود. به هر حال نکته قابل تأمل در ذکر محدودیت های پژوهش حاضر تعداد کم آزمودنی های هر گروه و کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از پرسشنامه های خود گزارشی است. یکی دیگر از محدودیت های ذکر شده این است که SCID-5 استفاده شده در این پژوهش، مورد اعتبارسنجی در ایران قرار نگرفته است.

References

- Assumpcao, A. A., Pena, C. S., Neufeld, C. B., & Teodoro, M. M. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for University students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, 4(3), 51-59.
- Bagherinezhad, M., Salehi Fadardi, J., & Tabatabaee, S. M. (2010). Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *The Journal of Educational Psychology*, 11(1), 21-38. (in Persian)
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bessette, K. L., Jacobs, R. H., Heleniak, C., Peters, A. T., Welsh, R. C., Watkins, E. R., & Langenecker, S. A. (2020). Malleability of rumination: An exploratory model of CBT-based plasticity and long-term reduced risk for depressive relapse among youth

- from a pilot randomized clinical trial. *Public Library of Science one*, 15(6), 1-24. e0233539.
- Carballo, J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., . . . Dittmann, R. (2019). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 759-776.
- Chen, X., Pu, J., Shi, W., & Zhou, Y. (2020). The impact of neuroticism on symptoms of anxiety and depression in elderly adults: The mediating role of rumination. *Current Psychology*, 39(1), 42-50.
- Chesin, M. S., Benjamin-Phillips, C. A., Keilp, J., Fertuck, E. A., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2016). Improvements in executive attention, rumination, cognitive reactivity, and mindfulness among high-suicide risk patients participating in adjunct mindfulness-based cognitive therapy: Preliminary findings. *The journal of alternative and complementary medicine*, 22(8), 642-649.
- Cook, L., & Watkins, E. (2016). Guided, internet-based, rumination-focused cognitive behavioural therapy (i-RFCBT) versus a no-intervention control to prevent depression in high-ruminating young adults, along with an adjunct assessment of the feasibility of unguided i-RFCBT, in the REducing Stress and Preventing Depression trial (RESPOND): study protocol for a phase III randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-11.
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., . . . Segal, Z. V. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200-204.
- Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M., & Dabson, K. (2005). Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 11(3), 312-326. (in Persian)
- Feldhaus, C. G., Jacobs, R. H., Watkins, E. R., Peters, A. T., Bessette, K. L., & Langenecker, S. A. (2020). Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy Decreases Anxiety and Increases Behavioral Activation Among Remitted Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1982-1991.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinical Version (Scid-5-CV)* (T. Shadloo, S. Karimian, & B. Shadloo, Trans.). Tehran: Ebnesina.
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Padilla, A. (2018). A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(1), 42-62.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1-11.
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Langer, Á. I., & Mañas, I. (2014). Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *The Spanish journal of psychology*, 17(109), 1-6.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive

- emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401-1408.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 48(6), 445-462.
- Heininga, V. E., Dejonckheere, E., Houben, M., Obbels, J., Sienaert, P., Leroy, B., van Roy J, Kuppens P. (2019). The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-11.
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F., Kistrup, M., Rosenberg, NG., Howard, H., Watkins, E. R. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological Medicine*, 50(1), 11-19.
- Izadi Dehnavi, S., Yaghoobi, H., Heydari Nasab, L., & Montshloo, S. (2016). Psychometric Properties of the Transdiagnostic Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire MASQ-D30 in a Sample of Iranian Population. *Health Breeze*, 4(3), 1-6. (in Persian)
- Jury, T. K., & Jose, P. E. (2019). Does Rumination Function as a Longitudinal Mediator Between Mindfulness and Depression? *Mindfulness*, 10(6), 1091-1104.
- Khansa, W., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Obeid, S., Haddad, G., Soufia, M., Kheir, N., Abi Elias Hallit, C., Khoury, R., Salameh P. (2019). Interaction between anxiety and depression on suicidal ideation, quality of life, and work productivity impairment: Results from a representative sample of the Lebanese population. *Perspectives in psychiatric care*. 56(2):270-279.
- Kuringe, E., Materu, J., Nyato, D., Majani, E., Ngeni, F., Shao, A., Mjungu, D., Mtenga, B., Nnko, S., Kipingili, T., Mongi, A. (2019). Prevalence and correlates of depression and anxiety symptoms among out-of-school adolescent girls and young women in Tanzania: A cross-sectional study. *Public Library of Science one*, 14(8), 1-22. e0221053.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565-574.
- Law, K. C., & Tucker, R. P. (2018). Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration. *Current opinion in psychology*, 22, 68-72.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 1-10.
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 265-276.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *Psychology research and behavior management*, 9, 125-132.
- Mullarkey, M. C., Marchetti, I., & Beevers, C. G. (2019). Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 656-668.

- Parmentier, F. B., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A. M., Andrés, P., & Gili, M. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression. *Frontiers in psychology, 10*, 1-10. E506.
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2017). Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology, 21*(2), 132-142.
- Sado, M., Park, S., Ninomiya, A., Sato, Y., Fujisawa, D., Shirahase, J., & Mimura, M. (2018). Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. *BMC Research Notes, 11*(1), 1-7.
- Sarmad, Z., Bazargan, A., & Hejazi, E. (2014). *Research methods in behavioral science*. Tehran: Agah. (In Persian)
- Segal, Z. V., Dimidjian, S., Beck, A., Boggs, J. M., Vanderkruik, R., Metcalf, C. A., Gallop, R., Felder, J.N., Levy, J. (2020). Outcomes of online mindfulness-based cognitive therapy for patients with residual depressive symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 77*(6), 563-573.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Publications.
- Sharaf, A. Y., Lachine, O. A., & Thompson, E. A. (2018). Rumination, social problem solving and suicide intent among Egyptians with a recent suicide attempt. *Archives of psychiatric nursing, 32*(1), 86-92.
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., Davari Ashtiani, R., Hakim Shoushtari, M., Sedigh, A. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science, 6*(1), 10-22. (In Persian)
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067.
- Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy, 90*, 123-136.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 247-259.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: Pearson.
- Uhl, K., Halpern, L. F., Tam, C., Fox, J. K., & Ryan, J. L. (2019). Relations of emotion regulation, negative and positive affect to anxiety and depression in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies, 28*(11), 2988-2999.
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC psychiatry, 18*(1), 1-6.
- Volkaert, B., Wante, L., Van Beveren, M.-L., Vervoort, L., & Braet, C. (2019). Training Adaptive Emotion Regulation Skills in Early Adolescents: The Effects of Distraction, Acceptance, Cognitive Reappraisal, and Problem Solving. *Cognitive Therapy and Research, 44*(3), 678-897.
- Wardenaar, K. J., van Veen, T., Giltay, E. J., de Beurs, E., Penninx, B. W., & Zitman, F. G.

- (2010). Development and validation of a 30-item short adaptation of the Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ). *Psychiatry research*, 179(1), 101-106.
- Watkins, E. R. (2016). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression* (E. Eshtad, Trans.). Tehran: Ebnesina.
- Yapan, S., Türkçapar, M. H., & Boysan, M. (2020). Rumination, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and thought suppression as transdiagnostic factors in depression and anxiety. *Current Psychology*, 1-17.
- Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J., & Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-14.
- Zuzama, N., Fiol-Veny, A., Roman-Juan, J., & Balle, M. (2020). Emotion Regulation Style and Daily Rumination: Potential Mediators between Affect and Both Depression and Anxiety during Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6614.

The Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Mood and Anxiety Symptoms and Rumination of Depressed Adolescent Girls Attempting Suicide

^a Hadi Izanloo

^a Fatemeh Shahabizadeh*

^{a,b} Seyed Kaveh Hojjat

^a Seyed Abdolmajid Bahrainian

^a Birjand Branch, Islamic Azad university, Birjand, Iran.

^b University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate and compare the effectiveness of Rumination_Focused Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness_Based Cognitive Therapy on mood and anxiety symptoms and rumination of adolescent girls attempting suicide.

Methods: The study was a quasi-experimental project with pre-test, post-test, and follow-up assessments. Thirty depressed adolescent girls who had referred to the emergency department with suicide attempting from October 23, 2019, to March 5, 2020, after having the inclusion criteria, were purposefully selected and randomly assigned in three groups including two intervention groups and a control group (each group with 10 people). One group received Rumination_focused Cognitive Behavioral Therapy and the other group received Mindfulness_Based Cognitive Therapy in ten individual sessions. All subjects completed the questionnaires including Beck Depression Inventory, Rumination Response Scale, Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire and Beck Anxiety Inventory in three phases: pre-test, post-test, and follow-up. Data were analyzed by the univariate and multivariate analysis of variance with repeated measures.

Findings: The results showed that both interventions had a significant effect on reducing mood and anxiety symptoms and rumination. These results remained unchanged in the follow-up phase.

Keywords: Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Depression, Mood and Anxiety Symptoms, Rumination

* . f_shahabizadeh@yahoo.com

شماره، حسین؛ توکلی، ترلان (۱۳۹۹). ارتباط جهت گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت: نقش میانجی دلبستگی.



پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۱ (۲)، ۸۹-۱۰۴. DOI: 10.22067/tpccp.2021.68487.1035

ارتباط جهت گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت: نقش میانجی دلبستگی

حسین شماره^۱، ترلان توکلی^۲

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۵ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سبک های دلبستگی در ارتباط بین جهت گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت در زنان متأهل انجام شد.

روش: این پژوهش توصیفی - همبستگی از نوع مدل سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان زن متأهل دانشگاه ها و زنان متأهل مراجعه کننده به خانه های بهداشت شهر مشهد در سال ۱۳۹۸، تشکیل می دادند که از این میان ۳۱۱ نفر به شیوه در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از مقیاس های خیانت زناشویی، جهت گیری مذهبی، خودکارآمدی جنسی زنان و پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان استفاده شد.

یافته ها: نتایج مدل برازش شده، نقش میانجی سبک های دلبستگی (ایمن و اجتنابی) را در رابطه میان جهت گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت مورد تأیید قرار داد. بر اساس یافته های پژوهش حاضر، توجه به تجارب اولیه فرد در خانواده اصلی، حائز اهمیت بسیاری است؛ از همین رو درمانگران و مشاوران خانواده می توانند با تکیه بر یافته های پژوهش حاضر، اقداماتی مؤثر در جهت پیشگیری و کاهش خیانت زوجین ارائه دهند.

واژه های کلیدی: جهت گیری مذهبی، خودکارآمدی جنسی، دلبستگی، خیانت.

۱. دانشیار، دانشگاه حکیم سبزواری و دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول) h.shareh@hsu.ac.ir, shareh@ferdowsi.um.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، tarlan.tavakoli@gmail.com

مقدمه

بیش از سی سال است که خیانت^۱ توسط محققان مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (Hertlein & Weeks, 2007). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که خیانت می‌تواند اثرات منفی بر روابط داشته باشد و ممکن است ترسناک‌ترین و مخرب‌ترین تجربه یک ازدواج باشد (Ignat, 2018; Omarzu, Miller, 2012; Schultz, & Timmerman, 2012) که منجر به طلاق می‌شود (Zordan, 2011).

بررسی سیستماتیک ادبیات (Scheeren, 2016) شیوع خیانت زناشویی را بین ۱/۲ درصد (Philippe, 2011) و ۸۹/۴ درصد (Zhang, Parish, Huang, & Pan, 2011) گزارش کرده‌اند. در برزیل، در پژوهشی که توسط گلدنبرگ با حضور ۱۲۷۹ زن و مرد از طبقه متوسط شهر ریودوژانیرو، انجام شد، یافته‌ها نشان داد که ۶۰ درصد از مردان و ۴۷ درصد از زنان مرتکب خیانت شده‌اند (Goldenberg, 2011). در ایران، نتایج تحقیقی که در ۱۵ استان کشور انجام شده است نشان می‌دهد خیانت علت ۶۷ درصد قتل مردان از سوی همسرانشان بوده است (Edjtehad & Vahedi, 2016). همچنین به نقل از خبرگزاری‌ها: «از مهم‌ترین علل اصلی طلاق در ایران در سال ۹۱ خیانت، اقتصاد و اعتیاد زوجین؛ در سال ۹۲: مسائل عقیدتی و دخالت خانواده‌ها و در سال ۹۳: بار دیگر خیانت و عدم رضایت جنسی بوده است» (Tabnak, 2015).

خیانت به عنوان یک عمل جنسی و/یا احساسی توسط شخصی که درگیر یک رابطه متعهدانه است، تعریف می‌شود. این عمل خارج از روابط زوجی رخ می‌دهد و به منزله نقض قوانین توافق شده بین زوج می‌باشد، که توسط یک یا هر دو نفر درگیر در رابطه عاطفی و یا جنسی رخ می‌دهد (Moller & Vossler, 2015). در همین ارتباط، نتایج یک نظرسنجی آنلاین در برزیل که شامل ۲۷۶ کاربر اینترنتی بود نشان داد، ۱/۲۳ درصد از شرکت‌کنندگان خیانت را نقض توافق تعریف کرده‌اند. علاوه بر این، جنبه‌های دیگری مانند ارتباط عاطفی با فردی دیگر، دروغ‌گویی، برقراری ارتباط جنسی با فردی دیگر، گرایش به دیگران، استفاده از فیلم‌های پورن، ارتباط در فضای مجازی و رابطه بدون احساس و عدم احترام را از دیگر جنبه‌های خیانت زناشویی دانسته‌اند (Haack & Falcke, 2014). مطالعات صورت گرفته از دهه ۱۹۸۰ تفاوت‌های زن و مرد را در رابطه با خیانت برجسته کرده است، تفاوت‌های جنسیتی یکی از زمینه‌های اصلی مطالعه در زمینه خیانت است (Kemer, Bulgan, & Yıldız, 2016). مطالعات اخیر نشان داده است که مردان نیاز بیشتری به احساسات جدید از خود نشان می‌دهند و در نتیجه احتمالاً گرایش به خیانت دارند (Lalasz & Weigel, 2016).

1. Infidelity

(2011). علاوه بر این مطالعات همچنین اختلافاتی را در نحوه پاسخ‌گویی زن و مرد به انواع خیانت نشان داده‌اند؛ به طوری که زنان بیشتر به خیانت عاطفی و مردان به خیانت جنسی گرایش بالاتری دارند (Guadagno et al., 2015).

درباره علل و زمینه‌ها، بر اساس نتایج تحقیقات انجام یافته، می‌توان به اینترنت، مذهب و شکاف‌های جنسیتی (Fincham & May, 2017)، سبک‌های دلبستگی و شبکه‌های اجتماعی (Akçaboza, 2017)، تنوع طلبی (McDaniel, Corkery, & Curran, 2017)، نارضایتی از روابط جنسی و عاطفی، انتقام گرفتن از همسر بی‌وفا، سطح تحصیلات، شغل و درآمد (Momeni, 2013)، بلوغ جنسی و اجتماعی، خانواده و مسائل پزشکی (Loudová, Janiš, & Haviger, 2013) و در نهایت سابقه روابط عاطفی و جنسی رضایت بخش (Kordbache & Arefi, 2018) اشاره نمود.

در دهه‌های اخیر محققان توجه ویژه‌ای به نقش دین در شکل‌گیری زندگی زناشویی از جمله رضایت زناشویی، تعهد، طلاق و کشمکش‌های زناشویی، خشونت خانگی و ... داشته‌اند (Burdette, Ellison, 2007). اما آنچه که کمتر مورد توجه قرار گرفته است تأثیرات مذهب بر روابط فرازناشویی است. بر اساس نظریه آلپورت منظور از جهت‌گیری مذهبی گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است و نوع جهت‌گیری در افراد درونی و بیرونی می‌باشد. مذهب درونی دارای اصول مشخص و اعتقادات درونی هر فرد است حال آنکه مذهب بیرونی امری خارجی و ابزاری است که برای نیازهای فردی از قبیل مقام، امنیت شغلی و فردی مورد استفاده قرار می‌گیرد (Allport & Ross, 1967). در همین ارتباط تاتل و داویس (Tuttle & Davis, 2015) در پژوهشی دریافته‌اند، دینداری احتمال خیانت زناشویی را در زوج‌هایی که حداقل ۱۲ سال از ازدواج آن‌ها سپری می‌شود کاهش می‌دهد (Tuttle & Davis, 2015). نتایج پژوهش امان، عباس، نورالنبی و بنی (Aman, Abbas, Nurunnabi, & Bano, 2019) نشان داد، تعهدات مذهبی و اعمال دینی بر افزایش رضایت زناشویی اثرگذار است. در ایران نیز خسروی، حیدرنیا و نظیفی (Khosravi, Heydarnia, & Nazifi, 2019) در پژوهشی دریافته‌اند تأثیر نگرش مذهبی بر خیانت زناشویی منفی و معنادار است.

از عوامل دیگری که بر سلامتی و بقای خانواده اثرگذار است می‌توان به روابط جنسی رضایت‌بخش اشاره نمود (Forotan, 2007). آگاهی‌های مختلف و مکرر در زمینه‌های جنسی و اقبال یا استقبال این آگاهی‌ها حکایت از آن دارد که ادراک کارآمدی جنسی از موضوعات مهمی است که در رضایت از زندگی نقش

دارد (Gelder, Mayou, & Geddes, 2005)؛ خودکارآمدی جنسی^۱ را می‌توان باوری دانست که هر فرد در مورد کارایی و عملکردش در فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد. چنین باوری نوعی خودارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است (Litzinger & Gordon, 2005). به نظر آلبرت بندورا باورهای فرد در مورد خودکارآمدی، در زمینه صلاحیت فرد برای اجرا و سازماندهی ارتباط جنسی بر عملکرد جنسی و واکنش‌های هیجانی وی تأثیر می‌گذارند (Bandura, 2000). در پژوهش‌های مختلف از خودکارآمدی جنسی، به عنوان یک عامل مهم برای ایجاد یک رابطه جنسی سالم و رضایت بخش نام برده شده است؛ به‌طوری‌که خودکارآمدی جنسی بالا با سازگاری جنسی بیشتر و بالا بودن فعالیت جنسی همراه است و از طرفی خودکارآمدی پایین روی عملکرد جنسی تأثیر منفی دارد و با بروز رفتارهای پرخطر جنسی در ارتباط است (Zimmer-Gembeck, 2013). همچنین نقش خودکارآمدی جنسی در رضایت زناشویی در پژوهش‌های (Jamali, Feiz Abadi, & Jamali, 2017) و (Zare, 2016) مورد تأیید قرار گرفته است.

متغیر دیگری که می‌تواند زمینه‌ساز خیانت زناشویی در زوجین باشد، سبک‌های دلبستگی^۲ است. سبک‌های دلبستگی اشاره به سبک ایمن، ناایمن دوسوگرای اضطرابی^۳ و دلبستگی ناایمن اجتنابی^۴ دارد که به‌عنوان یک رابطه با شخصی دیگر که به‌عنوان پناهگاهی امن در زمان پریشانی و پایگاه امنی برای توصیف جهان فرد است، تعریف می‌شود (Umemura, Lacinová, Kotrčová, & Fraley, 2018). در مطالعه‌ای راسل، باکر و مک نالتی (Russell, Baker, & McNulty, 2013) انجام دادند، دلبستگی دوسوگرای اضطرابی با پیش‌بینی خیانت همبسته بود. دیگر یافته این پژوهش نشان داد دلبستگی اجتنابی ارتباط منفی معناداری با خیانت زناشویی داشت. در پژوهشی مشابه فردوسی (Ferdosi, 2019) دریافت دلبستگی ایمن، دلبستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی و دلبستگی ناایمن اجتنابی می‌توانند نگرش به خیانت زناشویی در زنان متأهل را پیش‌بینی کنند. بررسی پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که دلبستگی ایمن در افرادی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند بیش از افراد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی است و سبک دلبستگی دوسوگرا در افراد با جهت‌گیری مذهبی با فراوانی بیشتری گزارش شده است (Khonainzadeh, Ezhei, & Mazaheri, 2005). نتایج پژوهشی در بررسی ارتباط بین سبک دلبستگی و رابطه جنسی حاکی از آن است که در مردان رابطه جنسی با سبک دلبستگی ایمن رابطه مثبت و در زنان با سبک دلبستگی اجتنابی رابطه منفی دارد (Dunkel, Lukaszewski, & Chua, 2016).

1. Sexual Self-Efficacy

2. Attachment Styles

3. Anxious Ambivalent Insecure Attachment Style

4. Avoidant Insecure Attachment Style

روی هم رفته، در حالی که شواهدی مبنی بر این که جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی جنسی و سبک دلبستگی با خیانت زناشویی مرتبط است وجود دارد، مطالعاتی که به بررسی نقش واسطه‌ای یا تعدیل-گر در این ارتباط بپردازند، انگشت‌شمار است. دانستن این که وجود یک متغیر میانجی، میزان ارتکاب خیانت زناشویی را افزایش می‌دهد یا خیر، مداخلات پیش‌گیرانه فعلی را اصلاح کرده و نتایج مهمی را در جهت بهبود روابط زناشویی در پی خواهد داشت. برای پرداختن به این مهم پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال مهم است: آیا سبک دلبستگی در رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت زناشویی نقش میانجی‌گرانه دارد؟

روش

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

جامعه، نمونه و روش آماری

جامعه آماری را خانه‌های بهداشت شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند ($N=1658$). حجم نمونه پژوهش بر اساس فرمول کوکران ۳۱۱ نفر محاسبه شد. انتخاب نمونه‌ها به شیوه در دسترس و از میان کسانی صورت گرفت که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. در همین راستا پس از مراجعه به دانشگاه‌ها و تعدادی از خانه‌های بهداشت سطح شهر مشهد، بعد از بیان اهداف پژوهش و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار افراد قرار داده شد تا در حضور محقق به آن‌ها پاسخ دهند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها. در نهایت داده‌های گردآوری شده به روش همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم افزارهای SPSS-24 و AMOS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش: تأهل، زندگی با همسر، تحصیلات دیپلم و بالاتر و داشتن حداقل یک رابطه جنسی در دو ماه گذشته با همسر.

ابزارها

پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان^۱: هازن و شاور (Hazan & Shaver, 1987)، این پرسشنامه را با ۱۵ سؤال و بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه گانه اینزورث^۲ (سبک ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) و با این فرض

1. Adult Attachment Questionnaire (AAQ)

2. Ainsworth

که می‌توان در روابط بزرگسالان نیز سبک‌های مشابه سبک‌های دلبستگی کودکان یافت، طراحی کردند. پاسخ‌گویی به سؤالات در طیف پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴ و خیلی زیاد = ۵) صورت می‌گیرد. در ایران در پژوهش خالق خواه و بابایی منقاری (Khaleghkhah & Babaei, 2015)، ضرایب توافق کندال (روایی) برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس جهت‌گیری مذهبی: آلپورت و راس (Allport & Ross, 1967) این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی در سال ۱۹۶۷ تهیه کردند. مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت، شامل ۲۱ سؤال و در طیف لیکرت (از کاملاً مخالفم نمره ۱ تا کاملاً موافقم نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس، گزینه‌های ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند. این مقیاس نقطه برش ندارد و هر چه آزمودنی‌ها در مقیاس‌های مورد بررسی نمرات بیشتری به دست آورند بیشتر دارای آن صفت می‌باشند. آلپورت و راس (Allport & Ross, 1967) در مطالعات اولیه‌ای که صورت گرفت، پایایی ابزار را برای جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۲ به دست آوردند. شفیع‌ی، شهابی-زاده و پورشافعی (Shafiei, Shahabizade & Pourshafei, 2012) در بررسی پایایی مقیاس یاده شده، آلفای کرونباخ جهت‌گیری مذهبی بیرونی را برابر با ۰/۷۱ و جهت‌گیری درونی را برابر با ۰/۶۲ گزارش نمودند.

مقیاس خودکارآمدی جنسی زنان: این ابزار برای اولین بار توسط بیرز و هینلین (Byers & Heinlein, 1989) طراحی شد و یک ابزار ۳۷ گویه‌ای است که شامل هشت بعد پذیرش بدن (۲، ۳)، امتناع (۱۰، ۱۱)، عواطف و علاقه (۸، ۹، ۱۵)، برانگیختگی جنسی (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۹)، برقراری ارتباط (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۳۵)، تمایل (۱، ۵، ۶، ۷، ۹، ۲۲)، شهوانیت (۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۷) و اوج لذت جنسی (۴، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۶) است. چنانچه واحد پژوهش توانایی انجام فعالیت را داشته باشد، میزان اطمینان خود را در محدوده ۱۰ (کاملاً نامطمئن) تا ۱۰۰ (کاملاً مطمئن) تعیین می‌کند و چنانچه قادر به انجام آن فعالیت نباشد، ستون‌های مقابل را خالی گذاشته و در این صورت نمره صفر محاسبه می‌شود. نمره‌دهی کلی این مقیاس از میانگین نمرات در تمام ابعاد خودکارآمدی جنسی بدست می‌آید و نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی جنسی بالاتر است و اینکه فرد در رابطه جنسی عملکرد بهتری دارد. نمره‌گذاری هر بعد نیز بر اساس میانگین نمرات آن بعد محاسبه می‌شود. پایایی این ابزار توسط بیرز و هینلین (Byers & Heinlein, 1989) از طریق بازآزمایی (۰/۸۲ = r) و ثبات داخلی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳) تأیید شده است. اعتبار پرسشنامه در ایران توسط ساری خوانی

1. Religious Orientation Scale (ROS)

2. Sexual self Efficacy Scale- for Female (SSES-F)

(SariKhani, 2012) مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس خیانت^۱: مقیاس خیانت یک ابزار ۱۱ سؤالی است که توسط دریگوتاس، سافستروم و گنتیلیا (Drigotas, Safstrom, & Gentilia, 1999) ساخته شد و به واسطه ارزیابی میزان وسوسه و تمایل فرد برای درگیری در یک ارتباط فرازناشویی و همچنین ارزیابی شدت رابطه فرد با شخصی خارج از رابطه زناشویی، خیانت شناختی، فیزیکی و عاطفی را می‌سنجد. در مقیاس خیانت از پاسخگو درخواست می‌شود تا سطح شدت هر احساس یا رفتار را بر روی یک مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت که از ۱ یعنی عدم احساس/رفتار تا ۹ که بیانگر شدیدترین میزان احساس یا رفتار را شامل است، علامت بزنند. در این مقیاس نمره بالا نشانگر درجه‌ی صمیمیت شناختی، فیزیکی و عاطفی با فرد ثالثی که در خارج از رابطه زناشویی اصلی خود بدان جذب شده‌اند می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۳ و همبستگی بین نمره‌های آزمودنی در این مقیاس با رفتار خیانت آمیز برابر ۰/۸۰ گزارش شده است (Sami, Nazari, Mohsenzadeh, & Taheri, 2014).

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این پژوهش ۳۱۱ نفر از دانشجویان زن متأهل دانشگاه‌ها و زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت شهر مشهد بودند. یافته‌های توصیفی و جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: فراوانی تحصیلات، سابقه تأهل، تعداد فرزندان و سابقه جدایی شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد	متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
تحصیلات	دیپلم	۶۰	۱۹/۳	تأهل	۱۶-۱۰ سال	۳۶	۱۱/۶
	فوق دیپلم	۴۲	۱۳/۵		۳-۱ سال	۵۱	۱۶/۴
	لیسانس	۱۲۸	۴۱/۲		۷-۴ سال	۸۶	۲۷/۶
	فوق لیسانس	۵۶	۱۸		۱۱-۸ سال	۳۵	۱۱/۲
	دکتری	۶	۱/۹		۱۲< سال	۹۳	۳۳/۲
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۱۴۴	۴۶/۳	تعداد فرزندان	بدون سابقه	۹۸	۲۴/۴
	۱-۲ فرزند	۱۴۹	۴۱/۵		یک بار	۱۰۷	۴۶/۳
	۳-۴ فرزند	۳۵	۱۱/۳		دو بار	۱	۰/۴
	۵-۶ فرزند	۳	۰/۹		۳≤ بار	۳	۱

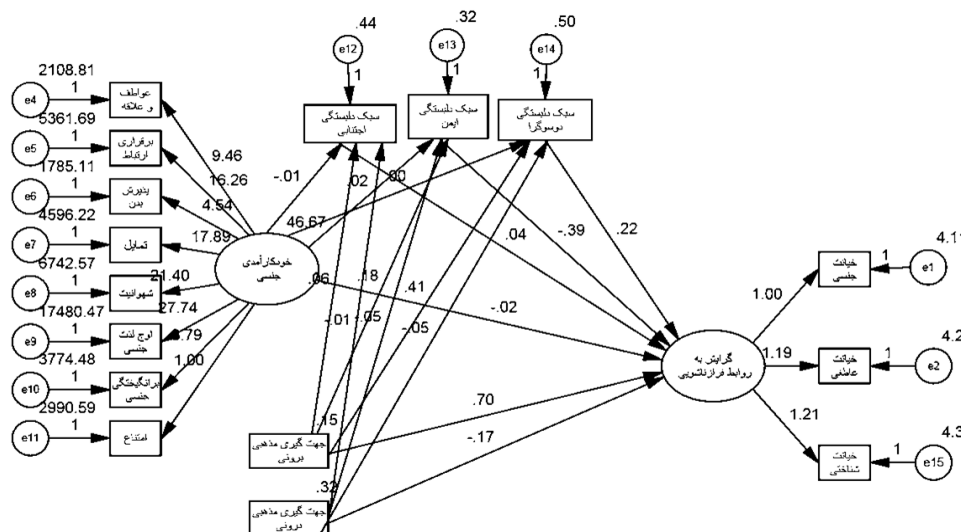
بر اساس نتایج جدول ۱، اغلب آزمودنی‌ها دارای تحصیلات لیسانس، با بیش از ۱۲ سال تأهل، بدون فرزند یا دارای ۱-۲ فرزند و سابقه یک بار جدایی از همسر می‌باشند. جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌ها را بر حسب متغیرهای اصلی پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سبک دلبستگی، جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی جنسی و روابط فرازناشویی

متغیرها	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
جهت‌گیری مذهبی	بیرونی	۲/۲۰	۰/۳۹
	درونی	۲/۶۳	۰/۵۷
خودکارآمدی جنسی	عواطف و علاقه	۶۱/۵۲	۲۶/۴۶
	برقراری ارتباط	۵۶/۷۳	۲۶/۵۱
	پذیرش بدن	۷۲/۵۹	۲۶/۲۵
	تمایل	۶۷/۵۳	۲۳/۰۲
	شهوانیت	۶۷/۵۷	۲۷/۹۹
	اوج لذت جنسی	۵۹/۵۲	۲۵/۴۹
	برانگیختگی جنسی	۴۴/۲۸	۲۱/۵۱
	امتناع	۴۷/۶۸	۲۱/۸۷
	خودکارآمدی جنسی (نمره کل)	۵۸/۲۶	۲۰/۰۸
سبک‌های دلبستگی	سبک دلبستگی ایمن	۲/۵۲	۰/۶۷
	سبک دلبستگی دوسوگرا	۳/۱۲	۰/۵۸
	سبک دلبستگی اجتنابی	۲/۶۶	۰/۷۱
خیانت	خیانت شناختی (ترکیبی)	۲/۶۴	۲/۴۳
	خیانت عاطفی	۲/۳۵	۲/۳۷
	خیانت فیزیکی	۱/۸۱	۱/۵۵
	گرایش به روابط فرازناشویی (نمره کل)	۲/۳۰	۲/۰۴

بررسی شاخص‌های توصیفی متغیر جهت‌گیری مذهبی (جدول ۲) نشان می‌دهد که زنان شرکت‌کننده در پژوهش به میزان بیشتری از جهت‌گیری مذهبی درونی نسبت به جهت‌گیری مذهبی بیرونی برخوردار بوده، در حالی که خودکارآمدی جنسی متوسط داشته و بدن خود را به‌طور مناسبی پذیرفته‌اند اما به میزان کمتری اوج لذت جنسی را تجربه می‌کنند. سبک دلبستگی دوسوگرا شایع‌ترین سبک دلبستگی در بین زنان مورد مطالعه می‌باشد و خیانت شناختی (ترکیبی) نسبت به دیگر خیانت‌ها در بین آن‌ها به میزان بیشتری اتفاق افتاده است.

به منظور بررسی نقش میانجی گرایانه سبک های دلبستگی در رابطه جهت گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت در زنان متأهل از مدلیابی معادلات ساختاری به روش تحلیل مسیر استفاده شد. شکل ۱ تحلیل مسیر و روابط بین متغیرها را نشان می دهد.



شکل ۱. نمودار تحلیل مسیر متناسب با مدل مفهومی و روابط بین متغیرها

در جدول شماره ۳ مقادیر اثرات متغیرهای میانجی در ارتباط بین متغیرهای پیشین و ملاک آورده شده است.

جدول ۳: مقادیر اثرات غیر مستقیم مدل اولیه تحقیق

متغیر میانجی	روابط میان متغیرها	ضریب بتا	خطای استاندارد	مقدار t	سطح معناداری	نتیجه فرضیه
سبک های دلبستگی ایمن	جهت گیری مذهبی بیرونی بر خیانت	۰/۱۷۵	۰/۰۱۱	۷/۰۸۲	۰/۰۰۱	تأیید
	جهت گیری مذهبی درونی بر خیانت	۰/۱۸۱	۰/۰۸۲	۲/۲۱۳	۰/۰۳۴	تأیید
	خودکارآمدی جنسی بر خیانت	۰/۴۱۱	۰/۱۰۲	۴/۰۱۰	۰/۰۰۱	تأیید
سبک های دلبستگی دوسوگرا	جهت گیری مذهبی بیرونی بر خیانت	۰/۰۶۲۹	۰/۰۹۶	۰/۶۵۵	۰/۳۳۲	عدم تأیید
	جهت گیری مذهبی درونی بر خیانت	-۰/۰۰۹	۰/۰۶۶	-۰/۱۳۸	۰/۳۹۵	عدم تأیید

					بر خیانت	
عدم تأیید	۰/۰۵۵	-۱/۹۸۳	۰/۱۲۸	-۲/۲۴۵	خودکارآمدی جنسی بر خیانت	
عدم تأیید	۰/۲۷۱	۰/۸۷۹	۰/۰۵۶	۰/۰۴۹	جهت‌گیری مذهبی بیرونی بر خیانت	سبک دلبستگی اجتنابی
تأیید	۰/۰۰۱	۶/۴۲۶	۰/۰۷۱۱	۰/۴۵۶	جهت‌گیری مذهبی درونی بر خیانت	
تأیید	۰/۰۴۰	۲/۱۴۲	۰/۱۰۲	۰/۲۴۸	خودکارآمدی جنسی بر گرایش به روابط فرازنشویی	

بر اساس نتایج جدول (۳)، تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی و خودکارآمدی جنسی بر خیانت زناشویی از طریق سبک دلبستگی ایمن و اجتنابی معنادار است ($P < ۰/۰۵$). بر این اساس می‌توان سبک دلبستگی ایمن و اجتنابی را در رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و خودکارآمدی جنسی با خیانت زناشویی دارای نقش واسطه‌ای دانست.

نتیجه

نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد سبک دلبستگی ایمن و اجتنابی در رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و خیانت زناشویی نقش واسطه‌ای دارد. اگر چه پیشینه پژوهشی مستقیمی در این رابطه یافت نشد؛ اما این یافته را می‌توان با استناد به پژوهش‌های غیر مستقیم تبیین نمود.

نتایج این مطالعه بیان‌گر اهمیت روابط اولیه کودک با والد اصلی به عبارتی سبک دلبستگی فرد و نقش آن در روابط بزرگسالی او مخصوصاً روابط زناشویی است (Feeney, 1999). مطالعه طولی کوپر و همکاران (Cooper et al., 2006) در مورد نوجوانان مشخص نمود دخترانی که سبک دلبستگی ایمن دارند روابط جنسی بهتری را تجربه می‌کنند و از این روابط برای بیشتر شدن احساس صمیمیت استفاده کرده و لذت بیشتری از روابط خود می‌برند صرف نظر از تفاوت‌های فرهنگی، روش نمونه‌گیری و جامعه‌آمار، در پژوهش‌های مختلف مشخص شده است که در صورتی که دختری در کودکی سبک دلبستگی ایمن را با مادرش تجربه کند در دوران بزرگسالی این قابلیت روی روابط جنسی‌اش تأثیر بسزایی دارد، در واقع تأثیر مثبت دلبستگی ایمن به مادر بیش از تأثیرات سوء سبک‌های ناایمن به مادر، در بزرگسالی بروز می‌کند. افراد با دلبستگی ایمن خود را افراد دوست داشتنی از نظر دیگران دانسته و مهارت‌های اجتماعی بالاتری را گزارش می‌کنند، در روابط خود انتظارات مثبتی از دیگران دارند و در نتیجه احساس بهتری را تجربه می‌کنند که این

ویژگی‌ها می‌تواند بر عملکرد جنسی آنان تأثیر بگذارد (Khonainzadeh et al., 2005).

از طرفی سطوح بالای خودکارآمدی جنسی می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی و در نهایت کاهش خیانت زناشویی مؤثر باشد. در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده همسو با نتایج پژوهش حاضر، از خودکارآمدی جنسی به عنوان عاملی مهم در برقراری رابطه جنسی رضایت‌بخش و سالم نام برده‌اند (Zare, 2016; Zimmer-Gembeck, 2013). هر چه زوجین عملکرد جنسی بهتری داشته باشند گرایش کمتری را به روابط فرازناشویی گزارش می‌کنند (Gridley, 2006).

نتایج مطالعه‌ی تریسی، شاور، البینو و کوپر (Tracy, Shaver, Albino, & Cooper, 2003) بر روی نوجوانان مشخص نمود که سبک دلبستگی با انگیزش جنسی و هیجانات تجربه شده در طی فعالیت جنسی مرتبط است و افراد ایمن با احتمال بیشتری از رابطه‌ی جنسی لذت می‌برند و خودکارآمدی جنسی بیشتری را در روابط خود گزارش می‌کنند ولی افراد دوسوگرا و اجتنابی کمتر قادر به تجربه‌ی هیجانات گرم و صمیمانه در طی فعالیت جنسی می‌باشند. از اینجا می‌توان استنباط نمود که سبک‌های دلبستگی از طریق تأثیر بر خودکارآمدی جنسی قادرند گرایش به روابط فرازناشویی را در افراد پیش‌بینی کنند.

در خصوص دیگر یافته پژوهش می‌توان بیان داشت، افراد که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند در مقایسه با افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی در مقیاس دلبستگی به خدا از اجتناب و اضطراب کمتری برخوردار هستند؛ به عبارت دیگر دارای دلبستگی ایمن به خدا هستند e دلبستگی ایمن به خدا، همان دلبستگی رشد یافته‌ای است که اژه‌ای (Ezhehei., 2002) آن را عامل اساسی می‌داند که می‌تواند با ارتباط با خدای شایسته دوست داشتن، آدمی را به اوج برساند. این دلبستگی ایمن همراه با پابندی به اصول می‌تواند باعث افزایش خودکنترلی افراد و در نتیجه به عنوان یک عامل بازدارنده از خیانت زناشویی عمل کند. علاوه بر این در جامعه‌ای که مذهب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و اکثریت قریب به اتفاق، دین‌دار محسوب می‌گردند، ممکن است نوعی الزام اجتماعی موجب گردد حتی افرادی که عمیقاً به خدا اعتقادی ندارند یا خدا را غیر قابل دسترس می‌پندارند، به نوعی برای رفع نیازها و پیشبرد اهدافشان کم یا بیش از مذهب بهره گیرند (جهت‌گیری مذهبی بیرونی). اگر چه برخلاف جهت‌گیری مذهبی درونی، میزان ایمنی افرادی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند در دلبستگی به خدا و دلبستگی به بزرگسالان کمتر می‌باشد (Khonainzadeh et al., 2005)؛ اما بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در برابر خیانت زناشویی ایجاد مصونیت نماید.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مذهب می‌تواند چارچوب معتبر و پایداری برای سلامت روانی افراد فراهم کند، چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند مذهب را در چارچوب و ساختار شناختی و

عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح ایمان مذهبی انتقال یابد، چنین مذهبی می‌تواند وحدت یافتگی فرد را تضمین کرده و سلامت روانی او را فراهم کند و به عنوان سدی محکم در برابر انحرافات اخلاقی عمل نماید. همچنین با توجه به ارتباط بین خودکارآمدی جنسی و گرایش به روابط فرازنشویی، به نظر می‌رسد کاربرد رویکردهایی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی جنسی و خودکارآمدی جنسی زنان جهت توفیق در زندگی زناشویی و در نتیجه قوام و دوام خانواده‌ها در جامعه ضرورت داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جمع‌آوری نمونه از مراکز دانشگاهی و مراکز بهداشتی اشاره نمود. انجام تحقیقات تجربی با نمونه‌گیری تصادفی و طرح‌های تجربی یا طولی می‌تواند به اثبات نتایج تحقیق کمک کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی مشابه در جامعه مردان و در فرهنگ‌های دیگر نیز اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان محترم دانشگاه‌ها و خانه‌های بهداشت شهر مشهد و همچنین از تمام زنان متأهلی که در انجام این پژوهش، محققان را یاری کردند تقدیر و تشکر می‌کنیم.

References

- Akçabozan, N. B., McDaniel, B. T., Corkery, S. A., & Curran, M. A. (2017). Gender, sacrifices, and variability in commitment: A daily diary study of pregnant heterosexual cohabitators and their partners. *Sex Roles*, 77(3), 194-208.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432.
- Aman, J., Abbas, J., Nurunnabi, M., & Bano, S. (2019). The relationship of religiosity and marital satisfaction: the role of religious commitment and practices on marital satisfaction among Pakistani respondents. *Behavioral Sciences*, 9(3), 30.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current directions in psychological science*, 9(3), 75-78.
- Burdette, A. M., Ellison, C. G., Sherkat, D. E., & Gore, K. A. (2007). Are there religious variations in marital infidelity? *Journal of Family Issues*, 28(12), 1553-1581.
- Byers, E. S., & Heinlein, L. (1989). Predicting initiations and refusals of sexual activities in married and cohabiting heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 26(2), 210-231.
- Cooper, M. L., Pioli, M., Levitt, A., Talley, A. E., Micheas, L., & Collins, N. L. (2006). Attachment styles, sex motives, and sexual behavior. *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*, 243-274.
- Drigotas, S. M., Safstrom, C. A., & Gentilia, T. (1999). An investment model prediction of dating infidelity. *Journal of personality and social psychology*, 77(3), 509.
- Dunkel, C. S., Lukaszewski, A. W., & Chua, K. (2016). The relationships between sex, life history strategy, and adult romantic attachment style. *Personality and Individual Differences*, 98, 176-178.
- Edjtehadi, M., & Vahedi, G. (2016). Sociological study of the potential of infidelity in marital

- relations and its effective factors among public and private sector employees. *Iranian Sociological Association*, 17(4), 105-138.
- Feeney, J. A. (1999). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 6(2), 169-185.
- Ferdosi, S. (2019). The prediction of attitudes toward infidelity based on attachment behavior in couple relationships, marital quality relationship and attachment styles in married women. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 13(2), 149-157.
- Fincham, F. D., & May, R. W. (2017). Infidelity in romantic relationships. *Current opinion in psychology*, 13, 70-74.
- Forotan, A., Milani, M (2007). Prevalence of sexual disorders in divorce Applicants refer to family court. *Daneshvar Medicine*, 78(10), 39-41.
- Gelder, M., Mayou, R., & Geddes, J. (2005). *Psychiatry: An Oxford Core Text*: Oxford: Oxford University Press.
- Goldenberg, M. (2011). Why do men and women cheat? Rio de Janeiro. RJ: *BestBolso*.
- Gridley, C. G. (2006). *Integrating sex therapy and couple therapy in the treatment of hypoactive sexual desire disorder: An attachment-based approach*: Alliant International University, San Francisco Bay.
- Guadagno, L., Sarno, M., Vietri, U., Raimondo, M., Cirillo, C., & Ciambelli, P. (2015). Graphene-based structural adhesive to enhance adhesion performance. *RSC Advances*, 5(35), 27874-27886.
- Haack, K. R., & Falcke, D. (2014). Love and Marital Quality in Romantic Relationships Mediated and Non-Mediated by Internet1. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24, 105-113.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Hertlein, K. M., & Weeks, G. R. (2007). Two roads diverging in a wood: The current state of infidelity research and treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1-2), 95-107.
- Ignat, R. (2018). 704 Infidelity, impulsivity, attachment and distorted cognitions. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(7), S401.
- Ezhehei, J. (2002). Needs in the Quran. *Journal of Psychology*. 6 (24 consecutive 4), 323-307.
- Jamali, M., Feiz Abadi, S., & Jamali, M. (2017). The effect of cognitive behavioral intervention on women's sexual self-efficacy and marital satisfaction. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(special issue), 29-38.
- Kemer, G., Bulgan, G., & Yıldız, E. Ç. (2016). Gender differences, infidelity, dyadic trust, and jealousy among married Turkish individuals. *Current Psychology*, 35(3), 335-343.
- Khaleghkhah, A., & Babaei Menghari, M. M. (2015). Relationship between attachment styles and spiritual intelligence with religious attitudes of Secondary school students in Amol city, 2014. *Journal of Religion and Health*, 2(2), 1-9.
- Khonainzadeh, M., Ezhei, J., & Mazaheri, M. (2005). Comparison of attachment style of students with internal and external religious orientation. *Journal of psychology*, 9(3), 225-247.
- Khosravi, A., Heydarnia, A., & Nazifi, M. (2019). The role of Religious Attitude in Attitude towards Infidelity: The Mediating Role of Subjective Well-being. *Positive Psychology Research*, 5(3), 13-28.
- Kordbache, S., & Arefi, M. (2018). The role of family communication patterns and sexual

- quality in predicting attitudes toward marital infidelity in women in Isfahan. *Social Behavior Research & Health*, 2(1), 199-209.
- Lalasz, C. B., & Weigel, D. J. (2011). Understanding the relationship between gender and extradyadic relations: The mediating role of sensation seeking on intentions to engage in sexual infidelity. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1079-1083.
- Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 31(5), 409-424.
- Loudová, I., Janiš, K., & Haviger, J. (2013). Infidelity as a Threatening Factor to the Existence of the Family. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 106, 1462-1469.
- Moller, N. P., & Vossler, A. (2015). Defining infidelity in research and couple counseling: A qualitative study. *Journal of sex & marital therapy*, 41(5), 487-497.
- Momeni, J. N., Z. . (2013). *Illegal relationships*. Tehran: Shabahang.
- Omarzu, J., Miller, A. N., Schultz, C., & Timmerman, A. (2012). Motivations and emotional consequences related to engaging in extramarital relationships. *International Journal of Sexual Health*, 24(2), 154-162.
- Philippe, F. L., Koestner, R., Beaulieu-Pelletier, G., & Lecours, S. (2011). The role of need satisfaction as a distinct and basic psychological component of autobiographical memories: A look at well-being. *Journal of personality*, 79(5), 905-938.
- Russell, V. M., Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2013). Attachment insecurity and infidelity in marriage: Do studies of dating relationships really inform us about marriage? *Journal of Family Psychology*, 27(2), 242.
- Sami, A., Nazari, M., Mohsenzadeh, F., & Taheri, M. (2014). Multiple relationships of attachment styles, personality dimensions, and marital satisfaction with marital breakdown. *Journal of women's educational and cultural education*, 9, 79-93.
- SariKhani, R. (2012). *Comparison of the effect of TTM-based sex education with traditional approach on sexual self-efficacy of nulliparous women in Tehran University of Medical Sciences after childbirth*. (PhD Thesis,), Tehran University of Medical Sciences.
- Scheeren, P. (2016). *Conjugal Infidelity Behaviors: The construction of an instrument*. Federal University of Rio Grande do Sul, , Porto Alegre, RS, Brazil.
- Shafiei, N., Shahabizade, F., & Pourshafei . (2012). eligious Orientation and External Control Center, providing a model of happiness in students. *Psychology and Religion*, 20, 107-121.
- Tabnak. (2015). Extramarital triangles increase divorce. News ID 534919. Published on October 27, 2015. Available through the portal <http://www.tabnak.ir/fa/news/534919> Accessed 21/07/1399. (in Persian)
- Tracy, J., Shaver, P., Albino, A., & Cooper, M. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romance and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137–159): Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tuttle, J. D., & Davis, S. N. (2015). Religion, infidelity, and divorce: reexamining the effect of religious behavior on divorce among long-married couples. *Journal of divorce & remarriage*, 56(6), 475-489.
- Umemura, T., Lacinová, L., Kotrčová, K., & Fraley, R. C. (2018). Similarities and differences regarding changes in attachment preferences and attachment styles in relation to romantic relationship length: longitudinal and concurrent analyses. *Attachment & human development*, 20(2), 135-159.

- Weiser, D. A., & Weigel, D. J. (2015). Investigating experiences of the infidelity partner: Who is the "other man/woman"? *Personality and Individual Differences*, 85, 176-181.
- Zare, Z. (2016). Survey of Relationship between Sexual Self-efficacy and Sexual Life Quality with Marital Satisfaction in Primiparous Women after Childbirth. *Beyhagh*, 21(2), 1-10.
- Zhang, N., Parish, W. L., Huang, Y., & Pan, S. (2012). Sexual infidelity in China: Prevalence and gender-specific correlates. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 861-873.
- Zimmer-Gembeck, M. J. (2013). Young females' sexual self-efficacy: Associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sexual health*, 10(3), 204-210.
- Zordan, E. P., & Strey, M. (2011). Marital separation: Aspects involved in this decision, reverberation and future. *projects. thinking families*, 15, 71-88.

The Relationship between Religious Orientation and Sexual Self-Efficacy with Infidelity: The Mediating Role of Attachment

^aHossein Shareh*

^bTarlan Tavakoli

^aHakim Sabzevari University & Ferdowsi University of Mashhad

^bUniversity of Neyshabour

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the mediating role of attachment styles in the relationship between religious orientation and sexual self-efficacy with infidelity in married women.

Method: This research was a descriptive-correlational study. The statistical population consisted of married female students of universities and married women referring to health centers in Mashhad in 2019. From this population, 311 people were selected as the research sample using convenience sampling method. To collect data, Marital Infidelity Scale, Religious Orientation Scale, Sexual Self-Efficacy Scale for Females and Adult Attachment Style Questionnaire were used. The data were analyzed using the structural equation modeling.

Findings: The results of the fitted model confirmed the mediating role of (secure and avoidant) attachment styles in the relationship between religious orientation and sexual self-efficacy with infidelity. Based on the findings of the present study, it is concluded that considering the individual's initial experiences in the original family is important. Relying on the findings of this study, therapists and family counselors can provide effective measures to prevent or reduce marital infidelity.

Keywords: Religious orientation, Sexual self-efficacy, Attachment, Infidelity.

* . h.shareh@hsu.ac.ir, shareh@um.ac.ir



رضاپور میر صالح، یاسر؛ آریانپور، حمیدرضا؛ امینی، راضیه؛ فلاح، طاهره (۱۳۹۹). اثربخشی درمان وجودی بر بخشش زناشویی و عملکرد خانواده در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی.

DOI: 10.22067/tccp.2021.36339.0

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰(۲)، ۱۰۵-۱۰۸.

اثربخشی درمان وجودی بر بخشش زناشویی و عملکرد خانواده در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

یاسر رضاپور میر صالح^۱، حمیدرضا آریانپور^۲، راضیه امینی^۳، طاهره فلاح^۴
تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۳ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان وجودی بر بخشش زناشویی و عملکرد خانواده در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی در چهار زن آسیب‌دیده از خیانت عاطفی زناشویی مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان میند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، انجام شد. از مقیاس‌های بخشش در خانواده و خرده‌مقیاس عملکرد کلی خانواده مقیاس سنجش خانواده مک‌مستر در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری استفاده شد. مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی به شرکت‌کنندگان ارائه شد و سنجش در چهار مرحله خط پایه، چهار مرحله درمان و دو مرحله پیگیری انجام شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل نموداری، تعیین درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پیشرفت‌های بالینی و آماری معنی‌داری در افزایش بخشش و عملکرد خانواده بعد از درمان به دست آمده است. در مدت دو ماه پیگیری نیز پیشرفت‌های به دست آمده در طول درمان حفظ شده بود که بیانگر پایداری اثرات درمان بود. با توجه به نتایج به دست آمده، حمایتی از تأثیر درمان وجودی بر افزایش حس بخشش زناشویی و عملکرد خانواده در زنان آسیب‌دیده از خیانت عاطفی زناشویی فراهم شد.

واژه‌های کلیدی: درمان وجودی، بخشش زناشویی، عملکرد خانواده، خیانت

۱. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه اردکان، y.rezapour@ardakan.ac.ir

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه اردکان، (نویسنده مسئول)، hamidaryanpour@ardakan.ac.ir

۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اردکان

۴. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، سازمان بهزیستی

مقدمه

زندگی مشترک نه تنها برای تأمین نیازهای فیزیکی، اقتصادی و تداوم نسل است، بلکه یک حس مشارکت و درک برای گسترش نگرش و دسترسی به فرصت‌های بیشتر است (Campbell, 2003). ازدواج فرصت رشد عاطفی بین دو فرد فراهم می‌کند. اما یکی از چالش‌هایی که بسیاری از زوجها با آن روبه‌رو هستند، فریبکاری در رابطه است و بزرگترین عمل فریبکارانه، وقوع خیانت است. خیانت در زندگی زناشویی یک مسئله تکان دهنده برای زوجین و خانواده‌ها و یک پدیده مشترک و شایع برای درمانگران خانواده و ازدواج است و باعث سردرگمی قابل توجهی در افراد درگیر می‌شود (Teymouri, Mojtabaei, & Rezazadeh, 2020). زمانی می‌توان گفت خیانت اتفاق افتاده که یک طرف معتقد باشد شریک زندگی - اش به طور آگاهانه از هنجارهای رابطه تخطی کرده و باعث آسیب رساندن به او شده است. در خیانت و بی وفایی، عشق و محبتی که قاعداً باید صرف همسر شود، به فرد دیگری عرضه می‌شود (Zaal, Arab, & Moharer, 2020). خیانت زناشویی تهدیدی برای ازدواج و خانواده است زیرا منجر به تخریب اخلاقی، عدم اعتماد و احترام به همسر درگیر در این عمل می‌شود (Asadu & Egbuche, 2020). خیانت می‌تواند این باورهای مهم در زندگی مشترک را زیر سؤال ببرد. افراد مورد خیانت واقع شده دیگر نمی‌توانند خود را در تعاملات روزانه و آمادگی برای وقایع آینده هدایت کنند و احساس عدم قدرت و ناتوانی می‌کنند (Gordon, 2003).

یکی از جنبه‌های مهمی که تحت تأثیر خیانت قرار می‌گیرد عملکرد خانواده است. خانواده بنیادی است که عملکرد ویژه‌ای در هر نسل دارد و این عملکرد به ویژه در تعاملات مهم است. در خانواده معیار مؤثر بودن اعضا کمبود استرس، درگیری و مشکل نیست، بلکه میزان توانایی انجام وظایف و عملکرد است (Abbasi Asfajir & Ramezani, 2017; Nasr Esfhsni, Etemadi, & Shafie Abadi, 2012). به بیان فرهمند و رضوانی (Farahmand & Rezvani, 2019) خانواده‌های تک همسر عملکرد بهتری از خانواده‌های چند همسری داشتند و بین متغیر ساختار خانواده و عملکرد خانواده رابطه معناداری وجود داشت. ناکارآمدی عملکردهای خانوادگی می‌تواند منجر به آسیب در زوجین شود (Ebadatpour, Navabinejad, & Models, 2014). تحقیقات نشان داد عملکرد خانوادگی زوجینی که دچار بحران زناشویی و طلاق شده‌اند کمتر از حد معمول بود (Tsapelas, Aron, & Orbuch, 2009). وقتی رابطه زناشویی دچار مشکلی مانند خیانت می‌شود عملکرد مناسب خانواده کاهش یافته و خانواده کارکرد خود را از دست می‌دهد.

از طرفی با وجود اینکه در خیانت، ذهن و توجه فرد خیانتکار به رابطه فرازناشویی جلب می‌شود، اما لزوماً تمایلی به جدایی و طلاق از همسر ندارد (Zaal, Arab, & Moharer, 2020)؛ بنابراین، همسر خیانت دیده دارای دو گزینه است: از رابطه خارج شود یا همسر خاطی را ببخشد. اگر قصد حفظ و اصلاح رابطه باشد، بخشش معمولاً بهترین مسیر است (Karremans & Van Lange, 2004; Wohl et al., 2006). بخشودگی کمال مطلوب برای زوج‌های متأثر از خیانت است. چه زوجین تصمیم بگیرند با هم بمانند و چه این که به رابطه‌شان خاتمه دهند، بخشودگی می‌تواند سلامتی جسمی و عاطفی معناداری را برای آن‌ها به همراه داشته باشد (Morsali, Mootabi, & Sadeghi, 2018). مطالعات مربوط به بخشش و کیفیت زناشویی نشان داده در میان زوج‌های متأهل، بخشش با کیفیت بالای زندگی زناشویی همراه و عدم بخشش با کیفیت پایین زندگی زناشویی و اجتناب از شریک و انتقام همراه بوده است (Stafford, David, & McPherson, 2014). همچنین نتایج نشان داد که بخشش پیش‌بینی کننده قابل توجهی برای رضایت زناشویی در بین زوجین بود (Shamsi & Asad, 2021). واضح است که خیانت یکی از شدیدترین اشتباهاتی است که یک نفر در حق همسری مرتکب می‌شود و به خاطر شدت زیاد آسیب و نحوه حرکت افراد در مسیر دشوار روابط متقابل، مسلماً بخشش خیانت یک مسئله سخت در روابط زناشویی است (Bendixen et al., 2018; Squires, 2014). اما تصمیم به حل خیانت با رفتارهای مرتبط با بخشایش آمیخته شده است. زوجین دارای سطح بخشش زناشویی بالا ممکن است درد تجربیات ناگوار زندگی زناشویی را احساس کنند، اما از افسردگی در مورد وضعیت‌های ذهنی منفی، مجازات خود برای گناهان واقعی یا درک شده، انزوا و تنهایی پرهیز می‌کنند (Sbarra, Smith, & Mehl, 2012).

برای کمک به ایجاد بخشش و افزایش عملکرد مناسب خانواده در بحران‌هایی نظیر خیانت، می‌توان آموزش‌های لازم را برای کاهش آسیب به کار گرفت که یکی از شیوه‌های درمانی، درمان وجودی است. درمان وجودی یک رویکرد عمیق به زندگی و درمان است که بر نگرانی‌هایی که در درون هر فرد وجود دارد متمرکز است. درمان وجودی به فرد برای حرکت در راستای شگفت‌انگیز بودن ذات انسان کمک می‌کند. در این درمان، مشکلات به عنوان یک پازل دیده می‌شود که افراد درمانجو برای حلش با کمک درمانگر تلاش می‌کنند (Watter, 2018). رویکرد وجودی در درمان زناشویی و خانوادگی، دارای سه جنبه‌ی معناست: معنا در زندگی زناشویی و خانوادگی، اراده برای خلق معنا و آزادی اراده (Frankl, 1969; Lantz, 1993, 1995). رویکرد وجودی این دیدگاه را ارائه می‌دهد که زندگی خانوادگی شامل معانی متعدد و معانی بالقوه است و این معانی و پتانسیل‌های معنایی ممکن است به آگاهی برسد و به عملکردی که برای هر زوج، خانواده

و یا اعضای خانواده منحصر به فرد است، به کار گرفته شود (Frankl, 1959, 1969). در دیدگاه فرانکل (Frankl, 1969)، اراده به معنا، دلیل اصلی یا انگیزه‌ی اصلی برای عملکرد زناشویی و خانوادگی است. این پویایی انگیزشی خانواده در همه خانواده‌ها، فرهنگ‌ها، تمدن‌ها و در همه شرایط زندگی خانوادگی یافت می‌شود و همه خانواده‌ها آزادی اراده برای پیدا کردن، کشف و به روز کردن عملکردشان را دارند (Frankl, 1955; Kalantarkousheh et al., 2011; Lantz, 2004). از نظر وجودی، اعضای یک خانواده تمایل دارند احساس معنی و هدف در زندگی شان را کشف و تجربه کنند و در نتیجه عملکردشان را بهبود ببخشند. از آنجایی که زندگی مشترک متعادل به معنای داشتن آگاهی کامل از آزادی‌های فردی و خانوادگی، مسئولیت‌ها، انتخاب‌ها و تأثیر آن بر دیگران است (Saunders, 2015). رویکرد درمانی وجودی و معنادرمانی کمک به پذیرش وجود نقطه ضعف در خود و دیگران و افزایش آگاهی از موفقیت‌ها و شکست‌ها (Charny, 1986; Şanlı & Ersanli, 2020) می‌تواند بستر مناسبی برای بخشودگی زناشویی و همین‌طور بهبود عملکرد خانواده‌ی دچار خیانت فراهم کند.

در درمان وجودی، گذشت و بخشودگی رها کردن یا انحطاط نیست، بلکه به این معنی است که فرد یاد بگیرد چگونه می‌توان اتفاقات زندگی را تغییر و معنای جدیدی در آن بیابد (Steger & Shin, 2010; Vehling et al., 2011). نتایج پژوهش عبدخدایی که به درمان وجودی به صورت روان درمانی گروهی بر رضایت زناشویی در زنان پرداخت، نشان داد تفاوت آماری معنی داری بین قبل و بعد از درمان وجود داشته و نتایج پیگیری نشان داد رضایت زناشویی در درمان وجودی از طریق بهبود نگرش به زندگی رخ می‌دهد (Abdekhodaie, 2021). در درمان وجودی مداخله و تمریناتی انجام می‌شود که بخشودگی را تسهیل کرده و موجب پدید آمدن عملکرد مناسب‌تر در خانواده می‌گردد. این مداخلات به صورت بررسی رویدادهای آسیب‌دیده را به طور دقیق، نرمال کردن اتفاق ناگوار، قبول محدودیت‌ها و ضعف‌های خود، تمرین دادن قدردانی و بخشش، مراقبه ذهن، دعا و نوشتن انجام می‌شود (Wong, 2010).

با توجه به آنکه پیچیدگی روابط صمیمی و اثرات خیانت بر روی آن، ضرورتی را ایجاد کرده که درمانگران از منظرهای مختلف به این مسئله توجه کنند (Karimi, Yousefi, & Soleymani, 2020). یافتن راه حل برای تداوم زندگی و تلاش برای کاهش میزان آسیب‌دیدگی ناشی از خیانت در زنان، می‌تواند از گام‌های مؤثر درمانگران در این بخش باشد. این پژوهش با در نظر گرفتن اهمیت موضوع به دنبال بررسی تأثیر درمان وجودی بر بخشش زناشویی و بر عملکرد خانواده در بین زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی است.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تجربی تک موردی بود. جامعه آماری زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه کننده به بهزیستی شهرستان میبد در سال ۱۳۹۷ بود که تعداد آن‌ها به ۸۶ نفر می‌رسید. از جامعه آماری، ۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: خیانت عاطفی همسر، گذشت حداقل ۲ سال از ازدواج، آگاهی خود و همسر از خیانت، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و ملاک‌های خروج داشتن سابقه بیماری خاص روانی، تجربه بیش از یک خیانت همسر، خیانت متقابل خود آزمودنی و دریافت درمان‌های روانشناختی دیگر بود. ابتدا از شرکت کنندگان مصاحبه به عمل آمد و ضمن تشخیص دارا بودن ملاک‌های شرکت در پژوهش، اهداف پژوهش برای آنها توضیح و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش جلب شد. هر چهار شرکت کننده همزمان وارد مرحله خط پایه شدند. برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر چهار آزمودنی به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود به فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. بدین ترتیب که مراجع اول بعد از یک خط پایه وارد مرحله درمان شد و مراجع دوم نیز پس از دو جلسه خط پایه، در جلسه اول مراجع اول، وارد مرحله درمان شد. به همین ترتیب مراجع سوم و چهارم هم وارد مرحله درمان شدند. درمان به صورت فردی و جداگانه برای هر چهار مراجع انجام شد. آزمودنی‌ها طی ۸ جلسه با مداخله وجودی تحت درمان قرار گرفتند. علاوه بر مراحل خط پایه، متغیرهای وابسته در شرکت کنندگان در جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم درمان و در دو مرحله دو هفته و دو ماهه پس از درمان مورد سنجش قرار گرفت.

مداخله

درمان وجودی در این مطالعه از محتوای (Charny, 1992) اخذ گردیده است. این طرح درمان در مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی به شرکت کنندگان ارائه شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان وجودی

شرح جلسه	هدف جلسه	تکنیک‌های به کار گرفته شده
جلسه اول: پذیرش و خوشامدگویی، بیان اهداف و آشنایی اعضا و بیان اهداف و نحوه کار	معارفه و آشنایی با گروه و بیان قوانین	استفاده از فن "من چه کسی هستم؟"
جلسه دوم: تشریح مفهوم خودآگاهی و بیان مفهوم اضطراب‌های وجودی، درک فرایندهای ناخودآگاه، بازگرداندن احساس کنترل بر زندگی که توسط رویداد آسیب‌زا از بین رفته	افزایش خودآگاهی	به چالش کشیدن پاسخ اعضا به سؤال "من چه کسی هستم؟"

اجرای فن "خط زندگی"	پرداختن به نگرش زندگی و آگاهی از کیفیت بهره‌بری از آن	جلسه سوم: پرداختن به تکالیف جلسه قبل، بیان و بازخورد اعضاء راجع به تجربیات فقدان، معنا بخشیدن و کنار آمدن با پوچی زندگی و آموزش تصویرسازی ارتباطی به زنان، جداسازی روابط زناشویی از تأثیرات گذشته و در نهایت آموزش بخشودگی و پذیرش آن نه انکار و تحریف
بررسی پاسخ اعضاء به سؤال‌های "آیا من انسان تنهایی هستم؟" و "آیا تنهایی رنج‌آور است؟"	بحث درباره تنهایی	جلسه چهارم: بررسی مفهوم احساس تنهایی، رویارویی با تنهایی و تشریح آن، آموزش برخورد فعالانه و شجاعانه و بدون ترس با احساس تنهایی وجودی، بحث درباره تعاملات سالم و ارتباطات درست
مواجهه تجسمی اعضاء با خیانت و جای طرف مقابل گذاشتن بررسی تجارب اعضاء در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی	۱. بحث درباره راهکارهای وجودی ۲. بحث درباره آزادی	جلسه پنجم: ۱. بررسی راهکارهای وجودی کنار آمدن و بخشودگی خود و خیانت همسر ۲. تشریح هدفمندی و مسئولیت و آزادی در زندگی بررسی رویدادهای آسیب‌زا، شناختن خیانت، درک و در نظر گرفتن برخی از اهداف در این تجربه قبول محدودیت‌ها و ضعف‌های خود، تمرین قدردانی و بخشش، مراقبه ذهن، دعا و نوشتن مجدد
بررسی پاسخ اعضاء به سؤال‌های "آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟" و "من برای چه زندگی می‌کنم؟"	پرداختن به معنای زندگی و یافتن معنا در رنج	جلسه ششم: بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و کنار آمدن با پوچی زندگی آشنایی با مفاهیم آن مثل آزادی اراده، اراده معطوف به معنا و معنای زندگی، بررسی اینکه داشتن یک رابطه معنادار ممکن است، هر یک از زوجین را به سمت احترام متقابل و عمیق تر نسبت به یکدیگر برانگیزاند
استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی، جهت تصور موقعیت‌های موفقیت‌آمیز یا شکست‌آور خود	پرداختن به احساسات یک فرد و مسئولیت آن	جلسه هفتم: جمع‌بندی مطالب قبلی و ارتباط مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، مرگ، هدفمندی و معنا در زندگی و کنار آمدن با رنج‌های زندگی، بیرون آوردن معانی پوشیده و بالقوه از طریق تفکر تا معنایی در وجودشان به عنوان یک گروه همبسته یافته و به کاربردن در عملکردشان در خانواده خود
	جمع‌بندی و خاتمه	جلسه هشتم: جمع‌بندی مطالب قبلی و ارتباط مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، مرگ، هدفمندی و معنا در زندگی و کنار آمدن و بخشودگی خود و همسر

ابزارها

مقیاس بخشش خانواده: متن اصلی این مقیاس در سال ۱۹۹۸ توسط پولارد، اندرسن، اندرسون و جنینگ (Pollard, Anderson, Anderson, & Jennings) برای غربالگری و سنجش بخشش در خانواده‌ها طراحی شده است. فرم اصلی این مقیاس شامل ۴۰ عبارت است که ۲۰ عبارت آن مربوط به بخشش در خانواده اصلی و ۲۰ عبارت مربوط به بخشش در خانواده هسته‌ای (زوجین) است. نمره‌گذاری در یک طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (اصلاً این طور نیست، به ندرت همین طور است، اغلب اوقات همین طور است، تقریباً همیشه همین طور است) انجام می‌شود و نمرات پایین نشان‌دهنده فقدان بخشش و نمرات بالا حاکی از وجود بخشش در خانواده است. این مقیاس مشتمل بر پنج خرده مقیاس است که عبارتند از: واقع بینی، تصدیق، جبران عمل، دلجویی کردن، احساس بهبودی یا سبکبالی. روایی همگرایی را بین این مقیاس و مقیاس اخلاق رابطه‌ای بدست آوردند (Pollard, Anderson, Anderson, & Jennings, 1998). در پژوهش سیف و بهاری (Seif & Bahari, 2001) آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس ۰/۸۴ بدست آمد. در این پژوهش فقط بخش مربوط به خانواده هسته‌ای (همسران) این مقیاس با توجه به نوع نمونه، مورد استفاده قرار گرفت. همچنین در پژوهش حاضر پایایی بازآزمون این مقیاس در نمونه ۱۵ نفری از زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی ۰/۸۹ و انحراف معیار آن ۷/۵۶ به دست آمد.

پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD): این پرسشنامه به وسیله‌ی اپشتین، بالدین و بیشاپ (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) به منظور سنجش عملکرد خانواده بر پایه مدل مک مستر طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۶۰ گویه است که شش بعد از عملکرد خانواده شامل حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار به همراه یک خرده مقیاس کارکرد کلی خانواده را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری در یک طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم انجام می‌شود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی در نسخه فارسی این پرسشنامه، نشان داد که بارهای عاملی ۷ بعد این مقیاس معنی‌دار است و ساختار عاملی آن تأیید شد (Yoosefi, 2012). روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه با همبسته کردن آن با پرسشنامه‌ی الگوهای ارتباطی، منبع کنترل، خرده‌مقیاس‌های واکنش عاطفی و امتزاج با دیگران به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۳۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۳- به دست آمد که معنی‌دار بود. آلفای کرونباخ نمره کلی مقیاس نیز ۰/۸۳ به دست آمد (Yoosefi, 2012). در پژوهش حاضر پایایی بازآزمون این مقیاس در نمونه ۱۵ نفری از

زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی ۰/۸۷ و انحراف معیار آن ۴/۹۳ به دست آمد. لازم به ذکر است که در این پژوهش، به علت طولانی بودن این مقیاس، فقط از خرده مقیاس عملکرد کلی خانواده که مابقی خرده مقیاس‌ها را نیز در بر می‌گرفت استفاده شد.

روش تحلیل

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نموداری استفاده شد. در این روش فراز و فرود متغیر وابسته، پایه داوری در مورد میزان تغییر به شمار می‌رود. علاوه بر تحلیل نموداری، از درصد بهبودی نیز برای بررسی معناداری بالینی تغییرات استفاده شد (Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001). از فرمول زیر برای محاسبه درصد بهبودی استفاده شد: $\Delta A\% = (A0 - A1) / A0$

$\Delta A\%$: میزان بهبود، A0: مشکل آماجی در جلسه اول، A1: مشکل آماجی در جلسه آخر.

همچنین از شاخص تغییر پایا^۱ (RCI) با فرمول اصلاح شده برای سنجش معنی‌داری تغییرات بالینی استفاده شد (Jacobson & Truax, 1992). برای محاسبه این شاخص، نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره قبل از درمان کسر و بر خطای استاندارد تفاوت‌ها (Sdif) تقسیم می‌شود. اگر نتیجه حاصل بزرگتر از ۱/۹۶ باشد، می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد تغییر حاصل شده را معنی‌دار دانست.

یافته‌ها

هر چهار زن شرکت‌کننده در پژوهش دارای ۱ فرزند بودند. سن آزمودنی اول ۲۳/۵، آزمودنی دوم ۲۱، آزمودنی سوم ۲۳ و آزمودنی چهارم ۲۷ بود. سن همسر آن‌ها به ترتیب ۲۷، ۲۷، ۳۰ و ۲۶ بود. سطح تحصیلات آزمودنی اول و چهارم دیپلم، و آزمودنی دوم و سوم لیسانس بود. هر چهار همسر آزمودنی‌ها تحصیلات لیسانس داشتند.

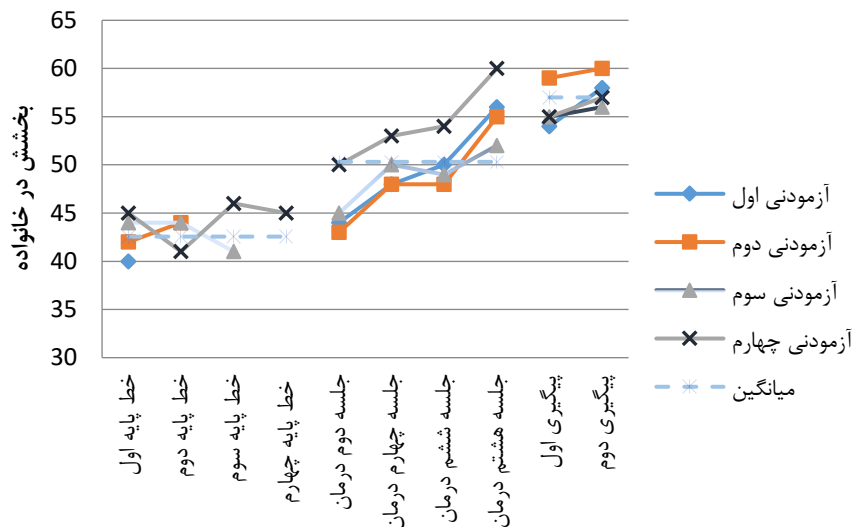
جدول ۲: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا در بخش

مراحل آزمون	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خط پایه اول	۴۰	۴۲	۴۴	۴۵
خط پایه دوم	--	۴۴	۴۴	۴۱
خط پایه سوم	--	--	۴۱	۴۶
خط پایه چهارم	--	--	--	۴۵
میانگین مرحله خط پایه	۴۰	۴۳	۴۳	۴۴/۲۵

1. Reliable Change Index

جلسه دوم درمان	۴۴	۴۳	۴۵	۵۰
جلسه چهارم درمان	۴۸	۴۸	۵۰	۵۳
جلسه ششم درمان	۵۰	۴۸	۴۹	۵۴
جلسه هشتم درمان	۵۶	۵۵	۵۲	۶۰
شاخص تغییر پایا	۴/۵۱	۳/۳۸	۲/۵۳	۴/۴۴
درصد بهبودی	۴۰	۲۸	۲۱	۳۵/۶
درصد بهبودی کلی	۳۱/۱۵			
پیگیری دو هفته‌ای	۵۴	۵۹	۵۵	۵۵
پیگیری دو ماهه	۵۸	۶۰	۵۶	۵۷
میانگین مرحله پیگیری	۵۶	۵۹/۵	۵۵/۵	۵۶
شاخص تغییر پایا	۴/۵۱	۴/۶۵	۳/۵۲	۳/۳۱
درصد بهبودی	۴۰	۳۸/۴	۲۹/۱	۲۶/۵۵
درصد بهبودی کلی	۳۳/۵۱			

فرضیه اول این پژوهش بررسی تأثیر درمان وجودی بر بخشش در خانواده زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود. در جدول ۲، روند تغییر نمره‌های هر چهار شرکت‌کننده پژوهش در مراحل خط پایه، درمان و بهبودی در مقیاس در خانواده آورده شده است. شاخص تغییر پایا با محاسبه تفاوت میانگین مراحل درمان و خط پایه در متغیر بخشش در خانواده در هر چهار آزمودنی بالای $Z=1/96$ است که نشان می‌دهد با اطمینان ۹۵ درصد، درمان وجودی منجر به افزایش بخشش در خانواده در هر چهار شرکت‌کننده تحقیق شده است و فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. شاخص تغییر پایا با محاسبه تفاوت نمرات میانگین مرحله پیگیری و خط پایه نشان می‌دهد که تغییر در بخشش در خانواده در شرکت‌کنندگان پایدار باقی مانده است. درصد کلی در مرحله پایان درمان بالای ۳۱ درصد و پایان پیگیری دو ماهه بالای ۳۳ درصد است که نشان می‌دهد درمان وجودی تأثیر زیادی بر روند تفاوت در متغیر بخشش در خانواده در شرکت‌کنندگان گذاشته است.



نمودار ۱. روند تغییرات بخشش در خانواده در فرآیند درمان و پیگیری

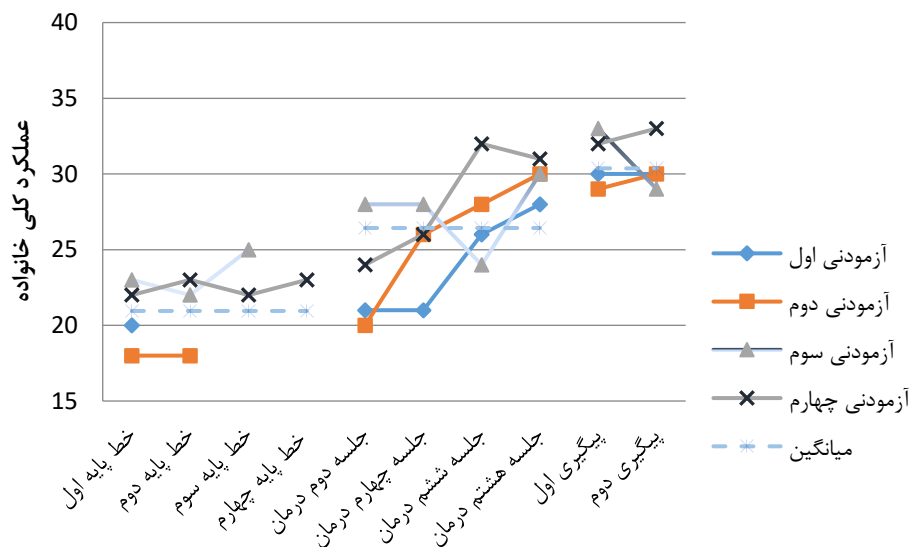
روند تغییرات بخشش در خانواده طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در نمودار ۱ نیز آورده شده است. همان‌طور که در نمودار مشاهده می‌شود در غیاب مداخله درمانی در مرحله خط پایه، در هر چهار شرکت‌کننده تغییری زیادی در نمرات بخشش در خانواده دیده نمی‌شود که نشان‌دهنده وضعیت پایدار این متغیرها در آزمودنی‌ها قبل از درمان است. اما بعد از ارائه درمان، شاهد یک روند صعودی تدریجی در متغیر در هر چهار آزمودنی هستیم. در مرحله خط پایه نیز افزایش نمره حفظ شده است.

جدول ۳. درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا در عملکرد کلی خانواده

مراحل آزمون	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خط پایه اول	۲۰	۱۸	۲۳	۲۲
خط پایه دوم	--	۱۸	۲۲	۲۳
خط پایه سوم	--	--	۲۵	۲۲
خط پایه چهارم	--	--	--	۲۳
میانگین مرحله خط پایه	۲۰	۱۸	۲۳/۳۳	۲۲/۵
جلسه دوم درمان	۲۱	۲۰	۲۸	۲۴
جلسه چهارم درمان	۲۱	۲۶	۲۸	۲۶
جلسه ششم درمان	۲۶	۲۸	۲۴	۳۲
جلسه هشتم درمان	۲۸	۳۰	۳۰	۳۱

شاخص تغییر پایا	۳/۱۷	۴/۷۶	۲/۶۵	۳/۳۳
درصد بهبودی	۴۰	۶۶/۷	۲۸/۶	۳۷/۸
درصد بهبودی کلی	۴۳/۲۷			
پیگیری دو هفته‌ای	۳۰	۲۹	۳۳	۳۲
پیگیری دو ماهه	۳۰	۳۰	۲۹	۳۳
میانگین مرحله پیگیری	۳۰	۲۹/۵	۳۱	۳۱
شاخص تغییر پایا	۳/۹۲	۴/۵۱	۳/۰۱	۳۳/۳۳
درصد بهبودی	۵۰	۶۳/۹	۳۲/۹	۳۷/۸
درصد بهبودی کلی	۴۶/۱۵			

برای آزمون فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر تأثیر درمان وجودی بر عملکرد خانواده زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی از روند تغییرات و شاخص تغییر پایا استفاده شد (جدول ۳). به مانند فرضیه اول، مقدار شاخص تغییرات در اینجا نیز هم در مرحله درمان و هم در مرحله پیگیری بالاتر از $Z=1/96$ است که نشان می‌دهد درمان وجودی بر عملکرد خانواده زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی تأثیر معنی‌داری داشته است و این فرضیه نیز تأیید می‌شود. روند تغییرات در عملکرد خانواده بیشتر از بخشش در خانواده بود و در مرحله درمان بالای ۴۳ درصد و در مرحله پیگیری بالای ۴۶ درصد تغییر دیده می‌شود.



نمودار ۲. روند تغییرات عملکرد کلی خانواده در فرآیند درمان و پیگیری

در نمودار ۲ نیز روند تغییرات نمره عملکرد کلی خانواده در هر ۴ شرکت‌کننده پژوهش دیده می‌شود. در این نمودار نیز شاهد یکسان بودن تغییرات در مرحله خط پایه، سپس افزایش تدریجی نمرات در مرحله درمان و پایدار ماندن نمرات در مرحله پیگیری هستیم که نشان می‌دهد درمان وجودی منجر به بهبود عملکرد خانواده در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شده است.

نتیجه

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان وجودی می‌تواند منجر به افزایش بخشش زناشویی در بین زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شود. این یافته با تحقیقات قبلی عبد خدایی، کلانترکوشه و همکاران، لانتز، ساندروز و واتر (Abdekhodaie, 2021; Kalantarkousheh et al., 2011; J. Lantz, 1993; Saunders, 2015; Watter, 2018) همسو است. درمان وجودی شامل شناختن خیانت، درک و در نظر گرفتن برخی از اهداف در این تجربه بخش بزرگی از موفقیت در بازسازی روابط شکست خورده و پیش رفتن به سوی بخشش است و همچنین یافتن معنا بعد از خیانت، جزء مهمی از فرآیند بخشندگی و بهبود عملکرد خانواده است (Gordon et al., 2005, 2004; Rusbult et al., 2007).

براساس پژوهش‌های گذشته، بخشش زناشویی با بسیاری از پیامدهای مثبت برای هر فرد از جمله با رضایت از زندگی (Brown et al., 2005) و افزایش صمیمیت و رضایت از رابطه (Paleari et al., 2005; Ysseldyk & Wohl, 2012) در ارتباط است. می‌توان گفت هنگامی که افراد در یک تجربه خیانت، به هدف یا درک درستی دست می‌یابند، سطح بالاتری از بخشش اتفاق می‌افتد (Squires, 2014). در جلسات درمانی در این پژوهش سعی شد که با معنا بخشیدن و کنار آمدن با پوچی زندگی و آموزش تصویرسازی ارتباطی به زنان کمک شود تا با درک فرآیندهای ناخودآگاه خود، مهارت‌هایی را برای التیام زخم‌های گذشته و جداسازی روابط زناشویی از تأثیرات گذشته به دست آورند. بنا بر یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت وقتی فرد رابطه‌ی زناشویی را پس از درگیری خیانت، بازسازی و برای پیدا کردن معنا در این رویداد کار می‌کند، بهتر می‌تواند شریک زندگی خود را ببخشد. همچنین تحقیقات پیشین، پیدا کردن معنی در یک رویداد آسیب‌زا را از طریق یک روند ارزیابی حادثه و ارزش‌گذاری مجدد برای قربانی و زندگی مشترک آن‌ها مؤثر می‌داند (Park, 2010; Park & Folkman, 1997). به طور خاص، معنا ساختن شاید بتواند انگیزه‌ها و رفتارهای حفظ‌کننده را تسهیل کند (Şanlı & Ersanli, 2020). این فرایند می‌تواند شامل بازگرداندن احساس از دست رفته‌ی کنترل بر زندگی نیز باشد. (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997).

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که درمان وجودی بر بهبود عملکرد خانوادگی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی نیز مؤثر بود. این نتیجه با پژوهش‌های پیشین کلانترکوشه و همکاران، نصرافهانی و همکاران و ساندرز (Kalantarkousheh et al., 2011; Nasr Esfshsni et al., 2012; Saunders, 2015) همسو بود. خانواده درمانی وجودی یک موقعیت زندگی ساختارمند است که برای مطالعه و درمان روابط تداخل یافته، معنا و حل مسئله در زندگی زناشویی و خانوادگی ایجاد شده است (Lantz, 1999). عملکرد درست خانواده در هنگام مشکلات نیاز به (۱) شناسایی و ارزیابی بحران خانواده، حال و گذشته، (۲) تعیین سطح عملکرد خانواده، و (۳) تعیین منابع خانواده با ارزیابی منابع خانواده دارد. در این شرایط، کمک به خانواده برای بهبود ارتباطات و شناسایی منابع مورد نیاز برای حل بحران می‌تواند مؤثر واقع شود (Ebadatpour et al., 2014; Smilkstein, 1978). درمان وجودی فرض می‌کند که افراد برای درک مشکلات زندگی و ساختن و ایجاد ارزش زندگی در بدترین حالت دارای ظرفیت نامحدود هستند؛ هیچ ناامیدی وجود ندارد و اگرچه مراحل بهبودی می‌تواند طولانی و دله‌ره‌آور باشد و مثل یک نبرد سخت می‌ماند، اما مبارزه هرگز بیهوده نیست. وجود درمانی تأیید می‌کند که مبارزه ما را بهتر و قوی‌تر می‌کند و همیشه امید برای ایجاد تغییرات مثبت وجود دارد (Frankl, 1955). تأکید اصلی وجود درمانی بر کمک به زوجین جهت یافتن معنایی از زندگی مشترکشان می‌باشد و اعتقاد بر این است که معنا و تعامل خانواده ارتباط نزدیک و عملکرد متقابل با هم دارند (Lantz, 2004). بسیاری از مشکلات و نشانگان خانوادگی هنگامی رخ می‌دهند که خانواده به کشف، تجزیه و یا استفاده از معانی و معانی بالقوه در زندگی خانوادگی نمی‌پردازد. در فرآیند جستجوی خانواده برای معنا، درمانگر به بیرون آوردن معانی پوشیده و بالقوه از طریق تفکر کمک کرده و سپس به خانواده کمک می‌شود تا به عنوان یک گروه، معنای وجودی‌شان را یافته و در عملکرد خود به کار برند (Lantz, 2006). معنا می‌تواند تعامل سالم را در خانواده تحریک کند و تعاملات سالم نیز آگاهی بیشتر از معنایی را در پی دارد (Nasr Esfshsni et al., 2012). عدم آگاهی در مورد معنا در خانواده، می‌تواند تعامل ناسالم را تحریک کند، در عوض تعامل سالم اعضا، می‌تواند به آگاهی بیشتر آن‌ها از معانی در خانواده کمک نماید (Lantz, 2000).

درمان وجودی افراد را به گرفتن تصمیمات سازگارانه و مؤثر تشویق کرده و از افرادی حمایت می‌کند که انتخاب‌های خود را در ارتباط با ارزش‌های‌شان آزموده و بر ارزش‌های رفتاری تمرکز می‌نمایند (Schulenberg & Henrion, 2005). یافتن معنا برای عملکرد مطلوب خانوادگی و انسجام در مواجهه با عدم اطمینان، هرج و مرج و پوچی مهم است. هنگامی که نقش‌ها درون خانواده به درستی ایفا شود،

خانواده در هنگام آسیب انسجام خود را حفظ کرده و اعضا در تعامل با یکدیگر مناسب‌ترین عملکرد را برمی‌گزینند.

از مجموع مباحث می‌توان نتیجه گرفت که درمان وجودی بخشش زناشویی که از شرایط لازم زندگی و ایجاد روابط سالم به شمار می‌رود افزایش می‌دهد و عملکرد خانواده را در شرایط بحرانی بهبود می‌بخشد و در نتیجه روابط منفی را در زوجین کاهش می‌دهد؛ بنابراین، با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که این شیوه به عنوان یک راهکار مداخله‌ای در کنار تکنیک‌های مداخله‌ای جهت کمک به بازیابی عاطفی افراد آسیب‌دیده از خیانت استفاده شود؛ با این وجود، در این پژوهش، نمونه فقط از بین کسانی که تحت خیانت عاطفی قرار گرفته بودند، انتخاب شد و ممکن است خیانت‌های با درجه شدت بالاتر مانند خیانت‌های جنسی را نتوان با درمان وجودی به مرحله بخشودگی رساند. همچنین در این پژوهش از زنان با سطح تحصیلات و توانایی شناختی بالا استفاده شد؛ بنابراین، ممکن است درمان وجودی به علت مطرح کردن مباحث پیچیده وجودی در افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر تأثیر نداشته باشد. برای از بین بردن این ابهامات در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در مردان، در آزمودنی‌هایی با سطوح تحصیلی متفاوت، و در خیانت‌های جنسی نیز انجام شود.

References

- Abbasi Asfajir, A. A., & Ramezani, L. (2017). The relationship between family function and marital satisfaction with marital disaffection of married teachers in Behshahr. *Sociological Studies of Youth*, 8(24), 9-22. (in Persian)
- Abdekhodaie, Z. (2021). Cognitive-Behavioral and Existential Therapies for Marital Satisfaction in Women: A Comparative Investigation of the Efficacy, Stability and Mechanisms of Changes. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(2), 173-179. (in Persian)
- Asadu, N., & Egbuche, M. (2020). Effect of Marital Infidelity on the Family: A Perception Study of Ihe/Owerre in Nsukka Local Government Area of Enugu State. *Renaissance University Journal of Management and Social Sciences*, 6(1), 21-31.
- Bahari, F., & Seif, S. . (2004). The relationship between forgiveness and spouses mental health. *Journal of Psychological Research. Journal of Psychological Studies*, 1(1), 9-18. (in Persian)
- Bendixen, M., Kennair, L. E. O., & Grøntvedt, T. (2018). Forgiving the unforgivable: Couples' forgiveness and expected forgiveness of emotional and sexual infidelity from an error management theory perspective. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 12(4), 322-352.
- Brown, R. P., Phillips, A. J. P., & differences, i. (2005). Letting bygones be bygones: Further evidence for the validity of the Tendency to Forgive scale. 38(3), 627-638.
- Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital family Therapy*, 29(2), 263-281.

- Charny, I. W. (1986). An existential/dialectical model for analyzing marital functioning and interaction. *J Family process*, 25(4), 571-585.
- Charny, I. W. (1992). *Existential/dialectical marital therapy: Breaking the secret code of marriage*: Psychology Press.
- Ebadatpour, B., Navabinejad, S., Shafiabadi, A., Falsafinejad, M. (2014). The mediating role of family functions for individual tolerance and spiritual beliefs and marital disaffection. *Psychological Methods and Models*, 3(13), 45-29. (in Persian)
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Farahmand, M., & Rezvani, Z. (2019). Structure and family performance in polygamous and monogamy families. *Journal of Applied Sociology*. 30(3), 135-154. (in Persian)
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Frankl, V. (1955). *The doctor and the soul*, New York: Vintage.
- Frankl, V. (1959). *From death-camp to existentialism: A psychiatrist's path to a new therapy*: Beacon Press.
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. New York: New American Library.
- Goldner-Vukov, M., Moore, L. J., & Cupina, D. (2007). Bipolar disorder: from psychoeducational to existential group therapy. *Australasian Psychiatry*, 15(1), 30-34.
- Gordon, K. C. (2003). Forgiveness and marriage: Preliminary support for a measure based on a model of recovery from a marital betrayal. *J American Journal of Family Therapy*, 31(3), 179-199.
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2005). Treating couples recovering from infidelity: An integrative approach. *Journal of clinical psychology*, 61(11), 1393-1405.
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of marital and family therapy*, 30(2), 213-231.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Janoff-Bulman, R., & McPherson Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice*, 1, 91-106.
- Kalantarkousheh, S. M., Hassan, S. A., Kadir, R. A., & Talib, M. A. (2011). Manifestation of existential issues as a brilliant function for quality of matrimony. *Journal of American science*, 7(5), 459-465.
- Karimi, S., Yousefi, R., & Soleymani, M. (2020). Making Marital Infidelity Questionnaire as valid one. *Clinical Psychology and Personality*. 17(1), 237-248. doi:10.22070/cpap.2020.2900 (in Persian)
- Karremans, J. C., & Van Lange, P. A. (2004). Back to caring after being hurt: The role of forgiveness. *European Journal of Social Psychology*, 34(2), 207-227.
- Kissane, D. W. (2012). The relief of existential suffering. *Archives of internal medicine* 172(19), 1501-1505.
- Lantz, J. (1993). *Existential family therapy: Using the concepts of Viktor Frankl*: Jason Aronson.

- Lantz, J. (1995). Frankl's concept of time: Existential psychotherapy with couples and families. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25(2), 135-144.
- Lantz, J. (1999). Meaning-centered family therapy: Treatment elements and dynamics. *Journal Families in Society*, 80(3), 221-228.
- Lantz, J. (2000). Family logo therapy. *Contemporary Family Therapy*, 8(2), 124-135.
- Lantz, J. (2004). World view concepts in existential family therapy. *J Contemporary Family Therapy*, 26(2), 165-178.
- Lantz, J. (2006). Resistance in family logo therapy. *Contemporary Family Therapy*, 14(5), 405-418.
- Morsali, Z., Mootabi, F., & Sadeghi, M. S. (2018). The experience of forgiveness in betrayed women. *Journal of psychologicalscience*, 17(70), 683-694.
- Nasr Esfshsni, N., Etemadi, A., & Shafie Abadi, A. A. (2012). The effectiveness of meaning-centered training on family functioning of married women. *Journal Family Counseling Psychotherapy*, 2(2), 209-221. (in Persian)
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 21(3), 421-446.
- Paleari, F. G., Regalia, C., & Fincham, F. (2005). Marital quality, forgiveness, empathy, and rumination: A longitudinal analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 31(3), 368-378.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), 115-144.
- Pollard, M. W., Anderson, R. A., Anderson, W. T., & Jennings, G. (1998). The development of a family forgiveness scale. *Journal of Family Therapy*, 20(1), 95-109.
- Rusbult, C. E., Hannon, P. A., Stocker, S. L., & Finkel, E. J. (2007). Forgiveness and Relational Repair. In L. Everett, . Worthington, Jr (Ed.), *Handbook of Forgiveness* (1st Edition ed., pp. 209-230). New York: Routledge.
- Şanlı, E., & Ersanli, K. (2020). The effects of psycho-education program based on logotherapy for the development of a healthy sense of identity in emerging adulthoods. *Journal Current Psychology*, 1-16.
- Saunders, J. A. (2015). Cognitive-Existential Family Therapy: A Proposed Theoretical Integration Model for Pastoral Counselors. *Journal of Pastoral Care Counseling*, 69(1), 34-39.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. (2012). When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological science*, 23(3), 261-269.
- Schulenberg, S., & Henrion, R. (2005). *Logotherapy past, present, and future: A conversation with James C. Crumbaugh*. Paper presented at the The International Forum for Logotherapy.
- Seif, S., & Bahari, F. (2001). A study on students' forgiveness and their general health. *J Psychological Studies Quarterly*, 1(1), 9-18. (in Persian)
- Shamsi, M. F., & Asad, S. (2021). Emotional Maturity, Forgiveness, and Marital Satisfaction among Dual Earner Couples. *Bahria Journal of Professional Psychology*, 20(1), 01-13.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use

- by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Sodani, M., Abbasi, M., Mehr, R. K., & Rajabi, G. R. (2019). An investigation into the effect of cognitive-existential therapy on the rumination of women affected by male infidelity. *NeuroQuantology*, 17(5), 1-9.
- Squires, E. C. (2014). *Moving beyond betrayal: How meaning-making and power promote forgiveness following infidelity*. (Doctoral dissertation, Carleton University).
- Stafford, L., David, P., & McPherson, S. (2014). Sanctity of marriage and marital quality. *Journal of Social Personal Relationships*, 31(1), 54-70.
- Steger, M. F., & Shin, J. Y. (2010). *The relevance of the Meaning in Life Questionnaire to therapeutic practice: A look at the initial evidence. Paper presented at the International Forum for Logotherapy*. 33(2), 95-104.
- Teymouri, Z., Mojtabaei, M., & Rezazadeh, S., M, R. (2020). The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Emotion Regulation, Anger Rumination, and Marital Intimacy in Women Affected by Spouse Infidelity, *Caspian Journal of Health Research*, 5(4), 78-82. (in Persian)
- Tsapelas, I., Aron, A., & Orbuch, T. (2009). Marital boredom now predicts less satisfaction 9 years later. *Psychological Science*, 20(5), 543-545.
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2011). Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 513-520.
- Watter, D. N. (2018). Existential issues in sexual medicine: the relation between death anxiety and hypersexuality. *Journal Sexual medicine reviews*, 6(1), 3-10.
- Wohl, M. J., Kuiken, D., & Noels, K. A. (2006). Three ways to forgive: A numerically aided phenomenological study. *British Journal of Social Psychology*, 45(3), 547-561.
- Wong, P. T. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85-93.
- Yoosefi, N. (2012). An investigation of the psychometric properties of the mcmastr clinical rating scale (MCRS). *Training Measurement*, 3(7), 83-112. (in Persian)
- Ysseldyk, R., & Wohl, M. J. (2012). I forgive therefore I'm committed: A longitudinal examination of commitment after a romantic relationship transgression. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(4), 257-263.
- Zaal, B., Arab, A., & Moharer, G. (2020). The Effectiveness of Forgiveness Training on Attitudes to Infidelity and Trust in Interpersonal Relationships in Women Affected by Marital Infidelity. *Journal of Family Research*, 16(3), 335-357. (in Persian)

Effectiveness of Existential Therapy on Marital Forgiveness and Family Function of Women Affected by Marital Infidelity

^a Yasser Rezapour Mirsaleh

^a Hamidreza Aryanpour*

^a Raziye Amini

Tahereh Fallah

^a Ardakan University

Abstract

Purpose: The purpose of present study was to investigate effectiveness of existential therapy on marital forgiveness and family function of women affected by marital infidelity.

Method: A single-case study design was used and four women affected by marital infidelity were selected through purposeful sampling method. The subjects completed the family forgiveness scale (Pollard & et al, 1998) and the general subscale of McMaster family assessment device (Epstein & et al, 1983) in baseline, treatment, and follow-up stages. The participants individually received 8-session intervention of existential therapy and the assessment was performed in four baseline stages, four treatment stages and two follow-up stages. The data were analyzed using graph analysis, improvement percentile rank and reliable change index.

Findings: The results showed clinically and statistically significant improvements in forgiveness and family functioning after receiving the treatment. After two months of follow-up, the differences were maintained, indicating the sustainability of the therapeutic effects.

Keywords: Existential Therapy, Marital Forgiveness, Family Function, Infidelity

*. hamidaryanpour@ardakan.ac.ir



بخشی پور، ابوالفضل؛ نیکنام شاهرک، ولی؛ جاجرمی، محمود (۱۳۹۹). مقایسه کارآمدی واقعیت درمانی گروهی با گروه درمانی شخص محور بر هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۲)، ۱۴۱-۱۲۳. DOI: 10.22067/tpccp.2021.68952.1053

مقایسه کارآمدی واقعیت درمانی گروهی با گروه درمانی شخص محور بر هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان

ابوالفضل بخشی پور^۱، ولی نیکنام شاهرک^۲، محمود جاجرمی^۳

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۴ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف مقاله حاضر مقایسه کارآمدی واقعیت درمانی گروهی با گروه درمانی شخص محور بر هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان بود.

روش: این مطالعه شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه بود که در هر هفته دو جلسه درمانی برای هر گروه برگزار گردید. جامعه آماری کلیه زندانیان واحد مشاوره ۲ زندان مشهد بودند. روش نمونه گیری هدفمند بود و در نهایت پس از دارا بودن معیارهای ورود، ۴۵ نفر از زندانیان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه واقعیت درمانی، درمان شخص محور و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش هر کدام ۲۴ جلسه درمان دریافت کردند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکرد. شرکت کنندگان در سه مرحله به پرسشنامه‌های هوش هیجانی و معناداری زندگی پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو گروه واقعیت درمانی و شخص محور در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری را در هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان به وجود آورده‌اند و همچنین نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین پس آزمون و پیگیری بود. همچنین مشخص شد که کارآمدی واقعیت درمانی در مقایسه با درمان شخص محور در افزایش معناداری زندگی زندانیان بیشتر بوده است (درمان شخص محور، $\eta^2=0/58$ ، $F=38/94$ ، $p=0/001$ ؛ واقعیت درمانی، $\eta^2=0/61$ ، $F=45/31$ ، $p=0/001$)، در حالی که در متغیر هوش هیجانی تفاوت معناداری در میزان کارآمدی بین این دو درمان وجود نداشت. این نتایج در مرحله پیگیری نیز، یکسان بودند ($\eta^2=0/54$ ، $F=32/80$ ، $p=0/001$ و واقعیت درمانی $\eta^2=0/57$ ، $F=37/97$ ، $p=0/001$).

واژه‌های کلیدی: واقعیت درمانی، درمان شخص محور، گروه درمانی، هوش هیجانی، معناداری زندگی، زندانیان

۱. استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول) ab8boj@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران v.niknam.sh@gmail.com

۳. استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران mahmoud.jajarmi@gmail.com

مقدمه

امروزه بحث تراکم جمعیت کیفری زندان‌ها و تأثیرات منفی و مخرب فردی و اجتماعی ناشی از اجرای این مجازات به یکی از چالش‌های جدی نظام‌های عدالت کیفری در سراسر جهان مبدل شده است (Huebner & Frost, 2018). در مورد ایران هم، از سال ۱۳۵۷ تا کنون جمعیت حدوداً دو و نیم برابر افزایش یافته در حالی که جمعیت زندان‌ها شش برابر شده است (organization, 2007). علاوه بر افزایش جمعیت، در زمینه آسیب دیدگی زندانیان، مطالعات و تجربیات بالینی نشان می‌دهند در حوزه اختلالات روانی بین ۲۵ تا ۳۰ درصد از زندانیان دارای اختلالات اساسی روانپزشکی و کارکردی هستند و از بین آنها ۳۵ تا ۴۰ درصد نیازمند شکلی از مداخلات درمانی در طول محکومیت می‌باشند (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, & Murray, 2009). از بعد روان‌شناختی، ارتکاب رفتار مجرمانه با خصوصیات شخصیتی ارتباط نزدیکی دارد. انواع سایکوز، اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلالات شخصیتی به خصوص اختلال شخصیت ضد اجتماعی جزء موارد شایع آسیب‌شناختی زندانیان می‌باشد (Hadi & Janbozorgi, 2010).

از آن‌جا که خشم، اضطراب، بی‌ثباتی هیجانی و عواطف منفی، از جمله عوامل زمینه ساز رفتارهای بزهکارانه هستند، به نظر می‌رسد عواطف و هیجانات نقش موثری در کنترل رفتارهای بزهکاران و زندانیان دارند. مثلاً ضعف در هوش هیجانی یکی از مسائلی است که منجر به عدم توانمندی آن‌ها در کنترل هیجانات و تکانه‌های خود می‌شود؛ که خود این امر باعث انجام مکرر رفتارهای بزهکارانه خواهد شد (García-Sancho, Salguero, & Fernández-Berrocal, 2014). هوش هیجانی به توانایی، ظرفیت یا مهارت ادراک، سنجش و مدیریت هیجانات خود و دیگران دلالت دارد (Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 2000). هوش هیجانی شامل طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها است که برجسته‌ترین آنها مهارت اجتماعی است که بر مبنای خودآگاهی یعنی توانایی شناخت دقیق احساسات، عواطف و ویژگی‌های خود، به وجود می‌آید (Goleman, 2000).

در پژوهشی در رابطه با هوش هیجانی و بزهکاری، محققین به این نتیجه رسیدند که گروه زندانیان در مقایسه با گروه کنترل که از بین افراد عادی انتخاب شده بودند نمره هوش هیجانی پایین‌تری را کسب نمودند (Sharma, Prakash, Senger, Chaudhury, & Singh, 2015). هوش هیجانی به نحو عمیقی با پرخاشگری و انجام رفتار مجرمانه مرتبط است (Megreya, 2013). اشخاصی با هوش هیجانی بالا در مدیریت هیجانات و کنترل رفتار تکانشی خود توانمندترند. از طرف دیگر افرادی که دارای هوش هیجانی پایینی هستند به احتمال بیشتری به رفتارهای پرخطر دست خواهند زد (Henley & Long, 1999). به طور مثال

منحرفین جنسی که از طریق اینترنت اقدام به سو استفاده از کودکان می کنند، در وهله اول از ناتوانی در تنظیم هیجانات منفی خود رنج می برند (Stys & Brown, 2004). این مسأله اینگونه تبیین می شود که رفتار مجرمانه به خودی خود تبدیل به روشی برای تخلیه و مدیریت این هیجانات منفی می شود (Quayle, Erooga, Wright, Taylor, & Harbinson, 2006). هم چنین کاهش توانایی در مدیریت پرخاشگری، شهوت و برانگیختگی جنسی، به ترتیب موجب ضرب و شتم، دزدی و تجاوز جنسی می گردد (Pizarro & Salovey, 2002).

علاوه بر هوش هیجانی، معمولاً مجرمان در بسیاری از موارد از نبود معنای وحدت بخش در زندگی خود رنج می برند و بخش عمده‌ای از رفتارهای خود ویرانگر و آسیب رسان آنها را می توان تلاش برای یافتن معنایی هرچند جعلی در زندگی تعبیر کرد (Zarghani, Ghanbari Hashem Abadi, Moeny Zadeh, & Gholam Rezaeenejad, 2019). زندانی بودن می تواند اثرات مخربی بر روابط صمیمانه و شخصی، احساس تأثیرگذاری، هویت، ارزشمندی و همین‌طور سایر تجربیات مرتبط با معنای زندگی بگذارد (Harner, Wyant, & Da Silva, 2017). برای برخی از زندانیان، تجربه در حبس بودن موجب به وجود آمدن بحران‌های وجودی عمیقی در آنها می شود که غالباً با بی معنایی در زندگی و درد و رنج روانی همراه می شود (Huebner & Frost, 2018). چندین مطالعه خود تجربه «در حبس بودن» را عاملی برای از دست دادن معنا در زندگی قلمداد کرده‌اند (Van Ginneken, Palmen, Bosma, Nieuwbeerta, & Berghuis, 2018).

به نظر روان‌شناسان وجودی به ویژه فرانکل^۱، هسته و اساس همه نابسامانی‌های روانی به این بر می گردد که شخص معنایی برای زندگی خود نمی‌یابد و هدفی برای زندگی در سر ندارد (Vanhooren, Leijssen, & Dezutter, 2017). معنا در زندگی معمولاً به احساسی از یکپارچگی وجودی اشاره می کند که به دنبال پاسخ دادن به چستی زندگی، پی بردن به هدف زندگی و دست یافتن به اهداف ارزنده و در نتیجه رسیدن به حس تکمیل بودن حاصل می شود (Ho, Cheung, & Cheung, 2010). فروم^۲ نیز نیاز به مبنای جهت گیری را از مهم ترین نیازهای آدمی می داند و منظور از آن را هدف، معنا و مقصود زندگی تلقی می کند (Fromm, 2014). استگر و فرازیر^۳ معنای زندگی را در احساس سازنده بودن انسان مؤثر دانسته و حتی ادعا می کنند که ماهیت انسان و وجود او منوط به دارا بودن چنین مفهومی است.

1. Frankl
2. Fromm
3. Steger & Frazier

از طرفی، زندان محیطی است که زندگی در آن نیازمند رعایت چهارچوب‌های رفتاری خاصی است. هم‌چنین حضور در آن نیازمند پذیرش مسئولیت رفتارهای مجرمانه‌ای است که در گذشته انجام شده و از این طریق با پذیرش مسئولیت رفتارهای خود، و سهم انتخاب‌های خود در موقعیت کنونی، شرایطی فراهم خواهد آمد که زندگی در آن محیط آسان‌تر شود و اگر قرار است تغییری در فرد به وجود بیاید، نیازمند آن است که خود فرد، عاملیت خود بر رفتار خویش را در نظر گرفته و آن را بپذیرد (Grills et al., 2015). واقعیت‌درمانی رویکردی است که با مسئولیت شخصی، انتخاب‌های فرد، پذیرش انتخاب‌ها و تلاش برای ایجاد تغییر به کمک حس عاملیت مرتبط است (Glasser, 2001).

نظریه و کاربری واقعیت‌درمانی، چهارچوب شناختی و روش‌های رفتاری را فراهم می‌آورد که به وسیله آنها زندانیان بتوانند به تغییرات شخصی معنادار و پایا دست پیدا کنند. واقعیت‌درمانی یک رویکرد بدون اجبار است که براساس چهارچوب‌های رفتاری قصد دارد بر فرآیندهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر رفتار، با تأکید بر لزوم داشتن رابطه خوب با دیگران، اثر بگذارد (Glasser, 1999). این رویکرد اطلاعات روان‌شناختی را به اصطلاحات ساده‌ای تبدیل می‌کند تا به کمک آن افراد بتوانند انتخاب‌های رفتاری کنونی خود را ارزیابی کرده و به فهم بهتری از خودشان، دیگران و رفتار انسان به طور کلی برسند. واقعیت‌درمانی اصلاح رفتار را به کمک آشکار ساختن انگیزش‌های درونی و تصریح انتخاب‌های جایگزین بهبود می‌بخشد (Smith, Kenney, Sessoms, & LaBrie, 2011). این رویکرد بر بالا بردن کیفیت روابط احساسی با خود و دیگران تأکید داشته و از این طریق قصد دارد فرد را به سمت اهداف زیر سوق دهد: ۱) کنترل درونی موثرتر و دوری از کنترل بیرونی آسیب‌زا توسط دیگران. ۲) تملک خود پنداره کامل‌تر. ۳) مدیریت موثرتر دریافت‌ها، کنش‌ها و هیجانات. ۴) ایجاد و نگهداری ارتباطات با دیگران در جهت ساخت معنا و روابط با کیفیت با دیگران (Law & Guo, 2015).

از جمله پژوهش‌هایی که در زمینه اثربخشی واقعیت‌درمانی بر مولفه‌های روان‌شناختی زندانیان انجام گرفته است، می‌توان به تحقیقی اشاره کرد که در آن واقعیت‌درمانی بر ذهن آگاهی تأثیرگذار شناخته شده است (Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn, & Bratt, 2007)، ذهن آگاهی که به آگاهی از افکار، حس‌های بدنی و هیجانات و هم‌چنین پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند مفهومی است، مربوط می‌شود. ذهن آگاهی راهی برای مدیریت استرس و کنترل تکانشوری است (Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn, & Bratt, 2007). بنابراین به صورت ضمنی به تأثیر این نوع درمان بر هوش هیجانی اشاره شده است. هم‌چنین واقعیت‌درمانی از طریق، تأکید بر روابط بین فردی ارضا کننده و آشنا کردن فرد با ۵ نیاز اساسی خویش و

تلاش برای ارضا این نیازها به شکل موثر، می تواند بر درگیر شدن هرچه بیشتر فرد با زندگی اثر گذاشته و احساس معناداری را در زندگی فرد ایجاد کند (Wubbolding, 2011).

از طرف دیگر، مدل درمان انسان گرایانه (شخص محور) برای کار با زندانیان از چند جهت مناسب است. اول از همه، تاکید این نوع از درمان به جای آنکه بر تغییر باشد، بر پذیرش است. این مساله بسیار مهم است به این دلیل که بسیاری از زندانیان بنا به دستور مقامات قضایی وارد فرآیند روان درمانی می شوند و خودشان میلی به تغییر خود ندارند. درمانگری که موضع انتخابی اش به صورت آگاهانه یا ناخودآگاه تغییر را لازم بداند، کارش با زندانیان به جدل می کشد و با مراجعش وارد یک جنگ قدرت می شود (Corcoran, 1997). درمقابل، تمرکز بر خودآگاهی و دوری از تغییر به عنوان یک اصل درمانی، باعث می شود فضای بیشتری به مراجع داده شود تا در یک وضعیت با اصالت و به دور از تنش ناشی از فشار برای تغییر، با درمانگر ارتباط برقرار کند (Hubble, Duncan, & Miller, 1999).

اصل دوم این است که ارتباط اصیل با زندانیان برای ساخت اعتماد و شروع کار درمانی، ضروری است. یک مواجهه اصیل انسانی مورد نیاز است تا از این طریق مراجع احساس کند که درمانگر واقعا به او اهمیت می دهد. معمولا زندانیان تحت این فشار قرار دارند که چه کارهای مشخصی را باید در چه زمان های خاصی انجام دهند. معلمین، افسران پلیس، کارکنان داخل زندان و قاضی ها همگی از موضع قدرت با زندانیان ارتباط برقرار می کنند و به شکل مستمر به جای آنکه یک سیستم رشد محور را برای آن ها به وجود آورند، یک سیستم مبتنی بر تنبیه و پاداش را در آنها تقویت می کنند (Ginsburg, Mann, Rotgers, & Weekes, 2002). درمانگر باید بر روی این مساله کار کند که مراجع را به همان شکلی که هست ببیند و آن ها هم او را به همان شکلی که واقعا هست، ببینند. این مساله می تواند به درمانگران کمک کند تا فضای اعتماد و مراقبتی را ایجاد کنند تا زندانیان از فشار ناشی شده از رفتار آزاردهنده و محیط عاری از اهمیت دادن زندان، رها شوند (Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

اصل سوم آن است که زندان، دارای فضایی است که استرس و اضطراب زندانیان را افزایش می دهد. زندانیان مجبور هستند که به وسیله ساختارهای دفاعی با این شرایط مقابله کنند، و به دلیل آنکه سطح استرس همواره بسیار بالاست، درمانگر یک تماس نزدیک با ساختار دفاعی مراجع دارد. مقاومت های مراجع در طول تعاملاتش با درمانگر، کارکنان زندان و سایر زندانی ها بالا می آید. کشف این مقاومت ها خود قدمی است در راه رشد خودآگاهی و آموزش این که چطور زندانیان با استرس و هیجانات منفی کنار بیایند و هم چنین چگونه مقاومت های ناسالم را پشت سر گذارند (Elliot, 2002).

درمان شخص محور مانند سایر درمان‌های انسان‌گرا و وجودی تأکید ویژه‌ای بر مفهوم پردازی و درگیری عمیق با انسان‌ها با نگاهی مبتنی بر ارزشمندی و احترام نسبت به آنها دارد (Cooper, 2007). پیامد این مسأله این است که یکی از ایده‌های اصلی درمان شخص محور، مخالفت با سیستم‌های روان‌درمانی است که تلاش دارند تجربیات بشری منحصر به فرد را به مکانیزم‌ها و قوانین جهان شمول و مشترک کاهش دهند. این رویکرد مبتنی بر جهان‌بینی است که در آن انسان را به عنوان موجودی منحصر به فرد می‌شناسد، و هیچ شخص دیگری مشابه او وجود نداشته و وجود هم نخواهد داشت، تأکید دارد (Cain, 2002). چندین تحقیق اثربخشی درمان شخص محور را بر خودآگاهی هیجانی و تنظیم هیجان بررسی کرده‌اند و به نتایج مطلوبی نیز رسیده‌اند (Cooper & McLeod, 2011; Himelstein, 2011; Kreuter, 2006). در زمینه معناداری زندگی نیز پژوهش‌هایی در راستای بررسی اثربخشی درمان شخص محور بر کیفیت زندگی و معنای زندگی افراد انجام شده و این درمان را اثربخش توصیف کرده‌اند (Daei Jafari, Aghaei, & Rashidi Rad, 2020).

تاکنون مطالعه‌ای در زمینه مقایسه این دو درمان در میزان اثرگذاری بر هوش هیجانی و معناداری زندگی انجام نشده است، به همین دلیل به نظر می‌رسد خلأ وجود پژوهش‌هایی در این زمینه، ضرورتی را برای انجام تحقیق حاضر ایجاد می‌کند. با توجه به مطالب فوق‌الذکر هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان شخص محور به روش گروهی بر میزان هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان بود.

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش جهت مطالعه و تحقیق از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل با انتساب تصادفی که یکی از انواع مطالعات نیمه آزمایشی به شمار می‌رود، استفاده گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زندانیان مرد متقاضی درمان زندان مرکزی مشهد بود که در واحد مشاوره ۲ سکونت داشتند، که به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین افرادی که شرایط حضور در پژوهش را داشتند، انتخاب گردیدند. با توجه به این که حداکثر حجم یک گروه، در گروه درمان برابر ۱۲ نفر می‌باشد (ثنایی، ۱۳۹۲) و با در نظر گرفتن افت احتمالی حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که حجم هر سه گروه در این پژوهش ۴۵ نفر بود که به صورت تصادفی بین سه گروه واقعیت درمانی، درمان شخص محور و گروه کنترل تقسیم شدند. با توجه به عدم افت آزمودنی، پس‌آزمون و پیگیری، روی ۴۵ نفر اجرا شد. هم‌چنین اهداف، روش‌ها و فرآیند کار برای آن‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی

دریافت گردید. این پژوهش در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۹ در زندان مرکزی مشهد انجام شد. ابزارهای این پژوهش شامل، پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن^۱ و معنای زندگی استگر می‌باشند.

پرسشنامه هوش هیجان بار-آن: EQ-I پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن دارای ۱۱۷ گویه می باشد، که توسط بار-آن ساخته شد (Bar-On, 2006). بار-آن این پرسشنامه را بر روی ۳۸۳۲ نفر از شش کشور نرم کرده است. هم‌چنین در داخل کشور نیز، بر روی دانشجویان ایرانی هنجاریابی شده است که گویه‌های آن به ۹۰ مورد کاهش پیدا کرده است. این آزمون دارای ۵ مقیاس (مهارت‌های درون فردی، مقابله با تنش، سازگاری، خلق و کار) و پانزده خرده مقیاس می‌باشد. پاسخ‌های آزمون نیز بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای تنظیم شده است (کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱). کمترین نمره آزمون ۹۰ و بیشترین نمره ۴۵۰ می باشد. در هنجاریابی که بار-آن انجام داده است ضریب بازآزمایی بعد از یک ماه ۰/۸۵ و بعد از چهار ماه ۰/۷۵ گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهشی میانگین همسانی درونی کلی ۰/۷۶ و در تحقیقی دیگر میانگین ضرایب آلفا در بین تمام خرده مقیاس‌ها، ۰/۷ گزارش شده است. دهشیری^۲ نیز، روایی این پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی اکتشافی در پژوهشی محاسبه کرد و از بین سیزده عامل، هشت عامل برای جمعیت ایرانی روایی داشت (Bozarjemehri, Hafezi, Asgari, Makvandi, & Pasha, 2018).

پرسشنامه معنای زندگی استیگر: MLQ^۳ این پرسشنامه توسط استیگر و همکاران (M. F. Steger, Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M, 2006) به منظور ارزیابی وجود معنا و تلاش برای معنایی در زندگی تشکیل شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه است و دو خرده مقیاس (وجود معنا، جستجوی معنا) دارد. پاسخ‌های آن از یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (از کاملاً موافقم=۷ تا کاملاً مخالفم=۱) تشکیل شده اند. بیشترین نمره در این آزمون ۷۰ و کمترین نمره ۱۰ می باشد. طبق پژوهش استیگر، پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شده است (M. F. Steger, Oishi, & Kesebir, 2011). در ایران روایی صوری پرسشنامه بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است. هم‌چنین ضریب پایایی آن در یک تحقیق ۰/۹۱ به دست آمده است (Misrabadi & 2013). هم‌چنین روایی سازه این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و مطلوب گزارش گردید (Araghian, Nejat, Toozandejani, & Bagherzadeh Golmakani, 2020).

مداخله

در جدول‌های شماره ۱ و ۲ خلاصه‌ای از محتوا و فرآیند جلسات با دو روش واقعیت درمانی و

1. Bar-on

2. Dehshiri

3. Meaning in Life Questionnaire

شخص محور آمده است. در ابتدا خلاصه جلسات مربوط به درمان شخص محور را که با استفاده از مفاهیم موجود در کتاب‌های نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی (Corey, Corey, & Corey, 2014)، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی (Shafi Ababdi & Naseri, 2014) و مشاوره و روان‌درمانی مراجع محوری (Rogers, 1959) پدید آمده است، در جدول شماره یک ارائه می‌گردد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی رویکرد شخص محور

جلسه	موضوع	محتوا
۴-۱	ایجاد فضای درمانی	آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح قوانین جلسات درمانی، آموزش آرمیدگی، حمایت از ابراز احساسات، گوش دادن فعال توسط درمانگر.
۵-۸	تلاش برای ایجاد همخوانی	پذیرش مسئولیت درمان توسط اعضا، کشف تأثیر تجربیات گذشته در وضعیت کنونی، توجه به معنای تجربیات، تشویق به احترام مثبت به یکدیگر
۹-۱۲	شناسایی هیجانات و احساسات	کاهش مقاومت، بیان تجربیات بدون توجه به قضاوت‌های بیرونی، توجه به واقعی و اصیل بودن احساسات، مرادده آزادانه احساسی بین درمانگر و مراجعین
۱۳-۱۵	فهم ناهمخوانی‌ها و پذیرش خود	کشف خود و ابرازگری خود، کنار زدن نقاب‌ها، بررسی مسائل خود با توجه به احساسات واقعی، تجربه احساس حضور در هنگام روبرو شدن با تجربیات
۱۶-۱۸	سازمان دهی مجدد به مفهوم خود	واگذاری مسئولیت جلسات به اعضا، آگاهی از آثار بدنی هنگام بیان تجربیات، روبرو شدن با ناهمخوانی‌های درونی.
۱۹-۲۱	پذیرش بی قید و شرط خویش، استقلال در تجربیات و عمل	نظارت بر فرآیند عملکرد گروه، تأکید بر معنابخشی زندگی توسط خود، تغییر رفتار و تجربه احساس رضایت ناشی از آن، تجربه احساسات آنگونه که هستند.
۲۲-۲۴	اعتماد به ارزش گذاری ارگانیک	احساس راحتی در روبرو شدن با تجربیات و مشکلات، خوشنودی از تغییر و ارائه آن در زندگی، اعتماد به ارزش گذاری ارگانیک در خارج از گروه.

در ادامه مختصری از موضوع و محتوای جلسات درمان در رویکرد واقعیت درمانی که براساس مفاهیم موجود در کتاب مشاوره و روان‌درمانی گروهی (Corey et al., 2014) و پیشینه پژوهشی در کاربرست نظریه واقعیت درمانی برای زندانیان (Vaziri, Kashani, Jamshidifar, Vaziri, & Jafari, 2014) به دست آمده، در جدول شماره ۲ ارائه می‌گردد.

جدول ۲. محتوای جلسات درمانی رویکرد واقعیت درمانی

جلسه	موضوع	محتوا
۵-۱	تعیین خواسته‌ها	معارفه اعضا و بیان انتظارات آنها از گروه، نحوه مشارکت در گروه، برقراری ارتباط مناسب، تاکید به خواسته‌ها و نیازها، تشویق به بحث درباره رفتار کنونی، استفاده از تکنیک های بازی نقش و آلبوم عکس.
۶-۱۰	تعیین رفتار و مسیر کنونی	نگاهی به وضعیت کلی زندگی و ارزیابی میزان هماهنگی رفتار با خواسته ها، سعی در تاکید بر رفتار و نگرش برای تغییر در احساسات، بحث درباره مهارت های ارتباطی، تاکید بر رفتارهای کنونی جهت درک مسئولیت وضعیت خود.
۱۱-۱۵	خودآزمایی	مواجهه با نتیجه رفتارهای کنونی، تعیین رفتارهای موجد درماندگی و توانمندی، بحث در باره کسب هویت مثبت جنسی، بحث درباره گذشتن از لذت های آنی و توجه به لذاذ درازمدت، سنجش موقعیت خود نسبت به هدف اصلی.
۱۶-۲۰	برنامه ریزی و عمل	شناسایی انتخاب های ناکارآمد و تبدیل آنها به انتخاب های موثر، تعیین هدف های کوتاه مدت با احتمال موفقیت بالاتر، تشویق به انتخاب های موثرتر در راستای انطباق با ۵ نیاز اساسی
۲۰-۲۴	نکات تکمیلی مرتبط با سلامت روان	توجه به نقش معنویت و مذهب و ارزشها در ابعاد زندگی و نقش ایمان در جلوگیری از آسیب های اجتماعی و اخلاقی، تمرین در عشق ورزی و محبت کردن به دیگران و عدم سرزنش اطرافیان به جهت اشتباهشان.

یافته‌ها

به لحاظ سنی، شرکت کنندگان گروه واقعیت درمانی میانگین و انحراف معیار $34/66 \pm 7/76$ ، گروه درمان شخص محور میانگین و انحراف معیار $37/13 \pm 12/05$ ، گروه کنترل میانگین و انحراف معیار $7/83 \pm 36/80$ را دارا بودند. در دو گروه واقعیت درمانی و شخص محور، ۴۰ درصد اعضا مجرد و ۶۰ درصد آنها متأهل بودند، این نسبت در گروه کنترل $53/3$ درصد برای مجردها و $46/7$ درصد برای متأهلین بود. در بررسی توصیفی پژوهش، با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف به بررسی توزیع نرمال بودن متغیرهای پژوهش پرداخته شد و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع هر دو متغیر بود.

فرضیه اول: بین کارآمدی واقعیت درمانی گروهی و گروه درمانی شخص محور، در افزایش هوش هیجانی زندانیان، تفاوت معنادار وجود دارد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود اطلاعات کلی توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش شخص محور، واقعیت درمانی و کنترل در هوش هیجانی آمده است. نتایج در مراحل مختلف پژوهش نشان از

افزایش هوش هیجانی در گروه شخص محور و واقعیت درمانی دارد.

جدول ۳. نمرات هوش هیجانی آزمودنی‌ها در گروه شخص محور، واقعیت درمانی و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هوش هیجانی	شخص محور	۲۸۰/۴۶	۳۱/۶۵	۳۴۵/۹۳	۲۹/۱۳	۳۳۹/۵۳	۳۰/۶۶
	واقعیت درمانی	۲۷۶/۴۶	۳۲/۳۹	۳۳۸/۰۶	۴۸/۱۵	۳۲۷/۸۰	۴۱/۲۲
	کنترل	۲۷۸/۸۶	۲۷/۳۱	۲۸۰/۶۰	۲۸/۱۳	۲۸۲/۸۶	۲۶/۶۶

پس از انجام آزمون‌هایی که پیش فرض آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر می‌باشند و اطمینان از رعایت این پیش فرض‌ها به انجام این آزمون پرداخته شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	درمان	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	η^2
هوش هیجانی	شخص محور	زمان	۲۱۲۷۵/۸۲	۱/۱۱	۱۹۱۲۳/۵۷	۳۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	محور	زمان × گروه	۱۷۹۲۳/۴۶	۱/۱۱	۱۶۱۱۰/۳۴	۳۲/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
		خطا	۱۵۲۹۶/۷۱	۳۱/۱۵	۴۹۱/۰۴			
	واقعیت	زمان	۱۷۸۴۲/۲۲	۱/۲۶	۱۴۱۴۴/۵۱	۴۵/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	درمانی	زمان × گروه	۱۴۹۵۳/۸۶	۱/۲۶	۱۱۸۵۴/۷۵	۳۷/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
		خطا	۱۱۰۲۵/۲۴	۳۵/۳۲	۳۱۲/۱۵			

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است در مقایسه گروه شخص محور و کنترل؛ واقعیت درمانی و کنترل اثر زمان در مورد متغیر هوش هیجانی معنادار است (درمان شخص محور، $\eta^2=0/58$ ، $p=0/001$ ، $F=38/94$ ؛ واقعیت درمانی، $\eta^2=0/61$ ، $p=0/001$ ، $F=45/31$). به عبارت دیگر از جلسه پیش آزمون تا پیگیری، میزان هوش هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. هم‌چنین نتایج ارائه شده در این جدول بیانگر معناداری اثر تعامل زمان در گروه برای درمان شخص محور ($\eta^2=0/54$ ، $p=0/001$ ، $F=32/80$) و واقعیت درمانی ($\eta^2=0/57$ ، $p=0/001$ ، $F=37/97$) می‌باشد؛ در واقع، بین هر دو گروه آزمایش (شخص محور و واقعیت درمانی) در مقایسه با گروه کنترل در زمینه افزایش هوش هیجانی از جلسه پیش آزمون تا جلسه پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه در جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت بررسی

و مقایسه کارآمدی گروه‌های درمانی در میزان هوش هیجانی گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون LSD برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در هوش هیجانی

متغیر	زمان I	زمان J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	P
هوش هیجانی	شخص محور	واقعیت درمانی	۷/۸۶	۱۱/۰۶	۰/۴۸
		کنترل	۴۱/۲۰*	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	شخص محور	-۷/۸۶	۱۱/۰۶	۰/۴۸
		کنترل	۳۳/۳۳	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱
	کنترل	شخص محور	-۴۱/۲۰*	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱
		واقعیت درمانی	-۳۳/۳۳	۱۱/۰۶	۰/۰۰۴

بر اساس نتایج جدول ۵، تفاوت معناداری بین نمرات هوش هیجانی در درمان شخص محور با واقعیت درمانی ($d=7/86$, $p=0/48$) وجود نداشت. این نتیجه بیانگر آن است که علی‌رغم آنکه مداخلات هر دو گروه منجر به افزایش هوش هیجانی در زندانیان شده‌اند اما میزان اثربخشی گروه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت و می‌توان گفت اثربخشی آنان یکسان است.

فرضیه دوم: بین کارآمدی واقعیت درمانی گروهی با گروه درمانی شخص محور در افزایش معناداری زندگی زندانیان، تفاوت معنادار وجود دارد.

همان‌طور که در جدول ۶، مشاهده می‌شود اطلاعات کلی توصیفی مانند میانگین، انحراف به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه شخص محور، واقعیت درمانی و کنترل در معناداری زندگی زندانیان آمده است. نتایج نشان از افزایش معناداری زندگی در مراحل مختلف پژوهش در گروه شخص محور و واقعیت درمانی دارد.

جدول ۶. نمرات آزمودنی‌ها در گروه شخص محور، واقعیت درمانی و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
معناداری زندگی	شخص محور	۲۳/۲۶	۲/۲۱	۲۸/۲۰	۲/۳۳	۲۶/۸۶	۲/۱۹
	واقعیت درمانی	۱۹/۷۳	۳/۳۴	۳۲	۱/۸۸	۳۱/۱۳	۱/۸۰
	کنترل	۲۱/۷۳	۲/۲۵	۲۲/۳۳	۲/۷۹	۲۲/۰۶	۳/۰۱

در ادامه، همان‌طور که در جدول ۷ نشان داده شده است، در مقایسه گروه واقعیت درمانی و کنترل؛ و شخص محور و کنترل، اثر زمان در مورد متغیر معناداری زندگی معنادار است (شخص محور، $\eta^2=0/38$ ، $F=17/80$ ، $p=0/001$ ؛ واقعیت درمانی، $\eta^2=0/75$ ، $F=87/58$ ، $p=0/001$). به عبارت دیگر از جلسه پیش‌آزمون تا پیگیری، میزان معناداری زندگی در هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. همچنین نتایج ارائه شده در این جدول بیانگر معناداری اثر تعامل زمان در گروه برای درمان شخص محور ($\eta^2=0/28$ ، $F=11/19$ ، $p=0/001$) و واقعیت درمانی ($\eta^2=0/72$ ، $F=74/47$ ، $p=0/001$) می‌باشد؛ در واقع، بین هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در میزان افزایش نمرات معناداری زندگی از جلسه پیش‌آزمون تا جلسه پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	درمان	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	η^2
		زمان	۱۲۱/۶۲	۲	۶۰/۸۱	۱۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸
معناداری زندگی	شخص محور	زمان × گروه	۷۶/۴۶	۲	۳۸/۲۳	۱۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸
		خطا	۱۹۱/۲۴	۵۶	۳/۴۱			
واقعیت درمانی	واقعیت درمانی	زمان	۷۶۱/۲۶	۲	۳۸۰/۶۳	۸۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵
		زمان × گروه	۶۴۷/۳۵	۲	۳۲۳/۶۷	۷۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲
		خطا	۲۴۳/۳۷	۵۶	۴/۳۶			

همچنین براساس نتایج جدول ۸، تفاوت معناداری بین نمرات معناداری زندگی در درمان شخص محور با واقعیت درمانی ($d=1/51$ ، $p=0/03$) وجود داشت. این نتیجه بیانگر آن است که بین میانگین نمرات معناداری زندگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شخص محور با گروه واقعیت درمانی تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به تفاوت میانگین‌ها و بیشتر بودن میانگین واقعیت درمانی نسبت به شخص محوری ($d=1/51$)، واقعیت درمانی اثربخش‌تر از درمان شخص محور است.

جدول ۸. نتایج آزمون LSD برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در معناداری زندگی

متغیر	زمان I	زمان J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	P
شخص محور	واقعیت درمانی	واقعیت درمانی	$-1/51^*$	۰/۶۷	۰/۰۳
		کنترل	$4/06^*$	۰/۶۷	۰/۰۰۱
معناداری	واقعیت درمانی	شخص محور	$1/51^*$	۰/۶۷	۰/۰۳

زندگی	کنترل	کنترل	۵/۵۷°	۰/۶۷	۰/۰۰۱
		شخص محور	-۴/۰۶°	۰/۶۷	۰/۰۰۱
		واقعیت درمانی	-۵/۵۷	۰/۶۷	۰/۰۰۱

نتیجه

هدف پژوهش حاضر این بود که بررسی کند آیا بین کارآمدی دو روش واقعیت درمانی و درمان شخص محور در افزایش هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر. در تضاد با فرضیه اول تحقیق، بررسی یافته‌ها نشان داد که بین کارآمدی این دو درمان تفاوت معناداری وجود ندارد، بدین معنا که اگرچه یافته‌ها نشان از اثربخش بودن هر دو درمان در افزایش میزان هوش هیجانی زندانیان داشت، اما تفاوتی در کارآمدی آن‌ها به دست نیامد، بنابراین فرضیه اول تحقیق رد شد.

این یافته‌ها همسو با یافته‌های پژوهش‌های (Grills et al., 2015)، (Alirezaee, Fathi Aghdam, Ghamari, & Bazazian, 2020; Cooper & McLeod, 2011; Fattahian, Hatami, Hatami, & Sahebi, 2017; Himelstein, 2011; Kreuter, 2006; Yoosefi Jooybari, Hassanzadeh, & Fakhri, 2017) می‌باشد.

در زمینه تبیین کلی عدم تفاوت معنادار بین کارآمدی دو رویکرد می‌توان گفت که هوش هیجانی نوعی توانمندی اکتسابی است که طبق تعریف بار-آن از ۵ مولفه: (۱) درون فردی (خودآگاهی هیجانی، ابراز وجود، احترام به خود، استقلال، خود شکوفایی). (۲) میان فردی (همدلی، مسئولیت اجتماعی، روابط بین فردی). (۳) سازگاری (حل مسأله، آزمون واقعیت، انعطاف پذیری). (۴) خلق کلی (شادکامی، خوش بینی). (۵) مدیریت استرس (تحمل فشار روانی، کنترل تکانه) تشکیل شده است. آنچه مورد انتظار پژوهشگر بود این بود که درمان شخص محور از واقعیت درمانی اثربخش‌تر باشد، به این دلیل که یکی از مبانی اساسی این درمان توجه به دنیای پدیداری و تأکید بر تجربه زیسته فرد در هر لحظه از زندگی است. در راستای دستیابی به این تجربیات و دنیای پدیداری غالباً درمانگران شخص محور از کار بر روی احساسات فرد شروع می‌کنند. به مرور و پس از آنکه درمانگر موفق به ایجاد یک فضای درمانی توأم با توجه مثبت نامشروط، همخوانی و همدلی شود و یک رابطه واقعی و اصیل با مراجعین ایجاد شد، آن‌ها نیز به تدریج شرایط ارزشمندی خود را کنار گذاشته و شروع به تجربه هیجانات اصیل خود خواهند کرد. آنچه فضا را برای تجربه این هیجانات و اتصال آن‌ها به نیاز اصلی روانی که به زعم راجرز خودشکوفایی است، را فراهم می‌کند، علاوه بر ایجاد فضای درمانی، اصالت و صداقت خود درمانگر است. به مرور پس از آنکه هیجانات در این‌جا و اکنون و در درون گروه درمانی ابراز شدند، افراد بهتر خواهند توانست به مدیریت آنها، استفاده از آنها و

جهت‌گیری مطابق آنها پردازند. اما همسو با نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که واقعیت درمانی هم با کمک آگاهی دادن نسبت به رفتارها و هیجانات و آموزش الگوی ماشین چهار چرخ (افکار، رفتار، هیجانات، فیزیولوژی) در راستای افزایش خودآگاهی (که یکی از مولفه‌های هوش هیجانی ست) گام بر می‌دارد. اعضا خیلی زود با خواسته‌های واقعی خود آشنا خواهند شد و می‌فهمند که رفتارهای شان به چه میزان در راستای خواست‌هایشان و یا در تضاد با آنها بوده است. اعضا ضمن آشنایی با هیجانات و هم‌آیندهای فیزیولوژیک آنها، می‌فهمند که در صورت تمایل برای تغییر یک احساس، نیاز به تمرکز و توجه زیاد بر آن احساس نیست، بلکه باید از طریق تغییر نگرش و تغییر رفتار برای تنظیم هیجانات تلاش کرد. آنها تجربه خواهند کرد که چگونه برخی رفتارها و نگرش‌هایی که دارند منجر به فاصله گرفتن‌شان از دیگران شده و هم‌چنین با الگوهای غلط ارتباطی خود آشنا خواهند شد. پذیرش مسئول بودن در ارتباط با خود، ارزیابی رفتارها و نگرش‌های خود، شناخت الگوهای درونی موجد درماندگی به مرور باعث ایجاد توانمندی در کنترل فشارها و تنش‌های روانی (که یکی دیگر از مولفه‌های هوش هیجانی است) خواهد شد. بنابراین علاوه بر مطالب فوق‌الذکر، تاکید واقعیت درمانی بر روابط بین فردی به عنوان موضعی برای ارضا نیازهای اساسی، می‌تواند کار مستقیم درمان شخص محور بر هیجانات را جبران کرده و به همین دلیل در این زمینه، هر دو درمان به یک اندازه اثربخش باشند.

در راستای فرضیه دوم تحقیق مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین کارآمدی واقعیت درمانی گروهی و گروه درمانی شخص محور در افزایش معناداری زندگی زندانیان، این فرضیه تأیید شد. بدین معنا که نه تنها هر دو مداخله در افزایش معناداری زندگی زندانیان، اثربخش بودند بلکه واقعیت درمانی نسبت به درمان شخص محور در افزایش معناداری زندگی زندانیان، موثرتر بود. این یافته‌ها همسو با نتایج تحقیقات (Daei, 2020)، (Jafari et al., 2020)، (Dizjani & Kharamin, 2016)، (Eslami, Hashemian, Jarahi, & Modarres, 2013)، (Gharavi, 2013)، (Elahinejad, Makvand Hoseini, & Sabahi, 2020)، (Moshirian Farahi, 2017)، (Moshirian Farahi, Aghamohammadian Sharbaf, & Sepehri Shamloo, 2017) می‌باشد.

در مورد معناداری زندگی نیز می‌توان گفت که اگر قرار است یک زندگی بامعنا باشد باید در ابتدا ارزشمند باشد، و در راستای این ارزشمندی نیاز است تا انسان هدفی را برای خود مشخص کرده و از این طریق ارزشی را برای زندگی خود بیافریند. در خیلی از اوقات این نیازهای فرد و ویژگی‌های روانی او هستند که او را به سمت یک هدف سوق می‌دهند. در همین راستا، واقعیت درمانی همانطور که پیش‌تر بیان شد، چهارچوب شناختی و رفتاری را برای فرد مشخص می‌کند تا از این طریق فرد را با نیازهای اساسی‌اش رو به

رو سازد، و او را به عنوان مسئول ارضا یا عدم ارضا این نیازها به حساب می آورد. این مساله که فرد مسئول سرنوشت خویشتن است، بدون واسطه به زندگی فرد معنا خواهد داد، زیرا فرد موضوعی برای مراقبت و رشد دادن پیدا کرده و آن موضوع، خویشتن خویش است. در حالی که در درمان شخص محور، فرض بر آن است که آنچه معنا را از زندگی ما می گیرد، در واقع وجود معناهای جعلی است. معناهایی که متعلق به خود ما نیستند و دلیل به وجود آمدنشان زندگی در شرایط ارزشمندی و همسان ساختن خود واقعی با ارزش های والدینی و یا هنجارهای اجتماعی است. آنچه متمایز کننده درمان شخص محور از واقعیت درمانی است، در واقع بی رهنمون بودن و غیر مستقیم بودن درمان شخص محور است. بدین معنا که مراجع پس از قرار گرفتن در گروه واقعیت درمانی، مستقیم تر، شدیدتر و با فشار بیشتری به چالش کشیده شده و در مواردی حتی قراردادهایی بین درمانگر و مراجعین در مورد انجام رفتارهای خاص و تبعات عدم انجام آن بسته می شود، این درحالی است که در گروه درمان شخص محور، درمانگر بیشتر خود را با فضای مراجعین همراه کرده، صرفاً به بازخورد احساسات و برقراری رابطه ای اصیل و عمیق با مراجعین می پردازد تا زمانی که مراجع در یک فضای درمانی خودش رو به جلو حرکت کند، بنابراین به نظر منطقی می رسد که واقعیت درمانی اثربخشی بیشتری در زمینه ایجاد معنا در زندگی زندانیان داشته باشد.

در یک تبیین کلی می توان گفت، اگرچه درمان شخص محور به طور مستقیم تر با هیجانات کار می کند، اما واقعیت درمانی هم با تأکیدی که بر مبانی ایجاد هیجانات و لزوم بهبود روابط بین فردی دارد، از نظر اثربخشی بر هوش هیجانی به یک اندازه کارآمد هستند و از طرف دیگر، واقعیت درمانی به این دلیل که رویکردی مستقیم تر و جهت دارتر نسبت به رفتارها و نگرش های انسان دارد، در کوتاه مدت اثر بیشتری بر ایجاد معنا در زندگی افراد می گذارد، در حالی که درمان شخص محور اگرچه به دغدغه های اصیل و عمیق زندگی بشری (که یکی از آنها معناست) بیشتر می پردازد، اما در یک زمان کوتاه توفیق کمتری در ایجاد معنا خواهد داشت.

در پایان نیز پیشنهاد می شود، این مقایسه بر روی زنان زندانی نیز آزمایش گردد، هم چنین با توجه به قدرت بالای اصلاحی این درمان ها، بر روی نمونه های دیگر نیز، مثل نوجوانان بزهکار و نوجوانان محصل مشکل ساز انجام پذیرد.

References

- Alirezaee, M., Fathi Aghdam, G., Ghamari, M., & Bazazian, S. (2020). Comparing the effectiveness of reality therapy and schema therapy on emotion regulation in women with marital conflict. *Journal of Police Medicine*, 9(3), 7.
- Araghian, S., Nejat, H., Toozandejani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparison

- of the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy in the distress tolerance and meaning in life in of women with marital conflicts. *Journal of psychological models and methods*, 11, 17.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *The american journal of psychiatry*(166), 7.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18 Suppl, 13-25. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17295953>
- Bozarjemehri, K. B., Hafezi, F., Asgari, P., Makvandi, B., & Pasha, R. (2018). The effectiveness of educational intelligence training based on Gardner's multiple intelligence theory on emotional intelligence and creativity in Isfahan female students. *Journal of knowledge and research in applied psychology*(19), 11.
- Cain, D. J. (2002). Defining characteristics, history, and evolution of humanistic psychotherapies. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cooper, M. (2007). Humanizing psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*(37), 5.
- Cooper, M., & McLeod, J. (2011). Person-centered therapy: A pluralistic perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 13.
- Corcoran, J. (1997). A solution-oriented approach to working with juvenile offenders. *Child and Adolescent Social Work Journal*(14), 11.
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2014). *Groups: process and practice*. Belmont: Brooks/Cole cengage learning.
- Daei Jafari, M. R., Aghaei, A., & Rashidi Rad, M. (2020). Existential Humanistic Therapy with Couples and its Effect on Meaning of Life and Love Attitudes. *The American Journal of Family Therapy*, 8(2), 15.
- Dizjani, F., & Kharamin, S. (2016). Reality therapy effect on marital satisfaction and women's quality of life. *Armaghane danesh*, 21(2), 12.
- Elahinejad, S., Makvand Hoseini, S., & Sabahi, P. (2020). Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Neurofeedback Training on Improving the Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Journal of neuropsychology*, 61(1), 14.
- Elliot, W. N. (2002). Managing offender resistance to counseling—The “3 r’s.” *Federal Probation*, 66(2), 6.
- Eslami, R., Hashemian, P., Jarahi, L., & Modarres Gharavi, M. (2013). Effectiveness of group reality therapy on happiness and quality of life in unsupervised adolescents in Mashhad. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 56(5), 6.
- Fattahian, P., Hatami, M., Hatami, H., & Sahebi, A. (2017). The Effectiveness of Therapeutic Reality on Emotional Disorders of Emotional Divorced Women. *Iranian journal of educational Sociology*, 1(6), 8.
- Fromm, E. (2014). *The essential Fromm: Life between having and being*. new york: Open Road Media.
- García-Sancho, E., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2014). The relationships between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 19(2), 7.
- Ginsburg, J. I. D., Mann, R. E., Rotgers, F., & Weekes, J. R. (2002). Motivational interviewing with criminal justice populations. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational*

- interviewing: Preparing people for change*. new york: guilford.
- Glasser, W. (1999). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. new york: Harper Perennial.
- Glasser, W. (2001). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. new york: HarperCollins.
- Goleman, D. (2000). Emotional intelligence. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry* (SEVENTH ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Grills, C., Villanueva, S., Anderson, M., Corsbie-Massay, C. L., Smith, B., Johnson, L., & Owens, K. (2015). Effectiveness of choice theory connections: A cross-sectional and comparative analysis of California female inmates. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 59(7), 7.
- Hadi, M., & Janbozorgi, M. (2010). Effectiveness of integration group therapy on clinical and personality factors. *Religion & psych*, 6(2), 33.
- Harner, H. M., Wyant, B. R., & Da Silva, F. (2017). Prison Ain't Free Like Everyone Thinks" Financial Stressors Faced by Incarcerated Women. *Qualitative health research*, 27(5), 11.
- Henley, M., & Long, N. J. (1999). Teaching emotional intelligence to impulsive-aggressive youth. *Reclaiming children and youth*, 7(2), 6.
- Himelstein, S. (2011). Engaging the moment with incarcerated youth: An existential-humanistic approach. *The Humanistic Psychologist*, 39(3), 10.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and individual differences*, 45(8), 6.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Huebner, B. M., & Frost, N. A. (2018). *Handbook on the Consequences of Sentencing and Punishment Decisions*: Routledge.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 8.
- Kreuter, E. A. (2006). Prose and cons: Use of poetry in existential-humanistic therapy for prisoners. *Journal of Poetry Therapy*, 19(1), 6.
- Law, F. M., & Guo, G. J. (2015). The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 59(20), 23.
- Megreya, A. M. (2013). Criminal thinking styles and emotional intelligence in Egyptian offenders. *Criminal behaviour and mental health*, 23, 17.
- Misrabadi, J. O., Negar; Sakineh, Sakineh, Jafarian, & , V., Number 9. (2013). Structural and diagnostic validity of meaning in life questionnaire in students. *Journal of Behavioral Sciences*, 7(1), 83-90.
- Moshirian Farahi, S. M., Moshirian Farahi, S. M. M., Aghamohammadian Sharbaf, H. R., & Sepehri Shamloo, Z. (2017). The effectiveness of group reality therapy based on choice thoery on quality of life in people with aggression. *Iranian journal of psychiatric nursing*, 5(1), 6.
- organization, S. p. a. s. a. c. m. (2007). national inmates survey. In S. p. a. s. a. c. m. organization (Ed.). MASHHAD: State prisons and security and corrective measures organization.
- Pizarro, D. A., & Salovey, P. (2002). On being and becoming a good person: The role of emotional intelligence in moral development and behavior. In J. Aronson (Ed.),

- Improving Academic Achievement: Impact of Psychological Factors on Education*. San Diego: Academic Press.
- Quayle, E., Erooga, M., Wright, L., Taylor, M., & Harbinson, D. (2006). *Only pictures? Therapeutic approaches with internet offenders*. Lyme regis: Russell house publishing.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science* (Vol. 3). New York: McGraw-Hill.
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Mayer, J. D. (2000). Current direction in emotional intelligence research. In M. Lewis & J. Haviland – Jones (Eds.), *Handbook of emotion* (second ed.). London: Routledge.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 8, 15.
- Shafi Ababdi, A., & Naseri, G. R. (2014). *Theories of counseling and psychotherapy*. TEHRAN: Center of university publication.
- Sharma, N., Prakash, O., Senger, K. S., Chaudhury, S., & Singh, A. R. (2015). The relation between emotional intelligence and criminal behavior: A study among convicted criminals. *Industrial psychiatry journal*, 24(2), 5.
- Smith, B., Kenney, S., Sessoms, A., & LaBrie, J. (2011). Assessing the efficacy of a choice theory-based alcohol harm reduction intervention in a population of college student drinkers. *International Journal of Choice Theory*, 30, 10.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Steger, M. F., Oishi, S., & Kesebir, S. (2011). Is a life without meaning satisfying? The moderating role of the search for meaning in satisfaction with life judgments. *Positive Psychology*, 6(3), 8.
- Stys, Y., & Brown, S. L. (2004). A review of the emotional intelligence literature and implications for corrections. *Research branch correctional service of canada*, 150(2), 10.
- Van Ginneken, E. F., Palmen, H., Bosma, A. Q., Nieuwbeerta, P., & Berghuis, M. L. (2018). The Life in Custody Study: The quality of prison life in Dutch prison regimes. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice*, 20(3), 8.
- Vanhooren, S., Leijssen, M., & Dezutter, J. (2017). Posttraumatic growth in sex offenders: A Teaching emotional intelligence to impulsive-aggressive youth. *Reclaiming children and youth*, 7, 5.
- Vaziri, S., Kashani, F. L., Jamshidifar, Z., Vaziri, Y., & Jafari, M. (2014). Group counseling efficiency based on choice theory on prisoners' responsibility increase. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 5.
- Wubbolding, R. (2011). *Reality therapy: Theories of psychotherapy series*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Yoosefi Jooybari, F., Hassanzadeh, R., & Fakhri, M. K. (2017). Comparing the Effects of Creativity Therapy and Group Counseling Based on Choice Theory on Students' Exile Feeling and Thought Emotion. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 4(2), 8.
- Zarghani, S. A., Ghanbari Hashem Abadi, B., Moeny Zadeh, M., & Gholam Rezaeenejad, F. (2019). Effectiveness of Integration Group Therapy on Emotional Self-Awareness, Assertiveness and Meaning of Life of Inmates. *Journal of Police Medicine*, 8(3), 5.

Comparing the Effectiveness of Group Reality Therapy and Group Person-Centered Therapy on Emotional Intelligence and Meaning of Life among Prisoners

Abolfazl Bakhshipour*
Vali Niknam Shahrak
Mahmoud Jajarmi

Islamic Azad University, Boujnord, Iran

Abstract

Purpose: The aim of this study was to compare the effectiveness of group reality therapy with person-centered group therapy on the prisoners' emotional intelligence and their meaning of life.

Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and 3-month follow-up assessments. The statistical population was all prisoners in the counseling unit of Mashhad prison. The sampling method was purposeful and a total of 45 prisoners, who met the inclusion criteria, were selected and randomly divided into three groups: reality therapy, person-centered therapy and control group. Each of the experimental groups received 24 sessions of treatment (two sessions per week) and the control group did not receive any intervention. Participants answered the questionnaires of emotional intelligence and meaning in life in three stages.

Findings: The results showed that both reality therapy and person-centered groups led to a significant increase in emotional intelligence and meaningful life, compared to the control group. It was also found that reality therapy is more effective in increasing the meaning of prisoners' lives, compared to person-centered treatment. However, the results showed no significant difference in the effectiveness of two interventions on the prisoners' emotional intelligence. These results remained unchanged in the follow-up stage.

Keywords: Reality Therapy, Person-Centered Therapy, Group Therapy, Emotional Intelligence, Meaning of Life, Prisoners.

* . ab8boj@gmail.com

Table of Contents

- 1 Investigating the Relationship between Metacognitive Beliefs and Cognitive-Attentional Syndrome with Social Anxiety of Female Students: The Mediating Role of Uncertainty Intolerance and Ambiguity Tolerance**
Ellahe Molavi, Majid Moeenizadeh, Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad
- 2 The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation on the Relationship between Dimensions of Perfectionism and Depression and Anxiety Symptoms**
Mohammad Ali Besharat, Hadi Farahmand, Fatemeh Ebrahimi
- 3 The Effectiveness of Body Psychotherapy on Improving the Level of Inhibition and Attention of Elementary Students**
Fateme Ghanaei chamanabad, Imanollah Bigdel, Seyyed Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei
- 4 The Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Mood and Anxiety Symptoms and Rumination of Depressed Adolescent Girls Attempting Suicide**
Hadi Izanloo, Fatemeh Shahabizadeh, Seyed Kaveh Hojjat, Seyed Abdolmajid Bahrainian
- 5 The Relationship between Religious Orientation and Sexual Self-Efficacy with Infidelity: The Mediating Role of Attachment**
aHossein Shareh, Tarlan Tavakoli
- 6 Effectiveness of Existential Therapy on Marital Forgiveness and Family Function of Women Affected by Marital Infidelity**
Yasser Rezapour Mirsaleh, Hamidreza Aryanpour, Raziye Amini, Tahereh Fallah
- 7 Comparing the Effectiveness of Group Reality Therapy and Group Person-Centered Therapy on Emotional Intelligence and Meaning of Life among Prisoners**
Abolfazl Bakhshipour, Vali Niknam Shahrak, Mahmoud Jajarmi

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. 2, Autumn & Winter 2021

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. 2, Autumn & Winter 2021

eISSN: 2423-4265

ISSN: 2251-6352

20

Investigating the Relationship between Metacognitive Beliefs and Cognitive-Attentional Syndrome with Social Anxiety of Female Students: The Mediating Role of Uncertainty Intolerance and Ambiguity Tolerance

Ellahe Molavi, Majid Moeenizadeh, Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad

The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation on the Relationship between Dimensions of Perfectionism and Depression and Anxiety Symptoms

Mohammad Ali Besharat, Hadi Farahmand, Fatemeh Ebrahimi

The Effectiveness of Body Psychotherapy on Improving the Level of Inhibition and Attention of Elementary Students

Fatemeh Ghanaei chamanabad, Imanollah Bigdel, Seyyed Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei

The Effectiveness of Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Mood and Anxiety Symptoms and Rumination of Depressed Adolescent Girls Attempting Suicide

Hadi Izanloo, Fatemeh Shahabizadeh, Seyed Kaveh Hojjat, Seyed Abdolmajid Bahrainian

The Relationship between Religious Orientation and Sexual Self-Efficacy with Infidelity: The Mediating Role of Attachment

Hossein Shareh, Tarlan Tavakoli

Effectiveness of Existential Therapy on Marital Forgiveness and Family Function of Women Affected by Marital Infidelity

Yasser Rezapour Mirsaleh, Hamidreza Aryanpour, Raziye Amini, Tahereh Fallah

Comparing the Effectiveness of Group Reality Therapy and Group Person-Centered Therapy on Emotional Intelligence and Meaning of Life among Prisoners

Abolfazl Bakhshipour, Vali Niknam Shahrak, Mahmoud Jajarmi