



دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر
دانشکده‌ی علوم انسانی

فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری

سال پانزدهم، شماره ۵۹، بهار ۱۴۰۳

صاحب‌امتیاز: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر

مدیرمسئول: دکتر محمد قمری (استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
سر‌دبیر: دکتر مجتبی امیری مجد (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
مدیر داخلی: دکتر جعفر پویامنش (استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)

هیئت تحریریه:

دکتر حسن اسدزاده دهرایی (دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر مجتبی امیری مجد (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر سعیده بزازیان (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر محمود ساعتچی (استاد دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر پرویز شریفی درآمدی (استاد دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر محمد قمری (استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر مجید محمودعلیلو (استاد دانشگاه تبریز)
دکتر سیده منور یزدی (استاد دانشگاه الزهرا)

ویراستار انگلیسی: دکتر ایوب دبیری (استادیار زبان و ادبیات انگلیسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)

گرافیسیت: دکتر رحمان پرچگانی (استادیار گروه هنر و معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)

شاپا چاپی ۷۸۸۴-۲۲۲۸- شاپا الکترونیکی ۵۰۷-۲۹۸۱

چاپ: سازمان چاپ و انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی / ناشر: انتشارات علمی، معاونت علمی دانشگاه آزاد اسلامی
اسلامی واحد ابهر / نشانی: ابهر، کیلومتر ۴ جاده ترانزیتی ابهر - خرمدره

تلفن: ۰۲۴۳۵۲۲۶۰۸۰ دورنگار: ۰۲۴۳۵۲۲۶۹۸۸

E-mail: abharjournal@gmail.com

راهنمای نویسندگان

فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری مقاله‌های برگرفته از یافته‌های اصیل و جدید پژوهشی در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی را چاپ می‌کند. رعایت موارد زیر برای تنظیم مقاله الزامی است:

چهارچوب مقاله

عنوان: مختصر و متناسب با محتوا؛

نام و وابستگی سازمانی نویسندگان: مانند مثال زیر:

گروه...، واحد...، دانشگاه آزاد اسلامی، نام شهر، ایران
Department of ..., ... Branch, Islamic Azad University, City, Iran

دکتر مجتبی امیری مجد

نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

Mo.Amiri@iau.ac.ir

Mojtaba Amiri Majd Ph.D

Associate Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Mo.Amiri@iau.ac.ir

چکیده فارسی: حداکثر ۲۵۰ کلمه و شامل هدف، روش (نمونه روش نمونه‌گیری، ابزار)، یافته‌ها و نتیجه‌گیری. چکیده فقط در قالب یک پاراگراف به هم پیوسته نوشته شود و تیتربندی نشود. واژه‌های کلیدی (۳ تا ۵ واژه).

چکیده انگلیسی: معادل و مطابق چکیده فارسی؛ (به هیچ وجه از نرم‌افزار برای ترجمه چکیده استفاده نشود).

مقدمه: بیان مساله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش، پرسش(ها) یا فرضیه(های) پژوهش؛

روش: جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری، روش اجرای پژوهش، ابزار سنجش با معرفی زیرمقیاس‌ها، شیوه نمره‌گذاری، ویژگی‌های روان‌سنجی در نمونه‌های ایرانی و غیر ایرانی. ابزار سنجش فقط در یک پاراگراف پیوسته معرفی شود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش، همراه با جدول‌ها و نمودارهای ضروری مطابق ضوابط و الگوهای APA؛ فقط جداول ضروری و مهم آورده شوند.

بحث: بررسی نتایج پژوهش و تبیین یافته‌ها، شرح پیامدهای عملی و نظری، بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها؛

منابع: منابعی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است، مطابق ضوابط APA به شرح زیر تنظیم شوند:

در بخش منابع، فهرست آثار و اسنادی که در متن مقاله به آن‌ها اشاره شده است، می‌آید. این فهرست به ترتیب حروف الفبای نام خانوادگی مؤلفان آثار، بدون ذکر شماره مرتب می‌شود و هر اثر تنها یک بار می‌آید. در ذکر هر اثر یا هر منبع چهار دسته اطلاعات زیر لازم است که باید به دنبال هم بیایند.

۱- مؤلف یا مؤلفان

۲- تاریخ انتشار اثر

۳- عنوان اثر

۴- اطلاعات مربوط به انتشار اثر مانند شهر، ایالت یا کشور، محل انتشار اثر، نام ناشر.

چهار مورد فوق با نقطه از هم جدا می‌شوند. به نمونه‌های زیر توجه شود:

کتاب‌های تألیفی: سیف، علی‌اکبر. (۱۴۰۰). مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری. تهران: دوران.

کتاب‌های ترجمه‌شده: نیومن، باربارا؛ نیومن، فیلیپ. (۱۳۹۹). نظریه‌های رشد. (ترجمه مجتبی امیری‌مجد) تهران: دانژه. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

رساله‌ها و پایان‌نامه‌ها: گرجی، یوسف. (۱۳۷۳). رابطه بین میزان محبوبیت اجتماعی استادان از نظر دانشجویان و نحوه ارزشیابی دانشجویان از فعالیت‌های آموزشی آنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. چاپ‌نشده. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

مقاله‌ها: سیف، علی‌اکبر. (۱۳۶۹). تعریف و طبقه‌بندی تفکر. دانشنامه ۲، ۶۵-۵۰.

• **Journal Article:**

- Hughes, G., Desantis, A., & Waszak, F. (2013). Mechanisms of intentional binding and sensory attenuation: The role of temporal prediction, temporal control, identity prediction, and motor prediction. *Psychological Bulletin*, 139, 133–151. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028566>.

• **Authored Book:**

- Rogers, T. T., & McClelland, J. L. (2004). *Semantic cognition: A parallel distributed processing approach*. Cambridge, MA: MIT Press.

• **Chapter in an Edited Book:**

- Gill, M. J., & Sypher, B. D. (2009). Workplace incivility and organizational trust. In P. Lutgen-Sandvik & B. D. Sypher (Eds.), *Destructive organizational communication: Processes, consequences, and constructive ways of organizing* (pp. 53–73). New York, NY: Taylor & Francis.

زیرنویس‌ها: توضیحات و معادل انگلیسی اصطلاحات و اسامی مؤلفان پایین هر صفحه با شماره‌های مجزا برای هر صفحه؛

نکات مهم

مقاله پیش‌تر در هیچ نشریه‌ای چاپ نشده باشد.

مسئولیت محتوای علمی مقاله، با نویسنده یا نویسندگان است.

مقاله با نسخه نرم‌افزار رایانه‌ای Word حداکثر در ۱۵ صفحه (فونت زر، اندازه ۱۲، فاصله خطوط ۱) تایپ‌شده باشد.

مقاله فقط باید از طریق سامانه مجله بارگذاری شود. مجله در رد، اصلاح و ویرایش مقاله آزاد است. پس از غربال‌گری اولیه و در صورتی که مقاله از نظر چهارچوب ظاهری و علمی با استانداردهای مجله هماهنگ باشد برای داوری و ارزیابی دقیق ارسال می‌شود. پس از انجام فرایند داوری مقاله، نتیجه پذیرش یا رد مقاله از طریق سامانه به نویسنده مسئول اعلام می‌شود. در صورتی که مقاله نیاز به اصلاح داشته باشد پس از انجام اصلاحات مورد نظر داوران و تایید سردبیر مجله، نامه پذیرش صادر می‌شود و مقاله در نوبت چاپ قرار می‌گیرد.

نقش خودکارآمدی، کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی منفی در پیشبینی اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان روان‌شناسی / ملیحه نکوئی، میترا کامیابی*، نجمه حاجی پور عبایی، آناهیتا بحرینی زاده.....	۷
مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی رفتاری برخشونت زناشویی و نگرش‌های زوجین متقاضی طلاق / مجید صادقی، حسین بقولی*، آذر میدخت رضایی، حجت اله جاویدی.....	۲۶
مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته و رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی در زنان متأهل / رقیه پرهام، فهیمه نامدارپور، محمد مسعود دیاریان.....	۴۸
مقایسه اثربخشی تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (RTMS) و درمان شناختی رفتاری بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی / فریبا رستمی، مینا مجتبابی*، فرهاد آوخ کیسمی.....	۶۶
اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به OCD / فایق شریف پور، قربان فتحی اقدم، مهرناز آزادیکتا، هایدی صابری.....	۸۷
بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انگیزش علمی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی / پرستو حسین آبادی؛ پرویز عسگری*؛ سعید بختیارپور.....	۱۰۶



نقش خودکارآمدی، کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی منفی در پیش‌بینی
اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان روان‌شناسی

ملیحه نکویی^۱، میترا کامیابی*^۲، نجمه حاجی پور عبایی^۳، آناهیتا بحرینی زاده^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۰۸

چکیده

اهمال‌کاری پیامدهای منفی بسیاری هم بر سلامت جسمی و روانی و هم بر توانایی افراد در دستیابی به اهداف دارد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس خودکارآمدی، کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی منفی در دانشجویان دختر و پسر روان‌شناسی دانشگاه آزاد کرمان انجام شد. روش پژوهش، توصیفی - هم‌بستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه آزاد کرمان به تعداد ۵۶۰ نفر بود و نمونه‌ی آماری با جدول کرجسی و مورگان تعداد ۲۲۷ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس‌های اهمال‌کاری تحصیلی سواری و همکاران (۱۳۹۰)، باورهای فراشناختی MCQ30 ولز و کارترایت (۲۰۰۴)، کمال‌گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) و خودکارآمدی عمومی GSE-17 شرر و مادوکس (۱۹۸۲) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که اهمال‌کاری تحصیلی با خودکارآمدی و کمال‌گرایی رابطه منفی و معنادار و با باورهای فراشناختی منفی رابطه مثبت و معناداری دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد ۳۸ درصد واریانس اهمال‌کاری تحصیلی براساس متغیرهای وارد شده در مدل تبیین می‌شود. خودکارآمدی به‌صورت منفی و معنادار و باورهای فراشناختی منفی به‌صورت مثبت و معنادار، اهمال‌کاری تحصیلی را پیش‌بینی می‌کنند، بنابراین اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس متغیرهای خودکارآمدی و باورهای فراشناختی تبیین می‌شود. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در غنی‌سازی دانش در حوزه‌ی یادگیرندگان و تهیه‌ی برنامه مداخله و اجرای کارگاه آموزشی برای دانشجویان در زمینه‌ی بهبود اهمال‌کاری، افزایش خودکارآمدی، اصلاح باورهای فراشناختی و تعدیل کمال‌گرایی به‌منظور کاهش عوارض منفی روان‌شناختی باشد، به درمانگران و مربیان یاری رساند.

واژگان کلیدی: اهمال‌کاری تحصیلی، خودکارآمدی، کمال‌گرایی، باورهای فراشناختی منفی.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

۲. نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، کرمان، ایران.

تلفن: ۰۳۴۳۳۳۳۰۱۱۰، پست الکترونیکی: com.mitra@gmail.Kamyabi

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

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، کرمان، ایران.

مقدمه

اهمال‌کاری را می‌توان به‌عنوان به تعویق‌انداختن یا اجتناب از شروع، درگیر شدن در و یا تکمیل یک کار یا فرآیند تصمیم‌گیری، خواه عمدی یا غیرعمدی، تعریف کرد (فرنی^۱، مک‌کنزی^۲، نیک‌چویچ^۳، کاسلی^۴، و اسپادا^۵، ۲۰۱۵). طبق نظر محققان مختلف (اشمیت، ۲۰۰۸؛ موری، ۲۰۰۸؛ لتهام، ۲۰۰۴)، اهمال‌کاری را می‌توان به انواع مختلفی طبقه‌بندی کرد: اهمال‌کاری تصمیم‌گیری، روان‌رنجور، اهمال‌کاری اجباری، اهمال‌کاری در زندگی روزمره و اهمال‌کاری تحصیلی (گوروشیت و هن^۶، ۲۰۲۱؛ یالین و اوزلم^۷، ۲۰۲۲). به اهمال‌کاری مرتبط با یادگیری، اهمال‌کاری تحصیلی^۸ می‌گویند. اهمال‌کاری تحصیلی به شیوه‌ی نگرش و رفتار یادگیرندگان نسبت به تکالیف، استفاده از راهبردهای یادگیری و نتایج عملکردشان در تکلیف یادگیری مرتبط است (شیکد و آلتاراک^۹، ۲۰۲۲؛ آریلی و ورتنبروک^{۱۰}، ۲۰۰۲). اهمال‌کاری ممکن است عمدی، عادت‌ی یا اتفاقی باشد، اما در تمام این اشکال می‌تواند یادگیری و پیشرفت تحصیلی را مختل کند. به‌تعویق‌انداختن کارها، یک رفتار رایج است، به‌طوری‌که یکی از چالش‌های اساسی دانشجویان، شمرده‌شده که می‌تواند مسیر موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان را با دشواری روبه‌رو کند (بالکیز^{۱۱}، ۲۰۱۳)، بنابراین شاید تعجب‌آور نباشد که با کاهش عملکرد تحصیلی و کاری و همچنین سلامت روان ضعیف مرتبط است (استابر و جورمن^{۱۲}، ۲۰۰۱).

پژوهش حاضر بر ارتباط چند رفتار یادگیری در بین دانشجویان تمرکز دارد و در آن بر برخی از عوامل خودتنظیمی و انگیزشی، مانند باورهای فراشناختی^{۱۳}، خودکارآمدی^{۱۴}، کمال‌گرایی^{۱۵} و اهمال‌کاری که بر عملکرد دانشجویان تأثیر می‌گذارند، تأکید شده است. تحقیقات زیادی نشان داده است که اکثر دانشجویان در برنامه‌های منظم مطالعه‌ی خود تعلل می‌کنند (دی، منسینک و اسلیوان^{۱۶}، ۲۰۰۰). علاوه بر این، از پژوهش در میان دانشجویان درک شده است که بسیاری از آن‌ها تکالیف و مطالعات خود را انباشته می‌کنند و از این‌رو عملکرد آکادمیک سطح پایین (فريتز، رپ، و هیکسون^{۱۷}،

1. Fernie
2. McKenzie
3. Nikčević
4. Caselli
5. Spada
6. Goroshit & Hen
7. Yalin & Özlem
8. Academic procrastination
9. Shaked, & Altarak
10. Ariely, & Wertenbroch
11. Balkis
12. Stöber & Joormann
13. Metacognitive beliefs
14. Self.Efficacy
15. Perfectionism
16. Day, Mensink & O'Sullivan
17. Fritzsche, Rapp, & Hickson

۲۰۰۳)، زمان‌بندی نامناسب یا عدم زمان‌بندی و تأخیر در کار را تجربه می‌کنند (مالیک، پروین، اقبال و خان^۱، ۲۰۲۲).

به‌طور مشابه، بسیاری از تحقیقات ارتباط بین فراشناخت و اهمال‌کاری را نشان می‌دهد که می‌تواند با استفاده از باورهای فراشناختی، نیاز به کنترل نگرانی، فقدان توانایی شناختی و آگاهی به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده‌ی رفتار اهمال‌کاری ارزیابی شود (فراری^۲، ۲۰۰۱؛ اسپادا^۳، هیو، و نیک‌جویج، ۲۰۰۶). فراشناخت اساساً بر سطح تعلل تأثیر می‌گذارد، چنانکه نتایج چندین مطالعه نشان می‌دهد که فراشناخت با اهمال‌کاری، همبستگی منفی و معنادار دارد (دیسث^۴، ۲۰۰۳؛ چامورو-پروموزیک^۵ و فورنهام^۶، ۲۰۰۸؛ حسینی و خیر، ۲۰۰۹). طبق یک مطالعه دیگر، فراشناخت رابطه‌ی مثبت، قوی و معناداری با اهمال‌کاری داشت (فرنی، اسپادا، و ماکارانتونیو^۷، ۲۰۰۹). ویجایا^۸ (۲۰۱۹) نیز چنین دریافت که دانش‌آموزان کاملاً سازمان‌دهی‌شده و خودتنظیم‌شده به‌طور خودکار، شروع‌کننده‌های بالایی هستند که قصد استفاده از استراتژی‌های مختلف از جمله فراشناخت را دارند، به این معنی که این دانش‌آموزان کمتر مستعد اهمال‌کاری هستند. در برخی تحقیقات دیگر (ولز و کارترایت^۹، ۲۰۰۴) باورهای فراشناختی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای اهمال‌کاری در نظر گرفته‌شده است که ممکن است منجر به عوارض اجتماعی، روانی و آموزشی برای یادگیرندگان شود. علاوه بر این، برخی روابط مستقیم و معکوس بین اهمال‌کاری و فراشناخت یافت شده است.

به‌عبارت‌دیگر؛ اهمال‌کاری ممکن است تا حدی به خودکارآمدی فرد بستگی داشته باشد. خودکارآمدی، به زبان ساده، احساس شایستگی است. این مؤلفه شامل این باور است که فرد می‌تواند رفتارهایی از خود نشان دهد که نتایج دلخواه را ایجاد می‌کند (شوهم-سالومون، آونر و نیمن^{۱۰}، ۱۹۸۹). درواقع، تحقیقات گذشته (به‌عنوان مثال ولترز^{۱۱}، ۲۰۰۳) روابط منفی بین اهمال‌کاری و خودکارآمدی را نشان داده است. افرادی که سطوح بالاتری از خودکارآمدی را گزارش کردند، اهمال‌کاری کمتر و دنبال‌کردن اهداف تعیین‌شده را بیشتر نشان دادند. رابطه‌ی بین اهمال‌کاری و خودکارآمدی چندان ساده نیست. چو و چل^{۱۲} (۲۰۰۵) تفاوتی را بین آنچه اهمال‌کاری فعال و اهمال‌کاری منفعل می‌گویند، پیشنهاد کردند. چو و چوی یک رابطه‌ی مثبت بین اهمال‌کاری فعال و خودکارآمدی را گزارش کردند. این نوع اهمال‌کاری برنامه‌ریزی‌شده نشان‌دهنده‌ی استفاده از

1. Malik, Perveen, Iqbal, Khan
2. Ferrari
3. Spada, Hiou & NikGevil
4. Diseth
5. Chamorro.Premuzic & Furnham
6. Furnham
7. Macarantonio
8. Wijaya
9. Wells & Cartwright.Hatton
10. Shoham.Salomon, Avner & Neeman
11. Wells
12. Chu & Chol

خودتنظیمی به‌جای فقدان خودتنظیمی است (چادری و پیکیل^۱، ۲۰۱۸). برعکس، اهمال‌کنندگان منفعل که در مقیاس اهمال‌کاری فعال به‌عنوان دارندگان امتیازهای کم تعریف می‌شوند، ممکن است کار را به دلیل اضطراب پیرامون کار و نتایج آن به تأخیر بیندازند. اهمال‌کنندگان منفعل برنامه‌ریزی نمی‌کنند یا قصد به تعویق انداختن کار را ندارند، بلکه تحت فشار فلج می‌شوند. میل آن‌ها برای موفقیت یا اجتناب از شکست، بر خلاف توانایی آن‌ها برای انجام این کار عمل می‌کند.

مفهوم دیگری که ماهیتاً با مفاهیم تعیین اهداف موفقیت و باورهای روان‌شناختی درباره‌ی توانایی فردی مرتبط است و از این جهت در زمره‌ی عوامل مؤثر بر اهمال‌کاری تحصیلی قرار گرفته است، کمال‌گرایی می‌باشد (جدیدی، محمدخانی، زاهدی، تجریشی^۲، ۲۰۱۱). کمال‌گرایی به‌عنوان تلاش برای بی‌عیب و نقص‌بودن و تعیین استانداردهای بسیار بالا برای عملکرد همراه با گرایش به ارزیابی بیش‌ازحد انتقادی از رفتار خود تعریف می‌شود (فلت و هیویت^۳، ۲۰۰۲). هنگام در نظر گرفتن رابطه بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری، محققان ادعا می‌کنند که بسیاری از افراد به دلیل کمال‌گرایی، کار را به تعویق می‌اندازند (آنوگزی^۴، ۲۰۰۰). کمال‌گرایان استانداردهای غیرواقعی بالایی را برای خود تعیین می‌کنند و کار را به تعویق می‌اندازند، زیرا معتقدند؛ این استانداردها قابل دستیابی نیست، آن‌ها هرگز از عملکرد خود راضی نیستند یا از اشتباه‌کردن و ارزیابی منفی می‌ترسند. مطالعات به‌طور مداوم نشان می‌دهند که اهمال‌کاری به‌طور مثبت با جنبه‌های ناسازگار کمال‌گرایی مرتبط است، همان‌طور که در مدل‌های مختلف کمال‌گرایی مفهوم‌سازی شده است. در حالی که جنبه‌های انطباقی کمال‌گرایی با اهمال‌کاری غیرمرتبط یا دارای ارتباط منفی هستند. کمال‌گرایان سازگار و «سالم» برای دستیابی به موفقیت، انتظار موفقیت و احساس غرور در صورت دستیابی به انتظارات و اهداف خود تلاش می‌کنند (رایس و اشبی^۵، ۲۰۰۷؛ سو^۶، ۲۰۰۸). آن‌ها در استفاده از مهارت‌های یادگیری فراشناختی و شناختی مؤثر، ماهر هستند (میلز و بلنکشتاین^۷، ۲۰۰۰)، مهارت‌های مدیریت، زمان مؤثرتری دارند (کلیبرت، لانگینریچسن-رولینگ و سائیتو^۸، ۲۰۰۵) و سطح بالایی از خودکارآمدی را نشان می‌دهند (لوسیرو و اشبی^۹، ۲۰۰۰). کمال‌گرایی ناسازگار، «ناسالم» به‌عنوان ارزیابی و نگرانی مداوم در مورد اشتباهات، شک در توانایی‌های خود، احساس گناه و شرم توصیف می‌شود (فدوا، برنز، و گومز^{۱۰}، ۲۰۰۵). کمال‌گرایان ناسازگار در صورتی که به استانداردهایی که تعیین می‌کنند، نرسند، سطح بالایی از سرزنش خود را تجربه می‌کنند (رایس و اشبی^{۱۱}، ۲۰۰۷). آن‌ها با ترس از شکست و نگرانی در مورد قضاوت

1. Chowdhury & Pychyl
2. Jadidi, Mohammadkhani, Zahedi & Tajrishi
3. Flett & Hewitt
4. Onwuegbuzie
5. Rice & Ashby
6. Seo
7. Mills & Blankstein
8. Klibert, Langhinrichsen, Rohling & Saito
9. Locicero & Ashby
10. Fedewa, Burns & Gomez
11. Rice & Ashby

دیگران، برانگیخته می‌شوند. علاوه بر این، از راهبردهای خاصی مانند امتناع از دادن پاسخ، مگر این‌که به آن اطمینان کامل داشته باشند و اهمال‌کاری استفاده می‌کنند.

از آنجایی که اهمال‌کاری و به‌ویژه اهمال‌کاری تحصیلی پدیده‌ای نسبتاً شایع بوده و هم‌چنین با توجه به تأثیرات آن بر سلامت جسمی و روان‌شناختی یادگیرندگان و نیز پیامدهای آن بر پیشرفت تحصیلی و فعالیت‌های اجتماعی، شناسایی اهمال‌کاری تحصیلی، ویژگی‌های آن، راه‌کارهای مقابله با آن باید به مریبان و یادگیرندگان آموزش داده شود و برای پیشگیری و مقابله با آن انگیزه ایجاد شود تا از میزان شیوع آن تا حد امکان کاسته شود. باید به این نکته توجه داشت که با شناسایی افکار غیرمنطقی و تحریف‌های شناختی و هیجانی مرتبط با تمایل به اهمال‌کاری، می‌توان اهمال‌کاری تحصیلی را کاهش داد (اوزر، دیمر و فراری^۱، ۲۰۰۳). هم‌چنین با داشتن آگاهی از تفکرات بهتر، می‌توان موقعیت‌های بیرونی را کنترل کرد و این امر موجب کاهش اهمال‌کاری می‌شود (صادقی، حاجیلو، بابایی و شهری^۲، ۲۰۱۴). علاوه بر این، ممکن است روابط بین متغیرهایی که پیش‌بین فرض شده‌اند، تحت تأثیر متغیرهای دیگر همچون جنسیت نیز باشند که باید موردنظر قرار بگیرند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین متغیرهای مزبور و نقش باورهای فراشناختی مثبت و منفی، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی طرح‌ریزی شده است. سؤال اساسی پژوهش این است که چقدر از واریانس اهمال‌کاری تحصیلی را باورهای مثبت و منفی فراشناختی، خودکارآمدی و کمال‌گرایی تبیین می‌کنند.

روش شناسی

پژوهش حاضر با عنوان نقش خودکارآمدی، کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی منفی در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه آزاد کرمان به لحاظ هدف، بنیادی و از نظر ماهیت و روش توصیفی از نوع همبستگی بود و روابط بین متغیرها به روش تحلیل رگرسیون موردبررسی قرار گرفت.

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل دانشجویان دوره‌ی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱ - ۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند.

روش نمونه‌گیری پژوهش، تصادفی ساده بود. بر اساس آمار اعلام‌شده دانشجویان کارشناسی روان‌شناسی در این نیم‌سال تعداد ۵۶۰ نفر بودند که بر اساس جدول کرجسی و مورگان^۳ می‌توان برای جامعه‌ای با تعداد ۵۵۰ تا ۶۰۰ نفر تعداد نمونه را بین ۲۲۵ تا ۲۳۴ نفر انتخاب کرد. این جدول بر اساس فرمول کوکران^۴ در سطح خطای $p < 0/05$ است (کرجسی و مورگان، ۱۹۷۰). بر اساس جدول

1. Ozer, Demir & Ferrari

2. Sadeghi, Hajloo, Babayi & Shahri

3. Krejcie, Morgan

4. Cochran

کرجسی و مورگان، در پژوهش حاضر تعداد ۲۲۷ دانشجو به‌صورت تصادفی انتخاب و به‌عنوان نمونه‌ی نهایی در تحلیل لحاظ شدند و ریزش نمونه وجود نداشت.

روش جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که بعد از دریافت کد اخلاق و اخذ مجوز از دانشگاه آزاد کرمان و دریافت آمار دانشجویان، به‌صورت قرعه‌کشی تعداد ۲۲۷ دانشجو انتخاب‌شده و پرسش‌نامه‌های اهمال‌کاری تحصیلی، کمال‌گرایی، خودکارآمدی و باورهای فراشناختی را که به‌صورت چاپ‌شده روی کاغذ بود، تکمیل کردند. ویژگی‌های جمعیت شناختی، سن، جنسیت و ترم دانشجویان بررسی شد. ملاک ورود به پژوهش شامل داوطلب‌بودن آزمودنی، جنسیت (دختر و پسر)، اشتغال به تحصیل در رشته‌ی روان‌شناسی دانشگاه آزاد کرمان، تکمیل پرسش‌نامه به‌صورت خودگزارشی و بر اساس رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج شامل عدم‌رضایت به شرکت در پژوهش و عدم تکمیل پرسش‌نامه بود. در این مطالعه، نکات اخلاقی از جمله توضیح اهداف به واحدهای پژوهش و کسب رضایت کتبی آگاهانه از آنان برای شرکت در تحقیق، دادن حق انتخاب به واحدهای پژوهش برای ورود به پژوهش و خروج از آن در هر زمان، محرمانه‌ماندن اطلاعات، رعایت صداقت در انتخاب واحدهای موردپژوهش و جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، ارائه‌ی نتایج پژوهش به واحدهای موردپژوهش و مسئولین محیط پژوهش در صورت درخواست و قدردانی از کلیه‌ی واحدهای موردپژوهش و کلیه‌ی مسئولین ذی‌ربط که همکاری داشته‌اند، رعایت شد. هم‌چنین، پژوهشگران تضمین کردند که به واحدهای موردپژوهش هیچ‌گونه آسیب جسمی و روانی وارد نشود.

رعایت اصول نشر و اخلاق در پژوهش و انتشار یافته‌های مطالعه، طبق اصول کمیته‌ی بین‌المللی اخلاق نشر^۱ از دیگر تعهدات اخلاقی پژوهشگران است. این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکترای نویسنده اول و دارای کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.043 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان است.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه‌ی اهمال‌کاری تحصیلی سواری (۱۳۹۰): این پرسش‌نامه از دوازده گویه و سه عامل اهمال‌کاری عمدی، اهمال‌کاری ناشی از خستگی جسمی و روانی و اهمال‌کاری ناشی از بی‌برنامگی تشکیل شده و به‌صورت مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از هرگز (نمره‌ی صفر) تا همیشه (نمره‌ی ۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۴۸ می‌باشد که نمرات بالاتر، نشانگر میزان بالاتر اهمال‌کاری تحصیلی است. پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۵، برای عامل اول ۰/۷۷، برای عامل دوم ۰/۶۵ و برای عامل سوم ۰/۷۰ به‌دست آمد. روایی آزمون یادشده از طریق همبسته‌کردن با آزمون اهمال‌کاری تاکمن (۱۹۹۱؛ نقل از سواری، ۱۳۹۰) تعیین و مقدار آن ۰/۳۵ برآورد شد که نشان از روایی نسبتاً خوب آن آزمون است (سواری، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر؛ آلفای

کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۰ و ۰/۷۲ به دست آمد.

مقیاس باورهای فراشناختی MCQ30 (ولز و کارترایت - هاتون^۱، ۲۰۰۴): باورهای افراد را درباره‌ی تفکرشان موردسنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱: مخالفم، ۲: کمی موافقم، ۳: نسبتاً موافقم، ۴: کاملاً موافقم) محاسبه می‌شوند. پرسش‌نامه‌ی مذکور دارای ۵ خرده‌مقیاس است که شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار و باورهای منفی در مورد نگرانی، اطمینان شناختی کم، کنترل کم افکار و فرآیندهای فراشناختی خودآگاهی شناختی (وقوف شناختی) می‌باشند. درنهایت دو نمره‌ی کلی از این مقیاس به دست می‌آید که اولین آن باورهای فراشناختی مثبت از مجموع خرده‌مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی و وقوف شناختی حاصل می‌شود و دومین نمره‌ی کلی باورهای فراشناختی منفی است که از مجموع نمرات باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، باورهای منفی در مورد نگرانی و اطمینان شناختی کم حاصل می‌شود. ولز و کارترایت برای پایایی این مقیاس دامنه‌ی ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل و خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۷۶ و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۷ تا ۰/۵۹ گزارش کرده‌اند. شیرین‌زاده^۲ و همکاران (۱۳۸۷) برای این پرسش‌نامه سه نوع روایی هم‌زمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با کل مقیاس و یک‌دیگر و روایی افتراقی را گزارش کرده‌اند که روایی بالا در پژوهش نشان داد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده‌مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه‌ی ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده‌است. در پژوهش حاضر؛ آلفای کرونباخ برای کل آزمون باورهای فراشناختی ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس کمال‌گرایی هیل^۳ و همکاران (۲۰۰۴): این پرسش‌نامه شامل ۵۸ گویه و ۶ خرده‌مقیاس شامل حساسیت بین فردی، تلاش برای عالی‌بودن، نظم و سازمان‌دهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدف‌مندی و استانداردهای بالا برای می‌باشد. این مقیاس بر پایه مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، موافق (۳) و کاملاً موافق (۴) اعتباریابی و رواسازی شده است. نتایج حاصل از محاسبه‌ی پایایی و روایی این مقیاس در پژوهش هیل و همکاران حاکی از آن است که ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ به دست آمده است، پایایی و روایی این مقیاس را در ایران جمشیدی در سال ۱۳۸۸ انجام داد. پایایی کل مقیاس در بررسی مقدماتی (۶۸ آزمودنی) با استفاده از روش آلفای کرونباخ (همسانی درونی) ۰/۸۰ به دست آمد. در بررسی اصلی (با ۳۱۳ آزمودنی) نیز پس از انجام تحلیل عاملی، این ضریب برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ

1. Wells و Cartwright.Hatto

2. Shirinzade

3. Hill

برای کل آزمون ۰/۹۲ به‌دست آمد. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۹۰، ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ بود.

مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱ GSE-17: این مقیاس توسط شرر و مادوکس^۲ (۱۹۸۲) برای اندازه‌گیری انتظارات خودکارآمدی عمومی، مانند مهارت‌های اجتماعی و شایستگی‌های حرفه‌ای طراحی شده است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، بی‌نظر (۳)، موافق (۴) و کاملاً موافق (۵) انجام می‌شود. گویه‌های شماره‌ی ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد و بقیه‌ی گویه‌ها ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷ به‌صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد: مخالف (۵)، مخالف (۴)، بی‌نظر (۳)، موافق (۲) و کاملاً موافق (۱).

ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده‌مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هریک به‌دست آمد (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲). در ایران، اصغرنژاد^۳ و همکاران (۱۳۸۵) ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس را موردبررسی قرار دادند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود سه عامل بود. اعتبار مقیاس از طریق آزمون آماری آلفای کرونباخ سنجیده شده و برابر با ۰/۸۳ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل آزمون خودکارآمدی ۰/۸۷ دست آمد.

نتایج

یافته‌های توصیفی پژوهش نقش خودکارآمدی، کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی منفی در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه آزاد کرمان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ نشان داد؛ از مجموع ۲۲۷ دانشجوی شرکت‌کننده در پژوهش، ۳۱ نفر (۱۳/۷ درصد) پسر و ۱۹۶ نفر (۸۶/۳ درصد) دختر بوده‌اند. نتایج هم‌چنین نشان داد اکثریت دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش، فرزند اول خانواده بوده‌اند. (۱۰۵ نفر معادل ۴۶/۳ درصد) را دانشجویان دختر تشکیل داده‌اند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش نیز ۲۲/۶ سال بوده است. از مجموع ۲۲۷ دانشجوی شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۰ نفر (۴/۴ درصد) ترم اول، ۹۷ نفر (۴۲/۷ درصد) ترم دوم، ۵ نفر (۲/۲ درصد) ترم سوم، ۴۶ نفر (۲۰/۳ درصد) ترم چهارم، ۹ نفر (۴/۰ درصد) ترم پنجم، ۳۸ نفر (۱۶/۷ درصد) ترم ششم، ۷ نفر (۳/۱ درصد) ترم هشتم و ۱ نفر (۰/۴ درصد) ترم نهم بوده‌اند، بنابراین اکثریت دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش در ترم دوم مشغول به تحصیل بوده‌اند. میانگین سن افراد شرکت‌کننده در پژوهش برابر با ۲۲/۶ و انحراف معیار آن برابر با ۴/۶۴ بوده است. دامنه‌ی سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بین ۱۸ تا ۴۴ سال بوده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دانشجویان روان‌شناسی
در سال ۱۴۰۱ (n=۲۲۷)

بُعد	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	حداقل نمره	حداکثر نمره
نمره‌ی باورهای فراشناختی منفی	باورهای منفی درباره‌ی نگرانی	۱۴/۵۱	۴/۳۴	۰/۲	-۰/۵۵	۶	۲۴
	اطمینان شناختی کم	۱۲/۴۳	۴/۵۵	۰/۵۸	-۰/۳۱	۶	۲۴
نمره‌ی اهمال‌کاری	کنترل کم افکار	۱۴/۲۶	۳/۷۳	-۰/۱۲	-۰/۷۲	۶	۲۲
	نمره‌ی کل	۴۱/۲۱	۷/۹۷	۰/۱۵	-۰/۵۵	۲۱	۶۹
نمره‌ی اهمال‌کاری از خستگی	اهمال‌کاری عمدی	۷/۱۴	۳/۶۸	۰/۲۳	-۰/۴۴	۰	۱۸
	اهمال‌کاری ناشی از خستگی	۶/۴۷	۳/۴۲	۰/۱۶	-۰/۴۴	۰	۱۵
نمره‌ی اهمال‌کاری از بی‌برنامگی	اهمال‌کاری ناشی از بی‌برنامگی	۵/۱	۲/۸۶	۰/۱۴	-۰/۵۴	۰	۱۲
	نمره‌ی کل	۱۸/۷۱	۸/۶۹	۰/۰۸	-۰/۴۴	۰	۴۲
نمره‌ی خودکارآمدی	نمره‌ی کل	۱۵۵/۸۸	۱۹/۶۵	۰/۰۹	-۰/۰۵	۹۴	۲۰۴
	نمره‌ی کل	۶۲/۹۲	۹/۴۴	-۰/۲۸	۰/۱۵	۳۴	۸۵

جدول شماره ۱ نشان داد که مؤلفه‌ی باورهای منفی درباره‌ی نگرانی دارای میانگین ۱۴/۵۱ و انحراف معیار ۴/۳۴، مؤلفه‌ی اطمینان‌شناختی کم دارای میانگین ۱۲/۴۳ و انحراف معیار ۴/۵۵، مؤلفه‌ی کنترل کم افکار دارای میانگین ۱۴/۲۶ و انحراف معیار ۳/۷۳ و بعد باورهای فراشناختی منفی دارای میانگین ۴۱/۲۱ و انحراف معیار ۷/۹۷ بوده است. مؤلفه‌ی اهمال‌کاری عمدی به ترتیب دارای میانگین و انحراف معیار ۷/۱۴ و ۳/۶۸، مؤلفه‌ی اهمال‌کاری ناشی از خستگی به ترتیب دارای میانگین و انحراف معیار ۶/۴۷ و ۳/۴۲، مؤلفه‌ی اهمال‌کاری ناشی از بی‌برنامگی به ترتیب دارای میانگین و انحراف معیار ۵/۱ و ۲/۸۶ و نمره‌ی کل اهمال‌کاری تحصیلی به ترتیب دارای میانگین و انحراف معیار ۱۸/۷۱ و ۸/۶۹ است. متغیر کمال‌گرایی دارای میانگین ۱۵۵/۸۸ و انحراف معیار ۱۹/۶۵ بوده است. کمترین نمره‌ی کسب‌شده در این پرسش‌نامه ۹۴ و بیشترین نمره‌ی کسب‌شده ۲۰۴ بوده است. متغیر خودکارآمدی دارای میانگین ۶۲/۹۲ و انحراف معیار ۹/۴۴ بوده است. کمترین نمره‌ی کسب‌شده در این پرسش‌نامه ۳۴ و بیشترین نمره‌ی کسب‌شده ۸۵ بوده است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده‌اند.

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در بین دانشجویان روان‌شناسی در سال ۱۴۰۱ (n=۲۲۷)

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱ خودکارآمدی	۱			
۲ کمال‌گرایی	۰/۱۷*	۱		
۳ باورهای فراشناختی منفی	۰/۴۱**	۰/۱۴*	۱	
۴ اهمال‌کاری تحصیلی	۰/۵۸**	۰/۲۲**	۰/۳۴**	۱

آزمون همبستگی پیرسون $p < ۰/۰۱$ **

جدول شماره ۲ نشان داد اهمال‌کاری تحصیلی با خودکارآمدی ($r = -۰/۵۸$ و $p < ۰/۰۱$) و کمال‌گرایی ($r = -۰/۲۲$ و $p < ۰/۰۱$) رابطه منفی و معنادار و با باورهای فراشناختی منفی ($r = ۰/۳۴$ و $p < ۰/۰۱$) رابطه مثبت و معناداری دارد.

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون در جامعه دانشجویان روان‌شناسی در سال ۱۴۰۱ (n=۲۲۷)

متغیر پیش‌بین	R	R ²	f	p ≤	β	t	p ≤
ثابت						۸/۱۷	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۰/۶۱	۰/۳۸	۲۶/۶۴	۰/۰۰۱	-۰/۴۷	-۶/۶۱	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی					-۰/۱۲	-۱/۷۲	۰/۰۸
باورهای فراشناختی منفی					۰/۲۱	۲/۷۹	۰/۰۰۶

نتایج جدول ۳ با عنوان خلاصه مدل رگرسیون، نشان داد؛ ۳۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک (اهمال‌کاری تحصیلی) توسط متغیرهای وارد شده در مدل، تبیین می‌شود. هم‌چنین F به‌دست‌آمده (۲۶/۶۴) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بود و این مطلب گویای آن است که رگرسیون معنادار است و می‌توان اهمال‌کاری تحصیلی را از متغیرهای خودکارآمدی و باورهای فراشناختی منفی پیش‌بینی کرد. بر اساس اطلاعات موجود در جدول ۳، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل رگرسیون هم‌زمان بر روی اهمال‌کاری تحصیلی، نشان داد که؛ خودکارآمدی ($\beta = -۰/۴۷$, $t = -۶/۶۱$, $p \leq ۰/۰۰۱$) به‌صورت منفی و معنادار و باورهای فراشناختی منفی ($\beta = ۰/۲۱$, $t = ۲/۷۹$, $p \leq ۰/۰۰۱$) به‌صورت مثبت و معنادار اهمال‌کاری تحصیلی را پیش‌بینی می‌کنند.

جدول ۴- آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی متغیرهای پژوهش بین دانشجویان دختر و پسر در جامعه‌ی دانشجویان روان‌شناسی در سال ۱۴۰۱ (n=۲۲۷)

متغیر	اطلاعات توصیفی			آزمون لوین		نتایج آزمون t	
	گروه	فراوانی	میانگین	F	سطح معناداری	t	درجه آزادی
اهمال کاری تحصیلی	پسر	۳۱	۱۸/۹۳	۱/۰۵	۰/۳۱	۰/۱۵	۲۲۵
	دختر	۱۹۶	۱۸/۶۸				
خودکارآمدی	پسر	۳۱	۶۳/۹۶	۰/۵۲	۰/۴۷	۰/۶۶	۲۲۵
	دختر	۱۹۶	۶۲/۷۵				
کمال‌گرایی	پسر	۳۱	۶۵/۸	۰/۸۱	۰/۳۶	۰/۳۳	۲۲۵
	دختر	۱۹۶	۶۵/۲۷				
باورهای فراشناختی منفی	پسر	۳۱	۴۲/۹	۰/۹	۰/۳۴	۱/۰۱	۲۲۵
	دختر	۱۹۶	۴۰/۹۴				

نتایج آزمون t مطابق جدول ۴ نشان داد که بین دو گروه دانشجویان دختر و پسر از نظر هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش، تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر؛ بررسی نقش خودکارآمدی، کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی منفی در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان روان‌شناسی بود. یافته‌ها نشان داد که؛ خودکارآمدی رابطه‌ی مستقیم، منفی و معناداری با اهمال‌کاری تحصیلی دارد. این یافته با نتایج پژوهش استیل^۱ (۲۰۰۷)، گی، لی و لی^۲ (۲۰۱۸)، زیگلر و اپدناکر^۳ (۲۰۱۸)، وانگ^۴ (۲۰۲۲)، قدم‌پور^۵ و همکاران (۱۳۹۴) و نیکوگفتار و حاج‌کاظمی^۶ (۱۴۰۰) همسو است که دریافتند خودکارآمدی یک پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم و پایدار اهمال‌کاری است و ارتقای خودکارآمدی می‌تواند در کاهش اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان مؤثر باشد.

خودکارآمدی می‌تواند از طریق چهار فرآیند بر رفتار تأثیر بگذارد: شناختی، انگیزشی، عاطفی و انتخابی (بندورا^۷، ۱۹۹۳). از یک‌سو، خودکارآمدی بالا، انتظارات مثبت افراد از نتایج کار را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، تجربه‌ی منفی افراد از فرآیند کار را نیز کاهش می‌دهد و در نتیجه از اهمال‌کاری جلوگیری می‌کند. خودکارآمدی نه‌تنها بر انتخاب رفتارهای افراد تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند بر

1. Steel

2. Ge, Li & Li

3. Ziegler N, Opdenakker

4. wang

5. Ghadampoor

6. Nikoogoftar & Hajkazemi

7. Bandura

پشت‌کار و تلاش افراد نیز تأثیر بگذارد (بندورا، ۱۹۷۷، ۱۹۹۳). به تعویق‌انداختن به‌عنوان یک تأخیر داوطلبانه در برنامه‌ی زمان‌بندی‌شده، آشکار می‌شود، حتی وقتی می‌دانیم که نباید کار را به تعویق بیندازیم، این نیز بدان معنی است که ویژگی تداوم و پایداری در فرد قوی نیست. تأثیر خودکارآمدی تحصیلی بر اهمال‌کاری تحصیلی توسط بسیاری از محققان تشخیص داده شده است. فراتحلیل هم‌چنین نشان می‌دهد که؛ خودکارآمدی یک پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم و پایدار اهمال‌کاری است (استیل، ۲۰۰۷).

از منظر انگیزشی، به نظر می‌رسد یکی از دلایل خودکارآمدی ضعیف در دانشجویان، انتخاب رشته‌ی اصلی تحصیلی و تکالیف درسی بر اساس پیشنهادهای دیگران و مدل‌های اجتماعی باشد. برای برخی دانشجویان که انتخاب رشته‌های کاربردی که منعکس‌کننده‌ی حوزه‌های مهارت و هیجان آن‌ها باشد، صورت می‌گیرد، به‌طور ذاتی خودکارآمدی و انگیزه‌ی درونی آن‌ها افزایش می‌یابد. اهمال‌کنندگان، بیشتر از انگیزه‌های درونی توسط انگیزه‌ی بیرونی برانگیخته می‌شوند (براونلو و ریسینگر^۱؛ ۲۰۰۰؛ کانتی^۲، ۲۰۰۰)، بنابراین دانشجویانی که به دلایلی غیر از علاقه و توانمندی خود وارد دانشگاه می‌شوند، ممکن است بیشتر به‌طور غیرفعال اهمال‌کاری کنند، بنابراین، ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای به دانش‌آموزان در حال گذار از مدرسه به دانشگاه بر اساس دلایل و انگیزه‌های درونی می‌تواند مستقیماً بر سطوح و استراتژی‌های اهمال‌کاری دانشجویان تأثیر بگذارد. از دیگر نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر این بود که؛ باورهای فراشناختی منفی به‌صورت مثبت و معناداری اهمال‌کاری تحصیلی را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر مانند اسپادا و همکاران (۲۰۰۶)، فرنی و همکاران (۲۰۱۷)، محمدی بایتمر و ساعد (۱۳۹۷)، پورموسی بزنجانی، محمدی‌فر، طالع‌پسند و محمدرضایی (۱۴۰۱) و علیزاده و یاهک (۱۴۰۲) همسو است که دریافتند؛ باورهای فراشناختی درباره‌ی اطمینان‌شناختی و نگرانی مستقل از هیجان‌های منفی، اهمال‌کاری را پیش‌بینی می‌کند و بین اهمال‌کاری تحصیلی با باورهای فراشناختی رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد. افرادی که دارای باورهای منفی نسبت به‌کفایت‌شناختی، شک به توانایی‌های خود در شروع و تکمیل تکلیف هستند، درنهایت رفتار اهمال‌کاری بیشتری از خود نشان می‌دهند. افراد دارای نگرانی شدید، اغلب معتقدند که؛ نگرانی، راهبرد مقابله‌ای مفیدی است و این نگرش باعث تقویت تمایل آن‌ها به نگرانی می‌شود. نگرانی (صادقی، ۲۰۱۱)، با تقویت چنین گرایش، فرد نسبت به پیامدهای تکلیف بسیار نگران خواهد بود، بنابراین تعلل زیادی در رفتار نشان خواهد داد. به همین ترتیب، داشتن نیاز شدید به کنترل افکار، افراد را وادار می‌کند که دائماً افکار خود را بررسی و کنترل کنند و به دلیل ترس از دست‌دادن کنترل، انجام تکلیف را به تعویق می‌اندازند (فرنی و همکاران، ۲۰۰۹). در همین جهت، هرچه دانش فرد از فرآیند پردازش شناختی خود (خودآگاهی شناختی) کمتر باشد، تحلیل‌شان از موقعیت بیرونی ضعیف‌تر شده و به دنبال آن اهمال‌کاری بیشتری در برابر انجام تکلیف نشان می‌دهند

1 . Brownlow & Reasinger

2 . Conti

(صادقی، ۲۰۱۱). باور فراشناختی دیگری که اهمیت زیادی در پیش‌بینی اهمال‌کاری دارد، کنترل‌ناپذیری و خطر است (حسینی و خیر، ۲۰۰۹). این مؤلفه مرتبط است با باور فرد درباره‌ی کنترل‌ناپذیری فکر و کنترل فکر برای داشتن عملکرد خوب. تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهند که؛ افراد دارای سطح بالای اهمال‌کاری از فقدان حس کنترل شخصی و توانایی فردی ادراک‌شده و همچنین خودکارآمدی ضعیف رنج می‌برند (چو و چل، ۲۰۰۵). به‌بیان‌دیگر، باورهای فراشناختی خطر و کنترل‌ناپذیری می‌توانند احساس کنترل شخصی را کاهش داده و به دنبال آن نگرانی درباره‌ی انجام تکالیف را افزایش دهند که منجر به تأخیر در آغاز و تکمیل تکلیف می‌شود (صادقی، ۲۰۱۱). یافته‌ی دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمد این بود که؛ متغیر کمال‌گرایی، نقشی در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های جدیدی، محمدخانی و زاهدی تجربی (۲۰۱۱)، محمودزاده و محمدخانی (۱۳۹۵)، هاشمی و لطیفیان (۱۳۹۲) مبنی بر اثر مستقیم کمال‌گرایی بر اهمال‌کاری تحصیلی مغایر است، اما با پژوهش رئوف، خادمی و نقش (۱۳۹۸) همخوان است که نشان داد؛ کمال‌گرایی رابطه‌ی مستقیم با اهمال‌کاری تحصیلی ندارد.

متغیر جنسیت تأثیری در ارتباط بین اهمال‌کاری تحصیلی با سایر متغیرهای پژوهش ندارد. پیشینه‌ی پژوهشی در این باره یک‌دست نیست. چنان‌که، در برخی از تحقیقات نتایج حاکی از بیشتربودن اهمال‌کاری در دانشجویان مرد (اوزر و همکاران^۱، ۲۰۱۳، حبیبی-کلیبر^۲، ۲۰۱۶) و در برخی تحقیقات نتایج حاکی از بیشتربودن میزان اهمال‌کاری در زنان است (گافنی و گری، ۲۰۱۰) در برخی دیگر از تحقیقات نیز تفاوتی بین دانشجویان دختر و پسر مشاهده نشده است (کوثری^۳، ۲۰۱۱). درنهایت، نتایج تحلیل نشان داد که؛ رگرسیون معنادار است و تحلیل رگرسیون چندگانه بر روی اهمال‌کاری تحصیلی نشان داد که؛ می‌توان اهمال‌کاری تحصیلی را از متغیرهای خودکارآمدی و باورهای فراشناختی پیش‌بینی کرد و خودکارآمدی به‌صورت منفی و معنادار و باورهای فراشناختی منفی به‌صورت مثبت و معناداری اهمال‌کاری تحصیلی را پیش‌بینی می‌کنند، بنابراین اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس متغیرهای خودکارآمدی و باورهای فراشناختی منفی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری

افراد دارای خودکارآمدی پایین با باورهای فراشناختی منفی، اهمال‌کاری تحصیلی بالا و افراد دارای خودکارآمدی بالا با باورهای فراشناختی مثبت، اهمال‌کاری تحصیلی پایین دارند. همچنین افراد با کمال‌گرایی بالا که باورهای فراشناختی آن‌ها مثبت است، اهمال‌کاری تحصیلی کمتری دارند، درحالی‌که افراد با کمال‌گرایی بالا با داشتن باورهای فراشناختی منفی، اهمال‌کاری تحصیلی بیشتری از خود نشان می‌دهند و در مقایسه این متغیرها، تفاوت معناداری بین دختران و پسران وجود نداشت. پژوهش، همچنین نشان داد که باورهای فراشناختی منفی و خودکارآمدی می‌توانند اهمال‌کاری

تحصیلی را پیش‌بینی کنند. نظر به این‌که اهمال‌کاری تحصیلی پیامدهای منفی بسیاری هم بر سلامت جسمی و هم بر توانایی افراد در دستیابی به اهداف دارد و اثرات منفی آن در پیشرفت و دستیابی به اهداف تحصیلی در دانشجویان چشمگیر است، این پژوهش می‌تواند به‌عنوان یک چهارچوب نظری برای فهم و شناساندن عوامل مرتبط و تأثیرگذار در اهمال‌کاری تحصیلی مورد استفاده قرار گیرد. همین‌طور این پژوهش می‌تواند به متخصصان بهداشت روانی، مشاوران، معلمان، اساتید دانشگاه و دانشجویان کمک کند که با شناخت عوامل مرتبط با اهمال‌کاری تحصیلی در پیشگیری و درمان آن اقدامات لازم را انجام دهند و در نتیجه به پیشرفت تحصیلی و نیل به اهداف به دانشجویان کمک کنند و با تهیه برنامه‌های مداخله و با لحاظ‌کردن متغیرهای مورد پژوهش به ارتقای سلامت تحصیلی و هیجانی یادگیرندگان بپردازند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از دانشجویان کارشناسی رشته‌ی روان‌شناسی دانشگاه آزاد کرمان که برای گردآوری یافته‌های این مطالعه با ما همکاری داشتند و در این پژوهش شرکت کردند و همچنین از دانشگاه آزاد اسلامی برای همکاری‌های لازم تشکر و قدردانی کنند.

تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود نداشت.

منابع

- اصغرنژاد، ط؛ احمدی ده قطب الدینی، م، فرزاد، و؛ و خداپناهی، م. ک. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگیهای روانسنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. *مجله روانشناسی*، ۱۰(۳)، ۲۶۲ - ۲۷۴.
<https://www.sid.ir/paper/54517/en>
- حبیبی کلیدر، ر. (۱۳۹۵). تفاوت‌های جنسیتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز از نظر میزان اهمال کاری و سبک‌های کمک‌خواهی تحصیلی. *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی*، ۱۳(۲)، ۱۴۲ - ۱۵۰.
<https://civilica.com/doc/185017.150-142>
- حسینی، ف؛ خیر، م. (۱۳۸۸). پیش «بینی تعلق‌ورزی رفتاری و تصمیم‌گیری» با توجه به باورهای فراشناختی در دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۵ (۳)، ۲۶۵ - ۲۷۳.
<https://doi.org/10.47067/real.v5i3.254>
- شیرین زاده دستگیری، ص؛ گودرزی، م. ع؛ رحیمی، چ؛ نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روانشناسی*، ۴: ۴۴۵ - ۴۶۱.
<https://sid.ir/paper/54377/fa>
- کوثری، ر. (۱۳۹۰). رابطه بین اهمالکاری تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستان با انگیزه پیشرفت و اضطراب امتحان آنها. رساله دکتری. دانشگاه فردوسی مشهد.
http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_867_20
- Ariely, D., Wertenbroch, K. (2002). Procrastination, Deadlines and Performance: Self-control by Precommitment. *Psychological Science*, 13(3), 219-224.
[doi/10.1111/1467-9280.00441](https://doi.org/10.1111/1467-9280.00441)
- Brownlow, S., & Reasinger, R. D. (2000). Putting off until tomorrow what is better done today: Academic procrastination as a function of motivation toward college work. *Journal of Social Behavior & Personality*, 15(5), 15-34.
<https://doi.org/10.30703/cije.452633>
- Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A. (2008). Personality, intelligence and approaches to learning as predictors of academic performance. *Personality and Individual Differences*, 44, 1596-1603. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.003>
- Chowdhury, S. F., Pychyl, T. A. (2018). A critique of the construct validity of active procrastination. *Personality and Individual Differences*, 120, 7-12.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2017.08.016>
- Chu, A. C., & Chol, J. N. (2005). Rethinking procrastination: Positive effects of active procrastination behavior on attitudes and performance. *Journal of Social Psychology*, 145, 245-264.
<http://dx.doi.org/10.3200/SOCP.145.3.245-264>
- Conti, R. (2000). Competing demands and complimentary motives: Procrastination on intrinsically and extrinsically motivated summer projects. *Journal of Social Behavior & Personality*, 15(5), 47-59.
<https://psycnet.apa.org/record/2002-10572-004>
- Day, V., Mensink, D., O'Sullivan, M. (2000). Patterns of academic procrastination. *Journal of College Reading and Learning*, 30, 120-134.
<http://dx.doi.org/10.1080/10790195.2000.10850090>
- Dietz, F., Hofer, M., Fries, S. (2007). Individual values, learning routines and academic procrastination. *British Journal of Educational Psychology*, 77(4), 893-906.
<https://doi.org/10.1348/000709906x169076>

- Diseth, A. (2003). Personality and approaches to learning as predictors of academic achievement. *European Journal of Personality*, 17, 143-155. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/per.469>
- Fedewa, B. A., Burns, L. R., Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38, 1609-1619. <https://doi.org/10.3389/jpsyg.2021.638641>
- Fernie, B. A., McKenzie, A.-M., Nikčević, A. V., Caselli, G., Spada, M. M. (2015). A Metacognitive model of procrastination. *Journal of affective disorders*, 210, 196-203. [doi:10.1016/j.jad.2016.12.042](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.042)
- Fernie, B. A., Spada, S., Macarantonio, M. (2009). Metacognitive beliefs about procrastination: development and concurrent validity of a self-report questionnaire. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23 (4), 283-293. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.23.4.283>
- Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 673-679. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869\(94\)90140-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869(94)90140-6)
- Ferrari, J. R. (2001). Procrastination as self-regulation failure of performance: effects of cognitive load, self-awareness, and time limits on working best under pressure. *European Journal of Personality*, 15, 391-406. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/per.413>
- Ferrari, J. R., Johnson, J. L., McCown, W. G. (1995). *Procrastination Research*: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-0227-6>
- Fritzsche, B., Rapp, B. Y., Hickson, K. C. (2003). Individual differences in academic procrastination tendency and writing success. *Personality and Individual Differences*, 35, 1549-1558. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00369-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00369-0)
- Gafni, R., Geri, N. (2010). Time management: Procrastination tendency in individual and collaborative tasks Interdisciplinary. *Journal of Information, Knowledge, and Management*, 5, 115-125. <http://dx.doi.org/10.28945/1127>
- Ge C, Li C D, Li S J.(2018). Study on the relationship between the junior high school students' self-efficacy and academic procrastination. *J. Zhoukou Norm. Univ.*, 35, 146-152. <https://doi.org/10.3389%2Fjpsyg.2020.01752> .
- Goroshit, M., Hen, M.(2021). Academic procrastination and academic performance: Do learning disabilities matter?. *Current Psychology*, 40, 9, 1-10. <https://www.semanticscholar.org/paper/Academic-procrastination-and-academic-performance%3A-Goroshit-Hen/77e533354368b048cc88f73182e61d953664b476>
- Haycock, L. A., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling & Development*, 76(3), 317-324. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02548.x>
- Haycock, L. A., McCarthy, P., Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317-324. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02548.x>
- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J. Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student*, 46, 141-157. <http://dx.doi.org/10.1353/csd.2005.0017>

- Locicero, K. A., Ashby, J. S. (2000). Multidimensional Perfectionism and Self: Reported Self Efficacy in College Students. *Journal of college students psychotherapy*, 15, 47- 56.
http://dx.doi.org/10.1300/J035v15n02_06
- Malik, A. A., Perveen, A., Iqbal, S., Khan, Z. (2022). Review of Education. *Administration and Law (REAL)*, 5(3), 345 – 353. <https://doi.org/10.47067/real.v3i2>
- Mills, J., & Blankstein, K. R. (2000). Perfectionism, intrinsic vs. extrinsic motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1191-1204.
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869\(00\)00003-9](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869(00)00003-9)
- Onwuegbuzie, A. J. (2000). Attitudes towards statistics assessments. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 25, 321-339. <http://dx.doi.org/10.1080/713611437>
- Ozer, B., Demir, A., Ferrari, J. (2013). Reducing academic procrastination through a group treatment program: A pilot study. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 31 (3), 127- 135. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-013-0165-0>
- Pychyl, T. A., Flett, G. L. (2012). Procrastination and self-regulatory failure: an introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30, 203-212. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-012-0149-5>
- Rice, K. G., Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 72-85. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.72>
- Sadeghi, H. (2011). The study of relationship between Meta cognition beliefs and procrastination among students of Tabriz and Mohaghegh Ardabili universities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30 , 287 – 291.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.057>
- Sadeghi, H. (2012). The study of relationship between Meta cognition beliefs and procrastination among students of Tabriz and Mohaghegh Ardabili universities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 287 – 291.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.057>
- Seo (2008). Self-efficacy as a Mediator in the Relationship between Selforiented perfectionism and academic procrastination. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36(6), 753– 764. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.6.753>
- Shoham-Salomon, V., Avner, R., & Neeman, R. (1989). You're changed if you do and changed if you don't: Mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 590-598.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.57.5.590>
- Shaked, L., Altarac, H. (2022). Exploring academic procrastination: Perceptions, self-regulation, and consequences. *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 19, 3, 14- 23. [doi:10.53761/1.19.3.15](https://doi.org/10.53761/1.19.3.15)
- Solomon, L. J., Rothblum, E. D. (1984). Academic Procrastination - Frequency and Cognitive- Behavioral Correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31(4), 503-509. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.31.4.503>
- Spada, M. M., Hiou, K., & NikGevil, A. V. (2006). Metacognitions, emotions and procrastination. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 319-326.
<http://dx.doi.org/10.1891/088983906780644028>
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133, 65-94.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>
- Stöber, J., Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy*

- and Research*, 25(1), 49- 60.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1026474715384>
- Wang S.(2022). The relationship between academic procrastination and self-efficacy in online educational model. *Advances in Social Science. Education and Humanities Research*, 653, 380- 385. <http://dx.doi.org/10.11591/edulearn.v10i3.3990>
- Wells, A., Cart- Wright Hatton, S. (2004). A short form of metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behavioral Research & Therapy*, 42(4), 385-396. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wijaya, H. E. (2019). The mediating role of metacognitive self-regulation on student procrastination and academic performance. *ICLI* 2018, 57. <http://dx.doi.org/10.5220/0008407700570062>
- Wolters, C.A. (2003). Understanding procrastination from a self-regulated learning perspective. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 179-187. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0663.95.1.179>
- Yalin, K., Özlem, D. (2022). Use of media and technology, academic procrastination, and academic achievement in adolescence. *Participatory Educational Research (PER)*, 9, 2, 481-497.
[doi:10.17275/per.22.50.9.2](https://doi.org/10.17275/per.22.50.9.2)
- Ziegler N, Opdenakker MC.(2018). The development of academic procrastination in first-year secondary education students: the link with metacognitive self-regulation, self-efficacy and effort regulation. *Individ. Diff.*, 64: 71–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2018.04.009>

The role of self-efficacy, perfectionism and negative metacognitive beliefs in predicting academic procrastination in psychology students of Kerman Azad University

Malihe Nekooie¹, Mitra Kamyabi², Najme Hajipour Abaei³, Anahita Bahreini Zade⁴

Abstract

Procrastination has many negative consequences both on physical and mental health and on people's ability to achieve goals. The present study was conducted with the aim of predicting academic procrastination based on self-efficacy, perfectionism and negative metacognitive beliefs in male and female psychology students of Kerman Azad University. The research method was descriptive-correlation. The statistical population consisted of 560 psychology students of Kerman Azad University, and the statistical sample was considered to be 227 people using the Karjesi and Morgan table, who were investigated by simple random sampling. To collect data, the academic procrastination scales of Sowari et al. (2018), metacognitive beliefs MCQ30 Wells and Cartwright (2004), perfectionism Hill et al. (2004) and general self-efficacy GSE-17 Scherer and Maddox (1982) were used. Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression analysis. Pearson correlation results showed that academic procrastination has a negative and significant relationship with self-efficacy and perfectionism, and a positive and significant relationship with negative metacognitive beliefs ($P < 0.01$). The results of multiple regression analysis showed that 38% of the variance of academic procrastination is explained based on the variables included in the model. Self-efficacy negatively and significantly and negative metacognitive beliefs positively and significantly predict academic procrastination, so academic procrastination is explained based on self-efficacy variables and metacognitive beliefs. The results of the present study can help therapists and educators in enriching knowledge in the field of learners and preparing an intervention program and implementing a training workshop for students in the field of improving procrastination, increasing self-efficacy, modifying metacognitive beliefs and adjusting perfectionism in order to reduce negative psychological effects.

Key words: Academic procrastination, Self-Efficacy, Perfectionism, Negative metacognitive beliefs.

1 . Ph.D. student of Educational Psychology, Department of Psychology, Kerman Unit, Kerman, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

malihenekooie@yahoo.com , <https://orcid.org/0009.0001.5004.8024>

2 . Assistant Professor of Psychology, Department of Education and Psychology, (Corresponding author), PhD , Department of Psychology, Kerman Unit, Kerman, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

Kamyabi.mitra@gmail.com , <https://orcid.org/0000.0002.2572.7527>

3 . Assistant Professor of Psychology, Department of Education and Psychology, Kerman Unit, Kerman, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

Hajipour_1359@yahoo.com , <https://orcid.org/0000.0001.6111.6224>

4 . Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Kerman Unit, Kerman, Islamic Azad University, Kerman, Iran.

romina.radan@yahoo.com , <https://orcid.org/0000.0001.5758.9176>



مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی رفتاری بر خشونت زناشویی و نگرش‌های زوجین متقاضی طلاق

مجید صادقی^۱، حسین بقولی^{۲*}، آذر میدخت رضایی^۳، حجت اله جاویدی^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۰۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر جهت مقایسه میزان تاثیر زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش خشونت و نگرش‌های زناشویی زوجین متقاضی طلاق بود. روش پژوهش، حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زوجین متقاضی طلاق شهر یاسوج در سه ماهه نخست سال ۱۴۰۲ و نمونه آماری ۶۰ نفر، ۱ به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره، گروه زوج درمانی شناختی رفتاری، گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه کنترل (هر گروه ۱۰ زوج) قرار گرفتند. قبل و پس از اجرای مداخلات، شرکت کنندگان مواد پرسشنامه همسرآزاری قهاری (۱۳۸۴) و مقیاس زمینه یابی نگرش زناشویی پاسخ دادند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد بین میانگین نمرات آزمودنی‌ها در مولفه‌های خشونت عاطفی و خشونت جسمانی و نگرش‌های زناشویی در گروه‌های آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، بدین صورت که زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش خشونت عاطفی و جسمانی و بهبود نگرش‌های زوجین در مقایسه با گروه کنترل شده بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد بین گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. هر دو مداخله زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش میزان خشونت و بهبود نگرش‌های زناشویی زوجین متقاضی طلاق موثرند و می‌توان هر یک از مداخلات زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی-رفتاری را مورد استفاده قرار داد.

کلیدواژه‌ها: زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوج درمانی شناختی - رفتاری، خشونت، نگرش‌های زناشویی

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۲ نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۳ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۴ گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی زند، شیراز، ایران.

طلاق حق و تصمیم دو زوج است که به عنوان راه حلی برای زندگی زناشویی خشونت آمیز و ناموفق اتخاذ می‌شود. در سطح جهانی، روند طلاق با گذشت زمان افزایش یافته است (شیتا و زلیکی^۱، ۲۰۲۴). طلاق که در حال حاضر به تدریج تبدیل به یک بحران شده است، باعث از هم گسیختگی قلب خانواده شده و بر سلامت جسمی و روانی زوجین تأثیر منفی می‌گذارد (عفیفی^۲ و دیگران، ۲۰۱۵). بر اساس آمار رسمی ایران، از هر صد ازدواج حدود بیست مورد به طلاق ختم می‌شود و ایران از نظر نسبت طلاق به ازدواج در جهان رتبه چهارم را داراست. این امر به دلیل تغییرات مختلف زیستی، فرهنگی و اجتماعی و همچنین تغییراتی است که به دلیل پیچیدگی زندگی مدرن افزایش یافته است. برخلاف گذشته که طلاق را امری ناخوشایند می‌دانستند، امروزه طلاق به ابزاری رایج برای کنار آمدن افراد با شرایط کنونی تبدیل شده است (اولدهام^۳، ۲۰۱۸). بر اساس پژوهش‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌های طلاق، سن ازدواج، محل سکونت، وضعیت تحصیلات، سابقه سقط جنین، وضعیت شغلی، شریک‌آزاری، جهانی‌شدن، رضایت جنسی و مشکلات اقتصادی بودند (شیتا و زلیکی^۱، ۲۰۲۴). متغیرهای مختلفی را می‌توان با میل به ترک زندگی زناشویی مرتبط دانست که کاهش و افزایش آنها منجر به تمایل به طلاق می‌شود. یکی از مهمترین متغیرهای مرتبط با میل به طلاق، خشونت شریک جنسی است. خشونت زناشویی در طول تاریخ به اشکال و انواع مختلفی در جوامع وجود داشته است که این آسیب اجتماعی در برخی تشدید شده است (درویش نیا و همکاران، ۲۰۲۳). خشونت شریک صمیمی، نقض حیثیت و حقوق انسانی است و شامل اشکال مختلف آزار جسمی، جنسی و روانی است. برخلاف دیگر انواع اعمال خشونت آمیز، خشونت توسط یک شریک صمیمی اغلب در داخل رابطه تکرار می‌شود و می‌تواند سال‌ها ادامه داشته باشد و میزان تکرار جرم ۲۱ درصد تا ۴۲ درصد گزارش شده است. علاوه بر این، سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که ۳۸ درصد از قتل‌های زنان در سطح جهان توسط شرکای مرد انجام شده است و شیوع جهانی خشونت فیزیکی و یا جنسی توسط یک شریک صمیمی در طول زندگی ۳۰ درصد است. علاوه بر این، ۲۰ تا ۷۵ درصد از زنان گزارش کرده اند که خشونت عاطفی را تجربه کرده اند (نست، ۲۰۱۹). بر اساس آخرین آمار منتشر شده از سوی رئیس سازمان اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی کشور در خصوص خشونت علیه زنان در ایران در سال ۱۳۹۷، ۴۹ درصد زنان ایرانی مورد آزار جسمی و جنسی و ۲۶ درصد آزار عاطفی - روانی و کلامی قرار گرفته‌اند (سعیدی و همکاران، ۲۰۲۰). مواجهه با «خشونت خانگی» به دلیل بیماری جسمی، عواقب روانی و مرگ به عنوان یک مسئله مهم بهداشت عمومی شناخته شده است (گولاتی و کلی، ۲۰۲۰). خشونت زناشویی می‌تواند شامل خشونت فیزیکی، جنسی، عاطفی یا روانی باشد و یکی از جدی‌ترین مشکلات اجتماعی است که بر رفاه بسیاری از افراد تأثیر می‌گذارد (لی و دیجی اوسوپ^۴، ۲۰۱۸). سازمان

بهداشت جهانی خشونت را عامل اصلی اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و استرس در میان زنان معرفی می‌کند (لودمیر و همکاران، ۲۰۰۸). زنانی که قربانی خشونت می‌شوند طیف وسیعی از علائم آسیب شناسی روانی و مشکلات جسمی درازمدت مانند افسردگی، استرس، آزار جسمی و اعتیاد، احساس حقارت، اعتماد به نفس پایین، ترس و تنهایی، روابط منفی را دارند. از سوی دیگر، برخی از مشکلات زنان ناسازگار ممکن است در روابط آنها آشکار شود، از جمله خصومت، حسادت، سردرگمی و وابستگی عاطفی (برگر و همکاران، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، مطالعات نشان داده است که باورها و رفتارهای نامناسب منجر به پردازش و ارزیابی نادرست مسائل زناشویی می‌شود و اغلب بی‌ثباتی و ناراضی‌ت زناشویی را افزایش می‌دهد (لارسن و هالمن، ۱۹۹۴). فازیو و ویلیامز (۱۹۸۶): به نقل از ویشال جان، ۲۰۱۴) معتقدند که نگرش‌ها خلاصه‌ای از قضاوت در مورد رویدادهای متضاد است که به افراد کمک می‌کند محیط اجتماعی پیچیده خود را بسازند. بنابراین، نگرش‌ها را نمی‌توان به طور مستقیم مشاهده کرد. نگرش‌ها از طریق یادگیری در طول زمان به دست می‌آیند و تحت تأثیر شخصیت و گروه قرار می‌گیرند. شاید زمانی که زن و شوهری برای مدت طولانی در شرایط آزار و اذیت قرار می‌گیرند، تصورات خاصی در مورد نوع و روش ارتباط در آنها شکل می‌گیرد. مطالعات انجام شده با هدف درک و پیشگیری از خشونت همسر نیز نشان داده است که شیوه نگرش و عبارتی سبک اسناد مردان در مورد کتک زدن همسرشان به طور قابل توجهی به افزایش خشونت، خصومت و استرس کمک می‌کند و با در نظر گرفتن این موضوع، برنامه‌های درمانی باید به سبک‌های اسنادی توجه کنند (والاک و سلا، ۲۰۰۸). هوتالنیک و سو ژرمن (۱۹۸۶) عوامل نگرشی دخیل در برخورد با خشونت و ماندن با متجاوز را در سازگاری با خشونت دخیل می‌دانند (مثلاً گاهی اوقات زنان خودشان، خشونت را به رفتار و ویژگی‌های خود نسبت می‌دهند و می‌گویند با تغییر رفتار خود می‌توانند از خشونت جلوگیری کنند). به خصوص زنانی که مورد حمله قرار می‌گیرند، خود را مقصر می‌دانند. از سوی دیگر، مردان با سرزنش قربانی، باعث ایجاد احساس گناه و احساس خود را مقصر دانستن در زنان می‌شوند.

نگرش‌های زناشویی تأثیرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی زناشویی دارند و ممکن است کلیدهایی برای پیش‌بینی رفتارهای شرکای واقعی در روابط زناشویی فراهم کنند (هوانگ و لین، ۲۰۱۴). نگرش‌های زناشویی شامل معانی شخصی و انتظاراتی است که فرد نسبت به ازدواج و روابط زناشویی دارد. به طوری که زوج‌هایی که نگرش مثبتی نسبت به ازدواج خود دارند به احتمال زیاد ممکن است رفتاری محترمانه نسبت به یکدیگر داشته باشند. نگرش‌های مثبت ممکن است تأثیر محرکی بر افزایش رفتار محترمانه نسبت به شریک زندگی داشته باشد (ویلغوبی و هال، ۲۰۱۵). سطح بالاتر رفاه و کیفیت ارتباطات خانوادگی با نگرش مثبت بیشتر نسبت به ازدواج و رابطه زناشویی همراه است (گوکای کلدال، آیشه گوک اولسو و زاهده تونگا، ۲۰۲۳). بصورت کلی، زوج‌هایی که مورد احترام و مراقبت قرار می‌گیرند، احساس خوشبختی می‌کنند و همچنین منجر به افزایش احساس شادی ذهنی، احساس گرما، ارتباط و رضایت می‌شود. نگرش‌های زناشویی، شادکامی ذهنی را به شیوه‌ای مثبت، پیش‌بینی

می‌کند(زورف، لیمن و گیلپرت، ۲۰۱۲). درک نقش نگرش‌های زناشویی می‌تواند توسعه مداخلاتی را برای تقویت ارتباط بین زوجها در مورد نگرش‌های ایمنی تسهیل کند و ممکن است خشونت شریک زندگی را کاهش دهد. همانطور که قبلاً ذکر شد، نگرش‌های زناشویی ممکن است نقش محرکی برای به دست آوردن و افزایش احترام داشته باشند، زیرا همه الزامات نگرش‌های مثبت زناشویی مانند حمایت، قابل اعتماد بودن، قابل اعتماد بودن، مراقبت و رفتار برابر و فروتنانه با یکدیگر مرتبط هستند(گوان^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

امروزه رویکردهای مختلفی برای زوج درمانی و خانواده درمانی با هدف کاهش تعارضات ارتباطی و سردرگمی بین زوجین ایجاد شده است. زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی رفتاری دو نمونه از این مداخلات هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای جدید و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روانی است که در دو دهه گذشته به عنوان بخشی از موج سوم شناخت درمانی ظهور کرده است و در طیف وسیعی از زمینه‌های درمانی و روانشناختی موفق بوده است. این رویکرد درمانی توسط هیز پایه‌گذاری شد و افراد را تشویق می‌کند تا درد یا سایر رویدادهای ناراحت‌کننده را بدون تلاش برای سرکوب آن‌ها بپذیرند یا تجربه کنند، و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد همراه با تمایل به عمل کردن در راستای اهداف شخصی معنادار برای غلبه بر تجارب ناخواسته و رو به جلو حرکت کنند(هیز، ۲۰۰۹).

این روش شامل تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی مانند مراقبه ذهنی است و هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ایجاد توانایی انتخاب و مناسب‌ترین اقدام از میان گزینه‌های مختلف است(هریس، ۲۰۱۹). تأثیر این روش‌های مداخله‌ای افزایش انعطاف‌پذیری فرد در مواجهه با تنش و هیجانات ناخوشایند است. شش گام اصلی درمان شامل پذیرش، گسلس، پیوند با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و کنش متعهدانه است که درمانگر مراجع را تشویق به کاهش مبارزه و جنگیدن با محتوای روانی خویش نموده تا موضعی همراه با پذیرش بیشتر انتخاب کند(هیز و همکاران، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان داده است که اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ناامیدی و بهبود کیفیت ازدواج زنان (نظری، فلاح زاده و نظربلند، ۲۰۱۸)، افزایش امید به زندگی، صمیمیت زناشویی و کاهش تعارض زناشویی (منصوری و همکاران، ۲۰۱۹). عباسی بوردرق و همکاران (۱۴۰۲) اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش را در کاهش تعارض زناشویی زوجین در یک مطالعه مقطعی که شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود، مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد در گروه زوج درمانی، تعارض زناشویی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. علاوه بر این، نتایج پژوهش زارلینگ، لورنزو و مارچمن (۲۰۱۵) نشان داد که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله اکت به طور قابل توجهی پریشانی عاطفی و جسمی کمتری در درمان و مراحل پیگیری نشان دادند.

درمان شناختی- رفتاری زوجین نیز یکی از موثرترین و شناخته شده ترین رویکردهاست که از گسترش رویکرد شناختی و راهبردهای درمانی آن و گنجاندن و تاکید عناصر شناختی در درمان اختلالات خانواده نشات می گیرد. (شادیش، بالدوین، ۲۰۰۵). این رویکرد نشان می دهد که مشکلات زناشویی ناشی از مهارت های ارتباطی ناکارآمد، مشکلات، تعارضات، انتظارات غیرمنطقی، باورها و رفتارهای مبادله ای منفی همسران است. یکی از مهم ترین پیش بینی های این دیدگاه این است که وقتی ارزیابی های شناختی از رویدادها تحریف یا اغراق می شوند، یا زمانی که کیفیت رابطه نادرست یا افراطی است، واکنش های ناکارآمد عاطفی و رفتاری زوجین ناشی از شکست در پردازش اطلاعات است و بسیاری از زوجها نمی توانند شناخت های خود را تأیید کنند و بجای تصحیح شناخت های ناکارآمد خود به اعتبار افکار منفی ناخودآگاه و خودکار، به رویدادهای داخلی و خارجی تکیه می کنند. رویکرد شناختی- رفتاری بیان می کند که تغییرات مثبت در احساسات و رفتار زمانی رخ می دهد که افراد روش پردازش اطلاعات و فرآیندهای شناختی خود را تغییر دهند (کلی و لومیس، ۲۰۰۵). مطالعات گوناگون کارایی زوج درمانی شناختی رفتاری را در برخی از مشکلات بافت زناشویی و خانوادگی، از جمله صمیمیت زناشویی و سازگاری در زوجین درگیر خشونت (محمدی، بیات و غلامی، ۱۴۰۲)، عملکرد خانواده (فارابی، تیموری و رجایی، ۱۴۰۲)، کاهش طلاق عاطفی (احمدی، باقرزاده همایی، اردونی اول، ۱۴۰۲)، کاهش دلزدگی زناشویی و افسردگی زوجین (بهرامی مقدم، افشاری نیا، کاکابرای، ۱۴۰۲) تأیید کردند. در یک مطالعه، بلوکر و همکاران (۲۰۱۵) اثرات زوج درمانی شناختی را بر شادی زناشویی و توانایی حل مسئله زوجین بررسی کردند و دریافتند که این مدل درمانی در افزایش شادی زناشویی و حل مسئله موثر است. نتایج پژوهش دوفیا (۲۰۲۰) نشان داد زوج درمانی شناختی، پریشانی زناشویی مرتبط با تعارض و خشونت را کاهش می دهند. مداخلات شناختی- رفتاری در مورد خشونت های خانگی، سوگیری های شناختی خصمانه، بی نظمی هیجان، و کمبودهای مهارتی در قاطعیت، ارتباط و حل مسئله را هدف قرار می دهند (وکسلر، ۲۰۱۳). موسوی حقیقی، پولادی و موسوی (۲۰۲۳) در مقایسه تأثیر زوج درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین متقاضی طلاق در شهر بوشهر، دریافتند که بین گروه آزمایش و گروه کنترل در نمرات پس آزمون صمیمیت و سازگاری زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. بین زوج درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سازگاری زناشویی تفاوت معناداری وجود داشت در حالی که این دو مداخله تفاوتی در بهبود صمیمیت نشان ندادند. با این حال، زوج درمانی شناختی رفتاری برای بهبود سازگاری زناشویی این گونه زوجها اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می دهد. با توجه به ضرورت پیشگیری از طلاق و کاهش مشکلات زناشویی از یک سو و از سوی دیگر تأثیر رویکردهای متعدد در حل برخی از مسائل زناشویی از جمله خشونت و نگرش های زوجین، پژوهش هایی برای مقایسه اثربخشی این مداخلات ضرورت دارد و لذا، پژوهش حاضر در پی

پاسخ به این سوال است که: آیا بین میزان تاثیر زوج درمانی مبتنی بر پذیر-تعهد و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر خشونت و نگرش‌های زناشویی زوجین متقاضی طلاق تفاوت وجود دارد؟

روش شناسی

روش پژوهش، نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین متقاضی طلاق شهر یاسوج در سه ماهه نخست سال ۱۴۰۲ بودند که به مراکز مشاوره خانواده ارجاع داده شدند. نمونه آماری شامل ۶۰ نفر از زوجین متقاضی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، سپس با گمارش تصادفی به وسیله قرعه‌کشی در سه گروه ۲۰ نفره گروه زوج درمانی شناختی رفتاری (۱۰ زوج)، گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ زوج)، و گروه کنترل که درمانی دریافت نمی‌کند (۱۰ زوج)، قرار گرفتند. شرایط ورود شامل شرط سنی (حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال) و میزان تحصیلات حداقل دیپلم و گذشت حداقل یک سال از ازدواج و عدم وجود بیماری خاص و یا اختلالات پسیکوتیک بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به شرکت در جلسات و انجام تکالیف، دریافت همزمان هرگونه برنامه آموزشی دیگر و سابقه شرکت در جلسات توانمندی و یا دریافت مداخلات زناشویی دیگر بود. ملاحظات اخلاقی از جمله شرکت داوطلبانه و رضایت آگاهانه در پژوهش، محرمانه نگه داشتن اطلاعات و اطمینان خاطر از عدم نشر یا گزارش مستند به مراجع و استفاده از داده‌ها صرفاً در راستای پژوهش رعایت گردید. قبل و پس از اجرای مداخلات درمانی، شرکت‌کنندگان به سوالات مقیاس نگرش‌های زناشویی و پرسشنامه همسرآزاری پاسخ دادند.

پرسشنامه خشونت زناشویی: جهت سنجش میزان خشونت زناشویی از پرسشنامه ۴۴ ماده‌ای همسرآزاری قهری استفاده شد. این مقیاس سه بعد خشونت عاطفی (۲۰ ماده)، خشونت جسمانی (۱۰ ماده) و خشونت جنسی (۱۴ ماده) در روابط زوجین را مورد سنجش قرار می‌دهد. خشونت جسمانی مواردی مانند کتک زدن و هرگونه آزار و اذیت جسمانی، خشونت عاطفی یا هیجانی مواردی مانند تحقیر، عدم تأمین نیازهای اقتصادی و روانی و هرگونه رفتار تخریب‌گرایانه، خشونت جنسی مواردی مانند اجبار به برقراری رابطه جنسی و اعمال هرگونه عمل خارج عرف و غیر معمول در برقراری روابط جنسی توأم با خشونت را در بر می‌گیرد. نمره گذاری سوالات به صورت طیف چهار گزینه‌ای هرگز (۰)، گاهی (۱)، اغلب (۲) و همیشه (۳) می‌باشد و بدین ترتیب حداکثر نمره ۱۳۲ و حداقل آن صفر است. روایی صوری این پرسشنامه به تایید اساتید روانپزشکی و روانشناسی انسیتو روانپزشکی تهران رشیده است. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش الفای کرونباخ ۰/۹۲ و به روش آزمون مجدد برابر ۰/۹۸ گزارش شده است.

زمینه یابی نگرش زناشویی (MAS)^۱: مقیاس زمینه یابی نگرش زناشویی (باکوم و اپستین، ۱۹۹۰) ابزاری ۳۹ گویه‌ای که برای سنجش محتوی اختصاصی اسنادها در مشکلات زناشویی طراحی شده

است و دارای ۸ مولفه (شش گونه سبک اسنادی شامل اسناد علیت به رفتار خود، اسناد علیت به شخصیت خود، اسناد علیت به رفتار همسر، اسناد علیت به شخصیت همسر، اسناد سوء نیت همسر، اسناد نبود عشق به همسر و دو خرده مقیاس توانایی ادراک شده زوج برای تغییر رابطه و انتظار بهبود رابطه، بر مبنای نظریه خودکارآمدی بندورا است. این مقیاس بر مبنای طیف پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافقم (۵) پاسخ داده می‌شود. نمرات هر مولفه از مجموع نمره‌های آیت‌های آن و نمره کلی نگرش زناشویی نیز از مجموع نمرات ۸ مولفه فوق بدست می‌آید. خرده مقیاس‌ها دارای ضرایب آلفای ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ هستند که کمترین ضریب مربوط به مقیاس اسناد علیت به رفتار خود است. شواهد اعتباری برای مقیاس زمینه یابی نگرش زناشویی مثبت است؛ میزان سازگاری زوج به طور منفی با چهار خرده مقیاس اسناد علیت به رفتار و شخصیت همسر، اسناد سوء نیت به همسر و نبود عشق به همسر همبسته است. روی هم رفته ۴۰ تا ۴۴ درصد همبستگی‌های این مقیاس یا پدیده‌های زناشویی و شناختی معنادار است که نشان دهنده روایی مناسب آن است (باکوم و اپشتاین، ۱۹۹۰). ضریب پایایی برای نسخه فارسی نیز ۰/۷۸ گزارش شده است (شیری و محمدخانی، ۱۳۸۴) : به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر شش گونه سبک اسنادی زوجین با استفاده از پرسشنامه فوق مورد سنجش قرار گرفته است. در این پژوهش بسته زوج درمانی شناختی رفتاری به شرح زیر و بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس طرح درمان کتابچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایفوت و فورسایت بسط داده شده و به همراه برای گروه آزمایش در هشت جلسه به مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه به شرح زیر اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه برنامه جلسات زوج درمانی شناختی رفتاری (به نقل از عظیمی فر و همکاران، ۱۳۹۵)

جلسه اول : ارتباط اولیه، تعیین مشکلات و بیان اهداف درمان، بیان ساختار جلسات، معرفی مختصر طرح کلی درمان شناختی رفتاری و بیان تأثیر عوامل شناختی در رفتار و هیجانات بر اساس مدل ABC.

جلسه دوم : آشنایی با تعریف الگوهای ارتباطی و انواع آن و آموزش مهارت‌های ارتباط سالم و سبک‌های تعاملی سازنده و منفی.

جلسه سوم : نحوه ایجاد ارتباط سالم (آموزش اصول ارتباط سالم، آموزش مهارت‌های حرف زدن و گوش دادن فعال و مهارت همدلی برای ایجاد ارتباط سالم).

جلسه چهارم: ارزیابی رابطه با شناسایی نقاط قوت رابطه و اهمیت حفظ و تقویت آنها، توجه به نقاط مثبت زندگی مشترک و نقاط مثبت همسر، شناخت سبک‌های تعاملی منفی، ارائه توصیه‌هایی برای ایجاد یک تعامل سازنده و آموزش مهارت قاطعیت ورزی

جلسه پنجم : شناسایی و اصلاح انتظارات غیر واقع بینانه درباره همسر و رابطه، کاهش توقعات و انتظارات، احترام گذاشتن به تفاوت‌ها و پذیرش همسر

جلسه ششم : اصلاح تحریف‌های شناختی و تکنیک‌های شناختی کنترل خود،

جلسه هفتم : آموزش مبادله رفتاری و مهارت‌های کنترل هیجان، مدیریت خشم و تعارض

جلسه هشتم: آموزش حل مساله، آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، جمع‌بندی بازخوردها، بیان احساسات و بحث اختتامیه

**جدول ۲: خلاصه جلسات مشاوره بر مبنای رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد
(هریس، ۲۰۰۹، به نقل از حیدریان فر و امان الهی، ۱۳۹۵)**

اول: معرفی اعضا، بیان انتظارات، اهداف تشکیل گروه تعداد جلسات، مدت زمان جلسات و طول جلسات، قوانین و هنجارهای شرکت در جلسات. اجرای پیش‌آزمون ۱- آشنایی با وضعیت ارتباطی زوجین از طریق فرایند ذهن آگاهی ۲- بررسی مشکل از دیدگاه هر یک از اعضا و مفهوم‌سازی مشکل (استعاره چاله و بیلچه و تمرین پیامد رفتار شما) و ایجاد درماندگی خلاق،

دوم: معرفی ۵ سم شناختی: ۱- سم اجتناب تجربه‌ای ۲- سم غفلت از ارزش‌ها ۳- سم پرکردن در ذهن ۴- سم واکنشی‌بودن ۵- سم قطع ارتباط با انجام تمرین‌ها در این جلسه. تمرین افکار آهنگین و نام‌گذاری داستان‌ها

سوم: انتخاب از میان ۴ راه: (طلاق بگیرند/ بمانند و بسوزند و بسازند / نمانند و آن چه که می‌توانند را تغییر دهند. / بمانند و آن چه که نمی‌توانند تغییر دهند را بپذیرند). و معرفی لایه‌های مه روان‌شناختی، لایه‌ی بایدها، هیچ‌جایی برای تلاش نیست، ای کاش، فقط اگر ... گذشته دردناک، آینده ترسناک، دلیل‌آوری، قضاوت، فرضیه‌ها، ترس‌های عمیق

چهارم: بیان باورها یا افسانه‌های عشق: ۱- همسر بی‌عیب و نقص ۲- نیمه گمشده ۳- عشق آسان ۴- عشق جاودان / بیان استعاره دونات زله‌ای، تمرین داستان‌های بی‌فایده،

پنجم: آشنایی با نقشه ارزش‌ها، انجام تمرین دهمین سالگرد ازدواج و تمرین من می‌خواهم در ارتباط با همسرم چگونه باشم.

ششم: تمرین تعیین اهداف، شناسایی موانع درونی و موانع بیرونی

هفتم: برخورد با موانع درونی و خوش‌آمدگویی و اجرا استعاره مهمان، پادزهر دیگر موانع درونی یعنی گسلس، تمرین معناسازی احساسات استعاره قطار (تلفن همراه از جهنم/ قلدرها و هیولاها/ افکار بر روی برگ)

هشتم: آشناسازی اعضا با ۴ اسب سوار مبتنی بر جنگ با همسر (۱- انتقاد ۲- اهانت ۳- حالت تدافعی ۴- کارشکنی) و معرفی ۵ روش: (۱- رهایی از ذهن ۲- گشودگی ۳- ارزش‌گذاری ۴- عجزین‌شدن با همسر ۵- صمیمیت)

نتایج

بر اساس نتایج ویژگی‌های جمعیت شناختی، از ۶۰ نفر مورد مطالعه، ۳۰ نفر زن و ۳۰ نفر مرد (۱۰ زن و ۱۰ مرد در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل) بودند. در گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵ نفر تحصیلات دیپلم و ۱۰ نفر تحصیلات لیسانس و ۵ نفر تحصیلات فوق لیسانس یا بالاتر و در گروه زوج درمانی شناختی رفتاری نیز ۷ نفر تحصیلات دیپلم و ۹ نفر تحصیلات لیسانس و ۴ نفر تحصیلات فوق لیسانس یا بالاتر داشتند. و در گروه گواه نیز ۵ نفر تحصیلات دیپلم، ۱۲ نفر لیسانس و ۳ نفر دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه‌های زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به ترتیب ۳۲±۵، ۳۱/۳۴±۴ و ۳۲±۳، بود. علاوه بر این، مدت زمان ازدواج شرکت کنندگان در گروه زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به ترتیب ۴±۴/۵، ۵/۸۵±۳ و ۵/۳±۵ بود. یافته‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد پژوهش به تفکیک گروه در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	نوع آزمون	آزمایش (ACT)		آزمایش (BCT)		کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
اسناد علیت به رفتار خود	پیش آزمون	11.65	1.69	11.4	1.53	11.35	2.08
	پس آزمون	11.15	1.53	12.1	1.65	12.25	1.88
اسناد علیت به شخصیت خود	پیش آزمون	13.2	2.16	13.05	2.25	13.45	3.08
	پس آزمون	10.65	1.66	10.95	1.95	11.55	2.23
اسناد علیت به رفتار همسر	پیش آزمون	11.6	2.23	11.95	2.45	12.2	2.48
	پس آزمون	10.8	1.64	9.35	1.46	13.25	1.5
اسناد علیت به شخصیت خود	پیش آزمون	12.45	0.94	12.65	0.87	11.9	1.11
	پس آزمون	9.7	1.68	8.75	1.33	12.2	1.64
اسناد سوء نیت به همسر	پیش آزمون	26	3.29	26.3	3.04	25.55	3.57
	پس آزمون	21.5	4.52	20	2.82	25.9	4.82
اسناد نبود عشق به همسر	پیش آزمون	23.45	3.63	23.6	4.01	22.85	2.47
	پس آزمون	18.8	3.23	18.55	1.95	22.4	4.0
خشونت زناشویی	پیش آزمون	61.4	12.22	61	12.21	57.95	13.3
	پس آزمون	49.95	14.01	43.05	8.49	59.4	10.98
خشونت عاطفی	پیش آزمون	34.5	4.75	32.05	5.44	32.5	4.47
	پس آزمون	26.5	6.8	23.9	4.67	31.3	4.23
خشونت جسمانی	پیش آزمون	14.45	3.17	14.2	2.89	13.2	2.7
	پس آزمون	10.8	5.04	9.25	2.84	14.25	3.76
خشونت جنسی	پیش آزمون	12.45	7.4	14.75	7.91	12.25	7.81
	پس آزمون	12.65	6.24	9.9	5.12	13.85	7.74

برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری برای همه متغیرها از ۰/۰۵ بزرگتر ($P > 0.05$)، و لذا داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت اطمینان از برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)، از آزمون ام باکس برای فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس، آزمون لوین برای فرض برابری واریانس گروه‌ها و

همچنین فرض همگنی شیب رگرسیون استفاده گردید که نتایج حاکی از برقراری مفروضه‌های مذکور بود.

فرضیه اول: بین میانگین‌های پس آزمون خشونت زناشویی دو گروه مداخله آزمایشی (زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی - رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد).

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) برای بررسی اثربخشی ACT و CBT بر خشونت زناشویی

متغیر	گروه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
خشونت زناشویی	بین گروهی	۲۶۹۴/۹	۲	۱۳۴۷/۴۵	۱۰/۳۸	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۷۳۹۲/۷	۵۷	۱۲۹/۶۹		
	کل	۱۰۰۸۷/۶	۵۹			
خشونت عاطفی	بین گروهی	۵۶۳/۷۳	۲	۲۸۱/۸۶	۹/۸۱	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۱۶۳۷	۵۷	۲۸/۷۱		
	کل	۲۲۰۰/۷۳	۵۹			
خشونت جسمانی	بین گروهی	۲۶۲/۰۳	۲	۱۳۱	۸/۲۳	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۹۰۶/۷	۵۷	۱۵/۹		
	کل	۱۱۶۸/۷۳	۵۹			
خشونت جنسی	بین گروهی	۱۶۴/۰۳	۲	۸۲/۰۱	۱/۹۶	۰/۱۵
	درون گروهی	۲۳۸۰/۹	۵۷	۴۱/۷۷		
	کل	۲۵۴۴/۹۳	۵۹			

با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)، میانگین خشونت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل مقایسه شدند سطح معنی داری کمتر از سطح خطای ۰/۰۵٪ برای تمام متغیرها به جز خشونت جنسی؛ نشان می‌دهد بین میانگین خشونت زناشویی، خشونت عاطفی و خشونت جسمانی گروه‌های مختلف (act، cbt و کنترل) تفاوت معناداری دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی تفاوت بین هر دو گروه به شرح زیر است:

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی: مقایسه اثربخشی دو رویکرد زوج درمانی بر خشونت زناشویی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	سطح معنی داری
خشونت زناشویی	act	cbt	6.9	.181
	act	کنترل	-9.45*	.033
	cbt	act	-6.9	.181
	cbt	کنترل	-16.35*	.001
خشونت عاطفی	act	cbt	2.6	.392
	act	کنترل	-4.8*	.019
	cbt	act	-2.6	.392
	cbt	کنترل	-7.4*	.001
خشونت جسمانی	act	cbt	1.55	.672
	act	کنترل	-3.45*	.025
	cbt	act	-1.55	.672
	cbt	کنترل	-5*	.001

با توجه به جدول فوق می‌توان گفت، بین میانگین گروه کنترل با گروه‌های آزمایش در متغیر خشونت زناشویی و مولفه‌های آن تفاوت معنی داری وجود دارد اما بین گروه زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود ندارد.

فرضیه دوم: بین میانگین‌های پس آزمون نگرش‌های زناشویی دو گروه مداخله آزمایشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)، برای مقایسه میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیر نگرش‌های زناشویی بین گروه‌های مختلف در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) برای بررسی اثربخشی دو رویکرد زوج درمانی بر نگرش‌های زناشویی

متغیر	گروه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
اسناد علیت به رفتار خود	بین گروهی	14.23	2	7.11	2.47	0.093
	درون گروهی	164.1	57	2.87		
	کل	178.33	59			
اسناد علیت به شخصیت خود	بین گروهی	8.4	2	4.2	1.08	0.344
	درون گروهی	220.4	57	3.868		
	کل	228.8	59			
اسناد علیت به رفتار همسر	بین گروهی	155.433	2	77.717	32.217	.000
	درون گروهی	137.500	57	2.412		
	کل	292.933	59			
اسناد علیت به شخصیت خود	بین گروهی	127.033	2	63.517	26.018	.000
	درون گروهی	139.150	57	2.441		
	کل	266.183	59			
اسناد سوء نیت به همسر	بین گروهی	376.133	2	188.067	10.907	.000
	درون گروهی	982.800	57	17.242		
	کل	1358.933	59			
اسناد نبود عشق به همسر	بین گروهی	185.633	2	92.817	9.075	.000
	درون گروهی	582.950	57	10.227		
	کل	768.583	59			

چون سطح معنی داری آزمون برای تمام متغیرهای به جز اسناد علیت به رفتار خود و اسناد علیت به شخصیت خود؛ کمتر از سطح خطای ۵٪ است. می‌توان گفت بین ابعاد نگرش‌های زناشویی گروه‌های مختلف (زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) تفاوت معناداری دارد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی دو رویکرد زوج درمانی بر نگرش‌های زناشویی

متغیر	(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	سطح معنی داری
اسناد علیت به رفتار همسر	act	cbt	1.45	.014
	cbt	کنترل	-2.45	.000
اسناد علیت به شخصیت خود	cbt	act	-1.45	.014
	act	کنترل	-3.9	.000
	cbt	cbt	.95	.179
	act	کنترل	-2.5	.000
اسناد سوء نیت به همسر	cbt	act	-.95	.179
	act	کنترل	-3.4	.000
	cbt	cbt	1.3	.774
	act	کنترل	1.3	.004
اسناد نبود عشق به همسر	cbt	act	1.3	.774
	act	کنترل	1.3	.000
	cbt	cbt	.25	1.000
	act	کنترل	-3.6	.002
	cbt	act	-.2	1.000
	cbt	کنترل	-3.85	.001

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها نشان داد در متغیرهای اسناد علیت به شخصیت خود، اسناد سوء نیت به همسر، اسناد نبود عشق به همسر اختلاف معناداری بین میانگین گروه کنترل با گروه‌های آزمایش وجود دارد. اما بین گروه زوج درمانی شناختی رفتاری و گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اختلاف معناداری وجود ندارد.

بحث

بر اساس نتایج تحلیل آماری فرضیه اول، هر دو مداخله‌ی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خشونت زناشویی موثر است و نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد بین گروه زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد. اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر کاهش خشونت زوجین با پژوهش‌های دوفیا (۲۰۲۰)، (مورفی و دیگران، ۲۰۲۰). جودیت و دیگران (۲۰۱۴)، محمدی، بیات و غلامی (۱۴۰۲)، فارابی، تیموری و رجایی (۱۴۰۲) و (احمدی، باقرزاده همایی، اردونی اول (۱۴۰۲) مطابقت دارد. در تبیین تاثیر زوج درمانی شناختی رفتاری بر خشونت زناشویی، می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری به تشخیص خشم سالم از عصبانیت ناسالم در زوجین کمک می‌کند و بنابراین، هنگامی که آنها احساس خشم ناسالم می‌کنند، راه حل‌هایی ارائه می‌دهد که به آنها کمک می‌کند خشم خود را کنترل کنند (حاجیلو و شفیع آبادی، ۲۰۱۶). درمان شناختی رفتاری همچنین افکار، باورها و معانی را شناسایی می‌کند که وقتی افراد عصبانی می‌شوند و احساس ناخوشایندی می‌کنند، فعال می‌شوند. از نظر شناختی، افراد پرخاشگر در

پردازش اطلاعات اجتماعی مشکل دارند. این افراد معمولاً دلایل توجیهی برای کینه توزی دارند و مهارت حل مسئله تطبیقی ندارند و زمانی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می‌شوند به صورت تکانشی عمل می‌کنند. مداخلات شناختی خودآگاهی را افزایش می‌دهد و به افراد انگیزه می‌دهد تا کنترل بیشتری بر رفتار، گفتار و خشم خود اعمال کنند. زیرا متوجه می‌شوند که نه تنها محرک‌های بیرونی مانند سخنان یا طعنه‌های دیگران موجب خشم و پرخاشگری در آنها می‌شود، بلکه نوع ادراک و دیدگاهی که فرد دارد نیز می‌تواند در بروز واکنش‌های پرخاشگرانه دخیل باشد (صداقت، مرادی و احمدیان، ۲۰۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر تأثیر زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خشونت زناشویی را نشان داد که با تحقیق حسین مردی و خلعتبری (۲۰۱۸)، زارلینگ، لارنسو و مارچمن (۲۰۱۵)، نظری، فلاحی زاده و نظربلند (۲۰۱۸)، همسو است. در این راستا، نتایج پژوهش صمدی روشن و جعفری (۱۳۹۵) که با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری کلامی با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده است. علاوه بر مطالعات ذکر شده، نتایج مطالعه حسین مردی و خلعتبری (۲۰۱۸) نشان داد که زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایشی باعث کاهش خشم شدند، اما در گروه کنترل چنین تغییراتی مشاهده نشد. همچنین همسو با این پژوهش، نتایج مطالعه آن‌ها تفاوت معناداری را بین زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش خشم نشان نداد. در توضیح تأثیر زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خشم می‌توان گفت شرکت کنندگانی که خشم و پرخاشگری بالایی داشتند، در طول جلسات درمانی، احساسات و علائم جسمی و روانی خود را پذیرفتند و پذیرش این احساسات، توجه و حساسیت بیش از حد به گزارش را کاهش می‌دهد. همچنین تجربه اجتناب، یعنی عدم تمایل به تجربه احساسات و افکار ناخوشایند درونی، در درازمدت باعث بروز علائم بیشتر خشم و پرخاشگری می‌شود. گسیختگی شناختی در درمان پذیرش و تعهد به معنای گامی به عقب و تماشای افکاری است که باعث می‌شود افکار تنها افکار تلقی شوند نه واقعیت محض (دوستی، غلامی و ترابیان، ۲۰۱۸). در این درمان، هیچ سبک زندگی یا ارزش خاصی برای زوجین تحمل نمی‌شود. از زوجین خواسته می‌شود که هزینه‌های درگیری خود را در فضایی از همدلی و شفقت نسبت به خود و طرف مقابل بررسی کنند. در مرحله بعد، زوجین به جای استفاده از روش‌های بی‌اثر در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی که از عوامل فعال‌کننده اختلالات خلقی هستند، باید بر اساس نظام ارزشی خود در مورد تغییر تصمیم بگیرند. بنابراین متغیر پذیرش و افزایش توجه و اقدام به ارزش‌ها در بهبود اجتناب تجربی در روش درمانی پذیرش و تعهد به عنوان واسطه تغییر عمل می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عملکرد ارزش‌ها در مراجع، تغییرات درمانی ایجاد می‌کند (نلسون^۱ و دیگران، ۲۰۱۹).

نتایج حاصل از تحلیل فرضیه دوم نیز نشان داد هر دو مداخله بر بهبود نگرش‌های زناشویی موثرند. این یافته با نتایج پژوهش‌های بلاکر و همکاران (۲۰۱۵)، دوفیا (۲۰۲۰)، موسوی حقیقی، پولادی و موسوی (۲۰۲۳) همسو است. برای تبیین یافته‌های مربوط به اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر نگرش‌های زناشویی می‌توان بیان کرد که هدف اصلی این برنامه آموزش آگاهی بیشتر به زوجها از افکار و احساسات خود است. این روش بر تغییر شناخت و بازسازی شناختی (تغییر افکار) تاکید دارد. این تغییر استرس را کاهش می‌دهد که در نهایت می‌تواند یک هماهنگی مفهومی برای زوجها ایجاد کند. علاوه بر این، زوج درمانی شناختی رفتاری با کمک راهبردهای مختلف سعی در کاهش پریشانی عاطفی دارد. شناخت، احساسات و رفتار زوجها را با گزینه‌های مختلف هدف قرار می‌دهد و در نهایت رضایت زناشویی زوجها را افزایش می‌دهد. مایرز (۱۹۹۸)، به نقل از دوفیا، (۲۰۲۰) معتقد است که پریشانی زناشویی تابعی از ذهن است که افراد متاهل را درگیر گرایش‌های آسیب‌شناسی روانی می‌کند که در رفتار همسران آشکار می‌شود. برای مقابله موثر با این آسیب‌شناسی روانی در ازدواج، درمانگر نیاز به جهت دهی مجدد به همسر ناراضی دارد و این مستلزم کار بر روی ذهنیت فرد است. به عبارتی رفتاری که افراد نشان می‌دهند، نشان‌دهنده فرآیندهای فکری آنها است. به همین دلیل است که در طول درمان، مشاور باید به زوجها کمک کند تا ناسازگاری‌های ذهنی خود را تغییر دهند و افکار مثبت را جایگزین آنها کنند که به رفتارهای قابل قبول تبدیل می‌شوند. زوج درمانی شناختی رفتاری آگاهی زوجین را از افکار و باورهای غیرمنطقی و همچنین ابعاد مثبت رفتارهایشان افزایش می‌دهد. جلسات آموزشی و تکالیف زوج درمانی شناختی رفتاری به زوجین کمک می‌کند تا باورهای غلط و اسناد اشتباه خود را اصلاح کنند. نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد که تصحیح باورها، انتظارات غیرواقعی و تصورات نادرست همسران از یکدیگر باعث کاهش ناامیدی آنها، افزایش درک آنها از جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر و در نهایت بهبود روابط زناشویی آنها می‌شود. برخی از خطاهای ذهنی می‌تواند منجر به تفسیر نادرست از واقعیت شود که به صورت رفتارهای نامناسب همسران ظاهر می‌شود. عمق صمیمیت در یک رابطه به توانایی دو طرف در برقراری ارتباط با افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌های خود به طور واضح، دقیق و موثر بستگی دارد (اگر^۱، ۲۰۲۰). زوج درمانی شناختی رفتاری همچنین می‌تواند مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی زوجها را بهبود بخشد که می‌تواند باعث افزایش عزت نفس، کاهش بدبینی و بهبود سطح روابط زوجها شود و در نهایت به آنها کمک کند تا نیازهای روانی یکدیگر را شناسایی کنند. مهارت‌های شناختی که در زوج درمانی شناختی رفتاری به مراجعین آموزش داده می‌شود، انتظارات و باورهای آنان را بررسی و تصحیح می‌کند. بر این اساس، در طول جلسات زوج درمانی شناختی رفتاری، زوجها می‌توانند باورها و اسناد نادرست و نامناسب خود را شناسایی کرده و سپس برای بازیابی صمیمیت خود سعی در اصلاح آنها کنند (توپکایا، ساهین و میهل^۲، ۲۰۲۱).

1. Ager

2. Topkaya, Şahin, Mehel

از سوی دیگر در تبیین اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد افراد را تشویق می‌کند تا فرآیندهای فکری را به عنوان یک کارکرد ضروری و واقعی سازگاری روانی بپذیرند و از این طریق طرحواره‌های شناختی منفی را در افراد کاهش دهند. درمان پذیرش و تعهد افراد را قادر می‌سازد تا موقعیت‌های دشوار را به طور موثرتری مدیریت کنند. علاوه بر این، افراد ارزش‌های خود را در جلسات درمان پذیرش و تعهد طبقه بندی می‌کنند. در انجام این کار، مراجع مقوله‌ای از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که برایشان مهم‌تر یا ارزشمندتر است. در درمان پذیرش و تعهد، ارزش‌ها به جای قضاوت صرف، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد است. این ارزش‌ها می‌تواند شامل روابط بین فردی، مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد (پترسون، ۲۰۰۹). می‌توان اشاره کرد که با درگیر کردن فرد در اموری که برای او مهم است، این ارزش‌ها می‌تواند به روابط کمک کند و از سوی دیگر درمان پذیرش و تعهد تأکید می‌کند که تغییرات زمانی رخ می‌دهد که فرد بتواند رویدادهای خصوصی خود را به یک خطای افزایش یافته مرتبط کند. در نهایت، چرخه معیوب افکار و واکنش‌های منفی را کاهش می‌دهد و منجر به افزایش پذیرش روانی و کاهش رابطه بین افکار و رفتار منفی می‌شود. افزایش خطای روانی و آگاهی از افکار و اعمال خود به فرد کمک می‌کند تا روابط منفی بین واکنش‌های خود را مشاهده کند و تصمیم بگیرد که مانند الگوهای قدیمی اجتنابی و متضاد آنها رفتار نکند. این امر منجر به کاهش سطح استرس می‌شود که به نوبه خود باعث بهبود نگرش‌های زناشویی می‌شود (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۰).

در زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد عقیده بر این است که افکار محصول یک ذهن طبیعی هستند. وقتی انسان درگیر محتوای افکارش باشد، این افکار تبدیل به باور می‌شود. زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از مداخلات دفع شناختی بهره می‌برد تا به مراجع کمک کند خود را تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نکنند و در عوض راه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌کنند بیابند. مداخلات دفع شناختی در درمان پذیرش و تعهد شامل تمرین‌هایی است که معنای تحت اللفظی رویدادهای درونی را می‌شکنند و هدفشان این است که به مراجع آموزش دهند که فقط به عنوان افکار، احساسات را فقط به عنوان احساسات، خاطرات را فقط به عنوان خاطرات و حواس فیزیکی را فقط به عنوان حواس فیزیکی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی تجربه شده ذاتاً برای سلامتی مضر نیستند، اما زمانی مشکل ساز می‌شوند که به عنوان تجربیات مضر، ناسالم و بد تلقی شوند که همان چیزی است که ادعا می‌کنند و در نتیجه باید کنترل و حذف شوند. همچنین تکنیک‌های زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حد زیادی بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید دارند. هنگامی که آمیختگی شناختی کاهش می‌یابد، گسیختگی شناختی رخ می‌دهد، یعنی فرد از محتوای افکار خود جدا شده و اکنون می‌تواند یک فکر را فقط به عنوان یک فکر (پذیرش) ببیند، نه واقعیت. بنابراین، او بر اساس آن عمل نمی‌کند. تمرینات دیفیوژن به مراجع کمک می‌کند تا با خودپنداره بدن خود به شیوه‌ای متفاوت تعامل داشته باشد که خزانه رفتاری آنها را افزایش می‌دهد. در نتیجه، زوجین زمانی که بر اساس ارزش‌های شخصی خود عمل می‌کنند و نه افکارشان، چیز جدیدی را تجربه خواهند کرد و

تمایل به ادامه زندگی مشترک با امید به تغییرات مثبت در آنان بیشتر می‌شود (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تغییر رابطه افراد با تجربیات درونی و اجتناب از آنها تأکید می‌شود. به همین دلیل در جلسات درمانی از تکنیک‌هایی مانند پذیرش روان‌شناختی، آگاهی روان‌شناختی، انزوای شناختی، خودانگاره، شفاف سازی ارزش‌ها و تعهد به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی، آموزش تحمل‌پریشانی و آموزش تنظیم هیجان استفاده می‌شود. این تکنیک‌ها منجر به تغییر در روابط زوجین با تجربیات درونی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری و کنش‌های روان‌شناختی مثبت در موقعیت‌های مختلف به‌ویژه موقعیت‌های پر استرس زندگی می‌شود. به این ترتیب، پذیرش درمانی، اجتناب تجربی زوج‌ها را بهبود می‌بخشد و با افزایش انعطاف روانی، روابط بین فردی را بهبود می‌بخشد (هیز، ۲۰۱۶).

رویکردهای زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شباهت‌هایی دارند. با این وجود، گزینه‌های مختلف در هر درمان این شباهت‌ها را توضیح می‌دهند. هر دو روش بر یک رابطه درمانی خوب و نقش شناخت از طریق مسیرهای مختلف تأکید دارند. با این وجود، درمانگران شناختی - رفتاری بر تغییر محتوای شناخت تأکید دارند، در حالی که درمانگران پذیرش و تعهد بر نقش شناخت برای تغییر زمینه‌ای که افکار در آن رخ می‌دهند تمرکز می‌کنند. دیدگاه شناختی - رفتاری بر بازسازی شناختی تأکید دارد. با این حال، مفهوم خطای شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوج‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد. علاوه بر این، هر دو رویکرد بر کاهش پریشانی عاطفی با استفاده از راهبردهای مختلف تأکید دارند. رویکرد شناختی - رفتاری بر روی رویداد و ادراک رویداد متمرکز است که بدترین پیامد عاطفی را ایجاد می‌کند، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف اجتناب از اجتناب تجربی و تلاش برای مدیریت احساسات ناخوشایند از طریق پذیرش تلاش می‌کند. به عبارت دیگر، رویکرد شناختی - رفتاری از حفظ برخی از احساسات مانند احساسات مثبت پشتیبانی می‌کند و سعی می‌کند با استفاده از موانع منطقی از احساسات منفی جلوگیری کند، ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو احساسات منفی و مثبت را به عنوان رفتار طبیعی در نظر می‌گیرد که نباید از آن اجتناب کرد (آرچ و دیگران، ۲۰۱۲). بنابراین، درمانگران شناختی - رفتاری و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد شناخت، احساسات و رفتار زوجین را به طرق مختلف هدف قرار می‌دهند. علاوه بر این، هر دو مداخله به صورت زوجی هستند و بر ایجاد یک رابطه درمانی خوب، ارزیابی اولیه، تعیین اهداف و تکنیک‌های درمانی، بسته شدن و پیگیری تأکید دارند (هیز، ۲۰۱۶).

جامعه آماری تحقیق گروه خاصی از جامعه، یعنی زوج‌های متقاضی طلاق بوده، بنابراین امکان تعمیم نتایج به کل جامعه محدود است. گردآوری داده‌ها در این پژوهش بر اساس مقیاس‌های خودگزارشی بود، بنابراین ممکن است با آنچه که ما واقعاً در اعمال و رفتار فرد مشاهده می‌کنیم متفاوت باشد. طرح تحقیق نیمه آزمایشی بوده و لذا از مزایای طرح‌های تجربی واقعی برخوردار نیست. با توجه به اینکه نتایج نشان داد زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

خشونت و نگرش‌های زناشویی زوجین متقاضی طلاق موثر است پیشنهاد می‌شود روانشناسان به طور گسترده از فنون و تکنیک‌های زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کنند.

منابع

آفتاب، رؤیا، احمد کربلایی، میگوئی، محمد، تقی لو، صادق (۱۳۹۳)، نقش میانجی گر راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه بین شخصیت مرزی و خشونت زناشویی، وانشناسی کاربردی سال ۸ زمستان ۱۳۹۳ شماره ۴ پیاپی ۳۲.

احمدی اوچ تپه پرویز، باقرزاده همایی نجمه، اردونی اول مهدی. مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش طلاق عاطفی زوجین، پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۸ (۵۶): ۶۴۰-۶۵۷.

بهرامی مقدم، مهدی، افشاری نیا، کریم، کاکابرای، کیوان (۱۴۰۲)، مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دزدگی زناشویی و افسردگی زوجین، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، دوره ۱۸، شماره ۷۱ - شماره پیاپی ۷۱.

حیدریان فر، ن؛ امان الهی، ع؛ خجسته مهر، ر. ایمانی، م. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت و سازگاری زناشویی زوج‌های شهرستان دزفول، مجله دستاورهای روان شناسی بالینی، ۱(۳)، ۶۶-۴۹.

صداقت، سمیره، مرادی، امید، احمدیان، حمزه (۱۳۹۳)، اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش آموزان دختر پرخاشگر، فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، جلد ۲۴، شماره ۴، صفحات ۲۱۵-۲۲۰.

عباسی بوردنرق، سکینه و آزموده، معصومه و قنبری‌هاشم آبادی، بهرام علی و حسینی نسب، سید داوود (۱۴۰۲)، اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق، <https://civilica.com/doc/1804230>

عظیمی فر شیرین، فاتحی زاده مریم السادات، بهرامی فاطمه، احمدی احمد، عابدی احمد (۱۳۹۵). مقایسه‌ی اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی شهر اصفهان : یک پژوهش مورد منفرد. پایان نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

فارابی، مریم، تیموری، سعید، و رجایی، علیرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری ترکیبی و زوج درمانی رفتاری یکپارچه بر عملکرد خانواده زوجین دارای روابط فرا زناشویی. روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۱۰(۱)، ۳۱-۴۴. <https://sid.ir/paper/1076804/fa>. #SID.

فرشی رادور، ف، زهراکار، ک، احمدی، ص (۱۳۹۹)، پیش بینی سرخوردگی زناشویی بر اساس باورهای ارتباطی، نگرش زناشویی و رضایت جنسی، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، تهران، دانشگاه خوارزمی. #

محمدی فریبا، بیات محمد رضا، غلامی کهرودی سیفالله. هم‌سنجی تأثیر برنامه غنی‌سازی روابط مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی و زوج‌درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و سازگاری در زوجین درگیر خشونت خانگی. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۴۰۲؛ ۲۱ (۲): ۲۸۹-۳۰۳. #

Afifi, T.D., Granger, D.A., Joseph, A., Denes, A., Aldeis, D.(2015). *The influence of divorce and parents' communication skills on adolescents' and young adults' stress reactivity and recovery*. Communication Research. 42 (11): 1009-0421. #

Ager RD. *A Qualitative Study of Intimate Partner Violence from a Cognitive-Behavioral Perspective*. J Interpers Violence. 2020;35(23-24):5198-5227. doi: 10.1177/0886260517719902. PMID: 29294835.

Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. *Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2012; 80(5):750-65. [DOI:10.1037/a0028310] [PMID] [PMCID]. #

Berger, R.P., Bogen, D., & Dulani, T., Broussard E. (2002). *Implementation of a Program to Teach Pediatric Residents and Faculty about Domestic Violence*. Archives of Pediatrics Adolescent Medicine, 156(4), 804-810. #

Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). *The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal*. American Journal of Family Therapy, 43(2), 103–118. <https://doi.org/10.1080/01926187.2014.956614>. #

Doh Fia ,Stephen(2020), *Efficacy of Integrative Behavioural Couples Therapy and Cognitive Behavioural Therapy in Reducing Conflict and Violence-Related Marital Distress*, European Scientific Journal July 2020 edition Vol.16, No.20 ISSN: 1857-7881 (Print) e - ISSN 1857-7431 66 . #

Dousti P, Gholami S, Torabian S. *The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on aggression among students with internet addiction*. J Health Care. 2016;18(1):63–72. #

Gökay Keldal, Ayşe Gök Uslu and Zahide Tonga (2023), *Associations of Quality of Family Communication and Well-Being with Marital Attitudes among Turkish Emerging Adults*, Canadian Journal of Family and Youth, 15 (3), 2023, pp. 16-30 ISSN 1718-9748© University of Alberta
<http://ejournals.library.ualberta.ca/index/php/cjfy>. #

Gowen, L. K., Catania, J. A., Dolcini, M. M., & Harper, G. W. (2014). *The meaning of respect in romantic relationships among low-income African American adolescents*. Journal of Adolescent Research, 29(5), 639-662. doi: 10.1177/0743558414528978. #

Hajloo, N., Pourabdol, S., Saravani, Sh., Sobhi Gharamaleki, N., Mousavi, B. (2022). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Components Social Well-*

- being in Couples with Marital Conflict*, Journal of Clinical Psychology Studies, 12(45), 113-137. #
- Harris R. *ACT made simple: An easy -to -read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications; 2019. #
- Hayes SC. *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies - republished article*. Behavior Therapy. 2016; 47(6):869-85. [DOI:10.1016/j.beth.2016.11.006] [PMID]. #
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). *Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy*. Behavior Therapy, 44(2), 180-198. #
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. Washington DC: American Psychological Association; 2009. #
- Hossein Mardi AA, Khalatbari J. *Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran*. Pajouhan Scientific Journal. 2018;16(2):59–66. #
- Hotaling, G. T., and Sugarman, D. B. (1986). *An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge*. Viol. Vict. 101–124. #
- Huang, Y. C., & Lin, S. H. (2014). *Attitudes of Taiwanese college students toward marriage: A comparative study of different family types and gender*. Journal of Comparative Family Studies, 45(3), 425-438. <https://doi.org/10.3138/jcfs.45.3.425>. #
- Jalili L, Najar S, Nezamivand-Chegini S, Yaralizadeh M, (2017), *The Relationship Between Factors Related to Divorce Request and Mental Health Among Divorce Applicant Women Referred to Legal Medicine Organization in Ahvaz, Iran*. Journal of Family & Reproductive Health, 01 Sep 2017, 11(3):128-137. PMID: 30018649 PMCID: PMC6045693. #
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilpert, P. (2012). *Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation*. Cognitive Therapy and Research, 36(6), 815-826. doi 10.1007/s10608-011-9432-5. #
- Lee AH, DiGiuseppe RJ. *Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses*. Curr Opin Psychol. 2018;19:65–74. #
- Mansouri N, Rasouli A. *The Effectiveness of Group Therapy Based On Acceptance and Commitment to Increase the Life Expectancy, Marital Intimacy and Reducing the Marital Conflicts of Women*. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(1):82 -8. #
- Mousavi Haghghi , Seyed Esmaeil., Pooladi, Ali., Mousavi, Seyed Asghar (2022), *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Integrated Behavioral Couples Therapy on Intimacy and Family Functioning in Divorce-seeking Couples* , Journal of Research and Health, 12(3):167-176, DOI:10.32598/JRH.12.3.1972.1. #
- Murphy, C. M., Eckhardt, C. I., Clifford, J. M., LaMotte, A. D., & Meis, L. A. (2020). *Individual versus group cognitive-behavioral therapy for partner-violent men: A preliminary randomized trial*. Journal of Interpersonal Violence, 35(15-16), 2846–2868. <https://doi.org/10.1177/0886260517705666>. #
- Nazri A, Falah Zade H, Nazarboland N. *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on women's marital disaffection and marital quality*. Journal of Applied Psychology. 2018;11(3):433 -53. #

- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Dalsbø, T. K., Pedersen, S. A., Bjørngaard, J. H., & Palmstierna, T. (2019). *Cognitive behavioural group therapy for male perpetrators of intimate partner violence: A systematic review*. BMC Psychiatry, 19(1). #
- Oldham, J. T. (2018). *Divorce, Separation and the Distribution of Property*. New York: Law Journal Press. #
- Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. *Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples*. Cognitive and Behavioral Practice. 2009; 16(4):430-42. #
- Rahimi A, Amiri H, Afsharriniya K, Arefi M. *Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Enhancement of Marital Satisfaction and Sexual Intimacy in Couples Referred to Counseling Centers*. Avicenna J Neuro Psycho Physiology. 2020;7(2):126-132. doi: 10.32592/ajnpp.2020.7.2.107. #
- Roddy, M. K. , Nowlan, K. M. , Doss, B. D. , & Christensen, A. (2016). *Integrative behavioral couple therapy: Theoretical background, empirical research, and dissemination*. Family process, 55(3), 408-422. #
- Samadi Roshan Sh, Jafari D. *The Effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on Student Verbal Aggression*. Third World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the beginning of the third millennium.1395. [Google Scholar]. #
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). *Effects of Behavioral Marital Therapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(1), 6–14. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.6>. #
- Shita, N.G., Zeleke, L.B. *Predictors of divorce and duration of marriage among first marriage women in Dejne administrative town*. Sci Rep 14, 8728 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59360-5>. #
- Topkaya N, Şahin E, Mehel F. *Relationship-specific irrational beliefs and relationship satisfaction in intimate relationships*. Cur Psychol. 2021. doi: 10.1007/ s12144-021-01426-y. #
- Vishal Jain(2014), *3D MODEL OF ATTITUDE* , International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences ISSN: 2278-6236 Vol. 3 | No. 3 | March 2014 www.garph.co.uk/IJARMSS. #
- Wallerstein, J. S., Lewis, J., & Blakeslee, S. (2000). *The unexpected Legacy of Divorce*. New York: Guilford Press. #
- Zarling, A., Lawrence, E., & Marchman, J. (2015). *A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(1), 199–212. <https://doi.org/10.1037/a0037946>.

Comparison of the impact of acceptance and commitment-based couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy on reducing violence and the marital attitudes of couples applying for divorce

Majid Sadeghi¹, Hossein Bagholi², Azarmidakht Rezaei³, Hojjatolah Javidi⁴

Abstract

The present study was conducted to compare the impact of acceptance and commitment-based couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy on reducing violence the marital attitudes of couples applying for divorce. The current semi-experimental research is of an experimental type with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical sample consisted of 60 couples applying for divorce in Yasuj city in the first quarter of 2012, who were selected by purposive sampling and randomly assigned to three groups of 20 people, cognitive behavioral couple therapy group, acceptance and commitment based couple therapy group, The control group (10 couples in each group) were included. Before and after the implementation of the interventions, the subjects responded to the Qahari Spouse Abuse Questionnaire (2014) and the Matrimonial Attitude Context Finding Scale.

The results of covariance analysis showed that there is a significant difference between the average scores of the subjects in the components of emotional violence and physical violence and the marital attitudes in the experimental groups with the control group ($P < 0.05$). Post hoc Bonferroni test also showed that there is no significant difference between commitment-based couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy groups. Both interventions of couple therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral couple therapy are effective in reducing the level of violence and improving the marital attitudes of couples applying for divorce, and each of the interventions can be used separately or combined. Contractual use.

Keywords

Couple therapy based on acceptance and commitment, cognitive-behavioral couple therapy, violence, the marital attitudes, couples applying for divorce

1. PhD student in psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

2. *Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

3. Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

4. Department of Psychology, Zand institute of Higher Education, Shiraz, Iran.



مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته
و رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی در زنان متأهل

رقیه پرهام^۱، فهیمه نامدارپور^۲، محمد مسعود دیاریان^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۱۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته و رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی در زنان متأهل انجام شد. پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه‌آماري شامل تمامی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر کرج در بازه زمانی نیمه اول خرداد تا پایان مرداد ۱۴۰۱ بود؛ که ۵۲ نفر به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌ی تمایز یافتگی خود (اسکورن و دندی، ۲۰۰۴) و مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. گروه آزمایش اول و گروه آزمایش دوم هر یک طی ۱۰ جلسه به ترتیب تحت آموزش و مداخله بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته و درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان دادند هر دو روش بسته آموزشی تدوین شده مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته و درمان هیجان‌مدار بر افزایش تحمل پریشانی زنان متأهل اثربخش است ($P < 0/01$)؛ و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش وجود ندارد ($P > 0/05$). نتایج نشان داد بسته آموزشی-مداخله‌ای مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته و درمان هیجان‌مدار دو روش مؤثر بر افزایش تحمل پریشانی زنان متأهل هستند و مشاوران و درمانگران حوزه زوج و خانواده می‌توانند از دو روش در جلسات آموزشی-مداخله‌ای بهره‌مند گردند.

کلید واژه‌ها: الگوهای ارتباطی، تمایز یافتگی، درمان هیجان‌مدار، تحمل پریشانی، زنان متأهل.

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

۲. گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران. namdarpour@iaukhsh.ac.ir

۳. گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

مقدمه

خانواده، حیاتی‌ترین و پربرکت‌ترین نهاد جهان هستی و پرشکوه‌ترین جلوه حیات و آفرینش است که با هدف غایی و اصلی دستیابی به آرامش و تجربه‌ی خوشبختی و کمال تشکیل می‌شود (ویب و جانسون^۱، ۲۰۱۸). یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط در هم تنیده‌ای که از پیوند زناشویی زن و مرد شکل می‌گیرد و رضایت یکی از آن‌ها در زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از کل خانواده است (آسپارا^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارت دیگر، یک خانواده موفق، سازگار و سالم بر پیوندها، تعاملات و ارتباطات هیجانی و اعتماد میان زن و شوهر و اعضا به یکدیگر بنا شده که آرامش و آسایش اعضای خانواده درگرو آن است. رویارویی و مواجهه با تغییرات و تحولات طبیعی و غیرطبیعی زندگی در گذر زمان، خانواده را مجبور می‌سازد که به طور مداوم در تلاش باشند تا مسیرهایی برای ارتباط و الگوهای ارتباطی پیدا کنند تا تضمین کننده صمیمیت بنیادی خانواده باشد (بات^۳، ۲۰۲۲).

یکی از عوامل مؤثر در چگونگی پاسخ‌گویی زوجین به پیچ و تاب‌ها و تغییر و تحولات زندگی (محمودپور و همکاران، ۱۳۹۹) و از ساز و کار مهم برای مدیریت روابط تحمل‌پریشانی^۴ است (لو^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). سازه‌ای فراهیجانی که به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالات هیجانی منفی معرفی شده است و می‌تواند در نتیجه فرایندهای شناختی و یا فیزیکی ایجاد شود (زائورسکا^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). در زندگی زناشویی تحمل‌پریشانی، به معنی توان‌مندی شخص در تجربه و تحمل حالات هیجانی ناخوشایند و منفی بمنظور رسیدن به هدف نهایی و سازش موفق با زندگی زناشویی، با وجود تمامی چالش‌ها و مشکلات تعریف شده است (شوری^۷ و همکاران، ۲۰۱۷)؛ که می‌توان آن را به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم در توانایی زوجین بمنظور مقاومت در برابر موقعیت‌های استرس‌زا که در زندگی رخ می‌دهد و بر روابط زناشویی زوجین تأثیر بگذارد، در نظر گرفت (مانچ^۸، ۲۰۱۵). تحمل‌پریشانی یکی از توانایی‌ها و مهارت‌هایی است که می‌تواند به زوجین در افزایش سازگاری و حل مشکلات کمک کند (اوکتاوا و آبراهام^۹، ۲۰۱۹). در موارد حساس، اگر زوجین نتوانند هیجان منفی خود را کاهش دهند، تمام توجه آنها به موضوع یا احساس نگران‌کننده جلب می‌شود و عملکرد آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد (دورلی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹).

بسیاری از روان‌شناسان و خانواده درمانگران، ویژگی‌های شخصیتی زوجین و چگونگی تجارب کودکی و کیفیت روابط بین اعضای اصلی خانواده را مهم‌ترین عامل در موفقیت یا شکست هر ازدواجی

1. Weibe, & Johnson
2. Aspara
3. Butt
4. Tolerance Distress
5. Low
6. Zaorska
7. Shorey
8. Munsch
9. Octaviana, & Abraham
10. Doorley

می‌دانند. یکی از این تجارب مفهوم تمایز یافتگی^۱ است (سیمون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). بنابر اعتقاد بوئن^۳ (۱۹۷۸) میزان بروز تمایز یافتگی در هر فرد، نشان دهنده میزان توانایی فرد برای جداسازی فرایند شناختی از فرایند احساسی است که تجربه می‌کند (گوا^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). وی ادعان می‌دارد افرادی که از سطوح بالای تمایز یافتگی برخوردارند در مقایسه با افراد کمتر تمایز یافته یا نامتمایز، واکنش پذیری هیجانی کمتری دارند، در روابط خود با دیگران کمتر دچار هم آمیختگی شده، به ندرت احساس تهدید و آسیب‌پذیری در روابط دارند و بعضاً تمایل به اتخاذ رفتارهای دفاعی مانند فاصله‌گیری، قطع ناگهانی رابطه و ... ندارند (لی و تانگ^۵، ۲۰۲۴). به عبارت کوتاه‌تر، هراندازه میزان تمایز یافتگی فرد بیشتر باشد به احتمال کمتری در هم آمیختگی هیجانی با دیگران را تجربه خواهد کرد. تمایز یافتگی در روابط زوجین موجب می‌شود در مواقعی که عواطف و هیجان‌های شدیدی را تجربه می‌کنند، تحت تأثیر این هیجان‌ها قرار نگیرند و واکنش‌های کنترل شده‌ای داشته باشند (پلگ و بونیل-نیسیم^۶، ۲۰۲۴). این افراد در زمان بروز مشکلات به خوبی می‌توانند هیجانات منفی خود را کنترل کنند (شرمن^۷، ۲۰۲۳) و در زمان بروز مشکلات زناشویی می‌توانند به خوبی مسئله را مدیریت نموده و تعاملات صمیمانه خود را با همسرشان حفظ کنند (رادریگرز-گونزالز^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین می‌توان دریافت یکی از ویژگی‌های مهم در افراد تمایز یافته، الگوهای ارتباطی^۹ آنان است. از نظر مانینگ و کوهن^{۱۰} (۲۰۱۲) ارتباط ستون فقرات هر رابطه موفق است و در مقابل، ارتباط ناکارآمد عامل اصلی نارضایتی در روابط است (وحدانی و همکاران، ۱۳۹۹). تمایز یافتگی به افراد کمک می‌کند تا با به کارگیری الگوهای ارتباطی خانواده بهنجار، فاصله اعضای خانواده را تنظیم نموده و تعادلی مناسب بین فردیت و صمیمیت برقرار سازند (توفیقی محمدی و همکاران، ۱۴۰۱) در نظام زناشویی تمایز یافته، همسران به یکدیگر اجازه می‌دهند که رابطه‌ای صمیمانه‌تر و انعطاف‌پذیرتر داشته باشند و تفاوت‌های فردی یکدیگر را بپذیرند و کمتر واکنش هیجانی نشان دهند. در واقع اشخاصی که به خوبی خود را متمایز ساخته‌اند، در هنگام فشار و اضطراب، تاب‌آوری و سازش بیشتری دارند و احتمال کمتری وجود دارد که به وسیله‌ی اضطراب، فرسوده و ناتوان شوند. در واقع نوعی نظم عاطفی بر بنیاد خانواده حاکم است که دارای ویژگی انتقال بین‌نسلی است و بهزیستی روانشناختی افراد در گرو میزان تفکیک از این نظم و ساختار است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^{۱۱}، ۲۰۱۷؛ ترجمه حسین شاهی برواتی و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش‌ها (شاهمرادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ شریفی و همکاران، ۱۳۹۹؛ مام صالحی و

1. differentiation
2. Simon
3. Bowen
4. Guo
5. Li, & Tang
6. Peleg, & Boniel.Nissim
7. Sherman
8. Rodríguez.González
9. communication patterns
10. Manning, & Cohen
11. Goldenberg, & Goldenberg

همکاران، ۱۳۹۹؛ رضائیان و همکاران، ۱۳۹۶؛ کیم و جانگ^۱، ۲۰۱۵؛ بار و سیمونز^۲، ۲۰۱۲) نقش و تأثیر مثبت تمایز یافتگی را بر الگوهای ارتباطی مورد تأیید قرار داده‌اند.

یکی از محدود رویکردهای مؤثر بر روابط زوجی که در رسیدگی به مسائل زندگی زناشویی نقش برجسته‌ای ایفا می‌کند رویکرد هیجان‌مدار^۳ نام دارد (رائگبر^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). این رویکرد، هیجان را به‌عنوان پایه و اساس تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند (کورن^۵ و همکاران، ۲۰۲۱) و بر نقش کلیدی و اهمیت حیاتی هیجان و محاورات برخاسته از هیجان‌ها در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی تأکید می‌کند (سرایبی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان هیجان‌مدار ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است و ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در زوجین دارد. مراحل درمان با هم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به افراد به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به‌عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (تیمولاک و کیوگ^۶، ۲۰۲۰). این رویکرد درمانی با کار روی هیجان‌های افراد به آن‌ها جهت تشخیص و تنظیم هیجان‌اتشان کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که چگونه به جای سرکوب هیجان‌اتشان آن‌ها را به‌طور مؤثر ابراز کنند (دیلی^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات حاکی از آنند این رویکرد درمانی به‌دلیل ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری در مقایسه با دیگر رویکردها داشته و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (ویب^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌ها (آخوندی و همکاران، ۱۴۰۱؛ آزلان^۹ و همکاران، ۲۰۲۲؛ تاپیا فوزیلیر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲؛ هانتز گاملیل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸) اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار را بررسی و تأیید نموده‌اند.

براساس مطالب مطروحه و با توجه به اهمیت نقش زنان در تقویت بنیان خانواده و پرورش یک محیط عاطفی مثبت (انصافداران و همکاران، ۲۰۲۲) و اهمیت الگوهای ارتباطی زنان و تحمل پریشانی نسبت به فضای عاطفی و هماهنگی خانواده (دورنس‌هال^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲) پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایزیافته و رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی در زنان متأهل انجام شد.

1. Kim, & Jung
2. Barr, & Simons
3. emotional.oriented approach
4. Rathgeber
5. Koren
6. Timulak & Keogh
7. Dailey
8. Wiebe
9. Azlan
10. Tapia-Fuselier
11. Hanetz Gamliel
12. Dorrance Hall

روش شناسی

با توجه به هدف و ماهیت، این پژوهش از نظر روش، متکی بر دو روش کیفی جهت تدوین بسته آموزشی مداخله‌ای مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته از نوع تحلیل مضمون و کمی در مرحله دوم جهت مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مداخله‌ای با رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی بود. جامعه هدف کلیه زنان متأهل تمایز یافته شهر کرج در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند. به منظور انتخاب نمونه مرحله اول پژوهش جهت شناسایی الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته ابتدا پرسشنامه تمایز یافتگی خود بر روی ۷۵ نفر از زنان متأهل که از ملاک‌های ورود به پژوهش (دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تمایل به شرکت منظم در جلسات مصاحبه) برخوردار بودند به صورت هدفمند اجرا شد و از میان ۴۵ نفر که دارای نمره بالاتر از میانگین (۱۲۰ و بالاتر) بودند، مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام و با ۲۰ نفر به اشباع رسید. ابزار پژوهش در این بخش شامل پرسشنامه تمایز یافتگی خود و مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. مدت انجام هر مصاحبه ۵۰-۳۵ دقیقه به طول انجامید. سؤالات مصاحبه براساس ادبیات نظری و تحت نظارت اساتید متخصص تیم پژوهشی تدوین شد. مصاحبه با به‌کارگیری سؤالات دموگرافیک آغاز و سپس به سمت سؤالات اساسی پژوهش رهنمون شد. پس از پایان جلسات مصاحبه داده‌های گردآوری شده ابتدا به روش ولکات (۲۰۰۸) که شامل سه مرحله است تحلیل شد. ابتدا توصیف برای تحلیل داده، مصاحبه‌ها در نظم و ترتیب زمانی قرار گرفتند. نگارش اولیه صورت گرفت. در مرحله تحلیل، داده‌ها مقوله‌بندی شدند. مقوله‌های فرعی و مقوله‌های اصلی تفکیک شدند. در مرحله تفسیر مقوله‌های مرکزی ایجاد شدند. مصاحبه‌ها بارها بازخوانی، کدگذاری‌ها و ویرایش شدند. جهت تعیین دقت و صحت اطلاعات به دست آمده از سه روش قابلیت اعتبار^۱، قابلیت اعتماد^۲ و قابلیت تصدیق^۳ استفاده شد. سپس برای سهولت در کار و افزایش دقت یکبار هم از طریق نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۱۸ مصاحبه‌ها تحلیل شدند. روایی محتوایی مضامین و مقوله‌های مستخرج با استفاده از فرمول لاوشه (۱۹۷۵) بررسی و به تأیید ۱۲ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی و مشاوره رسید. سپس به منظور تهیه بسته آموزشی مداخله‌ای الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته ابتدا اهداف آموزشی تعیین و سپس محتوای جلسات براساس اهداف تعیین شده طراحی شد. فنون آموزشی مورد نیاز از طریق جستجوی کلیدواژه محور فنون آموزشی مرتبط با هر یک از مقولات پدیداری از متون علمی استخراج و بسته آموزشی اولیه طراحی و تدوین شد. در مرحله بعد به منظور رفع نواقص و کاستی‌ها بسته آموزشی در یک کارآزمایی اولیه، بر روی ۱۵ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز سلامت و بهداشت شهر کرج به صورت در دسترس اجرا و مشکلات و نقص‌ها مورد شناسایی قرار گرفته و اصلاح شد. برای اعتباریابی بسته تدوین شده با روش بررسی اعتبار محتوا، بسته آموزشی به همراه فرم ارزیابی

1. credibility
2. consistency
3. confirmability

محتوا و فرآیند آموزشی در اختیار متخصصین حوزه روانشناسی قرار گرفت و با بررسی ساختار، محتوا، زمان و کیفیت مطالعه ضریب روایی محتوا $CVR=0/87$ به دست آمد.

سپس به منظور مقایسه اثربخشی بسته آموزشی تدوین شده مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته و درمان هیجان مدار، از طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری یک‌ماهه، استفاده شد. بدین منظور از میان تمامی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز سلامت و بهداشت شهر کرج در بازه زمانی نیمه اول خرداد تا پایان مرداد سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن ۵ درصد خطای نوع اول، ۲۰ درصد خطای نوع دوم و انحراف معیار ۱۴/۵، برای هر گروه ۲۰ نفر مد نظر قرار گرفت؛ که با اعلام فراخوان به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند؛ اما در نهایت با احتساب ریزش شرکت‌کنندگان، ۵۲ نفر (۱۷ نفر گروه آزمایش اول، ۱۸ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۷ نفر گروه گواه) نمونه پژوهش را تشکیل دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش: دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، طول مدت ازدواج ۵ تا ۱۰ سال، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، رضایت آگاهانه، انگیزه کافی برای بهبود شرایط موجود و شرکت منظم در جلسات، عدم درمان روان‌شناختی یا شرکت همزمان در جلسات آموزشی دیگر، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی که با انجام مصاحبه بالینی بررسی شد، کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تمایز یافتگی خود (نمره میانگین = ۱۲۰) و پایین‌تر از نمره برش ۳۵ در مقیاس تحمل پریشانی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه غیبت دوجلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی از مجموعه جلسات آموزشی، عدم تمایل به همکاری با درمانگر و انجام تکالیف در نظر گرفته شد. جهت اجرای پژوهش در ابتدا به مدت دو هفته فراخوانی مبنی بر برگزاری جلسات آموزشی-پژوهشی در مراکز مشاوره و بهداشت شهر کرج اعلام و ۶۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند وارد مطالعه شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان هر گروه ۱۰ جلسه ۶۰-۷۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی تحت تأثیر متغیرهای مستقل قرار گرفتند. پس از پایان جلسات و همچنین یک ماه بعد مجدداً مقیاس تحمل پریشانی با هدف پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه اجرا شد.

اصول اخلاقی پژوهش شامل: دریافت کد اخلاق پژوهشی به شماره شناسه IR.IAU.KHSH.REC.1401.086 از واحد پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه، اختیاری بودن و حق خروج از پژوهش، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد بود. در نهایت تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تمایز یافتگی خود (DSI)^۱: پرسشنامه تمایز یافتگی خود یک ابزار خود گزارشی ۴۶ سوالی است که توسط اسکورن و دندی^۲ (۲۰۰۴) طراحی و تدوین شده است و برآوردی از میزان توانایی فرد در تفکیک فرآیندهای عقلانی و احساسی از یکدیگر و نیز آزمون ارتباطهای مهم افراد و ارتباطهای فعلی که با خانواده مبدأشان دارند را بدست می‌دهد. این پرسشنامه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از (ابدأ صحیح نیست=۱ تا کاملاً صحیح است=۶) درجه بندی شده است. مولفه‌های پرسشنامه شامل چهار مولفه واکنش هیجانی (۱۱ سوال)، موقعیت من (۱۱ سوال)، بریدگی عاطفی (۱۲ سوال) و آمیختگی (۱۲ سوال) می‌باشد. سوالات این پرسشنامه به جز سوالات ۴، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۳۰، ۳۶، ۴۰ و ۴۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۷۶-۴۶ در نوسان است و نمره بالاتر به معنی سطوح تمایز یافتگی بیشتر است. آلفای کرونباخ بای تمایز یافتگی کلی ۰/۸۸ و برای مؤلفه‌ها ۰/۶۳، ۰/۷۵، ۰/۶۰ و ۰/۷۰ است (اسکورن و اسمیت^۳، ۲۰۰۳). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش پلج-پوپکو (۲۰۰۴) ۰/۸۶ گزارش شده است (ثنائی و همکاران، ۱۳۹۶). در ایران مؤمنی و همکاران (۱۳۹۵) پایایی کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی^۴ (DTS): یک شاخص خود سنجی که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده است. دارای ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس، تحمل^۵، جذب^۶، ارزیابی^۷ و تنظیم^۸ است. پاسخگویی به گویه‌ها به صورت پنج گزینه‌ای طیف لیکرت (کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵) درجه بندی شده است. در این مقیاس نمره بالا نشانگر تحمل پریشانی بالاست. ضرایب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است. عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. در این پژوهش نیز پایایی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۲ به دست آمد.

بسته آموزشی-مداخله مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته: این بسته آموزشی در پژوهش حاضر پس از مصاحبه با زنان متأهل تمایز یافته و کشف الگوهای ارتباطی‌شان، توسط نویسنده اول تدوین شد و پس از بررسی و تأیید روایی محتوایی آن توسط ۱۲ نفر از متخصصان حوزه زوج و خانواده، طی ۱۰ جلسه ۶۰-۷۰ دقیقه‌ای برای زنان متأهل شرکت کننده در گروه آزمایش اول اجرا شد.

1. Differentiation of self.Inventory (DSI)
2. Skowron, & Dendy
3. Schmitt
4. Distress Tolerance Scale (DTS)
5. tolerance
6. absorption
7. appraisal
8. regulation

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی-مداخله‌ای مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته

جلسات	اهداف و عناوین جلسات
اول	معرفه و بیان اهداف و مقررات گروه - آشنایی، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و اعضا، بررسی قوانین و چهارچوب قواعد گروه، اخذ تعهد برای شرکت مستمر و منظم در جلسات.
دوم	ایجاد صمیمیت - صمیمیت عاطفی: آموزش در میان گذاشتن احساسات فردی اعم از مثبت (مانند رضایت خاطر، خوشحالی و...) و منفی (مانند ترس، خشم، گناه، تنهایی، خستگی و...) - کم کردن بازداریه‌ها و محدودیت‌های برای ابراز احساسات در رابطه- فراهم شدن فضایی برای در میان گذاشتن و بیان امیدها، رؤیاهای، خیالی‌بافی‌ها، اشتیاق‌ها و برنامه‌های آینده و همچنین در میان گذاشتن ترس‌ها، دل‌نگرانی‌ها، شک و تردیدها، ناامنی‌ها، مشکلات و تعارض‌های درونی. صمیمیت عقلانی: در میان گذاشتن عقاید، افکار، باورهای خود-احترام به دیدگاه طرف مقابل، به‌خصوص احترام به نظرات متفاوت وی.
سوم	ایجاد صمیمیت: صمیمیت روان‌شناختی: ایجاد پایگاه ایمن از اعتماد در رابطه، ایجاد فضای امن برای خود افشایی بدون ترس از قضاوت شدن، تمسخر و سرزنش، صمیمیت اجتماعی-تفریحی: آموزش انجام فعالیت‌ها و تجربه‌های لذت بخش مشترک با یکدیگر.
چهارم	خودآگاهی- آموزش خودآگاهی بدنی شامل آگاهی از ویژگی‌های مختلف جسمی خود و نقش آنها در رفتارها و اعمال فرد شناخت عمیق انسان از ویژگی‌های مختلف جسمانی و ظاهری خود. آموزش خودآگاهی شناختی: آموزش آگاهی از باورها و ارزش‌های خود، افکار و اهداف. آموزش خودآگاهی هیجانی: شناخت نقاط قوت و ضعف روانی، آگاهی از هیجانات خود.
پنجم	مهارت شناختی-آموزش حل مسأله شامل تشخیص مسأله، موانعی که در برابر حل مسأله وجود دارد، پیدا کردن راه‌حل‌ها، انتخاب بهترین راه‌حل و اجرای راه‌حل درست. آموزش تفکر انتقادی شامل مهارت تحلیل، تفسیر، ارزشیابی، استنباط و درک و توضیح.
ششم	مهارت فراشناختی- نداشتن بیراهه روی در گفتگو، توجه به مکان و زمان در گفتگو، داشتن درنگ، حفظ فردیت در روابط عاطفی ارتباط صریح و روشن تمرکز بر مسائل جاری در گفتگو مشورت گرفتن
هفتم	پختگی هیجانی- آموزش حفظ احترام متقابل در گفتگو، قدرانی، صداقت، نداشتن قضاوت و نصیحت، مقایسه نکردن همسر، صبوری کردن در مشکلات، داشتن بخشش و همدلی، انتقاد پذیری بودن، حفظ فردیت در روابط عاطفی، حمایت‌گری.
هشتم	خودتنظیمی هیجانی- کنترل خشم: مدیریت خشم، پیشگیری از بروز خشم (با تأکید بر نقش عملکردهای شناختی در پیشگیری از خشم)، راهبردهای آرام‌سازی، راهبردهای شناختی در مدیریت خشم، راهبردهای ارتباطی، حل مسأله و حل تعارض، مشکلات و چالش‌های مدیریت خشم. ابرازگری صحیح هیجانات: شناسایی و درک هیجانات، آموزش سبک‌های ابراز هیجان، آموزش ابراز هیجانات از طریق نوشتن آزادانه، بررسی هیجانات ابراز شده و ارزیابی تأثیر آن بر حالات روانی و رابطه زناشویی.
نهم و دهم	مهارت‌های ارتباطی بین فردی- آموزش مهارت‌های غیر کلامی. آشنایی با مدل‌های ارتباطی، خصوصیات فیزیکی و عوامل محیطی در ارتباط غیر کلامی، انواع و نحوه گوش دادن و تسلط بر مهارت‌های گوش دادن حین رابطه، ارسال پیام‌هایی که با من شروع می‌شود به‌جای سرزنش، آموزش ارتباط صریح و روشن، شوخ‌طبعی.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات مداخله‌ای درمان هیجان‌مدار

جلسات	اهداف و عناوین جلسات
اول	معارفه و برقراری ارتباط، ارزیابی اولیه ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های زنان، مفهوم‌سازی مشکل و ارائه منطق درمان، آشنایی با قوانین کلی درمان.
دوم	کشف تعاملات مشکل‌دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی.
سوم	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساس تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه تعامل.
چهارم	ابراز هیجان‌ات، پذیرش هیجان‌ات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش‌های تعامل.
پنجم	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.
ششم	درگیری صمیمانه زنان با همسرانشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ساختن داستانی شاد از رابطه.
هفتم	تأکید بر اهمیت بیان خواسته‌ها و نیازها، استفاده از تکنیک ردیابی و انعکاس، مواجهه اعضا با سبک‌های دلبستگی‌شان.
هشتم	کمک به اعضای گروه جهت تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای اعضای گروه.
نهم	جهت‌دهی و طراحی تعاملات بین زوجین، جایگزینی چرخه تعاملات مثبت به‌جای چرخه منفی، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.
دهم	خلاصه و مرور مطالب جلسات توسط اعضا برقراری گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، بازگردان تغییرات به اعضا.

رویکرد هیجان‌مدار: این برنامه مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار جانسون (۲۰۱۹) توسط نویسنده اول تدوین و پس از بررسی و تأیید روایی آن از سوی پنج تن از متخصصین مشاوره و روانشناسی، به‌صورت گروهی برای زنان شرکت‌کننده گروه آزمایش دوم طی ۱۰ جلسه ۷۰-۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی اجرا شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۵۲ نفر از زنان متأهل در سه گروه آزمایش ۱ (۱۷ نفر)، آزمایش ۲ (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۷ نفر) قرار گرفتند. میانگین \pm انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول ۳۳/۶۷ \pm ۳/۹۲، در گروه آزمایش دوم ۳۴/۴۸ \pm ۳/۸۵ و در گروه گواه ۳۳/۲۰ \pm ۶/۱۵ بود. برحسب سطح تحصیلات در گروه آزمایش اول (الگوهای ارتباطی مبتنی بر تمایز یافتگی) ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی، ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) تحصیلات کاردانی و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) دکتری بودند. در گروه آزمایش دوم (درمان هیجان‌مدار) ۶۶/۷ درصد (۱۰ نفر) تحصیلات کارشناسی، ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) کاردانی، ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) کارشناسی، ۶/۷ درصد (۱ نفر) دکتری بود؛ در گروه گواه نیز ۴۰ درصد (۶ نفر) تحصیلات کارشناسی، ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) کاردانی، ۲۰ درصد (۳ نفر) کارشناسی ارشد و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) دکتری بودند.

میانگین، انحراف معیار، تحمل پریشانی در گروه آزمایشی اول (الگوهای ارتباطی را دریافت کرده بودند)، گروه آزمایشی دوم (رویکرد هیجان مدار را دریافت کرده بودند)، و گروه گواه (گروهی که هیچ درمانی دریافت نکرده بودند) طی مراحل زمانی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر تحمل پریشانی

متغیر	گروه مراحل	آزمایش ۱ (الگوهای ارتباطی)		آزمایش ۲ (درمان هیجان مدار)		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۳۴/۰۶	۱۰/۹۴	۳۰/۷۲	۷/۰۳	۳۰/۹۴
	پس آزمون	۵۳/۰۶	۸/۵۴	۴۷/۰۰	۸/۷۲	۳۱/۴۷
	پیگیری	۴۸/۸۲	۹/۱۱	۴۳/۹۴	۷/۳۶	۳۳/۳۵

n=۵۲

به‌طور کلی یافته‌های جدول فوق نشانگر آن است که در هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تحمل پریشانی زنان متأهل در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر داشته است. در ادامه بمنظور بررسی اثر آموزش‌ها و مداخلات و همچنین مقایسه گروه‌های بعد از اعمال متغیرهای مستقل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، نرمال بودن توزیع با آزمون کالموگروف-اسمیرنف، یکسانی واریانس‌ها با آزمون لوین و مفروضه کرویت با آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون مربوط به نرمال بودن به تفکیک مراحل و گروه‌ها نشان داد که در هیچ یک از متغیرها، آماره کالموگروف-اسمیرنف معنادار نیست ($P > 0.05$) و فرض نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. نتیجه آزمون لوین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها دو گروه نشان داد واریانس‌ها برای نمرات تحمل پریشانی یکسان بود ($P > 0.05$) و مفروضه واریانس‌های مشابه در گروه‌های مداخله و گروه گواه برقرار است. نتایج آزمون موخلی نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر تحمل پریشانی برقرار نبود. ($\chi^2 = 0.49$, $P = 0.80$, $W = 0.90$ موخلی)، براین اساس از اصلاح درجه آزادی (شاخصی به نام اپسیلون گرین‌هاوس گایسر) استفاده شد و نتایج با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه شد. در ادامه نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی	عامل درون گروهی	مراحل زمان تعامل مراحل * گروه	۴۳۰۲/۲۵۸	۲	۲۱۵۱/۱۲۹	۱۳۶/۰۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۵
		خطا	۱۷۶۹/۵۳۳	۴	۴۴۲/۳۸۳	۲۷/۹۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۳
بین گروهی	عامل بین گروهی	خطا	۱۵۴۹/۹۶۷	۹۸	۱۵/۸۱۶	۲۳۵۳/۰۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۰
		خطا	۴۷۰۶/۰۱۹	۲	۱۵۶/۵۳۱	۱۵/۰۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۰

با توجه به یافته‌های جدول ۴، در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی تحمل پریشانی در سه گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل محاسبه شد. نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مراحل / گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱۱/۹۳۶	۰/۸۴۷	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۱۰/۱۳۳	۰/۸۳۱	۰/۰۰۰۱
گروه‌ها	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۸۰۳	۰/۶۴۶	۰/۰۵۶
	الگوهای ارتباطی - رویکرد هیجان مدار	۴/۷۵۸	۲/۴۴۳	۰/۱۷۲
	الگوهای ارتباطی - کنترل	۱۳/۳۹۲	۲/۴۷۸	۰/۰۰۰۱
	رویکرد هیجان مدار - کنترل	۸/۶۳۴	۲/۴۴۳	۰/۰۰۳

با توجه به یافته‌های جدول فوق، بین نمرات تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است.

مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان‌می‌دهد که نمرات تحمل پریشانی در مرحله پیش‌آزمون ($M=31/9$) پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون ($M=43/8$) و پیگیری ($M=42$) است. همچنین بین اثر گروه‌های آزمایشی اول و دوم و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات تحمل پریشانی در گروه آزمایشی اول آموزش مبتنی بر الگوهای ارتباطی ($M=45/3$)، ($\text{Eta}=0/551$)، و گروه آزمایشی دوم رویکرد هیجان‌مدار ($M=40/5$)، ($\text{Eta}=0/395$)، بیشتر از گروه گواه ($M=31/9$) است. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه آزمایش و کنترل در سطح $0/01$ معنادار است ($F=15/32, P < 0/01, \text{Eta}=0/380$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته و رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی در زنان متأهل انجام شد. نتایج نشان داد هر دو روش بسته محقق ساخته آموزشی-مداخله‌ای مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته و درمان هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل بر تحمل پریشانی مؤثر است و موجب افزایش تحمل پریشانی زنان شده‌اند و اثربخشی دو روش تا مرحله پیگیری یک ماهه دارای پایداری اثر است. اما در بررسی مقایسه دو روش، نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی دو روش بر تحمل پریشانی وجود ندارد. یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار با نتایج مطالعات ویتنبورن و همکاران (۲۰۱۹)، فقیه و کاظمی (۱۳۹۷) و لاش و همکاران (۲۰۱۹) همسو است.

در تبیین یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته بر افزایش تحمل پریشانی می‌توان گفت: نظریه تحمل پریشانی بر این فرض استوار است که عناصر عاطفی و هیجانی-شادمانی تا حد زیادی از قضاوت‌های شناختی از رضایت مندی از زندگی ناشی می‌شود و یا از این ارزیابی حاصل می‌شود که چه وقت فرد احساس شادمانی و امنیت می‌کند و معیارهای او در مورد کار و فعالیت رضایت بخش برآورده شده است. در نظریه تحمل پریشانی، تحمل پریشانی معادل با رضایت مندی از زندگی است. بنابراین می‌توان گفت در بسته تدوین شده مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته با آموزش ایجاد صمیمیت در جلسات ابتدایی از دیدگاه غنی‌سازی ارتباط نگریست. براساس این دیدگاه روابط زوجی سالم و نزدیک بودن به یکدیگر، موجب بهبود وضعیت روحی و روانی می‌شود و کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. همچنین فقدان صمیمیت یا طرد شدن، منجر به آشفتگی و گسترش مشکلات ارتباطی و روانی می‌شود. بر طبق نظریه باگاروزی (۲۰۰۶)، صمیمیت زناشویی بیانگر نزدیکی، تشابه و یک رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است، لذا به طور مثبتی با سازگاری و بهبود کیفیت رابطه زناشویی همراه است. تحمل پریشانی هم دارای مؤلفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی است. افراد با تحمل پریشانی بالا به طور

عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با تحمل پریشانی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. تحمل پریشانی افراد متأهل ممکن است تحت تأثیر زندگی زناشویی و رضایت یا عدم رضایت از روابط زناشویی قرار گیرد. همچنین آموزش خودآگاهی و مهارت‌های ارتباطی موجب شناخت احساسات، آگاهی از شیوه‌های کنترل هیجان‌ها، تسلط بر شیوه‌های تقویت روابط بین فردی و برقرار کردن ارتباطات مؤثر با دیگران، مهارت تصمیم‌گیری شخصی، انعطاف‌پذیری در مقابل چالش‌ها و مشکلات، آگاهی از شیوه‌های توسعه مهارت‌های همدلی و ابراز وجود و مقابله با فشارهای روانی، کاربست شیوه‌های حل مسئله، سبب می‌گردد، زنان شرکت‌کننده در مواجهه با موقعیت‌های دشوار، چالش‌انگیز، تکالیف سخت و مشکل‌نهراسند و با خودباوری، اعتماد به توانمندی‌های خود، کوشش و پافشاری بیشتر که نشانه‌هایی از تمایز یافته‌گی است به سطوح بالاتری از تحمل پریشانی دست یابند. پختگی هیجانی و خودتنظیمی هیجانی نشان‌دهنده چگونگی تنظیم کردن هیجانات، صمیمیت، همدلی، ثبات روانی و استقلال است. جلساتی که برای این دو مؤلفه روان‌شناختی (پختگی هیجانی و خودتنظیمی هیجانی) مد نظر قرار گرفت موجب شد زنان شرکت‌کننده بیاموزند که چگونه هیجاناتش را به‌درستی و با راهبردهای معین تنظیم نموده، به استقلال عاطفی دست یابند، در خلق و هیجانات خود ثبات روانی داشته‌باشد و در صمیمیت و همدلی به‌درستی عمل کنند. برخی از نشانه‌های پختگی هیجانی مثل تنظیم هیجانات، ثبات روانی و استقلال در زندگی فردی، صمیمیت و همدلی که از ویژگی‌های زنان تمایز یافته به‌شمار می‌روند، در زندگی بین فردی تأثیر خود را نشان می‌دهند. افرادی که در ابعاد فردی و بین فردی درست عمل می‌کنند از زندگی خود در این حیطه‌ها راضی هستند؛ و می‌توانند در برابر به تأخیر انداختن نیازهای خود مقاومت کنند. آموزش مهارت‌های شناختی و فراشناختی موجب شد زنان شرکت‌کننده با انواع فرضیه‌ها و آزمون‌ها کار کنند، آنان از پاسخ‌ها و نتایجی که به‌دست آورده‌اند، برای حل مسائل یا ارائه فکری جدید و اندیشه‌ای نو کمک می‌گیرند، این شیوه به آنان برای بر هم زدن منظومه فکری موجود خویش و ترسیم چشم اندازه‌های جدید برای حل مسائل و موضوعات موجود که در زمینه‌های مختلف با آن مواجه‌اند، کمک می‌کند. در این مورد زنان شرکت‌کننده آنچه را یاد گرفته‌اند در موقعیت‌های جدید به کار بسته و به یک نوآفرینی دست می‌زنند و از طریق افزایش خودکارآمدی و اعتماد به نفس، میزان تحمل پریشانی خود را تقویت می‌کنند.

در تبیین یافته به‌دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش تحمل پریشانی زنان متأهل می‌توان گفت: یکی از پیش فرض‌های درمان هیجان‌مدار آن است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به رمزگذاری سالم، خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود (گرینمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). ساز و کار اصلی تغییر در درمان هیجان‌مدار عبارت است از پردازش هیجانی و فرایندهای مبرم معناسازی. از دیدگاه هیجان‌مدار تغییر هنگامی روی

می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و دگرگونی هیجان معنا می‌یابد (گرینمن و همکاران، ۲۰۱۹). همه این عوامل در بستر رابطه‌ای همراه با همدلی، اتحاد درمانی و اعتباربخشی به تجربه توانستند کمک شایانی به افزایش تحمل پریشانی زنان حاضر در پژوهش داشته باشند. علاوه بر این مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بیشتر بر برقراری ارتباطات و هیجان‌ات در روابط طرفین تمرکز دارد که در این پژوهش، ارتباط میان زنان با همسرشان مطرح بود. مطابق با این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند، نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، مشکلات ارتباطی شروع شده و شدت می‌گیرد (ویب و همکاران، ۲۰۱۹). تأکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگاران، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل است. این رویکرد با استفاده از تکنیک‌هایی مثل بررسی روابط بین فردی، تمرکز بر هیجان‌ات و ردگیری هیجان‌ات شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباطی تأثیر مثبت گذاشته و در نتیجه تحمل پریشانی را افزایش دهد.

بطور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان دریافت آموزش مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته موجب می‌شود زنان به‌عنوان یکی از طرفین در روابط زوجی با نیازهای خود و همسرشان آشنا شوند و یکدیگر را بیشتر درک کنند، با هیجان‌ات مثبت یکدیگر مواجه شده، درخواست درونی‌شان را جایگزین درون‌ریزی یا پرخاشگری نمایند. تفاوت میان یکدیگر را بیشتر درک کنند، مسئولیت‌پذیری و نحوه تصمیم‌گیری در مورد مسائل مهم زندگی‌شان را یاد بگیرند، نحوه تعامل و ارتباط و روابط میان فردی بین خود و همسرشان را بهبود بخشند و مهارت‌های حل مسأله و تعارض را بهبود بخشند. در مقابل رویکرد هیجان‌مدار با شناسایی تجارب هیجانی و سپس پردازش و سازماندهی مجدد، الگوهای ارتباطی که موجب درماندگی در روابط می‌شوند، حذف و بهبود پیدا می‌کنند. در این رویکرد درمانی با ایجاد همدلی تعاملات سازنده بهبود یافته و همچنین با شناسایی الگوهای دلبستگی، صدمات ناشی از دلبستگی را ترمیم نموده و موجب افزایش تحمل پریشانی می‌شود. بنابراین هر دو روش آموزشی-مداخله‌ای مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان تمایز یافته و رویکرد هیجان‌مدار در تحمل پریشانی زنان متأهل یاری رسانند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن اجرای پژوهش به شهر کرج اشاره نمود که از نظر بافت فرهنگ بسیار متفاوت بوده، بنابراین برای تعمیم نتایج به فرهنگ‌های سایر شهرها باید احتیاط نمود. به‌طور قطع مطالعات بیشتری به‌منظور بررسی در سایر فرهنگ‌ها، مذاهب و موقعیت‌های اجتماعی مختلف باید انجام شود. میسر نبودن هم‌تاسازی گروه نمونه از نظر سبک زندگی و طبقه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، همچنین توانایی‌های شناختی، رفتاری و عاطفی محدودیت دیگر پژوهش حاضر بود که موجب تفاوت گروه نمونه در زمینه‌های فوق شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه با حجم نمونه بیشتر و زمان طولانی‌تر در سایر فرهنگ‌ها، هم‌تاسازی گروه نمونه از نظر طبقات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، سبک زندگی انجام شود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر برای نخستین

بار در کشور انجام شد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه با حجم نمونه بیشتر در سایر فرهنگ‌ها انجام شود تا به نتایج قطعی‌تر جهت کاربردپذیری بسته آموزشی-مداخله‌ای دست‌یافت.

با توجه به نتایج پژوهش، به دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان از جمله مراکز بهداشتی - درمانی و واحد مشاوره تحت نظارت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره کشور، پیشنهاد می‌شود با همکاری یکدیگر و برای افزایش تمایز یافتگی در جهت بهبود الگوهای ارتباطی و بهبود تنظیم هیجان سازگاران در جمعیت عمومی به‌ویژه زنان که نقش مهمی در سلامت خانواده دارند، تدابیری چون برگزاری دوره‌های آموزشی، استفاده از بروشورهای آموزشی و... را مدنظر قرار دهند. به دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان، از جمله مشاوران خانواده و زوج درمانگران پیشنهاد می‌شود بسته درمانی مبتنی بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل تمایز یافته و درمان هیجان‌مدار را به‌منظور ارتقا کیفیت روابط در جلسات درمانی مورد استفاده قرار دهند.

منابع

- آخوندی، فهیمه؛ تونده جانی، حسن؛ و زنده‌دل، احمد. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر حساسیت اضطرابی و کنترل عواطف زنان آسیب دیده از روابط زناشویی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۱۰)، ۱۳۸-۱۲۹.
- توفیقی محمدی، مریم؛ باباخانی، وحیده؛ قمری، محمد؛ و پویامنش، جعفر. (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانگری بر تمایز یافتگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان با ناتوانی هوشی. *علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۸)، ۲۱۲۲-۲۱۰۷.
- سرایبی، مریم؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی و درمان هیجان‌مدار بر بازداری هیجانی زنان با رضایت زناشویی پایین. *سبک زندگی با محوریت سلامت*، ۱۶(۱)، ۷۲۴-۷۳۵.
- شاهمرادی، سمیه؛ آقابابایی، رنا. و حبیبی، زهرا. (۱۴۰۰). رابطه الگوهای ارتباطی و جو عاطفی خانواده مبدأ با نگرش به ازدواج: نقش واسطه‌ای تمایز یافتگی. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲(۳)، ۲۸۹-۳۰۵.
- شریفی، محمد؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ و صلابانی، فائزه. (۱۳۹۹). بررسی نقش تمایز یافتگی خود در پیش‌بینی الگوهای ارتباطی: نقش واسطه‌ای سرمایه‌های روانشناختی. *اندیشه و رفتار*، ۱۴(۵۶)، ۷۰-۵۷.
- رضائیان، حمیدرضا؛ معصومی، سمیرا؛ و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه تمایز یافتگی خود، الگوهای ارتباطی و رضایت جنسی در زوج‌های متقاضی طلاق و عادی. *مشاوره کاربردی*، ۲۷(۲)، ۱۷-۳۲.
- مام صالحی، حسین؛ مرادی، امید؛ عارفی، مختار؛ و یاراحمدی، یحیی. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای الگوهای ارتباطی در رابطه بین تمایز یافتگی خود و رضایت جنسی زوجین. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۲)، ۱۶۹-۱۵۴.

محمودپور، عبدالباسط؛ شیری، طاهره؛ فرحبخش، کیومرث؛ و ذوالفقاری، شادی. (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به طلاق براساس دلزددگی زناشویی و تحمل پریشانی با میانجیگری احساس تنهایی در زنان متقاضی طلاق. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۲)، ۱۴۱-۱۲۱.

وحدانی، محبوبه؛ خضری، مجتبی؛ محمودپور، عبدالباسط؛ و فرحبخش، کیومرث. (۱۳۹۹). پیش‌بینی دل‌زدگی زناشویی براساس ابرازگری هیجانی، تحمل پریشانی و الگوهای ارتباطی. رویش روان‌شناسی، ۹(۱۰)، ۴۷-۵۷.

- Aspara, J., Wittkowski, K., & Luo, X. (2018). Types of intelligence predict likelihood to get married and stay married: Large-scale empirical evidence for evolutionary theory. *Personality and Individual Differences*, 122, 1-6.
- Azlan, W., Ramalingam, M., Razali, R., Abdullah, M.F., & Rahman, F. (2022). Anxiety, depression and marital satisfaction in women with hyperemesis gravidarum: A comparative cross-sectional study in Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Klang, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 14(1), e12416.
- Barr, A.B., & Simons, R.L. (2012). Marriage expectations among African American couples in early adulthood: A dyadic analysis. *Journal of Marriage and Family*, 74(4), 726-742.
- Butt, M. A. (2022). Thin-film coating methods: A successful marriage of high-quality and cost-effectiveness—A brief exploration. *Coatings*, 12(8), 1115.
- Dailey, J., Timulak, L., Goldman, R. S., & Greenberg, L. S. (2024). Capturing the change: a case study investigation of emotional and interactional transformation in emotion-focused therapy for couples. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 23(1), 1-19.
- Doorley, J.D., Kashdan, T.B., Alexander, L.A., Blalock, D.V., & McKnight, P. E. (2019). Distress tolerance in romantic relationships: A daily diary exploration with methodological considerations. *Motivation and Emotion*, 43(3), 505-516.
- Dorrance Hall, E., Scharp, K.M., Sanders, M., & Beaty, L. (2020). Family communication patterns and the mediating effects of support and resilience on students' concerns about college. *Family Relations*, 69(2), 276-291.
- Ensafadaran, F., Nejabat, M., Mahmoudi, A., & Shamsaei, M. (2022). Presenting a Model of Nurses' Psychological Well-Being Based on the Variables of Spiritual Health, Resilience, and Emotional Atmosphere of the Family during the Corona Pandemic and Its Effect on Emotional Distress Tolerance of Nurses. *Journal of Health System Research*, 18(2), 120-126.
- Greenman, P. S., Johnson, S. M., & Wiebe, S. (2019). Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (pp. 291-305). American Psychological Association.
- Guo, X., Huang, J., Yang, Y. (2022). The Association between Differentiation of Self and Life Satisfaction among Chinese Emerging Adults: The Mediating Effect of Hope and Coping Strategies and the Moderating Effect of Child Maltreatment History. *Int J Environ Res Public Health*, 19, 7106.
- Hanetz Gamliel K., Dollberg, D.G., & Levy, S. (2018). Relations between parents' anxiety symptoms, marital quality, and preschoolers' externalizing and internalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 27(12), 3952-3963.
- Kim, H.S., & Jung, Y.M. (2015). Self-differentiation, family functioning, life satisfaction and attitudes towards marriage among South Korean university students. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(19), 1-8.

- Koren, R., Woolley, S. R., Danis, I., & Török, S. (2021). Measuring the Effectiveness of the Emotionally Focused Therapy Externship Training in Hungary done through Translation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(1), 166-182.
- Li, Y., & Tang, C. (2024). The Marital Attitudes Among Chinese Females in Emerging Adulthood: The Role of Differentiation of Self and Relationship Self-Efficacy. In 2024 3rd International Conference on Social Sciences and Humanities and Arts (SSHA 2024) (pp. 286-304). Atlantis Press.
- Low, R. S. T., Overall, N. C., Cross, E. J., & Henderson, A. M. E. (2019). Emotion regulation, conflict resolution, and spillover on subsequent family functioning. *Emotion*, 19(7), 1162-1182.
- Munsch, C.L. (2015). Her support, his support: Money, masculinity, and marital infidelity. *American Sociological Review*, 80(3), 469-495.
- Peleg, O., & Boniel-Nissim, M. (2024). Exploring the personality and relationship factors that mediate the connection between differentiation of self and phubbing. *Scientific Reports*, 14(1), 6572.
- Octaviana B N., & Abraham J. (2019). Tolerance for Emotional Internet Infidelity and Its Correlate with Relationship Flourishing. *International Journal of Electrical and Computer Engineering (IJECE)*, 8(5), 3158-3168.
- Rathgeber, M., Bürkner, P.C., Schiller, E.M., & Holling, H. (2019). The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral Couples therapy: A meta-analysis. *Journal of marital and family therapy*, 45(3), 447-463.
- Rodriguez-González, M., Bell, C. A., Pereyra, S. B., Martínez-Díaz, M. P., Schweer-Collins, M., & Bean, R. A. (2023). Differentiation of self and relationship attachment, quality, and stability: A path analysis of dyadic and longitudinal data from Spanish and US couples. *Plos one*, 18(3), e0282482.
- Shorey, R.C., Strauss, C., Elmquist, J., Anderson, S., Cornelius, T.L., & Stuart, G.L. (2017). Distress tolerance and intimate partner violence among men in substance use treatment. *Journal of family violence*, 32(3), 317-324.
- Simon, H., DiPlacido, J., & Conwa, J. M. (2019). Attachment styles in college students and depression: The mediating role of self-differentiation. *Mental Health & Prevention*, 13, 135-142.
- Sherman, A. (2023). The Role of Sexual Desire on Differentiation of Self and Relationship Satisfaction (Doctoral dissertation, Northwest University).
- Tapia-Fuselier, J., Ray, D.C., Allan, R., & Reyes, A.G. (2022). Emotionally focused therapists' experiences serving interabled couples in couple therapy: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.
- Weibe, S. a., & Johnson, S. M. (2018). creating relationships that foster resilience in emotionally focused therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65-69.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dalglish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Predicting follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: The role of change in trust, relationship-specific attachment, and emotional engagement. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 213-226.
- Zaorska, J., Rydzewska, M., Kopera, M., Wiśniewski, P., Trucco, E. M., Kobyliński, P., & Jakubczyk, A. (2023). Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1175664.

compare the effectiveness of educational package based on differentiated communication patterns of women with Emotional Focused Therapy on distress tolerance among married women

Roghayeh Parham¹, Fahimeh Namdarpour^{2*}, Mohamadmasoud Dayarian³

Abstract

This study aims to compare the effectiveness of educational package based on differentiated communication patterns of women with Emotional Focused Therapy on distress tolerance among married women. The method of study was a quasi-experimental type with a pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up. The statistical society comprises all married women referring to healthcare centers of Karaj City during the interval of the first half of June to the end of August 2022; 52 members entered the study based on the convenience method, and then were randomly assigned to two test groups and one control group. Research tools included Differentiation of Self-Inventory (DSI, Skowron & Dendy, 2004) and Distress Tolerance Scale (DTS, Simons & Gaher, 2005). The first and second test groups received training within 10 sessions of interventions from a training package based on the communicational patterns of differentiated women and emotion-oriented therapy. The control group received no intervention. The research data were analyzed through Analysis of Variance (ANOVA) and frequent measurement using SPSS 25 Software. The results showed that both training packages formulated based on the communicational patterns of differentiated women and emotion-oriented therapy effectively increased the distress tolerance of married women ($P < 0.01$). No significant difference existed between the two test groups ($P > 0.05$). The results showed that training-intervention packages based on the communicational patterns of differentiated women and emotion-centered therapy are two effective methods for increasing distress tolerance among married women; consultants and therapists in the couple and family field can use these two methods in training-intervention sessions.

Keywords: communicational patterns, differentiation, emotion-oriented approach, married women, Tolerance Distress.

1. PhD Student, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/ Isfahan, Iran.

2. Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/ Isfahan, Iran.

namdarpou.r@iaukhsh.ac.ir

3. Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/ Isfahan, Iran.



مقایسه اثربخشی تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی

فریبا رستمی^۱، مینا مجتبابی^{۲*}، فرهاد آوخ کیسمی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۵

چکیده

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری بر بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را مردان و زنان مبتلا به افسردگی عمده بستری در بیمارستان روانپزشکی دلارام سینا در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد. نمونه آماری ۳۹ مرد و زن مبتلا به افسردگی عمده بود. نمونه مورد مطالعه به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی (قرعه کشی) در سه گروه تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) (۱۳ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر) جایگزین شد. تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) در ۱۲ جلسه و درمان شناختی-رفتاری نیز در ۱۲ جلسه برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش مقیاس افسردگی بک-نسخه دوم (۱۹۹۶)، پرسشنامه فعال سازی/بازداری کاور و ویت (۱۹۹۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری و درمان شناختی رفتاری بر بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی موثر بودند و بین میزان تأثیر این دو مداخله بر بر بازداری/فعال سازی رفتاری تفاوت معناداری وجود نداشت. براساس نتایج حاصل می‌توان از پروتکل‌های تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری و درمان شناختی رفتاری برای مداخله در بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی در مراکز سلامت روان و بیمارستان‌های روانپزشکی بهره برد.

کلید واژه‌ها: تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS)، درمان شناختی رفتاری، بر بازداری/فعال سازی رفتاری، افسردگی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. mojtabaei_in@yahoo.com

۳. دکترای روانپزشکی نظامی، استادیار، گروه آموزشی بالینی، دانشکده طب هوا فضا و زیر سطحی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

مقدمه

افسردگی^۱ به عنوان یک مسئله بحث برانگیز در حوزه بهداشت روانی باقی است. به نوعی که همچنان نیازهای کارهای فراوانی پیرامون آن صورت گیرد. افسردگی به عنوان یک حالت خلقی بهنجار تجربه‌ای متداول است (نظری و اسدی، ۱۳۹۰؛ بک^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (۲۰۱۳)، دو نوع کلی اختلال‌های خلق را مشخص کرده است. اختلال‌هایی که فقط شامل علائم افسردگی اند و اختلال‌هایی که علائم شیدایی را نیز در بر می‌گیرند. اختلال‌های خلقی در این ویرایش شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مقاوم، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال بی‌نظمی‌های خلقی آشفته ساز، اختلال دوقطبی I، اختلال دو قطبی II، ادواری خوبی است. که علائم اصلی اختلال‌های افسردگی غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است. نشانه‌های افسردگی متنوع است؛ بطورکلی چهار دسته نشانه برای افسردگی در نظر گرفته می‌شود: نشانه‌های خلقی، شناختی، انگیزشی و جسمانی. نشانه‌های خلقی آن شامل غم، فقدان مسرت، از بین رفتن شادی در زندگی است؛ همچنین فعالیت‌هایی که قبلاً موجب خشنودی می‌شدند یکنواخت می‌شوند. مهم‌ترین نشانه شناختی افسردگی، افکار منفی فرد درباره خودش و آینده است؛ عزت نفس پایین، احساس گناه بدبینی و ناامیدی، از دیگر نشانه‌های شناختی افسردگی است. نشانه‌های انگیزشی افسردگی به مشکل افراد افسرده در تصمیم‌گیری اشاره دارد که در موارد شدید کندی روانی حرکتی نیز در فرد دیده می‌شود. مشکلات اشتها، تغییرات وزن، اختلال خواب، کاهش میل جنسی، از نشانه‌های جسمانی افسردگی است.

افسردگی یکی از مشکلات روانی و بیماری‌های روان‌پزشکی بسیار شایع است که با فقدان احساس لذت، دوری گزیدن از دوستان و خانواده، نداشتن انگیزه و تحمل نکردن شکست، کاهش میل جنسی، کم یا زیاد شدن اشتها، کاهش انرژی و خستگی زودرس و اختلال خواب و غیره همراه است (اکسگان^۳، ۲۰۱۸). افسردگی پیامدهای منفی برای افراد مبتلا به آن را به همراه دارد که از آن جمله می‌توان به بر بازداری/فعال سازی رفتاری اشاره کرد.

بازداری/فعال‌سازی رفتاری در مواجهه با علائم مربوط به تنبیه و فقدان پاداش و محرک‌های جدید در جهت ایجاد پاسخ‌های مرتبط با بازداری و اجتناب رفتاری و همچنین ایجاد احساس اضطراب و برانگیختگی فعال می‌شود (سوسا^۴، ۲۰۱۸) نظریه‌های بازداری رفتاری مطرح می‌کنند که این متغیر سرشتی باید با تنوعی از پیامدهای منفی شامل درجه بالایی از واکنش‌پذیری هیجانی و سبک‌های تنظیم ناکارآمد مرتبط باشد (فکس و همکاران^۵، ۲۰۲۳). فعال‌سازی رفتاری وضعیتی روانشناختی است که فعال شدن رفتار را در بر دارد و در نظام انگیزشی خوشایند پدیدار می‌شود. به عبارتی، این نظام،

1. depression
2. Beck, A. T
3. Xiang
4. Sosa, R
5. Fox, N. A

انرژی دهنده و جهت دهنده رفتار است. در حالت فعال سازی، فرد نه تنها به پاداش ها پاسخ می دهد، بلکه نشانه پاداش هم می تواند فعال کننده رفتار باشد. یکی از حالاتی که با فعال سازی رفتاری ارتباط دارد امید برای رسیدن به وضعیت مطلوب و خوشایند است. این احساس امید، شادی را به دنبال دارد و می تواند فعالیت های هدفمند را برانگیزد. اما گاهی اوقات این فعال سازی رفتاری ناشی از پاسخ دادن به نتیجه گیری های غلط با نشانه های غیر واقعی از پاداش صورت می گیرد و نتایج پژوهش ها روانشناسان نشان داده است که در این موقعیت ها، افراد برای اداره اطلاعات منفی و رسیدن به احساس مثبت، از راهبردهای خودفریبی استفاده می کنند (ریکربای^۱، ۲۰۲۴؛ کانگ و همکاران^۲، ۲۰۲۳).

افسردگی با شیوه های مختلفی مانند دارودرمانی، روان درمانی و الکتروشوک قابل درمان است. اما با وجود این، علایم نیمی از بیماران افسرده باقی می ماند و بالغ بر ۲۰ درصد حداقل پاسخ را به درمان و برخی دیگر نیز هیچ واکنشی نسبت به درمان از خود نشان نمی دهند (فاوا^۳، ۲۰۰۳). با وجود کاربرد موثر الکتروشوک در درمان اختلال های خلقی، به تدریج ذهن متخصصان روانپزشکی معطوف به شیوه های دیگری شد که بدون ایجاد یک تشنج فراگیر و با تحریک کانونی نواحی قشری، بتوانند اثرهای درمانی در اختلال افسردگی ایجاد نمایند (خمامی، ۱۳۸۹).

در بین درمان های روان شناختی، درمان شناختی رفتاری توانسته است بهبودی قابل توجهی را در کاهش مشکلات سلامت روان بیماران مبتلا به اختلالات شناختی - خلقی به همراه داشته باشد (هایلی و لیتلجون^۴، ۲۰۲۳). برخلاف درمان های روان شناختی که بر مدیریت علائم باقی مانده به خصوص نشخوار فکری تمرکز کرده اند، درمان های زیستی (داروها و روش های تحریک مغزی) کم تر به این علائم توجه داشته اند (واتکینز^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). تحریک مکرر مغناطیسی فرا جمجمه ای^۶ (rTMS) یکی از روش های درمانی تحریک مغزی است که در طی ۱۰ سال گذشته برای درمان بیماران مبتلا به MDD به کار گرفته شده است (موتز^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به رشد دانش علوم اعصاب در طی چند دهه اخیر، این امکان فراهم شده است تا همبسته های عصبی یک علامت شناسایی شود و با استفاده از روش های تحریک مغزی، این نواحی از طریق این روش تحت تأثیر قرار گیرد (برگمن^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش خمامی (۱۳۸۹) تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری به طور معنی داری سبب کاهش علایم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده گردید. پیرمردادی و همکاران (۱۳۹۲) در یک مطالعه به بررسی تأثیر تحریک مکرر مغناطیسی مغز (rTMS) در کاهش علائم و نشانگان افسردگی مثل علائم شناختی، جسمانی و بدبینی - احساس بی ارزشی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده پرداختند. نتایج نشان داد که rTMS موجب کاهش در علائم و

1. Rickerby, N. C

2.. Gong, X.

3.. Fava M

4. Hayley& Litteljohn

5. Watkins

6. Repetitive Transcortical Magnetic Stimulation (rTMS)

7. Mutz

8. Bergmann

نشانه‌های شناختی، جسمانی و احساس بدبینی - بی ارزشی افسردگی عودکننده در نمونه‌ها می‌شود. اما میزان کاهش نشانه شناختی بیشتر از دونشانه دیگر می‌باشد. نگیون^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه فراتحلیل به بررسی ۱۴ مطالعه با ۲۷۴ نمونه به بررسی تأثیر rTMS بر افسردگی پرداختند. نتایج حاکی از تأثیر مداخله ناشی از rTMS بر کاهش افسردگی بود.

درمان شناختی-رفتاری شیوه‌ای است که در آن مددجو شرایط زندگی خود و فشارهای روانی را ارزیابی می‌کند و دیدگاه‌هایش را نسبت به خود، محیط اطراف او آینده و باورهایی که سبب افزایش آسیب پذیری وی در برابر اختلالات هیجانی می‌شوند را تغییر می‌دهد. تأکید اصلی این رویکرد بر تأثیری که شناخت، عاطفه و رفتارها بر یکدیگر دارند. در رویکرد شناختی-رفتاری شناخت‌های نامعقول و فرضیه‌های منفی به چالش کشیده می‌شوند که در حالت ناخوشایند هیجانی نقش دارند. (لیهی^۲ ۲۰۱۷). درمان شناختی-رفتاری در حقیقت روشی برای کشف معنایی است که ما به رویدادها و مشکلات می‌دهیم. شناخت افکار معیوب، اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش کیفیت روابط از محورهای اصلی این رویکرد در درمان افسردگی است. پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم افسردگی و اضطراب مؤثر عمل می‌کند (Deng و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش کیان زاد و همکاران (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری منجر به افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌یافته و کاهش راهبردهای سازش نایافته، افکار خودکشی و افسردگی در پایان مداخله و دوره پیگیری شد. رحمانیان و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که هم شناخت درمانی رفتاری و هم تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر بوده‌اند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری بیشتر در درمان اختلال افسردگی مورد توجه قرار گرفته‌اند و تأثیر آنها بر افسردگی و پیامدهای روان شناختی آن کمتر مورد توجه بوده است. بنابر تمهیدات یاد شده، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثر بخشی که تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری بر بازسازی/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی است. شیوع عمری افسردگی عمده در جمعیت عمومی بین ۱۵ تا ۱۰ درصد برآورد شده است. در حال حاضر افسردگی اساسی در رتبه چهارم بار بیماریها در جهان است و پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ به رتبه دوم بار بیماری‌ها برسد(سازمان جهانی سلامت، ۲۰۱۷). افسردگی می‌تواند به صورت طولانی یا عود کننده بروز نموده و توانایی‌های فرد را برای انجام کارهای روزانه مختل نماید. با توجه به پیامدهای روان شناختی منفی این اختلال و بار قابل توجهی که این بیماری به فرد، نظام سلامت و جامعه تحمیل می‌کند، انجام برای اتخاذ روشهای مناسب درمان و مدیریت این بیماری ضروری است. با توجه به تمهیدات یاد شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به آن سوال است که آیا تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و

درمان شناختی رفتاری بر بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر هستند و میزان تأثیر گذاری کدام یک بیشتر است؟

روش شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را مردان و زنان مبتلا به افسردگی عمده بستری در بیمارستان روانپزشکی دلارام سینا در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد. نمونه آماری ۳۹ مرد و زن مبتلا به افسردگی عمده بود نمونه مورد مطالعه به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی (قرعه کشی) در سه گروه تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) (۱۳ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر) جایگزین شد. حجم نمونه مطالعه حاضر با مراجعه به جدول کوهن^۱ (۱۹۸۷) برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۳ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- تشخیص ابتلا به افسردگی عمده توسط روانپزشک (با استفاده از فرم مصاحبه بالینی روان شناختی) و کسب نمره ۲۹ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک (نمره ۲۹ و بیشتر نشان دهنده افسردگی شدید است)، ۲- دارا بودن سابقه حداقل یک سال ابتلا به افسردگی ۳- حداقل سطح تحصیلات دیپلم و ۴- حداقل سن ۱۸ سال، ۵- مبتلا نبودن به اختلالات شدید روانی غیر همبود، ۶- ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت اند از: ۱- داشتن سو مصرف مواد (این ملاک قبل از شروع هر جلسه با کیت آزمایش اعتیاد مورد بررسی قرار می‌گیرد)، ۲- غیبت بیش از دو جلسه در درمان.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی بک-نسخه دوم: این مقیاس تویپ بک (۱۹۹۶) ساخته شد و نشانه‌های افسردگی را بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی که انجمن روان پزشکی آمریکا در راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی ارائه داده است، ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده چهارگزینه‌ای است که از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و نمره کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر است. فتی و همکاران (۱۳۹۰) این مقیاس را روی یک نمونه ۹۴ نفری از جمعیت ایرانی به اجرا درآورده است و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی را به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای آن برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ به دست آمده است (داب سون، محمدخانی و مساح‌چولابی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری (BIS/BAS): این پرسشنامه توسط کارور و وایت (۱۹۹۴) به منظور ارزیابی تفاوت‌های فردی در حساسیت نظام‌های بازداری و فعال سازی رفتاری توسعه

یافت. این مقیاس دارای ۲۰ سوال می‌باشد که فعالیت سیستم بازداری رفتاری را به وسیله خرده‌مقیاس حساسیت به تنبیه و فعالیت سیستم فعال‌سازی رفتاری را به وسیله سه خرده‌مقیاس حساسیت به پاداش، سابق و جستجوی سرگرمی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. زیر مقیاس BIS در این پرسشنامه شامل هفت گویه است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخدهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد و نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بازداری رفتاری یا پاسخدهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید است و نمرات پائین بیانگر کاهش اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید است. زیر مقیاس BAS نیز سیزده گویه است، که حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتار را می‌سنجد. نمرات بالا در این مقیاس بیانگر افزایش در فعال‌سازی رفتاری و نمرات پائین در این مقیاس نشانگر بازداری رفتاری است. روش نمره‌دهی این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۴) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) است. سوالات ۲-۸-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۴، زیر مقیاس BIS را و سوالات ۳-۴-۵-۷-۹-۱۰-۱۲-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۱ و ۲۳ زیر مقیاس BAS را ارزیابی می‌کنند. برای بدست آوردن امتیاز هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نموده و البته باید دقت نمود که گزینه‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۷ در نمره-گذاری هیچ تاثیری ندارند و صرفاً جهت هماهنگی با سایر گویه‌ها به پرسشنامه اضافه شده‌اند. در این پرسشنامه حداقل نمره برای BIS ۷ و حداکثر ۲۸ می‌باشد و برای BAS حداقل نمره ۱۳ و حداکثر نمره ۵۲ است. کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS را ۰/۷۴ و ثبات درونی BAS را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷) در دانشجویان شیرازی مطلوب گزارش شده است. اعتبار به روش باز آزمایی برای مقیاس BAS، ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس BIS، ۰/۷۱ گزارش کرده است (محمدی، ۱۳۸۷). عبدالهی مجارشین (۱۳۸۵) اعتبار این پرسشنامه را به روش بازآزمایی برای مقیاس BAS ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس BIS ۰/۸۱ گزارش نموده است. همچنین، ضریب آلفای کرنباخ این پرسشنامه در پژوهش انجام شده توسط حسینی (۱۳۸۹) برابر با ۰/۷۸ بدست آمده است. ضریب آلفای کرنباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ بدست آمده است.

روش اجرا

اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه برای بیمارستان روانپزشکی دلارام سینا به منظور اجرای پژوهش و همچنین کسب رضایت آگاهانه از بیماران بستری در آن بیمارستان، فرایند نمونه گیری انجام شد فرایند نمونه گیری بدین شکل بود که از بین بیماران بستری شده در بیمارستان روانپزشکی دلارام سینا، بیمارانی که به دلیل تشخیص افسردگی توسط روانپزشک و نمره ۲۹ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی ۲۱ سوالی بک بستری شده اند، انتخاب و با در نظر گرفتن رضایت و موافقت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش، ۳۹ نفر از آن‌ها، به‌طور هدفمند انتخاب شدند،

سپس افراد انتخاب شده، در هر گروه (گروه کنترل، گروه تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و گروه شناختی- رفتاری) ۱۳ نفر به طور تصادفی جایگزین شد. پرسشنامه بر بازداری/فعال سازی رفتاری توسط پژوهشگر در بین شرکت کنندگان توزیع شد و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط اعضای هر سه گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. سپس گروه‌های آزمایش تحت مداخله شناختی- رفتاری و تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت‌کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظات اخلاقی بود که پژوهشگر مدنظر قرار داد. بعد از جمع آوری داده‌ها، نتایج در دو سطح آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. در سطح توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد و در سطح استنباطی برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS-۲۵ استفاده شد.

پروتکل درمانی

تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS): اعضای گروه تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS)، ۱۲ جلسه تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) را دریافت کرد. تحریک مغناطیسی در فرکانس ۲۰-۲۵ در بر روی قشر پشتی جانبی پیش‌پیشانی چپ (DLPFC) بر اساس لافاچر^۱ و همکاران (۲۰۲۰) اجرا شد. کنترااندیکاسیون‌های rTMS شامل موارد زیر بود: سن زیر ۱۲ سال، حاملگی، سابقه تشنج، داشتن شیء فلزی در سر، مصرف داروهای ضد تشنج، مصرف الکل، کافئین در ۲۴ ساعت گذشته، ناهوشیاری و منگی بیمار.

درمان شناختی رفتاری: بر اساس پروتکل شناخت درمانگری فری (۲۰۰۷) که ترکیبی از نظریه و درمان آلبرت الیس و آرون تی بک^۲ می‌باشد، در ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه)، و همچنین پروتکل‌هاتون (۱۹۸۹)، به نقل از تقوی زاده و همکاران، (۱۳۹۸) برای گروه درمان شناختی رفتاری اجرا شد.

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوا	فنون و تمرین‌ها
۱-۲	توضیح روند درمان، آموزش رابطه بین افکار و تحریف‌های شناختی با هیجانات	تهیه فهرستی از مشکلات، آموزش انواع هیجانات و نحوه تأثیر پذیری آنها از افکار،
۳-۴	معرفی درمان شناختی- رفتاری، توضیح در مورد نظریه شناختی- رفتاری، ویژگی‌های درمان، سطح انتظار از درمان و انواع فنونی که در درمان از آن استفاده می‌گردد.	آگاهی بخشی نسبت به درمان شناختی- رفتاری، اصلاح سطح انتظار مراجع از فرایند درمان، توضیح در مورد رابطه شناخت و رفتار
۵	طرح ریزی درمان با هدف ایجاد پروند شناختی (انواع علائمی که مراجع تجربه می‌کند، فهرست و مشکلات و انواع شناخت‌های ناکارآمد وی)	استفاده از سوالات مستقیم و غیر مستقیم و همچنین برگه‌های فهرست مشکلات
۶	آموزش و اجرای فنون رفتاری به منظور توانمند سازی مراجع برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در ایجاد و تدام مشکل.	آموزش فنون رفتاری، ایفای نقش، توجه برگردانی، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال پردازی‌های خوش آیند، بازسای افکار به منظور روبرو شدن با هیجانات منفی
۷	آموزش مبحث افکار خودآیند، شناسایی آن افکار، بحث راجع به شناخت ریشه‌های اصلی هیجانات و حضور ذهن و نقش همجوشی شناختی در برجسته سازی هیجانات منفی	توضیح نحوه شناسایی افکار خودآیند منفی و تکالیف خانگی A-B-C با تأکید بر افکار راه انداز هیجانات منفی. بررسی این تکالیف در هر جلسه و ارائه بازخورد.
۸-۹	آموزش شناسایی افکار خودآیند منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی شایع در تنظیم هیجانات	توضیح و تشریح خطاهای شناختی، ارائه تکالیف خانگی در زمینه شناخت خطاهای شناختی من و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات
۱۰	تغییر افکار خودآیند منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی	رفتارهای روزمره من،
۱۱	تغییر افکار بنیادی ناکارآمد مرتبط با هیجانات منفی و مخالفت وری اغراق آمیز	تمرین جایگزینی باورهای سالم و کارآمد در فاصله بین جلسات با استفاده از الگوی درمانی بک و چالش سقراطی
۱۲	کمک به گروه برای یادآوری و مرور مواد اصلی مطرح شده در طول جلسات، آموزش نحوه تعیمی دستاوردهای درمان پس از پایان جلسات	استفاده از فنون شخص سوم، پیکان نزولی، سه سوال برای ار مراجع و اجرای ایفای نقش

مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در سه گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. متغیرهای جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه

نتایج خی دو	گروه			متغیر جمعیتی
	کنترل	rTMS	درمان شناختی - رفتاری	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
$\chi^2=2/47$	۹(۶۹/۲)	۵(۳۸/۵)	۷(۵۳/۸)	زن
$P=0/29$	۴(۳۰/۸)	۸(۶۱/۵)	۶(۴۶/۲)	مرد
$\chi^2=3/49$	۱(۷/۷)	۵(۳۸/۵)	۴(۳۰/۸)	مجرد
$P=0/17$	۱۲(۹۲/۳)	۸(۶۱/۵۳)	۹(۶۹/۲)	متاهل
	۷(۵۳/۸)	۵(۳۸/۵)	۴(۳۰/۸)	دیپلم
$\chi^2=7/67$	۱(۷/۷)	۲(۱۵/۴)	۲(۱۵/۴)	کاردانی
$P=0/26$	۵(۳۸/۵)	۶(۴۶/۲)	۴(۳۰/۸)	کارشناسی
	۰(۰)	۰(۰)	۳(۲۳/۱)	کارشناسی ارشد

توزیع فراوانی، درصد و نتایج آزمون خی دو برای مقایسه گروه‌های مورد مطالعه بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین اعضای گروه‌های مورد مطالعه بر اساس جنسیت ($\chi^2=2/47$, $P>0/05$)، وضعیت تأهل ($\chi^2=3/49$, $P>0/05$)، میزان تحصیلات ($P>0/05$)، تفاوت معناداری وجود ندارد، بنابر این گروه‌ها از نظر ویژگی‌های مذکور، همگن هستند. میانگین سنی اعضای گروه شناختی رفتاری ۳۷/۸۴±۱۰/۱۵ گروه rTMS ۳۸/۶۹±۹/۶۹ و گروه کنترل ۴۰/۸۴±۹/۳۱ بود.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج و آزمون t مستقل برای مقایسه پیش آزمون گروه‌های مورد مطالعه در متغیر بازداری/فعال سازی رفتاری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بازداری	شناختی رفتاری	۱۵/۷۶۹	۱/۸۳۳	۱۶/۰۷۷	۲/۶۹۱
رفتاری	rTMS	۱۷/۴۶۲	۲/۸۴۷	۱۶/۴۶۲	۱/۸۹۸
	کنترل	۱۳/۴۶۲	۲/۹۶۱	۱۴/۰۷۷	۳/۱۴۸
فعال سازی	شناختی رفتاری	۳۲/۹۲۳	۴/۵۹۱	۲۸/۶۱۵	۴/۳۵
رفتاری	rTMS	۳۰/۳۰۸	۶/۲۱	۲۹/۱۵۴	۵/۸۸۶
	کنترل	۲۱/۷۶۹	۴/۳۸۱	۲۶/۶۹۲	۴/۸۵۴

همان‌طور که نتایج در جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین متغیرهای بازداری/فعال سازی در مراحل اندازه‌گیری در بین گروه‌های کنترل و آزمایش متفاوت است. قبل از انجام تحلیل واریانس، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف^۱، نشان داد که برای متغیرهای بازداری رفتاری ($P > 0/20$)، فعال سازی رفتاری ($Z = 0/17$)، فعال سازی رفتاری ($P > 0/20$)، $Z = 0/16$)، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین^۲ نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیر بازداری رفتاری ($F = 1/32$)، فعال سازی رفتاری ($P > 0/05$)، رعایت شده است. نتایج آزمون موخلی^۳ برای متغیر بازداری رفتاری ($P < 0/05$)، $W = 0/71$)، معنادار است اما برای متغیر فعال سازی رفتاری ($P > 0/05$)، $W = 0/94$) معنادار نیست. برای حل این مشکل از آزمون تعدیل شده گرین‌هاوس-گیسر^۴ استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثر درون گروهی) در متغیرهای بازداری و فعال سازی رفتاری در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (η^2)	توان آزمون
	مرحله	۷/۱۹۷	۱/۵۵۷	۴/۶۲۲	۰/۵۶۶	۰/۵۲۹	۰/۰۱۵	۰/۱۲۹
بازداری رفتاری	مرحله × گروه	۹۴/۳۴۲	۳/۱۱۴	۳۰/۲۹۷	۳/۷۰۹	۰/۰۱۶	۰/۱۷۱	۰/۷۸۹
	خطا	۴۵۲/۷۹۵	۵۶/۰۵۱	۸/۱۶۷				
فعال سازی رفتاری	مرحله	۲۸/۶۶۷	۲	۱۴/۳۳۳	۰/۶۲	۰/۵۴۱	۰/۰۱۷	۰/۱۵
	مرحله × گروه	۵۶۲/۴۱	۴	۱۴۰/۶۰۳	۶/۰۸۳	۰/۰۰۰	۰/۲۵۳	۰/۹۸۱
	خطا	۱۶۶۴/۲۵۶	۷۲	۲۳/۱۱۵				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر درون گروهی نمره‌ی بازداری ($p < 0/05$)، $F = 3/709$) و فعال سازی رفتاری ($p < 0/05$)، $F = 6/083$) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است.

1. kolmogorov-Smirnov test
 2. levene's test
 3. Mauchly's Test of Sphericity
 4.. Greenhouse.Geisser

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثرات بین گروهی) در متغیرهای بازداری و فعال سازی رفتاری در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (η^2)	توان آزمون
بازداری رفتاری	گروه	۶۵/۴۵۳	۲	۳۲/۷۲۶	۳/۲۸۵	۰/۰۴۹	۰/۱۵۴	۰/۵۸۷
	خطا	۳۵۸/۶۶۷	۳۶	۹/۹۶۳				
فعال سازی رفتاری	گروه	۳۷۳/۵۳۸	۲	۱۸۶/۷۶۹	۶/۱۲۴	۰/۰۰۵	۰/۲۵۴	۰/۸۶۱
	خطا	۱۰۹۷/۸۹۷	۳۶	۳۰/۴۹۷				

در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان می‌دهد که اثر بین گروهی گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای بازداری و فعال سازی رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های سه گروه محاسبه شد. نتایج در جدول (۱۱-۴) مشاهده می‌شود.

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیب بونفرنی برای سه گروه

مقایسه سه گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
درمان شناختی - رفتاری - rTMS	-۰/۳۱	۰/۷۱۵	۰/۶۷
بازداری رفتاری	۱/۴۲	۰/۷۱۵	۰/۰۴۹
کنترل			
rTMS - گروه کنترل	۱/۷۲	۰/۷۱۵	۰/۰۲۲
درمان شناختی - رفتاری - rTMS	۰/۴۶	۱/۲۵	۰/۷۱
فعال سازی رفتاری	۴*	۱/۲۵	۰/۰۰۳
کنترل			
rTMS - گروه کنترل	-۰/۴۶	۱/۲۵	۰/۷۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، بین میانگین بازداری رفتاری در گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل تفاوت معنادار است و این تفاوت به نفع گروه شناختی رفتاری است. بین میانگین فعال سازی رفتاری در گروه‌های rTMS و کنترل تفاوت معنادار است و این تفاوت به نفع گروه rTMS است. بین گروه‌های rTMS و شناختی رفتاری در بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری تفاوت معنادار وجود نداشت.

بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی موثر بوده‌اند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های خمایی (۱۳۸۹)، پیرمردادی و همکاران (۱۳۹۲)، رحمانیان و همکاران (۲۰۱۵)، شبیانی و همکاران (۱۴۰۱)، کیان زاد و همکاران (۲۰۲۱)، نگیون^۱ و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

در تبیین مؤثر بودن تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی می‌توان گفت rTMS با تحریک مستقیم مناطق مختلف مغز، می‌تواند فعالیت عصبی را تغییر دهد. در افراد مبتلا به افسردگی، فعالیت مغزی در برخی مناطق خاص ممکن است ناهنجار شده باشد. با استفاده از rTMS، فعالیت در مناطقی که به نحوی با افسردگی مرتبط هستند، تنظیم می‌شود و این می‌تواند به کاهش بهبود بازداری/فعال سازی رفتاری علائم افسردگی منجر شود. rTMS می‌تواند تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم بر سیستم عصبی مرکزی داشته باشد. این روش می‌تواند عملکرد نوروترانسمیترها (مواد شیمیایی در مغز که بر تبادل اطلاعات عصبی تأثیر می‌گذارند) را تغییر دهد و در نتیجه عملکرد مغز را تنظیم کند. این تغییرات ممکن است باعث بهبود وضعیت روانی و بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی شود (فیتزجرالد، و داسکالاکیس، ۱۳۹۶).

rTMS می‌تواند بر شبکه‌های عصبی مغز تأثیرگذار باشد. در افراد مبتلا به افسردگی، تعاملات بین مناطق مختلف مغز ممکن است ناهماهنگ شده باشد. با استفاده از rTMS، می‌توان تعادل بین شبکه‌های عصبی را بهبود داد و هماهنگی بیشتری در عملکرد مغزی برقرار کرد. این بهبود در شبکه‌های عصبی ممکن است به بهبود بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی و علائم افسردگی کمک کند. rTMS قابلیت تنظیم شدن بر اساس نیازهای شخصی را دارد. با توجه به ویژگی‌های هر فرد و نیازهای درمانی او، rTMS می‌تواند به شکلی تنظیم شده و هدفمند اعمال شود. برای مثال، مکان، شدت و فرکانس تحریک مغناطیسی ممکن است بر اساس ویژگی‌های فردی هر فرد تنظیم شود، که این امکان را به پزشک می‌دهد تا درمان را به طور دقیق بر اساس نیازهای هر فرد انجام دهد (هیگینز، و مارک اس، ۱۳۹۱).

در تبیین مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی می‌توان گفت CBT بر اساس ایده‌آل‌ها و باورهای منفی در افراد مبتلا به افسردگی تمرکز می‌کند. این روش به افراد کمک می‌کند تا الگوهای تفکری منفی خود را شناسایی کنند و آنها را با الگوهای تفکری مثبت و سالم جایگزین کنند. این تغییر در الگوی تفکر ممکن است باعث بهبود بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی و افزایش سطح خوشحالی و رضایت زندگی

شود. در CBT، افراد با یادگیری مهارت‌های مدیریت احساسات مانند تشخیص احساسات، مدیریت استرس، و ارتباط مؤثر، بهبود قابل توجهی در روحیه خود تجربه می‌کنند. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با نگرش مثبت‌تری به مواجهه با مشکلات زندگی و رخداد‌های منفی بپردازند و بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی بهبود یابد (ویلسون، ۱۴۰۱).

یکی از ویژگی‌های CBT، ارائه تمرینات خانگی برای افراد است. این تمرینات شامل فعالیت‌هایی مانند نوشتن یک روزنامه، تعیین اهداف و انجام تمرینات تنفسی و آرامش است. این تمرینات به افراد کمک می‌کنند تا در زندگی روزمره خود الگوهای مثبت تری را برقرار کنند. مهم‌ترین عامل اثربخشی CBT در درمان افسردگی و نشخوار فکری، تمرکز بر ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارها است. CBT به افراد کمک می‌کند تا بین این سه عنصر ارتباطات سالمتر و مثبت‌تری برقرار کنند. با شناسایی الگوهای منفی در افکار، تغییر در احساسات منفی و انجام رفتارهای سازنده، افراد می‌توانند بهبود قابل توجهی در وضعیت خود تجربه کنند. مطالعات نشان داده‌اند که CBT می‌تواند در مقابله با نشخوار فکری که جزء علائم افسردگی است، مؤثر باشد. این روش به افراد کمک می‌کند تا الگوهای منفی و ناسالم در تفکر خود را شناسایی کنند و آنها را با الگوهای سالم و موثرتر جایگزین کنند. با کاهش نشخوار فکری و تغییر در الگوی تفکر، افراد قادر خواهند بود با مشکلات روزمره بهتر روبرو شوند و بهبود قابل توجهی در روحیه و کیفیت زندگی خود را تجربه کنند. بنابراین، به طور خلاصه می‌توان گفت که CBT با تمرکز بر تغییر در الگوهای تفکری منفی، تمرین مهارت‌های مدیریت احساسات، تغییر در رفتارهای ناسالم و ارائه تمرینات خانگی، می‌تواند در بهبود بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر باشد (ونزل، ۱۳۹۹).

نتیجه دیگر نشان داد بین اثربخشی تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت تحریک مغناطیسی فراقشری تکراری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری (CBT) دو روش متفاوت برای درمان افسردگی هستند و هر یک دارای مزایا و محدودیت‌های خود هستند. در برخی مطالعات، نشان داده شده است که هر دو روش می‌توانند در بهبود افسردگی مؤثر باشند. به عبارت دیگر، هر دو روش می‌توانند افسردگی را بهبود بخشند و نشخوار فکری را کاهش دهند، ولی تفاوت معناداری در عملکرد آنها در این زمینه مشاهده نشده است. این نتیجه ممکن است به دلیل عوامل زیر باشد: ممکن است در مطالعات مختلف از نمونه‌های متفاوت استفاده شده باشد، که می‌تواند به تفاوت در نتایج منجر شود. متغیرهای متفاوت rTMS؛ و CBT به طور کاملاً متفاوت به عنوان روش‌های درمانی عمل می‌کنند rTMS با استفاده از تحریک مغناطیسی، به طور مستقیم بر فعالیت مغز تأثیر می‌گذارد، در حالی که CBT بر اساس تغییر در الگوهای فکری و رفتاری افراد کار می‌کند. این تفاوت در روش‌ها ممکن است توانایی درمانی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. شرایط و ویژگی‌های فردی هر فرد مبتلا به افسردگی ممکن است متفاوت باشد و بر تأثیرپذیری فرد از هر روش درمانی تأثیر بگذارد. به هر حال، مهم است که در انتخاب روش درمانی مناسب برای افراد مبتلا به

افسردگی، عوامل متعددی مانند شدت افسردگی، تمایل فرد به هر روش، دسترسی به منابع و توانایی مالی و زمانی فرد در نظر گرفته شود. هم‌سلا! درمان شناختی رفتاری (CBT) و تحریک مغناطیسی فراقشری تکراری (rTMS) دو روش متفاوت در درمان افسردگی هستند و هر کدام از آن‌ها مزایا و محدودیت‌های خود را دارند. در برخی مطالعات، اثربخشی مشابهی بین این دو روش در کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی مشاهده شده است.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری و درمان شناختی رفتاری بر بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی موثر بوده اند و بین میزان تأثیر این دو مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت. براساس نتایج حاصل از پروتکل‌های تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری (rTMS) و درمان شناختی رفتاری برای بهبود بازداری/فعال سازی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی در مراکز سلامت روان و بیمارستان‌های روانپزشکی بهره برد. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی زنان و مردان مبتلا به افسردگی انجام شد، تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها با احتیاط همراه است. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بعدی به تفکیک جنسیت و به صورت یک تک آزمودنی طرح چندخط پایه انجام شود.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان، کارکنان بیمارستان روانپزشکی دلارام سینا و همچنین اساتید محترم که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. فرم کلی رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان پر شد که نزد محقق محفوظ می‌باشد و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، کد اخلاق با شماره مرجع IR.IAU.R.REC.1401.046 تصویب شد. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان به منظور توزیع پرسشنامه و اجرای آموزش‌های مربوطه، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی در انتشار این مطالعه ندارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسندگان مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان مقاله در طراحی مطالعه، تدوین، تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج نسخه پیش نویس و دست نویس مقاله همکاری داشته و آن را خوانده و تأیید کرده‌اند و مسؤولیت پاسخگویی در مقابل کلیه جنبه‌های انجام پژوهش را می‌پذیرند.

حامی مالی

پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است.

منابع

- نظری، علی محمد و اسدی، مسعود. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی دانش آموزان. نشریه دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی. ۶(۱)، ۴۴-۴۸.
- اصغریان، فاطمه. (۱۳۹۸). تاثیر تحریک مغناطیسی فراجمجمه‌ای مکرر بر شدت افسردگی، بازداری پاسخ، انعطاف پذیری شناختی و حافظه‌ی دیداری - فضایی در بیماران با اختلال افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی.
- باقری‌نژاد، مینا، صالحی‌فرددی، جواد و طباطبایی، سیدمحمود (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱(۱)، ۲۱-۳۸.
- فیتزجرالد، پل بی و داسکالاکیس، زدجف. (۱۳۹۶). درمان تحریک مکرر مغناطیسی فراجمجمه‌ای (rTMS) بی بی برای اختلالات افسردگی: راهنمای عملی. ترجمه رضا رستمی و رضا کاظمی. انتشارات دانشگاه تهران.
- کراسک، میشل. (۱۳۹۵). درمان شناختی رفتاری. ترجمه علی نیلو فری، لیلا عبدالله پوری. تهران: انتشارات ارجمند.
- مرادی سکینه، یگانه طیبیه، نجفی کیومرث، ابوالقاسمی عباس، حق پرست ندا. (۱۳۹۶). نقش نارسایی شناختی، نوآوری و ریسک پذیری در تبیین اعتیاد به اینترنت. مجله سلامت و مراقبت. ۱۹(۲): ۱۷۷-۱۸۸.
- منصوری، احمد، فرنام، علیرضا، بخشی‌پور رودسری، عباس و محمودعلیلو، مجید (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. مجله دانشگاه علومپزشکی سبزوار، ۳(۱۷)، ۱۸۹-۱۹۵.
- ونزل، امی. (۱۳۹۹). درمان شناختی رفتاری: تکنیک‌ها و راهبردها. ترجمه مائده وحید پور و نصطفی نوکنی. تهران: انتشارات ارجمند.
- ویلسون، تارا. (۱۴۰۱). کتاب کار درمان شناختی-رفتاری برای بزرگسالان. ترجمه حمید رستمی. تهران: انتشارات ساوالان.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory II. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.
- Bellón J. Á. (2024). Exercise for the treatment of depression. *BMJ (Clinical research ed.)*, 384, q320. <https://doi.org/10.1136/bmj.q320>.
- Bergmann, T. O., Karabanov, A., Hartwigsen, G., Thielscher, A., & Siebner, H. R. (2016). Combining non-invasive transcranial brain stimulation with neuroimaging and electrophysiology: current approaches and future perspectives. *Neuroimage*, 140, 4-19.
- Biasi, M. M., Manni, A., Pepe, I., Abbatantuono, C., Gasparre, D., Iaffaldano, P., ... & Paolicelli, D. (2023). Impact of depression on the perception of fatigue and information processing speed in a cohort of multiple sclerosis patients. *BMC psychology*, 11(1), 208.

- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British journal of clinical psychology*, 21(1), 1-16.
- Brunoni, A. R., Chaimani, A., Moffa, A. H., Razza, L. B., Gattaz, W. F., Daskalakis, Z. J., & Carvalho, A. F. (2017). Repetitive transcranial magnetic stimulation for the acute treatment of major depressive episodes: a systematic review with network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(2), 143-152.
- Carver, C.S., & White, T.L. (1994). Behavioral Inhibition, Behavioral Activation, and Affective Responses to Impending Reward and Punishment: The BIS/BAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 319-333.
- Chu, S. A., Tadayonnejad, R., Corlier, J., Wilson, A. C., Citrenbaum, C., & Leuchter, A. F. (2023). Rumination symptoms in treatment-resistant major depressive disorder, and outcomes of repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) treatment. *Translational Psychiatry*, 13(1), 293.
- Citrenbaum, C., Corlier, J., Ngo, D., Vince-Cruz, N., Wilson, A., Wilke, S., ... & Leuchter, A. F. (2023). Pretreatment pupillary reactivity is associated with outcome of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) treatment of Major Depressive Disorder (MDD). *Journal of Affective Disorders*, 339, 412-417.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(7), 376-385.
- De Lange, F. P., Koers, A., Kalkman, J. S., Bleijenberg, G., Hagoort, P., Van der Meer, J. W., & Toni, I. (2008). Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Brain*, 131(8), 2172-2180.
- Dell'Osso, B., Camuri, G., Castellano, F., Vecchi, V., Benedetti, M., Bortolussi, S., & Altamura, A. C. (2011). Meta-review of metanalytic studies with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for the treatment of major depression. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 7, 167.
- Deng, W., Cheung, S. T., Tsao, S. W., Wang, X. M., & Tiwari, A. F. Y. (2016). Telomerase activity and its association with psychological stress, mental disorders, lifestyle factors and interventions: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 64, 150-163.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013). American Psychiatric Association. Translated by Yahya Seyed Mohammadi (2018). Tehran: Rushd Publications.
- Dobson, K., Mohammad Khani, P., & Masah Cholabi, O. (2006). Psychometric coordinates of Beck-2 depression questionnaire in a large sample of patients with major depressive disorder. *Journal of rehabilitation*. 8 (39), 86-80
- Fava M. Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 649- 59.
- Fox, N. A., Zeytinoglu, S., Valadez, E. A., Buzzell, G. A., Morales, S., & Henderson, H. A. (2023). Annual Research Review: Developmental pathways linking early behavioral inhibition to later anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(4), 537-561.
- Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. John Wiley & Sons.

- Hayley, S., & Litteljohn, D. (2013). Neuroplasticity and the next wave of antidepressant strategies. *Frontiers in cellular neuroscience*, 7, 218.
- Jennifer, S., Brady, B. R., Ibrahim, M. M., Herder, K. E., Wallace, J. S., Padilla, A. R., & Vanderah, T. W. (2024). Co-occurrence of chronic pain and anxiety/depression symptoms in US adults: prevalence, functional impacts, and opportunities. *Pain*, 165(3), 666-673.
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 349-357.
- Kazemi R, Ghazanfari F, Gholamrezaei S. The Effect of Bilateral Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Rumination in Patients with Major Depressive Disorder: A Clinical Trial. *JRUMS* 2019; 17 (10) :961-974.
- Khammami, S. (2011). Investigating the effectiveness of high-frequency supracortical magnetic stimulation (20 Hz) in patients with drug-resistant major depressive disorder. *Journal of Principles of Mental Health*, 12(47), 55-61.
- Kiyanzad S, Neshat Doost H T, Mehrabi H A, Mousav S G. (2021). The efficacy of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide. *Journal of Psychological Science*. 20(106), 1767-1786.
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Lefaucheur, J. P., Aleman, A., Baeken, C., Benninger, D. H., Brunelin, J., Di Lazzaro, V., ... & Ziemann, U. (2020). Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014–2018). *Clinical neurophysiology*, 131(2), 474-528.
- Lefaucheur, J. P., André-Obadia, N., Antal, A., Ayache, S. S., Baeken, C., Benninger, D. H., ... & Garcia-Larrea, L. (2014). Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *Clinical Neurophysiology*, 125(11), 2150-2206.
- Luminet, O. (2004). Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. In C.
- Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2010). *Forensic nursing science-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Macklem, G. L. (2011). *Evidence-based school mental health services: Affect education, emotion regulation training, and cognitive behavioral therapy*. New York: Springer.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
- McClintock, S. M., Reti, I. M., Carpenter, L. L., McDonald, W. M., Dubin, M., Taylor, S. F., ... & Lisanby, S. H. (2017). Consensus recommendations for the clinical application of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in the treatment of depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(1), 3651.
- Moradi, S., Yeganeh, T., Najafi, K., Abolghasemi, A., & Haqfares, N. (2016). The role of cognitive impairment, innovation and risk-taking in explaining Internet addiction. *Health and care magazine*. 19 (2),188-177.
- Mutz, J., Edgcumbe, D. R., Brunoni, A. R., & Fu, C. H. (2018). Efficacy and acceptability of non-invasive brain stimulation for the treatment of adult unipolar and bipolar depression: a systematic review and meta-analysis of randomised sham-controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 291-303.

- Nazari, A.M., & Asadi, M.(2011). The effectiveness of cognitive group therapy on decreasing depression among high school students. *Knowledge Health*, 6,44-48.
- Nemesure, M. D., Collins, A. C., Price, G. D., Griffin, T. Z., Pillai, A., Nepal, S., ... & Jacobson, N. C. (2024). Depressive symptoms as a heterogeneous and constantly evolving dynamical system: Idiographic depressive symptom networks of rapid symptom changes among persons with major depressive disorder. *Journal of psychopathology and clinical science*, 133(2), 155.
- Nguyen, T. D., Hieronymus, F., Lorentzen, R., McGirr, A., & Østergaard, S. D. (2021). The efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 279, 250-255.
- 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.
- Okamoto, A., Dattilio, F. M., Dobson, K. S., & Kazantzis, N. (2019). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Essential features and common challenges. *Practice Innovations*, 4(2), 112.
- Pirmoradi, M., Dolatshahi, B., Rostami, R., Mohammadkhani, P., & Dadkhah, A. (2012). Effectiveness of repetitive cranial magnetic stimulation (rTMS) on reducing the severity of cognitive, physical and pessimism-depression symptoms in patients with recurrent major depression. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 13 (2):186-174.
- Richards, C. S., & O'Hara, M. W. (Eds.). (2014). *The Oxford handbook of depression and comorbidity*. Oxford University Press.
- Rickerby, N. C., Hodges, P. W., Jensen, M. P., Besomi, M., & Day, M. A. (2024). An evaluation of the behavioural inhibition system and behavioural activation system (BIS-BAS) model of pain in athletes. *Journal of Sports Sciences*, 42(10), 930-937.
- Rim, H., & Kim, J. (2024). The influence of perceptions of gender discrimination in the workplace on depressive symptoms among Korean working women: The moderating role of job satisfaction. *Social Science & Medicine*, 341, 116527.
- Sampogna, G., Toni, C., Catapano, P., Della Rocca, B., Di Vincenzo, M., Luciano, M., & Fiorillo, A. (2024). New trends in personalized treatment of depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(1), 3-8.
- Sosa, R. (2024). Conditioned inhibition, inhibitory learning, response inhibition, and inhibitory control: Outlining a conceptual clarification. *Psychological review*, 131(1), 138.
- Strawbridge, R., Javed, R. R., Cave, J., Jauhar, S., & Young, A. H. (2023). The effects of reserpine on depression: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 37(3), 248-260.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema. (2003). Ruminative Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 21(9): 211-203.
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., ... & Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: Phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199(4), 317-322.
- Wei, Y., Zhu, J., Pan, S., Su, H., Li, H., & Wang, J. (2017). Meta-analysis of the Efficacy and Safety of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in the Treatment of Depression. *Shanghai archives of psychiatry*, 29(6), 328-342.

- WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization.
- Xiang X(2018). Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. AAGP. 2018; 26 (9):939-49
- Ziaunys, M., Sneideris, T., & Smirnovas, V. (2018). Self-inhibition of insulin amyloid-like aggregation. Physical Chemistry Chemical Physics, 20(43), 27638-27645.

Comparison of the effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation (RTMS) and cognitive-behavioral therapy on Behavioral inhibition and behavioral activation system in people with depression

Fariba Rostami ¹, Mina Mojtabaei ^{*2}, Farhad Avakh Keysomi ³

Abstract

This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of repetitive transcortical magnetic stimulation (rTMS) and cognitive behavioral therapy on behavioral inhibition and behavioral activation system in people with thoughts. The purpose of this study was to apply it, and in terms of research method, it was a semi-experimental type, with a pre-test, post-test design with a control group with a one-month follow-up. The statistical population of this research consisted of men and women with the main disease in Delaram Sina Psychiatric Hospital in Tehran in 2022. A statistical sample of 39 men and women suffering from major injuries, the study sample was selected by a purposeful method and by a random method (lottery) in three groups: repetitive transcortical magnetic stimulation (rTMS) (13 people), cognitive behavioral therapy (13 people) and the control group. (13 people) was replaced. Repetitive transcortical magnetic stimulation (rTMS) was performed in 12 sessions and cognitive-behavioral therapy was also performed in 12 sessions for the experimental groups and the control group did not receive any training. Beck's economics research tool - second edition (1996), Carver & White (1994) Behavioral Inhibition, Behavioral Activation questionnaire. The data were analyzed using variance analysis with repeated measurements in SPSS software version 26. The results showed that repeated supracortical magnetic stimulation and cognitive behavioral therapy had an effect on behavioral inhibition and behavioral activation system in people with disease and there was no significant difference between the effects of these two interventions on behavioral inhibition and behavioral activation system. The results obtained from the protocols of repeated extracortical magnetic stimulation and cognitive behavioral therapy can be used to intervene on behavioral inhibition/activation in people with injuries in mental health centers and psychiatric hospitals.

Keywords: Repetitive Transcortical Magnetic Stimulation (rTMS), cognitive behavioral therapy, behavioral inhibition and behavioral activation system, depression

1. Ph.D student of clinical psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

Email: baran_rostami95@gmail.com <https://orcid.org/0009-0007-5812-3571>

2. Associate Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

Email: mojtabaei_in@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0001-5153-3200>

3. Ph.D. in Military Psychiatry, Assistant Professor, Clinical Education Department, Faculty of Aerospace and Subaquatic Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran Email: dr.avakh@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7533-5716>



اثر بخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر،
باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به OCD

فایق شریف پور^۱، قربان فتحی اقدام^۲، مهرناز آزادیکتا^۳، هایده صابری^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۲۵

چکیده

اختلال وسواسی-اجباری (OCD) یکی از شایع‌ترین و فرسایشی‌ترین اختلالات روانی می‌باشد. عوامل متعددی در ایجاد و تشدید این اختلال نقش دارند که از بین این عوامل می‌توان به اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی اشاره کرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شهر سنندج تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۴۰ نفر از مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل شمارش شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب فراگیر (GAD-7)، باورهای فراشناختی (MCQ)، خودتنظیمی هیجانی هافمن و کشدن و تحریف‌های شناختی آلبرت الیس استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار دریافت درمان، قرار گرفت و در پایان دوره پس‌آزمون اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، بهبود باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی، و کاهش تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به OCD اثربخش است. تحلیل کوواریانس، با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مذکور در پس‌آزمون نشان داد. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش در اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی و تحریف‌های شناختی و افزایش در خودتنظیمی هیجانی نشان داد. با توجه به یافته‌های پژوهش از آنجا که مردان مبتلا به OCD علائم اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی دارند، لذا استفاده از مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمان اثربخش در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی، تحریف‌های شناختی، اختلال وسواسی-اجباری.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران (نویسنده مسئول).
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

مقدمه

بدحالی در اختلالات روانپزشکی یک قاعده است نه استثنا. همین امر در مورد اختلال وسواسی-اجباری (OCD)^۱ یک وضعیت سلامت روان که با وجود وسواس و یا اجبار مشخص می‌شود، صادق است (دی پریسکو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال وسواسی-اجباری اغلب با بسیاری از اختلالات روانپزشکی دیگر همراه است (اوسلند^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). به گزارش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم نرخ شیوع ۱۲ ماهه برای این اختلال ۱ درصد در آمریکا و در سطح جهانی ۱/۱ تا ۱/۸ است و شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-اجباری در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روان‌پزشکی تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود (سیاوش آبکنار، ۱۴۰۰). همچنین این بیماری جزء یکی از ۱۰ نوع از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری عصبی روانپزشکی در جهان فهرست شده است (بلیا^۴ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از اختلال‌هایی که پس از اختلال وسواسی-اجباری در افراد شروع می‌شود و باعث تشدید شدن آن می‌شود، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۵ است (کلن فلدت^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال اضطراب فراگیر یک وضعیت روانپزشکی شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است که با نگرانی بیش از حد و غیرقابل کنترل در مورد رویدادهای زندگی روزمره مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۷، ۲۰۲۲). افزایش علائم برانگیختگی سمپاتیک مانند تپش قلب و تنگی نفس معمولاً توسط افراد مبتلا به GAD گزارش می‌شود (زینال و نیومن^۸، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد OCD و GAD در بسیاری از مواقع همزمان با هم شکل می‌گیرند (سیتکوسکا-کیسیلوسکا^۹ و همکاران، ۲۰۲۰؛ سیتکوسکا-کیسیلوسکا و همکاران، ۲۰۱۹)؛ شاید به این دلیل که هر دو اختلال در عدم تحمل عدم اطمینان مشترک هستند (سیتکوسکا-کیسیلوسکا و همکاران، ۲۰۱۹). در چنین شرایطی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک درمان قابل قبول و بالقوه مؤثر برای کاهش اضطراب و علائم خلقی و افزایش آگاهی از زندگی روزمره می‌باشد (جیانگ و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۲؛ ایزهار و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲).

از طرفی در مدل فراشناختی اختلال وسواسی-اجباری، افراد نظرات منفی خود را بر اساس افکار مزاحم و باورهای خود در مورد اهمیت و تأثیر چنین افکاری قرار می‌دهند. به دلیل فراشناخت‌های مبتنی بر معیارهای نامناسب، فرد برخی از مراسم خنثی‌کننده و کنترلی را انجام می‌دهد. این امر منجر به تداوم ارزیابی آن‌ها از تهدید و کاهش اعتماد آن‌ها به حافظه می‌شود (یالیم^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). به

1. Obsessive Compulsive Disorder
2. De Prisco
3. Osland
4. Bellia
5. Generalized Anxiety Disorder
6. Klenfeldt
7. American Psychiatric Association
8. Zainal & Newman
9. Citkowska.Kisielevska
10. Jiang et al
11. Izhar et al
12. Yalim

بیانی دیگر باورهای فراشناخت^۱ سبب با افزایش اختلال وسواسی- اجباری می‌شود (اینالتگین و یاگسی^۲، ۲۰۲۴). روانشناسی فراشناخت، حوزه اندیشه‌گری نوینی است که پیشینه آن به دهه ۱۹۷۰ می‌رسد. فلاول^۳ نخستین کسی بود که در سال ۱۹۷۹ اصطلاح فراشناخت را مطرح کرد (ندری، صادقی و رضایی، ۱۴۰۲). فراشناخت شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مربوط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است که کارکرد، فراشناخت را تحت تأثیر قرار داده، حالت شناختی جاری را تنظیم نموده و منجر به آگاهی از آن می‌شود (اسپادا، جورجیو و ولز^۴، ۲۰۱۰). مدل‌های شناختی به این نتیجه رسیده‌اند که می‌توان از اختلال را از طریق مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی درمان درمان کرد (ولی‌زاده و پرندین، ۱۴۰۱)؛ شاید به این دلیل که ذهن آگاهی به جهت دهی تمایلات اجتنابی شناختی کمک می‌کند (وندر و جونز^۵، ۲۰۲۳).

همچنین بی نظمی هیجانی یک فرآیند مرکزی است که در پیدایش و حفظ اختلال اختلال وسواسی- اجباری نقش دارد (بیسچوف^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، تنظیم هیجان ناکارآمد را می‌توان به عنوان یک ویژگی اصلی در حفظ علائم وسواس- اجباری در نظر گرفت (ماسجود^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس مدل گراس^۸، خودتنظیمی هیجان^۹ یک فرآیند چند جزئی و پویا است که شامل تعاملات بین فرد و محیط او می‌شود. از طریق این فرآیند، افراد با استفاده از راهبردهایی که از نظر اجتماعی پذیرفته شده‌اند، احساسات خود را برای دستیابی به اهداف خاص ارزیابی، حفظ و اصلاح می‌کنند (رستوری^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، اختلال در تنظیم هیجان^{۱۱} به مشکل در مدیریت و پاسخگویی به تجربیات عاطفی به روشی که از نظر اجتماعی قابل قبول یا سازگار باشد، اشاره دارد (ساز- سانس و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۳). در این موقعیت نیز پیشنهاد شده است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی البته نه در بیماران اختلال وسواسی- اجباری بلکه در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در تنظیم هیجان آن‌ها نقش دارد (عابدی و اسماعیل‌زاده، ۲۰۲۲).

یکی دیگر از اختلالاتی که به نظر می‌رسد اختلال وسواسی- اجباری را تشدید می‌کند تحریف‌های شناختی^{۱۳} است (مارسزالک^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). تحریف‌های شناختی به روایت‌های درونی اشاره می‌کنند که بیانگر تفسیر مغرضانه از یک رویداد است (استوهمیر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۶). بک^۱ (۱۹۷۶)

1. Metacognitive Beliefs
2. İnaltekin & Yağcı
3. Flavell
4. Spada, Georgiou & Wells
5. Wunder & Jones
6. Bischof
7. Masjoodi
8. Gross
9. Emotional Regulation
10. Restoy
11. emotion dysregulation
12. Sáez.Suanes
13. Cognitive Distortions
14. Marszalek
15. Strohmeier

تحریف‌های شناختی را به عنوان تفسیرهای غیرواقعی، غیرقابل انعطاف و افراطی از اطلاعات تعریف می‌کند (حسینی و سلیمانی، ۲۰۲۱). مطالعه قبلی نشان می‌دهد که بیماران اختلال وسواسی-اجباری با سطوح بالاتری از باورهای وسواسی، عمدتاً از تحریفات شناختی رنج می‌برند (ساهی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸) و از طریق درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان آن را کاهش داد (هارون رشیدی و زکی‌زاده، ۱۴۰۱).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی با مواجهه و مناسک یا پیشگیری از پاسخ موافق نیستند یا از آن کناره‌گیری می‌کنند. در چنین مواردی به بیماران پیشنهاد می‌شود که درمان‌های رفتاری را با عناصر شناختی غنی کنند (کالون-نادوسکا و سیکورا^۳، ۲۰۱۹). چرا که خطاهای شناختی نقش مهمی در اختلال وسواس فکری-اجباری دارند و افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری هستند نسبت به دیگران خطاهای شناختی بیشتری دارند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). نمونه‌هایی از خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیش برآورد کردن خطر و مسئولیت‌پذیری زیاد را شامل می‌شود (سلیوا^۴، ۲۰۰۱). شایان ذکر است در مدل فراشناختی اختلال وسواس اجباری ولز^۵ (۱۹۹۷)، دو نوع باور فراشناختی محوری در نظر گرفته شده است: باورهای آمیختگی فکر و باورهای مربوط به مناسک. براساس این مدل، باورهای غیرفراشناختی مانند مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی، که در نظریه‌های دیگر با اختلال وسواسی-اجباری مرتبط هستند، محصولات جانبی تفکر و رفتارهای مداوم (سندرم توجه شناختی) هستند که توسط باورهای فراشناختی فعال می‌شوند. اگر چنین باشد، تغییرات در فراشناخت باید پیش‌بینی مستقل بهتری برای تغییرات در علائم وسواس فکری-اجباری پس از درمان نسبت به تغییرات در باورهای غیرفراشناختی باشد (گروتی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵).

بررسی‌های گذشته نشان می‌دهد مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ تاکنون به‌عنوان خط اول درمان این اختلال بوده است و شواهد پژوهشی قابل توجهی نیز در تأیید آن وجود دارد (دورون^۷ و همکاران، ۲۰۱۶؛ استورچ، مک‌گوئیر و مک‌کی^۸، ۲۰۱۸). علیرغم آن این روش درمانی دارای محدودیت‌های بزرگی است (واو^۹ و همکاران، ۲۰۱۶). از جمله اینکه میزان عود اختلال پس از قطع مواجهه بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار ناشی از این درمان‌ها رها می‌کنند (آبرامویتز، ۲۰۱۸؛ آرک و آبرامویتز، ۲۰۱۵). اوست و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند ترک درمان در ۱۹ درصد از بیماران اتفاق می‌افتد. در پاسخ به محدودیت‌های روش موصوف و پیشگیری از پاسخ برای

1. Beck
2. Şahin
3. Calun.Nadulska & Sikora
4. Sliwa
5. Wells' metacognitive model of obsessive compulsive disorder
6. Grøtte
7. Doron
8. Storch McGuire & McKay
9. Wu

وسواس برخی از پژوهش‌گران به درمان‌های موج سوم از جمله ذهن‌آگاهی روی آوردند (جاکوبسن، نیومن و گلدفری^۱، ۲۰۱۶). ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است. این توجه، توجهی است هدفمند به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (زیرمن، بارل و جوردن^۲، ۲۰۱۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دامنه گسترده‌ای از اختلالات و از جمله وسواس نشان داده شده است (هانلی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶؛ پاتر و کوپل^۴، ۲۰۱۷).

از آنجایی که اختلال وسواسی- اجباری باعث اختلال در روند زندگی روزانه، رشد و همچنین تغییر در فعالیت‌های مغزی افراد می‌شود. فرد مبتلا کنترلی بر رفتارهای خود نداشته و احساس ناتوانی و عزت نفس پایینی دارد. بی‌اطلاعی از ماهیت افکار وسواسی و رفتارهای اجباری علاوه بر مشکل ناتوانی در بیان و ابراز خواسته‌ها و افکار و احساسات آن‌ها، باعث دشواری در شناسایی علائم وسواس در آن‌ها نیز می‌شود. در نتیجه لازم است با اتخاذ روش‌های درمانی مناسب این اختلالات در افراد مرتفع گردد. لذا مسأله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش است؟

روش‌شناسی

روش پژوهش: این پژوهش به‌عنوان یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد که هدف آن بررسی اثرات کوتاه‌مدت مداخله بود. به دلیل محدودیت‌های زمانی و منابع موجود، امکان اجرای مرحله پیگیری فراهم نشد. با این حال، هدف اصلی پژوهش ارزیابی تغییرات فوری پس از مداخله بود و نتایج به‌دست‌آمده به خوبی نشان‌دهنده اثربخشی کوتاه‌مدت مداخله است.

جامعه: جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری مراجعه‌کننده به مرکز درمانی قدس شهر سمنان تشکیل می‌دادند.

نمونه و روش نمونه‌گیری: نمونه‌های آماری به‌صورت هدفمند در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به دلیل محدودیت دسترسی به بیماران خاص، از نوع نمونه‌گیری هدفمند بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی بود که ابتلای آن‌ها به اختلال وسواسی- اجباری توسط روانپزشک متخصص، بر اساس مصاحبه بالینی و تأیید معیارهای تشخیصی DSM-5، تشخیص داده شده بود. بیمارانی که دارو درمانی یا سایر مداخلات روان‌شناختی را هنگام ورود به پژوهش دریافت می‌کردند یا به سایر بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی مانند سایکوز مبتلا بودند، از مطالعه حذف شدند. تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی را پیش از آغاز مطالعه امضا کردند.

1. Jacobson, Newman & Goldfried
2. Zimmermann, Burrell & Jordan
3. Hanley
4. Potter & Coyle

ابزار سنجش: پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7): برای اندازه‌گیری اضطراب فراگیر در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۷ سؤال بود که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی‌ها می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شدند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ بود (محمدپناه اردکان و شمس اسفندآباد، ۱۳۹۹). نسخه اولیه پرسشنامه که دارای ۱۳ عبارت بود در بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ در ۱۵ کلینیک مراقبت اولیه در آمریکا و بر روی ۲۷۴۰ بیمار بالغ مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت ۷ عبارت برای نسخه نهایی انتخاب شدند. نتایج به دست آمده در مطالعه اولیه نشانگر روایی و پایایی مناسب این ابزار و دقت تشخیصی بالای آن بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲۱ محاسبه شد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ): برای اندازه‌گیری باورهای فراشناختی در این پژوهش از پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کارترایت هاتون (۱۹۷۷) استفاده شد. این پرسشنامه، یک ابزار ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی، خصیصه‌ای که برخی از آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند طراحی شده است. پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه پنج درجه‌ای لیکرت: ۱ = موافق نیستم تا ۵ = خیلی زیاد موافقم محاسبه می‌شود. این مقیاس‌ها دارای پنج خرده مقیاس است: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۲) باورهایی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، (۳) باورهایی درباره اطمینان شناختی، (۴) باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و (۵) وقوف شناختی است. پایایی کلی این پرسشنامه به طور کلی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶۵ و برای ابعاد آن به ترتیب ۰/۷۴۸، ۰/۸۲۰، ۰/۸۰۳، ۰/۷۹۱، ۰/۷۳۳ محاسبه شد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی‌ها فامن و کشدن: برای اندازه‌گیری خودتنظیمی هیجانی در این پژوهش از پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی‌ها فامن و کشدن (۲۰۱۰) استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال و سه مؤلفه سازگاری، پنهان کاری و تحمل است که پاسخگویی به آن‌ها براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از طیف «بی‌نهایت در مورد من درست است»، «اصلاً در مورد من درست نیست» را شامل می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس توسط توتزک و همکاران^۱ (۲۰۱۸) برای خرده مقیاس‌های سازگاری، پنهان کاری و تحمل به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ محاسبه شده است که حاکی از پایایی بالای آن است. از آنجائی که این پرسشنامه به شیوه تحلیل عاملی تأییدی استخراج گردیده است، بنابراین می‌توان روایی سازه آن را مناسب ارزیابی نمود و از آنجا که روایی محتوایی از راه رجوع به نظر کارشناسان قابل حصول است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سه مؤلفه سازگاری، پنهان کاری، تحمل و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۴۱، ۰/۸۱۰، ۰/۷۹۳ و ۰/۸۱۱ محاسبه شد.

پرسشنامه تحریف‌های شناختی آلبرت ایس: این پرسشنامه که در سال ۲۰۰۰ توسط آلبرت ایس طراحی و ساخته شده است شامل ۲۰ عبارت است که به سنجش تحریف‌های شناختی می‌پردازد. در این پرسشنامه هر تفکر نامعقول ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. به این ترتیب عبارات؛ تحریف شماره ۱ (تفکر همه یا هیچ)، تحریف شماره ۲ (تعمیم مبالغه‌آمیز)، تحریف شماره ۳ (فیلتر ذهنی)، تحریف شماره ۴ (بی توجهی به امر مثبت)، تحریف شماره ۵ (نتیجه‌گیری شتابزده)، تحریف شماره ۶ (درشت بینی - ریزبینی)، تحریف شماره ۷ (استدلال احساسی)، تحریف شماره ۸ عبارات (باید؛ بهتر) است، تحریف شماره ۹ (برچسب زدن) و تحریف شماره ۱۰ (شخص‌سازی)، را مورد سنجش قرار می‌دهند. آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه لیکرت؛ کاملاً موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم به سؤالات پاسخ می‌دهند و نمره‌ای برابر صفر تا پنج می‌گیرند. از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره کل به دست می‌آید. کسب نمرات کمتر نشان‌دهنده تحریف شناختی بیشتر در هر یک از ابعاد است. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه محمدی (۱۳۸۵) از آلفای کرونباخ استفاده کرد و میزان آن را برابر با ۰/۸۰ محاسبه کرد (شاه کرمی و همکاران، ۱۳۹۳). احمدی کانی گلزار و همکاران (۱۳۹۲) نیز ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲۷ محاسبه شد.

روش اجرا: در این پژوهش، ابتدا با مراجعه به مرکز درمانی قدس سنندج، مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شناسایی شدند. تشخیص ابتلای این بیماران بر اساس مصاحبه بالینی توسط روانپزشک متخصص و تأیید معیارهای تشخیصی DSM-5 انجام شد. در مجموع، ۵۷ بیمار توسط روانپزشک تشخیص داده شدند. از میان این افراد، ۴۰ نفر که شرایط لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند، به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند.

گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، در مدت ۲ ماه تحت مداخله درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. این جلسات به صورت گروهی در مرکز درمانی قدس سنندج برگزار شد. گروه کنترل در طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱. نمای کلی از جلسات شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (محمدخانی و خانی‌بور، ۱۳۹۶)

جلسات	محتوای آموزش جلسات
اول	هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و ارسی بدن، اجرای پیش‌آزمون
دوم	سروکار داشتن با موانع: مراقبه و ارسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین‌های افکار و احساسات
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
چهارم	باقی‌ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه‌ای مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تقویم تجارب ناخوشایند
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن، مراقبه‌ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی
ششم	افکار واقعیت نیستند: مراقبه‌ی بنشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین
هفتم	چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم؟ فعالیت‌های ارتقاءدهنده: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ها
هشتم	راه‌حل آفرینی سازنده، تحریف‌های شناختی، مراقبه‌ای و ارسی بدن، آگاهی از تنفس
نهم	بررسی چیزهای بسیار ارزشمند زندگی فرد و تمرین در کسب و نگهداری آن‌ها، مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس بد استفاده از آن چیزی که یادگرفته شده برای بکارگیری در آینده؛ مراقبه و ارسی بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره و اجرای پس‌آزمون

روش تحلیل داده‌ها: پس از اتمام مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) بهره گرفته شد تا اثر مداخله در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بررسی شود.

نتایج

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای تحقیق

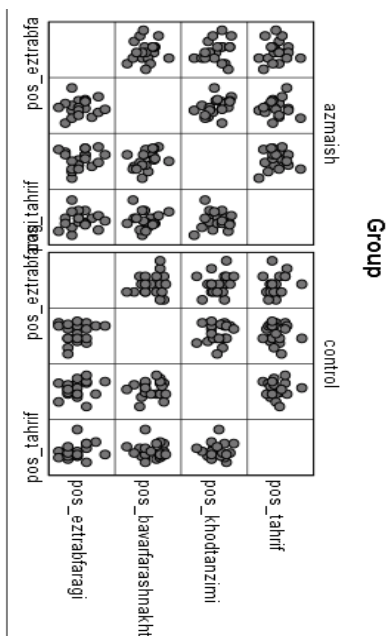
متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	M	SD	M
اختلال اضطراب فراگیر	کنترل	۲/۳۹	۱۶/۳۵	۲/۴۸	۱۶/۱۰
	آزمایش	۱۷/۹۵	۱/۳۷	۱/۸۰	۱۲/۳۰
باورهای فراشناختی	کنترل	۴/۹۶	۱۰۵/۲۰	۴/۶۲	۱۰۳/۴۵
	آزمایش	۱۰۴/۳۰	۵/۹۳	۸۸/۶۰	۸/۴۵
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	۵/۱۲۰	۴/۷۷	۵/۲۹	۵۰/۷۵
	آزمایش	۴۹/۳۰	۵/۰۷	۶/۷۳	۶۱/۳۰
تحریف‌های شناختی	کنترل	۶۸/۸۵	۶/۰۹	۵/۳۴	۶۹/۹۰
	آزمایش	۷۰/۲۰	۴/۷۵	۶/۲۵	۶۲/۴۵

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، باید چندین پیش‌فرض آماری بررسی شوند تا از اعتبار نتایج اطمینان حاصل شود. این پیش‌فرض‌ها شامل بهنجاری تک‌متغیری و چندمتغیری، خطی بودن روابط بین متغیرهای وابسته، همگنی واریانس-کوواریانس، عدم هم‌خطی چندگانه و همگنی شیب‌های رگرسیون هستند. همچنین، به منظور اطمینان از برابری واریانس‌های دو گروه کنترل و آزمایش، این پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده‌ها از نظر بهنجاری تک‌متغیری در هر دو گروه کنترل و آزمایش معنادار نیستند ($P>0.05$)، بنابراین مفروضه بهنجاری تأیید شد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری
اختلال اضطراب فراگیر	کنترل	۰/۹۳۳	۰/۱۷۵	۰/۹۲۸	۰/۱۴۱
	آزمایش	۰/۹۶۳	۰/۶۱۱	۰/۹۶۵	۰/۶۴۳
باورهای فراشناختی	کنترل	۰/۹۵۳	۰/۴۲۳	۰/۹۱۸	۰/۰۸۹
	آزمایش	۰/۹۴۴	۰/۲۸۵	۰/۹۸۴	۰/۹۷۵
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	۰/۹۳۱	۰/۱۶۲	۰/۹۶۹	۰/۷۳۹
	آزمایش	۰/۹۱۶	۰/۰۸۲	۰/۹۵۹	۰/۵۲۶
تحریف‌های شناختی	کنترل	۰/۹۱۹	۰/۰۹۴	۰/۹۱۰	۰/۰۶۳
	آزمایش	۰/۹۳۸	۰/۲۱۶	۰/۹۶۷	۰/۷۰۱

برای بررسی خطی بودن، نمودارهای پراکندگی بین هر جفت از متغیرهای وابسته رسم شد که نشان‌دهنده رابطه خطی مناسبی بین آن‌ها بود (نمودار ۱).



نمودار ۱. نتایج ماتریس نمودار پراکنندگی

آزمون M-باکس با سطح معناداری ۰/۶۸ نیز نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون M-باکس

سطح معناداری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول	آماره F	م-باکس
۰/۶۸۷	۶۹۰۳/۵۸۶	۱۰	۰/۷۴۰	۸/۳۵۸

علاوه بر این، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها حاکی از عدم معناداری بود ($P > 0.05$)، که نشان می‌دهد واریانس‌های دو گروه برابر هستند (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون لوین

متغیر	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
اختلال اضطراب فراگیر	۲/۹۳۵	۱	۳۸	۰/۰۹۵
باورهای فراشناختی	۰/۷۲۲	۱	۳۸	۰/۴۰۱
خودتنظیمی هیجانی	۳/۲۷۲	۱	۳۸	۰/۰۷۸
تحریف‌های شناختی	۱/۰۹۵	۱	۳۸	۰/۳۰۲

بنابراین، با توجه به این که تمامی پیش‌فرض‌های مورد نیاز برقرار بودند، تحلیل اصلی برای مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون انجام شد. در این مرحله، میانگین‌های حاشیه‌ای (میانگین‌های تعدیل‌شده) که نشان‌دهنده میانگین‌های اصلی اصلاح‌شده با توجه به اثرات متغیرهای هم‌پراش هستند، ارائه می‌شوند. این میانگین‌ها به ما امکان می‌دهند که تأثیرات خالص مداخله را، با حذف تأثیر متغیرهای مداخله‌گر، مشاهده کنیم. تحلیل واریانس با مقایسه میانگین‌های اصلی و تحلیل کوواریانس با مقایسه میانگین‌های حاشیه‌ای، تفاوت‌های موجود بین گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج میانگین و انحراف معیار تعدیل شده

متغیر	گروه	M	SD
اختلال اضطراب فراگیر	کنترل	۱۷/۸۳	۰/۳۵۰
	آزمایش	۱۲/۴۲	
باورهای فراشناختی	کنترل	۱۰۳/۹۹	۱/۶۹۶
	آزمایش	۸۸/۹۰	
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	۴۸/۸۴۷	۱/۳۳۰
	آزمایش	۶۱/۷۵۳	
تحریف‌های شناختی	کنترل	۷۰/۱۴۷	۱/۱۵۶
	آزمایش	۶۲/۵۰۳	

با توجه به برقراری مفروضات تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا)، در ادامه برای بررسی تفاوت‌ها در مرحله پس‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. همانطور که در جدول ۷، مشاهده می‌شود نتایج بدست آمده از تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که F کلی در مرحله پس‌آزمون با ارزش لامبدای ویلکز ۵۶/۷۴ در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار است و این گواه آن است که بین گروه‌ها پس از مداخله تفاوت وجود دارد.

جدول ۷. نتایج آزمون لامبدای ویلکز

آزمون	مقادیر	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر
لامبدای ویلکز	۰/۸۸۰	۵۶/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰

سرانجام نتایج آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره محاسبه شد. چنانچه در جدول (۸) مشاهده می‌شود درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال اضطراب فراگیر ($F=۱۱۶/۳۰$ و $Sig=۰/۰۰۱$)، باورهای فراشناختی ($F=۳۸/۵۶$ و $Sig=۰/۰۰۱$)، خودتنظیمی هیجانی ($F=۴۵/۸۶$ و $Sig=۰/۰۰۱$) و تحریف‌های شناختی ($F=۲۱/۲۹$ و $Sig=۰/۰۰۱$) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. از این‌رو این فرضیه که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی،

خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به OCD اثربخش است، تأیید و فرض صفر رد می‌شود. بر مبنای ضریب تأثیر درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بیشترین تأثیر را بر اختلال اضطراب فراگیر (۰/۷۴) و کمترین تأثیر را بر تحریف‌های شناختی (۰/۳۸) دارد.

جدول ۸. نتایج بین آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	ضریب اِتا
اختلال اضطراب فراگیر	۲۷۷/۸۹۴	۱	۱۱۶/۳۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴
باورهای فراشناختی	۲۱۶۱/۹۹۱	۱	۳۸/۵۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
خودتنظیمی هیجانی	۱۵۸۱/۷۹۷	۱	۴۵/۸۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
تحریف‌های شناختی	۵۵۴/۷۶۵	۱	۲۱/۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۵

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از اختلالات اضطراب فراگیر در مردان مبتلا به OCD اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه جیانگ و همکاران (۲۰۲۲) و ایزهار و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این روش درمانی با تمرکز بر ذهن آگاهی، به مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کمک می‌کند تا آگاهی بیشتری از افکار، احساسات و واپسین‌های خود داشته باشند. این بیشینه آگاهی می‌تواند به شناسایی و مدیریت بهتر علائم اضطرابی کمک کند. همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ممکن است الگوهای فکری منفی و ناکارآمدی داشته باشند. از طریق درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی، آن‌ها می‌آموزند چگونه مهارت‌های پردازش شناختی را بهبود بخشند و با الگوهای فکری مخرب مقابله کنند. مضاف بر این، با افزایش آگاهی از واپسین‌های اضطرابی خود و مدیریت آن‌ها از طریق مواجهه، مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری می‌توانند کاهشی در سطح اضطراب تجربه کنند و بازدهی بهتری در زندگی روزمره داشته باشند. سرانجام اینکه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کمک کند تا بهترین راهکارهای سازگاری اجتماعی را انتخاب کرده و با موقعیت‌های اجتماعی بهتری روبرو شوند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش باورهای فراشناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه ولی‌زاده و پرندین (۱۴۰۱) و وندر و جونز (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از طریق روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی، افراد آموزش داده می‌شوند که چگونه باورهای فراشناختی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را از افکار و احساسات خود جدا کنند. این اتکا به آگاهی و شناخت می‌تواند به فرد کمک کند تا باورهای مخرب خود را به چالش بکشد و به شکل‌های جدیدی به آن‌ها واکنش نشان

دهد. از طرفی مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی اجازه می‌دهد تا افراد به صورت مستقیم و بدون فرار از واقعیت‌های ناخواسته و ترسناکی که باورهای فراشناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است، روبرو شوند. این مواجهه مستقیم می‌تواند به فرد کمک کند تا متوجه شود میزان واقعیت این باورها چقدر است و بتواند به شکل مؤثری با آن‌ها برخورد کند. علاوه بر این، روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی همچنین می‌تواند به فرد کمک کند تا مهارت‌های پردازش شناختی‌اش را بهبود بخشیده و به شکل مؤثری با باورهای فراشناختی خود مقابله کند. این مهارت‌ها شامل شناسایی و تغییر الگوهای فکری نامفید و افزایش توانایی در نظارت و انتخاب ذهن می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودتنظیمی هیجانی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه عابدی و اسماعیل‌زاده (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا احساسات خود را بهتر شناسایی کرده و درک کنند. این آگاهی در ارتباط با احساساتشان می‌تواند افراد را در مدیریت خودتنظیمی هیجانی کمک کند. همچنین از طریق روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی، افراد می‌توانند مهارت‌های مهمی مانند تنظیم توجه، تنظیم تنفس و مدیریت اندازه‌گیری هیجان‌ها را یاد بگیرند. این مهارت‌ها می‌توانند به فرد کمک کنند تا در مواجهه با احساسات ناگوار بهتر عمل کند. شایان ذکر است اغلب افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تجربه استرس و اضطراب فراوانی دارند. استفاده از روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش سطح استرس و اضطراب شود و این امر می‌تواند بهبود خودتنظیمی هیجانی را نیز به همراه داشته باشد. در نهایت طبق این رویکرد، افراد با متمرکز شدن بر آگاهی از واپسین‌های منفی‌شان و مهارت در مواجهه مستقیم با آن‌ها، می‌توانند به شکل مؤثری با این واپسین‌ها کنار بیایند و از آن‌ها دوری کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه هارون رشیدی و زکی‌زاده (۱۴۰۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فراد از طریق استفاده از روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی، می‌توانند یاد بگیرند که چگونه تحریف‌های شناختی خود را شناسایی کرده و از آن‌ها دوری کنند. این آگاهی این افراد را قادر می‌سازد تا بهتر به الگوهای منفی و تحریف‌های شناختی خود واکنش نشان دهند. همچنین از طریق روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی، افراد می‌توانند مهارت‌های پردازش شناختی‌شان را بهبود بخشیده و در مواجهه با تحریف‌های شناختی خود، به شکل مؤثری عمل کنند. این مهارت‌ها شامل توانایی تغییر الگوهای فکری نامفید و افزایش توانایی در نظارت و انتخاب ذهن می‌شود. علاوه بر این، این روش درمانی اجازه می‌دهد تا افراد به صورت مستقیم و بدون فرار از الگوها و تحریف‌های شناختی ناکارآمد خود، روبرو شوند. این مواجهه مستقیم می‌تواند به فرد کمک کند تا متوجه شود میزان واقعیت این تحریف‌ها چقدر است و بتواند با آن‌ها به شکل مؤثری برخورد کند.

در مجموع با توجه به نتایج بدست آمده درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال اضطراب فراگیر نسبت به کاهش باورهای فراشناختی، تحریف‌های شناختی و افزایش خودتنظیمی هیجانی اثربخشی بیشتری نشان داد. بدین دلیل که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تأکید می‌کند که افراد به تجربه‌های حال خود آگاه شوند و بدون داشتن داوری و ارزیابی، این تجربه‌ها را بپذیرند. این نوع آگاهی می‌تواند به کاهش احساسات ناخواسته و افکار ناخواسته کمک کند. از طرفی مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به جای اینکه تلاش کنند فکرها و احساسات منفی را تغییر دهند، یاد می‌گیرند که این احساسات را بپذیرش کنند و در حال زمان حال فعالیت کنند. بنابراین می‌توان گفت که این نوع درمان می‌تواند از جنبه‌ی موجه‌سازی و تغییر فکرها‌ی مخرب کمک کند. از طرفی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بر تغییر درونی افراد تمرکز دارد تا بر تغییر خارجی. این نوع تمرکز می‌تواند به افراد کمک کند که راهکارهای مؤثرتری برای مقابله با اختلال اضطراب فراگیر پیدا کنند. با این حال نمونه پژوهش حاضر منحصر به مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بوده و تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند. با توجه به محدودیت‌های زمانی اجرای تکنیک‌ها و آموزش‌ها و بکارگیری فنون آموزشی مورد نیاز برای سایر مشکلات آزمودنی‌ها بعد پایان دوره درمان و همچنین عدم تداوم ارتباط مناسب اکثر آزمودنی‌ها با پژوهشگر، این پژوهش فاقد اطلاعات مربوط به ارزیابی‌های طول دوره درمان است. لذا پیشنهاد می‌شود، مداخله‌های این پژوهش روی دو گروه زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اجرا شود. همچنین ارزیابی رفتاری بیشتر و بررسی داده‌های خط پایه و ارزیابی در حین درمان مورد توجه قرار گرفته و در تمامی مراحل از ارزیابی‌های مستقل استفاده شود. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که می‌توان از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، تحریف‌های شناختی و افزایش خودتنظیمی هیجانی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری استفاده کرد.

منابع

- احمدی کانی گلزار، ارسلان، قلی‌زاده، زلیخا، سهرابی، احمد، کیانی، محمد علی، علیزاده، نرگس، و اصغرنژاد، سحر. (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر درمان افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویایی تعارضات وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان*، مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، ۱۶(۵۲)، ۱۷-۸.
- سیاوش آبکنار، م. (۱۴۰۰). *بررسی ارتباط اضطراب کرونا با نگرانی و شدت علائم وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی*. مجله دستاورهای نوین در مطالعات علوم انسانی، ۴(۳۹)، ۱۸۴-۱۷۶.
- شاه کرمی، محمد، زهراکار، کیانوش، و محسن‌زاده، فرشاد. (۱۳۹۳). *بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های حل تعارض در رابطه‌ی بین تحریف‌های شناختی بین فردی و رضایت جنسی با تعهد زناشویی*. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۸(۲)، ۶۰-۵۴.
- موسوی، س. ا.، غزایی، ب.، رضانی فرانی، ع.، و طارمیان، ف. (۱۳۹۶). *مقایسه خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی*. مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۳(۱)، ۲۱-۱۰.
- ندری، م.، صادقی، م.، و رضایی، ف. (۱۴۰۲). *تدوین مدل معادلات ساختاری اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مؤلفه‌های آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با میانجی‌گری باورهای فراشناخت*. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۷۰)، ۲۵۰-۲۳۹.
- هارون رشیدی، ه.، و زکی‌زاده، ح. (۱۴۰۱). *اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سازگاری اجتماعی و تحریف‌های روان‌شناختی مردان سالمند*. روان‌شناسی پیری، ۸(۲)، ۱۱۷-۱۰۵.

- Abramowitz, J. S. (2018). *Getting over OCD: a 10-step workbook for taking back your life*. Guilford Publications.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. doi: 10.1176/appi.books.9780890425787.
- Arch, J. J., & Abramowitz, J. S. (2015). *Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 174-182.
- Bellia, F., Girella, A., Annunzi, E., Benatti, B., Vismara, M., Priori, A., ... & D'Addario, C. (2024). *Selective alterations of endocannabinoid system genes expression in obsessive compulsive disorder*. *Translational Psychiatry*, 14(1), 118.
- Bischof, C., Hohensee, N., Dietel, F. A., Doebler, P., Klein, N., & Buhlmann, U. (2024). *Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder: An Ecological Momentary Assessment Study*. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.011>.
- Calun-Nadulska, P., & Sikora, JM. (2019). *Therapy of an obsessive-compulsive disorder in a cognitive-behavioural approach*. *psychiatry psychologias kliniczna-journal of psychiatry and clinical psychology*. 19(2), 210-215.
- Citkowska-Kisielewska, A., Rutkowski, K., MIELIMAKA, M., Sobanski, J. A., & Dembinska, E. (2020). *Obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder and in generalized anxiety disorder: occurrence and correlations*. *Journal of Psychiatric Practice®*, 26(2), 101-119.
- Citkowska-Kisielewska, A., Rutkowski, K., Sobański, J. A., Dembińska, E., & Mielimaka, M. (2019). *Anxiety symptoms in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder*. *Psychiatr. Pol*, 53(4), 845-864.
- De Prisco, M., Tapoi, C., Oliva, V., Possidente, C., Strumila, R., Lageborn, C. T., & Fico, G. (2024). *Clinical features in co-occurring obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis*. *European Neuropsychopharmacology*, 80, 14-24.
- Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E., & Moulding, R. (2016). *Relationship obsessive-compulsive disorder: interference, symptoms, and maladaptive beliefs*. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 58.
- Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2015). *Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder*. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 41-50.
- Hanley, A. W., Abell, N., Osborn, D. S., Roehrig, A. D., & Canto, A. I. (2016). *Mind the gaps: are conclusions about mindfulness entirely conclusive?*. *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 103-113.
- Hosseini, K., & Soleimani, E. (2021). *The Relationship between Child Abuse and Cognitive Distortions with Clinical Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: The Mediating Role of Emotion Dysregulation*. *International Journal of Behavioral Sciences*, 15(2), 88-95.
- İnaltekin, A., & Yağcı, İ. (2024). *Difficulty in Emotion Regulation, Metacognition, Psychiatric Symptoms, and Suicide Probability in Obsessive-Compulsive Disorder*. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 1-7.
- Izhar, L. I., Babiker, A., Rizki, E. E., Lu, C. K., & Abdul Rahman, M. (2022). *Emotion Self-Regulation in Neurotic Students: A Pilot Mindfulness-Based Intervention to Assess Its Effectiveness through Brain Signals and Behavioral Data*. *Sensors*, 22(7), 2703.

- Jacobson, N. C. , Newman, M. G. , & Goldfried, M. R. (2016). *Clinical feedback about empirically supported treatments for obsessive-compulsive disorder*. *Behavior therapy*, 47(1), 75-90.
- Jiang, S. S. , Liu, X. H. , Han, N. , Zhang, H. J. , Xie, W. X. , Xie, Z. J. , ... & Huang, X. B. (2022). *Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial*. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11.
- Klenfeldt, I. F. , Skoog, G. , Skoog, J. , & Skoog, I. (2024). *The natural history of lifetime psychiatric disorders in patients with obsessive-compulsive disorder followed over half a century*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Marszalek, J. M. , Lasiter, S. , Jianfang, L. , Ghaffari, A. , Martsof, G. R. , Poghosyan, L. , & Neff, D. (2023). *cognitive distortions and mental disorders*. *Journal of Nursing Measurement*. 1(5), 1-17.
- Masjoodi, S. , Farrokhi, M. , Afkham, B. V. , & Koohsar, J. S. (2024). *Advances in DTI Studies for Diagnosis and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 111794.
- Osland, S. , Arnold, P. D. , & Pringsheim, T. (2018). *The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study*. *Psychiatry research*, 268, 137-142.
- Öst, L. G. , Havnen, A. , Hansen, B. , & Kvale, G. (2015). *Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014*. *Clinical psychology review*, 40, 156-169.
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. McGraw-hill education (UK).
- Potter, K. , & Coyle, A. (2017). *Psychotherapeutic practitioners' views of the efficacy of mindfulness for the treatment of obsessive compulsive disorder: A qualitative key informant analysis*. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 19(2), 124-140.
- Restoy, D. , Oriol-Escudé, M. , Alonzo-Castillo, T. , Magán-Maganto, M. , Canal-Bedia, R. , Díez-Villoria, E. , ... & Lugo-Marín, J. (2024). *Emotion regulation and emotion dysregulation in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis of evaluation and intervention studies*. *Clinical Psychology Review*, 102410.
- Sáez-Suanes, G. P. , García-Villamizar, D. , & Del Pozo Armentia, A. (2023). *The role of intellectual disability and emotional regulation in the autism–depression relationship*. *Autism*, 27(7), 1960-1967.
- Şahin, H. , Köşger, F. , Eşizoğlu, A. , & Aksaray, G. (2018). *The relationship between obsessive belief level and cognitive flexibility in patients with obsessive compulsive disorder*. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(4), 376-383.
- Sliwa, L. (2001). *Review of Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford: York N.
- Spada, M. M. , Georgiou, G. A. , & Wells, A. (2010). *The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety*. *Cognitive behaviour therapy*, 39(1), 64-71.
- Storch, E. A. , McGuire, J. F. , & McKay, D. (Eds.). (2018). *The clinician's guide to cognitive-behavioral therapy for childhood obsessive-compulsive disorder*. Academic Press.
- Strohmeier, C. W. , Rosenfield, B. , DiTomasso, R. A. , & Ramsay, J. R. (2016). *Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness*. *Psychiatry research*, 238, 153-158.

- Tabachnick, B. G. , Fidell, L. S. , & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson.
- Totzeck, C., Teismann, T., Hofmann, S. G., von Brachel, R., Zhang, X. C., Pflug, V., & Margraf, J. (2018). *Affective styles in mood and anxiety disorders—Clinical validation of the “Affective Style Questionnaire”(ASQ)*. *Journal of Affective Disorders*, 238, 392-398.
- Wu, M. S. , McGuire, J. F. , Martino, C. , Phares, V. , Selles, R. R. , & Storch, E. A. (2016). *A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity*. *Clinical Psychology Review*, 45, 34-44.
- Wunder, Z. I. , & Jones, L. L. (2023). *Mindful Metacognition: Attention, Beliefs, and Skills in the Acceptance of Experiences*. *Mindfulness*, 14(12), 2917-2931.
- Yalın, E. , Ünsal, C. , & Gündoğmuş, İ. (2024). *The Relationship Between Occupational Functionality and Metacognition in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. *Cureus*, 16(1), 1-9.
- Zainal, N. H. , & Newman, M. G. (2024). *Which client with generalized anxiety disorder benefits from a mindfulness ecological momentary intervention versus a self-monitoring app? Developing a multivariable machine learning predictive model*. *Journal of Anxiety Disorders*, 102, 102825.
- Zimmermann, F. F. , Burrell, B. , & Jordan, J. (2018). *The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review*. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 68-78.

The Effectiveness of Mindfulness-Based Exposure Therapy on Preventing Generalized Anxiety Disorder, Metacognitive Beliefs, Emotional Self-Regulation, and Cognitive Distortions in Men with OCD

Fayegh Sharifpoor¹, Ghorban Fathi Aghdam², Mehrnaz Azadyekta³, Hayede Saberi⁴

Abstract:

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is one of the most common and debilitating mental disorders. Numerous factors contribute to the onset and exacerbation of this disorder, among which generalized anxiety disorder, metacognitive beliefs, emotional self-regulation, and cognitive distortions are significant. The present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based exposure therapy on preventing generalized anxiety disorder, improving metacognitive beliefs, emotional self-regulation, and reducing cognitive distortions in men with OCD. This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all men with OCD in the city of Sanandaj. The sample consisted of 40 men with OCD, selected through purposive sampling, and divided into experimental and control groups. Data were collected using the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7), the Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ), the Emotional Self-Regulation Questionnaire by Hofmann and Kashdan, and the Cognitive Distortions Questionnaire by Albert Ellis. After conducting the pretest, the experimental group underwent ten 90-minute intervention sessions, while the control group was placed on a waiting list for treatment. The posttest was conducted at the end of the intervention. Multivariate covariance analysis (MANCOVA) was used to analyze the data. The results showed that mindfulness-based exposure therapy was effective in preventing generalized anxiety disorder, improving metacognitive beliefs, enhancing emotional self-regulation, and reducing cognitive distortions in men with OCD. Covariance analysis, controlling for pretest effects, revealed a significant difference between the experimental and control groups in the posttest on the mentioned variables. Compared to the control group, the experimental group demonstrated a significant reduction in generalized anxiety disorder, metacognitive beliefs, and cognitive distortions, along with a significant increase in emotional self-regulation. Based on the findings, given that men with OCD exhibit symptoms of generalized anxiety disorder, metacognitive beliefs, emotional self-regulation issues, and cognitive distortions, mindfulness-based therapy is recommended as an effective treatment for individuals with OCD.

Keywords: Mindfulness-Based Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Metacognitive Beliefs, Emotional Self-Regulation, Cognitive Distortions, Obsessive-Compulsive Disorder.

1. PhD student in psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran (corresponding author).

3. Associate Professor, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.



بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انگیزش علمی
در دانشجویان تحصیلات تکمیلی

پرستو حسین آبادی^۱؛ پرویز عسگری^۲؛ سعید بختیارپور^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۰۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

چکیده

از منابع مهم شناخت و آگاهی انسان می‌توان به پژوهش اشاره داشت زیرا زمینه را برای ترقی در جامعه فراهم می‌کند. دانشمندان بر این باورند یک پژوهش با دقت کافی می‌تواند باعث پیشرفت در هر زمینه‌ای شود. این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انگیزش علمی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی صورت گرفت. پژوهش حاضر توصیفی از نوع روانسنجی بود. ۳۰۱ نفر از دانشجویان به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آنها مقیاس‌های انگیزش علمی، روحیه پژوهشگری، خودکارآمدی پژوهشی، تنیدگی تحصیلی و هوش معنوی را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری، آلفای کرونباخ، تحلیل عاملی تأییدی و روایی واگرا با استفاده از نرم افزارهای آماری AMOS-25 و SPSS-27 انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مدل پنج عاملی انگیزش علمی برازنده جامعه بود. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ روایی همگرا و واگرا برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن در حد قابل قبول بود. با توجه به روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه می‌توان از آن برای فعالیتهای پژوهشی و آموزشی در تحقیقات و مراکز آموزشی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: پرسشنامه انگیزش علمی، اعتباریابی، روایی، پایایی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول: com.askary47@yahoo.com)

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

پژوهش به عنوان منبع مهم شناخت و آگاهی انسان به شمار می‌آید، چرا که زمینه را برای ترقی و پیشرفت در جامعه فراهم می‌کند. دانشمندان بر این عقیده اند که یک پژوهش با دقت کافی می‌تواند موجب پیشرفت در هر زمینه‌ای گردد (هان^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). در این راستا، باور دانشجویان نسبت به توانایی‌های خود در زمینه پژوهش یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر انجام پژوهش در بین آن‌ها می‌باشد. به عنوان مثال، دانشجویانی که نسبت به توانمندی خود برای انجام یک پژوهش، مطمئن نیستند، مضطرب شده و حس عدم شایستگی خواهند کرد. این در حالی است که سایر دانشجویانی که به توانمندی خود اعتماد دارند، در کارهای پژوهشی موفق‌تر هستند (آمادور-کامپوس^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). گام اساسی در ایجاد یک نظام تحقیقاتی کارآمد، تقویت انگیزش علمی^۳ دانشجویان نسبت به انجام تحقیق، تهیه ابزار تحقیق، تربیت پژوهشگرانی توانمند و بالاخره تثبیت جایگاه پژوهش در کشور و رفع موانع تحقیق خواهد بود (دوان و ساندهو^۴، ۲۰۲۱). دانشجویانی که در فرایند تحقیق، ویژگی‌های انگیزشی دارند، فعالیت‌های مربوط به پروژه را با علاقه بیشتری دنبال کرده و احتمال به اتمام رساندن پژوهش در این گروه از دانشجویان بیشتر خواهد بود (شین^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). سازه انگیزش در پژوهش با عنوان نیروی محرکه شروع پژوهش موجب خودانگیختگی و تلاش دانشجویان جهت انجام تحقیق و پژوهش می‌گردد (گراوند و پاک مهر، ۱۴۰۰). پایین بودن سطح انگیزه دانشجویان و در نتیجه، عملکرد ضعیف در موضوعات علمی آنها، امری خطرناک برای آموزش و به ویژه پژوهش در کشور محسوب می‌شود. بنابراین مطالعه و بررسی انگیزش پژوهشی دانشجویان، امکانات پژوهشی آنها، حمایت‌های مادی و معنوی در زمینه بروز استعدادهایشان و به طور کلی، عواملی که بر عملکرد آموزشی و پژوهشی آنها تأثیرگذار است، اهمیت فراوان دارد (تورس-توکومیدیس^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

به طور کلی، دانشگاه‌ها، منشاء تحولات جامعه در دوره‌های مختلف هستند و دانشجویان از ارکان اصلی دانشگاه محسوب می‌شوند. لذا انجام پژوهش از پایه‌های اساسی و عمده در توسعه جوامع محسوب می‌گردد؛ به نحوی که هیچ‌گونه حرکت علمی و منطقی بدون پشتوانه تحقیقات امکان‌پذیر نیست؛ بنابراین پرداختن به پژوهش یکی از مهم‌ترین وظایف دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی برای توسعه ملی و پیشبرد دانش و فناوری است و دانشجویان در دوران تحصیل خود، بعد از گذراندن واحدهای آموزشی، می‌بایست پژوهشی نیز انجام دهند (یانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، پژوهش، یادگیری و آموزش از فرایندها و مهارت‌های مهم و اساسی برای دانشجویان به خصوص در مقاطع بالاتر تحصیلی است و نقش مهمی در پیشبرد فرایندهای آموزشی و گسترش خدمات علمی در جامعه خواهد

1. Han
2. Amador.Campos
3. scientific motivation
4. Duan & Sandhu
5. Shin
6. Torres.Toukomidis
7. Yang

داشت. از موضوعات مورد تأکید در این خصوص، باورها و نگرش‌های پژوهشی به ویژه باورهای مربوط به خود محقق، در رابطه با پژوهش است. باورهای پژوهش برای اجتناب یا انجام تحقیق، تأثیر مهمی دارد و می‌تواند عامل مهمی برای انجام یا عدم انجام پژوهش باشد (قنبری و سلطانزاده، ۱۳۹۵). دانشجویانی که نسبت به توانمندی خود برای انجام یک تکلیف تحقیقی، مطمئن نباشند و همچنین عقیده ندارند که تمرین و تلاش به موفقیت منتهی خواهد شد، اغلب مضطرب شده و خصوصاً زمانی که مورد ارزیابی قرار می‌گیرند احساس عدم شایستگی می‌کنند. در عوض دانشجویانی که به شایستگی خود اعتقاد دارند، می‌توانند به تحقیق بپردازند و در کار پژوهشی هم موفق‌تر خواهند بود (گراوند و پاک مهر، ۱۴۰۰).

تولیدات علمی به عنوان یکی از مقوله‌های اجتماعات علمی شامل برون‌داده‌ها و محصولات این اجتماعات و یکی از شاخص‌های اصلی توسعه علمی هر جامعه‌ای است که دستیابی به آن و نیز افزایش سطح کمی آن، اهداف اصلی جوامع را تشکیل می‌دهد. به عبارت دیگر عامل اصلی در تعیین ظرفیت یک کشور برای رقابت در سطح بین‌المللی و بازارهای جهانی، سطح توسعه دانش فنی و پژوهشی آن کشور است. کشورهایی که در فرایند تولیدات علمی و فناوری جهان نقشی بر عهده نداشته باشند و در جهت کسب دانش و آموزه‌های علمی تلاش ننمایند و اهداف مشخص و تعریف شده، همراه با برنامه‌ریزی اجرایی نداشته باشند کمتر قادر است حتی از یافته‌های دیگران استفاده کنند و مجالی برای حضور پایدار در صحنه بین‌المللی، توسعه و مدیریت بیابند (گورسون و اورورک^۱، ۲۰۱۹).

با توجه به موارد عنوان شده، واضح است که به یک ابزار معتبر، قابل اعتماد و قابل استفاده برای همه دانشجویان، جدای از جنسیت، سن و رشته خاصی نیاز است تا انگیزش علمی را هم در بررسی‌های بالینی و هم در فعالیتهای تحقیقاتی ارزیابی کند. از این رو پرسشنامه انگیزش علمی توسط یو^۲ و همکاران (۲۰۱۸) ساخته شده است و یک ارزیابی نسبتاً کامل از جنبه‌های رفتاری، عاطفی و شناختی انگیزش علمی را ممکن می‌سازد و همچنین به بخش‌های مهم نگرانی‌های دانشجویان حساس می‌باشد. یو و همکاران (۲۰۱۸) پایایی ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات و خرده مقیاس‌های انگیزش درونی، انگیزش شغلی، خودمختاری، خودکارآمدی و انگیزش کسب نمره به ترتیب ۰/۹۲؛ ۰/۹۰؛ ۰/۹۰؛ ۰/۸۷؛ ۰/۸۹ و ۰/۸۶ و روش تحلیل عاملی تاییدی آن را مناسب گزارش کردند. با توجه به مطالب ذکر شده و اینکه این قبیل ابزارها در کشور ما در تحقیقات پزشکی و روان‌شناسی مورد نیاز می‌باشد، هدف این پژوهش، ترجمه، بررسی پایایی، روایی محتوا، سازه تحلیل عاملی، همگرا و واگرای پرسشنامه انگیزش علمی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی علوم پزشکی ایلام بود.

روش شناسی

این پژوهش توصیفی از نوع روانسنجی و معادلات ساختاری بود. در پژوهش حاضر، به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۱ دانشجوی تحصیلات تکمیلی علوم پزشکی ایلام به عنوان نمونه انتخاب شدند. با در نظر گرفتن پیشنهاد کلین^۱ (۱۹۹۸)، در پژوهش‌های معادلات ساختاری حجم نمونه بین ۲۵۰ تا ۳۰۰ نفر کفایت لازم را دارد، لذا حجم نمونه کافی است. جهت احتمال ریزش آزمودنی‌ها، تعداد ۳۳۰ عدد از پرسشنامه‌های پژوهش بین آزمودنی‌ها توزیع شد. در انتها با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، تعداد ۳۰۱ نفر به طور کامل به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و وارد پژوهش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش، داشتن سلامت جسمی و روانی و حداقل یک ترم از تحصیل دانشجو گذشته باشد، بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: عدم رضایت از ادامه همکاری در پژوهش، عدم تکمیل سؤالات پرسشنامه‌ها، وجود سابقه مصرف داروهای آرام بخش یا اعصاب بود. سپس پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. لازم به ذکر است، شناسه اخلاق پژوهش حاضر، IR.IAU.AHVAAZ.REC.1401.191 می‌باشد.

ابزار

- پرسشنامه خودکارآمدی پژوهشی: پرسشنامه خودکارآمدی پژوهشی توسط صالحی (۱۳۸۹) طراحی شد. در این ابزار هفت مرحله لاورنس و نیومن (۱۹۹۵) و سایر ابعاد در نظر گرفته شده در هر یک از ابزارهای گذشته توجه شده است. این مقیاس شامل ۵۵ گویه با هفت عامل خودکارآمدی آماری و تحلیلی، خودکارآمدی در مفهوم پردازی، خودکارآمدی در روش و اجرا، خودکارآمدی در پژوهش کیفی، خودکارآمدی گزارش نویسی، خودکارآمدی در مهارت‌ها و تبحرها و اخلاق است که در طیف پنج درجه‌ای (از ۱: بسیار کم تا ۵: بسیار زیاد) لیکرت تنظیم شده و حداقل و حداکثر نمره قابل کسب ۵۵ و ۲۷۵ است. از نظرات متخصصین برای احراز روایی استفاده شده و پایایی با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۹۷ حاصل گردیده است. در پژوهش گراوند و پاک مهر (۱۴۰۰) برای روایی سازه مقیاس خودکارآمدی پژوهشی، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که شاخص‌های ذکر شده حاکی از روایی سازه عاملی مناسب ابزار بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۹۶ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی مناسب ابزار پژوهش است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه خودکارآمدی پژوهشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ به دست آمد.

- پرسشنامه انگیزش علمی: پرسشنامه انگیزش علمی توسط یو^۲ و همکاران (۲۰۱۸) تهیه و از ۲۵ گویه در مقیاس پنج درجه‌ای از نوع لیکرت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳)، یا همیشه (۴) طراحی شد و توسط حسین آبادی و همکاران (۱۴۰۲) (در دست چاپ) اعتباریابی و هنجاریابی شد. این مقیاس شامل پنج عامل است: انگیزش درونی، انگیزش شغلی، خودمختاری،

1. Kline
2. You

خودکارآمدی و انگیزش کسب نمره. هرچه نمره فرد در این متغیرها (چه نمره کل و چه خرده مقیاس‌ها) بیشتر باشد، نشان دهنده انگیزش علمی بیشتری است. در این تحقیق مقدار ضریب نسبی روایی محتوا برای ۲۵ سوال بین ۰/۷۸ تا ۱ بود که بیانگر تایید نسبی محتوای سوالات است. پایایی ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات و خرده مقیاس‌های انگیزش درونی، انگیزش شغلی، خودمختاری، خودکارآمدی و انگیزش کسب نمره به ترتیب ۰/۹۲؛ ۰/۹۰؛ ۰/۹۰؛ ۰/۸۷؛ ۰/۸۹ و ۰/۸۶ به دست آمد.

- پرسشنامه هوش معنوی: پرسشنامه هوش معنوی در ایران، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه، توسط عبدالله‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده و دو خرده متغیر "درک و ارتباط با سرچشمه هستی" (۱۲ سؤال اول) و "زندگی معنوی" (۱۷ سؤال دوم) می‌باشد. نمره گذاری این پرسشنامه در طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱)، خیلی مخالفم (نمره ۲)، کمی مخالفم (نمره ۳)، بی نظر (نمره ۴)، کمی موافقم (نمره ۵)، خیلی موافقم (نمره ۶) و کاملاً موافقم (نمره ۷) می‌باشد. حداقل نمره ۲۹ و حداکثر نمره ۲۰۳ می‌باشد. همچنین، نمره کلی فرد چنانچه بین ۱-۱۰۰ باشد نشانگر ضعیف بودن، از ۱۰۰-۱۶۰ نشانگر حد متوسط و از ۱۶۰-۲۰۳ نشانگر قوی بودن فرد در هوش معنوی به طور کلی می‌باشد. در ایران عبدالله‌زاده و همکاران (۱۳۸۷)؛ به نقل از امامقلیان و همکاران، (۱۳۹۶)، این پرسشنامه روی ۲۸۰ نفر گروه نمونه اجرا شد، پایایی در این مرحله ۰/۸۹ به دست آمد. برای بررسی روایی علاوه بر روایی محتوا که سوال‌ها با نظر متخصص‌ها تأیید شد. از تحلیل عاملی نیز استفاده شد. این موضوع بیانگر اعتبار همگرا پرسشنامه است. در تحقیق امامقلیان و همکاران (۱۳۹۶) برای تعیین پایایی پرسشنامه هوش معنوی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۳ به دست آمد و بیانگر ضریب پایایی قابل قبول پرسشنامه یاد شده می‌باشد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

- پرسشنامه تنیدگی تحصیلی: پرسشنامه تنیدگی تحصیلی^۱ توسط سان^۲ و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شد. این ابزار دارای ۱۶ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج (۱: کاملاً مخالفم تا ۵: کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. در این ابزار دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۸۰ می‌باشد و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای تنیدگی تحصیلی است. سان و همکاران (۲۰۱۱) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و با روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش شیروانی، سلطانی، رضوی و منظری (۱۴۰۰) پایایی پرسشنامه تنیدگی تحصیلی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه تنیدگی تحصیلی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۷ به دست آمده است.

- مقیاس روحیه پژوهشی: مقیاس روحیه پژوهشی به وسیله شیرزاد و همکاران (۱۳۹۵) ساخته شده و دارای ۳۰ گویه در چهار زیر مقیاس پشتکار، مدیریت اعمال تکانشی، کنجکاوی و توانایی کار

1. Academic Stress Questionnaire

2. Sun

گروهی است که به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای (خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد) تنظیم شده است و برخی از گویه‌ها به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۲۰ و حداقل نمره ۳۰ است. برای احراز روایی محتوایی، پرسشنامه در اختیار چهارده متخصص قرار داده شد و ضریب همبستگی کاپای کوهن جهت تعیین میزان همخوانی و توافق نظرات متخصصین ۰/۸۳ مثبت و معنادار به دست آمد. در بررسی پایایی نیز، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۳ حاصل گردید. از آنجا که این پرسشنامه در بین دانش آموزان ساخته شده بود، میری، کارشکی و آهنچیان (۱۳۹۱) این پرسشنامه را برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی متناسب سازی کردند و شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی نشان دهنده برازش ساختار عاملی مورد نظر با داده‌های جمع آوری شده بود. از این رو ابزار از روایی کافی برخوردار و مدل چهار عاملی روحیه پژوهشی برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی مناسب تشخیص داده شد. همچنین در پژوهش آنان نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس روحیه پژوهشی برابر ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر برای روایی سازه مقیاس روحیه پژوهشی، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که شاخص‌های ذکر شده حاکی از روایی سازه عاملی مناسب ابزار است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی مناسب ابزار پژوهش است. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه روحیه پژوهشی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که برابر ۰/۸۹ به دست آمده است.

نتایج

به منظور بررسی پایایی و روایی محتوای پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه انگیزش علمی ترجمه شد و سپس متن از لحاظ واژه‌گزینی مورد بازبینی قرار گرفت و ترجمه آن در اختیار جمعی از اساتید زبان خارجه قرار گرفت. در مرحله بعد متن اصلی و متن برگردانده شده به زبان لاتین با یکدیگر مطابقت داده شدند و ایرادها برطرف گردید. پس از جمع بندی نظرات، پرسشنامه ترجمه شده توسط ده نفر از اساتید روانشناسی که قبلاً با روش نمونه‌گیری قضاوتی انتخاب شده بودند قرار گرفت از ایشان درخواست شد تا عبارات پرسشنامه را بر اساس معیارهای مورد نیاز در مورد انگیزش علمی و تناسب عبارات، بررسی و بازخورد لازم را ارائه دهند. پس از جمع آوری داده‌های مربوط به قضاوت متخصصین در مورد آیتم‌های پرسشنامه، ابتدا میزان پایایی ارزیابان با استفاده از ضریب کاپای کوهن مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور از ضریب کاپای کوهن^۱ به عنوان یک معیار آماری توافق بین ارزیابان استفاده شد. نتیجه نشان داد، همه ۲۵ سوال از ضریب کاپا بالاتر از ۰/۶ برخوردار بودند.

همچنین، روایی محتوا توسط قضاوت متخصصان در خصوص گویه‌های پرسشنامه، اندازه‌گیری شد. برای بررسی روایی محتوا، از دو نسبت روایی محتوا^۲ (CVR) و شاخص روایی محتوا^۳ (CVI) استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوا از متخصصان درخواست می‌شود تا هر آیتم را بر اساس طیف سه

1. Cohen's kappa coefficient
2. Content Validity Ratio
3. Content validity index

قسمتی " ضروری است"، " مفید است ولی ضرورتی ندارد" و " ضرورتی ندارد" بررسی نماید. در این تحقیق مقدار ضریب نسبی روایی محتوا برای ۲۵ سوال بین ۰/۷۸ تا ۱ بود که بیانگر تایید ضریب نسبی محتوای سوالات است. همچنین برای بدست آوردن شاخص روایی محتوا با استفاده از تجمیع امتیازات موافق برای هر آیت که امتیاز " مرتبط اما نیاز به باز بینی" و " کاملاً مرتبط" را کسب کرده‌اند تقسیم بر تعداد کل متخصصان، محاسبه شد. از آنجایی که حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوا ۰/۷۹ است (حاجی زاده و اصغری، ۱۳۹۰)، مقادیر محاسبه شده فوق، بیانگر تایید ضریب نسبی محتوای سوالات است.

همچنین به منظور بررسی پایایی از روش آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی استفاده شد. نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. پایایی، پایایی ترکیبی و میانگین واریانس

عامل	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی (CR)	میانگین واریانس استخراج شده (AVE)
پرسشنامه انگیزش علمی	۰/۹۲۴	۰/۹۲۵	۰/۵۴۵
زیر مقیاس انگیزش درونی	۰/۹۰۹	۰/۹۰۸	۰/۶۶۵
زیر مقیاس خود کارآمدی	۰/۸۹۹	۰/۸۹۹	۰/۶۴۱
زیر مقیاس کسب نمره	۰/۸۶۴	۰/۸۶۲	۰/۵۶۳
زیر مقیاس انگیزش شغلی	۰/۹۰۳	۰/۸۹۹	۰/۶۴۲
زیر مقیاس خود مختاری	۰/۸۷۱	۰/۸۶۹	۰/۵۷۷

مطابق با جدول فوق پایایی به روش آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های محاسبه شد که مقدار مطلوبی می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه پایایی ترکیبی برای کل پرسشنامه مقدار مطلوبی است و مقدار میانگین واریانس (AVE) بیشتر از ۰/۵۰ می‌باشد، مطابق با نظر فورنر و لارکر^۱ (۱۹۸۱)، می‌توان گفت روایی همگرا به دلیل رعایت این سه شرط برقرار است.

$$CR > 0/7 \quad AVE > 0/5 \quad CR > AVE$$

جهت تحلیل عاملی تاییدی شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و نهایی از طریق همبسته کردن خطاهای مربوط به گویه‌ها، مطابق جدول زیر بود.

جدول ۲. برازش الگوی آزمون شده براساس شاخص‌های برازندگی

شاخص	χ^2	Df	P	$\frac{\chi^2}{df}$	IFI	TLI	CFI	RMSEA
مدل نهایی	۶۸۹/۰۲	۲۶۷	۰/۰۰	۲/۶۱۱	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۰۷۳

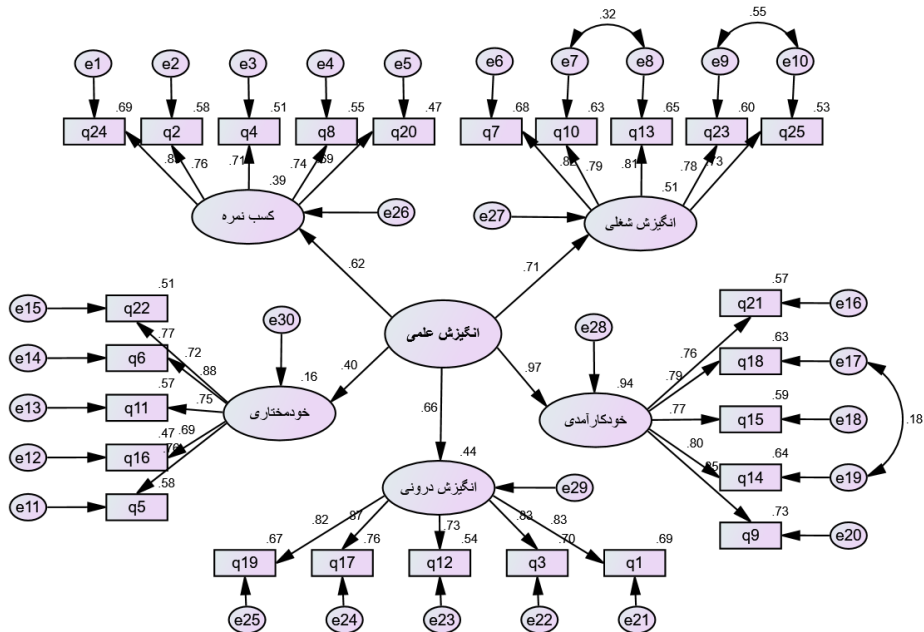
1. Fornell & Larcker

مطابق با مقادیر بدست آمده، مدل از برازش مطلوب برخوردار بود و نیاز به اصلاح نداشت. پس از بررسی شاخص‌های برازش مربوط به تحلیل عاملی تأییدی، مقادیر بار عاملی مدل برای هر گویه به صورت مجزا در جدول زیر ارائه شد.

جدول ۳. مقادیر بار عاملی گویه‌های پرسشنامه در مدل

سوال	بارعاملی	سطح معناداری
خرده مقیاس انگیزش درونی		
Q1. علمی که می‌آموزم به زندگی من مرتبط است.	۰/۸۲۹	۰/۰۰۱
Q3. یادگیری علم جالب است.	۰/۸۳۴	۰/۰۰۱
Q12. یادگیری علم زندگی من را معنادارتر می‌کند.	۰/۷۳۴	۰/۰۰۱
Q17. من در مورد اکتشافات علمی کنجکاو هستم.	۰/۸۷۱	۰/۰۰۱
Q19. من از یادگیری علم لذت می‌برم.	۰/۸۱۸	۰/۰۰۱
خرده مقیاس انگیزش شغلی		
Q7. یادگیری علم به من کمک می‌کند شغل خوبی پیدا کنم.	۰/۸۲۲	۰/۰۰۱
Q10. دانستن علم به من مزیت شغلی می‌دهد.	۰/۷۹۵	۰/۰۰۱
Q13. درک علم به من در حرفه ام کمک می‌کند.	۰/۸۰۷	۰/۰۰۱
Q23. حرفه من شامل علم خواهد شد.	۰/۷۷۵	۰/۰۰۱
Q25. من از مهارت‌های حل مسئله علمی در حرفه خود استفاده خواهم کرد.	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱
خرده مقیاس خودمختاری		
Q5. من برای یادگیری علم تلاش کافی می‌کنم.	۰/۷۶۰	۰/۰۰۱
Q6. من از راهبردهایی برای یادگیری خوب علم استفاده می‌کنم.	۰/۸۷۹	۰/۰۰۱
Q11. من زمان زیادی را صرف یادگیری علم می‌کنم.	۰/۷۵۲	۰/۰۰۱
Q16. من برای آزمون‌ها و آزمایش‌های علمی به خوبی آماده می‌شوم.	۰/۶۸۶	۰/۰۰۱
Q22. من سخت درس می‌خوانم تا علم بیاموزم.	۰/۷۱۶	۰/۰۰۱
خرده مقیاس خودکارآمدی		
Q9. من مطمئن هستم که در آزمون‌های علمی خوب عمل خواهم کرد.	۰/۸۵۲	۰/۰۰۱
Q14. من مطمئن هستم که در آزمایشگاه‌ها و پروژه‌های علمی عملکرد خوبی خواهم داشت.	۰/۸۰۰	۰/۰۰۱
Q15. من معتقدم که می‌توانم بر دانش و مهارت‌های علمی مسلط شوم.	۰/۷۷۰	۰/۰۰۱
Q18. من معتقدم که می‌توانم نمره "A" در علوم کسب کنم.	۰/۷۹۴	۰/۰۰۱
Q21. من مطمئن هستم که می‌توانم علم را درک کنم.	۰/۷۵۸	۰/۰۰۱
خرده مقیاس کسب نمره		
Q2. من دوست دارم در آزمون‌های علوم بهتر از دانش آموزان دیگر عمل کنم.	۰/۷۶۱	۰/۰۰۱
Q4. گرفتن نمره علمی خوب برای من مهم است.	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
Q8. مهم است که من در امتحان، نمره "الف" بگیرم.	۰/۷۴۲	۰/۰۰۱
Q20. به نمره‌ای که در امتحان خواهم گرفت فکر می‌کنم.	۰/۶۸۶	۰/۰۰۱
Q24. نمره بالا در آزمون‌های علوم و آزمایشگاه‌ها برای من مهم است.	۰/۸۲۹	۰/۰۰۱

مطابق با یافته‌های جدول فوق همه سوالات باقی ماندند. همچنین بر اساس مقادیر بار عاملی مطابق با نمودار ۱، ضرایب استاندارد در الگوی نهایی نشان داده شد.



نمودار ۱. مدل نهایی روایی سازه پرسشنامه انگیزش علمی

جهت بررسی روایی واگرایی پرسشنامه انگیزش علمی و مؤلفه‌های آن از پرسشنامه‌های روحیه پژوهشگری، خودکارآمدی پژوهشی، تنیدگی تحصیلی و هوش معنوی استفاده شد. نتایج در جداول زیر ارائه شده است:

جدول ۴. ضریب HTMT پرسشنامه انگیزش علمی (نمره کلی) با پرسشنامه‌های روحیه پژوهشگری، خودکارآمدی پژوهشی، تنیدگی تحصیلی و هوش معنوی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. انگیزش علمی					
۲. تنیدگی تحصیلی	۰/۰۸۹				
۳. خودکارآمدی پژوهشی	۰/۵۶۱	۰/۱۶۶			
۴. روحیه پژوهشگری	۰/۵۴۷	۰/۲۹۷	۰/۵۱۷		
۵. هوش معنوی	۰/۰۶۴	۰/۳۸۶	۰/۲۲۲	۰/۳۰۲	

با توجه به جدول فوق، در شاخص HTMT نیز با توجه به اینکه برای ضرایب مقادیر کمتر از ۰/۹۰ به دست آمد، می‌توان گفت روایی واگرا برای پرسشنامه محقق ساخته انگیزش علمی (نمره کلی) تأیید شد.

جهت بررسی روایی واگرای ۵ زیر مقیاس پرسشنامه انگیزش علمی نیز شاخص HTMT مورد بررسی قرار گرفت که در ادامه نتایج آنها آورده می‌شود.

جدول ۵. ضریب HTMT زیر مقیاس‌های پرسشنامه انگیزش علمی شامل خود کارآمدی، خود مختاری، انگیزش درونی، انگیزش شغلی و کسب نمره

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. خود کارآمدی					
۲. خودمختاری	۰/۴۱۸				
۳. انگیزش درونی	۰/۳۱۴	۰/۶۱۰			
۴. انگیزش شغلی	۰/۲۱۷	۰/۶۸۰	۰/۵۵۲		
۵. کسب نمره	۰/۱۵۸	۰/۶۰۲	۰/۴۷۳	۰/۳۵۲	

همچنین، مطابق نتایج جدول فوق با توجه به اینکه برای ضرایب مقادیر کمتر از ۰/۹۰ به دست آمد، می‌توان گفت روایی واگرا برای زیر مقیاس‌های پرسشنامه انگیزش علمی شامل خود کارآمدی، خود مختاری، انگیزش درونی، انگیزش شغلی و کسب نمره تأیید شد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انگیزش علمی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در حد قابل قبول و پذیرش برای یک پژوهش است. زیرا تعداد کم ماده‌های یک ابزار در افزایش یا کاهش مقدار ضریب دخالت دارد. این ضریب اندکی از ضریب تحقیق بریدریک و زیمرمن (۲۰۲۰) بالاتر است و تأییدی بر هماهنگی درونی این پرسشنامه می‌باشد. علاوه بر این، تقریباً همه ارزش‌های آلفا برای هر ماده (وقتی آنها حذف می‌شوند) برابر با ضریب آلفای کل و یا کمتر از آن شد، این یافته نشان می‌دهد که حذف ماده‌ها تأثیری در افزایش پایایی کل ندارد. همسانی درونی پرسشنامه انگیزش علمی با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج شده به دست آمد که باید بالاتر از ملاک معمول یعنی ۰/۵۰ باشند، که در تحقیق حاضر این شاخص نیز مورد تأیید قرار گرفت. این یافته نشان داد که همه ماده‌ها با نمره کل همبسته‌اند و پرسشنامه همان سازه انگیزش علمی را اندازه‌گیری می‌کند. در خصوص ضریب روایی واگرای پرسشنامه انگیزش علمی، از پرسشنامه‌های روحیه پژوهشگری، خود کارآمدی پژوهشی، تنیدگی تحصیلی و هوش معنوی استفاده شد. نتایج نشان داد که انگیزش علمی با روحیه پژوهشگری،

خودکارآمدی پژوهشی و هوش معنوی رابطه مثبت و با پرسشنامه تنیدگی تحصیلی رابطه منفی دارد. مطابق با منطق روایی واگرا، همبستگی یک متغیر با متغیری دیگر که سازه متفاوتی را می‌سنجد نباید بیشتر از ۰/۹۰ باشد. در این پژوهش روایی واگرا برای پرسشنامه از طریق محاسبه نسبت روایی یگانه-دوگانه^۱ HTMT که شاخصی معتبر برای روایی واگرا است (هنسلر، رینگل و سارستد^۲، ۲۰۱۵) محاسبه شد. محاسبه ضریب HTMT از نظر هنسلر و همکارانش (۲۰۱۵)، مطمئن‌ترین راه اظهار نظر درباره روایی واگراست و بر مبنای روش شبیه‌سازی مونت کارلو پایه گذاری شده است. با توجه به نتایج بدست آمده، روایی واگرای پرسشنامه انگیزش علمی مورد تایید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری

نتایج بررسی پژوهش‌ها نشان داد که تا کنون یک نمره واحد و مشخص برای انگیزش علمی دانشجویان تحصیلات تکمیلی فراهم نشده است. پرسشنامه انگیزش علمی برای استفاده و کاربرد در فعالیت‌هایی که نیاز عمده به مقایسه‌های بین گروه‌های دانشجویان است ضرورت دارد. بنابراین، مهم است که تفاوت‌های به دست آمده نمره‌ها در مطالعات بالینی قابل تفسیر باشند و پژوهش بعدی برای تعیین نمره‌های نقطه برش مناسب و ضروری به نظر می‌رسد. به هر حال این پرسشنامه می‌تواند ابزار با ارزش و سودمندی برای فعالیت‌های آموزشی دانشجویان تحصیلات تکمیلی باشد اما ایجاد یک نقطه برش یا آستانه مشکل ساز است، به طوری که هیچ ملاک تشخیصی مورد توافق برای انگیزش علمی یا ارزیابی مصاحبه استاندارد شده وجود ندارد. در نتیجه، این پرسشنامه گرایش بیشتری به سمت یک مدل عاطفی-شناختی-رفتاری از انگیزش علمی توسط دانشجویان تحصیلات تکمیلی دارد. لذا اهمیت سنجش این پرسشنامه در میان دانشجویان تحصیلات تکمیلی در هر مرحله از تحصیل برای جلوگیری از موارد ذکر شده می‌تواند به افزایش انگیزش علمی در زمان کوتاه کمک کند و از مشکلات پژوهشی و سپردن تحقیقات و پژوهش‌ها به دیگران نیز جلوگیری کند. به هر حال، این ابزار می‌تواند یک وسیله سنجش مهم برای اساتیدی که با دانشجویان سرو کار دارند باشد، به طوری که این ابزار یک سنجش مفید و روشن از موضوعات انگیزش علمی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی فراهم می‌آورد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که دانشجویان برای انجام فعالیت‌های علمی هم دارای انگیزش‌های مختلفی از خودکارآمدی، خودمختاری، انگیزش درونی، انگیزش شغلی و کسب نمره هستند. که این موضوع باید مورد توجه برنامه‌ریزان نظام آموزشی عالی در تدارک عوامل مؤثر بر انگیزش علمی دانشجویان باشد. از یافته‌های مهم این پژوهش این است که ابزار سنجش انگیزش علمی دانشجویان متناسب با جدیدترین نظریه انگیزش علمی (نظریه خودمختاری) و متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی کشور ساخته شد. دیگر و فیشر^۳ (۲۰۰۸) و آریپاتامانیل و فریمن^۴ (۲۰۰۸) نیز در

1. Heterotrait Monotrait ratio
2. Henseler, Ringle & Sarstedt
3. Dekker & Fischer
4. Areepattamannil & Freeman

تحقیقاتی نشان داده‌اند انگیزش علمی و عوامل و همبسته‌های مربوط در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت است. لذا اندازه‌گیری و سنجش آن نیز باید با شرایط فرهنگی و اجتماعی کشور متناسب باشد. لذا، در این پژوهش برای نخستین بار مقیاس انگیزش علمی دانشجویان با ویژگی‌های روان‌سنجی رضایت‌بخش ساخته شد. این ابزار می‌تواند مورد استفاده دانشگاه‌ها، به خصوص کلینیک‌های مشاوره دانشجویی باشد. از خصوصیات بسیار ارزشمند این ابزار این است که می‌تواند پنج نوع انگیزش علمی مختلف از قبیل خودکارآمدی، خودمختاری، انگیزش درونی، انگیزش شغلی و کسب نمره را اندازه‌گیری نماید که می‌تواند مورد استفاده برنامه‌ریزان آموزشی و فرهنگی دانشگاهی نیز قرار گیرد و به برنامه‌های فوق برنامه دانشگاه‌ها و مراکز مشاوره بسیار کمک کند. در انتها، چند محدودیت تحقیق را در هنگام تفسیر نتایج باید در نظر گرفت. اول، عدم نمونه‌گیری تصادفی باعث می‌شود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جمعیت‌های دیگر با احتیاط صورت گیرد. دوم، عدم استفاده از یک مطالعه طولی بررسی ثبات پرسشنامه انگیزش علمی به نظر موقتی می‌رسد. یک پژوهش طولی بعدی برای بررسی پایایی بازآزمایی و همچنین برای بررسی تأثیر زمان انگیزش علمی دانشجویان ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- شیرزاد، زینب؛ مهram، بهروز و کارشکی، حسین. (۱۳۹۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس روحیه پژوهشی برای دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر مشهد. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۶(۲۳)، ۱۱۷-۱۳۹.
- شیروانی، محبوبه؛ سلطانی، امان‌الله؛ رضوی، ویدا و منظری، علیرضا (۱۴۰۰). طراحی و تبیین مدل ساختاری نقش میانجیگری تنیدگی تحصیلی در رابطه کمال‌گرایی با سبک‌های مقابله با استرس. *دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱)، ۳۵-۴۲.
- قنبری، سیروس و سلطانزاده، وحید (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای هوش هیجانی در ارتباط بین خودکارآمدی پژوهشی و انگیزه پیشرفت تحصیلی (مورد مطالعه: دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه بوعلی سینا همدان). *مطالعات اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی*، ۶(۱۴)، ۶۷-۴۱.
- گراوند، هوشنگ و پاک مهر، حمیده (۱۴۰۰). ارائه مدل علی تأثیر جهت‌گیری‌های انگیزشی و فشارآورهای تحصیلی بر خودکارآمدی پژوهشی: نقش واسطه‌ای روحیه پژوهشی. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۹(۱)، ۱۰۲-۸۹.
- Amador-Campos, J. A., Perú-Cebollero, M., Feliu-Torruella, M., Pérez-González, A., Cañete-Massé, C., Jarne-Esparcia, A. J., ... & Guàrdia-Olmos, J. (2023). Mentoring and Research Self-Efficacy of Doctoral Students: A Psychometric Approach. *Education Sciences*, 13(4), 358.
- Areepattamannil, S., & Freeman, J. G. (2008). Academic achievement, academic self concept, and academic motivation of immigrant adolescents in the greater Toronto area secondary schools. *Journal of Advanced Academics*, 19, 700-743.
- Dekker, S., & Fischer, R. (2008). Cultural differences in academic motivation goals: A meta-analysis across 13 societies. *The Journal of Educational Research*, 102(2), 99-108.
- Duan, C., & Sandhu, K. (2021). Immigrant entrepreneurship motivation-scientific production, field development, thematic antecedents, measurement elements and research agenda. *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy*.
- Gorson, J., & O'Rourke, E. (2019, July). How do students talk about intelligence? An investigation of motivation, self-efficacy, and mindsets in computer science. In *Proceedings of the 2019 ACM Conference on International Computing Education Research* (pp. 21-29).
- Han, X., Xu, Q., Xiao, J., & Liu, Z. (2023). Academic atmosphere and graduate students' innovation ability: the role of scientific research self-efficacy and scientific engagement. *European Journal of Psychology of Education*, 1-18.
- Kline, R. B. (1998). Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of psychoeducational assessment*, 16(4), 343-364.
- Shin, D. D., Lee, M., Jung, S. J., & Bong, M. (2023). Relative effects of classroom utility value intervention on the science motivation of girls and boys. *Research in Science Education*, 53(3), 593-612.

- Torres-Toukoumidis, A., Carrera, P., Balcazar, I., & Balcazar, G. (2021). Descriptive study of motivation in gamification experiences from higher education: systematic review of scientific literature. *Universal Journal of Educational Research*, 9(4), 727-733.
- Yang, X., Zhang, M., Kong, L., Wang, Q., & Hong, J. C. (2021). The effects of scientific self-efficacy and cognitive anxiety on science engagement with the “question-observation-doing-explanation” model during school disruption in COVID-19 pandemic. *Journal of Science Education and Technology*, 30(3), 380-393.
- You, H. S., Kim, K., Black, K., & Min, K. W. (2018). Assessing science motivation for college students: Validation of the science motivation questionnaire II using the rasch-andrich rating scale model. *Eurasia journal of mathematics, science and technology education*, 14(4), 1161-1173.

Validation of the Scientific Motivation Questionnaire in Graduate Students of Ilam Medical Sciences

Parastoo Hosseinabadi¹, Parviz Asgari², Saeed Bakhtiarpour³

Abstract

Research is one of the important sources of human knowledge and awareness because it provides the basis for progress in the society. Scientists believe that a research with sufficient accuracy can lead to progress in any field. This research was conducted with the aim of investigating the validity of the scientific motivation questionnaire in graduate students of medical sciences in Ilam. The present study was a correlational descriptive study. 301 students were selected through convenience sampling. They completed the scales of scientific motivation, research spirit, research self-efficacy, academic stress and spiritual intelligence. Data analysis was done using statistical methods, Cronbach's alpha, confirmatory factor analysis and divergent validity using AMOS-25 and SPSS-27 statistical software. The findings showed that the five-factor model of scientific motivation was suitable for the society. Also, Cronbach's alpha coefficient of convergent and divergent validity for the whole questionnaire and its subscales was acceptable. Considering the appropriate validity and reliability of this questionnaire; it can be used for research and educational activities in research and educational centers.

Keywords: scientific motivation questionnaire, validation, validity, reliability

-
1. PhD student in Educational Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
 2. Professor Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Corresponding Author. (askary47@yahoo.com)
 3. Assistant Professor Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.