پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد
دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

سال ۱۱، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۴۰۰ — شاپا الکترونیک: ۲۴۲۳-۴۲۶۵ — شاپا: ۲۲۵۱-۶۳۵۲

دو فصلنامه علمی

۲۱

اثربخشی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان خوابگاهی ۵
ابوالفضل خوش نما ، احمد برجعلی ، نورعلی فرخی

تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر مشکلات برون‌سازی‌شده / درون‌سازی‌شده دانش‌آموزان دارای اختلال انفجاری متناوب ۲۱
صدف شیخی گراکویی ، عباس ابوالقاسمی ، مهناز خسروجاوید

تأثیر آموزش ذهن¬آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری: توجه به نقش نگرانی و نشخوار فکری ۴۱
مریم رنجکش ، طاهره الهی ، ذکراله مروتی ، کبری قاسمی

تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال ۶۰
جمشید شجاعی ، امین کرایی، ذبیح اله عباس پور

نقش درماندگی روانشناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور شهر مشهد ۸۱
شیرین مرادی ، صالح محمدپور ، قاسم آهی

بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم فارسی مقیاس تمایل به خودکشی بر اساس نظریه بین فردی خودکشی (IPTS) در دانشجویان ایرانی ۱۰۱
زهرا علیزاده بیرجندی ، مسعود جان بزرگی ، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی ، علی فتحی آشتیانی

بررسی مدل ساختاری رابطه بین باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی: نقش میانجیگر حساسیت اضطرابی ۱۱۵
حسن رضایی جمالویی ، فاطمه هادی پور

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره
۲۱
سال ۱۱، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۴۰۰

https://tpccp.um.ac.ir

بسم الله الرحمن الرحیم

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی‌ومشاوره

دانشـــگاه فردوسی مشـــهد

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

سال ۱۱، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۴۰۰

شاپا چاپی: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

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

و به استناد مجوز ۳/۳/۱۲۴۲۵۰ مورخ ۱۳۹۲/۸/۸ کمیسیون نشریات علمی کشور دارای اعتبار علمی است.

این مجله در پایگاههای زیر نمایه می شود :

- 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 بهرام‌علی قنبری‌هاشم‌آبادی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

هیئت تحریریه :

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

داوران این شماره :

مجید معینی زاده، ذبیح پیرانی، حسین شاره، فرزانه طیرانی نجاران، ایمان سیدمحرمی، شهربانو عالی، سکینه سلطانی کوهبنانی، جعفر طالبیان شریف، عبدالله جمالی

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. دیدگاه‌های مندرج در نوشته ها الزاما مبین نظر مجله نیست.

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

نشانی دفتر مجله: مشهد، پردیس دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،
صندوق پستی ۱۵۱۸- کد پستی ۹۱۷۷۹۴۸۹۹۱

تلفن : ۰۵۱۳ ۸۸۰۳۶۹۶ **دور نگار : ۰۵۱۳ ۸۸۰۷۳۳۸**

آدرس وبگاه مجله : https://tpccp.um.ac.ir

فهرست مندرجات

اثربخشی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان خوابگاهی **۵**

ابوالفضل خوش نما ، احمد برجعلی ، نورعلی فرخی

تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر مشکلات برون‌سازی‌شده / درون‌سازی‌شده دانش‌آموزان دارای اختلال انفجاری متناوب **۲۱**

صدف شیخی گراکویی ، عباس ابوالقاسمی ، مهناز خسروجاوید

تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری: توجه به نقش نگرانی و نشخوار فکری **۴۱**

مریم رنجکش ، طاهره الهی ، ذکراله مروتی ، کبری قاسمی

تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال **۶۰**

جمشید شجاعی ، امین کرایی، ذبیح‌اله عباس‌پور

نقش درماندگی روانشناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور شهر مشهد **۸۱**

شیرین مرادی ، صالح محمدپور ، قاسم آهی

بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم فارسی مقیاس تمایل به خودکشی بر اساس نظریه بین فردی خودکشی (IPTS) در دانشجویان ایرانی **۱۰۱**

زهرا علیزاده بیرجندی ، مسعود جان بزرگی ، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی ، علی فتحی آشتیانی

بررسی مدل ساختاری رابطه بین باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی: نقش میانجیگر حساسیت اضطرابی **۱۱۵**

حسن رضایی جمالویی ، فاطمه هادی پور

خوش نما، ابوالفضل؛ برجعلی، احمد؛ فرخی، نورعلی (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان خوابگاهی.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، *۱۱* (۱)، ۲۰-۵. DOI: 10.22067/tpccp.2021.36377.0

اثربخشی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان خوابگاهی

ابوالفضل خوش نما[۱]، احمد برجعلی[۲]، نورعلی فرخی[۳]

تاریخ دریافت: ۹۸/۶/۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۵ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر کاهش اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان خوابگاهی بود.

روش: روش پژوهش این مطالعه از توع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علامه طباطبائی تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به گروه آزمایش هشت جلسه درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی ارائه شد و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. از پرسشنامه مقیاس اضطراب سخنرانی در جمع جهت جمع آوری داده ها در دو مرحله پیش از مداخله و پس از مداخله استفاده شد. دادها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس تک متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل دهنده تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل بود ($p < ۰/۰۱$). ایافته‌ها نشان داد که درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی به منظور کاهش اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان خوابگاهی موثر است.

واژه‌های کلیدی: واقعیت مجازی، درمان مواجهه‌ای، اضطراب سخنرانی در جمع، دانشجو، خوابگاه

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، (نویسنده مسئول)، abolfazl.gm.id@gmail.com

۲. دانشیار روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، borjali@atu.ac.ir

۳. دانشیار روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران

مقدمه

زمانی حدود پنجاه‌هزار سال پیش جایی در آفریقای کنونی، انسان مدرن متولد شد. جهش در ژنوم انسان باعث ایجاد تغییر در مغز وی گردید که همراه بود با ایجاد توانایی‌هایی مانند ساخت ابزار پیچیده، بروز زبان و فرهنگ و همچنین پیدایش مفهوم خود. این تغییرات به‌مرور منجر به ظهور سیستم پیچیده‌ی اجتماعی گردید که این‌گونه را به صورت قابل‌توجهی از محیط مستقل کرد. برای حمایت از این سیستم اجتماعی انسان انگیزه‌های قدرتمندی را تکامل بخشید تا بتواند تأیید و حمایت دیگران را به دست آورد (Paul, 2004 Gilbert). گونه‌ی ما برای به دست آوردن سرمایه‌گذاری والدینی، ایجاد روابط دوستانه‌ی حمایتگر، جذب جفت مورد علاقه و ایفای نقش موفق در تعداد زیادی از روابط اجتماعی نیاز دارد تا دوست داشته شود، ارزشمند باشد و مورد تأیید قرار گیرد (Tooby & Cosmide, 2005). طرد شدن از گروه‌های اجتماعی به صورت منفی بر طیفی از متغیرهای مربوط به سلامت از جمله عزت‌نفس و احساس تعلق داشتن فرد تأثیر می‌گذارد (Baumeister & Leary, 1995). درنتیجه انسان ذاتاً از ارزیابی منفی اطرافیان می‌ترسد. ابراز این نگرانی سازگار کننده‌ی تکاملی به صورت ناسازگارانه، اختلال اضطراب اجتماعی[1] نام دارد (Hofmann & Otto, 2017). ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی نوعی ترس و اضطراب شدید و مشخص از موقعیت‌های اجتماعی است که فرد ممکن است در آن‌ها مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد. نگرانی فرد از این بابت که امکان دارد به عنوان فردی مضطرب، ضعیف، دیوانه، احمق، کسل‌کننده، ترسناک، کثیف و یا منفور مورد قضاوت قرار گیرد. فرد می‌ترسد به نحوی خاص ظاهر شود و رفتار کند و یا علائم اضطراب نظیر سرخ شدن، لرزیدن، عرق کردن، گیج‌کننده حرف زدن و خیره شدن نشان دهد که به صورت منفی توسط دیگران ارزیابی شود (American Psychiatric Association, 2013). اضطراب سخنرانی در جمع[2] یکی از شایع‌ترین انواع اضطراب‌های اجتماعی به شمار می‌آید (Mannuzza et al, 1995). این اختلال به عنوان یک اختلال چندوجهی تشخیص داده شده است و مانند شکل اصلی اضطراب، مجموعه‌ای از رویدادهای فیزیولوژیکی، رفتار کلامی و اعمال حرکتی را در بر می‌گیرد (Danesh, 1998). افراد مبتلا به اضطراب سخنرانی در جمع اغلب طیفی از نشانه‌ها مانند افزایش ضربان قلب، عرق کردن، ناراحتی گوارشی، اسهال، تنش عضلانی و گیجی را در شرایط سخنرانی در جمع تجربه می‌کنند (Harris et al., 2002).

اضطراب سخنرانی در جمع با کاهش کارآمدی در ارتباط کلامی، به اجتناب فرد از آغاز کردن یا ادامه دادن گفتگوها در گروه،کلاس، ملأعام یا مهمانی‌ها منجر می‌شود. ایجاد ارتباط با مراجع قدرت یا

1. Social Anxiety Disorder
2. Public Speaking Anxiety

همکاران را با مشکل مواجه می‌سازد و پیامدهای نامطلوبی را از نظر تحصیلی، حرفه‌ای، اجتماعی را برای فرد به بار می‌آورد (Harris et al., 2002). اضطراب ارتباطی[1] می‌تواند باعث معلولیت افراد در زندگی اجتماعی، شغلی و تحصیلی شود (Daly & McCroskey, 1975).

تحقیقات نشان می‌دهند که اضطراب سخنرانی بالا با درآمد اندک (Falcione et al., 1977)، نمرات پایین، رضایت کمتر از تجربه تحصیلی، سطح یادگیری پایین‌تر (McCroskey et al., 1976)، احتمال جست‌وجوی آموزش قابل دریافت[2] کمتر (Scott et al., 1977)، میزان بالای تنهایی به علت انتخاب نشدن به عنوان دوست (Hurt et al., 1977)، کاهش شانس استخدام شدن یا ترفیع گرفتن (McCroskey, 1976 & Andersen)، رابطه دارد. این‌ها و سایر تأثیرات ناتوان‌کننده، تمایل به اجتناب از معاشرت را برای فرد به همراه می‌آورند. همچنین افرادی که اضطراب ارتباطی پایینی نشان می‌دهند، بهره‌مندی تحصیلی، شخصی، حرفه‌ای و اقتصادی بیشتری دارند (McCroskey, 1977).

مواجهه درمانی، بازسازی شناختی، استراتژی‌های آرمیدگی و مواجهه درمانی مبتنی بر واقعیت مجازی[3] (VRET) از درمان‌های کنونی اضطراب سخنرانی در جمع به شمار می‌روند (Magee et al., 2009). مواجهه می‌تواند از طریق کاهش اضطراب و شکل‌دهی پاسخ‌های شرطی جدید (پاسخ‌های طبیعی یا سازگار با شیء هراس‌آور سابق) باعث از بردن شرایط ناسازگار (شیء هراس‌آور = ترس) شود (Craske, 1999). در حال حاضر درمان مواجهه‌ای که از محرک‌های واقعی استفاده می‌کند به عنوان اثربخش‌ترین درمان برای اختلالات اضطرابی نظیر اضطراب اجتماعی شناخته می‌شود (Craske et al., 2008). با این وجود مواجهه واقعی همیشه عملی و اخلاقی نیست، به‌خصوص مواقعی که محرک‌ها خطرناک هستند (هراس از رانندگی)، به سختی قابل تکرار و بازسازی‌اند (سخنرانی در مقابل یک سالن اجتماعات پر)، بسیار گران هستند (هراس از پرواز) یا شدت ایجاد ترس آن‌ها به حدی است که بیمار تمایل ندارد وارد درمان شود. درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی با توجه به محدودیت‌های ذکر شده به عنوان جایگزینی با پتانسیل بالا برای درمان مواجهه‌ای واقعی یا تخیلی به وجود آمد (Krijn et al., 2004). در مواجهه تخیلی بیمار باید قدرت تصویرسازی خود متکی باشد و درمانگر هیچ‌گونه کنترل و اطلاعاتی در مورد این‌که بیمار چه تصوری می‌کند، ندارد؛ درحالی‌که در محیط مجازی محرک ارائه شده به بیمار قابل‌کنترل و دستکاری است (Tarrier et al1999 ,.). واقعیت مجازی می‌تواند یک جایگزین امن و مقرون به صرفه برای درمان‌های سنتی

1. Communication Anxiety
2. Seeking Available Tutoring
3. Virtual Exposure Therapy

ارائه دهد. مواجهه مبتنی بر واقعیت مجازی مانند مواجهه تخیلی در یک مکان کنترل شده مانند کلینیک درمانگر جای می‌گیرد و به خاطر اینکه نیاز نیست بیمار برای مواجهه با یک موقعیت هراس‌آور در یک محیط واقعی قرار گیرد، رازداری حفظ می‌گردد. واقعیت مجازی[1] (VR) به صورت شرایطی تعریف می‌شود که در آن اطلاعات حسی به جای محیط طبیعی توسط کامپیوتر تأمین می‌شود (Wiederhold, 2005 & Wiederhold). هنگام مرحله مواجهه در واقعیت مجازی مراجع از عینک یا کلاهی استفاده می‌کند که به یک کامپیوتر متصل است. کلاه خروجی‌های تصویری و صوتی را ارائه می‌دهد که به صورت پویانمایی و تا حد امکان نزدیک به محیط واقعی است. از آنجایی که بیمار می‌داند در مواجهه با واقعیت مجازی هر زمانی فنّاوری را می‌توان خاموش و روشن کرد، احساس امنیت و کنترل بیشتری نسبت به مواجهه واقعی دارد و این احساس کنترل موجب افزایش احساسات خودکارآمدی بیمار می‌شود (Gregg & Tarrier, 2007). درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی این پتانسیل را دارد تا به یک درمان مقرون به‌صرفه و کاربردی برای اختلال اضطراب اجتماعی تبدیل شود، همان‌طور که در تحقیقی مشخص شد ۷۶ درصد از افراد مبتلا اختلال اضطراب اجتماعی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی را به مواجهه‌سازی در بافت طبیعی ترجیح می‌دهند (Garcia-Palacios et al., 2007).

با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی، میزان کم درمان خواهی از طرف بیماران و دشواری‌هایی که برای فراهم کردن شرایط مناسب برای مواجهه واقعی وجود دارد، رشد و گسترش درمان مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند منجر به کاهش باری که این اختلال بر دوش افراد، درمانگران و اقتصاد گذاشته است، گردد (Owens & Beidel, 2015). با توجه به اینکه این نوع از درمان مواجهه‌ای سال‌هاست که در دنیا مورد بررسی و استفاده قرار گرفته ولی در ایران هنوز مانند سایر درمان‌ها مورد بررسی قرار نگرفته و وضعیت اثربخشی آن در مورد اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب سخنرانی در جمع به‌خصوص در جامعه دانشجویان دانشگاه‌های ایرانی مبهم است، به نظر می‌رسد تکرار بررسی اثربخشی این درمان و بررسی آن بر دانشجویان خوابگاهی می‌تواند زمینه‌ی شناخت، رشد و گسترش درمان‌های مبتنی بر واقعیت مجازی را ایجاد و به بهبود مداخلات درمانی در حوزه‌ی اختلالات اضطرابی کمک کند. بر این اساس هدف عمده‌ی این پژوهش بررسی این مسئله است که آیا درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان خوابگاهی تأثیرگذار است؟

1. Virtual Reality

روش

طرح پژوهش مورد استفاده در این تحقیق، طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان خوابگاهی سال تحصیلی ۹۷-۹۶ تشکیل می‌دادند. جمعیت هدف نیز دانشجویان مبتلا به اضطراب سخنرانی در جمع خوابگاهی بودکه از این بین ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. همچنین گروه نمونه دانشجویانی هستند که به صورت داوطلبانه پس از احراز شرایط پژوهش و به صورت تصادفی به عنوان آزمودنی وارد روند پژوهش شده بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش نیز نمونه‌گیری هدفمند بوده است.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اضطراب سخنرانی[1] (PSAS)

این مقیاس ۱۷ عبارتی در سال ۲۰۱۶ توسط بارسولومی و هولیهان (Bartholomay, 2016 & Houlihan)، به منظور بررسی روند درمان اضطراب سخنرانی در جمع تهیه شده و مزیت عمده آن نسبت به سایر پرسشنامه‌ها این است که شامل مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک می‌باشد. به گفته نویسندگان، این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۳۸ پایایی درونی بسیار بالایی دارد. پایایی سه خرده مقیاس شناختی (سؤالات ۱ تا ۸ آلفای کرونباخ ۰/۸۸۱)، رفتاری (سؤالات ۹ تا ۱۲ آلفای کرونباخ ۰/۷۴۷) و فیزیولوژیک (سؤالات ۱۳ تا ۱۷ آلفای کرونباخ ۰/۸۶۷) نیز، بالا گزارش شده است. روایی همگرا این مقیاس نیز با پرسشنامه‌های مشابه (r=۰/۸۳۵-۰/۸۴۵) برآورد شده است (Bartholomay & Houlihan, 2016). با توجه به اینکه پرسشنامه حاضر به زبان فارسی و در جامعه ایرانی هنجار نشده بود در نخستین گام برای تحلیل سؤالات فرم اولیه ۱۷ سؤالی ترجمه شده و سپس مجدد نسخه فارسی ترجمه شده به انگلیسی بازگردانده شد و مغایرت‌ها مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت. به منظور سنجش روایی محتوایی آزمون مورد نظر ۱۲ نفر متخصص ملاک قرار گرفت و روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. نویسنده جهت بررسی پایایی درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده کرد که نتایج نشان از پایایی بالای آزمون داشت. در پژوهش حاضرضریب آلفای کلی برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیر مقیاس‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک نیز به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۲ به دست آمد.

نرم افزار اضطراب سخنرانی در جمع

در این پژوهش از نرم افزار واقعیت مجازی ترس از صحبت کردن در جمع استفاده شد. محیط این

1. Public Speaking Anxiety Scale (PSAS)

نرم‌افزار شامل یک سالن سخنرانی سه‌بعدی می‌شود که در آن افرادی (آواتارها) حضور دارند و محیط یک سالن سخنرانی واقعی را تداعی می‌کند. از قابلیت‌های این نرم افزار این است که درمانگر می‌تواند با توجه به پروتکل درمانی شرایط مواجهه را سخت‌تر کند، مثلاً تعداد حضار را زیادتر یا با ایجاد مزاحمت‌هایی مثل خندیدن حضار یا خروج آن‌ها از سالن، شرایط را دشوارتر کند.

نمایشگر مخصوص سر

از متداول‌ترین نمایشگرهای تصویری برای نمایش تصاویر مجازی است که از دو نمایشگر مجزا برای هر دو چشم تشکیل شده است که بر سر کاربر نصب می‌شود. سه کار اصلی یک سیستم نمایشگر مخصوص سر: نمایش محیط مجازی، صدای محیط مجازی، اندازه‌گیری زاویه سر جهت محاسبه و تصحیح زاویه دید توسط کامپیوتر.

روش اجرا

دانشگاه علامه طباطبائی دارای ۹ خوابگاه (۶ خوابگاه پسرانه و ۳ خوابگاه دخترانه) می‌باشد که با توجه به در نظر گرفتن مواردی مانند جمعیت، جنسیت و فروانی رشته‌ها و مقاطع مختلف در هر خوابگاه، سه خوابگاه پرجمعیت و محل سکونت دانشجویان تمامی رشته‌های دانشگاه علامه طباطبائی شامل دو خوابگاه پسرانه (مطهری و گلعزاری) و یک خوابگاه دخترانه (سلامت) به صورت هدفمند انتخاب و از تمامی دانشجویان دختر و پسر متقاضی که حدود ۱۳۰ نفر بودند، ثبت‌نام به عمل آمد. از این بین ۴۳ نفر از دانشجویانی که ملاک‌های ورود به تحقیق شامل، ابتلا به اختلال اضطراب سخنرانی در جمع بر اساس آزمون PSAS، قابل‌دسترس بودن و داشتن زمان کافی برای شرکت به‌موقع در جلسات، نگرفتن هیچ‌گونه دارو یا روان‌درمانی حین درمان، نداشتن اختلالات فیزیولوژیک یا روان‌شناختی مزمن که توسط مصاحبه با درمانگر مشخص می‌شد و رضایت به شرکت در پژوهش با علم به اینکه ممکن است در صورت انتخاب نشدن به عنوان نمونه یا عضویت در گروه گواه تا بعد از پایان پژوهش درمان نگیرند، داشتند، مشخص گردیدند. سپس طبق محاسبه نرم افزار جی پاور[1] (Faul et al., 2007) با اندازه اثر ۰/۲۶، خطای آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹ برای ۲ بار اندازه‌گیری، تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند و به افراد جا مانده نیز مانند آزمودنی‌های گروه کنترل بعد از پایان پژوهش امکان استفاده از امکانات و شرایط درمانی ویژه در مرکز مشاوره دانشگاه داده شد. اعضای هر دو گروه با اطلاع از طرح پژوهشی درمانی، رضایت خود را جهت شرکت در درمان اعلام کردند. به این ترتیب تمامی اطلاعات مربوط به انجام مصاحبه‌های بالینی و نتایج آزمون‌های مراجعان در پرونده‌های ایشان ثبت شده و تنها در دسترس

1. G*Power

پژوهشگر قرار داشت. همچنین به منظور تأیید همگن و معادل بودن نمرات پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش از آزمون t مستقل بین نمرات پیش‌آزمون دو گروه استفاده شد. به این ترتیب تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پیدا نشد و دو گروه در مرحله پیش‌آزمون همگن بودند. تعداد و زمان جلسات با توجه به پروتکل درمان واقعیت مجازی هریس (Harris et al., 2002) درمانگری که بیش از ۲۰ سال با دانشجویان مبتلا به اضطراب سخنرانی کار کرده است، ۸ جلسه ۱۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای در نظر گرفته شد. مکان درمان هم کلینیک نوروساینس یک شرکت خصوصی بود. با توجه به محدودیت‌های زمانی و مکانی، گروه آزمایش به دو گروه هفت و هشت نفری تقسیم شدند که هرکدام از دو گروه طی دو هفته و هفته‌ای دو جلسه تحت درمان قرار گرفتند. البته درمان به صورت انفرادی صورت می‌گرفت و صرفاً زمان و تاریخ پذیرش دانشجویان آن‌ها را در یک گروه قرار می‌داد. پس از اتمام درمان ۸ جلسه‌ای هر دو گروه مجدداً مقیاس PSAS به عنوان پس‌آزمون اجرا شد و نتایج به دست آمده مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که با توجه به هزینه بالای این درمان در زمان انجام پژوهش امکان درمان گروه گواه وجود نداشت، بااین‌حال سعی شد تا جای امکان موازین اخلاقی پژوهش رعایت شود. برای مثال آگاهی و رضایت شرکت‌کنندگان از این مسئله یعنی امکان گرفتن یا نگرفتن درمان به صورت تصادفی، جزو ملاک‌های ورود به تحقیق بود و به گروه گواه فرصت استفاده از امکانات و شرایط درمانی ویژه در مرکز مشاوره دانشگاه بعد از پایان فرآیند پژوهش داده شد. همچنین کلیه شرایط رازداری اطلاعات دانشجویان رعایت شد، برای مثال از اسامی مستعار برای آن‌ها استفاده کرده و زمان مراجعه برای جلسه درمان آن‌ها باهم تداخل نداشت و به آن‌ها این اطمینان داده شد که حفظ حریم خصوصی آن‌ها اولویت اصلی است.

شرح جلسات درمان

بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر واقعیت مجازی برای اضطراب سخنرانی (Harris et al., 2002). جلسه اول، آشنایی با درمانگر و محیط درمان، توضیح آسیب‌شناسی اختلال و چگونگی روند تأثیرگذاری درمان و آشنایی آزمودنی با تجهیزات و نرم افزار واقعیت مجازی. جلسه دوم، نمایشگر مخصوص روی سر آزمودنی قرار می‌گیرد و دانشجو خود را در سالن سخنرانی خالی می‌بیند. دانشجو به مدت ۱۵ دقیقه در این سالن خالی از حضار قرار می‌گیرد. جلسه سوم، بار دیگر آزمودنی خود را در سالن سخنرانی خالی می‌بیند. دانشجو به مدت ۱۵ دقیقه در این سالن خالی از حضار قرار می‌گیرد و از وی خواسته می‌شود در مورد اضطرابش هنگام سخنرانی حرف بزند. وقتی نمایشگر برداشته شده از وی خواسته می‌شود یک سخنرانی ۵ دقیقه‌ای برای ۵ جلسه آینده آماده کند. جلسه چهارم، از آزمودنی خواسته می‌شود سخنرانی که آماده کرده ارائه دهد. همزمان درمانگر به مرور با پر کردن سالن سخنرانی و استفاده از دست زدن حضار برای تشویق

آزمودنی اقدام به دستکاری سناریو می‌کند. سخنرانی یک‌بار دیگر تکرار می‌شود و این بار از دست زدن حضار در انتهای سخنرانی استفاده می‌شود. همچنین از وی خواسته می‌شود برای جلسه بعد یک متن سخنرانی به مدت ۱۵ دقیقه آماده کند. جلسه پنجم، در این جلسه آزمودنی از همان ابتدا با سالن پر از حضار مواجه می‌شود و به مدت ۱۵ دقیقه برای آن‌ها سخنرانی و در انتها توسط آن‌ها تشویق می‌شود. جلسه ششم، قبل از شروع سخنرانی درمانگر اقدام به پر کردن سالن سخنرانی و استفاده از سه دستکاری دیگر شامل صحبت کردن حضار با یکدیگر، خندیدن آن‌ها و خارج شدن حضار از سالن سخنرانی می‌کند. جلسه هفتم، این بار دستکاری‌های دیگر مانند پرت کردن اشیا به سمت سخنران و دست زدن، در انتهای سخنرانی به‌علاوه دستکاری‌های جلسه قبل به صورت مکرر استفاده می‌شود. سخنرانی بار دیگر تکرار و از آزمودنی خواسته می‌شود تا حد امکان به حضار نگاه کند. جلسه هشتم، آزمودنی همان سخنرانی یا یک سخنرانی متفاوت را ارائه می‌دهد. دستکاری‌ها همانند جلسه سوم اجرا می‌شود و بلافاصله بعد از این جلسه پس‌آزمون با استفاده از همان ابزار پیش‌آزمون از آزمودنی گرفته می‌شود.

یافته‌ها

به لحاظ جمعیت شناختی ۶۰٪ (۱۸ نفر) از گروه نمونه را پسران و ۴۰٪ (۱۲ نفر) را نیز دانشجویان دختر تشکیل می دادند. ۳۶/۶٪ (۱۱ نفر) از حجم نمونه دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد و ۶۳/۴٪ (۱۹ نفر) نیز دانشجوی مقطع کارشناسی بودند. همچنین۶۶/۶٪ (۲۰ نفر) از حجم نمونه در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۳ سال و ۳۳/۴٪ (۱۰ نفر) نیز در دامنه سنی ۲۳ تا ۲۷ سال قرار داشتند. داده‌های توصیفی حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد میانگین نمره‌های اضطراب سخنرانی اعضای گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (۶۱/۲۰) نسبت به اعضای گروه کنترل (۸۱/۸۰) کاهش چشم‌گیری داشته است. برای پاسخگویی به فرضیه‌ی پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری[1] استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و وجود رابطه خطی بین متغیر همراه و متغیر وابسته می‌باشد که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. مقادیر آزمون کولموگروف – اسمیرنوف برای متغیر اضطراب سخنرانی در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار نمی‌باشد ($p > ۰/۰۵$)؛ لذا، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشد. مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی

1. ANCOVA

واریانس‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل می‌باشد، معنادار نمی‌باشد (p > ۰/۰۵). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر پژوهش تأیید می‌شود. هم‌چنین با توجه به اینکه احتمال مقدار F در عامل خطی بودن، از ۰/۰۵ بیشتر نشده است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر همراه و متغیر وابسته رابطه خطی وجود دارد. با توجه به اینکه مقادیر آماره F برای متغیر اضطراب سخنرانی معنادار نمی‌باشد (p > ۰/۰۵)؛ بنابراین، تعاملی بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون وجود ندارد و پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت گردیده است. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج بررسی فرضیه پژوهش در ادامه ارائه گردیده است.

جدول ۱: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر متغیر مستقل بر اضطراب سخنرانی در جمع

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
							میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۲۱۰۴/۸۳	۱	۲۱۰۴/۸۳	۳۲/۸۹	۰/۰۰۱	–	۷۹/۸۰	۸/۲۲	۸۰/۸۰	۱۴/۹۵
گروه	۵۰۶۳/۳۴	۱	۵۰۶۳/۳۴	۳۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۷۰/۲۰	۷/۳۸	۷۹/۸۰	۱۲/۷۲
خطا	۲۶۲۳/۶۹	۲۸	۹۳/۷۰							
مجموع	۹۷۹۱/۸۶	۳۰								

در جدول ۱، پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت معناداری را بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب سخنرانی در جمع نشان می‌دهد (F= ۳۹/۵۶ و ۰/۰۱> p). این نتیجه نشان می‌دهد که بین دو گروه، در این متغیر تفاوت وجود دارد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نمرات خرده مقیاس شناختی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
							میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۵۰۴/۹۷	۱	۱۵۰۴/۹۷	۲۴/۴۲	۰/۰۰۱	–	۲۷/۱۳	۵/۷۴	۲۷/۹۳	۵/۴۴
گروه	۱۵۱۶/۱۱	۱	۱۵۱۶/۱۱	۲۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۲۳/۴۰	۴/۳۳	۲۸/۶۰	۴/۱۸
خطا	۱۲۸۵/۴۲	۲۸	۴۵/۹۰							
مجموع	۴۳۰۶/۵۰	۳۰								

همچنین طبق جدول ۲ پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی توانسته است، تفاوت معناداری در پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در خرده مقیاس شناختی ایجاد نماید (p < ۰/۰۱،F =۲۴/۹۱).

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نمرات خرده مقیاس رفتاری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	*p*	اندازه اثر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
							میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۸۹۴/۲۵	۱	۱۸۹۴/۲۵	۳۱/۴۲	۰/۰۰۱	–	۲۸/۸۰	۶/۳۴	۲۸/۶۷	۹/۷۶
گروه	۱۲۵۶/۸۸	۱	۱۲۵۶/۸۸	۳۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۲۰/۰۷	۶/۵۷	۴۰/۲۹	۸/۸۹
خطا	۱۴۴۷/۰۹	۲۸	۵۱/۶۸							
مجموع	۴۵۹۸/۲۲	۳۰								

پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی توانسته است، تفاوت معناداری در پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در خرده مقیاس رفتاری ایجاد نماید (F = ۳۱/۹۱، $p <$ ۰/۰۱).

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر متغیر مستقل بر خرده مقیاس فیزیولوژیک

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	*p*	اندازه اثر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
							میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۳۲۸/۶۴	۱	۱۳۲۸/۶۴	۳۱/۶۱	۰/۰۰۱	–	۲۳/۸۷	۴/۲۹	۲۴/۲۰	۵/۴۱
گروه	۱۰۷۰/۳۵	۱	۱۰۷۰/۳۵	۳۱/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱۷/۷۳	۴/۵۴	۲۳/۸۰	۶/۰۹
خطا	۱۱۲۹/۲۴	۲۸	۴۰/۳۳							
مجموع	۳۵۲۸/۲۳	۳۰								

نتایج ارائه شده در جدول فوق نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی توانسته است تفاوت معناداری در پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در خرده مقیاس فیزیولوژیک نیز ایجاد نماید (F = ۳۱/۸۴، $p <$ ۰/۰۱).

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر کاهش اضطراب سخنرانی در جمع دانشجویان انجام شد. نتایج حاکی از این بود که مواجهه افراد با محیط و شرایط سخنرانی به صورت مجازی هم مانند شرایط طبیعی می‌تواند باعث کاهش اضطراب سخنرانی دانشجویان شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اندرسن، ادواردز و گودنایت (Anderson, Edwards., & Goodnight 2017)، کسگزنر و همکاران (Kothgassner et al., 2012)، برزوی (Bar-Zvi, 2011) و هریس، کمرلینگ و نورث (Harris, Kemmerling, & North, 2002) مبنی بر اینکه مواجهه به صورت مجازی موجب کاهش اضطراب اجتماعی به‌خصوص اضطراب سخنرانی می‌شود همخوانی دارد. اندرسون و همکاران (Anderson

(et al., 2017 اولین مطالعه پیگیری طولانی مدت (۶ ساله) را برای بررسی اثربخشی درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی بر اختلال اضطراب اجتماعی را انجام دادند. نتایج نشان داد شرکت‌کنندگان در تمامی خود گزارش‌دهی‌ها از پیش‌آزمون تا انتهای پیگیری‌ها بهبودی نشان داده‌اند. سیاهه‌های خود گزارش‌دهی شامل اضطراب سخنرانی در جمع و ترس از ارزیابی منفی می‌شد. ارزیابی‌ها همچنین شامل یک تکلیف سخنرانی، مصاحبه تشخیصی هم می‌شد. پس از دریافت درمان و گرفتن پس‌آزمون‌ها و پیگیری، اکثریت شرکت‌کنندگان دیگر ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی را نداشتند (۵۴٪)، یا خود را خیلی بهتر و بهتر توصیف می‌کردند (۶۸٪).

کسگزنر و همکارانش (Kothgassner et al., 2012) نیز با تولید یک نرم افزار و ایجاد یک سالن سخنرانی مجازی که می‌توانست با تعداد زیادی شنونده که رفتارهای گوناگون زیادی از آن‌ها سر می‌زد، پر شود، در یک مقاله که شامل دو مطالعه می‌شد، اقدام به بررسی این مسئله کردند که آیا محیط مجازی قادر به برانگیختن اضطراب سخنرانی در افراد می‌شود یا خیر. آن‌ها ادعا کردند که شرکت‌کنندگان در تحقیق محیط مجازی را همان‌گونه تجربه کردند که محیط واقعی را تجربه می‌کنند، یعنی همان ناامنی اجتماعی و برانگیختگی فیزیولوژیکی را در محیط مجازی نیز حس کردند. همچنین مشخص شد افراد کنجکاو و مبتلا به درجات بالای ناامنی اجتماعی این سیستم و درمان را مؤثر می‌دانند. همچنین نتایج این تحقیق با تحقیقات گریگ و ترير (Gregg & Tarrier, 2007)، افشاریان و ابراهیم قوام (Afsharian, 2016 & Eebrahimighavam)، در زمینه تأثیر درمان‌های مبتنی بر واقعیت مجازی بر انواع هراس‌ها همخوانی دارد. برای مثال افشاریان و ابراهیمی قوام (Afsharian & Eebrahimighavam, 2016)، در یک پژوهش آزمایشی اقدام به بررسی اثربخشی درمان واقعیت مجازی بر کاهش هراس از رانندگی در فردی که مبتلا به هراس از رانندگی بود کردند. تحلیل داده‌های آن‌ها حاکی از تغییر معنادار بالینی و آماری در نمرات به دست آمده از مقیاس شناخت رانندگی و تأثیر شیوه درمانی واقعیت مجازی بر کاهش هراس از رانندگی آزمودنی بود. همچنین یافته‌های مربوط به پیگیری دو ماهه آن‌ها نیز حاکی از حفظ و استمرار ۶۳٪ از نتایج بود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت با وجود تاریخچه طولانی مواجهه در روانشناسی بالینی، پژوهش‌های جدید ادامه می‌یابند تا راه‌هایی جهت انطباق‌پذیرکردن و افزایش تأثیر مواجهه‌ها را کشف کنند (., Peterman et al2015).

همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد، فقط مواجهه زنده با موقعیت هراس‌آور نیست که می‌تواند به دلایل مختلف از جمله خاموشی، شرطی‌سازی تقابلی و حتی بازسازی شناختی هراس‌های مختلف از جمله اضطراب

اجتماعی و اضطراب سخنرانی را درمان کند، بلکه مواجهه در محیطی کاملاً مجازی و تحت کنترل که مزایایی همچون هزینه کمتر، خطر کمتر و محیطی جذاب دارد، می‌تواند ارزش درمانی حداقل برابر با آن را داشته باشد. برای درمان هراس‌ها به‌طور کلی افراد در معرض شرایطی قرار می‌گیرند که از آن می‌ترسند، تلاش می‌کنند به مرور با آن سازگار شوند و ترسشان کاهش یابد، اضطراب اجتماعی از آن نظر متفاوت است که همیشه شامل سایر افراد می‌شود و در درمان نیاز به حضور تعداد زیادی انسان واقعی داریم، طرحی که چه برای تمرین و چه برای درمان غیرعملی است (Kothgassner et al., 2012). واقعیت مجازی می‌تواند یک جایگزین امن و مقرون به‌صرفه برای درمان‌های سنتی ارائه دهد. مواجهه مبتنی بر واقعیت مجازی مانند مواجهه تخیلی در یک مکان کنترل شده مانند کلینیک درمانگر جای می‌گیرد و به خاطر اینکه نیاز نیست بیمار برای مواجهه با یک موقعیت هراس‌آور در یک محیط واقعی قرار گیرد، رازداری حفظ می‌گردد. همچنین احساسات خودکارآمدی بیمار در شرایط مواجهه‌ای غیر واقعی و مجازی تحت تأثیر افزایش احساس کنترل بر شرایط، بهبود می‌یابد، چرا که بیمار می‌داند هر زمان که احساس عدم امنیت کند، می‌تواند با خاموش کردن فناوری از محیط مواجهه‌ای خارج شود. (Gregg & Tarrier, 2007)؛ بدین ترتیب، درمان مواجهه‌ای مبتنی بر واقعیت مجازی نسبت به درمان مواجهه‌ای مرسوم برای افرادی که در تجسم شرایط به صورت واضح مشکل دارند، افرادی که از ماندن در تجسم‌های ترسناک اجتناب می‌کنند و افرادی که نمی‌توانند تجسم‌های خود را در قالب سلسله‌مراتب کنترل کنند و غرق در درجات بالای اضطراب می‌شوند، برتری دارد. همچنین نرخ ریزش درمان‌جو از طرح درمانی در این درمان بسیار کمتر از سایر درمانی‌های رفتاری است. وجود ویژگی‌هایی مانند فروانی بالا اختلال اضطراب اجتماعی در جمعیت، استقبال کم از درمان و مشکلات آماده کردن شرایط مواجهه‌ی واقعی مناسب در کنار یافته‌هایی که نشان دهنده تمایل بیش از ۷۰ درصدی بیماران به استفاده از شرایط مواجهه‌ای مجازی نسبت به شرایط واقعی است، (Garcia-Palacios et al., 2007) نشان دهنده‌ی منطقی بودن کاربست و توسعه این روش درمانی به منظور بهبود کارآیی درمان وکاهش هزینه هایی که این اختلال بر جامعه تحمیل کرده است، می‌باشد (Owens & Beidel, 2015).

از مجموع مباحث این پژوهش می‌توان این تبیین را داشت که درگذر زمان و با پیدایش فناوری‌های جدید این فرصت برای نسل امروز روانشناسان و درمانگران به وجود می‌آید تا با بروزرسانی درمان‌های سنتی روان‌شناختی، مانند سایر علوم از تکنولوژی به عنوان تسریع کننده‌ی کارایی و اثربخشی روش‌های مرسوم استفاده کنند، همان‌طورکه در این پژوهش ما از فناوری واقعیت مجازی به عنوان تسهیل کننده شرایط مواجهه‌سازی استفاده کردیم. کاربرد ابزار و گجت‌های الکترونیکی در درمان‌های متفاوت و در زمینه‌های

آسیب شناختی متفاوت چندین سال است که در دستور کار پژوهشگران و درمانگران علوم شناختی، روانشناسی و روان پزشکی در سرتاسر دنیا قرار گرفته و لزوم گسترش آن‌ها در ایران با توجه به پیشینه ادبیاتی کم و کاربرد بالینی ناچیز آن به شدت احساس می شود. در کنارکمبود پیشینه غنی از ادبیات تحقیقی در ایران، موارد دیگری مانند هزینه‌های مالی زیاد و کمبود امکانات نرم افزاری و سخت افزاری در کشور از دیگر محدودیت‌های ما در این پژوهش بودند. در انتها توصیه می‌شود پژوهشگران علاقه‌مند به این حوزه با در نظر گرفتن پستی و بلندی‌های ذکر شده و داشتن اطلاعات به روز در حوزه IT و مشارکت در طرح‌های بین رشته‌ای به بررسی بیشتر امکان استفاده از فناوری در درمان‌های مربوط به سایر حوزه‌های اضطرابی بپردازند. هراس‌های خاص مانند انواع فوبیا تا اضطراب ناشی از موقعیت‌های بین فردی می‌توانند متغیرهای مناسبی برای بررسی و کارآیی کاربرد انواع فناوری‌های دیجیتال و ابزارهای وابسته به واقعیت مجازی باشند.

قدردانی

بر خود لازم می‌دانم از زحمات اساتید محترم گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی به‌خصوص جناب آقای دکتر احمد برجعلی ریاست محترم دانشکده، جناب آقای دکتر نورعلی فرخی، عضو برجسته هیئت‌علمی گروه روان‌سنجی، آقای دکتر سهرابی مدیریت محترم گروه روانشناسی بالینی و همچنین هیئت داوران و سردبیر محترم مجله پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره دانشگاه فردوسی نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشم.

References

Afsharian, N., & Eebrahimighavam, S. (2016). The Study of Effectiveness of Virtual Reality Exposure Therapy in Reducing the Driving Phobia: A Case Study. *Journal of Psychological Studies*, *12*(1), 65-84. (In Persian)

American Psychiatric Association. (2013). Anxiety disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Anderson, P. L., Edwards, S. M., & Goodnight, J. R. (2017). Virtual reality and exposure group therapy for social anxiety disorder: Results from a 4–6 year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, *41*(2), 230-236.

Bar-Zvi, M. (2011). Virtual reality exposure versus cognitive restructuring for treatment of public speaking anxiety: A pilot study. *Israel Journal of Psychiatry*, *48*(2), 91-97.

Bartholomay, E. M., & Houlihan, D. D. (2016). Public Speaking Anxiety Scale: Preliminary psychometric data and scale validation. *Personality and Individual Differences*, *94*, 211-215.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, *117*(3), 497-529.

Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: psychological approaches to theory and treatment*. Westview Press.

Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour research and therapy*, *46*(1), 5-27.

Daly, J. A., & McCroskey, J. C. (1975). Occupational desirability and choice as a function of communication apprehension. *Journal of Counseling Psychology*, *22*(4), 309-313.

Danesh, E. (1998). Investigating the Causes and Consequences of Speech Anxiety in University Students and the Effect of Self-Teaching Method on Its Reduction. *Teacher of Humanities*, *8*(7), 11-23. (In Persian)

Falcione, R. L., McCroskey, J. C., & Daly, J. A. (1977). Job satisfaction as a function of employees' communication apprehension, self-esteem, and perceptions of their immediate supervisors. *Annals of the International Communication Association*, *1*(1), 363-375.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, *39*(2), 175-191.

Garcia-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., & Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *Cyberpsychology & behavior*, *10*(5), 722-724.

Gregg, L., & Tarrier, N. (2007). Virtual reality in mental health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*(5), 343-354.

Harris, S. R., Kemmerling, R. L., & North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyberpsychology & behavior*, *5*(6), 543-550.

Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2017). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. Routledge.

Hurt, H. T., Joseph, K., & Cook, C. D. (1977). Scales for the measurement of innovativeness. *Human Communication Research*, *4*(1), 58-65.

Kothgassner, O. D., Felnhofer, A., Beutl, L., Hlavacs, H., Lehenbauer, M., & Stetina, B. (2012). A virtual training tool for giving talks. *International Conference on Entertainment Computing*,

Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Olafsson, R. P., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical psychology review*, *24*(3), 259-281.

Magee, L., Erwin, B. A., & Heimberg, R. G. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder and specific phobia. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, 334-349.

Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of general psychiatry*, *52*(3), 230-237.

McCroskey, J. C. (1977). Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. *Human Communication Research*, *4*(1), 78-96.

McCroskey, J. C., & Andersen, J. F. (1976). The relationship between communication apprehension and academic achievement among college students. *Human Communication Research*, *3*(1), 73-81.

McCroskey, J. C., Daly, J. A., & Sorensen, G. (1976). Personality correlates of

communication apprehension: A research note. *Human Communication Research*, *2*(4), 376-380.

Owens, M. E., & Beidel, D. C. (2015). Can virtual reality effectively elicit distress associated with social anxiety disorder? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*(2), 296-305.

Paul Gilbert, F. (2004). *Evolutionary theory and cognitive therapy*. Springer Publishing Company.

Peterman, J. S., Read, K. L., Wei, C., & Kendall, P. C. (2015). The art of exposure: Putting science into practice. *Cognitive and behavioral practice*, *22*(3), 379-392.

Scott, M. D., Wheeless, L. R., Yates, M. P., & Randolph, F. L. (1977). The effects of communication apprehension and test anxiety on three indicants of achievement in an alternative system of instruction: A follow-up study. *Annals of the International Communication Association*, *1*(1), 543-554.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., & Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *67*(1), 13-18.

Tooby, J., & Cosmides, L. (2005). Conceptual Foundations of Evolutionary Psychology. In D. M. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 5–67). John Wiley & Sons, Inc.

Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2005). *Virtual reality therapy for anxiety disorders: Advances in evaluation and treatment*. American Psychological Association.

The Effectiveness of Virtual Reality Exposure Therapy on Public Speaking Anxiety in University Dormitory Students

Abolfazl Khoshnama*
Ahmad Borjali
Noorali Farrokhi

University of Allameh Tabataba'i

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) on reducing public speaking anxiety in dormitory students.

Method: The research methodology was a semi-experimental design with pretest-posttest and a control group. The research statistical population consisted of all dormitory students of Allameh Tabataba'i University in the academic year of 2017-2018. Of these, using purposive sampling technique, thirty students who met the research criteria and experienced high levels of public speaking anxiety were selected and randomly assigned into two groups: the experimental group (15 individuals) and the control group (15 individuals). The experimental group received eight sessions of VRET while the control group received no intervention. Data were collected using Public Speaking Anxiety Scale (PSAS: Bartholomay & Houlihan, 2016) in two stages of pretest and post-test. The data were then analyzed using ANCOVA statistical method.

Findings: The results showed a significant difference between the experimental and control groups ($p<0.001$) indicating that VRET is beneficial for reducing public speaking anxiety of dormitory students.

Keywords: Virtual Reality, Exposure Therapy, Public Speaking Anxiety, Student, Dormitory

* . abolfazl.gm.id@gmail.com

شیخی گراکویی، صدف؛ ابوالقاسمی، عباس؛ خسروجاوید، مهناز (۱۴۰۰). تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر مشکلات برون‌سازی‌شده / درون‌سازی‌شده دانش‌آموزان دارای اختلال انفجاری متناوب.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، *۱۱* (۱)، ۴۰-۲۱. DOI: 10.22067/tpccp.2021.67942.1010

تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر مشکلات برون‌سازی‌شده / درون‌سازی‌شده دانش‌آموزان دارای اختلال انفجاری متناوب

صدف شیخی گراکویی[۱]، عباس ابوالقاسمی[۲]، مهناز خسروجاوید[۳]

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۳ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: با توجه به دشواری در تنظیم هیجان و مشکلات رفتاری نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر مشکلات برون‌سازی‌شده / درون‌سازی‌شده در دانش‌آموزان دختر دارای اختلال انفجاری متناوب انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۳۰ دانش‌آموز دختر دارای اختلال انفجاری متناوب بود که از میان ۶۵۵ دانش‌آموز مقطع متوسطه شناسایی و سپس به شکل تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان مدل گراس را در هشت جلسه دریافت نمودند در حالی که گروه کنترل در طول هشت جلسه به تماشای فیلم آموزشی نامرتبط با تنظیم هیجان پرداختند. در این پژوهش از پرسشنامه اختلال انفجاری متناوب کوکارو، برمن و مک کلوسکی (۲۰۱۷) و پرسشنامه مشکلات رفتاری هیجانی آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۳) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌های پژوهش با تحلیل کوواریانس یک و چند متغیری تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش شان داد که آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش مشکلات برون‌سازی شده و مشکلات درون‌سازی شده در دختران دارای اختلال انفجاری متناوب اشده است. این یافته‌ها حاکی است که می‌توان از آموزش تنظیم هیجان در جهت مدیریت رفتارها و هیجانات دانش آموزان دارای این اختلال استفاده کرد.

واژه های کلیدی: اختلال انفجاری متناوب، تنظیم هیجان، مشکلات برون‌سازی شده، مشکلات درون‌سازی شده

---

۱ .کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان، Sheikhisadaf197@yahoo.com

۲ . استاد، دانشگاه گیلان، (نویسنده مسئول)، Abolghasemi1344@guilan.ac.ir

۳ .دانشیار، دانشگاه گیلان

مقدمه

اختلال انفجاری متناوب[1]، توصیف‌کننده افرادی است که دوره‌های مشخص فقدان کنترل تکانه‌های پرخاشگرانه دارند که با حملات جدی به افراد یا تخریب اموال همراه است. پرخاشگری، نامتناسب با عامل استرس‌زا و با آغازی سریع رخ می‌دهد و معمولاً کمتر از سی دقیقه طول می‌کشد. در بین حملات نشانه‌های پرخاشگری یا رفتار تکانشی منتشر وجود ندارد (Association, 2013). اختلال انفجاری متناوب به پیامدهای روانی، جسمی و اجتماعی بسیاری منجر می‌شود. پیامدهای روانی آن شامل استرس، اضطراب، افسردگی، تنش و پیامدهای اجتماعی آن شامل اختلال در روابط بین فردی، مشکلات اقتصادی و یا قانونی، مشکل در مدرسه، احساس درماندگی، تنهایی و انزوا در خانه، مدرسه و اجتماع است (Litin & Nanda, 2018). از پیامدهای جسمی آن می‌توان به سردرد و سایر سندرم‌های درد مزمن (Fernandez & Johnson, 2016) و خود آسیبی (Litin & Nanda, 2018) اشاره کرد. پیمایش ملی سلامت روان[2] (Rahimi-Movaghar et al., 2014) شیوع پرخاشگری در ایران ۳۱٪ و پرخاشگری شدید و انفجار خشم ۱/۷٪ گزارش کرده است.

افراد دارای اختلال انفجاری متناوب در زمینه خودکنترلی هیجانی و رفتاری مشکلاتی دارند که ویژگی اصلی آن نقض حقوق دیگران است (Association, 2013). این افراد در پردازش هیجانات و درک اجتماعی نقص داشته (E. F. Coccaro, J. Fanning, & R. Lee, 2017a; Pinkham, Penn, Green, & Harvey, 2016) و تعبیر سوءداری از محرک‌های اجتماعی دارند (Smeijers, Rinck, Bulten, van den Heuvel, & Verkes, 2017). تحقیقات نشان داده‌اند که مشکلات در تنظیم هیجان سبب گرایش‌های پرخاشگرانه (Coccaro, Fanning, Keedy, & Lee, 2016; Coccaro, Lee, & McCloskey, 2014; Crouch et al., 2018) و به دنبال آن مسائل هیجانی- اجتماعی (Gardner, Betts, Stiller, & Coates, 2017; Green, Horan, & Lee, 2015) می‌شود. تنظیم هیجان ضعیف باعث سطح بالای پرخاشگری و خشونت نیز می‌شود (Garofalo, Gillespie, & Velotti, 2020). کودکان و نوجوانان با نارسایی در تنظیم هیجان در معرض خطر اختلال‌های رفتاری- هیجانی برون‌سازی‌شده و درون‌سازی‌شده قرار می‌گیرند (Cheung, Chan, & Chung, 2020; Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). در مشکلات رفتاری – هیجانی، پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد در مدرسه با هنجارهای سنی و فرهنگی در تناقض است و این مشکلات بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی و سازگاری فرد نیز تأثیر منفی می‌گذارد.

یکی از مسائلی که احتمالاً نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب تجربه می‌کنند، مشکلات

1- Intermittent Explosive Disorder
2- Iranian Mental Health Survey

رفتاری است. این مشکلات در کودکان در دو گروه درون‌سازی و برون‌سازی قرار می‌گیرد (Sulik, 2013). مشکلات درون‌سازی شده بر خود متمرکز بوده و به درون هدایت می‌شوند (Andre, Geeraert, & Lebel, 2019). این مشکلات با هیجانات منفی مشخص می‌شوند و دربرگیرنده مشکلاتی نظیر گوشه‌گیری، اضطراب، افسردگی و شکایت جسمی است؛ در حالی‌که مشکلات برون‌سازی شده معطوف به محیط بوده و به صورت تعارض با دیگران و هنجارهای اجتماعی توصیف می‌شود و رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه را شامل می‌شود (Andre et al., 2019; Tork, Darvizeh, Dehshiri, & Khosravi, 2016). کودکان و نوجوانان دارای نشانگان برون‌سازی‌شده که فاقد مهارت اجتماعی مناسب هستند، از ارزیابی‌های منفی استفاده می‌کنند (Chesney & Gordon, 2017) و در روابط خود دچار مشکل می‌شوند. این مشکلات در سن پایین مراحل رشد ایجاد شده و در صورت عدم توجه و پیگیری با افزایش سن بدتر می‌شوند (Andre et al., 2019; Fanti & Henrich, 2010; Meque, Dachew, Maravilla, Salom, & Alati, 2019). کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری در دوست‌یابی موفق نیستند، اجازه نمی‌دهند کسی به حریم آنان وارد شود و در نهایت، کناره‌گیر و منزوی می‌شوند. بعد از مدتی، به علت اینکه از سوی سایر همسالان طرد شده‌اند، بدرفتار، مخرب، غیرقابل پیش‌بینی، ستیزه‌جو، تحریک‌پذیر، حسود و لجباز می‌شوند (Sukhodolsky, Kassinove, & Gorman, 2004). البته کودک یا نوجوان ممکن است افسرده و مضطرب باشد و در عین حال رفتارهای ضداجتماعی و خصمانه نیز نشان دهد. افرادی که رفتارهای منفی مداوم دارند، بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات سلامت روان هستند (Andre et al., 2019).

تنظیم هیجان نیز در افراد دارای اختلال انفجاری متناوب دچار نقص شده و تنظیم هیجان ضعیف در این افراد، باعث پرخاشگری و خشونت در آن‌ها می‌شود (Garofalo et al., 2020; Kokkinos, Algiovanoglou, & Voulgaridou, 2019). از طرفی، ناتنظیمی هیجان و پرخاشگری، سبب مشکلات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده در نوجوانان می‌شوند (Henriksen et al., 2020). تنظیم هیجان شکل خاصی از خود نظم‌بخشی و شامل فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی، بازبینی، تغییر و تعدیل واکنش‌های هیجانی هدفمند را بر عهده دارند (Thompson, 1994). سازه تنظیم هیجان، مفهوم پیچیده‌ای است و طیف وسیعی از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری، فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار را در برمی‌گیرد (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). تنظیم هیجان، مجموعه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای است که یک هیجان را حفظ، کاهش یا افزایش می‌دهند و بر هیجان‌های کنونی فرد و چگونگی تجربه و ابراز آن‌ها مؤثرند (Jermann, Van der Linden, d'Acremont, & Zermatten, 2006).

پاسخ‌های هیجانی، اطلاعاتی درباره تجارب فرد در روابط با دیگران در اختیار او قرار می‌دهند. این اطلاعات فرد را برای مواجهه با هیجانات در موقعیت‌های مختلف تجهیز می‌کند. فرد یاد می‌گیرد چگونه هیجانات را در خود شناسایی و ابراز کند، نحوه اثر هیجان بر رفتار را بداند و بتواند راهکارهای درستی در پاسخ به هیجانات به کار ببرد (J. J. Gross, 2001).

بین تنظیم هیجان و مشکلات برون‌سازی شده (LoSavio, Dillon, & Resick, 2017; Modecki, Zimmer-Gembeck, & Guerra, 2017; Te Brinke, Schuiringa, Menting, Deković, & De Castro, 2018) و درون‌سازی شده (Hsieh & Stright, 2012; Kim & Cicchetti, 2010) رابطه معنی‌داری به دست آمده است. راهبردهای تنظیم هیجان با افزایش توانایی مدیریت عواطف منفی، بهبود فرایندهای شناختی هیجانی و مهارت‌های اجتماعی، سبب افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی نوجوانان می‌شود (Aldao, Sheppes, & Gross, 2015; Benita, Levkovitz, & Roth, 2017; Cameron, Carroll, & Hamilton, 2018; Cheung et al., 2020; Hein, Röder, & Fingerle, 2018; Kraiss, Peter, Moskowitz, & Bohlmeijer, 2020; Ramezanzadeh, Moradi, & Mohammadkhani, 2014; Rezaei Dehnavi, 2016).

تاکنون از درمان‌های شناختی رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال انفجاری متناوب استفاده شده است. این درمان‌ها خشم و پرخاشگری را کاهش داده و توانایی کنترل خشم را در مبتلایان افزایش می‌دهند (McCloskey, 2019). با توجه به طیف وسیعی از هیجانات تجربه شده در دوران نوجوانی، افزایش هیجانات منفی در این دوره (Neumann, 2010) و راهبردهای رشدنیافته برای سازگاری با هیجانات در مواجهه با رویدادهای نوجوانی (Silk et al., 2007)، احتمالاً آموزش در این زمینه می‌تواند در کنترل و بهبود هیجانات و تکانه‌های رفتاری آنان مؤثر باشد. همچنین با در نظر گرفتن ناتوانی در درک و پردازش هیجانی و روش‌های تعاملی نامناسب در نوجوانان مبتلا به اختلال انفجاری متناوب، مداخله تنظیم هیجان احتمالاً اثرگذار بوده و در توانمندسازی آن‌ها برای مدیریت هیجانی نیز اثربخش است. این آموزش در طرح‌های درمانی می‌تواند مکمل سایر درمان‌ها نیز باشد (Coccaro et al., 2016; Ersan, 2020).

آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی می‌تواند در تنظیم و تعدیل شناختی کودکان و نوجوانان نقش مهمی ایفا کند. بر اساس تعریف گراس تنظیم هیجان فرایندی است که به افراد در مدیریت هیجان‌های خود، چگونگی تجربه و ابراز این هیجان‌ها کمک می‌کند. گراس تنظیم هیجان را به عنوان عاملی که در سرتاسر فرایند تولید یک هیجان رخ می‌دهد، در نظر می‌گیرد و بر اساس مدل کیفی هیجانات، مدل فرایندی تنظیم هیجان را ارائه کرد. این مدل شامل پنج مرحله (انتخاب موقعیت، تعدیل موقعیت، تنظیم توجه، باز ارزیابی شناختی و تعدیل پاسخ) می‌باشد. طبق این مدل مراحل هدفمند هستند و فرایندهای تنظیم هیجان،

می‌توانند در مراحل مختلف این مدل اعمال شوند (J. J. Gross & John, 2003). مدل تأثیرگذار تنظیم هیجان گراس بازارزیابی را به عنوان راهبردی سازگارانه و مثبت که منجر به پاسخ‌های هیجانی و فیزیکی مثبتی به محرک هیجانی می‌شود، مطرح می‌کند. گراس ارزیابی دوباره شناختی را به عنوان یک راهبرد خاص تنظیم هیجان در نظر می‌گیرد. افراد موقعیت‌های هیجانی یا توانایی‌شان را برای مدیریت موقعیت‌ها در جهت تغییر هیجان‌ها و برای کاهش پریشانی هیجانی، دوباره ارزیابی می‌کنند. ارزیابی دوباره پاسخ‌های هیجانی و جسمانی مثبت به محرک‌ها را برمی‌انگیزد (J. J. Gross, 2007) و از این طریق، افکار فرد در مورد موقعیت همانند تأثیر هیجانی آن موقعیت تغییر کرده (J. Gross & Thompson, 2007) و در نتیجه هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه و ابراز می‌کنند؛ اما راهبرد بازداری، باعث تشدید، کاهش یا قطع تداوم تجربه هیجانی و ابراز پاسخ‌های فیزیولوژیکی مربوط به هیجان می‌شود. افرادی که هیجان‌ها را ارزیابی دوباره می‌کنند نسبت به افرادی که هیجان‌ها را بازداری می‌نمایند، هیجان‌های مثبت، سازگاری، عزت‌نفس و رضایت از زندگی بیشتری را گزارش می‌کنند (J. J. Gross & John, 2003). آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی می‌شود و با تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (Diefendorff, Richard, & Yang, 2008) و با افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه، به اصلاح رفتارهای نوجوانان کمک می‌کند (Garnefski et al., 2001). آموزش مهارت‌های کنترل هیجانی در بهبود پرخاشگری دانشجویان مؤثر واقع شده است (Saeedi, Sabourimoghadam, & Hashemi, 2020). آموزش تنظیم هیجان با تمرکز بر تجربه‌های هیجانی و استفاده انعطاف‌پذیر از احساسات و هیجانات در رفتار اجتماعی، می‌تواند به افزایش همدلی و تعاملات اجتماعی کمک کند (Benita et al., 2017).

با توجه به افزایش خشم و پرخاشگری در دانش‌آموزان، آسیب‌پذیری بالای کودکان و نوجوانان، خسارات و هزینه‌های مادی و معنوی غیرمستقیم این اختلال، نبود پژوهش در زمینه آموزش تنظیم هیجان بر نوجوانان دارای این اختلال در زمینه مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد. استفاده از این شیوه آموزش در مراکز مشاوره و مدارس می‌تواند تا حد زیادی از بروز مشکلات جدی جلوگیری کند و توانایی عملکرد صحیح را در نوجوانان افزایش دهد. لذا هدف پژوهش حاضر تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر مشکلات برون‌سازی‌شده / درون‌سازی‌شده در دانش‌آموزان دختر دارای اختلال انفجاری متناوب بود.

روش

این پژوهش از نوع آزمایشی است که در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل (آموزش نما) استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال انفجاری متناوب پایه دهم شهر رشت در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش به صورت زیر شناسایی و انتخاب شدند: ابتدا ۶۵۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از میان دانش-آموزان دختر پایه‌های دهم شهر رشت انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا از هر ناحیه آموزش‌وپرورش، ۵ دبیرستان دوره دوم و از هر دبیرستان ۳ کلاس پایه دهم به صورت تصادفی انتخاب شد و تمام دانش‌آموزان آن کلاس با استفاده از مقیاس اختلال انفجاری متناوب مورد غربالگری قرار گرفتند و افراد دارای نمره ۱۲ و بالاتر (Coccaro et al., 2016) شناسایی شدند. ۱۴۴ دانش‌آموز دارای نمره ۱۲≤ نمره برش اختلال انفجاری متناوب مصاحبه بالینی شدند. از این میان، ۴۴ نفر دارای ملاک‌های اختلال انفجاری متناوب بودند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی تعداد نمونه بایستی ۱۵ نفر در هر گروه باشد (Gall, Borg, & Gall, 1996)، تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آموزش و کنترل جای‌دهی شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عدم تشخیص اختلال‌های سایکوتیک، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، فقدان بیماری جسمی مزمن و رضایت داوطلبانه دانش‌آموز بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز تجربه همزمان درمان‌های روان‌شناختی دیگر و غیبت بیش از ۳ جلسه در برنامه‌های آموزشی در نظر گرفته شد. هر دو گروه در پیش‌آزمون، ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند. سپس گروه آموزش در هشت جلسه هشت هفته‌ای (هر جلسه یک ساعت و نیم) آموزش تنظیم هیجان بر طبق مدل گراس دریافت کردند. آموزش‌ها در اتاق مشاوره یکی از مدارس مورد پژوهش و توسط خود پژوهشگر برگزار شد. گروه کنترل (آموزش نما) هشت جلسه (۸ هفته) فیلم آموزشی نامرتبط با تنظیم هیجان تماشا کردند. به دلیل عدم همکاری سه نفر از شرکت‌کننده‌ها و عدم ادامه آموزش از سوی آن‌ها، شرکت‌کنندگان به ۱۲ نفر در هر گروه کاهش یافتند. دو هفته بعد از پایان جلسات، شرکت‌کنندگان هر دو گروه ابزارهای تحقیق را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند.

ابزارها

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

الف) پرسشنامه اختلال انفجاری متناوب (IED-SQ)[1]: این پرسشنامه توسط کوکارو، برمن و مک

1. Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire (IED-SQ)

کلوسکی (Coccaro, Berman, & McCloskey, 2017) طراحی شده است. پرسشنامه اختلال انفجاری متناوب در بررسی‌های مقدماتی از ۷ آیتم برای شناسایی اختلال انفجار خشم متناوب در DSM-5 در آزمودنی‌های بزرگ‌سال تشکیل شده بود، اما بعدها کوکارو و همکاران (Coccaro, Berman, et al., 2017) آن را به ۵ آیتم تقلیل دادند. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. کوکارو و همکاران (Coccaro, Berman, et al., 2017) ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در جمعیت بالینی ۰/۸۷ و در جمعیت غیر بالینی ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در ایران غریب پور، اکبری و ابوالقاسمی (Gharibpour, Akbari, & Abolghasemi, 2020) ضریب همسانی درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. برای بررسی روایی همزمان، همبستگی این نتایج با پرسشنامه پرخاشگری بیش از ۰/۳ بود (p < ۰/۰۱).

ب) پرسشنامه مشکلات رفتاری هیجانی (ASEBA)[1]: پرسشنامه مشکلات رفتاری هیجانی توسط آخنباخ و رسکورلا (Achenbach & Rescorla, 2003) ساخته شد. این پرسشنامه مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می‌دهند. فرم مشکلات رفتاری نوجوانان، یک مقیاس خودارزیابی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال، از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA است. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. مینایی (Minaee, 2006) روایی این پرسشنامه را در ایران ۰/۳۶ به دست آورد. یزدخواستی و عریضی (Yazdkhasti & Oreyzi, 2011) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آوردند (p <۰/۰۱).

مداخله

مدل فرایند تنظیم هیجان گراس شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل مجموعه‌ای از راهبردهای سازگار و ناسازگار است. لازمه‌ی مداخله در مشکلات هیجانی اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار و آموزش راهبردهای سازگارانه است. گروه آموزش در هشت جلسه‌ی هشت هفته‌ای (هر جلسه یک ساعت و نیم) آموزش تنظیم هیجان بر طبق مدل گراس دریافت کردند.

1 achenbach system of empirically based assessment (ASEBA)

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی تنظیم هیجان بر مبنای مدل گراس

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی اعضا با همدیگر	بیان اهداف اصلی و فرعی گروه، بیان منطق و مراحل آموزش. تکلیف: هیجان‌های خود را در طول هفته یادداشت کنند.
دوم	ارائه آموزش هیجانی	توضیح رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار انتخاب موقعیت، شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده، تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها تکلیف: یادداشت هیجان، تغییرات بدنی، تمایل برای عمل و رویداد برانگیزاننده
سوم	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا	عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آن‌ها و همچنین سازمان‌دهی و برانگیزاندن رفتار انسان تکلیف: مهارت فردی در تغییر و تنظیم هیجان کاربردی خود را بنویسند.
چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان	جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسئله آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض) تکلیف: انجام روزانه یک فعالیت مثبت و حل مشکلات بین فردی
پنجم	تغییر توجه	گسترش توجه، آموزش توجه، متوقف کردن نشخوار فکری تکلیف: انجام مهارت کنترل فکر و تغییر توجه در مواجه با هیجانات در هفته
ششم	تغییر ارزیابی‌های شناختی	ارزیابی شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد باز-ارزیابی تکلیف: تمرین مهارت محتوای فکر، پردازش ذهنی، کاهش پاسخ هیجانی و باز ارزیابی و ثبت تجربه
هفتم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	تعدیل پاسخ هدف، شناسایی میزان و نحوه‌ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، آرمیدگی و عمل معکوس تکلیف: تمرین مهارت ابراز هیجانی و تعدیل پاسخ در هنگام درگیر شدن در تجربه هیجانی
هشتم	ارزیابی مجدد و رفع موانع	ارزیابی و کاربرد هدف، کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع تبیین برنامه کاربردی برای زندگی

روش تحلیل

داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سنی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش ۱۵/۸۳±۰/۳۸ می‌باشد. ۳۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان گروه آموزش فرزند اول و ۲۵ درصد فرزند دوم خانواده بودند و ۵۸/۳ درصد از شرکت‌کنندگان گروه آموزش‌نما فرزند اول و ۳۳/۳ درصد فرزند دوم خانواده بودند. هیچ یک از اعضای گروه آموزش و آموزش‌نما سابقه بستری نداشتند. در ادامه میانگین و انحراف معیار مشکلات برون‌سازی‌شده در دو گروه آموزش و آموزش‌نما در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های مشکلات برون‌سازی شده

متغیر	گروه آموزش				گروه آموزش‌نما			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
رفتار قانون‌گریز	۵/۸۳	۴/۰۲	۴/۵۸	۲/۷۱	۶/۶۶	۴/۲۳	۶	۴/۷۳
رفتار پرخاشگرانه	۱۴/۴۲	۴/۰۸	۱۰/۱۷	۴/۶	۱۱/۱۷	۴/۰۶	۱۱/۲۵	۴/۷۳
مشکلات وسواسی-جبری	۶/۸۳	۳/۳۸	۵/۷۵	۳/۱۷	۵/۲۵	۲/۶	۵/۰۸	۲/۲
مشکلات استرس پس از سانحه	۱۲/۶۷	۳/۷۳	۹/۱۷	۴/۸۷	۱۰/۲۵	۲/۶	۹/۵۰	۲/۸۴
حالات مطلوب	۱۸/۳۳	۵/۱۰	۱۷/۵۸	۶/۵۸	۱۶/۱۷	۶/۴۲	۱۵/۶۷	۷/۱۶
سایر مشکلات	۵/۵۸	۲/۴۳	۳/۳۳	۲/۲۷	۴/۰۸	۲/۱۱	۴/۰۸	۲/۳۵
کل	۶۳/۶۶	۱۳/۲۹	۵۰/۵۸	۱۸/۷۹	۵۳/۵۸	۱۰/۶۶	۵۱/۵۸	۱۰/۵۶

میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های مشکلات درون‌سازی‌شده در دو گروه آموزش و آموزش‌نما در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های مشکلات درون‌سازی شده

	گروه آموزش				گروه آموزش‌نما			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
اضطراب/افسرده	۹/۵۸	۴/۳۴	۸/۴۲	۴/۶۰	۶/۵۰	۳/۳۴	۶/۰۰	۳/۱۳
گوشه‌گیری/افسردگی	۶/۳۳	۲/۸۴	۴/۵۸	۲/۹۰	۶/۳۳	۲/۹۰	۵/۸۳	۳/۳۰
شکایات جسمانی	۶/۵	۳/۲۰	۴/۵۸	۳/۶۸	۴/۰۰	۱/۴۷	۳/۹۲	۱/۳۱

مشکل تفکر	۸/۶	۴/۰۱	۶/۵	۴/۱۴	۷/۲۵	۳/۳۱	۶/۷۵	۳/۸۲
مشکل توجه	۸/۱۷	۲/۶۲	۶/۴۲	۳/۸۵	۶/۱۶	۳/۴۶	۶/۱۷	۳/۲۷
مشکلات اجتماعی	۶/۶۷	۲/۷۷	۵/۴۲	۳/۵۵	۴/۰۸	۲/۶۸	۳/۶۷	۲/۶۰
کل	۴۵/۸۳	۱۳/۴۱	۳۵/۹۱	۱۹/۸۷	۳۴/۳۳	۱۱/۸۶	۳۲/۳۳	۱۱/۹۷

با توجه به عدم معناداری نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (p >۰/۰۵)، متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بود. عدم معناداری آزمون لوین (p >۰/۰۵) نیز حاکی از رعایت مفروضه همگنی واریانس‌ها است. همچنین نتیجه آزمون M Box مشکلات درون سازی شده (M Box = ۴۵/۷۷۶، F= ۱/۵۲۴، p = ۰/۰۶۰) و مشکلات برون سازی شده (M Box= ۴۲/۹۴۷، F=۱/۴۳۰، p= ۰/۰۹۳) حاکی از برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات برون‌سازی شده تأثیر دارد (p <۰/۰۵، F = ۳/۶۸، ۰/۶۶۷=لامبدای ویلکز). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته، در مجموع معنادار است و ۶۶/۷ درصد تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون مؤلفه‌های مشکلات برون‌سازی‌شده، با کنترل آماری پیش‌آزمون، ناشی از شرایط آزمایشی می‌باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشکلات برون‌سازی شده

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	سطح معناداری
رفتار قانون‌گریز	۵/۷۱	۱	۵/۷۱	۱/۱۸	۰/۲۹۴	۰/۰۶۹	۰/۱۷
رفتار پرخاشگرانه	۶۵/۴۹	۱	۶۵/۴۹	۸/۸۱	۰/۰۰۹	۰/۳۵۵	۰/۸۰
مشکلات وسواسی-جبری	۸/۳۳	۱	۸/۳۳	۱۲/۰۴	۰/۰۰۳	۰/۴۲۹	۰/۹۰
مشکلات استرس پس از سانحه	۳۳/۵۴	۱	۳۳/۵۴	۷/۵۴	۰/۰۱۴	۰/۳۲۰	۰/۷۳
حالات مطلوب	۳/۳۱	۱	۳/۳۱	۰/۲۵	۰/۶۲۳	۰/۰۱۵	۰/۰۸
مشکلات دیگر	۱۹/۰۵	۱	۱۹/۰۵	۴/۵۶	۰/۰۴۹	۰/۲۲۲	۰/۵۲
کل	۶۳۴/۳۸	۱	۶۳۴/۳۸	۷/۲۸	۰/۰۱۳	۰/۲۵۷	۰/۷۳

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آموزش و آموزش‌نما در مشکلات برون‌سازی‌شده تفاوت وجود دارد و ۲۵/۷ درصد کاهش مشکلات برون‌سازی‌شده دانش‌آموزان دارای اختلال ناشی از آموزش تنظیم هیجان است (p <۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد که ۳۵/۵ درصد کاهش رفتار پرخاشگرانه، ۳۲

درصد کاهش مشکلات استرس پس از سانحه و ۴۲/۹ درصد کاهش مشکلات وسواسی-جبری ناشی از آموزش تنظیم هیجان است. در دو مؤلفه رفتار قانون‌گریز و حالات مطلوب بین دو گروه تفاوتی به دست نیامد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد آموزش تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات درون‌سازی شده تأثیر دارد (۰/۰۵ > p ، ۳/۲۲ = F، ۰/۶۳۷=لامبدای ویلکز). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته، در مجموع معنادار است و ۶۳/۷ درصد تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون مؤلفه‌های مشکلات درون‌سازی‌شده، با کنترل آماری پیش‌آزمون، ناشی از شرایط آزمایشی می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشکلات درون‌سازی شده

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	سطح معناداری
اضطراب/افسرده	۰/۳۲	۱	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۷۵۹	۰/۴۵۷	۰/۹۳
گوشه‌گیری/افسردگی	۱۶/۴۴	۱	۱۶/۴۴	۵/۳۹	۰/۰۳۴	۰/۲۵۲	۰/۵۹
شکایات جسمانی	۱۴/۹۹	۱	۱۴/۹۹	۵/۷۶	۰/۰۲۹	۰/۲۶۵	۰/۶۲
مشکل تفکر	۴۶/۱۵	۱	۴۶/۱۵	۱۳/۴۴	۰/۰۰۲	۰/۴۵۷	۰/۹۳
مشکل توجه	۱۸/۳۲	۱	۱۸/۳۲	۲/۴۳	۰/۱۳۹	۰/۱۳۲	۰/۳۱
مشکلات اجتماعی	۷/۰۰	۱	۷/۰۰	۲/۸۰	۰/۱۱۴	۰/۱۴۹	۰/۳۵
کل	۴۸۳/۷۴	۱	۴۸۳/۷۴	۹/۷۱	۰/۰۰۵	۰/۳۱۶	۰/۸۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه آموزش و آموزش‌نما در مشکلات درون‌سازی‌شده تفاوت وجود دارد و ۳۱/۶ درصد کاهش مشکلات درون‌سازی‌شده ناشی از آموزش تنظیم هیجان است (p <۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد که ۲۵/۲ درصد کاهش گوشه‌گیری/افسردگی، ۲۶/۵ درصد از کاهش شکایات جسمانی و ۴۵/۷ درصد از کاهش مشکل تفکر در دانش آموزان دارای اختلال ناشی از آموزش تنظیم هیجان است (p <۰/۰۵). در مؤلفه‌های اضطراب/افسردگی، مشکل توجه و مشکلات اجتماعی بین دو گروه تفاوتی به دست نیامد.

نتیجه

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر مشکلات برون‌سازی شده و درون‌سازی‌شده دانش‌آموزان دختر دارای اختلال انفجاری متناوب اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که گروه آموزش نسبت به گروه آموزش‌نما پس از هشت جلسه آموزش تنظیم هیجان، مشکلات برون‌سازی‌شده و

درون‌سازی‌شده کمتری داشتند.

با توجه به نتایج، آموزش تنظیم هیجان سبب بهبود مشکلات برون‌سازی شده در گروه آموزش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های برینک و همکاران (Te Brinke et al., 2018) و مودکی و همکاران (Modecki et al., 2017) همسو بود. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که آموزش تنظیم هیجان از طریق بازسازی شناختی و رفتاری و همچنین، آموزش مهارت‌های کنترلی نظیر کنترل خشم و مهارت‌های مقابله‌ای، سعی بر بهبود ناتنظیمی هیجانی و رفتاری نوجوانان مبتلا به اختلال انفجاری متناوب دارد که این نیز به نوبه خود، می‌تواند در کنترل علائم و نشانه‌های اختلال انفجاری متناوب، تأثیرگذار باشد. افراد دارای اختلال وقتی در بافت اجتماعی روابط متقابل قرار می‌گیرند، به دلیل نقص در پردازش محرک با پردازش معیوب اطلاعات اجتماعی از یک‌سو و استفاده از روش‌های تعاملی نامناسب از سوی دیگر، آمادگی بیشتری برای بروز نشانه‌های برون‌سازی، ازجمله پرخاشگری و تهاجم خواهند داشت که این امر ناشی از ضعف مدیریت هیجانی است (Coccaro et al., 2016; E. F. Coccaro, J. R. Fanning, & R. Lee, 2017b; Coccaro et al., 2014; Green et al., 2015; Pinkham et al., 2016). همچنین کودکان و نوجوانان با نشانه‌های برون‌سازی، در استنباط و تفسیر صحیح افکار، اهداف، نیت‌ها و احساس‌های دیگران توانایی کمی دارند. فوران خشم و تهاجمی بودن، راهکارهای پرخاشگرانه‌ای است که این افراد در پاسخ به محرک‌های اجتماعی به کار می‌برند. نوجوانان گروه آموزش در جلسات آموزش تنظیم هیجان ابتدا با هیجانات خود آشنا شده و چگونگی شناسایی و ابراز هیجان‌های خود را آموختند. این نوجوانان یاد گرفتند که هر نوع برداشت از موقعیت‌ها، هرگونه تفسیر و تعبیر از محرک‌های اجتماعی پیامدهای خاص خود را دارد و چگونه می‌شود با شیوه‌های ارزیابی و معنابخشی درست به موقعیت‌ها، واکنش‌های خود را تعدیل کنند و متناسب با محرک و موقعیت رفتار کنند. آن‌ها یاد گرفتند که به کمبود مهارت‌های اجتماعی خود حساس باشند و به رفتارهای مختل خود نیز توجه کنند. اینکه کدام یک از رفتارهای عادتی آن‌ها، در روابط بین فردی موجب بازخورد منفی از طرف دیگران گشته که این بازخورد نیز، به نوبه خود موجب ظهور حلقه معیوب می‌گردد و چگونه با متوقف کردن نشخوار فکری و توجه انتخابی به موضوعات دیگر، افکار منفی را با افکار مثبت جایگزین کنند و با حل مسئله صحیح و روش‌هایی برای خود آرام بخشی در مواقع استرس‌زا پاسخ متناسبی به محرک‌ها بدهند و واکنش‌های خود را تعدیل نمایند.

مهارت‌های تنظیم هیجان به افراد پرخاشگر این توانمندی را می‌دهد که در هنگام بروز هیجانات منفی، فرایند رخدادی هیجانات منفی خود را تشخیص دهند و سپس بتوانند این هیجانات را کنترل، مدیریت

و ساماندهی کنند. نوجوانان دارای اختلال با یادگیری مهارت‌های بازداری و تعدیل پاسخ آموختند چگونه واکنش هیجانی خود را کنترل نمایند. همچنین افراد دارای مشکلات استرس پس از سانحه و آسیب از ارزیابی شناختی منفی استفاده می‌کنند (Chesney & Gordon, 2017) و همین امر سبب هیجانات منفی در آن‌ها می‌شود و در نتیجه تنظیم هیجان را در این نوجوانان مختل می‌کند. درمان‌هایی که عوامل شناختی را در آن‌ها مورد تغییر قرار دهد، به این افراد کمک می‌کند تا از ارزیابی مجدد مثبت استفاده نموده و سایر مهارت‌های سالم را بیاموزند تا با مدیریت صحیح هیجانات خود، مشکلات استرس پس از سانحه و آسیب را کاهش دهند (LoSavio et al., 2017). در مورد افکار وسواسی، این افکار به‌طور افراطی در ذهن تکرار می‌شوند و هیجان منفی ناشی از این تکرار ایجاد اضطراب نموده و با واکنش اجباری اضطراب آرام می‌گیرد (Sadock & Sadock, 2011). آموزش تنظیم هیجان توانست با تمرین توقف فکر، جایگزین سازی افکار مثبت و تغییر توجه نشخوارهای ذهنی آن‌ها را متوقف نماید و با آموزش بازداری پاسخ باعث کاهش مشکلات وسواسی-جبری شود.

خشم در اختلال انفجاری متناوب، در پاسخ به محرک‌های اجتماعی فوران می‌شود. برای جلوگیری از زمینه‌های بروز این خشم، نوجوانان در برنامه آموزشی یاد گرفتند که به محرک‌های اجتماعی حساسیت درستی نشان دهند؛ به‌طوری که در برداشت از آن‌ها، با جلوگیری از تفسیر و تعبیر نادرست، واکنش آنی نشان ندهند، بلکه با تأمل و خونسردی، مهارت‌های اجتماعی جایگزین را به کار بگیرند. در جلسه‌های بازسازی شناختی، به نوجوانان آموزش داده شد که چگونه افکار خودآیند منفی می‌تواند هیجان خشم را در آن‌ها برانگیزد و اینکه این افکار نیز، خود ناشی از طرحواره‌های ناسازگارانه‌ای بوده که فرد را آماده این‌گونه پاسخ دادن می‌کند. آن‌ها یاد گرفتند که با ثبت و شناسایی افکار خودآیند و تغییر این افکار، نسبت به افکار پیش‌زمینه هیجان خشم حساسیت نشان دهند و بدانند که در چه موقعیتی این افکار ظاهر می‌شوند؛ به‌طوری‌که با کنترل بیشتر در این موقعیت‌ها و یا پرهیز از آن‌ها و همچنین با تغییر و اصلاح افکار خود آیند منفی مربوط به این موقعیت‌ها، از فوران خشم جلوگیری کنند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان سبب بهبود مشکلات درون‌سازی شده در گروه آموزش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های هسیه و داپکینز (Hsieh & Stright, 2012) و کیم و سیچتی (Kim & Cicchetti, 2010) همسو بود. این یافته را نیز می‌توان این‌گونه تبیین کرد که نوجوانان مبتلا به اختلال انفجاری متناوب مدیریت هیجانی بسیار پایینی دارند و هیجانات خود را یا ابراز نکرده و سرکوب می‌کنند یا ابراز نامتناسب و شدید دارند. این اتفاق مشکلات درون‌سازی شده را برای آنان ایجاد

می‌کند که باعث می‌شود به خودشان و دیگران آسیب بزنند. رفتارهای درون‌سازی شده به وسیله راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی می‌شوند (Cheung et al., 2020) برای مثال استفاده از راهبرد سرکوب باعث افزایش مشکلات درون‌سازی شده و استفاده از راهبرد باز ارزیابی باعث کاهش مشکلات درون‌سازی شده می‌شود. نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب دچار بد تنظیمی هیجان هستند که این امر موجب آسیب‌پذیری در برابر اضطراب و افسردگی می‌گردد. با توجه به خودپنداره ضعیف در این نوجوانان، ناتنظیمی هیجان، موجب ارزیابی منفی این نوجوانان از خود می‌شود و به دنبال آن مشکلات درون‌سازی شده رشد می‌کنند (Hsieh & Stright, 2012). در این جلسات نوجوانان با آموزش خودآگاهی و مهارت ابراز وجود آموختند که خودپنداره مثبت را در خود پرورش دهند تا بین همسالان خود پذیرفته شده و تعامل اجتماعی سالمی داشته باشند. همچنین این نوجوانان نمی‌توانستند خشم خود را در زمان و مکان مناسب و به شیوه مناسبی ابراز کنند، در نتیجه ابراز خشم نادرستی داشته و به‌صورت پرخاشگرانه پاسخ می‌دادند. در آموزش تنظیم هیجان با آموزش مهارت‌های ارزیابی مجدد افکار و محرک‌ها، شیوه‌های ابراز صحیح هیجانات و تخلیه هیجانی درست، آموختند پاسخ‌های فیزیولوژیکی و منفی خود را کاهش داده و به دنبال آن مشکلات درون‌سازی شده از جمله افسردگی، گوشه‌گیری و علائم جسمی منفی در آنان کاهش یافت.

در طی جلسه‌های بازسازی شناختی و رفتاری از طریق راهبردهای باز ارزیابی و ابراز متناسب هیجان، نوجوانان گروه آموزش احتمالاً متوجه شدند که نباید هر نوع اطلاعاتی را در لحظه کنونی به کار بگیرند و برای داشتن حالتی انطباقی، از برخی اطلاعات چشم بپوشند. برای نمونه آن‌ها یاد گرفتند که به هر نوع فکری که در لحظه به ذهنشان خطور می‌کند، پاسخ فوری ندهند، بلکه با تأمل و ارزیابی موقعیت، واکنش خود را تعدیل نمایند. همچنین با مهارت حواس‌پرتی یاد گرفتند چگونه به انجام رفتاری خاص پرداخته و درعین‌حال از رفتارهای دیگر جلوگیری کنند. مهارت گسترش توجه و تعدیل و بازداری پاسخ و همچنین آرامش آموزی برای مدیریت خشم، مهارت‌های مهم و مفیدی بودند. آموزش تنظیم هیجان گوشه‌گیری/افسردگی را در نوجوانان دارای اختلال انفجاری متناوب کاهش داده است. راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان باعث افسردگی و اضطراب می‌شوند (Gardner et al., 2017). در این پژوهش آموزش تنظیم هیجان با افزایش خودپنداره و ارزیابی مثبت این نوجوانان از خود و شیوه‌های ابراز صحیح و به موقع هیجانات سبب بهبود نسبی در گوشه‌گیری/افسردگی در این نوجوانان شده است. فرایند تفکر معیوب که شامل افکار خود آیند منفی و طرحواره‌های ناسازگار است، می‌تواند در انواع اختلالات دخیل و پیامدهای منفی هیجانی و رفتاری مختلفی در پی داشته باشد. تفکر معیوب در این اختلال می‌تواند به شکل

تفکر خصمانه و یا شاید هم تفکر درماندگی، وجود داشته باشد. تفکر معیوب به شکل تعبیر و تفسیر سوءدار محرک‌های اجتماعی است که می‌تواند پاسخ‌های رفتاری و هیجانی ناسازگارانه و پرخاشگرانه‌ای به وجود آورد (Keltikangas-Järvinen, 2005). در اختلال انفجاری متناوب نیز مشاهده شده، تعبیر و تفسیر سوءدار محرک‌های اجتماعی به چشم می‌خورد که فوران‌های رفتار پرخاشگری تکانشی را به دنبال دارد (Coccaro, Fanning, et al., 2017a; Coccaro et al., 2016; Smeijers et al., 2017). مدل گراس به نوجوانان و بزرگ‌سالان می‌آموزد باز ارزیابی شناختی کنند و چگونگی تفکر خود را در مورد موقعیت تغییر دهند تا هیجان خود را تنظیم کنند. بعد از اینکه معنای مشخصی به موقعیت دادند، پاسخ فیزیولوژیکی و رفتاری مناسب را ارائه دهند (Hsieh & Stright, 2012). در نتیجه آموزش تنظیم هیجان باعث بهبودی نسبی در مشکل تفکر در این نوجوانان نیز شد.

برگزاری جلسات آموزش توسط خود پژوهشگر، استفاده از ابزارهای خود گزارشی برای ارزیابی مشکلات برون‌سازی شده و درون‌سازی شده دانش‌آموزان، عدم اجرای پیگیری برای بررسی تداوم آموزش و عدم کنترل متغیرهایی مانند هوش و ... از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از تکنیک‌ها و ابزارهای دیگری غیر از پرسشنامه مانند مصاحبه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره آموزش‌وپرورش از آموزش تنظیم هیجان به منظور ایجاد توانایی مدیریت هیجانات دانش آموزان استفاده شود. همچنین استفاده از آموزش تنظیم هیجان به عنوان مکمل در کنار درمان‌های شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود مهارت‌های هیجانی و مشکلات رفتاری دانش آموزان مؤثرتر باشد. با توجه به این موارد، پژوهش حاضر با ارائه برنامه آموزش تنظیم هیجان برای دانش‌آموزان دارای اختلال خشم انفجاری متناوب سعی در افزایش سلامت جامعه و پیشگیری از خسارت‌های ناشی از این اختلال دارد.

References

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2003). Manual for the ASEBA adult forms & profiles. In: Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth ….

Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(3), 263-278.

Andre, Q. R., Geeraert, B. L., & Lebel, C. (2019). Brain structure and internalizing and externalizing behavior in typically developing children and adolescents. *Brain Structure and Function*, 1-10.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.

Benita, M., Levkovitz, T., & Roth, G. (2017). Integrative emotion regulation predicts adolescents' prosocial behavior through the mediation of empathy. *Learning and Instruction*, *50*, 14-20.

Cameron, L. D., Carroll, P., & Hamilton, W. K. (2018). Evaluation of an intervention

promoting emotion regulation skills for adults with persisting distress due to adverse childhood experiences. *Child abuse & neglect, 79*, 423-433.

Chesney, S. A., & Gordon, N. S. (2017). Profiles of emotion regulation: Understanding regulatory patterns and the implications for posttraumatic stress. *Cognition and emotion, 31*(3), 598-606.

Cheung, R. Y., Chan, L. Y., & Chung, K. K. (2020). Emotion dysregulation between mothers, fathers, and adolescents: Implications for adolescents' internalizing problems. *Journal of Adolescence, 83*, 62-71.

Coccaro, E. F., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2017). Development of a screening questionnaire for DSM-5 intermittent explosive disorder (IED-SQ). *Comprehensive psychiatry, 74*, 21-26.

Coccaro, E. F., Fanning, J., & Lee, R. (2017a). Development of a social emotional information processing assessment for adults (SEIP-Q). *Aggressive behavior, 43*(1), 47-59.

Coccaro, E. F., Fanning, J. R., Keedy, S. K., & Lee, R. J. (2016). Social cognition in intermittent explosive disorder and aggression. *Journal of psychiatric research, 83*, 140-150.

Coccaro, E. F., Fanning, J. R., & Lee, R. (2017b). INTERMITTENT EXPLOSIVE DISORDER AND SUBSTANCE USE DISORDER: ANALYSIS OF THE NATIONAL COMORBITY STUDY-REPLICATION SAMPLE. *The Journal of clinical psychiatry, 78*(6), 697.

Coccaro, E. F., Lee, R., & McCloskey, M. S. (2014). Relationship between psychopathy, aggression, anger, impulsivity, and intermittent explosive disorder. *Aggressive behavior, 40*(6), 526-536.

Crouch, J. L., McKay, E. R., Lelakowska, G., Hiraoka, R., Rutledge, E., Bridgett, D. J., & Milner, J. S. (2018). Do emotion regulation difficulties explain the association between executive functions and child physical abuse risk? *Child abuse & neglect, 80*, 99-107.

Diefendorff, J. M., Richard, E. M., & Yang, J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *Journal of Vocational behavior, 73*(3), 498-508.

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual review of clinical psychology, 6*, 495-525.

Ersan, C. (2020). Physical aggression, relational aggression and anger in preschool children: The mediating role of emotion regulation. *The Journal of General Psychology, 147*(1), 18-42.

Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental psychology, 46*(5), 1159.

Fernandez, E., & Johnson, S. L. (2016). Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical Psychology Review, 46*, 124-135.

Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*: Longman Publishing.

Gardner, S. E., Betts, L. R., Stiller, J., & Coates, J. (2017). The role of emotion regulation for coping with school-based peer-victimisation in late childhood. *Personality and Individual Differences, 107*, 108-113.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311-1327.

Garofalo, C., Gillespie, S. M., & Velotti, P. (2020). Emotion regulation mediates relationships between mindfulness facets and aggression dimensions. *Aggressive behavior, 46*(1), 60-71.

Gharibpour, M., Akbari, B., & Abolghasemi, A. (2020). Comparisons of Alexithymia, Negative Emergency and Aggression in Prisoners with and without Intermittent Explosive Disorder. *Journal of Applied Psychological Research, 11*(1), 169-183.

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience, 16*(10), 620-631.

Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. InJ. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation.

Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science, 10*(6), 214-219.

Gross, J. J. (2007). Handbook of Emotion Regulation.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology, 85*(2), 348.

Hein, S., Röder, M., & Fingerle, M. (2018). The role of emotion regulation in situational empathy-related responding and prosocial behaviour in the presence of negative affect. *International Journal of Psychology, 53*(6), 477-485.

Henriksen, M., Skrove, M., Hoftun, G. B., Sund, E. R., Lydersen, S., Tseng, W.-L., & Sukhodolsky, D. G. (2020). Developmental course and risk factors of physical aggression in late adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12.

Hsieh, M., & Stright, A. D. (2012). Adolescents' emotion regulation strategies, self-concept, and internalizing problems. *The Journal of Early Adolescence, 32*(6), 876-901.

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment, 22*(2), 126-131.

Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Social problem solving and the development of aggression. *Social problem solving and offending: Evidence, evaluation and evolution*, 31-50.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, 51*(6), 706-716.

Kokkinos, C. M., Algiovanoglou, I., & Voulgaridou, I. (2019). Emotion Regulation and Relational Aggression in Adolescents: Parental Attachment as Moderator. *Journal of Child and Family Studies, 28*(11), 3146-3160.

Kraiss, J. T., Peter, M., Moskowitz, J. T., & Bohlmeijer, E. T. (2020). The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta-analysis. *Comprehensive psychiatry, 102*, 152189.

Litin, S. C., & Nanda, S. (2018). *Mayo clinic family health book*.

LoSavio, S. T., Dillon, K. H., & Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development,

maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology, 14*, 18-22.

McCloskey, M. S. (2019). Psychosocial Interventions for Treatment of Intermittent Explosive Disorder. In *Intermittent Explosive Disorder* (pp. 235-248): Elsevier.

Meque, I., Dachew, B. A., Maravilla, J. C., Salom, C., & Alati, R. (2019). Externalizing and internalizing symptoms in childhood and adolescence and the risk of alcohol use disorders in young adulthood: a meta-analysis of longitudinal studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 53*(10), 965-975.

Minaee, A. (2006). Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Journal of Exceptional Children, 6*(1), 529-558.

Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., & Guerra, N. (2017). Emotion regulation, coping, and decision making: Three linked skills for preventing externalizing problems in adolescence. *Child Development, 88*(2), 417-426.

Neumann, A. (2010). *Affect dysregulation and adolescent psychopathology in the family context*: Citeseer.

Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., & Harvey, P. D. (2016). Social cognition psychometric evaluation: Results of the initial psychometric study. *Schizophrenia bulletin, 42*(2), 494-504.

Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaeili, M., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Motevalian, A. (2014). Iranian mental health survey: design and field proced. *Iranian journal of psychiatry, 9*(2), 96.

Ramezanzadeh, F., Moradi, A., & Mohammadkhani, S. (2014). Effectiveness of the Training of Emotion Regulation Skills in Executive Functions and Emotion Regulation Strategies in Adolescents at Risk. *Journal of Cognitive Psychology, 2*(2), 37-45.

Rezaei Dehnavi, S., Rashidi, S., & Bakhshayesh, A. R. (2016). Study of Effectiveness of the Emotion Regulation Training on Social Skills and Repetitive Behaviors in Children with High Functioning Autism. *International Society for Autism Research,* .

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins.

Saeedi, E., Sabourimoghadam, H., & Hashemi, T. (2020). Predicting the relationship between emotional intelligence and anger rumination with the aggression of Tabriz university students. *Quarterly Social Psychology Research, 10*(38), 65-82.

Silk, J. S., Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Whalen, D. J., Ryan, N. D., & Dahl, R. E. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Development and psychopathology, 19*(3), 841.

Smeijers, D., Rinck, M., Bulten, E., van den Heuvel, T., & Verkes, R. J. (2017). Generalized hostile interpretation bias regarding facial expressions: Characteristic of pathological aggressive behavior. *Aggressive behavior, 43*(4), 386-397.

Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior, 9*(3), 247-269.

Sulik, M. J. (2013). *Differential Prediction of Internalizing and Externalizing Symptomatology from Temperament and Parenting.* Arizona State University,

Te Brinke, L., Schuiringa, H., Menting, A. T., Deković, M., & De Castro, B. (2018). A cognitive versus behavioral approach to emotion regulation training for externalizing

behavior problems in adolescence: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychology, 6*(1), 1-12.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development, 59*(2-3), 25-52.

Tork, F., Darvizeh, Z., Dehshiri, G. R., & Khosravi, Z. (2016). Predicting of externalizing and internalizing problems in adulthood basis of temperament and character. *Journal of Psychological Studies, 12*(3), 7-26.

Yazdkhasti, F., & Oreyzi, H. (2011). Standardization of child, parent and teacher's forms of child behavior checklist in the city of Isfahan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 17*(1), 60-70.

The Effectiveness of Emotional Regulation Training on Externalized-Internalized Problems in Female Students with Intermittent Explosive Disorder

Sadaf Sheikhi Gerakoui
Abbas Abolghasemi*
Mahnaz Khosrojavid

University of Guilan

Abstract

Purpose: Considering the difficulties in emotion regulation and behavioral problems in adolescents with Intermittent Explosive Disorder (IED), the aim of the present study was to determine the effectiveness of emotion regulation training on internalized-externalized problems in female students with IED.

Method: This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest and control group design. A sample of 30 students was selected out of 655 high school students in the city of Rasht. These students were identified with a diagnosis of IED and were then randomly divided into experimental and control groups. The experimental group received the Grass emotion regulation training in eight sessions while the control group watched educational video unrelated to emotion regulation during eight sessions. Both groups completed these questionnaires in two stages of pretest and post-test: Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire (IED-SQ; Coccaro, Breman & McCloskey, 2017) and Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA: Achenbach & Raskorla, 2003). The data were analyzed using one-way and multivariate analysis of covariance.

Findings: The results showed that the emotion regulation training reduced externalizing and internalizing problems in female adolescents with IED. These findings suggest that this type of training can be used to manage the behaviors and emotions of students with IED.

Keywords: Intermittent Explosive Disorder, Emotion Regulation, Externalized-Internalized Problems

* . Abolghasemi1344@guilan.ac.ir

رنجکش، مریم؛ الهی، طاهره؛ مروتی، ذکراله؛ قاسمی، کبری (۱۴۰۰). تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری: توجه به نقش نگرانی و نشخوار فکری.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، *۱۱* (۱)،۵۹-۴۱. DOI: 10.22067/tpccp.2021.68126.1015

تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری: توجه به نقش نگرانی و نشخوار فکری

مریم رنجکش[۱]، طاهره الهی[۲]، ذکراله مروتی[۳]، کبری قاسمی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۴ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری با مدّنظر قرار دادن نقش نگرانی و نشخوار فکری بود.

روش: روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون سه گروهی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع یازدهم و دوازدهم شهرستان قروه در سال تحصیلی۱۳۹۴- ۹۵ تشکیل می‌دادند. از میان این جامعه آماری، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۹۳ دانش‌آموز که اضطراب بالاتر از متوسط را تجربه می کردند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی، دارونما و کنترل گمارش شدند. به گروه آزمایش هشت جلسه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و به گروه دارونما هشت جلسه زبان انگلیسی آموزش داده شد. گروه کنترل هیچگونه آموزشی را دریافت نکردند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر، مقیاس پاسخ نشخوار فکری، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و آزمون گام‌به‌گام جمع‌بندی توالی شنیداری استفاده شد. داده‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس مختلط بین– درون‌گروهی (SPANOVA) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش، دارونما و کنترل در زمینه متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود داشته است، بدین صورت که آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب، نشخوار فکری، نگرانی و افزایش عملکرد حافظه کاری تأثیرگذار بوده است.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، اضطراب، نشخوار فکری، حافظه کاری، نگرانی

---

۱. کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان، maryam.ranjkesh70@gmail.com

۲. دانشیار، دانشگاه زنجان، (نویسنده مسئول)، telahi@znu.ac.ir

۳. دانشیار، دانشگاه زنجان

۴.کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان

مقدمه

اضطراب[1] و اختلالات اضطرابی شایع‌ترین دسته از مشکلات روانی در جمعیت عمومی است که حدود ۵ الی ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان به آن مبتلا هستند (Comer et al., 2012). شروع این اختلال به طور عمده در دوران کودکی اتّفاق می‌افتد و با اختلال قابل‌توجهی در عملکرد تحصیلی، روابط همسالان و عملکرد خانواده همراه است. از نشانه‌های اضطراب می‌توان به تنش، بی‌قراری، بیمناکی و نگرانی، بالا رفتن ضربان قلب، عرق کردن و تنیدگی عضلات اشاره کرد (American Psychiatric Association & Association, 2013). اضطراب بالا علاوه بر مشکلاتی که برای افراد و جوامع ایجاد می‌کند؛ نه تنها زندگی مبتلایان را محدود و مخدوش می‌کند بلکه مشکلات اجتماعی بیشتری نیز به خانواده‌ها، جوامع و دولت‌ها تحمیل می‌کند. میزان شیوع اختلالات اضطرابی، محدودیت‌ها و اختلالاتی که در عملکرد افراد ایجاد می‌کند و هزینه‌هایی که بر جوامع تحمیل می‌کند باعث شده است که درمان و پیشگیری آن به‌عنوان یکی از حیطه‌های اصلی سلامت روان مورد توجه قرار بگیرد (Boettcher et al., 2014).

یکی از جدیدترین درمان‌هایی که برای کاهش اضطراب ارائه شده است؛ درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی[2] است. درمان ذهن آگاهی اولین بار در سال ۱۹۷۹ در مرکز پزشکی دانشگاه ماساچوست توسط جان کابات زین مطرح شد. یکی از اهداف این برنامه این بود که به افراد آموزش دهد تا برای بهبود سلامتی و کاهش استرس، مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی را تمرین کنند (Arch & Ayers, 2013). ذهن آگاهی نوعی هوشیاری است که از طریق توجه به هدف، بودن در زمان حال و قضاوت نکردن درباره تجربه آشکار لحظه به لحظه به وجود می‌آید (Wells, 2010). مؤلفه‌ی اصلی ذهن آگاهی این است که افراد به فعالیت‌های روزمره خود توجه خاصی کنند تا بتوانند وضعیت فیزیکی و احساسی خود را درک کنند (Li & Bressington, 2019).

کابات زین و همکاران (Kabat-Zinn, Maisson, Kristeller, & Gay Peterson,1992) به منظور ارزیابی اثربخشی ذهن آگاهی بر درمان افراد با اضطراب بالا مطالعه‌ای انجام دادند. آن‌ها در مطالعه خود به ۲۲ نفر از افراد مبتلا به اضطراب بالا طیف وسیعی از تکنیک‌های رسمی و غیررسمی را آموزش دادند، بعد از آموزش و تمرین این تکنیک‌ها میزان اضطراب و افسردگی آن‌ها به طور چشمگیری کاهش پیدا کرد و حتی این تأثیر بعد از سه ماه پیگیری همچنان پایدار بود. در تحقیقات دیگری که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بررسی کرده بودند نشان داده شد که آموزش ذهن آگاهی موجب کاهش نشانه‌های

1. Anxiety
2. Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy

اختلالات اضطرابی، افسردگی و ... می‌شود. به‌عنوان مثال سانگ و لیندکوویست (Song & Lindquist, 2015) در پژوهش خود به بررسی تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس در دانشجویان پرستاری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که شرکت‌کنندگانی که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند کاهش قابل‌توجه افسردگی، اضطراب و استرس را نشان دادند. همچنین نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی و نگرانی مؤثر است (Seghatoleslam, Homan, Majid, Akhvast, & Habil, 2012). ولز (Wells, 2010) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که جنبه‌های خاص ذهن آگاهی از جمله هوشیاری، عدم قضاوت و ... پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب، وسواس فکری و استرس هستند. در این راستا نتایج تحقیقات دیگر که تأثیر برنامه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات روانی را مورد بررسی قرار داده بودند حاکی از این بود که این برنامه در کاهش اضطراب (Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000) و درد مزمن (Rosenzweig et al., 2010) مؤثر است.

همان‌طور که گفته شد در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به فرد یاد داده می‌شود تا تمرکز بدون قضاوت بر زمان حال داشته باشد و خود را از نشخوارهای فکری نسبت به گذشته و نگرانی نسبت به آینده رها کند (Segal, Teasdale, & Williams, 2004). نشخوار فکری[1] افکار مزاحم تکراری در واکنش به رویدادهای منفی است، این افکار نشخواری باعث ایجاد عاطفه منفی و تداوم آن در شخص می‌شوند (Carter, 2010). نولمن-هوکسما، ویسکو و لایبومیرسکی (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008) نشخوار فکری را به‌عنوان نمونه‌ای از افکار منفی عودکننده مطرح کرده و آن را فرآیند فراشناختی می‌دانند که در بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی اتّفاق می‌افتد. نگرانی، نوعی از افکار منفی تکرارشونده و شامل زنجیره‌ای از افکار و تصورهای منفی و کنترل ناشدنی است و با افزایش هیجان‌های منفی، تداخل در کارکرد شناختی ایجاد می‌شود (Topper, Emmelkamp, & Ehring, 2010). نشخوار فکری و نگرانی از جهاتی با یکدیگر مشابه هستند: هر دوی آن‌ها دارای بار منفی هستند و زمینه‌ی فردی یا موقعیتی منفی دارند. هم نشخوار فکری و هم نگرانی باعث به وجود آمدن مشکلات روانی و ذهنی برای فرد می‌شود که این خود موجب افزایش خلق منفی و کاهش خلق مثبت می‌شود. هر دوی آن‌ها موجب ایجاد اختلال در تمرکز و توجه فرد می‌شوند و در هر دو رفتارهای شناختی به سمت انتزاعی شدن تمایل پیدا می‌کنند (Black, 2016). نشخوار فکری و نگرانی در ارتباط با هم منجر به اضطراب و تداوم آن می‌شوند،

1. Rumination

چون مرور رویدادهای ناخوشایند گذشته و پیش‌بینی وقایع ناخوشایند برای آینده باعث ایجاد اضطراب بیشتر شده و این اضطراب بیشتر خود باعث افزایش آن افکار می‌شود (Topper et al., 2010). در واقع فرد در دور باطلی می‌افتد که از طریق برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، نشخوار فکری و نگرانی کاهش می‌یابد و فرد از این دور باطل خارج شده و در نهایت اضطراب نیز کاهش پیدا می‌کند. در تحقیقاتی که انجام شده‌اند نشان داده شده است که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش نشخوار فکری و افسردگی (Feldman, Greeson, & Senville, 2010)، کاهش آشفتگی ذهنی یا نگرانی (Mrazek, Smallwood, & Schooler, 2012) و افزایش حفظ توجه (Morrison, Goolsarran, Rogers, & Jha, 2014) را به همراه دارد.

از طرف دیگر نگرانی و نشخوار فکری می‌توانند موجب اشغال حافظه کاری و کاهش ظرفیت آن شوند. حافظه کاری یکی از انواع حافظه‌ها و به‌عنوان یک نظام ذهنی است که وظیفه اندوزش و پردازش موقتی اطلاعات برای انجام یک رشته از تکالیف پیچیده شناختی مانند فهمیدن، استدلال کردن و یادگیری را بر عهده دارد (Baddeley, 2003). این اندوزش و پردازش ظرفیت محدودی دارد و افرادی موفّق هستند که بتوانند از این ظرفیت محدود به شیوه درستی استفاده کنند. زمانی که این ظرفیت با اطلاعات غیرمفیدی انباشته گردند مسلماً عملکرد شناختی افراد را تحت تأثیر قرار خواهند داد. رویکردهای جدید درمانی اضطراب و اختلال‌های اضطرابی در کنار کمک به کاهش نشانه‌های هیجانی افراد به دنبال کمک به ارتقاء عملکرد شناختی آن‌ها نیز می‌باشند. به نظر می‌رسد ذهن آگاهی با هدف قرار دادن آموزش کنترل توجه بتواند به طور غیرمستقیم به آزاد سازی فضای حافظه کاری و ارتقاء عملکرد شناختی افراد مضطرب کمک کند (Jon Kabat-Zinn, 2003). یکی از جدیدترین تحقیقات در زمینه تأثیر آموزش ذهن آگاهی در فعالیت‌های شناختی، پژوهشی بود که نشان داد آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی به تقویت توانایی شناختی و حافظه کاری کمک می‌کند (Hunter et al., 2018). همچنین بچمن و همکاران (Bachmann et al., 2018) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که روان-درمانی و ذهن آگاهی علائم ADHD را کاهش و عملکرد حافظه فعال را بهبود می‌بخشد. یافته‌های پژوهش کواچ، مانو و الکساندر (Quach, Mano, & Alexander, 2016) نشان داده آموزش ذهن آگاهی کارکردهای شناختی دانش‌آموزان به‌ویژه ظرفیت حافظه کاری را بهبود می‌بخشد. همچنین جها، استنلی، کیوناگا، وونگ، گلفاند (Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong, & Gelfand, 2010) گزارش کرده‌اند که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش عملکرد حافظه کاری می‌شود. در پژوهش دیگری نتایج نشان داد که یوگا و مدیتیشن در بهبود حافظه کاری و کاهش اضطراب حالت مؤثر هستند (Subramanya & Telles, 2009).

نگرانی و نشخوار فکری از ویژگی‌های بارز افراد مبتلا به اضطراب بالا است. شاید بتوان گفت که کاهش ظرفیت حافظه کاری و به دنبال آن محدودیت در پردازش اطلاعات به دلیل سوگیری توجه نسبت به نگرانی و نشخوار فکری است که در ذهن این بیماران وجود دارد؛ یعنی در افراد مضطرب ظرفیت حافظه کاری آن‌ها با مطالب مربوط به نگرانی و نشخوار فکری انباشته می‌شود و آن‌ها نمی‌توانند استفاده مؤثری از ظرفیت محدود حافظه کاری داشته باشند. کاهش ظرفیت حافظه کاری جدا از اینکه کارکردهای شناختی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از لحاظ هیجانی هم باعث می‌شود توانایی مدیریت پردازش اطلاعات مناسب را نداشته باشند. آن چیزی که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به دنبال آن است آموزش مدیریت تمرکز توجه بر موضوعات بی‌ارتباط با اختلال‌های افراد است؛ یعنی جهت‌گیری افراد به سمت موضوعات مناسب که موجب می‌شود آن‌ها توجه محدود شده خودشان را از نگرانی و نشخوار فکری آزاد کنند. ازاین‌رو می‌توان گفت که درمان ذهن آگاهی با آزادسازی تمرکز توجه این افراد ظرفیت حافظه کاری و به دنبال آن پردازش اطلاعات را ارتقاء خواهد داد.

تاکنون تحقیقات انجام شده صرفاً آموزش ذهن آگاهی و تأثیر آن بر اضطراب را بررسی کرده‌اند و مکانیزم این اثربخشی چندان مورد توجه قرار نگرفته است. به نظر می‌رسد آموزش ذهن آگاهی از طریق تمرکز افراد بر زمان حال و موضوعات مورد نظر فرد، از پراکندگی حواس و وارد کردن اطلاعات غیرضروری و زائد (نشخوار فکری) یا تمرکز توجه بر موضوعات بی‌ارزش و نامرتبط (نگرانی) جلوگیری می‌کند و باعث بهره‌گیری بهتر از ظرفیت محدود حافظه کاری می‌شود و با ارتقاء عملکرد شناختی افراد بهره‌مندی‌شان را از درمان‌ها بالا می‌برد و آرامش را برایشان به ارمغان می‌آورد. ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری با مدّنظر قرار دادن نقش نگرانی و نشخوار فکری انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی و طرح مورد استفاده پیش‌آزمون – پس‌آزمون چند گروهی با گروه‌های آزمایشی، دارونما و کنترل بود. به منظور جلوگیری از اثرات عوامل مزاحم و اطمینان از اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و کنترل تأثیر دارونمای تعامل با آزمایشگر در گروه آزمایش، علاوه بر گروه کنترل از گروه گواه دارونما نیز استفاده شد. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در پایه‌های یازدهم و دوازدهم رشته‌های علوم تجربی و علوم انسانی دبیرستان‌های دولتی شهرستان قروه در سال تحصیلی

۱۳۹۴-۱۳۹۵ به تعداد ۳۴۵ نفر بودند. روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای هدفمند بود که در مرحله اوّل همه‌ی افراد جامعه آماری به پرسشنامه‌های اضطراب اسپیلبرگر پاسخ دادند. پس از کسب رضایت آگاهانه‌ی آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش و اطمینان‌دهی به آن‌ها از عدم افشای اطلاعات شخصی‌شان، ۹۳ نفر از دانش‌آموزانی که اضطراب متوسط رو به بالا داشتند به‌عنوان گروه نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (۲۸ نفر)، دارونما (۲۸ نفر) و کنترل (۳۸ نفر) قرار داده شدند.

در گروه آزمایش قبل از تشکیل جلسات اصلی، یک جلسه معارفه برگزار شد که علاوه بر پر کردن پرسشنامه‌ها، اطلاعات کلی در مورد ذهن آگاهی و هدف کارگاه آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شد و زمان جلسات با هماهنگی آن‌ها تعیین شد. سپس طی ۸ هفته، ۸ جلسه یک ساعته کارگاه آموزش ذهن آگاهی برای آن‌ها برگزار شد و پس از اتمام هر جلسه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد که حتماً تکالیف خانگی خود را انجام دهند و در صورت داشتن هر سؤالی با آزمایشگر تماس داشته باشند. بعد از اتمام کارگاه یک جلسه تحت عنوان جمع‌بندی برگزار شد که طی آن از دانش‌آموزان خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوط به پس‌آزمون را تکمیل کنند، آخرین مدیتیشن به صورت گروهی انجام داده شد و از آن‌ها نظرسنجی شد. در گروه کنترل نیز مانند گروه آزمایشی جلسه اوّل به‌عنوان جلسه معارفه و آشنایی برگزار شد. به آن‌ها اعلام شد که ۸ جلسه آموزش زبان انگلیسی از کتاب‌های یازدهم و دوازدهم توسط کارشناس ادبیات انگلیسی به صورت رایگان برگزار خواهد شد و از آن‌ها خواسته شد که پرسشنامه‌های مربوط به پیش‌آزمون را تکمیل کنند. سپس کلاس‌ها طی ۸ جلسه ۱ ساعته، هر هفته یک جلسه برگزار شد. پس از پایان کلاس‌ها آزمودنی‌ها در جلسه جمع‌بندی شرکت کردند که میزان رضایت آن‌ها سنجیده شد و پرسشنامه‌های مربوط به پس‌آزمون تکمیل گردید. در همان هفته‌ی اول که جلسه معارفه گروه آزمایش و کنترل انجام شد، از تمامی آزمودنی‌های گروه گواه نیز درخواست شد تا در یک جلسه در نمازخانه مدرسه جمع شده و پرسشنامه‌های مربوط به پیش-آزمون را تکمیل کنند و همزمان با جلسه جمع‌بندی دو گروه دیگر پس‌آزمون بر روی آن‌ها اجرا شد. لازم به ذکر است اطلاعات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های اضطراب اسپیلبرگر، مقیاس نشخوار فکری، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و آزمون گام‌به‌گام جمع‌بندی توالی شنیداری جمع‌آوری شد.

ابزارها

پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر (STAL-X)[1]: این پرسشنامه شامل دو مقیاس جداگانه برای اندازه‌گیری

1. Spielberger Test Anxiety Inventory

دو مفهوم متفاوت از اضطراب است. مقیاس اضطراب خصیصه‌ای (پنهان) و اضطراب موقعیتی (آشکار) هرکدام شامل ۲۰ جمله هستند که در قالب مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای شدت اضطراب ذهنی را می‌سنجند. برای به دست آوردن نمره فرد در هر کدام از دو مقیاس آشکار و پنهان مجموع نمرات بیست عبارت هر مقیاس محاسبه می‌گردد، در صورتی‌که در هر کدام از دو مقیاس مجموع نمرات بیشتر از ۴۳ باشد می‌توان گفت که فرد دارای اضطراب آشکار یا پنهان است و در صورتی که میانگین اضطراب آشکار و پنهان فرد بیشتر از ۴۳ باشد او اضطراب متوسط به بالا دارد. پایایی پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیلبرگر توسط تیدمن و کلاتوری (Tiedeman & Clatworthy, 1990) ۰/۸۷ گزارش شده است. پناهی شهری (Panahi-Shahri, 1993) با روش بازآزمایی، روایی اضطراب آشکار و پنهان را در ایران به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ به دست آورد.

آزمون گام‌به‌گام جمع‌بندی توالی شنیداری (PASAT)[1]: این آزمون برای ارزیابی ظرفیت و میزان پردازش اطلاعات در حافظه کاری توسط دیری، لنگان، هیبورن و فری (Deary, Langan, Hepburn, & Frier, 1991) ساخته شده است که در آن ۶۱ رقم ۱ تا ۹ به صورت تصادفی و با فاصله زمانی استاندارد برای آزمودنی خوانده می‌شود و او باید همزمان مجموع دو عدد آخر توالی را محاسبه و بیان کند. اعتبار این آزمون به روش دو نیمه‌سازی ۰/۹۶ و آلفای کرونباخ ۹۰ /۰ محاسبه شده است (Christopher & MacDonald, 2005). آزمون از روایی و اعتبار مطلوبی برای استفاده در نمونه‌های ایرانی برخوردار است؛ به گونه‌ای که ضرایب آلفای کرونباخ با میزان بالاتر از ۰/۹۰ و همسانی آزمون- بازآزمون بالاتر از ۰/۷۰ بود (Nazarboland & Farzaneh, 2009).

مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS)[2]: این پرسشنامه برای اولین بار توسط نولن-هوکسیما و مورو(Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) طراحی شده است. مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن در مقیاسی ۴ درجه‌ای از (تقریباً هرگز) تا (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل نشخوار فکری نیز از طریق جمع همه‌ی داده‌ها محاسبه می‌شود. پاپاگورجیو و ولز (Papageorgiou & Wells, 2004) در تحقیق خود میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش کردند که نشان‌دهنده‌ی پایایی درونی بالای این پرسشنامه است. همچنین میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه ایرانی ۰/۹۰ به دست آمده است (Mansouri, Farnam, Bakhshipour, & Mad, 2010).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)[3]: این پرسشنامه مقیاسی ۱۶ ماده‌ای از نوع لیکرت ۵

1. Paced Auditory Serial Addition Test
2. Rumination-Reflection Scale
3. Penn State Worry Questionnaire

درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) است که برای ارزیابی خصیصه‌ی نگرانی و ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیری نگرانی آسیب‌شناختی (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) طراحی شده است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۶ و حداکثر نمره ۸۰ می‌باشد. آنتونی، ارسیلو و رومر (Antony, Orsillo, & Roemer, 2001) در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۶ گزارش کردند. در نمونه ایرانی میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (Shirinzadeh, 2006).

پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی (FFMQ)[1]: مقیاسی ۳۹ ماده‌ای است که برای نخستین بار توسط بائر و همکاران (Baer et al., 2008) طراحی شده است و جنبه‌های مختلف ذهن آگاهی را اندازه‌گیری می‌کند. آیتم‌های این آزمون بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز یا خیلی به‌ندرت صحیح است تا خیلی اوقات یا همیشه در مورد من درست است) اندازه‌گیری می‌شوند. حداقل نمره آن ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ می‌باشد. یافته‌های (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) در ارتباط با نسخه کامل ابزار نشان می‌دهد که پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ در نوسان بوده است. احمدوند (Ahmadvand, 2013) در پژوهش خود در نمونه ایرانی میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه را بین ۰/۷۵ و ۰/۹۱ گزارش کرد.

مداخله

آموزش ذهن آگاهی بر اساس بسته‌ی مدون شده توسط باون و همکارن (Bowen et al., 2009) در ۸ جلسه یک‌ساعته ارائه شد. هر جلسه با یک تمرین آغاز و با بحث در مورد تمرین ادامه و با تکلیف خانگی پایان می‌یافت. جدول شماره ۱ خلاصه محتویات جلسات ذهن آگاهی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: خلاصه محتویات جلسات ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی شرکت‌کنندگان، شرح مختصری از ۸ جلسه، انجام مدیتیشن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن. تکلیف خانگی: انجام مدیتیشن در مورد فعالیت‌هایی مثل مسواک زدن یا شستن ظروف
دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه، بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مدیتیشن در حالت نشسته. تکلیف خانگی: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره

1. Five fact Mindfulness Questionnaire

سوم	تمرین دیدن و شنیدن، مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی. تکلیف خانگی: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
چهارم	مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار، بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم زدن ذهن‌آگاهانه. تکلیف خانگی: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن‌آگاهانه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند).
پنجم	انجام مدیتیشن نشسته، مدیتیشن اسکن بدن. تکلیف خانگی: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
ششم	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۳۰ ثانیه. تکلیف خانگی: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد، انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
هفتم	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای. تکلیف خانگی: انجام ترکیبی از مدیتیشن که فرد ترجیح می‌دهد، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید.
هشتم	اسکن، تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن، مطرح‌شدن پرسش‌هایی در مورد کل جلسات، پرسش‌هایی از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن را ادامه دهند؟

جدول شماره ۲ خلاصه محتوای جلسات آموزش زبان انگلیسی را نشان می‌دهد.

جدول ۲: محتوای جلسات آموزش زبان انگلیسی

جلسه	محتوای جلسات
اول و دوم	مرور جامع گرامر کتاب‌های زبان انگلیسی یازدهم و دوازدهم
سوم و چهارم	مرور جامع لغات کتاب‌های زبان انگلیسی یازدهم و دوازدهم
پنجم	رفع اشکالات درسی دانش‌آموزان
ششم، هفتم و هشتم	مطالعه یک داستان کوتاه به زبان انگلیسی و تحلیل گرامری آن

یافته‌ها

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش آمار استنباطی تحلیل واریانس مختلط بین– درون‌گروهی (SPANOVA) استفاده شد. جدول شماره ۳، میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون– پس‌آزمون متغیرهای اضطراب، نگرانی، نشخوار فکری، حافظه کاری و ذهن آگاهی را در سه گروه آزمایش، دارونما و کنترل نشان می‌دهد.

جدول۳: اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		گروه	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر		گروه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۴/۲۳	۶/۴۴	نگرانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۵/۳۵	۴/۴۱
		دارونما	۵۳/۷۰	۶/۱۲			دارونما	۴۶/۸۵	۴/۷۸
		کنترل	۵۴/۸۸	۶/۲۱			کنترل	۴۳/۰۵	۵/۳۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۳/۸۰	۸/۹۹		پس‌آزمون	آزمایش	۴۳/۵۰	۵/۵۰
		دارونما	۵۰/۳۸	۶/۵۱			دارونما	۴۷/۹۶	۵/۶۲
		کنترل	۵۵/۱۳	۶/۶۱			کنترل	۴۶/۷۳	۴/۹۶
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۱/۲۱	۴/۱۷	حافظه کاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۹/۳۹	۲/۴۵
		دارونما	۳۹/۸۵	۳/۹۹			دارونما	۴۷/۷۴	۲/۹۴
		کنترل	۴۲/۰۲	۳/۹۰			کنترل	۴۸/۶۵	۲/۳۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۸/۶۰	۳/۶۲		پس‌آزمون	آزمایش	۵۳/۶۰	۳/۵۳
		دارونما	۳۹/۲۲	۳/۳۵			دارونما	۴۸/۶۲	۳/۰۹
		کنترل	۴۱/۵۵	۳/۸۸			کنترل	۴۹/۴۲	۱/۹۹

نتایج ارائه شده در جدول ۳ بیانگر آن است که میانگین نمرات اضطراب، نشخوار فکری و نگرانی آزمودنی‌های سه گروه در پیش‌آزمون تقریباً مشابه است امّا در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش پایین‌تر از دو گروه دیگر است، همچنین میانگین نمرات حافظه کاری آزمودنی‌های سه گروه در پیش‌آزمون مشابه است امّا در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش بالاتر از دو گروه دیگر است.

برای بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر متغیرهای اضطراب، نگرانی، نشخوار فکری و ظرفیت حافظه کاری از تحلیل واریانس مختلط بین– درون‌گروهی (SPANOVA) استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون لوین و باکس بررسی شد. نتایج آزمون لوین و باکس حاکی از رعایت این مفروضه‌هاست؛ بنابراین، می‌توان از آزمون تحلیل واریانس بین- درون‌گروهی برای بررسی اهداف پژوهش استفاده کرد. جدول شماره۴، نتایج تحلیل واریانس مختلط

بین- درون‌گروهی برای مقایسه گروه‌های آزمایش، دارونما و کنترل در متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول۴: نتایج تحلیل واریانس مختلط بین- درون‌گروهی برای مقایسه گروه‌های آزمایش، دارونما و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته		درجه آزادی	f	سطح معناداری	اندازه اثر
حافظه کاری	اثر بین گروهی	۲	۱۳/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	اثر درون‌گروهی	۱	۷۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	اثر تعاملی	۲	۳۲/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳
اضطراب	اثر بین گروهی	۲	۱۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹۹
	اثر درون‌گروهی	۱	۲۲/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹۷
	اثر تعاملی	۲	۱۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۹
نشخوار فکری	اثر بین گروهی	۲	۳/۴۴	۰/۰۳	۰/۰۷
	اثر درون‌گروهی	۱	۵۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	اثر تعاملی	۲	۱۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷
نگرانی	اثر بین گروهی	۲	۴/۳۰	۰/۰۱	۰/۰۸
	اثر درون‌گروهی	۱	۲/۲۸	۰/۰۱	۰/۰۷
	اثر تعاملی	۲	۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۱۲

نتایج جدول ۴ حاکی از این است که اثر متغیر بین گروهی (مداخله)، همچنین اثر متغیر درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی آن‌ها بر حافظه کاری، اضطراب، نشخوار فکری و نگرانی در سطح خطای $p<0/05$ معنادار می‌باشد. در ادامه برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی شفه در مقایسه نگرانی، اضطراب، نشخوار فکری و حافظه کاری گروه‌های سه‌گانه

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
نگرانی	گروه آزمایش-کنترل	-۳/۲۳	۱/۳۲	۰/۰۵
	گروه آزمایش- دارونما	-۴/۴۶	۱/۴۳	۰/۰۰۱
	گروه دارونما- کنترل	۱/۲۲	۱/۳۴	۰/۱
اضطراب	گروه آزمایش- کنترل	-۱۱/۳۲	۱/۸۳	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش- دارونما	-۶/۵۸	۱/۹۹	۰/۰۰۱

	گروه دارونما- کنترل	-۴/۷۴	۱/۸۵	۰/۰۳
نشخوار فکری	گروه آزمایش- کنترل	-۲/۹۴	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش- دارونما	۰/۶۱	۰/۹۸	۰/۱
	گروه دارونما- کنترل	-۲/۳۳	۰/۹۲	۰/۰۳
حافظه کاری	گروه آزمایش- کنترل	۴/۱۸	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش- دارونما	۴/۹۷	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	گروه دارونما- کنترل	-۰/۷۹	۰/۷۰	۰/۰۸

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در همه متغیرهای اضطراب، نگرانی، نشخوار فکری و حافظه کاری بین گروه‌های آزمایش- کنترل تفاوت معناداری در سطح $p<0/05$ وجود دارد. تفاوت گروه‌های آزمایش- دارونما در متغیرهای اضطراب، نگرانی و حافظه کاری در سطح $p<0/05$ معنادار است. همچنین در متغیرهای اضطراب و نشخوار فکری بین دو گروه دارونما- کنترل در سطح $p<0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه

هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری با مدّنظر قرار دادن نقش نگرانی و نشخوار فکری بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی میزان اضطراب دانش‌آموزان را به میزان قابل‌ملاحظه‌ای کاهش داده است. این نتایج با یافته‌های سانگ و لیندکوویست (Song & Lindquist, 2015) مبنی بر اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و پژوهش مجید و همکاران (Majid et al., 2012) مبنی بر اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی و نگرانی همسو است. بائر و همکاران (Baer et al., 2008) در پژوهش خود، رابطه‌ی بین مؤلفه‌های ذهن آگاهی و اضطراب را بررسی کردند و گزارش کردند که بین ذهن آگاهی و اضطراب همبستگی منفی وجود دارد که نشان می‌دهد با افزایش ذهن آگاهی میزان اضطراب به طور چشمگیری کاهش پیدا می‌کند. فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و به‌تبع این‌ها در کاهش اضطراب و استرس مؤثر است (Brown, Marquis, & Guiffrida, 2013)؛ در واقع، آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی و افکار منفی رها کرده و ذهن آن‌ها را از دنده اتوماتیک خارج می‌کند؛ یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌گردد و در واقع این مهارت‌های

کنترل توجه که در آموزش ذهن آگاهی آموخته می‌شوند در کاهش اضطراب افراد مؤثر واقع می‌شوند (Bayrami & Abdi, 2009).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار نشخوار فکری و نگرانی در دانش‌آموزان شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های روزنزویگ و همکاران (Rosenzweig et al., 2010)، ویلیامز و همکاران (Williams et al., 2000) و ولز (Wells, 2010) مبنی بر اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب، وسواس فکری و استرس و درد مزمن همسو است. به طور کلی می‌توان گفت در آموزش ذهن آگاهی به شخص آموزش داده می‌شود تا در زمان حال زندگی کند و شروع کند به اینکه به شکل منطقی دل‌مشغولی‌های بی‌فایده و وقت‌گیر در مورد گذشته و توهم‌ها، ترس‌ها و پیش‌بینی در مورد آینده را رها کند. ذهن آگاهی مهارتی است که به فرد امکان تمرکز بدون قضاوت بر زمان حال را می‌دهد و در واقع او را از نشخوارهای فکری مربوط به رویدادهای گذشته و نگرانی نسبت به آینده رها می‌سازد. تمرین‌های ذهن آگاهی شامل مدیتیشن خوردن، مدیتیشن اسکن بدن و ... است، در این روش‌های مدیتیشن شخص به طور مستقیم و سیستماتیک به تک‌تک قسمت‌های بدن توجه می‌کند. توجه کردن با استفاده از روش‌های بالا دقیقاً در تضاد با نشخوار فکری است که نوعی تداوم در خلق‌وخوی پایین را به وجود می‌آورد (Wells, 2010). آموزش ذهن آگاهی با استفاده از روش‌های آموزش آرمیدگی، پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود و هشیار بودن نسبت به خویش باعث هشیاری نسبت به زمان حال، عدم تمرکز بر وقایع گذشته و از بین رفتن مرور غیرمنطقی آن‌ها می‌شود که به‌تبع آن نشخوار فکری، اضطراب و نگرانی کاهش پیدا می‌کند. در خصوص تفاوت گروه دارونما و کنترل در نشخوار فکری بعد از جلسات آموزش زبان انگلیسی می‌توان گفت تعامل با پژوهشگر و درگیر شدن ذهن با مطالب آموزشی توانسته است آن‌ها را از نشخوار افکار مزاحم و تکراری رها کند.

مقایسه گروه‌های کنترل اصلی و کنترل دارونما در پس‌آزمون تفاوت معنادار در اضطراب و نشخوار فکری را نشان داد. نظر به اینکه در گروه دارونما آموزش مداخله درمانی وجود نداشت و تعامل پژوهشگر با آموزش زبان انگلیسی با افراد نمونه برقرار بود؛ به نظر می‌رسد درگیری ذهنی با موضوعات مهم و خاصی مثل درس، تعامل با دیگران، مورد توجه قرار گرفتن و تنها نبودن قادر به انحراف ذهن افراد از نشخوارهای فکری‌شان می‌شود. با این حال مقایسه نمرات گروه‌های آزمایش و دارونما در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب و نشخوار فکری و نیز معنادار بودن تفاوت گروه‌های آزمایش و دارونما نشان‌دهنده کاهش قابل‌توجه نمرات در گروه آزمایش که آموزش ذهن آگاهی را دریافت کردند نسبت به گروه دارونما می‌باشد و این امر تأییدی است بر کارآمدی آموزش‌های تخصصی ذهن آگاهی.

همچنین طبق نتایج پژوهش تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش حافظه کاری تأیید شد و تکنیک‌های برنامه ذهن آگاهی منجر به افزایش ظرفیت حافظه کاری شد. این نتایج با یافته‌های پژوهش سابرامانیا و تلس (Subramanya & Telles, 2009) مبنی بر تأثیر بلافاصله‌ی یوگا و مدیتیشن در بهبود حافظه کاری و کاهش اضطراب حالت و پژوهش جها و همکاران (Jha et al., 2010) مبنی برافزایش عملکرد حافظه کاری با برنامه آموزش ذهن آگاهی، و با یافته‌های پژوهش کواچ و همکاران (Quach et al., 2016) مبنی بر تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر کارکردهای شناختی دانش‌آموزان به‌ویژه ظرفیت حافظه کاری همسو است. همچنین هانتر و همکارن (Hunter et al., 2018) و بچمن و همکاران (Bachmann et al., 2018) در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که آموزش ذهن آگاهی عملکرد حافظه کاری و توانایی‌های شناختی را بهبود می‌بخشد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که آموزش ذهن آگاهی با دو روش منجر به افزایش ظرفیت حافظه کاری می‌شود، از یک‌طرف ذهن آگاهی اجازه می‌دهد که افراد از طریق محدود کردن اطلاعات نامربوط استفاده مؤثرتری از حافظه کاری داشته باشند و از طرف دیگر آموزش ذهن آگاهی ممکن است ظرفیت حافظه کاری را برای انطباق بیشتر مقدار اطلاعات گسترش دهد (Morrison et al., 2014). دیویدسون و همکاران (Davidson et al., 2003) و فلیتچر، شودروف و هایز (Fletcher, Schoendorff, & Hayes, 2010) در مطالعات عصب‌شناختی خود نشان داده‌اند که تمرینات ذهن آگاهی با تغییراتی در مسیرهای عصبی همراه است. این تغییرات عصبی در ساختار مغز می‌توانند بعضی از فعالیت‌های شناختی مثل توجه و حافظه را تحت تأثیر قرار دهند. تمرینات ذهن آگاهی مخصوصاً مدیتیشن ذهن آگاهی، تأثیر مستقیمی روی فرآیندهای شناختی، مانند عملکردهای اجرایی دارد (Slagter et al., 2007). به طور کلی توجه تأثیر بسزایی بر روی حافظه کاری دارد، توجه انتخابی به‌عنوان مکانیسم بازیابی در حافظه کاری عمل می‌کند؛ بنابراین، از آنجا که تمرین‌های ذهن آگاهی از مهارت‌های توجه استفاده می‌کنند این احتمال وجود دارد که علت ارتقای حافظه کاری در این پژوهش ارتقای تمرکز و توجه دانش‌آموزان در زمان انجام تکالیف حافظه و نگهداری اطلاعات در ذهن با افزایش توجه به آگاهی از زمان حال بوده باشد (Bertrand & Camos, 2015).

به طور کلی نشخوار فکری و نگرانی جزء افکار تکرارشونده هستند که هر دوی آن‌ها موجب افزایش اضطراب می‌شوند. این افزایش اضطراب می‌تواند باعث اشغال ظرفیت حافظه کاری شود که افت عملکرد شناختی و تحصیلی دانش آموزان را به همراه دارد و این خود می‌تواند نگرانی و نشخوار فکری بیشتری ایجاد کند. در واقع دانش‌آموز در دور باطلی می‌افتد. با آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با

تمرکز روی زمان حال و عدم ارزیابی رویدادهای گذشته و پیش‌بینی آینده، ریشه این اضطراب که نگرانی و نشخوار فکری است کاهش پیدا می‌کند، به تبع آن اضطراب کاهش و ظرفیت حافظه کاری آزاد می‌شود (Bahrami, Salianeh, Farsi, & Nikravan, 2017). در حقیقت آموزش ذهن آگاهی با خالی کردن ذهن از نگرانی‌ها و نشخوارهای فکری فضای حافظه کاری را آزاد کرده و منجر به استفاده بهتر از این فضا برای ذخیره و پردازش اطلاعات جاری می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت زمانی دسترسی به آزمودنی‌ها اشاره کرد. همچنین امکان دسترسی به نمونه‌های پسر و انجام پژوهش بر روی آن‌ها فراهم نشد؛ فلذا، یافته‌های پژوهش محدود به دختران می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر توصیه می‌شود در درمان اضطراب غیر از تمرکز بر کاهش نشانه‌های اضطراب، اقدامات لازم در خصوص کاهش نگرانی و نشخوار فکری نیز انجام شود تا از این طریق بتوان محدودیت‌های ایجاد شده در فعالیت‌های شناختی افراد را نیز جبران نمود. نظر به اینکه اختلالات اضطرابی عملکرد شناختی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد در درمان آن علاوه بر کاهش نشانه‌های اختلال، باید ارتقای عملکرد شناختی‌شان را هم مورد هدف قرار داد.

سپاسگزاری و قدردانی

بدین‌وسیله از مساعدت و همکاری تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین مدیریت مدارس مورد نمونه‌گیری و اولیاء دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش سپاسگزاریم.

References

Ahmadvand, Z. (2013). An investigation of the validity and reliability of psychometric characteristics of five facet mindfulness questionnaire in Iranian non-clinical samples. *Journal of Behavioral Sciences, 7*, 229-237.

American Psychiatric Association, A., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 10): Washington, DC: American psychiatric association.

Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*: Springer Science & Business Media.

Arch, J. J., & Ayers, C. R. (2013). Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behaviour research and therapy, 51*(8), 434-442.

Bachmann, K., Lam, A. P., Sörös, P., Kanat, M., Hoxhaj, E., Matthies, S., . . . Thiel, C. M. (2018). Effects of mindfulness and psychoeducation on working memory in adult ADHD: a randomised, controlled fMRI study. *Behaviour research and therapy, 106*, 47-56.

Baddeley, A. (2003). Working memory: looking back and looking forward. *Nature reviews*

neuroscience, 4(10), 829-839.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., . . . Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15*(3), 329-342.

Bahrami, L., Salianeh, M. A., Farsi, A. R., & Nikravan, A. (2017). The Effect of Mindfulness and Working Memory Training on Quality of Life in Active Elderly. *Sport Psychology Studies, 6*(21), 1-16.

Bayrami, M., & Abdi, R. (2009). The effect of mindfulness-based techniques in reduction of students test anxiety. *Journal of Instruction and Evaluation, 2*(6), 35-54.

Bertrand, R., & Camos, V. (2015). The role of attention in preschoolers' working memory. *Cognitive Development, 33*, 14-27.

Black, S. W. (2016). *Rumination, worry, and drinking behaviors in college students: a mediation analysis*. Doctoral Dissertation (Ph.D), The university of Louisville, U. S. A.

Boettcher, J., Åström, V., Påhlsson, D., Schenström, O., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 45*(2), 241-253.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., . . . Larimer, M. E. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance abuse, 30*(4), 295-305.

Brown, A. P., Marquis, A., & Guiffrida, D. A. (2013). Mindfulness-based interventions in counseling. *Journal of Counseling & Development, 91*(1), 96-104.

Carter, J. A. (2010). *Worry and rumination: Measurement invariance across gender*: Utah State University.

Christopher, G., & MacDonald, J. (2005). The impact of clinical depression on working memory. *Cognitive neuropsychiatry, 10*(5), 379-399.

Comer, J. S., Puliafico, A. C., Aschenbrand, S. G., McKnight, K., Robin, J. A., Goldfine, M. E., & Albano, A. M. (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of anxiety disorders, 26*(1), 40-49.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine, 65*(4), 564-570.

Deary, I. J., Langan, S. J., Hepburn, D. A., & Frier, B. M. (1991). Which abilities does the PASAT test? *Personality and Individual Differences, 12*(10), 983-987.

Feldman, G., Greeson, J., & Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour research and therapy, 48*(10), 1002-1011.

Fletcher, L. B., Schoendorff, B., & Hayes, S. C. (2010). Searching for mindfulness in the brain: A process-oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness. *Mindfulness, 1*(1), 41-63.

Hunter, M. A., Lieberman, G., Coffman, B. A., Trumbo, M. C., Armenta, M. L., Robinson, C. S., . . . Romero, V. (2018). Mindfulness-based training with transcranial direct current stimulation modulates neuronal resource allocation in working memory: A randomized pilot study with a nonequivalent control group. *Heliyon, 4*(7), e00685.

Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, *10*(1), 54-64.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144–156.

Kabat-Zinn, J., Maisson, A., Kristeller, J., & Gay Peterson, L. fletcher, KE, Pbert, L., Lenderking, WR, & Santorelli, Sf (1992). Effectiveness of a Meditation Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 936-943.

Li, S. Y. H., & Bressington, D. (2019). The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, *28*(3), 635-656.

Majid, S. A., Seghatoleslam, T., Homan, H., Akhvast, A., & Habil, H. (2012). Effect of mindfulness based stress management on reduction of generalized anxiety disorder. *Iranian journal of public health*, *41*(10), 24-28.

Mansouri, A., Farnam, A., Bakhshipour, R. A., & Mahmood, A. M. (2010). The comparison of rumination in patients with major depression disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals, *Journal of* sabzevar university of medical Sciences, *17*(3), 189-195.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, *28*(6), 487-495.

Morrison, A. B., Goolsarran, M., Rogers, S. L., & Jha, A. P. (2014). Taming a wandering attention: short-form mindfulness training in student cohorts. *Frontiers in human neuroscience*, *7*, 1-12.

Mrazek, M. D., Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2012). Mindfulness and mind-wandering: finding convergence through opposing constructs. *Emotion*, *12*(3), 442-448.

Nazarboland, N., & Farzaneh, H. (2009). Working memory impairments in patients with major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *15*(3), 308-311.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, *61*(1), 115-121.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, *3*(5), 400-424.

Panahi-Shahri, M. (1993). The primary study in validity, reliability and morms of the state-trait anxiety inventori (STAI) in Iranian student smaple [Dissertation]. *Tehran: Tarbiat Modares University*.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*: Wiley Online Library.

Quach, D., Mano, K. E. J., & Alexander, K. (2016). A randomized controlled trial examining the effect of mindfulness meditation on working memory capacity in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *58*(5), 489-496.

Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic*

research, *68*(1), 29-36.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45–65). Guilford Press.

Shirinzadeh Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Taghavi, S. M. R. (2008). Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, *14*(1), 46-55.

Slagter, H. A., Lutz, A., Greischar, L. L., Francis, A. D., Nieuwenhuis, S., Davis, J. M., & Davidson, R. J. (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Biol*, *5*(6), e138.

Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse education today*, *35*(1), 86-90.

Subramanya, P., & Telles, S. (2009). Effect of two yoga-based relaxation techniques on memory scores and state anxiety. *BioPsychoSocial Medicine*, *3*(1), 1-5.

Tiedeman, M. E., & Clatworthy, S. (1990). Anxiety responses of 5-to 11-year-old children during and after hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, *5*(5), 334-343.

Topper, M., Emmelkamp, P. M., & Ehring, T. (2010). Improving prevention of depression and anxiety disorders: Repetitive negative thinking as a promising target. *Applied and Preventive Psychology*, *14*(1-4), 57-71.

Wells, L. L. (2010a). *Associations between mindfulness and symptoms of anxiety.* Thesis M. A, East Tennessee State University.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, *109*(1), 150- 155.

The Effectiveness of Mindfulness Training on Anxiety and Working Memory: Attention to the Role of Worry and Rumination

Maryam Ranjkesh
Tahereh Elahi*
Zekrollah Morovati
Kobra ghasemi

University of Zanjan

Abstract

Purpose: The aim of the present study was to investigate the effectiveness of mindfulness training on anxiety and working memory by taking the role of worry and rumination into consideration.

Method: The method of this study was quasi-experimental with a three-group pre-test/post-test design. The research statistical population consisted of all eleventh and twelfth grade female students in Qorveh city in the academic year 2015-16. From this population, using purposive sampling method, 93 students who had above-average anxiety scores were selected and randomly assigned to three groups: experimental, placebo, and control. The experimental group received eight training sessions of mindfulness-based stress reduction program. The placebo group received eight training sessions of the English language and the control group received no training. Data were collected using Spielberger Anxiety Inventory, Rumination-Reflection Scale, Penn State Worry Questionnaire, and Paced Auditory Serial Addition Test. The data were analyzed by SPANOVA statistical method.

Findings: The results indicated significant differences between the experimental, placebo, and control groups in all the variables of interest. It was specified that mindfulness-based stress reduction program was influential in reducing anxiety, rumination, and worry, and increasing working memory performance.

Keywords: Mindfulness, Anxiety, Rumination, Working memory, Worry.

* . telahi@znu.ac.ir

شجاعی، جمشید؛ کرایی، امین؛ عباس‌پور، ذبیح‌اله (۱۴۰۰). تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۱ (۱)، ۸۰-۶۰. DOI: 10.22067/tpccp.2021.68151.1016

تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال

جمشید شجاعی[۱]، امین کرایی[۲]، ذبیح‌اله عباس‌پور[۳]

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: انتقال به دوره‌ی والدگری غالباً با شور و نشاط و لذت فراوانی همراه است، اما این مرحله تغییرات زیادی را به دنبال دارد که می‌تواند کارکردهای فردی و زوجی را تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش، با هدف بررسی تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال انجام شده است.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش، کلیه زوجین دارای فرزند کمتر از ۳ سال بودند که در سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش، ۲۰ زوج بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۰ زوج) گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش، به صورت گروهی تحت زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، شامل مقیاس کیفیت رابطه جنسی زناشویی و مقیاس استرس والدینی بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌ها از نظر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند باعث افزایش معنی‌دار کیفیت رابطه جنسی ($F=۴۸۵/۹۴۴$, $p < ۰/۰۰۱$) و کاهش معنی‌دار استرس والدینی ($F=۲۷۴/۶۴۷$, $p < ۰/۰۰۱$) زوجین شد.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند، کیفیت رابطه جنسی زوجین، استرس والدینی، زوجین.

---

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران jamshidshojaei6@gmail.com

۲. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول) am.koraei@gmail.com

۳. مدرس مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران/ استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، اهواز، ایران z.abbaspour@scu.ac.ir

مقدمه

یکی از عواملی که دائماً پویایی‌های روابط زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تولد نخستین فرزند است. انتقال به دوره‌ی والدگری[1] غالباً با شور و نشاط و لذت فراوانی همراه است، اما این مرحله تغییرات زیادی را به دنبال دارد که می‌تواند کارکردهای فردی و زوجی را تحت تأثیر قرار دهد. متخصصان خانواده‌درمانی، تولد اولین فرزند و تغییراتی را که با این انتقال زوجین به دوره‌ی والدگری همراه می‌شود، به‌عنوان «وقوع بحران» توصیف کرده‌اند (Bash, 2016). از یک طرف، تولد فرزند نشان‌دهنده‌ی تحقق رویای والدین است، از طرف دیگر، می‌تواند به معنای تجربه لحظات دشوار و آزاردهنده‌ای باشد که در نتیجه‌ی تقاضاهای مراقبت و یادگیری بی‌پایان و سازمان‌دهی‌های مجددِ لازم به عنوان یک فرد، همسر، عضو خانواده و حرفه‌ای (شغلی) حاصل شده است. اگر چه سطحی از اضطراب برای همه‌ی والدین طبیعی است، اما اضطراب شدید یا طولانی‌مدت می‌تواند در توانایی انجام فعالیت‌های روزمره اختلال ایجاد نموده و بر روابط تأثیرگذار باشد. تغییرات عمیق در سبک زندگی، نقش‌ها و روابط به عنوان عواملی نامیده شده‌اند که همواره باعث افزایش سطح استرس و تأثیر بر کیفیت زندگی زنان و مردان می‌شوند (Ngai & Ngu, 2013).

علاوه بر این، برقراری هماهنگی و سازگاری بین هویت‌های مختلف (خود، والدین، شریکِ زندگی) به سختی می‌تواند انجام شود و برای این‌که فرد به عنوانِ والد، بتواند احساس راحتی و شایستگی داشته باشد، زمان طولانی صرف می‌شود. همچنین، تولد فرزندِ اول هر دو شریک را مجبور به تعریف دوباره نقش‌ها، انتظارات و تعاملات خود می‌کند (Doss & Rhoades, 2017) و از آنجایی که نقشِ والدین در اولویت قرار می‌گیرد، والدین اغلب از نیازهایِ خود به نفع نیازهای کودک غفلت می‌کنند که می‌تواند پیامدهایی برای سلامت ارتباط بین زوجین داشته باشد (De Goede & Greeff, 2016; Delicate et al., 2018). به همین ترتیب، والدینی که به تازگی دارای فرزند شده‌اند، غالباً از این شکایت دارند که دیگر آزادی و انعطاف‌پذیری برای برنامه‌های مورد علاقه خود، اوقات فراغت و یا انجام فعالیت‌هایی در خارج از حوزه خانواده (به عنوان مثال «زمانِ منحصر به من») را ندارند (De Goede & Greeff, 2016). در نتیجه، ممکن است احساس کنند که کنترل زندگی خود را از دست داده‌اند (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010).

یکی از متغیرهایی که در زندگی زناشویی زوج‌ها، می‌تواند تحت تأثیر انتقال به دوره‌ی والدگری قرار گیرد، کیفیت رابطه جنسی[2] می‌باشد. تغییر در کیفیت روابط جنسی در انتقال به دوره‌ی والدگری، یک چالش معمول می‌باشد که اغلب نادیده گرفته می‌شود. بعد از تولد فرزند، ابعاد روابط جنسی زوجین که

1. Transition to Parenthood
2. Quality of Sexual Relationship

تحت تأثیر قرار می‌گیرند شامل رضایت جنسی، تمایل جنسی و نگرانی‌های جنسی مربوط به یک رویدادِ خاص (زایمان) بوده و از جمله نگرانی‌های مربوط به این دوره، میزان تأثیر بهبودی جسمی بعد از زایمان بر روابط جنسی بوده و یا این‌که چه موقع می‌توان با خیال راحت روابط مقاربتی را از سر گرفت (McBride & Kwee, 2017; Schlagintweit, Bailey, & Rosen, 2016). تجربه والدینی که به تازگی دارای فرزند شده‌اند، این‌طور بیان می‌کند که رضایت جنسی (ارزیابی ذهنی آن‌ها از کیفیتِ رابطه جنسی) نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته است. به طور خاص، یک سوم تا نیمی از والدینی که صاحب اولین فرزند شده‌اند، احساس نارضایتی از زندگی جنسی خود را در ۶ تا ۸ ماه پس از زایمان نشان می‌دهند (Yıldız, 2015).

متغیر دیگری که بر پویایی روابط زوج‌ها تأثیر می‌گذارد و می‌تواند تحت تأثیر انتقال به دوره‌ی والدگری قرار گیرد، استرس والدینی زوجین[1] می‌باشد. استرسِ والدینی، به عنوان مشکلات و سختی‌هایی که والدین در حین مراقبت از کودک تجربه می‌کنند، تعریف می‌شود و این استرس در خلال مشکلاتِ مربوط به سلامت روان والدین یا حوادث ناگوار زندگی یا شخصیت کودک در سطوحی متفاوت، تجربه می‌شود (Vinayak & Dhanoa, 2017). محققانی از قبیل (Abidin & Brunner, 1995)، استرس والدینی را حاصل اثر تعامل کنش‌وریِ خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش‌پذیری یا مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، فزون‌کنشی و تقویت‌گری) می‌دانند. آن‌ها همچنین، معتقدند که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل فشارزای زندگی (مانند طلاق، مشکلات شغلی و ...) دلیل افزایش احتمال نارسایی کنش‌وری و استرس والدینی است (Vinayak & Dhanoa, 2017).

به‌این‌ترتیب، با مرور پیشینه‌ی پژوهشی مشخص می‌شود که انتقال به دوره‌ی والدگری که در واقع یک انتقال طاقت‌فرسا و پراسترس در زندگی است، ممکن است زوجین را در معرض مشکلات روحی و روانی قرار دهد (Da Costa et al., 2019; Doss & Rhoades, 2017; Vismara et al., 2016). در این انتقال، چالش‌های جدیدی ایجاد می‌شود (به عنوان مثال، تغذیه با شیر مادر، خستگی/ کمبود خواب، تصمیم‌گیری‌های والدین، تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌های زوجین) که ممکن است تهدید (شرایط سخت) یا تقاضای شدید برای فرد یا زوج ایجاد کند (Doss & Rhoades, 2017). بسته به عوامل فردی، رابطه‌ای یا زمینه‌ای، چنین چالش‌هایی ممکن است بیش از منابع مقابله‌ای فرد ادراک شوند، بنابراین، بر عملکرد فردی یا دوگانه

1. Parental Stress of Couples

(برای زوجین) در فرآیندی تحت عنوان «استرس» تأثیر می‌گذارد (Ben-Zur, Zeigler-Hill, & Shackelford, 2019). در یک پژوهش (Martins, 2019) به بررسی پیامدهای بهزیستی روان‌شناختی و سلامت زوجین، در طی شش ماه اول انتقال به نقش والدینی پرداخت و نتایج نشان داد که تغییر در سبک زندگی، نقش‌ها و روابط باعث افزایش استرس و کیفیت زندگی زوجین می‌شود و اثرات شدیدی که بر زندگی زوجین وارد می‌شود، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت زوجین را به مخاطره می‌اندازد. در پژوهش دیگری (Jones et al., 2018) به بررسی اثربخشی برنامه مداخله پیشگیرانه بنیادهای خانواده بر بهبود کارایی والدین، زوجین و فرزند پرداختند. این برنامه برای زوج‌هایی طراحی شده که در مرحله انتقال به دوره‌ی والدگری هستند (در انتظار تولد اولین فرزندشان می‌باشند). نتایج این برنامه اثرات مثبت بلندمدتی را بر بهبود کارایی والدین، زوجین و فرزند به دنبال داشته است. همچنین (Abbaspour et al., 2019a) پژوهشی با هدف اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر هماهنگی زناشویی و شایستگی والدگری پس از زایش نخستین فرزند زوجین انجام دادند و نتایج نشان داد این مدل درمانی می‌تواند برای انتقال به مرحله والدگری کارساز باشد.

شواهد فراوان گویای آن است که زوج‌ها در جامعه‌ی امروزی اغلب برای برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به‌ویژه موضوعات مربوط به پیوندهای هیجانی با افراد مهم زندگی، برای درمان مراجعه می‌کنند. به همین خاطر نیاز ما به رویکردهای مؤثر و به طور تجربی حمایت‌شده برای زوج‌درمانی، مورد تأکید قرارگرفته است (Christensen, Atkins, Yi, Baucom, & George, 2006). فرا تحلیل‌های زوج‌درمانی تأکید می‌کنند که رویکردهای گوناگون در درمان آشفتگی زوج‌ها، بهبود بالینی و آماری معنی‌داری برای بخش قابل‌توجهی از زوج‌ها به ارمغان آورده‌اند و متوسط افرادی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۰/۸۰ افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، بهبود بیشتری نشان می‌دهند (Bash, 2016).

بیش از ۴۰ سال تحقیق و تمرین در زوج‌درمانی، منجر به ارائه طیف گسترده‌ای از پروتکل‌های درمانی از لحاظ کیفیت و چگونگی اجرا شده است: رفتاری[1]، متمرکز بر بینش[2]، سیستمی[3] و متمرکز بر هیجان[4]. ولی بر اساس مطالعات موجود، تفاوت‌های معتبری در زمینه اثربخشی این درمان‌ها به دست نیامده است. علی‌رغم تدوین پروتکل‌های متعدد در زمینه زوج‌درمانی، امروزه متخصصان بیشتر تمایل به استفاده از رویکردهای تلفیقی (یکپارچه‌نگر) دارند و معتقدند که یک رویکرد محض به دلیل آن‌که به طور همه‌جانبه و عمیق مشکلات

1. Behavioral
2. Vision-Focused
3. Systemic
4. Emotion-Focused

زوج را نمی‌شکافد از کارایی لازم برخوردار نیستند. شاید یکی از دلایل چنین پیامدهایی این باشد که همه‌ی این درمان‌ها بر پایه‌ی اصول مشترکی هستند (Snyder & Balderrama-Durbin, 2012).

زوجین در گذار به مرحله‌ی والدینی، برای تطبیق خود با نقش‌های جدید به‌عنوان والدین و از طرفی تأمین نیازهای خود به روابط صمیمانه توأم با حفظ سبک والدگری مطلوب، تحت فشار قرار می‌گیرند. آن‌ها از این همه تلاش برای انجام وظایف خود از جمله: «حفظ زندگی، تأمین هزینه‌های خانوار، حفظ اوقات سرگرمی، روابط اجتماعی و صمیمیت جنسی و عاطفی» که قبل از بچه‌دار شدن به راحتی انجام می‌دادند، خسته می‌شوند. آن‌ها همزمان با این همه وظایفِ مختلف در شرایط پر استرس به منظور تداوم زندگی با کیفیت سابق، نقش‌های جدیدی نیز برای مراقبت و دوست داشتن یک کودک (یا کودکان) دارند و این روابط زناشویی را دچار اختلال می‌کند (Delicate et al., 2018).

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که پس از تولد اولین فرزند، میزان رضایت دو سوم زوجین از روابط زناشویی‌شان کاهش پیدا می‌کند و تعارض در روابط و خصومت نسبت به یکدیگر، به طرز قابل‌توجهی افزایش می‌یابد (Neves Carvalho et al., 2017). زوجین خود را بیش از پیش در حال جنگ و ستیز می‌یابند و صمیمیت عاطفی آن‌ها خراب می‌شود. آن‌ها سردرگم، خسته و فرسوده می‌شوند، بنابراین عجیب نیست که میزان اشتیاق و علاقه، روابط جنسی و عشق آن‌ها رو به زوال می‌گذارد (McBride & Kwee, 2017). به عقیده صاحب‌نظران، منابعی که در حال حاضر برای عبور از مرحله گذار والدینی در دسترس زوج‌ها قرار دارد، تأثیری در افزایش میزان رضایت زناشویی آن‌ها نداشته است (Bash, 2016). بنابراین، مسئله‌ای که در حال حاضر وجود دارد این است که کدام روش‌ها می‌تواند رضایت زناشویی و عوامل مرتبط با آن را در زوج‌هایی که بچه‌دار شده‌اند، افزایش دهد؟

یکی از روش‌های درمانی تلفیقی که در سال‌های اخیر برای کمک به مشکلات و ناهماهنگی‌های زناشوییِ ناشی از زایش نخستین فرزند ابداع شده، اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند[1] (به معنی الماس) می‌باشد. زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند، یک برنامه طراحی شده برای بهبود مشکلات زناشویی زوجینی است که به تازگی فرزند دار شده‌اند. این برنامه‌ی چهار بعدی، بر مبنای چهار بعد اساسی تعهد[2]، ارتباط[3]، پیوند (اتصال)[4] و ملاحظه (توجه)[5] بنا شده است و ترکیبی از روش گاتمن[6]، هارویل هندریکس[7]،

1. Integrative Couple Therapy via Diamond Method
2. Commitment
3. Communication
4. Connection
5. Consideration
6. Gottman
7. Harville Hendrix

زوج‌درمانی شناختی رفتاری[1]، نظریه دلبستگی[2]، زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر کوتاه‌مدت[3] و زوج‌درمانی ساختاری[4] می‌باشد. در این برنامه‌ی درمانی، تعهد به وفادار ماندن به همسر در خلال زندگی مشترک اشاره دارد. ارتباط به معنای روشی است که زوجین از آن برای بیان افکار و احساساتشان نسبت به یکدیگر استفاده می‌کنند و زبانی است که ما آن را برای بیان احساسات حقیقی‌مان به کار می‌بریم. پیوند به معنای احساس امنیت و قرابتی است که ما از ابراز احساسات و افکار خود به دست می‌آوریم و حس پذیرفته شدن می‌کنیم. این واژه، مترادف با احساس دوست داشته شدن و دوست داشتن همسر به شیوه‌ای عاشقانه است. ملاحظه به معنای احترام هوشمندانه و همراه با همدلی بوده و تمایل به اجتناب از انجام دادن کاری است که سبب غم، ناراحتی یا خشم دیگران شود. شایستگی اثربخشی این درمان، مورد تأیید متخصصین زوج‌درمانی قرارگرفته است (Bash, 2016).

این مدل درمانی، به برخی از چالش‌های دوره‌ی انتقال به والدگری و استفاده از نماد الماس برای نتیجه نهایی مقاومت و پایداری زناشویی اشاره کرده است. دقیقاً همان‌طور که چهار ویژگی با عناوین قیراط[5]، برش[6]، رنگ[7] و شفافیت[8] وجود دارد که به صورت غیررسمی به عنوان (4C) شناخته می‌شوند و عموماً برای توصیف کیفیت یک الماس استفاده می‌شوند، چهار ویژگی (نیز) وجود دارد که رایج‌ترین مدل‌های درمانی را می‌توان جهت کمک به افزایش رضایت‌مندی زناشویی و عوامل مرتبط با آن، از قبیل کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی، به آن‌ها تقسیم‌بندی کرد. «4C» الماسِ رابطه که محققان ابداع کرده‌اند شامل: تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) می‌شود. نماد الماس، نشانگر ارزشمندی جنسِ یک ازدواج مستحکم است (Bash, 2016). هدف روش دایمند در این پژوهش، افزایش کیفیت رابطه جنسی و کاهش استرس والدینی در زوج‌های دارای فرزندان نوپا و ایجاد یک رابطه‌ی الماس‌گونه‌ی محکم و سخت بوده است.

اگر چه الماس به خودی خود قطعاً تضمین‌کننده‌ی یک رابطه موفق نیست، (اما) خصوصیات نمادین آن، یادآور استحکام، درخشش و ماندگاری هستند که ما باید برای دست‌یابی به آن‌ها در روابطمان بکوشیم. گاهی اوقات، درخشش در طول سال‌ها به جهت کهنه شدن زندگی، مات خواهد شد. تمیز کردن یک حلقه‌ی ازدواج برای درخشان نگه داشتن آن، با انجام امور ضروری برای درخشنده و سالم نگه داشتن یک

1. Cognitive Behavioral Couples Therapy
2. Attachment Theory
3. Brief Integrative Couple’s Therapy
4. Structural Couple’s Therapy
5. Carat
6. Cut
7. Color
8. Clarity

ازدواج در زمانی که دستخوش یک عامل استرس‌زای دائمی مثل پدر و مادر بودن می‌شود، یکسان است. به این ترتیب، این برنامه‌ی درمانی به فراهم آوری یک منبع کمکی برای زوج‌ها و پرورش شادکامی، قدرت درونی و تعادل هر دو فرد در زندگی زناشویی کمک می‌کند.

پیش‌بینی می‌شود که با درگیر شدن موفقیت‌آمیز در زوج‌درمانی به روش دایمند، رضایت‌مندی زناشویی در زوج‌ها در نقش‌های جدیدشان به عنوان پدر و مادر افزایش خواهد یافت. درحالی‌که هم‌اینک برنامه‌های زوج‌درمانی دیگری نیز وجود دارند، این مدل درمانی به سراغ مشکلات مشترکی که زوج‌ها با آن مواجه هستند، می‌رود و همچنین عوامل استرس‌زای مخصوص تازه پدر و مادرها را به روشی ساده و مؤثر مورد رسیدگی قرار خواهد داد. نقش درمانگران در این رویکرد ترکیبی شامل: تفسیر علت رفتارهای معین، پشتیبانی و تشویق، نظارت، آموزش، کمک به زوج‌ها برای برآمدن از عهده مشکلات و ایجاد ابزارهایی برای افزایش احساس رضایت‌مندی زناشویی‌شان است (Bash, 2016).

در همین راستا (Bash, 2016) برای اولین بار این مدل درمانی را مورد استفاده قرار داد و بررسی نمود که آیا این طرح پیشنهادی می‌تواند رویکرد سیستماتیک و منظمی را برای درمانگران فراهم کند تا در هنگام کار با زوج‌ها یا افرادی که مشکلات و نارضایتی زناشویی را تجربه می‌کنند، از آن بهره ببرند؟ اگر چنین هست، چه سازوکارهای خاصی در تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) (که محقق آن‌ها را 4C نامیده است)، وجود دارد که موجب اثربخشی آن‌ها شده است؟ همچنین (Abbaspour et al., 2019) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر هماهنگی زناشویی و شایستگی والدگری پس از زایش نخستین فرزند بر روی زوجینی که دارای فرزند کمتر از سه سال بودند، انجام دادند و یافته‌ها نشان داد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند برای انتقال به مرحله والدگری کارساز باشد و نتیجه گرفتند که خانواده درمانگران می‌توانند از این روش درمانی برای بهبود روابط زناشویی زوجین ایرانی استفاده کنند. به همین ترتیب (Abbaspour & Chubdari, 2020)، در پژوهش دیگری به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر بهزیستی روان‌شناختی و تعارض زناشویی بعد از تولد اولین فرزند زوجین پرداختند و نتایج نشان داد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند باعث کاهش معنادار تعارضات زناشویی شد، ولی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین تأثیر معنادار نداشت. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند برای تسهیل انتقال زوجین به مرحله والدگری مؤثر باشد.

ضرورت پرداختن به مباحثی از قبیل کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در زوجین، از منظر هیچ‌کس پوشیده نیست. داشتن روابط زناشویی رضایت‌بخش می‌تواند منجر به پیشرفت‌های حیرت‌آور

فردی و خانوادگی شود و فقدان چنین روابطی می‌تواند زخم‌ها و صدمه‌هایی را ایجاد کند که شاید سال‌ها التیام نیابد. تحقیقات نشان داده است که با کاهش کیفیت روابط زناشویی احتمال طلاق افزایش‌یافته و کیفیت روابط زناشویی بر کیفیت کلی زندگی و بهزیستی ذهنی تأثیرگذار است (Post, 2015). دلیل کاربرد رویکرد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در پژوهش حاضر، این است که درمان‌های تک بعدی (مثلاً درمان‌های مبتنی بر شناخت یا درمان‌های رفتاری یا هیجانی) به تنهایی نتوانسته‌اند روابط خانوادگی را با همه‌ی پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند (Halford & Snyder, 2012)، بر همین اساس در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای ترکیب مؤلفه‌های خاص از رویکردهای مختلف به یک روش منظم و در یک مدل منسجم و یکپارچه انجام شده است (Bash, 2016). بنابراین، درحالی‌که مطمئناً روش‌های دیگری نیز برای رفع مشکلات رایج زوجین در دسترس بوده، اما این مدل عوامل استرس‌زای خاص والدین جدید را در نظر گرفته و به صورت روشی ساده و مؤثر طراحی شده است و با ترکیبی از مجموعه پروتکل‌ها و تمرینات ساختاریافته به مراجعان برای افزایش مهارت‌های اجتماعی در تغییر رفتار مراجعان کمک فراوانی می‌کند.

با توجه به این‌که دوره‌ی گذار به مرحله‌ی والدینی، اشاره دارد به دوران سازگاری بین زمان تولد اولین فرزند تا پنج سال آینده، برای والدینی که به تازگی صاحب نخستین فرزند خود شده‌اند (Bash, 2016) و بر مبنای پژوهش‌های انجام شده بر اساس رویکرد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند (Abbaspour & Chubdari, 2020; Abbaspour et al., 2019) که بر روی زوجین دارای فرزند زیر سه سال انجام شده‌اند و همچنین، یافت نشدن پژوهشی در داخل کشور که برای حل مسائل و مشکلات ناشی از کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال انجام شده باشد، مسئله پژوهش حاضر این بود که آیا روش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال تأثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین دارای فرزند کمتر از ۳ سال مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آن‌ها، ۲۰ زوج (۴۰ نفر) با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، به صورت نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش (۱۰ زوج = ۲۰ نفر) و گواه (۱۰ زوج = ۲۰ نفر) گمارده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، توانایی صحبت کردن به

زبان فارسی، داشتن حداقل دو سال زندگی مشترک، داشتن فرزند زیر سه سال، حداقل یکی از زوجین بر مبنای پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس از همسر یا روابط زناشویی خود ناراضی باشد، در زمان مراجعه به مرکز مشاوره با هم زندگی کنند و این که هم زن و هم شوهر، آمادگی و فرصت شرکت در جلسات را داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: اعتیاد به مواد مخدر یا الکل حداقل یکی از زوجین در زمان حال، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی در زمان مراجعه به مرکز مشاوره و سابقه بستری شدن در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بوده است.

نحوه انجام پژوهش، به این صورت بود که در ابتدا به منظور بررسی میزان نارضایتی زوجین، از پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس استفاده شد و پس از احراز ملاک‌های ورود، شرکت‌کنندگان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس، طی جلسه‌ای پژوهشگر به معرفی خود، اهداف، قوانین، مکان، طول مدت جلسات و... پرداخت. قبل از شروع مداخلات، از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. در ادامه، گروه آزمایش طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش با استفاده از زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار باقی ماندند. آموزش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند به صورت گروهی و با روش‌های سخنرانی، بحث و پرسش و پاسخ انجام شد. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه تکلیفی مرتبط با آن جلسه داده و در ابتدای جلسه بعد ضمن بررسی به افراد بازخورد داده شد. محتوی مداخله توسط (Bash, 2016) طراحی و توسط محقق ترجمه شده و دستورالعمل‌های آن به تفکیک جلسات، در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوا و ساختار جلسات مداخله زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی و مقدمه	بحث و معرفی روش دایمند، خلاصه روش الماس، شرح مختصری از چهار بعد اساسی 4C's (تعهد، ارتباط، پیوند و ملاحظه)؛ دلایل اساسی برای زوجین در یادگیری این برنامه، تبیین برنامه در قالب یک برنامه دونفره، اهداف فردی برای زوج‌درمانی، اهداف زوجی برای رابطه، بررسی احساسات و ترس‌های قبل از شروع درمان، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه
۲	تعهد	بحث و بررسی باورهای زوجین در مورد متعهد بودن، بررسی تعریف هر فرد از تعهد، بررسی مسائل فعلی مرتبط با تعهد، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان
۳	ارتباط	تبیین ارتباط به عنوان عنصر اصلی رابطه، یادگیری صحبت کردن به زبانی که هر دو آن را درک کنند، شناسایی چالش‌های ارتباطی، بررسی راه‌حل‌های احتمالی، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان

۴	پیوند عاطفی و فیزیکی	تأکید بر اهمیت پیوندهای روزانه، تعریف پیوند و صمیمیت، تبیین اهمیت صمیمیت فیزیکی، جنسی و عاطفی در ازدواج، بررسی اثرات محرومیت عاطفی و فیزیکی در زوجین، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان
۵	ملاحظه و توجه	شناسایی مواقعی که زوجین هنگام رنجش، به شیوه‌ای پرخاشگر منفعل و یا بی‌ملاحظه رفتار می‌کنند، تعریف ملاحظه به صورت «نشان دادن مهربانی، عشق و احترام به دیگری»، قاب‌گیری ملاحظه به شکل انجام دادن کارهای کوچکی که همسر را خوشحال می‌کند، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان
۶	نتیجه‌گیری و جمع‌بندی	بحث در مورد اهمیت کیفیت روابط زناشویی، اشاره به مراحل دشوار زندگی و کاربرد این مهارت‌های چهارگانه، بحث در مورد چشم‌انداز زوجین درباره آینده، بازخورد از جلسه و کل روند درمان، بررسی و شناسایی موانع اجرای برنامه در بلندمدت

در پایان جلسه‌ی ششم، مجدداً ابزارهای مربوط به متغیرهای وابسته پژوهش (کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی) به منظور بررسی تغییرات انجام شده در اختیار گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. در این پژوهش، از ابزارهای زیر جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید:

مقیاس کیفیت رابطه جنسی زناشویی[1]

این مقیاس که توسط (Sadeghi & Samani, 2011) طراحی و اعتباریابی شده، شامل ۱۲ گویه بوده و برای سنجش کیفیت روابط جنسی زناشویی ساخته شده است. در این مقیاس، کیفیت روابط جنسی زناشویی در سه خرده‌مقیاس میل (گرایش) جنسی، اجازه رابطه جنسی و خشنودی جنسی اندازه‌گیری می‌شود. برای نمره‌گذاری گویه‌ها از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از به شدت مخالف (۱) تا به شدت موافق (۵) استفاده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل پرسشنامه، به ترتیب ۱۲ و ۶۰ می‌باشد. در این مقیاس نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت روابط جنسی بیشتر است. این پژوهشگران (Sadeghi & Samani, 2011) به منظور بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این مقیاس که بر روی نمونه‌ای به تعداد ۱۵۰ فرد متأهل (۸۳ زن و ۶۷ مرد) انجام شده، از روش تحلیل عاملی استفاده نمودند. پیش از اجرای تحلیل عاملی، ابتدا دو شاخص نسبت KMO و آزمون بارتلت بررسی شد. مقدار KMO برای ماتریس همبستگی پرسش‌های این مقیاس برابر با ۰/۸۴ و آزمون بارتلت در خصوص کفایت محتوای پرسشنامه معنی‌دار بود. پس از اطمینان از دو شاخص KMO و ضریب کرویت بارتلت، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی، گویه‌های این مقیاس بررسی شدند. در این مسیر، ماتریس ۱ تا ۴ عاملی مورد ارزیابی قرار گرفت که بهترین ترکیب محتوایی حاصل از وضعیت ۳ عاملی بود. شایسته یادآوری است که ملاک انتخاب تعداد عامل برای

1. Quality of Marital Sexuality Scale

چرخش مؤلفه‌ها، نمودار اسکری، ارزش ویژه بالاتر از یک و درصد واریانس قابل تبیین بود. سه عامل مستخرج از ماتریس همبستگی گویه‌های پرسشنامه در مجموع ۰/۸۵ درصد از واریانس پرسشنامه را مورد ارزیابی قرار می‌دادند. پس از چرخش ماتریس سه عاملی پرسشنامه کیفیت روابط جنسی زناشویی به شیوه متعامد (واریماکس) بر اساس ماتریس مؤلفه‌های چرخش داده شده محتوای هر یک از این عوامل بر پایه بار عاملی هر پرسش در هر عامل استخراج شد. سپس این عوامل با توجه به محتوای گویه‌ها، میل (گرایش) جنسی، اجازه رابطه جنسی و خشنودی جنسی نام‌گذاری شدند (Sadeghi & Samani, 2011). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس استرس والدینی[1]

این مقیاس (Berry & Jones, 1995)، یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۱۸ گویه بوده و نشان‌دهنده‌ی موضوعات لذت‌بخش یا مثبت والدگری (منافع عاطفی، غنی‌سازی خود و رشد فردی) و مؤلفه‌های منفی (نیاز به منابع، بهای فرصت‌ها و محدودیت‌ها) می‌باشد. برای نمره‌گذاری هر گویه، یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از: (۱) کاملاً مخالفم، (۲) مخالفم، (۳) بی‌نظرم، (۴) موافقم و (۵) کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل پرسشنامه، به ترتیب ۱۸ و ۹۰ می‌باشد. نمره‌های بالاتر این مقیاس، استرس بیشتری را نشان می‌دهند. این مقیاس، برای ارزیابی استرس والدینی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد (Mohtashami, Dehkordi, Chimeh, Alipor, & Ofoghi, 2012). این پژوهشگران (Berry & Jones, 1995) اعتبار درونی و اعتبار آزمون- باز آزمون این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کردند. در بررسی مقدماتی که به منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه شده به زبان فارسی، روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار آزمون- باز آزمون با فاصله زمانی یک هفته، ۷۸ درصد به دست آمد (Hasanzadeh, 2012). به همین ترتیب، این مقیاس اعتبار همگرای رضایت بخشی با ابزارهای مختلف اندازه‌گیری استرس، هیجان و رضایتِ نقش، از جمله استرس ادراک‌شده، استرس شغلی/خانوادگی، تنهایی، اضطراب، گناه، رضایت زناشویی، تعهد زناشویی، رضایت شغلی و حمایت اجتماعی نشان داده است (Mohtashami et al., 2012). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

در این پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرها استفاده شد. همچنین، به منظور بررسی تأثیر آموزش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر متغیرهای وابسته پژوهش، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل‌های آماری نیز، به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفت.

1. Parental Stress Scale

یافته‌ها

جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی زوجین

متغیرها		گروه آزمایش	گروه گواه
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن	۲۰-۲۵ سال	۶ (۲۰)	۷ (۲۳/۳)
	۲۶-۳۰ سال	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۶/۶)
	۳۱-۳۵ سال	۱۱ (۳۶/۶)	۹ (۳۰)
	بالای ۳۵ سال	۳ (۱۰)	۶ (۲۰)
تحصیلات	دیپلم	۵ (۱۶/۶)	۷ (۲۳/۳)
	کاردانی	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۶/۶)
	کارشناسی	۱۰ (۳۳/۳)	۱۲ (۴۰)
	تحصیلات تکمیلی	۵ (۱۶/۶)	۳ (۱۰)
مدت ازدواج	۱-۳ سال	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۶)
	۴-۶ سال	۱۴ (۴۶/۶)	۱۲ (۴۰)
	۷-۹ سال	۸ (۲۶/۶)	۱۰ (۳۳/۳)
	بالای ۹ سال	۴(۱۳/۳)	۳ (۱۰)

جدول ۳، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در گروه زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند (۱) و گروه گواه (۲) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (زوجین)

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت رابطه جنسی	گروه (۱)	۳۶/۹۷	۱/۳۲	۴۳/۷۲	۱/۱۱	۴۴/۳۵	۱/۳۴
	گروه (۲)	۳۵/۶۶	۱/۲۳	۳۶/۲۹	۱/۰۶	۳۷/۲۳	۱/۲۹
استرس والدینی	گروه (۱)	۵۵/۵۹	۱/۷۴	۴۶/۹۲	۱/۲۷	۴۶/۱۰	۱/۳۲
	گروه (۲)	۵۵/۴۴	۱/۷۸	۵۴/۵۱	۱/۷۶	۵۳/۶۱	۱/۸۴

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است که نمره میانگین گروه آزمایش در کیفیت رابطه جنسی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است، اما در گروه گواه نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر چندانی نشان نمی‌دهد. همچنین، مشخص است که نمره میانگین گروه آزمایش در استرس والدینی در

پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است و این تغییر در گروه گواه تغییر چندانی نشان نمی‌دهد. با این‌حال، برای بررسی معناداری، از روش‌های آمار استنباطی استفاده شد.

در این بخش، قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور مهم‌ترین پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس یعنی آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها و آزمون باکس در مورد پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن‌ها به ترتیب در جدول‌های ۴ و ۵ ذکر شده‌اند.

جدول ۴: آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش

متغیر	F	df1	df2	*p*
کیفیت رابطه جنسی	۲/۶۹۵	۱	۳۸	۰/۱۰۹
استرس والدینی	۳/۶۲۵	۱	۳۸	۰/۰۶۵

نتایج یافته‌های جدول ۴، پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه را در دو متغیر رد نمی‌کند. به عبارت دیگر، واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته پژوهش، یعنی کیفیت رابطه جنسی (p = ۰/۱۰۹) و استرس والدینی (p = ۰/۰۶۵) در دو گروه تفاوت ندارد.

جدول ۵: آزمون باکس در مورد پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش

آزمون باکس	F	df1	df2	*p*
۲/۵۶۷	۰/۸۰۷	۳	۲۵۹۹۲۰	۰/۴۹۰

نتایج آزمون باکس در جدول ۵، پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها را در جامعه رد نمی‌کند (p = ۰/۴۹۰) یعنی روابط بین دو متغیر وابسته موجود در دو گروه، در واقع در جامعه با هم برابر بوده‌اند.

برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و گواه بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) روی داده‌ها انجام گرفت، سپس فرضیه‌های پژوهش آزمون شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) روی نمره‌های پس‌آزمون کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در گروه‌های آزمایشی و گواه

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	*p*
اثر پیلایی	۰/۹۵۵	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۵	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲۱/۳۵۱	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲۱/۳۵۱	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه‌های آزمایشی و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های پس‌آزمون کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	*p*	اندازه اثر	توان آماری
گروه	کیفیت رابطه جنسی	۳۴۵/۴۸۶	۱	۳۴۵/۴۸۶	۴۸۵/۹۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
	استرس والدینی	۴۴۴/۳۸۷	۱	۴۴۴/۳۸۷	۲۷۴/۶۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر کیفیت رابطه جنسی (F=۴۸۵/۹۴۴ و p =۰/۰۰۱) و استرس والدینی (F=۲۷۴/۶۴۷ و p =۰/۰۰۱) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی) بین گروه‌های زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. به عبارت دیگر، نتایج نشان داده آموزش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی تأثیرگذار بوده و کیفیت رابطه جنسی زوجین را در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داده است. همچنین، این شیوه درمانی بر استرس والدینی تأثیرگذار بوده و استرس والدینی زوجین را در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داده است.

نتیجه

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال بود. نتایج این پژوهش، نشان داد که زوج‌درمانی تلفیقی

به روش دایمند موجب بهبود کیفیت رابطه جنسی و کاهش استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال شده است. این یافته با پژوهش‌های (Abbaspour & Chubdari, 2020; Abbaspour et al., 2019b; Bash, 2016) همسو می‌باشد. در پژوهش (Bash, 2016) برای اولین بار نتایج این مدل درمانی نشان داد که تمرکز بر تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) (که محقق آن‌ها را 4C نامیده است)، می‌تواند درمان مؤثری برای افزایش رضایت زناشویی در زوج‌های دارای کودک خردسال باشد. در پژوهش (Abbaspour et al., 2019b) اثربخشی این مدل درمانی بر روی هماهنگی زناشویی و شایستگی والدگری پس از زایش نخستین فرزند بر روی زوجین دارای فرزند کمتر از سه سال تأیید شد. در پژوهش (Abbaspour & Chubdari, 2020) نیز، اثربخشی این مدل درمانی بر روی تعارض زناشویی بعد از تولد اولین فرزند زوجین تأیید شد، ولی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین تأثیر معنادار نداشت.

این همسویی، از دو بعد قابل بررسی است. اول، اجرای طرح درمان مشابه بر روی متغیرهای وابسته در این تحقیق با تحقیقات اشاره شده، نزدیکی و همسویی یافته‌ها را موجب شده است. دوم، این همسویی اشاره‌ای است به این موضوع که زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند به طور خاص برای درمان زوج‌هایی اجرا گردد که در زمینه‌های گوناگون روابط زناشویی و ایفای نقش والدینی برای کودکان خردسال، مشکل دارند. بر این اساس، اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در دوره‌ی انتقال به والدگری را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد.

یکی از مهم‌ترین فرایندهای این درمان، تصریح تعهد و وفادار ماندن به همسر در خلال زندگی مشترک است. زوجین در این برنامه درمانی آموختند که در طول روز به فکر یک تشریفات صبحگاهی و شبانگاهی باشند که یادآور تعهدشان به یکدیگر و اهداف آن‌ها در زمینه‌ی بهبود روابط زناشویی بوده و جدای از کار و دیگر مسئولیت‌های خانواده باشد. آن‌ها با یکدیگر همکاری کردند تا چیزی بیابند که در طول هفته بتوانند آن را دنبال کنند. این کار شاید بتواند به سادگی یک «بوسه» و گفتن «دوستت دارم» باشد یا شاید بتواند لذت بردن از یک قهوه صبحگاهی همراه با یکدیگر قبل از این‌که روزشان را آغاز کنند باشد (Bash, 2016).

به این ترتیب، وقتی تغییرات عمیق ناشی از انتقال به دوره‌ی والدگری در سبکِ زندگی، نقش‌ها و روابط باعث افزایش سطح استرس و تأثیر بر کیفیت زندگی زنان و مردان شود (Cheng & Li, 2008; Ngai & Ngu, 2013; Sevil & Özkan, 2009) و والدین احساس کنند که بیش از حد متحمل مسئولیت شده‌اند و فرصت کافی برای انجام کارهای مورد علاقه خود را نداشته یا نمی‌توانند از روابط بین زوجین مراقبت

نمایند (De Goede & Greeff, 2016; Delicate et al., 2018; Neves Carvalho et al., 2017)، در این شرایط، آموزش به والدین در زمینه‌ی حفظ تعهدشان نسبت به همدیگر در هر شرایطی، احتمالاً توانسته میزان استرس آن‌ها را کاهش دهد. همچنین، ایجاد چالش‌های جدید (خستگی/ کمبود خواب، تصمیم‌گیری‌های والدین، تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌های زوجین) در این دوره‌ی انتقال که شرایط سختی برای فرد و یا زوج ایجاد کرده (Doss & Rhoades, 2017)، و باعث ایجاد مشکل در عملکرد جنسی (Erol et al., 2007) شده، توانسته بر روی کیفیت روابط جنسی والدین تأثیر بگذارد و در این شرایط افزایش میزان تعهد به همدیگر و وفادار ماندن به همسر در خلال زندگی مشترک، احتمالاً توانسته یادآور اهداف آن‌ها در خصوص رضایت جنسی بوده و کیفیت رابطه‌ی جنسی آن‌ها را افزایش داده است.

از دیگر مفاهیم این درمان که به اثربخشی آن کمک زیادی می‌کند، این است که به زوجین می‌آموزد درباره‌ی سبک‌های ارتباطی و تعارضات خود تأمل بیشتری کنند و به شناسایی الگوهای ارتباطی مشکل‌ساز و چرخه‌ی رفتاری بین زوجین که منجر به تداوم مشکل می‌شود، بپردازند (Post, 2015). در واقع، این شیوه‌ی درمان، با هدف ارائه ابزارهایی به زوجین برای تغییر الگوهای تعاملی و درک هیجانات زمینه‌ساز ارتباط مشکل‌دار ارائه شده است (Tallese, 2008).

به این ترتیب، یکی از بخش‌های مهم در زمینه ارتباط و تنظیم تعارض که احتمالاً موجب کاهش استرس والدینی شده است، تلاش برای ترمیم روابط مشکل‌سازی است که زوجین در طی این دوره‌ی آموزشی، در روابط خود شناسایی کرده‌اند. تلاش‌های ترمیمی، رفتارهایی هستند که زوجین در جهت حذف الگوهای ارتباطی منفی، در پاسخ به تعارض انجام می‌دهند. این تلاش‌ها غالباً در اقدامات زوجین برای آرام کردن اوضاع متعاقب مشاجرات از طریق فرا ارتباط درباره تعارض، اقدام به ملایم کردن بحث‌ها و پرهیز از کلمات منفی و خشن، تشویق، شوخی با موقعیت یا صحبت از سازش با حفظ احترام به دیدگاه‌های طرف مقابل، قابل مشاهده می‌باشد. در واقع، تلاش ترمیمی یکی از زوجین است که در نهایت به تعارض خاتمه می‌بخشد (Post, 2015). از سوی دیگر، (Gottman & Gottman, 2008) در مورد انتقال به دوره‌ی والدگری، توانستند بین زوجینی که از روابط جنسی خود ناراضی بودند و زن و شوهرهایی که بیشتر در رابطه جنسی خود رضایت داشتند، بعد از به دنیا آمدن کودک، از طریق رفتارهای خاص، تفاوت قائل شوند. زوج‌های راضی مرتباً جذابیت جنسی خود را نسبت به یکدیگر ابراز می‌کردند. مرتباً از طریق تعریف و تمجید، هدایا، محبت و ابراز عشق، از یکدیگر قدردانی می‌کردند. سیستمی برای پذیرش و عدم پذیرش نیازهای جنسی داشتند که برای هیچ کدام از زوجین تهدیدکننده یا ناخوشایند نبود، می‌توانستند ارتباط خوبی

با هم درباره آنچه در طی رابطه جنسی دوست دارند یا ندارند، داشته باشند، به طور منظم بدون انتظار آمیزش جنسی درگیر نوازش، ماساژ و لمس کردن جسمی یکدیگر بودند و کوشش می‌نمودند تا مرتباً در فعالیت جنسی شرکت کنند (Gottman & Gottman, 2008). در این برنامه‌ی درمانی، ضمن آشنایی زوجین درباره تغییرات طبیعی کارکرد جنسی آن‌ها در این دوره‌ی زمانی، از این الگوی تعاملی نیز استفاده شد تا زوجین بتوانند پس از به دنیا آمدن فرزند، از آن برای بهبود کیفیت روابط جنسی استفاده کنند و به این ترتیب، از احساس فشار روانی و نگرانی آن‌ها کاسته شود.

یکی دیگر از مهم‌ترین فرایندهای این برنامه‌ی درمانی به منظور اثربخشی بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در دوره انتقال، آموزش پیوندِ عاطفی و فیزیکی به والدین، از طریق تمرکز بر مفاهیم نقشه-های عشق گاتمن یا افزایش فضای شناختی در روابط متقابل و افزایش مفاهیم مشترک در رابطه بوده است. (Gottman & Gottman, 2008; Post, 2015). نقشه‌های عشق، با پرسیدن سؤالات باز- پاسخ و گوش کردن عامدانه به پاسخ‌های زوج ترسیم می‌شود (Gottman & Gottman, 2008). این می‌تواند در حد سؤال زوجین از یکدیگر درباره این که «امروز چگونه گذشت؟» باشد. گفتگو باید بر این موضوع متمرکز شود که چگونه زوجین می‌توانند به یکدیگر زمانی برای ترسیم نقشه‌های عشق و مشارکت در فعالیت‌های حامیانه اختصاص دهند. برای والدین جدید، این گفتگو می‌تواند شامل برنامه‌ریزی برای مراقبت از کودک و در عین حال توجه ویژه و اختصاصی برای برقراری پیوند مجدد با یکدیگر باشد (Post, 2015).

به این ترتیب، وقتی والدین نیاز دارند که مورد پذیرش دیگران واقع شوند، تحت مراقبت قرار بگیرند و با دلسوزی و مهربانی با آن‌ها رفتار شود تا بتوانند با گشودگی با ترس و تعارض روبرو شوند، آموزش مفاهیم پیوند عاطفی به آن‌ها، توانسته احتمالاً احساس امنیت و قرابت ناشی از ابراز احساسات و افکار و حس پذیرفته شدن از سوی یکدیگر در والدینِ جدید را تقویت نموده و استرس والدینی آن‌ها کاهش پیدا کرده است. همچنین، این شیوه درمانی، زوجینی که از حداقل میزان پیوند فیزیکی برخوردارند، به انجام رفتارهای کوچکی برای بهبود صمیمیت جنسی تشویق کرده است، برای مثال گرفتن دست همدیگر، بغل کردن یا نشستن کنار هم در روی مبل. زوجین دست‌های همدیگر را گرفته و به چشمان همدیگر خیره خواهند شد. آن‌ها به همدیگر خواهند گفت که چرا در ابتدا عاشق یکدیگر شدند و صفت مورد علاقه‌شان درباره شریک زندگی‌شان چیست. به این ترتیب، به زوج‌هایی که علاقه‌مند به برقراری مجدد رابطه جنسی بوده‌اند و به دلایل مختلف در تلاش برای انجام این کار ناموفق بوده‌اند، کمک خواهد شد (Post, 2015).

در این درمان ترکیبی، مفهوم توجه (ملاحظه) به معنای نشان دادن عشق، محبت و احترام نسبت به

شـــریک خویش بوده اســـت (Bash, 2016) که زوج‌ها آن را از طریق ایده فرزند پروری مشـــارکتی یاد گرفتند. نقش‌های موجود در رابطه فرزند پروری مشـــارکتی عبارت‌اند از: کمک به یکدیگر برای انجام فعالیت‌های مراقبت از کودک، حمایت از یکدیگر در انجام وظایف مربوط به کودک و ایجاد فضـــایی ســـرشـــار از احترام و عواطف در خانواده (Margolin, Gordis, & John, 2001). پیگیری مجدد این گفتگوها، پس از آن‌که زوجین شانس برقراری رابطه‌ی مجدد را به‌عنوان یک تیم به دست می‌آورند بسیار مهم اســت، زیرا می‌تواند وقتی‌که زوجین دچار اســترس والدینی شــده‌اند، نقش مهمی ایفا کند و اســترس آن‌ها را کاهش دهد (Bash, 2016).

سرانجام، در این برنامه درمانی به منظور افزایش کیفیت رابطه جنسی در دوره انتقال به والدگری نیز، زوجین یاد گرفتند از طریق توجه به مفهوم ملاحظه (توجه) در زندگی مشترک، رابطه دوستانه خود را از طریق تجارب مشترک، رؤیاهای مشترک و معانی مشترک از زندگی حفظ و تقویت کنند. این تجربیاتِ مشترک می‌تواند در قالب مناسبت‌های تاریخی معین، مراسم مذهبی خاص، فعالیت‌های داوطلبانه مشترک یا حتی صرف چند دقیقه وقت برای اختلاط کردن با یکدیگر قبل از خواب اتفاق بیفتد (Gottman & Gottman, 2008; Post, 2015). بدون این فعالیت‌ها، زوج ممکن است احساس هدفِ مشترک خود در زندگی و گام برداشتن در کنار یکدیگر در مسیر زندگی را از دست بدهند. غالباً این کمبود وقت و انرژی برای یکدیگر، می‌تواند موجب تغییراتی در زندگی جنسی زوجین شود که باعث نارضایتی یک یا هر دو نفر شده و به تعارضات زناشویی می‌انجامد (Bash, 2016).

این پژوهش، دارای چند محدودیت به شرح ذیل می‌باشد. اول، این برنامه صرفاً محدود به والدین کودکان خردسال است. درحالی‌که زوج‌های فاقد فرزند و والدین بچه‌های بزرگ‌تر نیز ممکن است مشکلاتی داشته باشند و می‌توانند از این برنامه سود ببرند. دوم، با توجه به این‌که این مدل درمانی به درمانگران و متخصصین ارجاع می‌شود، در حال حاضر فقط زوج‌هایی که توان پرداخت هزینه‌های درمان را دارند و از وقت کافی و تعهد نسبت به انجام تکالیف زوج‌درمانی برخوردارند، از این برنامه منتفع خواهند شد. سوم، اگر چه این برنامه فواید مشخصی برای زوج‌ها دارد، اما این دوره‌ی شش هفته‌ای برای کمکی کوتاه‌مدت به زوج‌هایی طراحی شده است که مشکلاتی در خصوص والد شدن و روابط زناشویی دارند. چارچوب محدود زمانی که طی آن داده‌ها جمع‌آوری می‌شود، مانع از کسب اطلاعات در خصوص مشارکت طولانی‌مدت و نیز اثربخشی تکالیف ارائه شده در طی برنامه می‌گردد.

به طور کلی، نتایج حاکی از تأثیر این مدل درمانی برای حل مسائل و مشکلات ناشی کیفیت رابطه

جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال بوده است و این‌که تمرکز بر فرایندهای چهارگانه تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) (که محقق آن‌ها را "4C" نامیده است) می‌تواند درمان مؤثری برای افزایش کیفیت رابطه‌ی جنسی و کاهش استرس والدینی در زوج‌های دارای کودک خردسال باشد. بنابراین، طرح پیشنهادی حاضر می‌تواند رویکرد قابل اعتمادی برای درمانگران باشد تا در هنگام کار با زوج‌ها یا افرادی که مشکلات و نارضایتی‌هایی در خصوص کیفیت رابطه جنسی یا استرس والدگری را تجربه می‌کنند، از آن استفاده نمایند.

References

Abbaspour, Z., & Chubdari, A. (2020). The Effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond Method on Psychological Well-Being and Marital Conflict after the Birth of First Child. *Journal of Family Research, 16*(2), 183-198.

Abbaspour, Z., Salehi, S., & Choobdari, A. (2019). The effectiveness of integrative couple therapy via Diamond method on marital harmony and parenting competence after the birth of first child. *Family Counseling and Psychotherapy, 8*(2), 97-114.

Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of clinical child psychology, 24*(1), 31-40.

Bash, A. R. (2016). *A treatment model for marital satisfaction in couples with young children.* The Chicago School of Professional Psychology,

Ben-Zur, H., Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. (2019). Transactional Model of Stress and Coping. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T. (eds) E*ncyclopedia of Personality and Individual Differences*, (pp: 1-4), Springer, Cham.

Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of social and personal relationships, 12*(3), 463-472.

Cheng, C.-Y., & Li, Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues, 18*(4), 267-280.

Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(6), 1180-1191.

Da Costa, D., Danieli, C., Abrahamowicz, M., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., & Zelkowitz, P. (2019). A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *Journal of affective disorders, 249*, 371-377.

Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery, 26*(3), 357-366.

De Goede, C., & Greeff, A. (2016). Challenges couples face in managing family routines after the transition to parenthood. *Social Work, 52*(3), 313-331.

Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery, 61*, 88-96.

Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples'

romantic relationships. *Current opinion in psychology, 13*, 25-28.
Erol, B., Sanli, O., Korkmaz, D., Seyhan, A., Akman, T., & Kadioglu, A. (2007). A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *The journal of sexual medicine, 4*(5), 1381-1387.
Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2008). *And baby makes three: The six-step plan for preserving marital intimacy and rekindling romance after baby arrives*: Harmony.
Halford, W. K., & Snyder, D. K. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy, 43*(1),1-12.
Hasanzadeh, S. (2012). Parenting stress in mothers with deaf children. *Journal of Psychology and Education, 42*(1), 51-62.
Jones, D. E., Feinberg, M. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrenthal, D. B. (2018). Family and child outcomes 2 years after a transition to parenthood intervention. *Family relations, 67*(2), 270-286.
Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of family Psychology, 15*(1), 3-21.
Martins, C. A. (2019). Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermería Clínica (English Edition), 29*(4), 225-233.
McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2017). Sex after baby: women's sexual function in the postpartum period. *Current Sexual Health Reports, 9*(3), 142-149.
Mohtashami, T., Dehkordi, M. A., Chimeh, N., Alipor, A., & Ofoghi, H. (2012). The effect of training of pivotal response treatment to mothers of autistic children on family functioning. *Journal of Family Research, 8*(3), 273-289.
Neves Carvalho, J. M. d., Ribeiro Fonseca Gaspar, M. F., & Ramos Cardoso, A. M. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Investigacion y educacion en enfermeria, 35*(3), 285-294.
Ngai, F.-W., & Ngu, S.-F. (2013). Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 34*(4), 157-162.
Post, C. N. (2015). *Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: Baby-proofing marriage through couples therapy*: Widener University.
Sadeghi, L., & Samani, S. (2011). Components of couples sexual relationship: A moral perspective. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 1616-1619.
Schlagintweit, H. E., Bailey, K., & Rosen, N. O. (2016). A new baby in the bedroom: Frequency and severity of postpartum sexual concerns and their associations with relationship satisfaction in new parent couples. *The journal of sexual medicine, 13*(10), 1455-1465.
Sevil, Ü., & Özkan, S. (2009). Fathers' functional status during pregnancy and the early postnatal period. *Midwifery, 25*(6), 665-672.
Snyder, D. K., & Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice and research. *Behavior therapy, 43*(1), 13-24.
Tallese, D. (2008). Maternity Leave and Employment Patterns of First-Time Mothers: 1961-2003. *Current Population Reports US Census Bureau*, 70-113.
Vinayak, S., & Dhanoa, S. (2017). Relationship of parental burnout with parental stress and personality among parents of neonates with hyperbilirubinemia. *Int. J. Indian Psychol, 4*(2), 102-111.

Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., . . . Trovato, A. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: a 3-to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in psychology*, *7*, 938.

Yıldız, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of sex & marital therapy*, *41*(1), 49-59.

The effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond Method on the Quality of Marital Sexual Relationship and Parental Stress in Couples with Children under Three Years' Old

Jamshid Shojaei
Amin Koraei*
Zabihollah Abbaspour

Ahvaz Branch, Islamic Azad University

Abstract

Purpose: The transition to parenting period is often accompanied by experiencing joy and fun; however, this stage leads to many changes that may affect individual and marital functions. This study was conducted to investigate the effect of integrated couple therapy via diamond method on the quality of marital sexual relationship and parental stress in couples with very young children.

Methodology: The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design and a control group. The study population was all couples with children less than 3 years' old who had referred to counseling centers in the city of Behbahan during the year 2020. The sample consisted of 20 couples who were selected by purposive sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (10 pairs in each group). The members of the experimental group received six 90-minute sessions of the integrative couple therapy via diamond method. Data collection tools included Quality of Marital Sexuality Scale and Parental Stress Scale. Data were analyzed by multivariate and univariate analysis of covariance statistixal method.

Findings: The results showed that there was a significant difference between the two study groups in the variables of marital sexual relationship quality and parental stress. This indicates that the integrated couple therapy with diamond method increases the quality of marital sexual relationship ($F=485.944$, $P<0.05$) and reduces parental stress ($F=274.647$, $P<0.05$) in couples with very young children.

Keywords: Integrative Couple Therapy via Diamond Method, Marital Sexual Relationship, Parental Stress, Couples.

* . am.koraei@gmail.com

مرادی، شیرین؛ محمدپور، صالح؛ آهی، قاسم (۱۴۰۰). نقش درماندگی روانشناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور شهر مشهد.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۱ (۱)، ۱۰۰-۸۱. DOI: 10.22067/tpccp.2021.67305.0

نقش درماندگی روانشناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور شهر مشهد

شیرین مرادی[۱]، صالح محمدپور[۲]، قاسم آهی[۳]

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۲۳ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان ناباروری که درطول سه ماه به چهار کلینیک درمان ناباروری در سطح شهر مشهد در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دادند. از این جامعه به شیوه نمونه در دسترس ۳۴۶ داوطلب زن انتخاب و به پرسشنامه ها پاسخ دادند. جهت سنجش تاب‌آوری از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، جهت سنجش درماندگی روان‌شناختی از پرسشنامه لوی‌باند و لوی‌باند (۱۹۹۵) و جهت سنجش کیفیت زندگی ناباروری از پرسشنامه کیفیت زندگی ناباروری بوین و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد. داده‌های پژوهش به کمک نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی ناباروری رابطه معنی‌داری وجود دارد. این به این معنی است که درماندگی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی ناباروری زنان ناباور نقش دارند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی ناباروری، تاب‌آوری، درماندگی روان‌شناختی.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، (نویسنده مسئول) shirin.moradi708@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران salehmpr22@gmail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، Ahigh1356@yahoo.com

مقدمه

مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی[1] (WHO, 2018) ناباروری[2] تجربه‌ای استرس‌زاست و از نظر پزشکی، به عنوان ناتوانی برای بارور شدن بعد از یک سال یا بیشتر، آمیزش جنسی منظم، بدون جلوگیری از حاملگی یا اگر تعدادی بارداری وجود داشته باشد، به عنوان ناتوانی برای به دنیا آوردن یک کودک زنده، تعریف شده است (WHO, 2018). ناباروری می‌تواند باعث به وجود آمدن بیماری‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی از قبیل افسردگی، اضطراب، آستیگما[3] (انگ اجتماعی) و انزواهای اجتماعی گردد که همه این موارد می‌تواند به طور چشم‌گیری بر روی کیفیت زندگی[4] باروری بیماران اثرگذار باشد (Lakatos, Szigeti, Ujma, Sexty, & Balog, 2017). به‌طورکلی ناباروری، بحران سخت زندگی است که از نظر روان‌شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشار آور است. شاید به همین دلیل است که برخی از پژوهشگران پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (Choobforoushzade, Kalantari, & Molavi, 2011).

بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی، ناباروری زندگی حدود ۸۰ میلیون زوج را در سراسر دنیا تحت تأثیر قرار داده است (Vahidi, Ardalan, & Mohammad, 2006) که این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به یک میلیارد و دویست میلیون نفر خواهد رسید و پژوهش‌ها حاکی از آن است که ناباروری اولیه را حدود یک چهارم از زوج‌های ایرانی در طول زندگی مشترک خود تجربه می‌کنند و ۴/۳ درصد آن‌ها در هر برهه‌ای از زمان دارای مشکل ناباروری اولیه هستند (Navabi Rigi, Kianian, Kerman Sarvai, & Yaghmaei, 2016). تحقیقات نشان داده تجربه شانس از دست دادن بارداری در زوجین، باعث ایجاد اختلال در سلامت روانی، کاهش صمیمیت و اختلال در کیفیت روابط زناشویی، طلاق، ترس از خاتمه روابط زناشویی، سرزنش‌های اطرافیان، صرف وقت و هزینه‌های درمانی زیاد، عزت‌نفس و بهزیستی عمومی به‌خصوص در زنان می‌شود (Mindes, Ingram, Kliewer, & James, 2003).

درماندگی روان‌شناختی از مؤلفه‌های مهم سلامت روان‌شناختی و تعیین‌کننده عملکرد روانی-اجتماعی افراد می‌باشد. درماندگی روان‌شناختی[5] مفاهیم افسردگی، اضطراب و استرس[6] را با خود به همراه دارد. بالا بودن میزان درماندگی روان‌شناختی می‌تواند بر سطح عملکرد هیجانی و شناختی و روابط فرد تأثیر

1- World Health ORGANIZATION (WHO)
2- Infertility
3- STIGMA
4- Quality of Life
5- Psychological Distress
6- Depression, ANXIETY & Stress

منفی بگذارد (Irandosut, Sohrai, Maliholzackerin, & Ahi, 2018)؛ در واقع درماندگی روان‌شناختی به حالات و پیامدهای هیجانی و رفتاری منفی انواع روان‌نژندی‌ها شامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی، تجارب مرتبط به سوءمصرف مواد، خشونت‌های رفتاری و اختلال در عملکرد روانی-اجتماعی اشاره دارد (Liang & West, 2011).

غم و اندوه، اضطراب، حواس‌پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روان‌شناختی می‌باشند. تجربه استرس عمدتاً برحسب هیجان‌های منفی توصیف شده است که در طی دوره‌های استرس‌زا افزایش می‌یابند و بر سلامتی افراد اثر می‌گذارند (Folkman, 2008; Little, Simmons, & Nelson, 2007) پنج نشانه هشداردهنده درماندگی روان‌شناختی شامل کاهش تمرکز، تغییرات نابسامان وزنی، گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار، تمایل به تنهایی و انزواطلبی و آسیب رساندن می‌باشد (Ahadi, 2018).

باوجود اینکه امروزه در تمام دنیا تقاضا برای درمان ناباروری افزایش یافته است اما مواجه شدن با ناباروری بر زندگی مردان و زنان تأثیر بسزایی دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی و روانی زیادی قرار می‌دهد (Yonesi, Akbari, & Ardekani, 2006). در این شرایط، ظرفیتی مانند تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک سازوکار در جهت گذر از این شرایط کارآمد باشد. کانر و دیویدسون[1] (Connor & Davidson, 2003) معتقدند که تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (Khosravi Sadrullah Mousavi, Neshatdoost, kalantari, & Aganj, 2010).

واژه تاب‌آوری را می‌توان به‌صورت بیرون آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن تعریف نمود. در واقع تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن، مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پرخطر است که فرد نه تنها بر آن شرایط دشوار غالب می‌شود، بلکه طی آن و با وجود آن قوی‌تر نیز می‌گردد. پس تاب‌آوری به معنای توان موفق بودن، زندگی کردن و خود را رشد دادن در شرایط دشوار با وجود عوامل خطر است (Haghranjbar, Kakavand, Borjali, & Bermas, 2011).

تاب‌آوری بیماران معمولاً با میزان عزت‌نفس، باور به مفید بودن و مهارت حل مسئله در مواقع نگرانی و استرس سنجیده می‌شود (Martínez-Martí & Ruch, 2017; Popa-Velea, Diaconescu, Jidveian Popescu, & Truțescu, 2017). تحقیقات دیگری نیز نشان داده بودند که تاب‌آوری اثر مستقیم و مثبتی بر روی کیفیت زندگی بیماران دارد (Azad & Azadi, 2011; Bahrami, 2016; M.-Y. Li, Yang, Liu, &

1- CONNOR & DAVIDSON

(Wang, 2016; Liu, Xu, Xu, & Wang, 2017; Souri & Hasanirad, 2011). به طور مشخص، تاب‌آوری رابطه محکم و مثبتی با کیفیت زندگی زنان نابارور دارد (Herrmann et al., 2011). علاوه بر این، مطالعات قبلی پشتیبانی اثر واسطه‌ای از منابع تاب‌آوری را در کیفیت زندگی نشان می‌دهند (Wu et al., 2015) تاب‌آوری می‌تواند اثری همانند اثر تعدیل‌کننده‌ای بر شاخص‌های پیشین کیفیت زندگی داشته باشد. به عنوان مثال لی، ژانگ، شی جئو و وانگ (Li, Zhang, Shi, Guo, & Wang, 2019) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری به طور مثبتی بر کیفیت زندگی باروری اثرگذار می‌گذارد. تحقیق دیگری که رینون و همکاران (Rainone et al., 2017) انجام دادند، نشان می‌داد که تاب‌آوری می‌تواند رابطه متعادلی را میان اختلالات عاطفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس ایجاد کند.

پژوهش‌های جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد (Jamasian mobarake & Dokanaeifard, 2017)؛ عباسی زاده، بهرامی هیدجی و یاسینی اردکانی (Abbasizade, Bahrami, & yassini Ardekani, 2016)؛ کاروبالت، ازکان و اگاز (Karabulut, Özkan, & Oğuz, 2013) نشان داده‌اند که تاب‌آوری می‌تواند بر روی استرس، اضطراب و افسردگی اثر گذارد به‌طوری که تاب‌آوری مانند تعدیل‌کننده‌ای میان ناباروری ناشی از استرس و کیفیت زندگی باروری عمل می‌کند.

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامتی که در سال‌های اخیر به آن توجه شایانی شده است کیفیت زندگی است. شاید کیفیت زندگی بیشترین تأثیر را از ناباروری دریافت نماید (Rafiei, Sharifian Sani, Rafiey, Behnampour, & Foroozesh, 2014). کیفیت زندگی دارای ساختاری وابسته به زمان است که متأثر از تجربه شخصی و درک فرد از زندگی است و با تغییر زمان تغییر می‌کند که با توجه به این تعریف می‌توان کیفیت زندگی را سازه‌ای پویا دانست (Group, 1998). درنتیجه پویایی کیفیت زندگی با تغییر زمان تغییر می‌کند و به تغییرات فرد و محیط او بستگی دارد که این مشخصه در یک مطالعه طولی به خوبی قابل مشاهده است (Rafiei et al., 2014).

کیفیت زندگی بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی میزان درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در بافت فرهنگی و ارزشمندی نظامی که در آنجا زندگی می‌کنند، می‌باشد (Group, 1998). بر این اساس، کیفیت زندگی باروری[1] در مفهومی گسترده، نیازمند بازخوردی از شرایط زندگی بیماران نابارور در مدت زمان ناباروری‌شان است. تعداد زیادی از تحقیقات حاکی از آن بودند که زنان بارور با زنان نابارور مقایسه شده‌اند که تجربه کیفیت زندگی پایین‌تری را در مدت زمان ناباروری خود داشتند (Aduloju, Olaogun, & Aduloju, 2018; Masoumi, Garousian, Khani, Oliaei, & Shayan, 2016; Namdar,

1-Quality of life in infertility

(Naghizadeh, Zamani, Yaghmaei, & Sameni, 2017)؛ علاوه بر این، کیفیت پایین زندگی باروری زنان نابارور نشان می‌دهد که انجام معالجات می‌تواند با بار سنگین اقتصادی بر دوش خانواده‌ها و جامعه همراه باشد (Gameiro, Boivin, Peronace, & Verhaak, 2012).

کیفیت زندگی ناباروری شامل انعکاس وضعیت زندگی بیماران نابارور در دوره ناباروری خود است. مطالعه‌ای نشان داد که در مقایسه با همتایان بارور، زنان نابارور کیفیت زندگی پایین‌تری را در دوره ناباروری تجربه می‌کنند (Y. Li et al., 2019). کیفیت پایین باروری در زنان نابارور می‌تواند بار سنگین اقتصادی برای خانواده‌های آن‌ها ایجاد کند. درحالی‌که حجم زیادی از منابع مراقبت‌های بهداشتی، زمان و نیروی انسانی صرف تحقیق و درمان ناباروری می‌شود، غالباً مراقبت کامل از فرد به عنوان یک کل، مورد توجه پزشکان قرار می‌گیرد (Karabulut et al., 2013). حتی برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در شرایطی که شوهر مشکل فیزیولوژیک داشته است، زن استرس بیشتری را تجربه می‌کند و در تمام فرهنگ‌ها فرزند برای والدین خود معنای وجودی، هویت و موقعیت فراهم می‌کند و به همین خاطر به‌خصوص افراد نابارور به نقش والدینی اهمیت داده و به ویژه فرزند را عاملی بسیار مهم در استحکام و گرمی و نشاط زندگی می‌دانند (Nilforooshan, Latifi, Abedi, & Ahmadi, 2019).

کاملاً مشخص است که اثرات منفی کیفیت زندگی ناباروری و پریشانی‌های احساسی، اثر بیشتر و قوی‌تری را بر روی زنان نسبت به مردان دارد (Kim, Shin, & Yun, 2018). علاوه بر این، به خوبی پذیرفته شده است که هم تشخیص و هم درمان نازایی می‌تواند فشار روانی و جسمی سنگینی را برانگیزد (Y. Li et al., 2019)؛ بنابراین، زنان مبتلا به ناباروری استرس ناشی از ناباروری را بیشتر درک می‌کنند که می‌تواند منجر به بروز بحران زندگی شود و تأثیر قابل‌توجهی بر میزان باروری آن‌ها داشته باشد (Y. Li et al., 2019). پژوهش‌های قاهری، شجاعی شاهرخ آبادی، زائری، معروفی زاده و کریمی (Ghaheri, Shojaei, Shahrokhabadi, Zayeri, Maroufizadeh, & Karimi, 2016)، جبرائیلی، هاشمی و ناظمی (Jebraeili, Hashemi, & Nazemi, 2016)، لی و همکاران (Li et al., 2019)، پالومبا و همکاران (Palomba et al., 2018)، چی، پارک، سان، کیم و لیی (Chi, Park, Sun, Kim, & Lee, 2016) ثابت کرده‌اند که ناباروری می‌تواند به پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی منجر شود که ممکن است به طور قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارد. پژوهش‌هایی نیز نشان داده‌اند که درماندگی روان‌شناختی در زنان نابارور از یک‌سو حاصل ناباروری است که علاوه بر ایجاد احساس درماندگی روان‌شناختی، موجب اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی می‌شود

(Moradimanesh, 2012) و از سوی دیگر، ترس از عود موجب درماندگی روان‌شناختی می‌شود که این خود باعث کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد (Aghajani, Samadi Fard, & Narimani, 2017; Farokhi, Kashani, & Abraham, 2011; Hamre et al., 2020; Karimi & Mirjafari, 2017; Philipp et al., 2019).

افرادی که در جامعه به ناباروری مبتلا می‌باشند به دلیل وضعیت و نوع شرایط زندگی، فشارهای زیادی را متحمل می‌شوند، این فشارها بر کارکرد اجتماعی و اقتصادی، سلامت و زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین، این افراد با افت کیفیت زندگی و رضایت‌مندی از زندگی، تاب‌آوری، استرس و اضطراب خاص خود که متناسب با نوع وضعیتی که دارند، روبه‌و می‌شوند (Kim et al., 2018). به هر حال، شناسایی عوامل مؤثر در کیفیت زندگی ناباروری این امکان را فراهم می‌کند تا بتوانیم رفتاری هدفمند و فعالیت‌های دقیق را به‌منظور بهتر کردن کیفیت زندگی ناباروری در میان زنان نابارور انجام دهیم، چرا که این موضوع از ضروریات پژوهش ما نیز به حساب می‌آید. با توجه به مقدمات فوق، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری در زنان نابارور نقش دارد؟

روش

این پژوهش برحسب هدف در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. روش پژوهش مورد استفاده توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان ناباروری که در طول سه ماه به چهار کلینیک درمان ناباروری (نوین، میلاد، رایان و ارمغان) در سطح شهر مشهد از نقاط مختلف استان خراسان رضوی در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده‌اند، تشکیل دادند. تعداد اعضای نمونه در این پژوهش با توجه به حجم جامعه و بر مبنای استفاده از جدول کرجسی مورگان (۱۹۷۰) ۳۴۶ نفر برآورد شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر به مراکز ناباروری مراجعه کرده و آزمون‌های موردنظر، روی تمامی زنانی که در روز اجرای آزمون در بخش‌های مربوطه حاضر شده بودند و داوطلبانه تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند؛ اجرا گردید. ملاک‌های ورود شامل دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵، ناباروری زنان، دارای سواد حداقل ابتدایی، تمایل به شرکت در برنامه پژوهش و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به اختلال‌های روانی دیگر، مصرف مواد مخدر، بوده است. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش حاضر برای تعیین نقش متغیر پیش‌بین و همچنین حذف متغیرهایی که سهم چندانی در پیش‌بینی متغیر ملاک نداشته‌اند، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

ابزارها

ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل: پرسشنامه تاب‌آوری، شاخص درماندگی روان‌شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی ناباروری بود.

پرسشنامه تاب‌آوری[1]

این پرسشنامه را که کانر و دیویدسون (Connor & Davidson, 2003) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کرده‌اند، دارای ۲۵ سؤال بوده که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بیشترین نمره ۱۰۰ و کمترین نمره صفر است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ۶ گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلالات اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. محمدی (Mohammadi, 2006) در تحقیق خود، برای تعیین روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی استفاده کرده است. وی تنها یک عامل با ارزش ویژه ۷/۰۳ استخراج کرده که این عامل ۲۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرده است. در پژوهش حق رنجبر و همکاران (Haghranjbar et al., 2011) پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمد.

شاخص درماندگی روان‌شناختی[2]

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) اولین بار در سال ۱۹۸۳ توسط لوی‌باند و لوی‌باند (Lovibond & Lovibond, 1995) با ۴۲ سؤال ساخته شد که توسط پژوهشگران طی مطالعات مختلف و در نهایت توسط لوی‌باند و لوی‌باند (Lovibond & Lovibond, 1995) در سال ۱۹۹۵ نسخه کوتاه‌تر آن ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال است و هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس هفت سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات فرم کوتاه DASS بر اساس یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ به‌طوری‌که بین صفر (کمی) و سه (خیلی زیاد) را دریافت می‌کنند. لوی باند و لوی باند (Lovibond & Lovibond, 1995) میزان روایی پرسشنامه DASS-21 را ۰/۷۷ و پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ اعلام کرده است. در پژوهش صاحبی، اصغری و سالاری (Sahebi, Asghari, & Salari, 2005)، همبستگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و سؤالات تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ بود.

1- Resilience Questionnaire
2- Psychological Distress Index

پرسشنامه کیفیت زندگی ناباروری[1]

در پرسشنامه کیفیت زندگی ناباروری، از ماژول اصلی کیفیت زندگی ناباروری برای اندازه‌گیری (Boivin, Takefman, & Braverman, 2011) تجربه مشکلات باروری شخصی استفاده شد. هسته کیفیت زندگی ناباروری شامل ۲۴ سؤال که در پنج دسته طبقه‌بندی شده است و چهار زیر شاخه دارد: ذهن-بدن ۶ سؤال، منطقی ۶ سؤال، شرایط اجتماعی ۶ سؤال، عاطفی ۶ سؤال. نمرات بالا در کل کیفیت زندگی ناباروری یا در هر زیر شاخه به معنای داشتن کیفیت زندگی ناباروری بهتر با به دست آوردن نمره ۱۰۰ است(Boivin et al., 2011).

همان‌طور که قبلاً گفته شد کیفیت زندگی باروری نشان‌دهنده ویژگی‌های روانی کلی مناسب در نمونه‌های بالینی مختلف است (Aarts et al., 2011; Boivin et al., 2011; Gameiro et al., 2012). بوین (Boivin et al., 2011) میانگین نمره کل پرسشنامه را ۵۳/۷ به دست آورد و میزان روایی و پایایی پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ در خرده مقیاس های عاطفی ۰/۹۰، ذهن-بدن ۰/۸۵، منطقی ۰/۸۰، اجتماعی ۰/۷۵ و مقیاس کل را ۰/۹۲ اعلام کرده است.

درپژوهش حکمت‌زاده و همکاران(Hekmatzadeh et al., 2018) نسخه ایرانی کل پرسشنامه، دارای پایایی بوده که به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و در خرده مقیاس‌های عاطفی ۰/۷۷، ذهن-بدن ۰/۷۸، منطقی ۰/۷۹، اجتماعی ۰/۷۷ نموده است. روایی تمایز نیز نشان داد که پرسشنامه، بین مدت زمان ناباروری و تعداد فرزندان در بیماران زن می تواند تفاوت قائل شود.

یافته‌ها

از ۳۴۶ نفر شرکت‌کننده پژوهش حاضر، ۱۲ نفر (۳/۵ درصد) زنان نابارور تحصیلات ابتدایی، ۳۰ نفر (۸/۷ درصد) سیکل، ۱۶۱ نفر (۴۶/۵ درصد) دیپلم، ۲۶ نفر (۷/۵ درصد) فوق دیپلم، ۸۹ نفر (۲۵/۷ درصد) لیسانس و ۲۸ نفر (۸/۱ درصد) فوق لیسانس بوده‌اند. توزیع نمونه برحسب سن نشان می‌دهد که حداقل سن مادران نابارور ۱۸ سال، حداکثر سن آن‌ها ۴۳ سال و میانگین سن آن‌ها ۲۸/۹۵ می‌باشد. نتایج آمار توصیفی پژوهش حاضر یعنی میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات افراد در متغیرهای مورد مطالعه، در جدول ۱ نشان داده شده است.

1- Quality of Life in Infertility Questionnaire

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها		حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
درماندگی روان‌شناختی	افسردگی	۰	۴۰	۱۵/۱۱	۱۵/۱۱	۰/۴۱	−۰/۸۶
	اضطراب	۰	۳۶	۱۳/۵۸	۱۳/۵۸	۰/۴۴	−۰/۵۲
	استرس	۰	۴۲	۲۰/۴۵	۹/۷۳	۰/۱۱	−۰/۷۳
تاب‌آوری		۱۶	۹۸	۶۲/۰۴	۱۶/۱۷	−۰/۳۲	−۰/۱۶
کیفیت زندگی ناباروری		۲۷	۱۱۳	۶۴/۸۶	۲۰/۱۷	۰/۴۴	−۰/۶۴

فرضیه اصلی پژوهش، بررسی نقش درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور می‌باشد که جهت پاسخگویی به این فرضیه و دیگر فرضیات پژوهش از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

قبل از تحلیل داده‌ها مفروضه استقلال باقیمانده‌ها به کمک آماره دوربین واتسون بررسی شد. مقدار آماره دوربین واتسون ۲/۱۳ محاسبه شد که حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقیمانده‌ها است. بررسی عدم هم خطی چندگانه متغیرهای مستقل به کمک آماره VIF و شاخص تولرانس بررسی شد. ضرایب تولرانس باید به ۱ نزدیک بوده و ضرایب VIF نباید بیشتر از ۱۰ باشند. ضرایب کوچک‌تر و نزدیک به ۱ نشان دهنده عدم هم خطی هستند. نتایج بررسی هم خطی متغیرهای مستقل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج آزمون هم خطی متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	تولرانس	VIF
افسردگی	۰/۵۸	۱/۷۲
اضطراب	۰/۵۹	۱/۶۹
استرس	۰/۴۵	۲/۲۲
تاب‌آوری	۰/۸۱	۱/۲۳

نتایج جدول ۲، حاکی از عدم هم خطی در بین متغیرهای پیش‌بین است. در ادامه در جدول ۳، نتایج رگرسیون متغیرهای پیش بین در کیفیت زندگی ناباروری گزارش شده است.

جدول ۳: ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کننده در تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی ناباروری

گام	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		Beta	t	*p*	*r*	R^2
		B	خطای معیار					
	مقدار ثابت	۴۹/۰۴	۱/۶۷	—	۲۹/۳۱	۰/۰۰۱		

۱	افسردگی	۱/۰۴	۰/۰۹	۰/۵۲	۱۱/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۲۷
۲	مقدار ثابت	۷۸/۱۴	۴/۴۸	ــــ	۱۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۳۶
	افسردگی	۰/۷۸	۰/۰۹۴	۰/۳۹	۸/۰۸	۰/۰۰۱		
	تاب‌آوری	-۰/۴۱	۰/۰۵۹	-۰/۳۲	-۶/۹۳	۰/۰۰۱		
۳	مقدار ثابت	۷۱/۵	۴/۶۴	ــــ	۱۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۳۹
	افسردگی	۰/۵۳	۰/۱۱	۰/۲۶	۴/۷۴	۰/۰۰۱		
	تاب‌آوری	-۰/۳۶	۰/۰۵۸	-۰/۲۹	-۶/۱۸	۰/۰۰۱		
	اضطراب	۰/۵۷	۰/۱۳	۰/۲۳	۴/۲۷	۰/۰۰۱		

*متغیر ملاک: کیفیت زندگی ناباروری *متغیر پیش‌بینی کننده: درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری

جهت بدست آوردن همبستگی بین متغیرها از همبستگی پیرسون استفاده شد که به ترتیب ضرایب همبستگی با کیفیت زندگی ناباروری در سطح آلفای ۰/۰۱ در افسردگی ۰/۵۳، اضطراب ۰/۵۱، استرس ۰/۴۹ و تاب آوری ۰/۴۸- بدست آمد. همان طور که در جدول ۳ مشخص است بین درماندگی روان‌شناختی با کیفیت زندگی ناباروری رابطه مثبت و معنی‌دار و بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی ناباروری رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد و این روابط در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است (p<۰/۰۱). جهت پیش‌بینی کیفیت زندگی ناباروری از طریق درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام استفاده شد. در جدول ۳ لیست متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی ناباروری ارائه شده است. وزن‌های بتا در ستون ضرایب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم هر یک از متغیرها در معادله رگرسیون به کار می‌رود. این ضرایب در گام سوم نشان می‌دهند اگر افسردگی، تاب‌آوری و اضطراب به اندازه یک واحد افزایش یابند، این تغییر به ترتیب به اندازه ۰/۲۶، ۰/۲۹- و ۰/۲۳ نمرات کیفیت زندگی ناباروری را افزایش می‌دهد. آماره t و سطح معنی‌داری آن (p) که کوچک‌تر از ۰/۰۱ است این فرضیه که ضریب درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری برابر با صفر است را رد می‌کند و نشان می‌دهد که کاملاً احتمال دارد بین این دو متغیر و کیفیت زندگی ناباروری رابطه خطی وجود داشته باشد. به علاوه بر اساس ضرایب ستون Beta می توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت:

کیفیت زندگی ناباروری = ۴۹/۰۴ + $x_1$۰/۲۶ + x_2(-۰/۲۹) + $x_3$۰/۲۳

از سوی دیگر فرضیه فرعی اول با ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت که نتایج نشان داد بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی ناباروری (r= -۰/۴۸ ،P≤۰/۰۰۱)، رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی

ناباروری زنان نابارور شهر مشهد رابطه معنی‌داری وجود دارد و با افزایش نمرات در تاب‌آوری، کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور شهر مشهد کاهش می‌یابد و بالعکس.

جهت پیش‌بینی کیفیت زندگی ناباروری از طریق درماندگی روان‌شناختی برای پاسخگویی به فرضیه فرعی دوم از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام استفاده شد. در جدول ۴ مقدار B، بتا، t و سطح معنی‌داری ارائه شده است.

جدول ۴: ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کننده در تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی ناباروری

گام	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		Beta	t	p	r	R^2
		B	خطای معیار					
۱	مقدار ثابت	۴۹/۰۴	۱/۶۷	ــــ	۲۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۲۷
	افسردگی	۱/۰۴	۰/۰۹	۰/۵۲	۱۱/۳۶	۰/۰۰۱		
۲	مقدار ثابت	۴۴/۷۹	۱/۸۱	ــــ	۲۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۳۳
	افسردگی	۰/۶۸	۰/۱۱	۰/۳۴	۵/۹۴	۰/۰۰۱		
	اضطراب	۰/۷۳	۰/۱۴	۰/۲۹	۵/۲۳	۰/۰۰۱		
۳	مقدار ثابت	۴۱/۸۳	۲/۰۹	ــــ	۲۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۳۴
	افسردگی	۰/۵۵	۰/۱۲	۰/۲۷	۴/۴۹	۰/۰۰۱		
	اضطراب	۰/۵۹	۰/۱۵	۰/۲۳	۳/۷۱	۰/۰۰۱		
	استرس	۰/۳۵	۰/۱۳	۰/۱۷	۲/۷۳	۰/۰۰۱		

*متغیر ملاک: کیفیت زندگی ناباروری *متغیر پیش‌بینی کننده: درماندگی روان‌شناختی

با توجه به جدول ۴ ضرایب بتا در گام سوم نشان می‌دهد اگر افسردگی، اضطراب و استرس به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به ترتیب به اندازه ۰/۲۷، ۰/۲۳ و ۰/۱۷ نمرات کیفیت زندگی ناباروری را افزایش می‌دهد. آماره t و سطح معنی‌داری آن (p) که کوچک‌تر از ۰/۰۱ است این فرضیه که ضریب تفکیکی افسردگی، اضطراب و استرس برابر با صفر است را رد می‌کند و نشان می‌دهد که کاملاً احتمال دارد که بین سه متغیر و کیفیت زندگی ناباروری رابطه خطی وجود داشته باشد.

به علاوه بر اساس ضرایب ستون Beta می توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت:

کیفیت زندگی ناباروری = $۰/۲۷ \times_۱$ + $۰/۲۳ \times_۲$ + $۰/۱۷ \times_۳$

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور نقش داشته است. نقش درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری در پژوهش‌هایی مانند جبرائیلی و همکاران (Jebraeili et al., 2016)، کاروبالت و همکاران(Karabulut et al., 2013)، مونگا، الکساندرسکو، کاتز، استین و جانیاتز (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats, 2004) تأیید شده است. بدین ترتیب یافته‌های پژوهش مونگا و همکاران (Monga et al., 2004) حاکی از آن بود که مسائل مربوط به ناباروری، بر روی کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد. به طور کلی ناباروری، کیفیت زندگی را در زوجین پایین می‌آورد. کاروبالت و همکاران (Karabulut et al., 2013) گزارش کردند که زنان با مشکل ناباروری ثانویه در خرده مقیاس‌های اصلی کیفیت زندگی ناباروری نمرات بالاتری در هیجانات، ذهن- بدن و حوزه‌های اجتماعی و در کل کیفیت زندگی باروری به دست آورده‌اند. جبرائیلی و همکاران (Jebraeili et al., 2016) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری، باورهای هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی افراد نابارور پایین‌تر از افراد بارور است.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه اول نشان داد که تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور نقش دارد. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های دیهیمی، نوری و خاتون اربابی و نصر (Dihimi, Nouri, KhatounArbabi, & Nasr, 2018)، نظری، صالحی، مهرافزا و شهبازی (Nazari, Salehi, Mehrafza, & Shahbazi, 2017)، دوکانه‌ای فرد و جاماسیان مبارکه (Jamasian mobarake & Dokanaeifard, 2017)، لی و همکاران (Li et al., 2019) همسو می‌باشد. برای تبیین چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت تاب‌آوری به عنوان یک عامل حمایتی در مقابل استرس ویژه ناباروری و کیفیت آسیب‌دیده زندگی، با نمره بالا در کیفیت زندگی و نمره پایین در پیامدها و مسائل ناباروری در مردان و زنان نابارور رابطه دارد (Herrmann et al., 2011). پژوهش‌های بسیاری مؤید این نکته است که بسیاری از ویژگی‌های روان‌شناختی افراد از جمله تاب‌آوری و بسیاری دیگر از ویژگی‌های روان‌شناختی نیز ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی افراد دارد. همان‌طور که یافته‌های پژوهش لی و همکاران (Li et al., 2019) همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مؤید آن بوده که استرس به عنوان بخشی از درماندگی روان‌شناختی و افزایش تاب‌آوری می‌تواند ناباروری را به کیفیت زندگی باروری تبدیل کند و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی ناباروری اثر مثبتی می‌گذارد. به اعتقاد والش (Walsh, 2015) تاب‌آوری قدرت پذیرش اتفاقی است که از کنترل خارج است.

ممکن است افراد تاب آور در شرایط ناباروری با بهره‌گیری از ویژگی‌هایی مانند تحمل عاطفه منفی، سلامت روان خود را در مقابل این مشکل حفظ کنند. برای تبیین بهتر نتایج پیشین باید نگاهی مجدد به تعریف تاب‌آوری نمود، تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت تهدیدکننده کمک می‌کند (FaalKalkhoran, Bahrami, Farrokhi, Zeraati, & Tarahomi, 2011). پس می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که ناباروری، یک موقعیت تهدیدکننده محسوب می‌شود که افزایش تاب‌آوری منجر به رویارویی و سازگاری با آن می‌شود. از سوی دیگر چون کیفیت زندگی احساسی شخصی است که خوشایندی آن وابسته به آن است که فرد موقعیت را تهدیدکننده تصور نکندو بنابراین، با تاب‌آوری بالا می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه دوم نشان داد که درماندگی روان‌شناختی در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور نقش دارد که با نتایج پژوهش‌های مهرانی (Mehrani, 2017)، قاهری و همکاران (Ghaheri et al., 2016)، عباسی زاده و همکاران (Abbasizade et al., 2016)، پالومبا و همکاران (Palomba et al., 2018) و چی و همکاران (Chi et al., 2016) همسو می‌باشد. برای تبیین نتیجه به دست آمده، می‌توان گفت پژوهش‌های بسیاری ثابت کرده‌اند که استرس با ناباروری و کیفیت زندگی ارتباط دارد، کاهش عزت‌نفس، کنترل درونی و افزایش تعارضات بین فردی از نتایج ناباروری در زوجین نابارور می‌باشد و همچنین استرس ناشی از ناباروری اثرات مخرب روی کیفیت زندگی دارد و این تأثیر منفی در زنان بیشتر از مردان است (Karimi & Mirjafari, 2017). در این راستا پالومبا و همکاران (Palomba et al., 2018) به این نتایج دست یافتند که میان استرس، کیفیت زندگی و عملکردهای تولید مثل در زنان رابطه نزدیک وجود دارد که این موضوع بیشتر در زنان نابارور خود را نشان می‌دهد تا در زنان بارور و این چرخه معیوب باعث حمایتشان از یکدیگر می‌شود. یعنی ناباروری با استرس و استرس با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دارد.

نتایج این پژوهش مؤید آن است که فرضیه‌های در نظر گرفته شده معنی‌دار بوده و مورد تأیید قرار گرفته است، بدین معنی که افسردگی، اضطراب و تاب‌آوری نقش بیشتری در تعیین بهبود کیفیت زندگی نشان می‌دهد. همچنین می‌توان اظهار داشت افزایش نمرات در تاب‌آوری، کیفیت زندگی ناباروری در زنان نابارور شهر مشهد را کاهش می‌دهد. این یافته‌ها در مقایسه با نتایج پژوهش‌های گذشته نشان از همسویی با آن نتایج دارد. تاب آوری با مقاوم ساختن فرد منجر می‌شود فرد درماندگی روان‌شناختی کمتری تجربه کند و بدین‌صورت چون کیفیت زندگی مطابق تعاریف ذکرشده از احساس فرد و مؤلفه‌های گوناگونی نشئت

می‌گیرد در نتیجه می‌توان گفت که در کیفیت زندگی ناباروری نقش دارد. پژوهش‌های انجام شده در کیفیت زندگی زوجین نابارور، مشاوره و مداخله روانی را ضرورت کمک به این زوج‌ها دانسته‌اند چرا که مشاوره باعث ارتقای کیفیت زندگی بسیاری از زوج‌هایی که قربانی ناباروری گشته‌اند، می‌شود (Jebraeili et al., 2016; Palomba et al., 2018; Ramezanzadeh F et al., 2007).

با این حال، پژوهش انجام شده دارای محدودیت‌هایی است. از آنجا که جامعه آماری مربوط به چهار کلینیک درمان ناباروری در سطح شهر مشهد بوده، لذا ۱. نمی‌توان آن را به شهرهای دیگر در سایر استان‌ها تعمیم داد، ۲. تعصبات خاص فرهنگی همسران زنان نابارور با توجه به اینکه از شهرستان‌های دیگر نیز در کلینیک‌ها مراجعه نمودند و ۳. عدم همکاری لازم از طرف مسئولین مربوط و شرایط سخت ورود به کلینیک‌های درمان ناباروری. از مشکلات دیگر در انجام پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ۱. پیگیری‌های چندماهه انجام شود، ۲. سایر پژوهشگران پژوهش خود را به‌صورت طولی انجام دهند تا بتوان نتایج بهتری گرفت، ۳. این پژوهش بر روی گروه مردان بارور و نابارور نیز انجام گیرد و نتایج آن با گروه زنان مقایسه شود و ۴. با توجه به این‌که نتایج این پژوهش نقش عوامل روان‌شناختی را نشان داده، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های پزشکی ناباروری به این عوامل توجه و از درمان‌های روان‌شناختی نیز استفاده شود.

References

Aarts, J. W. M., van Empel, I. W. H., Boivin, J., Nelen, W. L., Kremer, J. A. M., & Verhaak, C. M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*, *26*(5), 1112-1118. doi:https://doi.org/10.1093/humrep/der051

Abbasizade, N., Bahrami, M., & yassini Ardekani, S. (2016). Prediction of Health-related Life Quality Based on Alexitmia, Attachment Styles, and Perceived Social Support in Infertile. *Occupational Medicine Quarterly Journal*, *8*(1), 1-9. Retrieved from http://tkj.ssu.ac.ir/article-1-723-en.html

Aduloju, O. P., Olaogun, O. D., & Aduloju, T. (2018). Quality of life in women of reproductive age: a comparative study of infertile and fertile women in a Nigerian tertiary Centre. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *38*(2), 247-251. doi:https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2017.1347916

Aghajani, S., Samadi Fard, H. R., & Narimani, M. (2017). The Role of Cognitive Avoidance Components and Metacognitive Belief in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients. *Journal of Health Psychology*, *6*(21), 142-156. Retrieved from http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3705_98f5569d686abe41612b53f3870d8f8c.pdf

Ahadi, F. (2018). *he relationship between the severity of disability in children with mental disabilities and psychological distress of parents: The mediating role of emotion regulation and metacognitive beliefs.* (Master Thesis in Psychology). Kharazmi

University, Tehran.

Azad, H., & Azadi, S. (2011). The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. *Iranian Journal of War and Public Health, 3*(4), 48-58. Retrieved from http://ijwph.ir/article-1-135-en.html

Bahrami, M. (2016). Nurses' quality of life in medical- surgical wards of an oncology center affiliated to the Isfahan University of Medical Sciences. *nursing of the vulnerable journal, 3*(7), 36-46. Retrieved from http://njv.bpums.ac.ir/article-1-712-en.html

Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. *Hum Reprod, 26*(8), 2084-2091. doi:https://doi.org/10.1093/humrep/der171

Chi, H.-J., Park, I.-H., Sun, H.-G., Kim, J.-W., & Lee, K.-H. (2016). Psychological distress and fertility quality of life (FertiQoL) in infertile Korean women: The first validation study of Korean FertiQoL. *Clinical and experimental reproductive medicine, 43*(3), 174-180. doi:https://doi.org/10.5653/cerm.2016.43.3.174

Choobforoushzade, A., Kalantari, M., & Molavi, H. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on quality of life in infertile women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 14*(1), 14-21. doi:https://dx.doi.org/10.22038/ijogi.2011.5789

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82. doi:https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.100/٢da.10113?download=true

Dihimi, M., Nouri, M., KhatounArbabi, N., & Nasr, R. (2018). *The effect of optimism training on increasing resilience and quality of life of infertile couples*. Paper presented at the *Proceedings of the Conference on Education, Psychology, Law and Socio-Cultural Studies*, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran . https://www.sid.ir/fa/seminar/ViewPaper.aspx?ID=93867

FaalKalkhoran, L., Bahrami, H., Farrokhi, N., Zeraati, H., & Tarahomi, M. (2011). Comparing Anxiety, Depression and Sexual Life Satisfaction in Two Groups of Fertile and Infertile Women in Tehran %J JRI. *Journal of Reproduction & Infertility, 12*(2), 157-163. Retrieved from https://www.jri.ir/article/443

Farokhi, A., Kashani, W. A., & Abraham, M. (2011). Comparison of mental toughness of male and female athletes in contact and non-contact disciplines at different skill levels. *Motor Behavior (Research in Sports Science), 3*(8), 71-76. Retrieved from https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=186961

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping, 21*(1), 3-14. doi:https://doi.org/10.1080/10615800701740457

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update, 18*(6), 652-669. doi:https://doi.org/10.1093/humupd/dms031

Ghaheri, A., Shojaei Shahrokhabadi, M., Zayeri, F., Maroufizadeh, S., & Karimi, M. (2016). Relationship among life satisfaction, anxiety and fertility quality of life in women. *Koomesh, 17*(4), 957-965. doi:http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-2512-en.html

Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):

development and general psychometric properties. *Social science & medicine, 46*(12), 1569-1585. doi:https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4

Haghranjbar, F., Kakavand, A., Borjali, A., & Bermas, H. (2011). Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Quarterly journal of health and psychology, 1*, 179-189. doi:https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=213347

Hamre, K. V., Einarsen, S. V., Hoprekstad, Ø. L., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Waage, S., . . . Harris, A. (2020). Accumulated long-term exposure to workplace bullying impairs psychological hardiness: a five-year longitudinal study among nurses. *International journal of environmental research and public health, 17*(7), 2587. doi:https://doi.org/10.3390/ijerph17072587

Hekmatzadeh, S.-F., Bazarganipour, F., Hosseini, N., Allan, H., Jalali, S., Abbasian ,Z., . . . Taghavi, S. A. (2018). Psychometrics properties of the Iranian version of fertility quality of life tool: A cross- sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine, 16*(3), 191-198. doi:https://doi.org/10.29252/ijrm.16.3.191

Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., Von Hagens, C., Strowitzki ,T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of assisted reproduction and genetics, 28*(11), 1111-1117. doi:https://doi.org/10.1007/s10815-011-9637-2

Irandosut, r., Sohrai, f., Maliholzackerin, s., & Ahi, g. (2018). The casual model of relationship between alexithymia and sexual function by mediating rule of psychological distress and marital intimacy. *Journal of Family Research,14*(4),515-531. doi:https://jfr.sbu.ac.ir/article_97692.html?lang=en

Jamasian mobarake, A., & Dokanaeifard, F. (2017). The effectiveness of reality therapy on increasing resiliency, life expectancy and improve the quality of life of infertile women infertility center sarim. *Counseling Culture and Psycotherapy, 8* (29), 237-262. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=606348

Jebraeili, H., Hashemi, J., & Nazemi, A. (2016). A comparative study of resilience, meta-emotional beliefs, and psychological well-being in fertile and infertile women. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 18*(5), 259-264. doi:https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2016.7483

Karabulut, A., Özkan, S., & Oğuz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 170*(1), 193-197. doi:https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.06.029

Karimi, L., & Mirjafari, S. A. (2017). Relationship between hardiness and metacognitions with ways of coping with stress among female high-school students. *Journal of Pharmaceutical Sciences, 4*, 2479-2484. doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.847721

Khosravi Sadrullah Mousavi, H., Neshatdoost, H., kalantari, M., & Aganj, N (2010). *The effect of family communication patterns on students' productivity.* Paper presented at the Proceedings of the Fifth National Student Mental Health Seminar, Tehran: Shahed University.

Kim, J. H., Shin, H. S., & Yun, E. K. (2018). A dyadic approach to infertility stress, marital adjustment, and depression on quality of life in infertile couples. *Journal of Holistic Nursing, 36*(1), 6-14. doi:https://doi.org/10.1177%2F0898010116675987

Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P .(2017). Anxiety and depression

among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health, 17*(1), 1-9. doi:https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2

Li, M.-Y., Yang, Y.-L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes, 14*(1), 1-9. doi:https://doi.org/10.1186/s12955-016-0481-z

Li, Y., Zhang, X., Shi, M., Guo, S., & Wang, L. (2019). Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes, 17*(1), 1-9. doi:https://doi.org/10.1186/s12955-019-1099-8

Liang, B., & West, J. (2011). Relational health, alexithymia, and psychological distress in college women: Testing a mediator model. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*(2), 246-254. doi:https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.2011.01093.x

Little, L. M., Simmons, B. L., & Nelson, D. L. (2007). Health among leaders: Positive and negative affect, engagement and burnout, forgiveness and revenge. *Journal of Management Studies, 44*(2), 243-260. doi:https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2007.00687.x

Liu, L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes, 15*(1), 1-10. doi:https//:doi.org/10.1186/s12955-017-0725-6

Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* , *33* (3), 335-343. doi:https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Martínez-Martí, M. L., & Ruch, W. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 12*(2), 110-119. doi:https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1163403

Masoumi, S. Z., Garousian, M., Khani, S., Oliaei, S. R., & Shayan, A. (2016). Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *International journal of fertility & sterility, 10*(3), 290- 296. doi:https://dx.doi.org/10.22074%2Fijfs.2016.5045

Mehrani, N. (2017). *Study of the effectiveness of positive thinking education in improving the quality of life of infertile women*. Paper presented at the *9th International Conference on Psychology and Social Sciences*, Tehran, Mehr East Conference. https://civilica.com/doc/702523/

Mindes, E. J., Ingram, K. M., Kliewer, W., & James, C. A. (2003). Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Social science & medicine, 56*(10), 2165-2180. doi:https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00221-6

Mohammadi, M. (2006). Effective factors on resiliency in individuals at risk for substance abuse. *Tehran, Iran: University of Welfare and Rehabilitation*. doi:http://irisweb.ir/files/site1/rds_journals/128/article-128-377169.pdf

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M & ,.Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology, 63*(1),

126-130. doi:https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015

Moradimanesh, F. A., H Jamhari, F Rahgozar, M. (2012). The relationship between psychological helplessness and quality of life in women with breast cancer. *Zabol University of Medical Sciences (Rostamineh) (international journal of basic science in medicine)*, *4*(2), 51- 59. Retrieved from https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=241076

Namdar, A., Naghizadeh, M. M., Zamani, M., Yaghmaei, F., & Sameni, M. H. (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and quality of life outcomes*, *15*(1), 1-7. doi:https://doi.org/10.1186/s12955-017-0712-y

Navabi Rigi ,S. D., Kianian, T., Kerman Sarvai, F., & Yaghmaei, F. (2016). Quality of life of infertile women referred to infertility treatment center in Shiraz and related factors. *Monitoring*, *15*(5), 559- 566. doi:http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1395.15.5.8.6

Nazari ,B., Salehi, I., Mehrafza, M., & Shahbazi, S. (2017). *The Relationship between Psychological Hardiness and Resilience with Mental Health of Infertile People*. Paper presented at the 3rd International Conference on New Horizons in Educational Sciences, Psychology and Social Injuries, Tehran, New Horizons Science and Technology Association. https://civilica.com/doc/769994/

Nilforooshan, P., Latifi, Z., Abedi, M., & Ahmadi, A. (2019). Comparison of quality of life and its different dimensions in fertile and infertile women. *Journal of Behavioral Sciences Research*, *4*(1&2), 66-70. doi:http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1385.4.1.11.3

Palomba, S., Daolio, J., Romeo, S., Battaglia, F. A., Marci, R., & La Sala, G. B. (2018). Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *16*(1), 113-121. doi:https://doi.org/10.1186/s12958-018-0434-y

Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology & psychotherapy*, *26*(2), 227-240. doi:https://doi.org/10.1002/cpp.2345

Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Jidveian Popescu ,M., & Truţescu, C. (2017). Resilience and active coping style: effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *The international journal of psychiatry in medicine*, *52*(2), 124-136. doi:https://doi.org/10.1177/0091217417720895

Rafiei, N ,.Sharifian Sani, M., Rafiey, H., Behnampour, N., & Foroozesh, K. (2014). Reliability and Validity of Persian Version. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *24*(116), 75-83. Retrieved from http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-4273-en.html

Rainone, N., Chiodi, A., Lanzillo, R., Magri, V., Napolitano, A., Morra, V. B., . . . Freda, M. F. (2017). Affective disorders and health-related quality of life (HRQoL) in adolescents and young adults with multiple sclerosis (MS): the moderating role of resilience. *Quality of Life research*, *26*(3), 727-736. doi:https://doi.org/10.1007/s11136-016-1466-4

Ramezanzadeh F, Noorbala AA, Malak Afzali H, Abedinia N, Rahimi A, Shariet M, . . . Bagheri M. (2007). Effectiveness of psychiatric and counseling interventions On fertility rate in infertile couples. *Tehran University Medical Journal*, *65*(8), 57-63.

Retrieved from http://tumj.tums.ac.ir/article-1-744-en.html

Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Iranian Psychologists, 4*(1), 299-313. Retrieved from http://jip.azad.ac.ir/article_512443_en.html

Souri, H., & Hasanirad, T. (2011). Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 1541-1544. doi:https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.299

Vahidi, S. A. D., Ardalan, A., & Mohammad, K. (2006). The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5, *Journal of reproduction and infertility, 7* (3 (28)), 243-251. doi:https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=74526

Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*: Guilford publications.

WHO, W. H. O. (2018). nternational Classification of Diseases. Retrieved from https://www.who.int/tools/whoqol

Wu, W.-W., Tsai, S.-Y., Liang, S.-Y., Liu, C.-Y., Jou, S.-T., & Berry, D. L. (2015). The mediating role of resilience on quality of life and cancer symptom distress in adolescent patients with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 32*(5), 304-313. doi:https://doi.org/10.1177%2F1043454214563758

Yonesi, J., Akbari, S., & Ardekani, Z. B. (2006). Evaluating stigma among infertile men and women in Iran. *Journal of reproduction and infertility, 5*(6), 531-545. Retrieved from https://www.sid.ir/fa/JOURNAL/ViewPaper.aspx?ID=37847

The Role of Psychological Distress and Resilience in Quality of Life in Infertility in Infertile Women

Shirin Moradi*
Saleh Mohammadpour
Qasem Ahi

Islamic Azad University of Birjand

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the role of psychological distress and resilience in the quality of life in infertility in infertile women.

Method: The present study was a correlational study. The statistical population of this study consisted of all infertile women who were referred to four infertility treatment clinics during three months of 2019-20. Of this population, 346 women who were willing to participate were selected througth convenient sampling method. They were then asked to complete the measures including Resilience Questionnaire (Connor & Davidson, 2003), DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) and Quality of Life in Infertility Questionnaire (Boivin et al., 2011). SPSS software and multiple regression analysis were used to analyze the data.

Findings: The findings of this study showed that there is a significant relationship between psychological distress and resilience with quality of life in infertility. These findings indicate that psychological distress (i.e., depression, anxiety and stress) and resilience play a significant role in predicting the quality of life in infertility.

Keywords*:* Quality of life in Infertility, Resilience, Psychological distress.

* . Shirin.moradi708@gmail.com

علیزاده بیرجندی، زهرا؛ جان بزرگی ، مسعود؛ رسول‌زاده طباطبایی؛ سید کاظم ، فتحی؛ آشتیانی، علی (۱۴۰۰). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم فارسی مقیاس تمایل به خودکشی بر اساس نظریه بین فردی خودکشی (IPTS) در دانشجویان ایرانی.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۱ (۱)، ۱۱۴-۱۰۱. DOI:10.22067/tpccp.2021.36567.0

بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم فارسی مقیاس تمایل به خودکشی بر اساس نظریه بین فردی خودکشی (IPTS) در دانشجویان ایرانی

زهرا علیزاده بیرجندی[۱]، مسعود جان بزرگی[۲]، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی[۳]، علی فتحی آشتیانی[۴]

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۰/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲۴ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: خودکشی یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در جهان است. با توجه به اهمیت شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی، وجود ابزار سنجشی معتبر در این زمینه ضرورت دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نیازهای بین فردی بر اساس نظریه بین فردی خودکشی در جمعیت دانشجویان ایرانی بود.

روش: فرم انگلیسی مقیاس نیازهای بین فردی ابتدا توسط متخصصین به فارسی ترجمه و دوباره به انگلیسی بازگردانده شد. نمونه این مطالعه شامل ۳۷۸ دانشجو از سه دانشگاه بود که از آنها خواسته شد بر پرسشنامه های پژوهش شامل مقیاس نیازهای بین فردی، پرسشنامه افکار خودکشی بک و مقیاس ناامیدی بک پاسخ بدهند. ویژگی های روانسجی مقیاس با استفاده از روش های همسانی درونی، باز آزمایی، روایی محتوایی، روایی سازه و روایی همگرا مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: ضریب آلفای کرونباخ برای همه‌ی خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس در هر دو جنس و کل شرکت‌کنندگان از نظر روان‌سنجی مطلوب بوده و ساختار عاملی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، نشان‌دهنده برازش قابل‌قبول ماده‌ها بوده است. همچنین الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و روایی همگرای پرسشنامه که با مقیاس افکار خودکشی بک و ناامیدی بک سنجیده شد، روایی مطلوب این مقیاس را نشان داد.

واژه های کلیدی: ساختار عاملی، تمایل به خودکشی، نظریه بین فردی خودکشی.

---

۱. دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)، مشهد، ایران، (نویسنده مسئول)، zahra.alizadeh.83@gmail.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران، psychjan@gmail.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه بقیه‌الله، تهران، ایران

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است که رفتارهای خودکشی گرایانه یک مشکل سلامت عمومی در هر کشوری است (Wang et al., 2014). اصطلاحی که اخیراً وجود دارد رفتارهای مرتبط با خودکشی[1] است (قبلاً «خودکشی» نامیده می‌شد) که می‌تواند به صورت عقاید[2] (یعنی افکار)، روابط[3] و رفتارها[4] طبقه‌بندی شود. افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی به عنوان یک پیوستار مفهوم‌پردازی شده‌اند و در آن افرادی که افکار خودکشی را تجربه می‌کنند می‌توانند به سمت ایجاد یک نقشه[5] عملی پیش روند و سرانجام دست به اقدام به خودکشی بزنند (Littlewood, Kyle, Pratt, Peters, & Gooding, 2017). خودکشی جوانان از نگرانی‌های عمده و اساسی است و سومین دلیل مرگ در جوانان سنین ۱۵ تا ۲۴ سال محسوب می‌شود(Bauman, Toomey, & Walker, 2013) . میشل (Mitchell, 2015) اظهار می‌دارد که در فاصله سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۳ خودکشی یکی از سه دلیل عمده‌ی مرگ در دانشجویان بوده است. این پدیده در کشور ایران به‌خصوص در بین نوجوانان و جوانان، روند صعودی را طی می‌کند (Bauman et al., 2013). در ایران میزان بروز خودکشی ۶/۲ در صد هزار نفر است (در جمعیت عمومی) که گرچه نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر است ولی بالاتر از کشورهای خاورمیانه است. نتایج طرح ملی سیمای زندگی؛ پژوهش گسترده‌ای که در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶ بر روی دانشجویان دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی وابسته به وزارت علوم تحقیقات و فناوری اجرا شد؛ نشان داد که بین ۱۳/۲ تا ۱۶/۴ درصد دانشجویان تجربه افکار خودکشی داشته‌اند (Tarmian et al., 2018). با افزایش سریع نرخ خودکشی دانشجویان، نیاز به بهبود مداخلات بالینی و پیشگیرانه را در این حوزه، نشان می‌دهد و ضروری است تا در چارچوب نظریاتی که مبتنی بر شواهد تجربی از رفتار خودکشی هستند، اقدامات لازم صورت گیرند (Kleiman, Liu, & Riskind, 2014) نظریه‌های مختلف تلاش کرده‌اند توضیح دهند چرا افراد درگیر رفتارهای خودکشی می‌شوند (O'Connor & Nock, 2014) و به‌منظور توسعه برنامه‌های پیشگیری و شناسایی افراد در معرض خطر، راهبردهای ضروری در این حوزه پیشنهاد شده است. نظریه روان‌شناختی روابط بین فردی خودکشی[6]، با هدف ارائه یک مدل نظری از رفتار خودکشی طیف وسیعی از عوامل خطر را یکپارچه کرده است و پیش‌بینی‌های قابل آزمونی را از کسی که تمایل به خودکشی (یعنی افکار) دارد و از کسانی که به دنبال اقدام هستند، فراهم نموده است. این نظریه با

1. Suicidal Behavior
2. Ideations (Thoughts)
3. Communications,
4. Behaviors
5. Plan
6. The Interpersonal Theory of Suicide

ایجاد یک چشم‌انداز امیدوارکننده برای درک رفتار خودکشی و به دنبال آن تلاش‌هایی برای پیشگیری و درمان آن فراهم نموده است .(Van Orden, Smith, Chen, & Conwell, 2016)

این نظریه تاکنون شواهد پژوهشی تأییدکننده‌ای به دنبال داشته است (Joiner, 2005). در چارچوب این نظریه، سه ساختار برای رفتار خودکشی نقش محوری دارند که دو ساختار اول مربوط به تمایل به خودکشی[1] است که شامل تعلق کام نایافته[2] و سرباری ادراک شده[3] است و ساختار سوم مربوط به اقدام به خودکشی است که شامل توانمندی کسب شده[4] برای خودکشی می‌باشد. این نظریه همچنین روابط بین این ساختارها را در قالب یک مسیر علّی مشخص برای پیشرفت از سطح تمایل به خودکشی به سطح اقدام به خودکشی[5] (یعنی اقدام منجر به مرگ یا نزدیک به مرگ[6])، فراهم کرده است (Van Orden et al., 2010). تمایل به خودکشی یک حالت شناختی ـ هیجانی است که ناشی از عدم ارضای نیازهای بین فردی است اما تحت تأثیر عوامل درون فردی نیز قرار می‌گیرد. این حالت بر پایه دو حالت روان‌شناختی ایجاد می‌شود که شامل تعلق کام نایافته و سرباری ادراک شده می‌باشند. تعلق کام نایافته به احساسات تنهایی و انزوای اجتماعی اشاره دارد. این تجربه شامل دو عنصر، تنهایی (به عنوان مثال، «من احساس می‌کنم با دیگران ارتباطی ندارم») و عدم روابط مراقبتی تقابلی (به عنوان مثال «من هیچ کس را حمایت نکرده‌ام و کسی هم نبوده است که مرا حمایت کند») می‌باشد. این تجربه به‌عنوان یک حالت شناختی عاطفی پویا مشاهده می‌شود که تحت تأثیر عوامل بین فردی و درون فردی مانند داشتن تعارضات خانوادگی، تنها زندگی کردن، حمایت اجتماعی کم، مستعد برداشت طرد از رفتار دیگران قرار دارد و سرباری ادراک شده به ادراک بی‌کفایتی و سربار دیگران بودن اشاره می‌کند. این حالت، ادراک «اگر من بمیرم دیگران راحت‌تر خواهند بود» را منعکس می‌کند (Podlogar, Žiberna, Poštuvan, & Kerr, 2017).

به عبارت دیگر به این دیدگاه اشاره دارد که وجود فرد باری است بر دوستان، اعضای خانواده و یا جامعه و شامل دو عنصر، نفرت از خود (به عنوان مثال، «من از خودم متنفرم») و احساس بدهکاری (به‌عنوان مثال، «برای دیگران مرگ من بیشتر از زندگی‌ام می‌ارزد»)؛ مانند تعلق کام نایافته، سرباری ادراک شده نیز به‌عنوان یک حالت شناختی عاطفی پویا، در نظر گرفته شده است که تحت تأثیر عوامل خطری همچون بی‌خانمانی، بیکاری، بیماری جسمی و احساس خود نا ارزشمندی و ناخواسته بودن است (Van Orden et

1. Suicidal Desire
2. Thwarted Belongingness (TB)
3. Perceived Burdensomeness (PB)
4. Acquired Capability
5. Suicide Attempt
6. Lethal or Near-Lethal Attempts

(al., 2010؛ بنابراین، وضعیت روانی خاصی با حضور همزمان تعلق کام نایافته، سرباری ادراک شده و ناامیدی در ارتباطات بین فردی فرد، یک علت زمینه‌ای و کافی برای تمایل به خودکشی است. تبدیل تمایل فعالانه به خودکشی به قصد خودکشی تنها با حضور سومین ساختار دیگر نتیجه می‌شود: استعداد اکتساب شده که به توانایی یک فرد اشاره می‌کند که بر میل فطری صیانت از خود غلبه می‌کند و در رفتارهای خود آسیب‌رسان منجر به مرگ درگیر می‌شود(Joiner, 2005) . جوینر و همکاران (Joiner et al., 2009) پرسشنامه نیازهای بین فردی (INQ) [1]را برای ارزیابی تعلق کام نایافته و سرباری ادراک شده ایجاد کردند که سازه تمایل به خودکشی را می‌سنجد و به‌طور گسترده‌ای مورد پژوهش قرار گرفته است (Christensen, Batterham, Mackinnon, Donker, & Soubelet, 2014).

در پژوهش‌های مربوط به بزرگ‌سالان، بین هردو سازه با افکار خودکشی همبستگی وجود دارد (Marty, Segal, Coolidge, & Klebe, 2012). اگرچه سازه‌ها با افسردگی همبستگی دارند (Kleiman et al., 2014) اما افکار خودکشی را فراتر از شاخص‌های افسردگی، پیش‌بینی می‌کنند (Joiner Jr et al., 2009) و بنابراین در کاربرد پیش‌پراکندگی، منحصربه‌فرد هستند.

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که اگر هر دوی این حالات روان‌شناختی توصیف شده حاضر باشند، تمایل خودکشی فعال (در مقابل افکار منفعلانه) ایجاد می‌شود (Christensen et al., 2014). پژوهشگران در نمونه‌های بزرگ‌سال غیر بالینی (Anestis, Soberay, Gutierrez, Hernández, & Joiner, 2014) و همچنین افراد مسن (Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, Ragain, & Cook, 2011) و در نوجوانان بستری (Hill et al., 2015) به اعتبار یابی این ابزار پرداخته‌اند و شناسایی تمایز عوامل TB و PB را مورد حمایت قرار داده‌اند (Kleiman et al., 2014).

با توجه به آنچه گفته شد و با هدف شناسایی و ارزیابی دانشجویان در معرض خطر، هدف از پژوهش حاضر ترجمه پرسشنامه INQ به زبان فارسی و بررسی خصیصه‌های روان‌سنجی نسخه اعتبار یابی شده (INQ-15) در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی تحت ارزیابی خطر خودکشی است. انتظار این است که یافته‌ها، ادبیات پژوهشی درباره ارتباط میان فرهنگی و تحولی TB و PB روی خطر خودکشی را گسترش دهد. به علاوه ما به دنبال تطابق و اساس تجربی برای استفاده بیشتر از INQ در اقدامات ارزیابی و پیشگیری از خودکشی در جوانان ایرانی خواهیم بود.

1. Interpersonal Need Questionnaire (INQ)

روش پژوهش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به بررسی خصوصیات روان‌سنجی یک ابزار و روش گردآوری داده‌ها، به طرح‌های توصیفی و از نوع همبستگی تعلق دارد.

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری پژوهش، تمام دانشجویان ۱۸ تا ۳۰ ساله مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه‌های غیردولتی امام رضا (ع) و حکمت رضوی و همچنین مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه فردوسی شهر مشهد که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند شامل شد. با توجه به نوع مطالعه‌ی پژوهش که از نوع همبستگی می‌باشد و تعداد سؤالات پرسشنامه، تعداد حجم نمونه‌ی لازم برای گردآوری داده‌ها، ۴۰۰ نفر برآورد شد (Hooman, 2001) . به طوری که بر اساس هماهنگی صورت گرفته با آموزش دانشگاه و پذیرش مرکز مشاوره، به شیوه‌ی در دسترس پرسشنامه‌ها بین دانشجویان توزیع شدند و افراد به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس با کنار گذاشتن پرسشنامه های مخدوش، ۳۷۸ نفر وارد تحلیل شدند.

ابزار

پرسشنامه نیازهای بین فردی: توسط جوینر و همکاران (Joiner et al., 2009) اجرا شد. این مقیاس به سنجش تمایل به خودکشی می‌پردازد. سازه تمایل به خودکشی هشت آیتم احساس تعلق کام نایافته و هفت آیتم سرباری ادراک شده را می‌سنجند. گویه‌ها روی یک مقیاس لیکرتی ۷ نمره‌ای علامت‌گذاری می‌شوند. نمرات به این صورت کدگذاری می‌شود که نمرات بالاتر سطوح بالاتری از احساس تعلق کام نایافته و سرباری ادراک شده را نشان می‌دهند (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).

در پژوهش ون اردن و همکاران (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joinerr, 2012)ضریب‌های ثبات درونی قابل مقایسه برای آیتم‌های احساس تعلق کام نایافته (آلفا =۸۵/)۰ و آیتم‌های سرباری ادراک شده (آلفا = ۰/۸۹) محاسبه شد. همچنین روایی سازه داده‌ها قابل‌قبول بودند (مثل احساس تعلق کام نایافته بیشتر از سرباری ادراک شده با یک سازه بین فردی وابسته به نظریه‌ای یعنی تنهایی همبستگی داشت).

پرسشنامه افکار خودکشی بک[1] (BSSI): این مقیاس در سال ۱۹۸۴ توسط بک و همکاران (Beck & Steer, 1984) طراحی شد که حاوی ۱۹ پرسش سه گزینه‌ای است که برای آشکارسازی، سنجش نگرش

1. Beck Suicide Inventory

و برنامه‌ریزی برای اقدام به خودکشی و عوامل تشکیل‌دهنده آن مانند آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، میزان کنترل خود، عوامل بازدارنده و آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی ساخته‌شده است. پرسش‌ها دارای سه گزینه «هیچ»، «تا اندازه‌ای زیاد» و «زیاد» هستند. در مجموع نمرات مقیاس از ۰ تا ۳۸ در نوسان خواهد بود. این مقیاس شامل 19 پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره‌دهی می‌شود؛ بنابراین، جمع نمرات از صفر تا 38 متغیر است. همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده آن ۰/۸۳ می‌باشد. روایی هم‌زمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسش‌نامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ برآورد شده است (Danitz, 2001). در ایران نیز در پژوهش انیسی و همکاران (۲۰۰۵) اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و پایایی با روش دو نیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس ناامیدی بک[1] **(BHS)**: یک مقیاس خود گزارشی مشتمل بر بیست جمله است که میزان منفی گرایی و بدبینی پاسخ‌دهندگان را درباره آینده می‌سنجد. پاسخ به مواد این مقیاس به شکل درست- غلط بوده و مجموع نمرات این مقیاس در دامنه‌ی ۰-۲۰ قرار دارد که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر ناامیدی است. تحقیقات نشان داده است که نمرات به‌دست آمده در این مقیاس با شدت و فراوانی ذهنیت خودکشی و میل خودکشی در ارتباط است. در ایران همسانی درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد شده است و نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی پنج عامل ۱- یاس در دستیابی به خواسته‌ها ۲- نومیدی در مورد آینده ۳- نگرش نسبت به آینده ۴- دورنمای زندگی و ۵- اعتماد به آینده استخراج گردیده است که این ۵ عامل بر روی‌هم ۴۸/۹ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند (Dejkam, 2001).

یافته‌ها

برای بررسی خصوصیات روان‌سنجی فرم فارسی پرسشنامه نیازهای بین فردی، روایی و اعتبار این ابزار با روش‌های مختلفی مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس داده‌های حاصل از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، از بین ۳۷۸ دانشجویی که به‌عنوان نمونه در این پژوهش شرکت داشتند، ۶۰ نفر مرد (۱۵/۵ درصد) و ۳۱۸ نفر زن (۸۲/۲ درصد) بودند. از جهت مقطع تحصیلی، ۳۵۳ نفر دانشجوی لیسانس (۹۱/۲ درصد) و ۱۹ نفر دانشجوی فوق‌لیسانس (۴/۹ درصد) بودند. از نظر وضعیت تأهل نیز، ۲۸۷ نفر مجرد (۷۴/۲ درصد) و ۹۱ نفر متأهل (۲۳/۵ درصد) و ۵ نفر مطلقه (۱/۳ درصد) بودند. همچنین بر اساس این اطلاعات، میانگین و

1. Beck Hopelessness Scale

انحراف معیار سن این دانشجویان به ترتیب ۲۱/۴۱ و ۵/۱۸ بود. لازم به ذکر است به دلیل اینکه برخی اعضای نمونه، اطلاعات جمعیت شناختی خود را در پرسشنامه ارائه نداده بودند برای هر متغیر مجموع درصد افراد در طبقات مختلف به ۱۰۰ نرسیده است. جهت بررسی روایی پرسشنامه از روایی محتوایی، روایی سازه و روایی همگرا استفاده شد.

الف) روایی محتوا: نوعی از روایی است که معمولاً برای بررسی ارتباط سؤالات با هدف ابزار اندازه‌گیری به کار برده می‌شود. روایی محتوایی یک ابزار، معمولاً توسط افراد متخصص در زمینه موضوع مورد مطالعه تعیین می‌شود؛ بنابراین، برای بررسی روایی محتوا، مقیاس نیازهای بین فردی در اختیار دو روانشناس قرار گرفت و میزان ارتباط هر یک از سؤالات پرسشنامه با هدف سنجش، در یک مقیاس ۴ درجه لیکرت مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد هر دو نفر آن‌ها درباره اینکه سؤال‌های ابزار نشان دهنده خصوصیات مورد سنجش هستند، اتفاق نظر داشتند و بررسی نظرات آنان با استفاده از همبستگی اسپیرمن ضریب ۰/۹ به دست آمد ($p <$ ۰/۰۱).

ب) روایی سازه: بیانگر آن است که یک ابزار تا چه حد یک سازه را - که مبنای نظری دارد - می‌سنجد. برای بررسی روایی سازه روش‌های متعددی وجود دارد. یکی از این روش‌ها اعتبار عاملی می‌باشد که صورتی از روایی سازه است و از طریق تحلیل عاملی انجام می‌شود. به منظور بررسی میزان برازش ساختار عاملی نسخه فارسی پرسشنامه نیازهای بین فردی با مقیاس اصلی از تحلیل عاملی تأییدی با روش حداکثر درست‌نمایی[1] در سطح ماتریس واریانس کوواریانس استفاده شد. برازندگی الگو بر اساس شاخص مجذور خی، شاخص برازندگی تطبیقی[2] (CFI)، شاخص هنجار شده‌ی برازندگی[3] (NFI)، شاخص برازندگی نسبی[4] (RFI)، ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب[5] (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش[6] (GFI) و ملاک اطلاعات آکایکی[7] (AIC) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱: شاخص‌های برازش تحلیل عامل تأییدی فرم فارسی پرسشنامه نیازهای بین فردی

χ^2/df	CFI	NFI	RFI	GFI	REMSEA	AIC
۳/۶۵	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۹۱	۰/۰۸	۳۷۵/۴۵

1. Maximum Likelihood Method
2. Comparative Fit Index
3. Normed Fit Index
4. Relative Fit Index
5. Root Mean Square Error of Approximation
6. Goodness of Fit Index
7. Akaike Information Criterion

شاخص‌های برازندگی تطبیقی (CFI)، برازندگی هنجار شده (NFI)، برازندگی نسبی (RFI) و نیکویی برازش (GFI) هر چقدر نزدیک به یک باشد بیانگر برازش خوب مقیاس می‌باشد. هر چند برای بررسی نیکویی برازش معمولاً از شاخص مجذور خی استفاده می‌شود، ولی مجذور خی با افزایش حجم نمونه و درجه‌ی آزادی افزایش می‌یابد. به همین خاطر هو و بنتلر (Hu & Bentler, 1999) استفاده از شاخص ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) را توصیه نموده‌اند. به اعتقاد شرمیله/انگل و همکاران (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003) مقادیر ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) بین ۰ تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ بیانگر برازش قابل‌قبول می‌باشد؛ بنابراین، با توجه به اعداد جدول ۱ می‌توان گفت که الگوی تأییدی از برازش قابل‌قبولی برخوردار می‌باشد. در جدول ۲ نتایج بارهای عاملی تحلیل عاملی تأییدی ارائه شده است. ماتریس بارهای عاملی موجود در جدول ۲ نشان می‌دهد که به‌جز یک مورد، تمام بارهای عاملی استخراج شده بالاتر از ۰/۴۰ می‌باشند؛ با این وجود تمامی این بارهای عاملی از لحاظ آماری معنادار می‌باشند و بنابراین توزیع ماده‌ها در خرده مقیاس‌ها با پرسشنامه اصلی منطبق است.

جدول ۲: بارهای عاملی سؤالات در الگوی دو عاملی پرسشنامه نیازهای بین فردی

خرده مقیاس	سؤال	بار عاملی	مقدار t
سرباری ادراک شده	۱	۰/۸۳	۱۸/۸۷*
	۲	۰/۸۸	۲۰/۹۳*
	۳	۰/۷۷	۱۷/۴۳*
	۴	۰/۷۶	۱۷/۱۱*
	۵	۰/۷۸	۱۷/۴۴*
	۶	۰/۷۳	۱۶/۰۵*
تعلق کام نایافته	۷	۰/۴۸	۹/۵۰*
	۸	۰/۶۱	۱۲/۵۵*
	۹	۰/۳۱	۵/۷۶*
	۱۰	۰/۵۸	۱۱/۷۶*
	۱۱	۰/۴۹	۹/۸۵*
	۱۲	۰/۵۰	۹/۹۸*

	۱۳	۰/۷۵	۱۶/۵۷*
	۱۴	۰/۸۳	۱۹/۱۷*
	۱۵	۰/۷۷	۱۷/۲۰*

ج) روایی همگرا: روایی همگرا نوعی از روایی است که با محاسبه همبستگی بین نمره‌های یک آزمون با آزمون دیگری که دارای روایی بوده و برای اندازه‌گیری آن سازه ساخته شده است، به دست می‌آید. اگر همبستگی بین دو آزمون بالا باشد، نشان می‌دهد که دو آزمون سازه واحدی را می‌سنجند (karami, 2008). در این پژوهش جهت تعیین روایی همگرای پرسشنامه نیازهای بین فردی که نمره کل آن تمایل به خودکشی را می‌سنجد، از پرسشنامه خودکشی بک و ناامیدی بک استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد نمرات پرسشنامه نیازهای بین فردی با نمره پرسشنامه خودکشی بک (۰/۰۰۱ , r=۰/۴۵$p<$) و ناامیدی بک (r=۰/۴۷ $p<$۰/۰۰۱) رابطه مثبت و معناداری دارد. مثبت بودن این ضرایب همبستگی، حاکی از روایی همگرای پرسشنامه نیازهای بین فردی می‌باشد.

در فرایند بررسی اعتبار پرسشنامه نیازهای بین فردی از روش همسانی درونی و روش باز آزمایی استفاده شد که نتایج آن‌ها در ذیل آمده است.

الف) همسانی درونی: به‌منظور احراز اعتبار پرسشنامه نیازهای بین فردی از روش همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس سرباری ادراک شده و تعلق کام نایافته به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و همچنین برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمده است؛ بنابراین، ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده بالاتر از ۰/۷ هستند و از جهت روان‌سنجی مطلوب است و بیانگر همسانی درونی مقیاس می‌باشند.

جدول ۳: ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه نیازهای بین فردی

متغیر	تعداد آیتم	آلفای کرونباخ
سرباری ادراک شده	۶	۰/۹۱
تعلق کام نایافته	۹	۰/۸۴
کل	۱۵	۰/۸۹

ب) اعتبار باز آزمایی: این روش عبارت است از ارائه یک آزمون بیش از یک بار در یک گروه آزمودنی تحت شرایط یکسان. برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد با این روش، ابتدا ابزار اندازه‌گیری بر

روی یک گروه آزمودنی اجرا شده و سپس در فاصله زمانی کوتاهی دوباره در همان شرایط، آزمون بر روی همان گروه اجرا می‌شود. برای تعیین ضریب اعتبار باز آزمایی، پرسشنامه نیازهای بین فردی مجدداً ۲ هفته بعد در مورد ۳۱ نفر از آزمودنی‌ها که در مرحله اول پژوهش شرکت داشتند، اجرا شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای دو نوبت اندازه‌گیری در جدول ۴ نشان می‌دهد این ضرایب برای هر دو خرده مقیاس و همچنین نمره کل پرسشنامه معنادار می‌باشند؛ بنابراین، پرسشنامه دارای اعتبار باز آزمایی قابل‌قبولی می‌باشد.

جدول ۴: ضرایب باز آزمایی برای پرسشنامه نیازهای بین فردی

متغیر	ضرایب باز آزمایی
سرباری ادراک شده	۰/۵۴***
تعلق کام نایافته	۰/۸۷***
کل	۰/۸۳***

***p< ۰/۰۰۱

نتیجه

خودکشی یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در جهان است؛ بنابراین، یکی از چالش‌های موجود در تحقیقات سلامت روان این است که برای پیش‌بینی و پیشگیری از وقوع رفتارهای خودکشی به فهم چگونگی ایجاد آن، پرداخته شود. با توجه به اهمیت شناسایی افراد در معرض خطر و ضرورت فراهم ساختن ابزار معتبر در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس نیازهای بین فردی (INQ) بر اساس نظریه بین فردی خودکشی (IPTS) به بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی آن در جمعیت دانشجویان ایرانی پرداخت. برای بررسی اعتبار پرسشنامه نیازهای بین فردی (INQ) از روش همسانی درونی و باز آزمایی استفاده شد که یافته‌ها نشان داد همسانی درونی ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام خرده مقیاس-ها در هر دو جنس از نظر روان‌سنجی قابل‌قبول است و این نتیجه با پژوهش‌های انیستیس و همکاران (Anestis et al., 2014)؛ دی شانگ و همکاران (DeShong, Tucker, O'Keefe, Mullins-Sweatt, & Wingate, 2015) ؛ فریدنتال، لامیس، عثمان، کاهلو و گوئیتزر (Freedenthal, Lamis, Osman, Kahlo, & Gutierrez, 2011) ؛ جوینر و همکاران (Joiner Jr et al., 2009) کلیمن و همکاران (Kleiman et al., 2014)؛ پلوسکونکا و سرواتی سیب، (Ploskonka & Servaty-Seib, 2015) ون اردن و همکاران (Van Orden et al., 2008)؛ پدولوگار و همکاران(Podlogar et al., 2017) همسو است. برای تعیین ضریب

اعتبار باز آزمایی، مقیاس نیازهای بین فردی مجدداً ۲ هفته بعد بر روی ۳۱ نفر از آزمودنی‌ها که در مرحله اول پژوهش شرکت داشتند، اجرا شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای دو نوبت اندازه‌گیری نشان داد که این پرسشنامه دارای اعتبار باز آزمایی مطلوبی است. این نتایج نشانگر این است که پرسشنامه نیازهای بین فردی، ابزار مناسب و معتبری برای سنجش تمایل به خودکشی در جوانان ایرانی می‌باشد. همچنین در این پژوهش، بررسی روایی این ابزار با استفاده از روایی محتوایی، سازه و همگرا انجام شد. از سوی دیگر برای بررسی میزان برازش ساختار عاملی فرم فارسی پرسشنامه نیازهای بین فردی با مقیاس اصلی از تحلیل عاملی تأییدی با روش حداکثر درست‌نمایی در سطح ماتریس واریانس کوواریانس استفاده شد که مقادیر ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ حاکی از برازش مطلوب این مقیاس بود؛ بنابراین، می‌توان گفت که الگوی تأییدی برازش قابل‌قبولی را نشان می‌دهد. همچنین ماتریس بارهای عاملی موجود نشان داد که توزیع بارهای عاملی استخراج شده بالاتر از ۰/۴ ماده‌ها در خرده مقیاس‌ها با آزمون اصلی منطبق است. این نتیجه همسو با پژوهش پدولوگار و همکاران (Podlogar et al., 2017) می‌باشد؛ بنابراین، نتایج موجود نشان می‌دهد که این پرسشنامه با پیشینه‌ی نظری معتبر خود، می‌تواند در جمعیت‌های مختلف قابل استفاده باشد. در این پژوهش جهت تعیین روایی همگرا از پرسشنامه خودکشی بک و ناامیدی بک استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمرات پرسشنامه نیازهای بین فردی با نمره پرسشنامه خودکشی بک رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مثبت بودن این ضرایب همبستگی، نشان دهنده روایی همگرای قابل‌قبول این پرسشنامه می‌باشد که نتایج آن همسو با پژوهش‌های انیستیس و همکاران (Anestis et al., 2014)؛ دی شانگ و همکاران (DeShong et al., 2015)؛ فریدنتال همکاران (Freedenthal et al., 2011) ؛ جوینر و همکاران (Joiner Jr et al., 2009) کلیمن و همکاران(Kleiman et al., 2014) ؛ پلوسکونکا و سرواتی سیب (Ploskonka & Servaty-Seib, 2015)ون اردن و همکاران (Van Orden et al., 2008) ؛ پدولوگار و همکاران (Podlogar et al., 2017) می‌باشد.

نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش و ضرایب اعتبار و روایی مطلوب پرسشنامه‌ی نیازهای بین فردی (INQ) نشان می‌دهد که این ابزار در جامعه‌ی ایران روایی مناسبی دارد. همچنین سهولت در اجرا و کوتاه بودن فرم، پژوهشگران را قادر می‌سازد تا بتوانند برای ارزیابی، تشخیص و درمان خودکشی، همچنین در گستره‌ی پژوهش در این زمینه، استفاده‌ی وسیعی از این مقیاس داشته باشند.

محدودیت این پژوهش این بود که برای سنجش تمایل به خودکشی، پرسشنامه‌های خود گزارشی مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به اینکه در اجرای این پرسشنامه، امکان خطای سهوی یا عمدی در کمتر

یا بیشتر گزارش کردن افکار خودکشی وجود دارد، بهتراست در پژوهش‌های آینده با در نظر گرفتن این موضوع، از روش‌های ارزیابی دیگری مانند مصاحبه یا حتی مشاهده در بررسی رابطه‌ی بین تمایل به خودکشی با افسردگی یا ناامیدی استفاده کرد.

محدودیت دیگر این بود که روایی همگرا فقط از طریق پرسشنامه‌های افکار خودکشی و ناامیدی بک به جای ابزارهای مناسب دیگری مانند تنهایی یا حمایت اجتماعی ادراک شده استفاده شد. همچنین روایی واگرا مورد بررسی قرار نگرفت.

References

Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and social psychology review, 18*(4), 366-386.

Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of adolescence, 36*(2), 341-350.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 40*(6), 1365-1367.

Christensen, H., Batterham, P. J., Mackinnon, A. J., Donker, T., & Soubelet, A. (2014). Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *Psychiatry research, 219*(2), 290-297.

Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, R. M., & Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and aging, 26*(2), 331-338.

Danitz, M. (2001). Suicide an unnecessary death. *London: UK, 114*.

Dejkam, N. (2001). *Adaptation and standardization of the frustration scale for Azad University students.* (1), Azad university, Tehran. (65).(In Persian)

DeShong, H. L., Tucker, R. P., O'Keefe, V. M., Mullins-Sweatt, S. N., & Wingate, L. R. (2015). Five factor model traits as a predictor of suicide ideation and interpersonal suicide risk in a college sample. *Psychiatry research, 226*(1), 217-223.

Freedenthal, S., Lamis, D. A., Osman, A., Kahlo, D., & Gutierrez, P. M. (2011). Evaluation of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire-12 in samples of men and women. *Journal of Clinical Psychology, 67*(6), 609-623.

Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(3), 302-314.

Hooman, H. A. (2001). Multivariate data analysis in behavioral research. *Tehran: Parsa Pub*.(In Persian)

Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal, 6*(1), 1-55.

Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., &

Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology, 118*(3), 634-646.

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*: Harvard University Press.

Kleiman, E. M., Liu, R. T., & Riskind, J. H. (2014). Integrating the interpersonal psychological theory of suicide into the depression/suicidal ideation relationship: A short-term prospective study. *Behavior Therapy, 45*(2), 212-221.

Littlewood, D., Kyle, S., Pratt, D., Peters, S., & Gooding, P. (2017). Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide. *Clinical psychology review, 54*, 1-16.

Marty, M. A., Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Klebe, K. J. (2012). Analysis of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) among community-dwelling older adults. *Journal of Clinical Psychology, 68*(9), 1008-1018.

Mitchell, J. (2015). College Students' Knowledge of Suicide Risk Factors and Prevention Strategies.

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73-85.

Ploskonka, R. A., & Servaty-Seib, H. L. (2015). Belongingness and suicidal ideation in college students. *Journal of American college health, 63*(2), 81-87.

Podlogar, T., Žiberna, J., Poštuvan, V., & CR Kerr, D. (2017). Belongingness and burdensomeness in adolescents: Slovene translation and validation of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(3), 336-352.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online, 8*(2), 23-74.

Tarmian, F., Yaghoubi, H., Piravi, H; Zafar, M. (2018). Comprehensive program of prevention and intervention in suicide behavior in academic settings. *Youth Affairs Organization. Office of Counseling and Mental Health, 3*.(In Persian)

Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment, 24*(1), 197-215.

Van Orden, K. A., Smith, P. N., Chen, T., & Conwell, Y. (2016). A Case Controlled Examination of the Interpersonal Theory of Suicide in the Second Half of Life. *Arch Suicide Res, 20*(3), 323-335. doi:10.1080/13811118.2015.1025121

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review, 117*(2), 575-600.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(1), 72-83.

Wang, L., He, C. Z., Yu, Y. M., Qiu, X. H., Yang, X. X., Qiao, Z. X., . . . Yang, Y. J. (2014). Associations between impulsivity, aggression, and suicide in Chinese college students. *BMC public health, 14*(1), 1-8.

The Factor Structure, Reliability, and Validity of the Persian Version of the Suicidal Desire Scale Based on Interpersonal Suicide Theory (IPTS) in Iranian Students

Zahra Alizadeh Birjandi*
Imam Reza International University, Mashhad. Iran
Massoud Janbarez
nstitute of Domain and University Research, Qom, Iran
Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabai
Ferdowsi University of Mashhad
Ali Fathi Ashtiani
University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

Purpose: Suicide is one of the leading causes of death in the world. Given the importance of identifying at-risk individuals, it is necessary to have valid assessment tools. The aim of the present study, using an Iranian student population, was to investigates the factor structure and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) based on the Interpersonal Suicide Theory (IPTS).

Method: Using translation and back-translation method, the English version of INQ was translated into the Persian language. The sample consisted of 378 students from three universities who were asked to complete the research measures including INQ, Beck Suicide Inventory and Beck Hopelessness Scale. The psychometric properties were then assessed through internal consistency, test-retest, content validity, construct validity and convergent validity methods.

Findings: Cronbach's alpha values were favorable for all subscales and the whole scale in both genders and all participants. The factor structure of the scale, using confirmatory factor analysis, showed acceptable material fit. Moreover, the correlation coefficients between the subscales and convergent validity with Beck Suicide Inventory and Beck Hopelessness Scale demonstrated the validity of the scale.

Keywords: Factor Structure, Suicidal desire, Interpersonal Theory of Suicide

* . zahra.alizadeh.83@gmail.com

رضایی‌جمالویی، حسن؛ هادی‌پور، فاطمه (۱۴۰۰). ارائه مدل ساختاری باورهای فراشناختی با ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی با میانجیگری حساسیت اضطرابی.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۱ (۱)، ۱۳۴-۱۱۵. DOI: 10.22067/tpccp.2021.67324.0

بررسی مدل ساختاری رابطه بین باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی: نقش میانجیگر حساسیت اضطرابی

فاطمه هادی پور[۱]، حسن رضایی جمالویی[۲]

تاریخ دریافت: ۹۹/۹/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، ارائه مدل ساختاری باورهای فراشناختی با ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی با میانجیگری حساسیت اضطرابی بود.

روش: این پژوهش از نوع همبستگی و در غالب یک طرح مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد نجف‌آباد بودند که در سال ۹۸-۹۷ انتخاب واحد کرده بودند. از این تعداد و از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۵۰۰ نفر از دانشجویانی که تمایل به همکاری داشتند انتخاب شدند و به سوالات چهار پرسشنامه فوبی اجتماعی کانور و همکاران (۱۷ سؤالی)، باورهای فراشناختی ولز و کارترایت (۳۰ سؤالی)، ذهن آگاهی فرایبورگ (۱۴ سؤالی) و حساسیت اضطرابی (۱۶ سؤالی) پاسخ دادند. به منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش، از نرم‌افزار Amos و مدل‌سازی به شیوه معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مدل ساختاری باورهای فراشناختی با ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی با میانجیگری حساسیت اضطرابی با داده‌های تجربی برازش دارد. اثر مستقیم باورهای فراشناختی بر ذهن آگاهی، باورهای فراشناختی بر حساسیت اضطرابی و اثر مستقیم حساسیت اضطرابی بر ذهن آگاهی استاندارد معناداراست. همچنین اثر استاندارد غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به فوبی اجتماعی از طریق حساسیت اضطرابی معنادار است.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی، فوبی اجتماعی.

---

۱ .کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران، Fateme.hadipour98@gmail.com

۲. دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران، (نویسنده مسئول)، h.rezayi2@yahoo.com

مقدمه

اختلال فوبی اجتماعی یکی از اختلالاتی است که اخیراً توجه متخصصان سلامت را به خود جلب کرده و سیری مزمن دارد (Hekmatiyan fard et al., 2021). این اختلال پس از اختلالات افسردگی اساسی و وابستگی به الکل به عنوان شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی شناخته می‌شود (Joseph et al., 2018).

فوبی اجتماعی عبارت است ترس از موقعیت‌های اجتماعی، از جمله موقعیت‌هایی که در آن‌ها فرد تحت نگاه کنجکاوانه یا قضاوت‌گر یا تماس با دیگران قرار می‌گیرد. افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی از این می‌ترسند که مبادا در جمع دیگران یا انظار عمومی (مثلاً تجمعات، گرد هم‌آیی‌ها، سخنرانی‌ها، ملاقات با افراد ناشناس) کاری خجالت‌آور انجام بدهند. افراد مبتلا به فوبی‌اجتماعی از هرگونه موقعیت‌اجتماعی که در آن رفتاری خجالت‌آور داشته باشند یا ممکن است مورد ارزیابی قرار گیرند، اجتناب می‌کنند. آن‌ها ممکن است از انجام دادن بعضی فعالیت‌های خاص مثل خوردن یا صحبت کردن در مقابل دیگران ترس خاصی داشته باشند یا ممکن است یک ترس مبهم و نامشخص از «خود را شرمنده کردن» یا آبروی خود را بردن داشته باشند (Kaplan & Sadock, 2015).

در ۷۵ درصد افراد سن شروع اختلال بین ۷ تا ۱۵ سال می‌باشد (Chang et al., 2019). یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت دانشجویی اختلال فوبی اجتماعی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۵/۲ درصد از دانشجویان فوبی اجتماعی دارند. شیوع اختلال فوبی اجتماعی در دختران ۵/۵ درصد و در پسران ۴/۷ درصد بوده است (Norouzi, 2012)؛ بنابراین، دانشجویان گروهی هستند که اضطراب را تجربه می‌کنند (Wallin & Runeson, 2003) و اضطراب بر کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر نامطلوبی دارد (Salina et al, 2008). هشتاد و پنج درصد از دانشجویان دارای اختلال فوبی اجتماعی به علت نقص در روابط بین فردی و مشکل در رفع نیاز اجتماعی دچار اختلالاتی در عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای خود می‌شوند (Norouzi, 2012).

پژوهش‌های اخیر فرایندهای کلیدی را کشف کرده‌اند که در آسیب‌پذیری و پیشرفت اختلال فوبی اجتماعی نقش دارند، یکی از این فرایندها رویکرد شناختی است. بر طبق رویکرد شناختی پردازش اطلاعات در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی مختل می‌باشد که یکی از جنبه‌های آن راهبردهای فراشناختی است. پیشرفت‌های روان‌شناختی نشان داده که باورهای فراشناختی مثبت و منفی در سلامت روانی افراد دخالت دارد (Omidi et al., 2018).

واژه فراشناخت را نخستین بار فلاول (Flavell, 1979) به کار برده است و می‌توان آن را به معنی

آگاهی فرد از فرایند تفکر و توانایی‌اش برای کنترل این فرایند دانست. فراشناخت، اشاره دارد به ساختارهای روان‌شناختی، دانش رویدادها و فرایندهایی که در کنترل، اصلاح و تفسیر تفکر نقش دارند (Golmohammadian et al, 2018). باورهای فراشناختی مبتلایان به اختلال فوبی اجتماعی مختل و نارسا است (Hassanvand Amouzadeh et al., 2013). این بیماران به افکار خود ارزیابی‌کننده منفی، توجه‌ای افراطی و متمرکز دارند که در سندرم شناختی-توجهی نقش مهمی را ایفا می‌کند (Babapour Kheiroddin & ganjei, 2021). این باورهای فراشناختی منفی که شامل: کنترل ناپذیری و معنا، اهمیت، خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی است موجب می‌شود که فرد در موقعیت‌های اجتماعی آتی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده کند که موجب تشدید اضطراب و تداوم نشانه‌های فوبی اجتماعی می‌شود (Adrian Wells, 2007). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی ممکن است در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اضطرابی نقش مهم و اساسی داشته باشند (Adrian Wells & Carter, 2001).

در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی نشخوار فکری و توجه و ارزیابی منفی از جانب دیگران، بیمار را به سمت محرک‌های تهدیدکننده مانند اضطراب سوق داده و مانع تلاش در ارزیابی مجدد رویدادها می‌شود که منجر به اختلال در عملکرد می‌گردد درحالی‌که ذهن آگاهی با تمرکز بر زمان حال موجب عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوی فکری تکراری و کاهش نشخوار فکری می‌شود (Robatmili & Karimi, 2018). منظور از ذهن آگاهی تفاوت‌های فردی است که افراد را از لحاظ میزان در لحظه حال زیستن، رها بودن از نگرانی و درگیر زندگی به صورت هدفمند و آگاهانه بودن از هم متمایز می‌کند (Ryan & Brown, 2003). ذهن‌آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوی فکری یا نگرش فرد درباره افکارش می‌شود. وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد، توانایی عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد و ذهن آگاهی افزایش‌یافته، احتمالاً شکلی سازگارانه از توجه متمرکز بر خود را پرورش می‌دهد که این خود موجب کاهش نشخوار فکری و اجتناب هیجانی می‌گرددو خودتنظیمی رفتار را بهبود می‌بخشد (Baer, 2009).

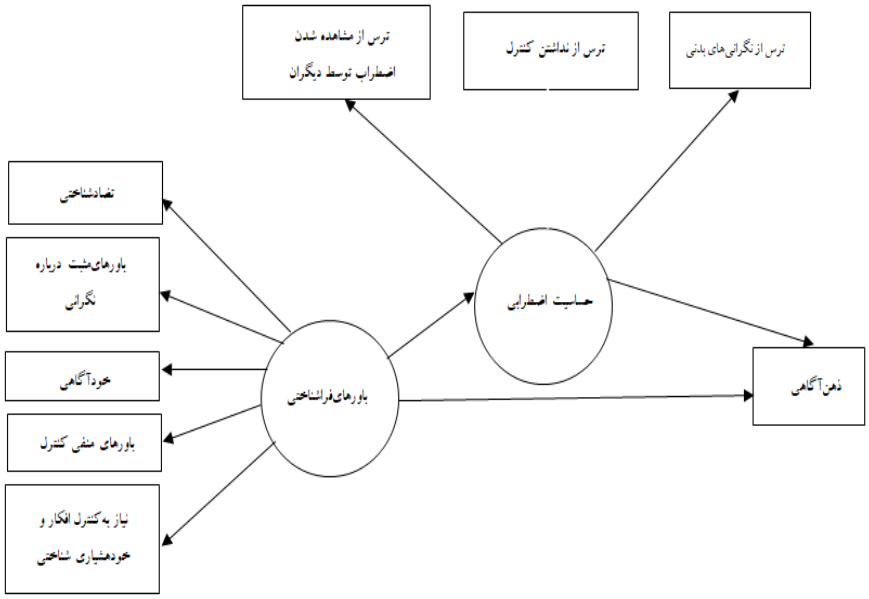
پژوهش‌ها نشان داده که فوبی اجتماعی با ذهن آگاهی رابطه منفی دارد (Schmertz et al, 2012). با توجه به آنکه افراد مبتلا به فوبی اجتماعی اطلاعات محیط را به صورت گزینشی و منفی پردازش می‌کنند که موجب برانگیخته شدن مکانیزم‌هایی مانند ترس و اجتناب می‌شود (Taylor, 2014)، ذهن آگاهی با ایجاد الگوی فکری درک لحظه به لحظه در فرد، نشخوار فکری و اجتناب هیجانی را کاهش می‌دهد و موجب می‌گردد که فرد نسبت به تعاملات خود با دیگران و محیط بینش پیدا کند و پاسخ‌های مفید و هدفمند را جایگزین واکنش‌های غیرارادی و ناهشیار کند (Hatampour et al, 2021). یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی

تأثیرگذار در تشخیص، ارزیابی و درمان اختلال فوبی اجتماعی، حساسیت اضطرابی می‌باشد (Panayiotou et al, 2014). پژوهش‌ها نشان داده که از میان ابعاد حساسیت اضطرابی بعد نگرانی‌های اجتماعی به شدت با ارزیابی منفی در اختلال فوبی اجتماعی ارتباط دارد (Allan et al, 2018). حساسیت اضطرابی یک سازه شناختی تفاوت‌های فردی است که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با برانگیختگی اضطرابی (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌شود؛ در واقع حساسیت اضطرابی گرایش به ترس و تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های اضطراب که از عوامل سبب‌شناختی، نگهدارنده و تداوم‌بخش اغلب اختلالات روانی به ویژه طبقه اختلالات اضطرابی است (Deacon et al, 2003). حساسیت اضطرابی باعث ایجاد انواع سوگیری شناختی در پردازش اطلاعات می‌شود و زمینه را برای ابتلا فرد به اختلالات اضطرابی از جمله فوبی اجتماعی فراهم می‌کند. حساسیت اضطرابی به عنوان یک میانجی نقش مهمی بین تنش‌ها و بیماری‌ها دارد که این خود تأثیر بسزایی در تداوم اختلالات اضطرابی دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی در باورهای فراشناختی و فوبی اجتماعی خود غوطه‌ور می‌باشند (Poursharifi & Jafari, 2019). اختلال فوبی اجتماعی مشکلات زیادی را در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد ایجاد می‌کند (McKnight et al., 2016). دانشجویان مبتلا به فوبی اجتماعی با مشکلاتی از قبیل اعتماد به نفس پایین، احساس خجالت و مشکل ارتباطی با همسالان رو به‌رو هستند که منجر به اختلال در جریان عادی زندگی می‌شود (Ferdowsi et al., 2019). در نهایت می‌توان گفت با توجه به اینکه در سال‌های اخیر نقش زنان در عرصه‌های جامعه بیشتر شده این اختلال ممکن است در کارکرد آن‌ها تأثیرگذار باشد، بنابراین، عواملی که بتواند این اختلال را در دانشجویان پیش‌بینی کند حائز اهمیت است. در پژوهش‌های اخیر بر نقش فرایندهای شناختی در این اختلال تأیید شده که می‌تواند منجر به درمان‌های اثرگذار و طولانی‌تر در دانشجویان شود.

در تحقیقی که به بررسی رابطه پس‌رویدادی در اختلال فوبی اجتماعی با نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی مثبت و آگاهی از عملکرد پرداخته شده بود نتایج نشان داد که بلافاصله پس از انجام فعالیت‌های اجتماعی، افراد مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به شرکت‌کنندگان در هر دو گروه کنترل عملکرد خود را منفی‌تر ارزیابی کردند و تعداد بیشتری از باورهای مثبت فراشناختی در مورد رابطه پس رویدادی را تأیید کردند. مهم‌تر اینکه، هم باورهای فراشناختی و هم خودارزیابی‌های منفی اولیه عملکرد، واسطه‌ی رابطه بین وضعیت گروه و رابطه پس رویداد در روزهای بعد از این حادثه شد (Gavric et al, 2017). در پژوهشی که ذهن آگاهی به عنوان متغیر واسطه‌ای بین دلبستگی و حساسیت اضطرابی قرار گرفته بود نتایج نشان داد که

ذهن آگاهی به عنوان متغیر میانجی بر سبک دلبستگی و حساسیت اضطرابی تأثیرگذار بوده و در کاهش حساسیت اضطرابی مؤثر است (Macaulay et al, 2015). در یکی دیگر از تحقیقات به بررسی نمونه‌ای در مورد روابط بین سیستم بازداری رفتاری، میزان حساسیت به اضطراب، اجتناب تجربه‌ای و اضطراب اجتماعی در نوجوانان پرداخته شد نتایج نشان داد که خلق‌وخو از طریق راهبردهای خودتنظیمی آموخته شده و پیش‌بینی‌های شناختی منجر به اضطراب اجتماعی در نوجوانان می‌شود (Papachristou et al, 2018). همچنین در تحقیقی که به بررسی نقش باورهای فراشناختی و راهبرد کنترل فکر در پیش‌بینی فوبی اجتماعی پرداخته شده بود، نتایج نشان داد تغییر باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر می‌تواند در کاهش علائم فوبی اجتماعی مؤثر واقع شود (Babapour Kheiroddin & Ganjei, 2021). در تحقیقی دیگر که الگوی معادلات ساختاری مهارت ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی با فوبی اجتماعی نوجوانان پرداخته بود، نتایج نشان داده که بین ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی با فوبی اجتماعی رابطه وجود دارد و حساسیت اضطرابی و ذهن‌آگاهی از طریق تنظیم هیجان قادر به پیش‌بینی معنادار اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی هستند (Esmailian et al, 2021) همچنین در تحقیق دیگری نقش پیش‌بینی کنندگی باورهای فراشناختی، ذهن آگاهی و ترس از ارزیابی منفی در اضطراب اجتماعی نوجوانان نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی، ذهن آگاهی و ترس از ارزیابی منفی سهمی مستقل در اضطراب اجتماعی نوجوانان دارند (Robatmili & Karimi, 2018). با این حال، ارتباط متغیرهای باورهای فراشناختی، ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی با یکدیگر به صورت یکجا بررسی نشده است از این رو هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای فراشناختی با ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به فوبی اجتماعی با میانجیگری حساسیت اضطرابی می‌باشد.

با توجه به آنچه گفته شد، برای پژوهش حاضر می‌توان الگوی مفهومی زیر را که بر اساس پیشینه پژوهشی و نظری مطرح‌شده ترسیم کرد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف یک پژوهش بنیادی و به لحاظ طرح یک پژوهش همبستگی از نوع معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دختر مقطع لیسانس دانشگاه آزاد نجف‌آباد که در سال ۹۷-۹۸ انتخاب واحد کرده‌اند، می‌باشد. آمار مربوط به جامعه آماری از طریق مراجعه به سایت دانشگاه تعداد ۱۳۲۵۴ نفر بود که با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۷۳ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌ها ابتدا از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد؛ اما به دلیل اینکه همکاری در دانشجویان پایین و شناسایی افراد دشوار بود مجبور شدیم که از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده کنیم. به همین دلیل و برای افزایش اعتبار آزمودنی‌ها این آزمون بر روی ۵۰۰ نفر اجرا شد که پرسشنامه ۲ نفر از آزمودنی‌ها مخدوش بود. سپس با استفاده از خط برش پرسشنامه اختلال فوبی اجتماعی، ۱۲۸ نفر از آزمودنی‌های واجد نشانه‌های فوبی اجتماعی شناسایی و با تک‌تک این افراد مصاحبه تشخیصی انجام گرفت تا تأیید شود که واجد ملاک اختلال فوبی اجتماعی می‌باشند و در نهایت وارد تجزیه و تحلیل شدند. شرایط ورود به این مطالعه، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش و دانشجویانی دختر مقطع لیسانس که از سال دوم به بالا بودند (به دلیل ارائه کلاسی بیشتر)، در ضمن پاسخ ندادن به سؤالات پرسشنامه

ملاک خروج از پژوهش بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های این پژوهش، از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندار) و آمار استنباطی (مدل‌یابی معادلات ساختاری) استفاده شد. برای بررسی مدل پژوهش از روش دومرحله‌ای پیشنهاد شده توسط (Anderson و Gerbing) و برای بررسی اندازه و معناداری اثرات غیرمستقیم مدل، از روش Bootstrap استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده در این پژوهش نسخه بیست‌وچهارم Amos می‌باشد.

ابزار پژوهش

برگه اطلاعات جمعیت شناختی

برای گردآوری اطلاعات فردی و جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده پژوهش برگه‌ای تهیه گردید که در آن سن، جنسیت، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، تأهل یا تجرد، شغل پدر و مادر، رشته تحصیلی، سطح تحصیلات پدر و مادر افراد مشخص گردید.

مصاحبه تشخیصی

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته بالینی فوبی اجتماعی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-5 توسط متخصص بالینی.

پرسشنامه فوبی اجتماعی[1] (SPIN)

این پرسشنامه توسط کانور و همکاران (Connor et al, 2000) ساخته شده است و شامل ۱۷ سؤال و ۳ خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی جسمانی است و بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (به هیچ وجه ۱ تا بی‌نهایت ۵) درجه‌بندی می‌شود. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال فوبی اجتماعی را ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از دانش‌آموزان بهنجار درکل مقیاس برابر ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. همچنین محاسبه آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌ها فوبی اجتماعی برای اجتناب برابر ۰/۷۵ بوده که نشان می‌دهد اعتبار محاسبه شده رضایت‌بخش بوده است. حد پایین نمره در این پرسشنامه ۱۷ و حد بالای آن ۸۰ می‌باشد. در ایران برای نخستین بار عابدی، بیرشک، علیلو و اصغرنژاد (Abdi et al., 2007)پس از ترجمه و انطباق، اعتبار محتوایی و صوری این پرسشنامه را بالا برآورد نموده و اعتبار به روش بازآزمایی با استفاده از روش همبستگی پیرسون بر روی یک گروه دانشجو با یک هفته فاصله را برابر ۰/۸۳ برآورد کرده‌اند؛ درصورتی‌که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان فوبی اجتماعی ضعیف می‌باشد. نمرات پرسشنامه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان فوبی اجتماعی در سطح متوسطی می‌باشد. نمرات

1Social Phobia Inventory

بالای ۵۱ باشد، میزان فوبی اجتماعی شدید (خوب) می‌باشد (Abedi et al, 2017).

پرسشنامه باورهای‌فراشناختی[1] (MCQ)

پرسشنامه فراشناخت توسط کارترایت – هاتون و ولز (Wells & Cartwright-Hatton, 2004)تدوین شده است. این پرسشنامه حیطه‌ها فراشناختی را در پنج مقیاس جداگانه تحت عنوان: باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی کنترل ناپذیری، خطرپذیری، اعتماد شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود هشیاری شناختی را اندازه‌گیری می‌کند. ولز و کارترایت –هاتون (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک ماه ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (Robatmili & Karimi, 2018). در ایران شیرین زاده دستگیری، رحیمی، نظیری (Shirinzadeh Dastgiri S & Goodarzi, 2009) روایی و اعتبار این پرسشنامه در یک نمونه ایرانی ۲۵۸ نفری بررسی کردند. اعتبار پرسشنامه به شیوه همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ و اعتبار به روش دو نیمه کردن برای کل مقیاس ۰/۹ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ و به روش باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا در ۰/۸۱ درصد گزارش شده است (Salarifar et al, 2011).

پرسشنامه ذهن آگاهی[2] (FMI-SF)

پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ توسط والاچ و همکاران (Walach et al, 2006) ساخته شده است. آنان در تحقیقی که انجام دادند، روایی و پایایی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی را معتبر گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ درصد به دست آمد که حاکی ارزیابی و پایایی رضایت‌بخش آن است، همچنین در پژوهشی که در فرانسه بر روی نمونه غیر بالینی انجام شد، نتایج نشان داد همسانی درونی پرسشنامه ۰/۷۴ درصدی باشد و پایایی باز آزمایی نیز معتبر گزارش شده است. ضریب پایایی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ به شیوه ضریب آلفای کرونباخ، تتای ترتیبی و بازآزمایی به دست آمد. این پرسشنامه در داخل کشور توسط قاسمی جوبنه، عرب زاده، جلیلی نیکو، علی‌پور و محسن‌زاده مورد بررسی قرار گرفت. فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ ابتدا به فارسی ترجمه شد و سپس روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ است (GhasemiJobaneh et al., 2015).

پرسشنامه حساسیت‌اضطرابی[3] (ASI)

این پرسشنامه توسط فلوید، گارفیلد و مارکز (Floyd et al., 2005) ساخته شده است. ساختار این

1. Metacognition Questionnaire
2. Freiburg Mindfulness Inventory- Short Form
3. Anxiety Sensitivity Index

پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه)، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس ثبات درونی بالای آن را آلفای بین (۸۰ تا ۹۰) درصد نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ درصد بوده است. اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی، باز آزمایی، تصنیفی محاسبه شده که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمده است. روایی همزمان از طریق (SCL90[1]) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ درصد حاصل آن بود. ضریب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ درصد متغیر بود (Mashhadi et al, 2017).

یافته‌ها

این بخش شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره متغیرهای مشاهده‌شده پژوهش و جدول پایایی (آلفای کرونباخ) ابعاد پرسشنامه‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها		میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	آلفای کرونباخ
باورهای فراشناختی	تضاد شناختی	۱۱/۵۶	۱۶/۴	۶	۲۴	۰/۷۸
	باورهای مثبت	۱۱/۸۶	۳/۷۶	۶	۲۴	۰/۷۵
	خودآگاهی	۱۶/۸۳	۳/۱۹	۶	۲۴	۰/۶۴
	کنترل ناپذیری	۱۴/۰۱	۴/۲۱	۶	۲۴	۰/۷۷
	نیاز به کنترل افکار	۱۴/۹۶	۳/۵۸	۶	۲۴	۰/۶۲
حساسیت اضطرابی	ترس از نگرانی بدنی	۱۷/۷۵	۶/۹۲	۸	۴۰	۰/۸۵
	ترس از نداشتن کنترل	۸/۸۷	۳/۵۹	۴	۲۰	۰/۷۲
	ترس از مشاهده شدن	۱۱/۴۹	۲/۹۳	۴	۲۰	۰/۶۰
ذهن آگاهی		۳۶/۱۰	۶/۵۶	۱۹	۵۴	۰/۷۵

نتایج نشان می‌دهد که پایایی ابعاد پرسشنامه‌های پژوهش در دامنه ۰/۶۰ برای ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران تا ۰/۸۵ برای ترس از نگرانی بدنی قرار دارد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول تا

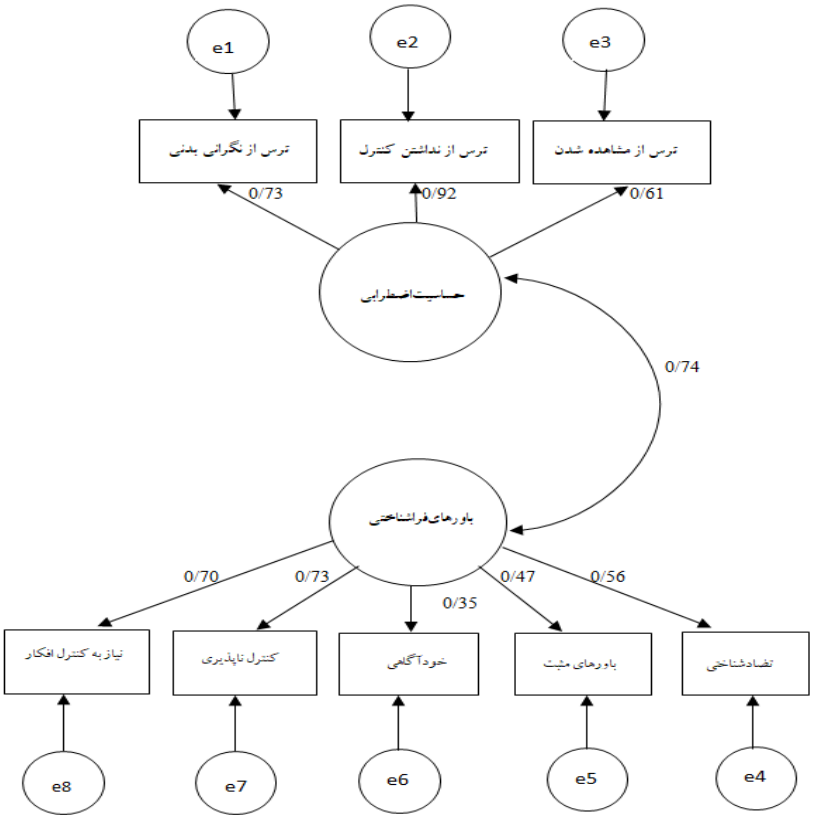
1. Symptom Checklist

مطلوب برای این ابعاد است. برای بررسی مدل اندازه‌گیری پژوهش از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد. در این تحلیل خرده مقیاس‌های مربوط به متغیرهای مکنون پژوهش (خرده مقیاس‌ها) به عنوان نشانگرها یا متغیرهای مشاهده شده و دو متغیر باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی به عنوان متغیرهای مکنون در نظر گرفته شد. سپس با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اموس و با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی، تحلیل انجام گرفت. جدول شماره ۲ شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مربوط به تحلیل عامل تأییدی مدل اندازه‌گیری

نوع شاخص نیکویی برازش	حدود شاخص برای برازش مورد قبول	حدود شاخص برای برازش خوب	حدود شاخص برای برازش عالی	اندازه مشاهده شده	نتیجه برازش
مقدار آماره)dfx2(	نسبت آماره X2 به درجه آزادی کمتر از ۵	نسبت آماره x2 به درجه آزادی کمتر از ۳	نسبت آماره x2 به درجه آزادی کمتر از ۲	۴۷/۶۱	خوب
p-value آزمون x2				۱۷	
نسبت آماره x2 به درجه آزادی				۲/۸۰	
RMSEA	کمتر از ۰/۱	کمتر از ۰/۰۸	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۶۰	خوب
SRMR	کمتر از ۰/۱	کمتر از ۰/۰۸	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۳۸	عالی
CFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۷	عالی
NFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۶	عالی
NNFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۵	عالی
GFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۸	عالی
AGFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۵	عالی

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد تمامی شاخص‌های برازش برای مدل اندازه‌گیری مدل مفهومی پژوهش در دامنه خوب تا عالی قرار دارند. این نتایج نشان‌دهنده روایی سازه کل متغیرهای مکنون مدل ارائه‌شده در پژوهش حاضر است. شکل ۲ پارامترهای مدل اندازه‌گیری مدل مفهومی پژوهش که شامل بارهای عاملی استاندارد و همبستگی بین متغیرهای مکنون است، نشان می‌دهد.



شکل ۲: پارامترهای برآورد شده در مدل اندازه‌گیری پژوهش

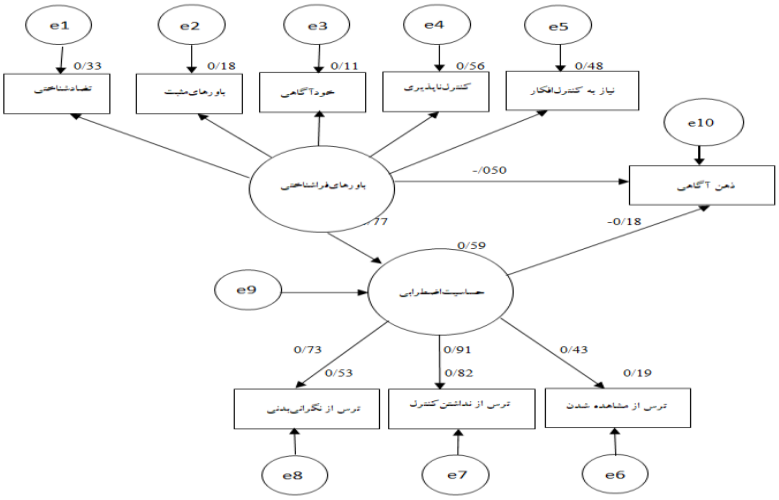
(روش برآورد: حداکثر درستنمایی؛ تمامی بارهای عاملی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادارند)

همان‌طور که شکل ۲ نشان می‌دهد، تمامی متغیرهای مشاهده شده (خرده مقیاس‌ها) بار عاملی معناداری بر روی عامل مکنون مربوط به خود دارند. این نتایج نیز نشان‌دهنده اعتبار مدل اندازه‌گیری مدل مفهومی پژوهش است. در نهایت، نتایج ارائه شده در شکل ۲ نشان می‌دهد که متغیر مکنون باورهای فراشناختی با متغیر مکنون حساسیت اضطرابی همبستگی مثبت و معناداری دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از شکل شماره ۲ می‌توان در گام بعدی مدل اساسی پژوهش را مورد آزمون قرار داد.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مربوط به مدل اساسی پژوهش

نوع شاخص نیکویی برازش	حدود شاخص برای برازش مورد قبول	حدود شاخص برای برازش خوب	حدود شاخص برای برازش عالی	اندازه مشاهده شده	نتیجه برازش
مقدار آماره)dfx2(	نسبت آماره X2 به درجه آزادی کمتر از ۵	نسبت آماره x2 به درجه آزادی کمتر از ۳	نسبت آماره x2 به درجه آزادی کمتر از ۲	۸۲/۴۲	قابل قبول
p-value آزمون x2				۲۱	
نسبت آماره x2 به درجه آزادی				۳/۹۳	
RMSEA	کمتر از ۰/۱	کمتر از ۰/۰۸	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۷۷	خوب
SRMR	کمتر از ۰/۱	کمتر از ۰/۰۸	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۵۲	خوب
CFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۵	عالی
NFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۳	خوب
NNFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۲	خوب
GFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۶	عالی
AGFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۲	خوب

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تمامی شاخص‌های برازش برای مدل اساسی پژوهش در دامنه خوب تا عالی قرار دارند. این نتایج بدان معناست که داده‌های تجربی با مدل مفهومی پژوهش حاضر هماهنگی دارد و آن را تأیید می‌کنند. در شکل ۳ مدل مفهومی پژوهش همراه با مدل اندازه‌گیری در قالب یک مدل اساسی ارائه شده است.



شکل ۳: پارامترهای برآورد شده در مدل اساسی پژوهش

(روش برآورد: حداکثر درستنمایی؛ تمامی پارامترها در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادارند)

شکل ۳ پارامترهای برآورد شده برای مدل ساختاری باورهای فراشناختی با ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی با میانجیگری حساسیت اضطرابی، شامل بارهای عاملی استاندارد، ضرایب مسیر استاندارد و ضرایب تعیین متغیرهای درون‌زاد را نشان می‌دهد. برای بررسی دقیق‌تر پارامترهای مدل، جدول ۴ پارامترهای برآورد شده مدل، شامل ضرایب مسیر مستقیم غیراستاندارد و استاندارد و معناداری آن‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۴: پارامترهای برآورد شده مدل اساسی پژوهش

مسیر مستقیم	ضریب مسیر استاندارد (β)	ضریب مسیر غیراستاندارد (B)	اندازه بحرانی	معناداری
باورهای فراشناختی بر ذهن آگاهی (فرضیه فرعی اول)	-۰/۵۰	-۱/۳۷	-۴/۱۸	۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی بر حساسیت اضطرابی (فرضیه فرعی دوم)	۰/۷۷	۰/۴۰	۷/۱۳	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی بر ذهن آگاهی (فرضیه فرعی سوم)	-۰/۱۸	-۰/۹۴	-۳/۸۸	۰/۰۰۱

نتایج ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که تمامی ضرایب مسیر مستقیم مدل، در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادارند. در پایان، برای بررسی اندازه و معناداری اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر ذهن آگاهی و بررسی نحوه میانجیگری حساسیت اضطرابی از روش Bootstrap با ۲۰۰۰ مرتبه نمونه‌گیری مجدد با به‌کارگیری نرم‌افزار Amos بیست چهار استفاده شد. جدول ۵ این نتایج را به‌طور خلاصه نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج بوت استراپ برای بررسی معناداری اثرات غیرمستقیم مدل

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم استاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
باورهای فراشناختی بر ذهن آگاهی از طریق حساسیت اضطرابی(فرضیه فرعی چهارم)	-۰/۱۳۹	-۰/۳۰۰	-۰/۰۰۳	۰/۰۴۵

بررسی معناداری اثرات غیرمستقیم از طریق روش بوت استراپ با توجه به بین حدود بالا و حدود پایین اثرات که خود نشان‌دهنده دامنه اثر غیرمستقیم در ۲۰۰۰ نمونه‌گیری مجدد است، صورت می‌گیرد. اگر حدود بالا و پایین، صفر را در برنگیرند، اثر غیرمستقیم معنادار است (Preacher & Hayes, 2008)؛ بنابراین، با توجه به نتایج جدول ۵، اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر ذهن آگاهی از طریق حساسیت اضطرابی معنادار است.

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری باورهای فراشناختی با ذهن آگاهی دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی با میانجیگری حساسیت اضطرابی بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که باورهای فراشناختی بر ذهن‌آگاهی دانشجویان مبتلا به فوبی‌اجتماعی تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (Schuman-Olivier et al., 2020 ;Kirmayer, 2015; Solem et al., 2015; Kudesia, 2019;) همسو است. در تبیین یافته‌های حاصل میتوان گفت، در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی، ویژگی اصلی ذهن آگاهی فرا آگاهی است (آگاهی عینی از وقایع داخلی جاری در درجه اول افکار)، به همین ترتیب، ذهن آگاهی باعث یک حالت فراشناختی پردازش اطلاعات می‌شود (Hussain, 2015). همچنین ذهن آگاهی به تغییر چشم‌انداز محتوای فعلی تجربه اشاره دارد (Norman, 2017)؛ بنابراین، جبران مجدد نیز نوعی مکانیسم فراشناخت است، زیرا به فرد اجازه می‌دهد بدون اینکه در آن غوطه‌ور شود، یک تجربه فعلی را ببیند، همچنین تمرین ذهن آگاهی منجر به خود مشاهده گری می‌شود که آن نیز زمینه بروز باورهای فراشناختی در افراد است.

همچنین دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد باورهای‌فراشناختی بر حساسیت‌اضطرابی دانشجویان مبتلا به فوبی‌اجتماعی تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (Zargar & Kavoosi, 2021 Gutierrez et al., 2020 ;Hashemi et al., 2020) همسو است. در تبیین این یافته‌های می‌توان بیان داشت بر اساس مدل فراشناختی اضطراب، افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند به دلیل نگرانی با ترکیبی از باورهای مثبت و منفی فراشناختی درگیر سندرم شناختی - توجهی می‌شوند که این امر منجر به افزایش نشانه‌های اضطراب می‌گردد (Leahy et al., 2019). از طرف دیگر می‌توان بیان داشت باورهای فراشناختی در ارزیابی موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا کنش‌های اجرایی خودتنظیمی بازبینی موقعیت‌های اجتماعی را فعال ساخته و حساسیت اضطرابی بیشتری را به دنبال دارد؛ همچنین باورهای منفی در کنار حساسیت اضطرابی سبب می‌شود فرد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی نتواند سبک تفکر ناسازگارانه را کنار بگذارد (Gutierrez et al., 2020). علاوه بر این باورهای منفی باعث تشدید توجه تثبیت‌شده در وضعیت جاری و درنهایت حساسیت اضطرابی بیشتر می‌شود (Melli et al., 2016). در همین راستا مدل‌های مرتبط با حساسیت اضطرابی، باورهای ناسازگارانه را عاملی در جهت احساس اضطراب می‌دانند؛ این حساسیت اضطرابی، سیکل معیوب رفتارهای اجتنابی را فعال می‌کند که نتیجه آن تداوم باورهای ناکارآمد است (Wells & Carter, 2001). ازاین‌رو می‌توان گفت که باورهای فراشناختی، در سطحی بالاتر از فرآیندهای شناختی در تعامل با مؤلفه‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک به هنگام رویارویی فرد با موقعیت‌های جدید با حساسیت اضطرابی همراه می‌شود.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد حساسیت اضطرابی بر ذهن آگاهی افراد مبتلابه فوبی‌اجتماعی تأثیر دارد؛ این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین (Brooks et al., 2021 Macaulay et al., ; Elhai et al., 2018; 2015) همسو است. در تبیین یافته های حاصل میتوان گفت، افزایش میزان ذهن آگاهی، سطح حساسیت اضطرابی را کاهش می‌دهد و متناوباً سطوح بالایی از حساسیت اضطرابی شرایط را برای کاهش ظرفیت ذهن آگاهی فرد فراهم می‌کند (Waszczuk et al., 2015)؛ بنابراین، باید بیان داشت حساسیت اضطرابی یک متغیر شناختی در تفاوت‌های فردی است که به‌وسیله ترس از ترس نمایانگر می‌شود و بیانگر تمایل به فاجعه سازی در رابطه با پیامدهای موقعیت‌های بالقوه استرس‌آور است (Harrison et al., 2015). افراد با خصوصیت حساسیت اضطرابی بیش از اندازه، در پاسخ به رویدادهای اجتماعی واکنش اضطرابی شدیدی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، آگاهی مداوم از احساسات جسمی، شناختی و هیجانی، بدون آن‌که در مورد خوب یا بد بودن آن قضاوتی کنند و اینکه صرفاً تجارب را همان‌گونه که هستند، بپذیرند و قضاوتی راجع به آنچه در حال وقوع است نکنند، موجب افزایش میزان آرامش روانی و کاهش بروز علائم حساسیت اضطرابی خواهد شد.

در آخر یافته‌های پژوهش نشان داد حساسیت اضطرابی می‌تواند در رابطه بین باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی نقش میانجی ایفا کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های پیشین (Esmailian et al., 2021 ; Afshari & Hashemi, 2019; Norman, 2017 Hussain, 2015;) همسو است. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلال‌های روانی است و ازجمله متغیرهای واسطه‌ای مهم بین تنیدگی و بیماری است (Horenstein et al., 2018)؛ لیکن، راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساساتشان در موقعیت‌های تحت ارزیابی استفاده می‌کنند، می‌تواند باعث نشانه‌های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری شود. وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویشتن می‌تواند منجر به افزایش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلابه اختلال فوبی‌اجتماعی گشته که به‌عنوان عامل خطر در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به فوبی اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد (Gutierrez et al., 2020). بدین ترتیب وجود حساسیت اضطرابی ممکن است ماهیت ساختاری داشته باشد و یا اینکه با استراتژی‌های بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد و زمینه را جهت کاهش ذهن‌آگاهی بیماران جهت زیستن در زمان حال مهیا کند (Macaulay et al., 2015). به‌عبارت‌دیگر باورهای فراشناختی ناکارآمد سبب شود افراد مبتلابه اختلال فوبی اجتماعی، حساسیت اضطرابی بیشتری از خود نشان دهند و درنتیجه کمتر بتوانند از مهارت‌های ذهن آگاهی

استفاده کنند. ازاین‌رو می‌توان بیان نمود حساسیت اضطرابی در رابطه بین باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی افراد مبتلابه اختلال اضطرابی نقش میانجی ایفا می‌کند.

در کل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ذهن آگاهی در دانشجویان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی تحت تأثیر متغیرهای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی قرار دارد و حساسیت اضطرابی می‌تواند رابطه بین باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی را در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی میانجی کند. این یافته‌ها بیانگر آن است که حساسیت اضطرابی می‌تواند جنبه‌های شناختی و فراشناختی داشته باشد که با فعال شدن آن‌ها بر میزان استفاده افراد از مهارت‌های ذهن آگاهی تأثیر گذاشته و موجب کاهش استفاده از آن می‌گردد؛ لیکن، با توجه به آن‌که پژوهش حاضر بر دانشجویان دختر مقطع لیسانس دانشگاه آزاد نجف آباد انجام گرفت، پیشنهاد می‌گردد در تعمیم یافته‌های آن به دیگر افراد جامعه جوانب احتیاط رعایت گردد. همچنین با توجه به نقش مهم مهارت‌های ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و همچنین یافته‌های حاضر مبنی بر تأثیر باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی بر ذهن آگاهی افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی پیشنهاد می‌گردد در فرایند درمان این افراد پروتکل‌هایی استفاده گردد که به تغییر باورهای فراشناختی و همچنین کاهش حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به پردازد.

References

Abdi, R., Birashk, B., Mahmood, A. M., & Asgharnezhad, F. A. (2007). *Interpretation bias in social phobia disorder*,1(4), 117-159 . (In Persian).

Abedi, A. A., Taher, M., Jafari Sani, B., & Mojarrad, A. (2017). The effect of attention control training on attention bias and anxiety sensitivity in students with social anxiety disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, *4*(1), 3–12.

Afshari, A., & Hashemi, Z. (2019). The Relationship between Anxiety Sensitivity and Metacognitive Beliefs and Test Anxiety among Students. *Journal of School Psychology*, *8*(1), 7–25. (In Persian).

Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G., & Schmidt, N. B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*, 53(1), 91–99.

Babapour kheiroddin, J., & Ganjei, N. (2021). Predicting Social anxiety based on Adolescents' Metacognitive Beliefs and Social Skills. *Journal of Modern Psychological Researches*, *16*(61), 29–38. (In Persian).

Baer, R. A. (2009). Self-Focused Attention and Mechanisms of Change in Mindfulness-Based Treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(sup1), 15–20.

Brooks, J. R., Lebeaut, A., Zegel, M., Walker, R. L., & Vujanovic, A. A. (2021). Anxiety sensitivity and suicide risk: Mindfulness as a psychological buffer for Black adults. *Journal of Affective Disorders*, *289*, 74–80.

Chang, S., Abdin, E., Shafie, S., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Ma, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder

in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. *Journal of Anxiety Disorders*, *66*, 102-106.

Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index-Revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(12), 1427–1449.

Esmailian, M, Mohamadkhani, Shahram, & Hasani, J. (2021). Structural equation modeling of mindfulness skills, emotion regulation and anxiety sensitivity with social anxiety in Adolescent. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, *22*(1), 121–134. (In Persian).

Ferdowsi, S., Babaei, Z., & Behzadpoor, S. (2019). The role of Meta-Cognitive Beliefs and thoughts control strategies in predicting the symptoms of social anxiety in university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, *20*(4), 15–23. (In Persian)

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, *34*(10), 906.

Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, *38*(5), 1223–1229.

Gavric, D., Moscovitch, D. A., Rowa, K., & McCabe, R. E. (2017). Post-event processing in social anxiety disorder: Examining the mediating roles of positive metacognitive beliefs and perceptions of performance. *Behaviour Research and Therapy*, *91*, 1–12.

GhasemiJobaneh, R., Arab Zadeh, M.Jalili Nikoo, S.Mohammad Alipoor, Z.Mohsenzadeh, F. (2015). Survey the validity and reliability of the Persian version of short form of Freiburg mindfulness inventory, 14(2), 137-150. (In Persian).

Golmohammadian, M., Morovati, F., & Rashidi, A. (2018). To Predict the Concern of Body Image Based on Mindfulness, Experiential Avoidance and Metacognition Beliefs in Highschool Students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 6(2), 168-178. (In Persian).

Gutierrez, R., Hirani, T., Curtis, L., & Ludlow, A. K. (2020). Metacognitive beliefs mediate the relationship between anxiety sensitivity and traits of obsessive-compulsive symptoms. *BMC Psychology*, *8*(1), 1–7.

Harrison, B. J., Fullana, M. A., Soriano-Mas, C., Via, E., Pujol, J., Martínez-Zalacaín, I., Tinoco-Gonzalez, D., Davey, C. G., López-Solà, M., & Perez Sola, V. (2015). A neural mediator of human anxiety sensitivity. *Human Brain Mapping*, *36*(10), 3950–3958.

Hashemi, S. G. S., Hosseinnezhad, S., Dini, S., Griffiths, M. D., Lin, C.-Y., & Pakpour, A. H. (2020). The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*, *6*(10), 05135.

Hassanvand Amouzadeh, M., roshan chesly, R., & Hassanvand Amouzadeh, M. (2013). The Relationship of the Meta-Cognitive Beliefs with Social Anxiety Symptoms (Avoidance, Fear and Physiological Arousal) in Non-Clinical Population. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, *3*(2), 55–70.

Hatampour, E, Mostafai, A., & Sohrabi, Z. (2021). The Effectiveness of Mindfulness Training Program on Perceived Stress, Anxiety Sensitivity and Anxiety Symptoms in Adolescents with Symptoms of Social Anxiety Disorder.*Journal of Nursing Education*, *9*(6), 37–48. (In Persian).

Hekmatiyan fard, S, Rajabi, S, & hoseini, F. S. (2021). The Effectiveness of Eye Movement

Desensitization and Reprocessing Therapy on the Anxiety Speech and Educational self-efficacy in students With Social anxiety. *Counseling Culture and Psycotherapy*, *12*(45), 269–294. (In Persian).

Horenstein, A., Potter, C. M., & Heimberg, R. G. (2018). How does anxiety sensitivity increase risk of chronic medical conditions? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *25*(3), e12248.

Hussain, D. (2015). *Meta-cognition in mindfulness: A conceptual analysis*. *8*(2), 132–141.

Kaplan, B., & Sadock, V. (2015). *Synopsis of psychiatry: Updated with DSM-5*. Wolter Kluwer.

Kirmayer, L. J. (2015). *Mindfulness in cultural context*. Sage Publications Sage UK: London, England.

Kudesia, R. S. (2019). Mindfulness as metacognitive practice. *Academy of Management Review*, *44*(2), 405–423.

Leahy, R. L., Wupperman, P., Edwards, E., Shivaji, S., & Molina, N. (2019). Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, *12*(1), 25–37.

Macaulay, C. B., Watt, M. C., MacLean, K., & Weaver, A. (2015). Mindfulness mediates associations between attachment and anxiety sensitivity. *Mindfulness*, *6*(6), 1263–1270.

Mashhadi, A., Ghasempour, A., Akbari, E., Ilbaygi, R., & Hassanzadeh, S. (2017). The Role of Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation in Prediction of Social Anxiety Disorder in Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, *14*(52), 89–99. (In Persian)

McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review*, *45*, 115–130.

Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., & Bailey, R. (2016). The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*, *89*, 80–85.

Norman, E. (2017). Metacognition and mindfulness: The role of fringe consciousness. *Mindfulness*, *8*(1), 95–100.

Norouzi, M. (2012). Relationship of quality of life and achievement motivation with under graduated student's anxiety. *Open Access Scientific Reports*, *1*(1), 1–4. (In Persian).

Omidi, M., Ghasemzadeh, S., & Dehghan, H. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Training on Metacognitive Beliefs and Cognitive-Emotional Processing Deficit of Students with Social Anxiety Disorder. Journal of Disability Studies, *8*(0), 87–87. (In Persian)

Panayiotou, G., Karekla, M., & Panayiotou, M. (2014). Direct and indirect predictors of social anxiety: The role of anxiety sensitivity, behavioral inhibition, experiential avoidance and self-consciousness. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(8), 1875–1882.

Papachristou, H., Theodorou, M., Neophytou, K., & Panayiotou, G. (2018). Community sample evidence on the relations among behavioural inhibition system, anxiety sensitivity, experiential avoidance, and social anxiety in adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *8*, 36–43.

Poursharifi, A., & Jafari, A. (2019). Prediction of the Anxiety Sensitivity Based on Lifestyle Features in Students of Qazvin University of Medical Sciences. *Journal of Inflammatory Disease*, *23*(2), 152–163. (In Persian).

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research*

Methods, *40*(3), 879–891.

Robatmili, S., & Karimi, M. (2018). The prediction of social anxiety in adolescents based on Meta cognitive beliefs, mindfulness and fear of negative evaluation. *Social Psychology Research*, *8*(31), 51–68. (In Persian).

Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychological Inquiry*, *14*(1), 71–76.

Salarifar, M. H., Pouretemad, H. R., Haydari, M., & Asgharnejad, A. (2011). Believes and meta-cognitive state, inhibitor or of academic self regulation. Believes and meta-cognitive state, inhibitor or of academic self regulation. *Counseling Culture and Psycotherapy*, *2*(7), 31–48. (In Persian).

Salina, M., Ng, C. G., Gill, J. S., Chin, J. M., Chin, C. J., & Yap, W. F. (2008). Social anxiety problem among medical students in Universiti Malaya Medical Center (Ummc)–a cross-sectional study. *Malaysian Journal of Psychiatry*, *17*(2) ,1-4.

Schmertz, S. K., Masuda, A., & Anderson, P. L. (2012). Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(3), 362–371.

Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D. A., Brewer, J. A., Vago, D. R., Gawande, R., Dunne, J. P., Lazar, S. W., Loucks, E. B., & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and behavior change. *Harvard Review of Psychiatry* , *28*(6), 371–394.

Shirinzadeh Dastgiri, S., & Goodarzi, M. A. (2009). Study of factor structure validity and raliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology*, *12*(4) ,445-461. (In Persian).

Solem, S., Thunes, S. S., Hjemdal, O., Hagen, R., & Wells, A. (2015). A metacognitive perspective on mindfulness: An empirical investigation. *BMC Psychology*, *3*(1), 1–10.

Taylor, S. (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—The Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, *40*(8), 1543–1555.

Wallin, U., & Runeson, B. (2003). Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *European Psychiatry*, *18*(7), 329–333.

Waszczuk, M. A., Zavos, H. M., Antonova, E., Haworth, C. M., Plomin, R., & Eley, T. C. (2015). A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depression and Anxiety*, *32*(4), 254–261.

Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*(1), 18–25.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(4), 385–396.

Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, *32*(1), 85–102.

Zargar, F., & Kavoosi, M. (2021). Comparing anxiety sensitivity and metacognition beliefs in patients with irritable bowel syndrome and coronary heart diseases; a case-control study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *2*, 53–60.

Investigating the Structural Model of the relationship between Metacognitive Beliefs and Mindfulness of Students with Social Phobia: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity

Fatemeh Hadipoor
Hasan Rezaei-Jamalouei*

Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Abstract

Purpose: The aim of this study was to test a structural model of metacognitive beliefs with mindfulness of students with social phobia by taking the mediating role of anxiety sensitivity into consideration.

Method: This research was a correlational study in the form of a structural equation modeling design. The Statistical population of the study consisted of all the female undergraduate students of Najafabad Azad University who had taken academic courses in 2019-2020. Among them, 500 students who were willing to participate were selected through convenient sampling method. They were then asked to complete four questionnaires of Social Phobia Inventory (SPIN: Connor et al, 2000), Metacognition Questionnaire (MCQ: Wells & Cartwright-Hatton, 2004); the short form of Freiburg Mindfulness Inventory (FMI: Walach et al, 2006), and Anxiety Sensitivity Index (ASI: Floyd et al., 2005). The data were analyzed using structural equation modeling by Amos software.

Findings: The results showed that the structural model of metacognitive beliefs with mindfulness of students with social phobia through the mediating role of anxiety sensitivity fits the emprical data. The direct effect of metacognitive beliefs on mindfulness and anxiety sensitivity, and the direct effect of anxiety sensitivity on standard mindfulness are significant. The indirect standard effect of metacognitive beliefs on mindfulness of students with social phobia through anxiety sensitivity is also significant.

Keywords: Metacognitive Beliefs, Mindfulness, Anxiety Sensitivity, Social Phobia

* . h.rezayi2@yahoo.com

Table of Contents

1 **The Effectiveness of Virtual Reality Exposure Therapy on Public Speaking Anxiety in University Dormitory Students**
Abolfazl Khoshnama, Ahmad Borjali, Noorali Farrokhi

2 **The Effectiveness of Emotional Regulation Training on Externalized-Internalized Problems in Female Students with Intermittent Explosive Disorder**
Sadaf Sheikhi Gerakoui, Abbas Abolghasemi, Mahnaz Khosrojavid

3 **The Effectiveness of Mindfulness Training on Anxiety and Working Memory: Attention to the Role of Worry and Rumination**
Maryam Ranjkesh, Tahereh Elahi, Zekrollah Morovati, Kobra ghasemi

4 **The effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond Method on the Quality of Marital Sexual Relationship and Parental Stress in Couples with Children under Three Years' Old**
Jamshid Shojaei, Amin Koraei, Zabihollah Abbaspour

5 **The Role of Psychological Distress and Resilience in Quality of Life in Infertility in Infertile Women**
Shirin Moradi, Saleh Mohammadpour, Qasem Ahi

6 **The Factor Structure, Reliability, and Validity of the Persian Version of the Suicidal Desire Scale Based on Interpersonal Suicide Theory (IPTS) in Iranian Students**
Zahra Alizadeh Birjandi, Massoud Janbarez, Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabai, Ali Fathi Ashtiani

7 **Investigating the Structural Model of the relationship between Metacognitive Beliefs and Mindfulness of Students with Social Phobia: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity**
Fatemeh Hadipoor, Hasan Rezaei-Jamalouei

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. 11, No. 1, Spring & Summer 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. 11, No. 1, Spring & Summer 2021 eISSN: 2423-4265 ISSN: 2251-6352

21

The Effectiveness of Virtual Reality Exposure Therapy on Public Speaking Anxiety in University Dormitory Students I
Abolfazl Khoshnama, Ahmad Borjali, Noorali Farrokhi

The Effectiveness of Emotional Regulation Training on Externalized-Internalized Problems in Female Students with Intermittent Explosive Disorder II
Sadaf Sheikhi Gerakoui, Abbas Abolghasemi, Mahnaz Khosrojavid

The Effectiveness of Mindfulness Training on Anxiety and Working Memory: Attention to the Role of Worry and Rumination III
Maryam Ranjkesh, Tahereh Elahi, Zekrollah Morovati, Kobra ghasemi

The effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond Method on the Quality of Marital Sexual Relationship and Parental Stress in Couples with Children under Three Years' Old IV
Jamshid Shojaei, Amin Koraei, Zabihollah Abbaspour

The Role of Psychological Distress and Resilience in Quality of Life in Infertility in Infertile Women V
Shirin Moradi, Saleh Mohammadpour, Qasem Ahi

The Factor Structure, Reliability, and Validity of the Persian Version of the Suicidal Desire Scale Based on Interpersonal Suicide Theory (IPTS) in Iranian Students VI
Zahra Alizadeh Birjandi, Massoud Janbarez, Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabai, Ali Fathi Ashtiani

Investigating the Structural Model of the relationship between Metacognitive Beliefs and Mindfulness of Students with Social Phobia: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity VII
Fatemeh Hadipoor, Hasan Rezaei-Jamalouei

https://tpccp.um.ac.ir