



اعضای افتخاری:

- احمد محیط ، روانپزشکی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- استفان موریتز ، روانشناس بالینی ، بنیانگذار رواندرومانی فراشناختی و استاد دانشگاه علوم پزشکی هامبورگ
- حسن عشایری ، نورولوژیست و نوروسایکولوژیست ، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- علی منتظری ، استاد سلامت همگانی و اپیدمیولوژی و رئیس پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
- سید محمود میرزمانی بافقی ، روانشناس بالینی و استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- شیوا دولت آبادی ، روانشناس و رئیس انجمن روانشناسی ایران
- عصمت دانش ، روانشناس ، استاد دانشگاه شهید بهشتی
- گالینا الکساندرونا میشینا: استاد و عضو شورای عالی روانشناسی و پداگوژی وزارت علوم و آموزش عالی فدراسیون روسیه
- مجتبی حبیبی ، استاد گروه روانشناسی دانشگاه علوم و تکنولوژی نروژ

اعضای شورای نویسندگان:

- بهروز دولتشاهی ، روانشناس بالینی و دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- حسن حق شناس ، روانشناس بالینی و استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- جواد خلعتبری ، روانشناس و دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب
- سید بهنام الدین جامعی ، آناتومیست و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- علیرضا رحیمی ، فیزیولوژیست ورزشی و دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- علیرضا شکر گزار ، پزشک و روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- علیرضا کاظمینی ، جراح عمومی و فلوشیپ کلورکتال و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مجید صفاری نیا ، روانشناس و استاد دانشگاه پیام نور تهران
- سعید ملیحی الذاکرینی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- مدیر داخلی: سعید ملیحی الذاکرینی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- ویراستاران: شراره ضیغمی محمدی و مونا فرهادی

مشاوران علمی:

- احمد یوسفی ، روانشناس بالینی و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- آرزو تاری مرادی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- بیوک تاجری ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- راحله کرم پور ، روانشناس پزشکی - رشد ، انسیتیتو ویگوتسکی مسکو
- شراره ضیغمی ، استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- شیدا سوداگر ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- فاطمه محمدی شیرمحلله ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- طاهره رنجبری پور ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- محمدرضا صیرفی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مجتبی انصاری شهیدی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مونا دریاافزون ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مونا فرهادی ، دانشیار زیست شناسی سلولی - تکوینی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

اعضای گروه اجرایی:

- شراره ضیغمی محمدی ، سعید ملیحی الذاکرینی
- قیمت: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

نشانی دفتر نشریه: کرج ، بلوار مودن ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج ، گروه روانشناسی سلامت و بالینی
 دورنگار: ۰۲۶-۳۴۴۱۸۱۵۶-۰۲۶ تلفن: ۰۲۶-۳۴۱۸۲۵۲۱-۰۲۶ کد پستی: ۳۱۴۹۹۶۸۱۱۱ وب سایت: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>
 پست الکترونیک: healthpsychology@kiau.ac.ir یا healthpsychologyJournal@gmail.com



Organizational structure of Interdisciplinary Journal of Health and Psychology

Publisher: Islamic Azad University, Karaj branch

Director in charge: Alireza Shokrgozar

Editor-in-Chief: Hassan Ahadi

Honorary members:

Ali Montazeri , Professor of General Health and chancellor of Research Council of Health ACECR

Hassan Ashayeri, Neurologist and Neuropsychologist, Professor at Iran University of Medical Sciences

Ahmed Mohit, Psychiatrist and Professor at Tehran University of Medical Sciences

Shiva Dolatabadi, Psychologist and President of the Iranian Psychological Association

Seyyed Mahmoud Mirzamani Bafghi, Clinical Psychologist and Professor at Islamic Azad University, Karaj branch

Esmat Danesh , Psychologist , Professor of Shahid Beheshti University

Stefen Moritz, Clinical Psychologist, Founder of Meta-Cognitive Training and Professor at Hamburg University of Medical Sciences

Galina Alexandrovna Mishina , Doctor of Psychology, Professor, Chief Researcher, Member of the Expert Council on Psychology and Pedagogy of the Higher Certification Commission under the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation , Institute of Special Education (FGBNU ISE), Moscow, Russia.

Mojtaba Habibi Asgarabad , Department of Psychology , Norwegian University of Science and Technology

Editorial Board:

Alireza Kazemeini, General Surgeon and Colorectal Fellowship and Associate Professor of Tehran University of Medical Sciences

Alireza Rahimi, Sports Physiologist and Associate Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Alireza Shokrgozar , MD. PhD , Health Psychologist and Assistant Professor at the Islamic Azad University of Karaj

Behrooz Dolatshahee, Clinical Psychologist and Associate Professor of the University of Rehabilitation Sciences and Social Health

Hassan Haqshanas, Clinical Psychologist and Professor at Shiraz University of Medical Sciences

Javad Khalatbari, Psychologist and Associate Professor of Islamic Azad University, South Tehran branch

Majid Safarinia, Psychologist and Professor at Payam Noor University in Tehran

Seyed Behnameddin Jamei, Anatomist and Professor of Iran University of Medical Sciences

Saied Malihialzackerini, Health Psychologist and Assistant Professor at the Islamic Azad University of Karaj

Manager: Saied Malihialzackerini

Scientific editors: Sharareh Zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini , Mona Farhadi

Scientific advisors:

Ahmad Yousefi, Clinical Psychologist and Assistant professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Arezoo Tari Moradi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch
Buyuk Tajeri, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Fatemeh Mohammadi Shirmahalleh, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mohammad Reza Seirafi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mojtabi Ansari Shahidi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mona Daryaafzon, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mona Farhadi, Microbiologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Raheleh Karampour, Medical and Developmental Psychologist , Vygotsky Institute , Moscow

Sharareh Zeighami, Assistant Professor of the Department of Nursing, Islamic Azad University, Karaj Branch

Sheida Sodagar, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Tahereh Ranjbaripour, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Executive group members:

Sharareh zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini

Address: Faculty of Medical Sciences , Islamic Azad University - Karaj Branch , Moaazen Blv. Karaj . I.R.Iran

Website: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy> **E-mail:** healthpsychologyjournal@gmail.com **Tel: +98-**

راهنمای نویسندگان

نویسندگان محترم لازم است بر اساس راهنمای زیر مقاله را تنظیم و تحریر نمایند. ارسال یک مقاله به منزله عدم انتشار آن در گذشته (به جز به صورت یک چکیده مقاله یا بخشی از یک کنفرانس منتشر شده و یا پایان نامه تحصیلی)، عدم ارسال همزمان به مجلات دیگر، موافقت تمامی نویسندگان و کلیه کسانی که به طور مستقیم یا ضمنی به هر نحوی مسئولیتی در اجرای کار داشته‌اند و عدم انتشار آن در آینده در جاهای دیگر به همان فرم و زبان، بدون اجازه کتبی از ناشر در صورت پذیرش می‌باشد. مقاله‌های باید با رعایت کامل آئین نگارش و بخصوص رعایت رسم الخط فارسی نوشته شده و از به کار بردن کلمات خارجی که معادل مناسبی در زبان فارسی دارند اجتناب شود. در صورتی که واژه جایگزین فارسی مصطلح یا مناسب نباشد، می‌توان با حروف فارسی از آوانویسی استفاده و اصل واژه لاتین در زیرنویس نگاشته شود. (لازم به ذکر است که مقاله‌های دریافتی در محیط نرم افزار Indesign صفحه آرایی خواهد شد لذا فایل ارسالی بصورت ساده و در محیط نرم افزار WORD تنظیم شود). مقاله‌های قابل پذیرش در فصلنامه سلامت و روانشناسی شامل موارد زیر می‌باشد:

الف- مقاله‌های اصیل پژوهشی که گزارش علمی از مطالعات تحقیقی اصیل می‌باشند. این مقاله‌های شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی و منابع می‌باشند.

ب- مقاله‌های نقد و بررسی (مروری) که در برگزیده کلیه مطالعات انجام شده در یک موضوع جدید علمی هستند معمولاً از سوی تحریریه از اساتید ذیصلاح درخواست می‌شوند، اما مقاله‌های مروری که موضوعات آنها مناسب، ولی سفارش هیئت تحریریه نبوده‌اند نیز مورد بررسی قرار می‌گیرند. این مقاله‌ها شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، روش بررسی، بحث، نتیجه‌گیری و منابع می‌باشد.

ج- مقاله‌های گزارش موردی فقط در صورتی که یک مورد جالب، نادر و استثنایی را گزارش کنند، چاپ خواهند شد. این مقاله‌های شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، معرفی مورد، بحث و منابع می‌باشد. ضمیمه نمودن عکس، گزارش مرکز بیمارستانی یا کلینیک یا مرکز مشاوره، آزمایشگاه و ارزیابی‌های بالینی و ... و همچنین آدرس و تلفن مورد «محفوظ نزد مجله» در صورت لزوم به همراه مقاله الزامی می‌باشد.

د- مقاله‌های گزارش کوتاه که شامل شرحی از یک پیشرفت علمی معنادار از تحقیقات در حال انجام و تکمیل در زمینه علوم اعصاب بوده و داده‌های مختصرتری نسبت به مقاله‌های اصیل پژوهشی در بردارند. این مقاله‌های باید شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) که الزامی به سازمان یافته بودن آن نیست)، مقدمه، موضوع، بحث و منابع باشند.

مقاله‌ها تنها از طریق وب سایت (<https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>) و یا پست الکترونیک مجله (healthpsychology@kiauo.ac.ir) (healthpsychologyjournal@gmail.com) پذیرفته می‌شوند. مقاله باید در محیط ویندوز و برنامه Word قابل قرائت با نرم‌افزار Office-2010 به بالا با فونت ب لوتوس شماره ۱۲ در خطوطی که یک فاصله بهم داشته و حدود ۲/۵ سانتی‌متر حاشیه از هر طرف صفحه تایپ شده باشد (لطفاً از تایپ سه هم چسبیده یا فاصله اندک حروف و کلمات بطور جدی خودداری فرمایید). جداول و نمودارها باید راست چین و با حروف و عدد فارسی و با کیفیت مناسب طراحی و کشیده شوند (جداول چپ چین یا انگلیسی در صفحه آرایی مجله مشکل جدی ایجاد می‌کنند). اشکال باید به صورت JPEG یا GIF با کیفیت بالا بصورت جداگانه ارسال شوند.

تنظیم مقالات:

الف- صفحه عنوان: عنوان کامل مقاله، نام کامل نویسندگان، بالاترین مدرک، مقطع و رشته تحصیلی، دانشگاه یا سازمان متبوع و رتبه هیئت علمی یا پست سازمانی هر یک از نویسندگان (به فارسی و انگلیسی) به همراه آدرس پستی کلیه آنها و تلفن، نامبر و پست الکترونیک

ب- چکیده فارسی: کلیه مقاله‌های پژوهشی باید یک چکیده سازمان یافته شامل حداکثر ۲۵۰ کلمه و بخشهای هدف، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلید واژه‌ها که دقیقاً منعکس کننده اهم مطالب مقاله است دارا باشند. کلمات کلیدی ۵-۳ مورد بر اساس لیست عناوین موضوعی پزشکی ایندکس مدیکوس (MeSH) باشد. در روش بررسی چکیده، متد تحقیق، نوع نمونه‌گیری و جامعه آماری مربوطه، ابزارهای پژوهش و متغیرهای مورد بررسی و روشهای تحلیل آماری داده‌ها مشخصاً نام برده شوند. همچنین در یافته‌های چکیده، ضمن اشاره به موارد مهم آمارهای توصیفی، یا روابط و ضرایب همبستگی بدست آمده، و یا وجود یا عدم تفاوت معنادار بین گروهها، مقادیر دقیق احتمال (P-Value) حاصل از تحلیلهای آماری ذکر شوند.

ج- چکیده و یا متن کامل به زبان انگلیسی: همانند چکیده فارسی و دقیقاً معادل آن باشد.

د- مقدمه: خلاصه‌ای از تعاریف، اصول، تئوریا و بیان مسئله و سپس مروری از پیشینه تحقیق، مجهولات بجا مانده از تحقیقات قبلی، دلایل لزوم مطالعه و هدف مطالعه را شامل می‌شود. نباید به داده‌ها و نتیجه‌گیری پژوهش اشاره نماید.

ه- روش بررسی: باید دقیقاً روش کار، مشاهده، آزمایش یا مداخله را مورد اشاره قرار داده و نوع و متد تحقیق، جامعه آماری، نمونه‌ها و نحوه انتخاب آنها، معیارهای ورود و خروج و متغیرهای پایه‌ای مربوطه که مورد لحاظ بوده‌اند، موضوعات آزمایشگاهی، متغیرهای مورد بررسی و ابزارهای سنجش بکار رفته و روایی و پایایی آنها را مشخصاً ذکر نماید. ملاحظاتی اخلاقی لحاظ شده نیز باید ذکر شوند. از جمله: کسب رضایت آگاهانه از کلیه کسانی که اطلاعاتی از آنها اخذ و یا مورد آزمایش قرار گرفته‌اند، شامل افراد بزرگسال شرکت کننده و یا والدین یا قیم قانونی افراد نابالغ. ذکر نام اختصاصی سازمان، ارگان یا کمیسیونی که طرح را بررسی و مورد موافقت یا حمایت قرار داده‌است.

و- یافته‌ها: می‌تواند بصورت متن، جداول و نمودارها ارائه شود، به شرطی که در اشکال مختلف تکراری نباشند. مقدار احتمال (P-Value) در تحلیلهای آماری انجام شده باید دقیقاً و تا سه رقم اعشار بیان شوند.

ز- بحث: به مقایسه یافته‌های حاصل از تحقیق انجام شده با سایر تحقیقات انجام شده قبلی از منظر تفاوتها و تشابهات بین آنها پرداخته و در تأیید یا دلایل تفاوت بین آنها استدلال شود. جزئیات یافته‌های حاصل از این تحقیق و همچنین تحقیقات قبلی نباید تکرار شوند. در انتها باید به درست یا غلط بودن فرضیه و هدف تحقیق و یا ناکافی بودن ادله حاصل در اخذ نتیجه قطعی رهنمون شود.

ح- نتیجه‌گیری: نتیجه و برآیند نهایی و قطعی تحقیق را بیان نماید.

ی- جداول و نمودارها: حتماً هر یک در صفحات جداگانه در انتهای مقاله ارائه شوند، البته وجود آنها در متن اشکالی ندارد.

ک- اشکال: در تعداد محدود، با کیفیت بالا، در صفحات جداگانه، در انتهای مقاله و بصورت رنگی ارسال و توضیحات آنها زیر آنها قرار گیرد. البته تکرار آنها در متن اشکالی ندارد.

ل- منابع: تمامی مقاله‌های باید دارای منابع مستند، صحیح و مرتبط باشند و نویسنده باید از صحیح بودن آنها مطمئن باشد. از آنجا که بررسی صحت و سقم کلیه منابع در تمامی مقالات، توسط هیئت تحریریه و داوران بطور کامل مقدور نیست، لذا مسئولیت این موضوع بعهده نویسنده مسئول مقاله بوده و به منظور کاهش خطاهای احتمالی لازم است تا قبل از ارسال مجدداً چک شوند. به منظور کنترل بهتر و دقیق تر منابع، بهتر است (ولی الزامی نیست) تا منابع مقاله‌های به همراه URL هر یک از آنها در نرم افزار Endnote وارد و فایل کتابخانه آن (Library) همراه مقاله ارسال گردد.

فهرست مقاله ها

- ۶ مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی بر آشفته‌گی روانشناختی زنان باردار سعید ملیحی الذاکرینی (نویسنده مسوول) ، پرستو نصری
- ۱۴ اثربخشی شفقت درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر زهرا ممدوحی ، هنگامه صفرقلی ، سحر هوشمندی ، ثریاد میرچی (نویسنده مسوول) ، نرجس طباخ زاده
- ۲۳ پیش بینی شدت درد ادراک شده براساس ناتوانی کارکردی و تاب‌آوری در مبتلایان به سردرد میگرنی علیرضا شکرگزار ، منیرالسادات اخوت بنادکی
- ۳۲ بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین جوان مریم مسلمی ، محمد حاتمی
- ۴۲ پیش‌بینی الگوهای بالینی شخصیت از روی صفات شخصیتی در مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره مریم مسلمی ، امین رفیعی پور ، فاطمه نیشابوری
- ۵۴ تبیین ارتباط عملکرد خانواده با رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل نفیسه دورودیان ، آرزو تاری مرادی ، حدیث القاسی
- ۶۰ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعال / نقص توجه پیام ورعی ، حسین قاسمیان رضا محله ، نرجس طباخ زاده (نویسنده مسوول) ، ثریاد میرچی

گفتار ویژه

روانشناسی و سلامت

دکتر سعید ملیحی الذاکرینی

روانشناس سلامت

تن ز جان و جان زتن مستور نیست لیک کس را دیدجان دستور نیست

محمد بلخی

در این نشریه سعی ما بر آن است تا پل های متعددی بین عرصه های مختلف سلامت و روانشناسی بنا نهیم و پیاموزیم که چگونه می توان اثرات فرآیند های روانشناختی را بر گستره سلامت و بیماری تبیین نماییم. روانشناسی سلامت به ما می آموزد که تن و روان پیوند ناگسستنی و متقابل دارند و چگونه افکار، احساسات، هیجان ها و رفتارهای یک فرد می تواند او را در جاده ی سلامتی رهنمون شود.

روانشناسی به ما کمک می کند تا بفهمیم چرا برخی از افراد بیمار می شوند و برخی دیگر نه. چرا برخی زندگی شادابی دارند و برخی دیگر از بیماری رنج می برند؟

در این نشریه می کوشیم تا با استناد به نظریه ها، پژوهش ها و نقطه نظرات علمی راهبردهای مفیدی برای تشخیص، ریشه یابی، تبیین و مدیریت بیماری های مختلف، بویژه بیماری های مزمن ارایه کنیم و دریابیم که چگونه می توان در سطوح فردی و اجتماعی، سبک زندگی سالم تر داشته باشیم.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراساخت درمانی بر آشفتگی روانشناختی زنان باردار

سعید ملیحی الذاکرینی (نویسنده مسوول)

استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

پرستو نصری

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on the psychological disturbance of pregnant women

Saied Malihialzackerini

Assistant Professor of Health Psychology, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University – Karaj Branch, Iran.

Parastoo Nasri

PhD student of Health Psychology, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University – Karaj Branch, Iran.

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on psychological disturbance in pregnant women. The method of the present research was quantitative of the type of semi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up and control group. The statistical population of the present study consisted of pregnant women in the second 3 months of pregnancy who referred to hospitals and pregnancy clinics for monthly checkups at Arad Hospital in Tehran in 2019-1400. After checking the entry and exit criteria, 45 women who met the criteria for entering the research were identified and were randomly assigned into three groups of 15 people, that is, two experimental groups and one control group. The sampling method was non-random and available. After obtaining the sample group, first all the indicators, namely the psychological disturbance questionnaire of Labivand and Labivand (1995) were performed on the subjects as a pre-test.

Then, cognitive behavioral therapy courses, which lasted for 10 sessions of one and a half hours, as well as metacognitive therapy sessions, which lasted for 8 sessions of one and a half hours, were performed on the experimental group. After the end of the course, a post-test and two follow-up tests were taken from both experimental and control groups.

The findings indicated that metacognitive therapy and cognitive behavioral therapy reduced the basic indicators of psychological disturbance including anxiety, stress and depression at the end of the interventions and the follow-up period ($p < 0.05$). The method of metacognitive therapy has caused a greater reduction in the components of anxiety, stress and depression ($p < 0.05$).

It can be concluded that in metacognitive therapy, it is assumed that metacognitions are factors that evaluate, monitor and control the process of a person's consciousness, and due to the effect that metacognitive therapy has on correcting metacognitive beliefs, it can be used alone or with complementary therapy to reduce Anxiety, stress and depression in pregnant women are effective.

Keywords:

cognitive-behavioral therapy, metacognitive therapy, psychological disturbance, pregnant women.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی بر آشفتگی روانشناختی در زنان باردار بود. روش پژوهش حاضر، کمی از نوع طرح های نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از زنان باردار در ۳ ماهه دوم بارداری مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری برای چکاپ ماهانه ی بیمارستان آراد در شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، ۴۵ نفر از زنانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، مورد شناسایی قرار گرفتند و در سه گروه ۱۵ نفره، یعنی دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به صورت گمارش تصادفی، قرار گرفتند. روش نمونه گیری غیرتصادفی و در دسترس بود. پس از دستیابی به گروه نمونه ابتدا تمامی شاخص‌ها یعنی پرسشنامه آشفتگی روانشناختی لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) به عنوان پیش آزمون بر روی آزمودنی اجرا شد. سپس دوره های درمان شناختی رفتاری که به مدت ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم بود و همچنین دوره درمان فراشناخت که به مدت ۸ جلسه یک ساعت و نیم بود، بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان دوره از هر دو گروه آزمایشی و گروه گواه، پس آزمون و ۲ بعد آزمون پیگیری گرفته شد. یافته ها حاکی از آن بود که درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری باعث کاهش شاخص های اساسی آشفتگی روانشناختی شامل اضطراب، استرس و افسردگی در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند ($p < 0/05$). روش فراشناخت درمانی باعث کاهش بیشتر مؤلفه های اضطراب، استرس و افسردگی شده است ($p < 0/05$). می توان اینگونه نتیجه گرفت که در درمان فراشناختی فرض می شود فراشناخت ها عواملی هستند که فرایند آگاهی شخص را ارزیابی، نظارت و کنترل می کنند و به دلیل تأثیری که درمان فراشناخت بر اصلاح باورهای فراشناختی دارد می تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در زنان باردار مؤثر باشد. **واژه های کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، فراشناخت درمانی، آشفتگی روانشناختی، زنان باردار.

مقدمه

بارداری از حساس ترین دوره های زندگی انسان است. انتظار طولانی مدت برای به دنیا آمدن و نگرانی مدام برای حفظ سلامت نوزاد در همه دوران بارداری همراه مادر است. از این رو مادران جوان عموماً تجربه مدام استرس و اضطراب دارند و بهداشت روانی دوران بارداری از مسائلی است که امروزه به آن بسیار توجه شده است (قاسمی کاکلر، سهرابی، امینی و مظاهری، ۱۴۰۱). سطح آگاهی مادران جامعه از دستورالعمل ها و مراقبت های ویژه دوران بارداری پایین می باشد. از طرف دیگر ضعف جسمانی ناشی از کم تحرکی و افزایش وزن بیش از حد باعث می شود تا در پاره ای از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی ها و پیامدهای منفی غیرقابل انتظاری همراه گردد. این امر می تواند مادران را تا سال ها پس از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبان گیر و مبتلا سازد (نیگاتو، ورکنه، مکوری، بیفتر، مامویه و گیزه، ۲۰۲۲). استرس بارزترین علامت در رفتارها و نشانه های بالینی زنان باردار است. امروزه مشخص شده است که موقعیت های استرس دار زندگی از جمله تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی، نگرانی درباره دشواری های بارداری و رابطه با همسر می تواند در تغییرات روانی مادران باردار نقش داشته باشد. استرس در دوران بارداری باعث پیامدهایی برای جنین از جمله کم وزنی زمان تولد، تولد نارس یا حتی سقط جنین و همچنین باعث زایمان های سخت و طولانی می کند (قطبی و سادات گلی، ۱۴۰۲). نگرانی های مرتبط با بارداری می تواند با سطح بالای اضطراب دوره بارداری که به اضطراب ویژه دوره بارداری معروف است، دخیل باشد. اضطراب دوره بارداری یک حالت هیجانی خاص است که مرتبط با نگرانی های خاص دوره بارداری از قبیل نگرانی درباره سلامت نوزاد و زایمان می باشد (کان، اسپیتز، گلاین، هوبل، ساندرمن، ۲۰۱۴، شاه طاهری، جمهری، نیکنام و رفیعی پور، ۱۴۰۱). اضطراب دوره بارداری علل زیادی دارد. زنی که دارای شرایط پرخطر پزشکی از قبیل فشارخون بالا یا بیماری دیابت می باشد ممکن است در مورد اثرات سوء این بیماری ها بر روی خود و فرزندش نگران باشد. فردی که سابقه نازایی یا مرده زایی داشته ممکن است درباره قدرت ادامه زندگی پس از تولد نگرانی داشته باشد (سجادی، بخشانی، شگری پور، باغبان حقیقی، صمدی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین فردی که برای نخستین بار مادر می شود ممکن است درباره تغییرات قریب الوقوعی که در زندگی وی روی خواهد داد، نگرانی داشته باشد و بسیاری از زنان در مورد نقایص مادرزادی و سلامت نوزاد نیز می اندیشند (سایرت و مارچ، ۲۰۲۳). افسردگی اختلال شایعی در زنان باردار است که سلامت مادر و کودک را در دوران بارداری و پس از زایمان مورد تهدید جدی قرار می دهد. افسردگی در دوران بارداری باعث عدم مراقبت مادر از خود، بی اشتها، کم وزن بودن نوزاد و تولد زودرس نوزاد می گردد. افسردگی در دوران بارداری می تواند منجر به عدم توجه به خود، تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو و عدم مراقبت دوران بارداری شود. این امر همچنین خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد که ممکن است عواقب ناگواری مانند خودکشی و سوء استفاده از کودک را به

۱ Nigatu, Workneh, Mekuria, Yifter, Mamuye & Gize

۲ . Kane HS, Schetter CD, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA

۳ . Cyert & March

دنبال داشته باشد (ون دن برگ، مولدر، منز، گلاور^۴، ۲۰۱۵). متأسفانه سهل‌انگاری در تشخیص و درمان افسردگی در دوران بارداری و بیشتر مواقع به علت تشابه علائم افسردگی با علائم جسمانی بارداری مانع از تشخیص به‌موقع و صحیح افسردگی می‌شود (نورمن و مورینا^۵، ۲۰۱۸). در همین راستا یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌ها پژوهش در حوزه درمان برای عوامل روانی زنان باردار است (اندوز، ۱۳۹۵). در رویکرد درمانی شناختی-رفتاری فرض بر آن است که بوقوع پیوستن رویدادها عامل اصلی ظاهر شدن مشکلات روانشناختی نمی‌باشد بلکه در این مورد شیوه‌ای که اشخاص رویدادها را تفسیر می‌کنند به عنوان عامل اصلی مطرح می‌باشند. در فرایند درمان شناختی-رفتاری فرض می‌گردد معنایی که مردم به تجربیات خود می‌دهند عامل مهمی در شکل‌گیری هیجانات و انجام واکنش‌های آنها می‌باشد (پولو-کانتلا^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان شناختی-رفتاری تلاش می‌گردد تا با به زیر سوال بردن اعتبار افکار و نگرش‌های منفی شخص، میزان اعتقاد شخص به آنها کاهش یابد. اما در درمان فراشناختی درمانگر با شیوه‌ی سبکی که مراجع فکر می‌کند سروکار دارد و در این نوع درمان فرض می‌گردد که مراجع در پاسخ به افکار، احساسات و اعتقادات منفی خود از سبک‌های تفکر غیرقابل انعطاف و نامناسب استفاده می‌کند. در درمان فراشناختی بر خلاف درمان شناختی-رفتاری که بر روی شناسایی و مقابله با تحریفات شناختی تأکید می‌گردد بر روی برداشتن سبک پردازش غیر مفید تأکید می‌گردد (اسلایکرمن^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین از نظر درمانگران فراشناختی اختلالات هیجانی (اختلالات افسردگی و اضطرابی) زمانی ایجاد می‌شوند که شخص سبکی از حالت فراشناختی دارد که وی را به مدت طولانی درگیر پردازش و تفاسیر منفی در مورد رویدادهایی که با آنها روبرو ساخته است می‌نماید. در نهایت یکی از تفاوت‌های درمان شناختی با درمان شناختی-رفتاری آن است که در درمان شناختی-رفتاری اعتقاد بر آن است که انواع اعتقادات و نگرش‌های منفی از شناخت‌های معمول^۸ سرچشمه می‌گیرند اما در درمان فراشناختی فرض می‌شود که اعتقادات و نگرش‌های منفی از تولیدات و یا ساخته‌های فراشناختی می‌باشد و آنها در اثر الگوهای توجه و تفکر خاص ایجاد شده‌اند (بلک مور^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال‌ها است که آیا اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی بر میزان استرس، اضطراب، افسردگی در زنان باردار با هم تفاوت دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری‌شده جزء مطالعات کمی، از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی و از نظر شیوه جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از زنان باردار در ۳ ماه دوم بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری جهت کنترل بارداری بیمارستان آراد در شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و هدفمند (به نمونه‌گیری هدفمند، نمونه‌گیری قضاوتی، انتخابی یا ذهنی نیز گفته می‌شود زیرا نمونه بر اساس تصمیم یک فرد گرفته می‌شود. نمونه هدفمند به عنوان روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در نظر گرفته می‌شود، زیرا تصمیم‌گیری در مورد گنجانیدن یک فرد در گروه نمونه توسط خود محقق گرفته می‌شود) و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش از بین زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان آراد (به دلیل شاغل بودن پژوهشگر در بیمارستان آراد) که در بیمارستان جهت کنترل بارداری، پرونده تشکیل داده بودند، انتخاب شد.

- ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها:

- حداقل تحصیلات در سطح دیپلم

- حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال (به دلیل اینکه بارداری زیر ۲۰ سال و بالای ۴۰ سال، پرخطر محسوب می‌شود)

- بارداری به‌صورت طبیعی بوده باشد.

- سابقه سقط نداشته باشند.

- بارداری خواسته باشد.

- زندگی با شریک زندگی

- زنان نخست‌زا

- ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها:

۴ . Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V

۵ . Normann N, Morina N

۶ . Polo-Kantola P

۷ . Slykerman RF

۸ . Ordinary cognitive

۹ . Blackmore

-ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و روانی که منجر به تداخل با متغیرهای تحقیق شود (بنابر گزارش خود آزمودنی).
-بروز مشکلاتی مربوط به بارداری بر اساس تأیید پزشک که حضورشان در جلسات درمانی نباید ادامه پیدا کند، نظیر زایمان-زودرس،
استراحت مطلق، بالا رفتن فشارخون، بالا رفتن قند خون و ...
-عدم تمایل شرکت در جلسات گروهی درمان
-دارای بیماری دیابت و فشار خون بالا باشند (بنابر گزارش پزشک متخصص).

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس

این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است توسط لایویند و لایویند در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. این عبارات مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد.

سؤال‌ها	خرده مقیاس‌ها
۲۱-۱۷-۱۶-۱۳-۱۰-۵-۳	افسردگی
۲۰-۱۹-۱۵-۹-۷-۴-۲	اضطراب
۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱	استرس

هر یک از خرده مقیاس‌های ۲۱-dass شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید (جدول ۱). هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شماره ۲ می‌توان شدت علائم را مشخص کرد (لایویند و لایویند، ۱۹۹۵، به نقل از فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	+۲۸	+۲۰	+۳۳

آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل موردسنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین در پژوهش نیک آذین و نائینیان (۱۳۹۴) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ بدست آمد که قابل قبول می‌باشند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ بدست آمد و روایی نیز برای هر ۳ متغیر مطلوب گزارش شد.

یافته ها

آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک برای افراد سه گروه کنترل، درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تحقیق به تفکیک برای سه گروه کنترل، درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	۳۴,۲۷	۳,۲۸	۳۴,۱۳	۳,۵۸	۳۳,۹۳	۳,۵۱
	۳۴,۰۰	۳,۳۰	۲۲,۶۰	۲,۸۰	۲۲,۲۷	۲,۹۱
	۳۳,۳۳	۳,۴۴	۱۷,۰۷	۲,۸۱	۱۶,۸۷	۲,۹۷
اضطراب	۳۴,۴۰	۳,۱۴	۳۴,۰۷	۳,۱۷	۳۳,۸۰	۳,۲۱
	۳۵,۲۰	۳,۶۹	۲۳,۲۷	۲,۷۴	۲۳,۰۰	۲,۹۳
	۳۵,۲۰	۳,۴۵	۱۶,۶۷	۲,۰۶	۱۶,۲۷	۲,۰۵
افسردگی	۳۵,۴۷	۳,۸۹	۳۵,۳۳	۴,۰۵	۳۵,۱۳	۴,۳۴
	۳۵,۳۳	۳,۹۰	۲۳,۲۰	۲,۷۳	۲۳,۰۷	۲,۶۳
	۳۴,۰۰	۳,۱۲	۱۸,۰۰	۳,۴۸	۱۷,۷۳	۳,۴۷

بررسی فرضیه

برای بررسی تفاوت استرس، اضطراب، افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار در مرحله پس آزمون در دو گروه درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی با مرحله پیگیری از تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در اولین مرحله برای انجام تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر، نرمال بودن متغیرهای تحقیق در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله تحقیق (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بررسی شد که در جدول ۲ آورده شده است. بر اساس نتایج جدول ۲ با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی برای مؤلفه‌های تحقیق نشان می‌دهد همگنی ماتریس کوواریانس نمرات مؤلفه‌های تحقیق در مراحل مختلف رعایت شده است.

جدول ۲: آزمون ماچلی برای متغیرهای تحقیق در مقایسه دو گروه آزمایش

اثر بین گروهی	ضریب ماچلی	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	گرین هاوس-گیسر	هوین-فلت	حد پایین
استرس	.۱۵۶	۵۰,۱۲۱	۲	.۰۶۰	.۵۴۲	.۵۶۷	.۵۰۰
اضطراب	.۰۸۳	۶۷,۳۶۰	۲	.۰۸۰	.۵۲۲	.۵۴۳	.۵۰۰
افسردگی	.۰۸۴	۶۶,۸۲۱	۲	.۰۷۰	.۵۲۲	.۵۴۴	.۵۰۰
بهزیستی	.۱۱۶	۵۸,۱۹۲	۲	.۰۸۰	.۵۳۱	.۵۵۴	.۵۰۰
فشارخون	.۵۱۰	۱۸,۱۸۷	۲	.۰۶۰	.۶۷۱	.۷۱۸	.۵۰۰
قند خون	.۲۵۳	۳۷,۰۶۷	۲	.۰۷۰	.۵۷۳	.۶۰۲	.۵۰۰

جدول ۳: آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های تحقیق در دو گروه آزمایش

مقدار	F آماره	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی داری	مرحله* گروه
۰.۹۱۸	۷,۳۴۶	۱۲,۰۰۰	۱۰۴,۰۰۰	۰.۰۰۰	اثر پیلار
۰.۰۸۹	۴۲۰,۰۶۲	۱۲,۰۰۰	۱۰۲,۰۰۰	۰.۰۰۰	لامبدای ویکلز
۱۰,۲۲۳	۴۲,۵۹۴	۱۲,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۰.۰۰۰	اثر هتلینگ
۱۰,۲۱۶	۸۸,۵۳۷ ^d	۶,۰۰۰	۵۲,۰۰۰	۰.۰۰۰	بزرگ‌ترین ریشه روی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه، یعنی اثربخشی، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰,۰۱ است. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین مؤلفه‌های تحقیق در دو گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. به‌منظور مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر، از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون بنفرونی برای مقایسه مؤلفه‌های تحقیق در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری						
			اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	
استرس	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۱۱۷	۰.۰۰۸	-۰.۳۳۳*
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۱۱۷	۰.۰۹۸	-۰.۲۰۰
اضطراب	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۱۲۵	۰.۰۴۱	-۰.۲۶۷*
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۱۲۵	۰.۰۰۳	-۰.۴۰۰*
افسردگی	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۱۰۵	۰.۲۱۶	-۰.۱۳۳
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۱۰۵	۰.۰۱۷	-۰.۲۶۷*
بهبودی	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۸۹۶	۰.۴۶۳	۰.۶۶۷
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۸۹۶	۰.۱۱۳	-۱,۴۶۷
فشارخون	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۴۲۲	۰.۵۳۲	-۰.۲۶۷
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۴۲۲	۰.۷۵۴	۰.۱۳۳
قند خون	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۲۰۶	۰.۷۶۹	-۰.۰۶۷
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۲۰۶	۰.۲۰۷	۰.۲۶۷

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، اختلاف بین نمرات متغیرهای استرس و اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه شناختی-رفتاری در سطح معنی‌داری ۰,۰۵ معنادار شده است. همچنین اختلاف بین متغیرهای اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیگیری برای گروه فراشناخت در سطح معنی‌داری ۰,۰۵ معنی‌دار می‌باشد. اما برای متغیرهای بهبودی، فشارخون و قند خون در گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سطح معنی‌داری ۰,۰۵ اختلاف معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه: میزان استرس، اضطراب، افسردگی، بهبودی روان‌شناختی و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار در مرحله پس‌آزمون در دو گروه درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی با مرحله پیگیری تفاوت دارد. در ارزیابی فرضیه نتایج نشان داد که اختلاف بین نمرات متغیرهای استرس و اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه شناختی-رفتاری معنادار شده است. همچنین اختلاف بین متغیرهای اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیگیری برای گروه فراشناخت معنی‌دار می‌باشد. اما برای متغیرهای بهبودی، فشارخون و قند خون در گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنادار وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش هاشمی و همکاران (۱۴۰۱)، آزاد و همکاران (۱۴۰۰)، رنجبر و همکاران (۱۳۹۹)، حسینی (۱۳۹۹)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۹)، ملیحی‌الذاکرینی و همکاران (۱۳۹۸)، منفردپویا و همکاران (۱۳۹۸)، اجباری و همکاران (۱۳۹۸)، محمدزاده‌فراهانی و همکاران (۱۳۹۸)، شاکر دولق و همکاران

(۱۳۹۷)، کارتر و همکاران (۲۰۲۲)، موریس و همکاران (۲۰۲۱)، کاش و فلمینگ (۲۰۲۰)، دانیال و استرانک (۲۰۲۰)، کالسن و همکاران (۲۰۲۰)، موریتز و همکاران (۲۰۱۸)، جلینگ و همکاران (۲۰۱۷)، پوروال و ال فیشر (۲۰۱۷)، هرز و هود (۲۰۱۷)، ولز و همکاران (۲۰۱۷)، جانسون و همکاران (۲۰۱۶) و هاسون -اوهایا و همکاران (۲۰۱۵) به صورت ضمنی همسو و همخوان است. اضطراب و افسردگی تجربه‌های هیجانی نامطلوبی هستند که نشانه‌ای از وجود انواع تهدید یا فقدان می‌باشند. وقتی افراد با تغییر الگوی توجه و تفکر به آن‌ها پاسخ می‌دهند، پایدار و مسئله‌ساز می‌شوند. باین حال اکثر افراد قادر به این مسئله نیستند که توجهشان بر خود و تفکر و احساسشان قفل شده است و این فرایند، احساس‌ها و باورهای منفی را درباره خود افزایش داده و تداوم می‌بخشد. بنابراین می‌توان گفت که در درمان فراشناختی با استفاده از فن‌های ذهن آگاهی انحصالی، به تعویق انداختن نگرانی و به‌ویژه فن موقعیتی توجه که برای مقابله با تهدیدهای بیرونی در زنان باردار، به کار می‌رود و میزان برانگیختگی را افزایش می‌دهد، ممکن است در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر باشد (حسینی، ۱۳۹۹). یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای کاهش اضطراب و نگرانی زنان باردار با استفاده از تحلیل سود-زیان صورت می‌گیرد. به طوری که درمانگر تلاش کرد تا بیمار متوجه شود که نگرانی و اندیشناکی نتیجه کمی دارد و در گرفتار کردن او، صرفاً در تکرار جنبه‌های منفی رویداد آسیب‌زا یا فکر درباره تهدیدهای آینده، نقش دارد. درمانگر با این هدف و به‌منظور تضعیف باورهای مثبت درباره نیاز به درگیری در این الگوهای تفکر پایدار، مراجع را به سمت تحلیل سود و زیان نگرانی و اندیشناکی پیش می‌برد. هدف تضعیف سودها و برجسته کردن زیان‌ها برای تسهیل استفاده از تعویق نگرانی و اندیشناکی است (کاش و فلمینگ، ۲۰۲۰). طبق این دیدگاه افکار مزاحم به شیوه گسلیده و بدون اینکه مورد تحلیل یا تفسیر یا کنترل قرار بگیرند در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که بیمار مفهوم ذهن آگاهی گسلیده را متوجه شد و در جلسه درمان تمرین انجام شد. درمانگر راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و اندیشناکی را معرفی می‌کند. درمانگر به بیمار آموزش داد هرگاه افکار یا علائم مزاحم (مثل افزایش برانگیختگی ناگهانی) را تجربه کرد، باید از وقوع آن‌ها آگاه شود و با خودش بگوید الآن در مورد رویداد آسیب‌زا اندیشناک نباش، نگران نباش و علائم را تحلیل نکن، فقط اجازه بده علائم به وقت خودشان ناپدید شوند. درمانگر از مراجع خواست که ذهن آگاهی گسلیده و تعویق نگرانی و اندیشناکی را در پاسخ به تمام افکار مزاحم مرتبط با رویداد آسیب‌زا به کار ببرد (ملیحی الذاکرینی و همکاران، ۱۳۹۸). احتمال دارد بتوان برای تبیین دیگر این یافته به تعمیم فن ذهن آگاهی گسلیده متوسل شد. درمانگر به بیمار آموزش داد تا بتواند ذهن آگاهی گسلیده را برای هرگونه پیامد کابوس‌ها به کار ببرد. پس از آن، گام بعدی بررسی وجود راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی است که برای سازگاری زیان‌بخش است. درمانگر به دقت استفاده از راهبردهای کنترل علائم، کوچک شمردن تهدیدها، افکار کنترل‌کننده و کاهش اضطراب را ارزیابی می‌کند. راهبردهای معمول که مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل استفاده از الکل و سایر داروها، سرکوبی افکار، اجتناب از برانگیزاننده‌های رویداد آسیب‌زا و واریسی کردن می‌باشد. شناسایی این رفتارها، به بیمار کمک می‌کند تا موارد مسئله‌ساز را بشناسد (شاکر دولق و همکاران، ۱۳۹۷).

منابع

- انوری، حسن. (۱۳۹۹). رابطه معنای زندگی با بهزیستی روانشناختی در رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- دانش، عصمت؛ امین الرعایایی، پریسا و نوری پورلیاوی، رقیه. (۱۳۹۶). رابطه سطوح تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در زوجین نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی. مجله سلامت اجتماعی، دوره ۴، شماره ۳، صص ۱۷۰-۱۷۸.
- قائدی، غلامحسین؛ یعقوبی، حمید. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. مجله ارمان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲ (پیاپی ۵). ۸۱-۶۹.
- کاپلان - سادوک سادوک، ب.؛ سادوک، و. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۴۰۲). تهران: انتشارات ارجمند.
- نوروزی، حمید؛ عطادخت، اکبر؛ غفاری، عذرا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش حل مسئله اجتماعی در ارتقای بهزیستی روان شناختی و تاب آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. دوره سوم. مجله علمی - پژوهشی. شماره ۲. ۱۰۸-۹۲.

- Ahmadi, S., Tabibi, Z., Mashhadi, A., Eshraghi, P., Faroughi, F., Ahmadi, P. (2017). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on anxiety, depression and glycemic control in children with type 1 diabetes. *Int J Pediatr*. 2(3.1):165-71.
- Akiki S, Avison WR, Speechley KN, Campbell MK. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. *J Affect Dis*. 2016;196:260-7.
- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry*, 54(3) 217-28.
- Banerjee, S. (2012). Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59: 67-72
- Beattie J, Hall H, Biro MA, East C, Lau R. Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomised trial. *Midwifery* 2017;50:174-83.
- Ben-Zur H. (2013). Happy adolescents: the link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*; 32(2): 67-79.
- Blackburn, D.F., Swidrovich, J., Lemstra, M. (2018). Nonadherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient Prefer Adherence*. 7:183-9. DOI: 10.2147/PPA.S30613 PMID: 23487395
- Campbell, R.L., & Svenson, L.W. (2012). Perceived level of stress among University undergraduate students in Edmonston, Canada. *Perceptual and Motor Skills*, 75: 552-554.
- Cartwright - Hatton. S and Wells. A, (2017), Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates, *Journal of Anxiety Disorders* 11, pp. 279-296.
- Colbear, J., & Wells, A. (2008). Randomized controlled trial of metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder. Manuscript in preparation.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2010). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Duncan, L. G., & Baradacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness during the Perinatal Period. *Child FAM Stud*, 19:190-202.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Sandall, J. (2014). Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. *Midwifery*; 30(6): 628-35.
- Hall HG, Beattie J, Lau R, East C, Biro MA. Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*. 2016; 29(1):62-71.

اثر بخشی شفقت درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

۱. زهرا ممدوحی

کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه اردکان

۲. هنگامه صفرقلی

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۳. سحر هوشمندی

کارشناس ارشد مشاوره شغلی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

۴. ثریا دمیرچی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

۵. نرجس طباطبائی زاده

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Psychological Well-Being of Female Students at Islamic Azad University, Eslamshahr Branch

Zahra Mamdouhi

MSc in General Psychology, Ardakan University,

Hengameh Safargholi

Master's in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch

Sahar Hooshmandi

Master's in Career Counseling, Islamic Azad University, North Tehran Branch

Soraya Damirchi (Corresponding Author)

Master's in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Eslamshahr Branch

Narges Tabakhzadeh

Master's in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Eslamshahr Branch

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on the psychological well-being of female students at Islamic Azad University, Eslamshahr Branch. The research utilized a quasi-experimental method with a pre-test and post-test control group design. The statistical population included all female students at Islamic Azad University, Eslamshahr Branch, in the spring of 2022. From this population, 26 students were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups of 13 (experimental and control). The research instrument used was the Psychological Well-Being Questionnaire (Ryff et al., 1989). The experimental group received eight 90-minute sessions of Compassion-Focused Therapy, while the control group received no intervention. Post-tests were conducted for both groups, and the data were analyzed using SPSS version 24 and covariance analysis. The results of the covariance analysis for both groups in the pre-test and post-test ($\eta^2 = 0.671$, $P = 0.000$, $F = 46.80$) indicated a significant difference in psychological well-being. Consequently, a meaningful difference between the control and experimental groups was observed, suggesting that CFT has a significant impact on psychological well-being and can predict 67% of its variance. Therefore, Compassion-Focused Therapy proved effective in improving the psychological well-being of female students.

Keywords:

Compassion-Focused Therapy, Psychological Well-Being, Female Students, Islamic Azad University

چکیده

این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی شفقت درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش از آزمون و پس از آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر در بهار ۱۴۰۱ بودند که از میان آنها ۲۶ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و نمونه های منتخب به صورت تصادفی به دو گروه ۱۳ نفری آزمایش و کنترل شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف و همکاران، ۱۹۸۹) بود. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش شفقت درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. در نهایت از هر دو گروه، پس از آزمون به عمل آمده داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند و نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون ($F=0/671$) = مجذور اتا، $P = /000$) $F=46/80$) برای بهزیستی روانشناختی معنی دار می باشد. در نتیجه تفاوت معنی داری بین گروه گواه و آزمایش در بهزیستی روانشناختی وجود دارد و می توان بیان کرد که شفقت درمانی بر بهزیستی روانشناختی تاثیر گذار است و ۶۷ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی را میتواند پیش بینی کند. بنابراین، شفقت درمانی بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان دختر موثر بوده است.

کلیدواژه: شفقت درمانی، بهزیستی روان شناختی، دانشجویان دختر

مقدمه

دانشجویان در هر کشور، آینده سازان پرشوری هستند که لازم است نه تنها خود از سلامت جسمانی و روانی بالایی برخوردار باشند، بلکه عهده دار تامین و ارتقاء سطح سلامت جامعه نیز خواهند بود (منجم و سادات ابراهیمی، ۲۰۱۷). یکی از شاخص های مهم در ارتقاء سطح سلامت دانشجویان، بهزیستی روانشناختی^۱ است. بهزیستی روان شناختی به معنای تلاش برای ارتقاء است که در تحقق یافتن استعدادها و توانایی های فرد نمایان می شود (ریف^۱، ۲۰۱۴). بهزیستی روانشناختی موضوعی است که از گذشته های دور مورد توجه فیلسوفان و دانشمندان رشته های مختلف علمی قرار داشته است و به تازگی در کانون توجه روانشناسی مثبتگرا قرار گرفته است (بلده^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). احساس بهزیستی اصطلاحاً به احساسی مثبت و احساس رضامندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف خانواده و شغل و... می باشد، تعریف شده است. احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم دارای مولفه های شناختی است. افراد با بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ این در حالی که افراد احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب و خشم و افسردگی را تجربه می کنند (فرخزادیان و میردکوند، ۲۰۱۸). بهزیستی روانشناختی به عنوان ترکیبی از یک "احساس خوب بودن" و "عملکرد خوب داشتن" می باشد. توصیف هیجانات مثبت مانند شادی، رضایت، توسعه توانایی های بالقوه، داشتن برخی کنترل ها بر زندگی شخصی، هدف داشتن و تجربه روابط مثبت با دیگران می باشد، شرایط پایداری که به فرد و جامعه امکان شکوفایی می دهد (ریجری^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). امروزه پژوهشگران معتقدند احساس بهزیستی زندگی افراد را به سمت موفقیت بیشتر، سلامت، ارتباط اجتماعی حمایت گرانه سالم تر و در نهایت سلامت جسمی و روانی رهنمون می سازد (کراس^۴، ۲۰۱۷). بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چند بعدی است که از طریق ترکیب هیجانی، ویژگی های شخصیتی، هویت و تجربه زندگی رشد می یابد (ووسی، و نزیانی و فوجی^۵، ۲۰۱۹). در این راستا مدل هایی برای مفهوم سازی و عملیاتی کردن بهزیستی روان شناختی ارائه شدند که از نظر مثبت به افراد نگریستند که یکی از آنها مدل ریف، از مهم ترین مدل های حوزه بهزیستی روان شناختی به شمار می آید. مطابق الگویی ریف از بهزیستی روان شناختی یا بهداشت روانی مثبت ارائه کرد، بهزیستی روان شناختی شامل شش عامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است (پائولواکاهانو، تولوانن، کینانن و لاپالا پین^۶، ۲۰۱۸). بهزیستی روانشناختی از منظر روان شناسان اجتماعی نوعی احساس رضایت است (هاتف نیا، درتاج، علی پور، فرخی نیا، ۲۰۱۹). که به معنی رفاه و سرخوشی و دست یابی فرد به توان بالقوه تعریف شده و شامل رضایت از زندگی، عاطفه مثبت

- ۱۰ Psychological well-being
- ۱۱ Ryff
- ۱۲ Badahda, Khamis, Al Mahyijari
- ۱۳ Ruggeri
- ۱۴ Crous
- ۱۵ Voci, Veneziani, & Fuochi
- ۱۶ Puolakanaho, Tolvanen, Kinnunen, & Lappalainen

ومنفی است (غزنوی، ذبیمی، شهسواری و ساری چلو، ۲۰۱۹). بنابراین از طریق افزایش سطح بخشودگی و امید به زندگی می توان به افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی واز این طریق می توان به بهبود بهزیستی روانشناختی کمک کرد. (حسام پور و صدوقی، ۲۰۱۷). یکی از راهکارهایی که می توان به این منظور مورد استفاده محققان و درمانگران قرار بگیرد، شفقت درمانی است. درمان های موج سوم که مشخصه آنها تمرکز بر عملکرد است تامحتوای شرایط، رشد فزونی داشته است و بر مفاهیمی مانند ذهن آگاهی، بافت گرایی، شفقت نسبت به دیگران و نسبت به خود تاکید دارند. از جمله این درمان ها، درمان مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماری های خاص جلب کرده است (روزمورته، مورا، نادال، بلد و برنگر، ۲۰۱۷). درمان متمرکز بر شفقت^{۱۸}، درمانی نوین ویکپارچه است که از بسط و گسترش مفاهیم و روش های ذهن آگاهی برای درمان اختلالات بناشده است (درخشنده ونامدار پور، ۲۰۱۷). این شیوه درمانی با هدف کمک به افراد برای یادگیری مهارت های کلیدی مورد نیاز به منظور توسعه و تقویت ویژگی های شفقت، بهزیستی روان شناختی، تحمل آشفتگی، همدلی و غیرقضاوتی بودن شکل گرفت. این مهارتهای خاص شامل استدلال برای شفقت، رفتار مهربان، تصاویر و احساسات مشفقانه است (دهقانی، صالحی و نواب، ۲۰۱۸). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند ودر این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش می دهد، در مواجهه با این درونی نیز آرام می شود. در تمرین متمرکز بر شفقت برتن آرامی، ذهن آگاهی، شفقت به خود تاکید می شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (آرونز و لاد^{۱۹}، ۲۰۱۷). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین میتوانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (آرونز و لاد، ۲۰۱۷). شفقت به خود به عنوان سازه ای سه مؤلفه ای اساسی مهربانی باخود، شامل پرداختن به نقاط ضعف خود همراه با پذیرش و واکنش به کاستی ها و ناراحتی ها از راه دلسوزانه، تجارب مشترک انسانی شامل دیدن رنج با تجربه شخصی به عنوان بخشی از یک تجربه مشترک بشری و ذهن آگاهی، شامل توصیف هوشیارانه، پذیرش متعادل احساسات و افکار منفی همراه با آگاهی از آن هاست (کراسرواستانگیر^{۲۰}، ۲۰۱۸). هدف در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه ای شفقت ورز درونی مراجعان باخودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می شود. از نتایج این نوع درمان مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت وعدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری آشفتگی و درد ورنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویر سازی، احساس وحس کردن شفقت آمیز است (احمدپور، زهراکار، کیامنش، ۲۰۱۷). در درمان متمرکز بر شفقت، مفهوم شفقت به خود، نگرش حمایت ومهربانی به خود را جایگزین خود انتقادگری، تحقیر و شرم می کند (مانت زیوس، کانوا و ایگان^{۲۱}، ۲۰۲۰). شفقت به عنوان حساسیت به رنج در خود و دیگران اشاره دارد که افراد برای کاهش و پیشگیری از آن متعهدانه تلاش میکنند (گیلبرت^{۲۲}، ۲۰۱۷) و همچنین خود شفقت ورزی به کاهش رفتارهای پرخطر منجر شده و از آنها در مقابل آسیب ها محافظت میکند (ادوارد، کارلیل و روکلیف^{۲۳}، ۲۰۱۹). با مرور پیشینه پژوهشی مشخص شد که تاکنون تاثیر، اثربخشی شفقت درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر را بررسی کند، انجام نشده است، اما می توان به تعدادی از پژوهش های مشابه اشاره کرد به عنوان نمونه، یاسمین آباد وهمکاران (۱۴۰۱) طی تحقیق اثربخشی شفقت درمانی بر نشخوار فکری که روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه گواه بود. نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش اضطراب وجودی و نشخوار فکری می شود. سعید بختیارپور و همکارانش (۱۴۰۰) متوجه شدند که نتایج حاکی از آن بود که درمان شناختی-وجودی و درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی ومولفه های آن (پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط) در پایان مداخلات ودوره پیگیری شده بودند. همچنین درمان شناختی-وجودی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری در افزایش بهزیستی روانشناختی ومولفه های آن داشت. لورن متافاش و همکارانش (۲۰۱۷) دریافتند که بهزیستی روانی با کسب نمرات تحصیلی بالاتر در هر چهار واحد تحصیلی مرتبط است. دانش آموزان با آرامش روانی بالاتر در رویکرد یادگیری خود تنظیم تر بودند. مهمتر از همه، این مطالعه نشان می دهد که بهزیستی روانی ممکن است یک عامل توضیحی برای سازگاری و انتقال موفقیت آمیز دانشجویان در آموزش عالی باشد، همانطور که با رابطه مثبت احساس انسجام با عملکرد تحصیلی نشان می دهد. سیلا ویلیا و همکارانش (۲۰۱۸) متوجه شدند که خودشفقتی

- ۱۷ Ros-Morente & Mora & Nadal & Belled & Berenguer
 ۱۸ Compassion-Focused therapy
 ۱۹ Irons & Lad
 ۲۰ Graser, Stangier
 ۲۱ Mantzios, Koneva, Egan
 ۲۲ Gilbert
 ۲۳ Carlyle, Rockliff, Edwards, Ene, Karl, Marsh

پس آزمون به عمل آمد و داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف - فرم کوتاه ۱۸ سوالی. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شده و فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۱۲۰ ماده می باشد ولی در بررسی های بعدی فرم های کوتاه تر ۸۴ ماده ای ، ۵۴ ماده ای و ۱۸ ماده ای نیز پیشنهاد گردید. برای سنجش متغیر بهزیستی روانشناختی، از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه ۱۸ سوالی استفاده می کنند. پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف یک مفهوم چند بعدی است. شامل ۶ مولفه می باشد: ۱- پذیرش خود: یعنی نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه های مختلف خود مانند ویژگی های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته

- ۲- روابط مثبت با دیگران : احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی ها
 - ۳- خودمختاری : احساس استقلال و اثر گذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها
 - ۴- تسلط بر محیط : حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت های بیرونی و بهره گیری موثر از فرصت های پیرامون
 - ۵- زندگی هدفمند : هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته ی او معنا دار است
 - ۶- رشد فردی : احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه های نو به عنوان یک موجود دارای استعداد های بالقوه است.
- نمره گذاری و تفسیر پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف- فرم کوتاه ۱۸ سوالی:

فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف ۱۸ گویه دارد. نمره گذاری پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف بر اساس طیف لیکرت شش درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) می باشد. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف دارای ۶ مؤلفه و برای هر مؤلفه ۳ سوال در نظر گرفته شده و دارای یک نمره کل می باشد. در پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف، هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد، بیانگر بهزیستی روانشناختی بالاتر می باشد. خرده مقیاس پذیرش خود: ۲، ۸، ۱۰، خرده مقیاس روابط مثبت با دیگران: ۳، ۱۱، ۱۳

خرده مقیاس خودمختاری: ۹، ۱۲، ۱۸، زیر مقیاس تسلط بر محیط: ۱، ۴، ۶

خرده مقیاس زندگی هدفمند: ۵، ۱۴، ۱۶، خرده مقیاس رشد فردی: ۷، ۱۵، ۱۷

در ضمن عبارات: ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند.

روایی و پایایی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی:

در پژوهش واحدی و غنی زاده (۱۳۸۸) مقدار پایایی و آلفای کرونباخ این مقیاس را به ترتیب ۰/۷ و ۰/۷۱ گزارش کرده اند. بیانی و همکاران (۱۳۸۸) به نقل از ظریف گلبار

در توسعه ی اضطراب اجتماعی، عامل مهمی خواهد بود و از این رو روش های درمانی که خودشفقتی را هدف قرار می دهند می توانند در پیشگیری از اضطراب اجتماعی نوجوانان یا درمان آن سودمند باشند. شهلا شیرانی و همکارانش (۱۳۹۹) دریافتند که که درمان خودشفقتی بر نشاط ذهنی و احساس تنهایی دانش آموزان با اختلال یادگیری تاثیر معناداری داشته است. مریم شفیع خانی و همکاران (۱۳۹۹) توجه شدند که درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت احتمالاً می توانند موجب کاهش تکانشگری ناشی از طلاق شوند. از این رو به نظر می رسد نتیجه پژوهش، حمایتی تجربی برای هر دو درمان در جهت کاهش تکانشگری فراهم می آورد. علی موسوی و فرزانه ملک پور (۱۳۹۹) طی تحقیقات انجام شده با این نتیجه رسیدند که مسیرهای مستقیم ترس از خودشفقتی و ترس از شادی با عواطف مثبت و منفی و همچنین عاطفه مثبت و منفی به پر خوری معنا دار و به علاوه، رابطه غیرمستقیم ترس از خودشفقتی و ترس از شادی با پر خوری از طریق میانجی گری عاطفه مثبت و منفی معنادار بودند. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که با کاهش ترس از شادی و ترس از خود شفقتی و در نتیجه، افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی به کاهش اختلالات روانی از قبیل اختلال پر خوری کمک کرد. براساس بررسی های پژوهشگر و نوپا بودن رویکرد مبتنی بر شفقت درمانی ، در ایران، پژوهشی به منظور اثربخشی این رویکرد درمانی برای بهبود بهزیستی روان شناختی در دانشجویان دختر صورت نگرفته است. لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی شفقت درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر انجام گرفت. و سوال اصلی این پژوهش این است که آیا شفقت درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر موثر خواهد بود؟

روش پژوهش

روش تحقیق این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی که طرح پژوهش آن پیش از آزمون و پس از آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر در سال ۱۴۰۱ تشکیل داده بودند. با توجه به اینکه دلاور (۱۳۹۰) حداقل حجم نمونه را برای پژوهش های آزمایشی ۱۵ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده است. با استفاده از جدول کوهن ، اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷ و متغیرهای نهان (شفقت درمانی ، بهزیستی روان شناختی) و متغیره آشکار (تعداد سوالات پرسش نامه ۱۸)، حجم نمونه در این پژوهش ۲۶ نفر می باشد و روش نمونه گیری در این پژوهش ، نمونه گیری در دسترس که از بین دانشجویان دختر رشته ی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت کنندگان ، برای سنجش متغیر بهزیستی روانشناختی، از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه ۱۸ سوالی استفاده شد، تکمیل کردند و نمونه های منتخب به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۳) و کنترل (۱۳) تقسیم شدند و گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش شفقت درمانی قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. در نهایت از هر دو گروه ،

یزدی (۱۳۹۰) به منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روانشناختی در ایران آن را بر روی نمونه‌ای از ۱۴۵ نفر اجرا کردند و ضریب پایایی به روش باز آزمایی این مقیاس ۰/۸۲. به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمده است بیانی و همکاران (۱۳۸۸)؛ به نقل از ظریف گلبار یزدی، (۱۳۹۰) در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ برآورد شد.

تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شده است. درمان مبتنی بر شفقت، بر اساس راهنمای درمانی گیلبرت ۲۰۱۴

جلسه اول: اجرای پیش آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود. جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه میتوان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واری و تنفس، آشنایی با سیستمهای مغزی مبتنی بر شفقت. جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت جلسه چهارم: ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت ورز یا غیر شفقت ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران. جلسه پنجم: آموزش سبک ها و فن های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این فن ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان. جلسه ششم: آموزش توانش های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از فن صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم های مهم زندگی مانند پدر و مادر. جلسه هفتم: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی های شفقت ورز میتوانند باشند، کاربر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش فنون تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز. جلسه هشتم: جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخ گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون

یافته های پژوهش

اطلاعات جمعیت شناختی

توزیع آزمودنی ها بر اساس سن

جدول و نمودار زیر توزیع آزمودنی ها را بر حسب سن نشان می دهد.

جدول ۱- توزیع آزمودنی ها بر اساس سن

سن	فراوانی	جمع	درصد
۲۰ تا ۲۵ سال	۱۰	۱۰	۳۸/۵
۲۶ تا ۳۰ سال	۸	۱۸	۳۰/۸
۳۱ تا ۳۵ سال	۶	۲۴	۲۳/۱
۳۶ تا ۴۰ سال	۲	۲۶	۷/۷

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می شود ۳۸/۵ درصد (۱۰ نفر) در بازه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۰/۸ درصد (۸ نفر) در بازه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۳/۱ درصد (۶ نفر) در بازه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال و ۷/۷ درصد (۲ نفر) در بازه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال هستند.
- توزیع آزمودنی ها بر اساس وضعیت تاهل
جدول زیر توزیع آزمودنی ها را بر حسب وضعیت تاهل نشان می دهد.

جدول ۲- توزیع آزمودنی ها بر اساس وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	جمع	درصد
مجرد	۱۵	۱۵	۵۷/۷
متاهل	۱۱	۲۶	۴۲/۳

در مورد وضعیت تاهل آزمودنی ها، نتایج جدول ۲ و نمودار ۲ نشان می دهد ۵۷/۷ درصد (۱۵ نفر) مجرد و ۴۲/۳ درصد (۱۱ نفر) متاهل هستند.

- توزیع آزمودنی ها بر اساس مقطع تحصیلی جدول زیر توزیع آزمودنی ها را بر حسب مقطع تحصیلی نشان می دهد.

جدول ۳- توزیع آزمودنی ها بر اساس مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	فراوانی	جمع	درصد
کاردانی	۴	۴	۱۵/۳
کارشناسی	۱۲	۱۶	۲/۴۶
کارشناسی ارشد	۱۰	۲۶	۳۸/۴

در مورد مقطع تحصیلی آزمودنی ها، نتایج جدول ۳ و نمودار ۳ نشان می دهد ۳/۱۵ درصد (۴ نفر) از آزمودنی ها کاردانی، ۴۶/۲ درصد (۱۲ نفر) کارشناسی، ۴/۳۸ درصد (۱۰ نفر) در کارشناسی ارشد هستند.

- توزیع آزمودنی ها بر اساس وضعیت تحصیلی جدول زیر توزیع آزمودنی ها را بر اساس وضعیت تحصیلی نشان می دهد.

جدول ۴- توزیع آزمودنی ها بر اساس وضعیت تحصیلی

وضعیت تحصیلی	فراوانی	جمع	درصد فراوانی
ضعیف	۷	۷	۲۶/۹
متوسط	۱۴	۲۱	۵۳/۸
عالی	۵	۲۶	۱۹/۲

در مورد وضعیت تحصیلی آزمودنی ها، نتایج جدول ۴ و نمودار ۴ نشان می دهد ۲۶/۹ درصد (۷ نفر) ضعیف، ۵۳/۸ درصد (۱۴ نفر) متوسط و ۱۹/۲ درصد (۵ نفر) هم در سطح تحصیلی عالی قرار دارند.

- توزیع آزمودنی ها بر اساس وضعیت اقتصادی
جدول و نمودار زیر توزیع آزمودنی ها را بر اساس وضعیت اقتصادی نشان می دهد.

جدول ۵- توزیع آزمودنی ها بر اساس وضعیت اقتصادی

وضعیت اقتصادی	فراوانی	جمع	درصد فراوانی
ضعیف	۷	۷	۲۶/۹
متوسط	۱۳	۲۰	۵۰
عالی	۶	۲۶	۲۳/۱

در مورد وضعیت اقتصادی آزمودنی ها، نتایج جدول ۵ و نمودار ۵ نشان می دهد ۲۶/۹ درصد (۷ نفر) ضعیف، ۵۰ درصد (۱۳ نفر) توسط و ۲۳/۱ درصد (۶ نفر) هم در سطح اقتصادی عالی قرار دارند.

- داده های توصیفی

- شاخص های مرکزی آزمودنی ها

جدول ۶- میانگین، میانه و نما آزمودنی‌ها

متغیر	میانگین		میانه		نما	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
بهزیستی روانشناختی	۶۴/۰۷	۶۹/۹۲	۶۱/۵	۶۵/۵	۳۹	۴۴

- شاخص‌های پراکندگی آزمودنی‌ها

جدول ۷- دامنه، واریانس و انحراف استاندارد

متغیر	دامنه		واریانس		انحراف استاندارد	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
بهزیستی روانشناختی	۸۷	۸۹	۶۱۵/۹۹۴	۶۹۴/۶۳۴	۲۴/۸۱	۲۶/۳۵

با توجه به یافته‌های توصیفی درنهایت می‌توان گفت که بعد از اثربخشی شفقت درمانی بر متغیر وابسته، میانگین بهزیستی روان شناختی افزایش پیدا کرده‌اند.

- آمار استنباطی

- بررسی توزیع نرمال یا غیرنرمال داده‌ها

جدول ۸- نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیر	آماره		سطح معنی داری	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
بهزیستی روانشناختی	۰/۰۸۷	۰/۱۱۲	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰

با توجه به اینکه سطح معنی داری برای متغیره در هر دو حالت پیش آزمون و پس آزمون بالای ۰/۰۵ است؛ لذا داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند و از آزمون‌های پارامتریک می‌توان برای آزمون فرض استفاده کرد.

- بررسی فرضیه

H₀: شفقت درمانی بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر تاثیر گذار نیست.

H₁: شفقت درمانی بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر تاثیر گذار است.

جدول شماره ۹- نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری
گروه + پیش آزمون بهزیستی روانشناختی	۸/۹۵۲	۱	۸/۹۵۲	۰/۳۸۴	۰/۵۴۲

بر اساس نتایج جدول ۹، تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شبیه‌ها نشان می‌دهد که اثر متقابل بین متغیر کوارینت (پیش آزمون) و عامل معنادار نمیباشد ($p > 0.05$) در نتیجه پیش فرضهای مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها برقرار و شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس وجود دارد.

جدول شماره ۱۰- نتایج تحلیل کواریانس دو گروه آزمایش و گواه در بهزیستی روانشناختی

شاخص منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ضریب	معنی داری	مجذوراتا
عرض از مبدا	۱۶۰/۵۴۱	۱	۱۶۰/۵۴۱	-	-	-
پیش آزمون	۱۴۶۲۸/۲۰۲	۱	۱۴۶۲۸/۲۰۲	-	-	-
گروه	۱۰۶۲/۷۹۸	۱	۱۰۶۲/۷۹۸	۴۶/۸۰	/۰۰۰	۰/۶۷۱
مقدار خطا	۵۲۲/۲۶۰	۲۳	۲۲/۷۰۷	-	-	-

با توجه به نتایج جدول ۱۰، نتایج تحلیل کواریانس دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون ($F=46/80, P=0/00$ ، مجذور اتا $=0/671$)، برای بهزیستی روانشناختی معیندار می باشد. در نتیجه تفاوت معنی داری بین گروه گواه و آزمایش در بهزیستی روانشناختی وجود دارد و می توان بیان کرد که شفقت درمانی بر بهزیستی روانشناختی تاثیر گذار است و ۶۷ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی را می تواند پیش بینی کند.

بحث و بررسی یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر روی بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر شده بود. یافته های این پژوهش مطابق جدول شماره ۱۱، نشان می دهد که شفقت درمانی بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر تاثیر گذار است. طبق جدول اثر شفقت درمانی بر بهزیستی روانشناختی نتایج تحلیل کواریانس دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون برای بهزیستی روانشناختی معنی دار می باشد از این رو میتوان نتیجه گرفت شفقت درمانی بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر اثر می گذارد. ملاحظه میانگین های دو گروه در جدول ۷- نشان می دهد که نمره آزمودنی های گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. از این رو می توان نتیجه گرفت شفقت درمانی باعث افزایش بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر شده است. مقدار مجذور اتا $0/671$ می باشد به این معنا که ۶۷ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی ناشی از اجرای شفقت درمانی میباشد به بیان دیگر شفقت درمانی باعث ۶۷ درصد تغییر نمره های بهزیستی روان شناختی گردیده است. نتایج پژوهش (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۹) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش بهزیستی روانشناختی بود. (افشانی و همکاران، ۲۰۱۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مبتنی بر شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زنان ناباور شد در پژوهشی دیگر (بلوث و بلانتون، ۲۰۱۵) گزارش کردند که درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود بهزیستی هیجانی (یکی از مولفه های بهزیستی روانشناختی) شد علاوه بر آن، نتایج پژوهش (طاهر کرمی و همکاران، ۲۰۱۸) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب آوری، امیدواری و بهزیستی روانشناختی زنان در حال یائسگی بود. فرخزادیان و میردردیگوند ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر خودشفقتی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی سالمندان شد. در پژوهش هادیان و جبل عاملی (۱۳۹۸) اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب مورد تأیید قرار گرفت. در تبیین این یافته می توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت مانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می کنند و هیجانات منفی فرد را کاهش می دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می کند. بنابراین، به نظر می رسد که به واسطه این خود تنظیمی هیجانی شرم و خودانتقادی فرد کاهش می یابد (سعیدی، قربانی، سرفراز و شریفیان، ۲۰۱۳). از طرفی دیگر، ایرونز و لاد (۲۰۱۷) معتقد هستند که با کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت گذشته جرأت مندتر شده و می تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خود و ترسیم انتظارات سطح بالا را از خود مورد چالش قرار دهد و با نگرشی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات دست یافتنی را باز طراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد. از این رو، کاهش شرم و خودانتقادی فرد، با کمک این شیوه درمانی قابل پیش بینی است (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). از دیدگاه گیلبرت (۲۰۱۴) درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مثبت بر احساسات درونی، منجر به کاهش مشکلات روان شناختی مراجعان می گردد. از پایه های اساسی در مان متمرکز بر شفقت می تواند به آموزش ذهن آگاهی (ذهن آگاه) و تکنیک های کاربردی در آن اشاره کرد. فن گسلش را می توان به عنوان یکی از این تکنیک ها در نظر گرفت؛ در این فن به افراد آموزش داده می شود که افکار شان را به عنوان رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند نه حقایق کلامی؛ و از این طریق خود را از افکار پریشان کننده و غیر سودمند رها سازند و به جای غرق شدن در الگوهای خود کار، بر مبنای ارزش ها و شرایط محیطی فعلی شان عمل کنند (تبریزی، قمری فرحبخش و بزازیان، ۲۰۱۹)، به عبارت دیگر، تمرینات گسلش شناختی باعث می شود که افراد تسلیم افکار و قالب های ذهنی و احساسات خود نباشند و شیوه هایی برای تعامل با دنیا بر اساس تجربه شان بیابند (ابراهیمی فر، حسینیان، صفاریان و عابدی، ۲۰۱۹). نتایج برخی از پژوهش حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی می شود. در تبیین نتایج این پژوهش ها می توان گفت که در مان متمرکز بر ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی روان شناختی، با توجه به مؤلفه های پذیرش، در پذیری و رشد شخصی مؤثر است. ذهن آگاهی به فرد این امکان را می دهد تا به جای به رویدادها به طور غیر ارادی و بی تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد و آنها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر سازد مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان شناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است. زیرا در نتیجه افزایش بهزیستی، اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی، و نشانه های روان شناختی کاهش یافته و عزت نفس، خوشبینی و عاطفه مثبت افزایش می یابد (پسندیده و ابوالمعالی، ۲۰۲۰). هر پژوهش با محدودیت های روبه رو است. محدودیت های پژوهش حاضر،

۱- محدودیت در قلمرو مکانی و محدود بودن به زمان اجرای تحقیق که سال ۱۴۰۱ بود.

۲- تعداد کم گروه نمونه، جامعه و نمونه پژوهش فقط شامل دانشجویان دختر و گروه های سنی بزرگسال بود.

۳- با توجه به شیوع ویروس کرونا و ظهور شرایط جدید از پرکردن پرسشنامه ها به صورت کاغذی امتناع شد (لذا پرسشنامه ها به صورت مجازی طراحی شدند).

- ۴- توجه به مجازی بودن آموزش های مربوط به شفقت درمانی مشکلات شبکه‌ای و برقراری اتصال با آزمودنی‌ها توسط شبکه‌های مختلف وجود داشت.
- ۵- انتخاب نمونه‌ی پژوهش به صورت در دسترس، قدرت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهادهای توصیه‌میکرد که شامل پیشنهادات پژوهشی که شامل:
- ۱- پیشنهاد می‌شود پژوهشگران اثربخشی شفقت درمانی بر روی بهزیستی روان شناختی را روی سایر جوامع آماری انجام دهند.
 - ۲- با توجه به محدودیت های زمانی پژوهشگر در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با همین عنوان با زمان پیگیری و مدت زمان مداخله طولانی‌تر انجام گیرد تا بدین ترتیب قدرت مطالعه و تعمیم پذیری افزایش یابد.
 - ۳- پیشنهاد می‌شود محققین مطالعاتی مروری درخصوص تاثیرپذیری سازه‌های بهزیستی روان شناختی را از سایر عوامل موثر انجام دهند.
 - ۴- پیشنهاد می‌شود پژوهشگران اثربخشی شفقت درمانی را روی سایر سازه‌های روانشناختی انجام دهند.
 - ۵- پیشنهاد می‌شود پژوهشگران اثربخشی شفقت درمانی را با سایر مداخله‌های درمانی روی متغیرهای بهزیستی روان شناختی بررسی کنند.
- و پیشنهادات کاربردی که شامل:
- ۱- شفقت درمانی برای افرادی که دارای بهزیستی روان شناختی کمی بودند در مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی مورد استفاده قرار گیرند تا از این طریق به این افراد در مسیر شکوفایی هر چه بیشتر ظرفیت‌ها و توانمندی‌هایشان کمک و یاری شود.
 - ۲- با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود برای بهبود بهزیستی روان شناختی در دانشجویان برنامه‌هایی در مراکز مشاوره و درمانی طراحی و اجرا شوند. علاوه بر این شفقت به صورت یک برنامه منظم در کانون‌های مشاوره‌ای اجرا گردد تا باعث شادکامی و ارتقای سطح کیفیت زندگی دانشجویان گردد.
- در نتیجه یافته‌های پژوهش وصحت‌های انجام شده، می‌توان نتیجه گرفت که شفقت درمانی می‌تواند تاثیر گذاری مناسبی جهت بهزیستی روان شناختی دانشجویان دختر داشته باشد.

منابع

- اورکی، م. اسدپور، آ. (۱۳۹۹). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش بهزیستی روان شناختی و استرس اداک شده در زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری. نشریه علمی روانشناسی سلامت. سال نهم. شماره ۴. زمستان ۱۳۹۹
- ابراهیمی، م، توکل‌صالحی، ش. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکروزویس در شهرستان همدان. مجله پزشکی بالینی سینا. دوره ۲۸. شماره ۲. تابستان ۱۴۰۰.
- حیدری، ح. داوودی، ح و افتخاری، ر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری زنان در معرض طلاق. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. سال ۶۳. شماره ۳. تابستان ۱۳۹۹.
- خلعبری، ج. محمدی، ح و همتی، ثابت، و. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال ۱۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۷.
- سیدجعفری، ج. جدی، م. موسوی، ر. حسینی، ع و شکیب مهر، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی سالمندان. مجله روانشناسی پیری، دوره ۵، شماره ۲. زمستان ۱۳۹۸
- سدرپوشان، ن و رجایی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکروزویس. مجله علوم پزشکی. دوره ۵. شماره ۱. تابستان ۱۴۰۰.
- غضنفری، ا. احمدی، ر. فولادی، خ و شریفی، ط. (۱۴۰۰). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی و تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان با آسیب شنوایی. نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی. سال ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰.
- موسوی، س. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۰. شماره ۳. بهار ۱۴۰۰.
- منعمیان، گ. مردانی راد، م. قنبری پناه، ا و امید، ع. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار. مجله علوم روان شناختی. دوره ۲۰. شماره ۹۹. بهار ۱۴۰۰.
- مرعشی، س. حمید، ن. طاهری، ا و بشلیده، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی روانشناختی و تقویت معناداری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی - رشدی. نشریه: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران دوره ۲۸. شماره ۱ زمستان ۱۴۰۰.

پیش بینی شدت درد ادراک شده براساس ناتوانی کارکردی و تاب آوری در مبتلایان به سردرد میگرنی

علیرضا شکرگزار

استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

منیرالسادات اخوت بنادکی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران

Prediction of perceived pain intensity based on functional disability and resilience In patients with migraine headache

Alireza Shokrgozar

Assistant Professor, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Responsible author of the article)

Muniralsadat Okhovvat Benadaki

Master of Clinical Psychology, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

This research was conducted with the aim of predicting the intensity of perceived pain based on functional disability and endurance in patients with migraine headache. The research was descriptive and correlational. The statistical population of the research included women suffering from migraine headaches who referred to private neurology clinics (Dr. Ferdowsi and Dr. Sadr) in Karaj city in 1401.

Among them, 140 people were selected by available sampling and completed the research tools including self-handicapping questionnaire, resilience questionnaire and standard pain intensity questionnaire. Data analysis was done with descriptive statistics, correlation coefficient and multiple regression methods with SPSS-v26. The findings showed that there is a positive and significant correlation between functional disability and components of negative mood, lack of effort and making excuses with perceived pain intensity in migraine headache patients ($P < 0.05$). This relationship between resilience and the components of competence perception, control perception, acceptance of change, tolerance of negative emotion and spiritual perception with intensity of perceived pain was negative and significant ($P < 0.05$). Therefore, by providing psychological services in addition to common medical interventions, it is possible to improve the resilience and functional ability of clients suffering from chronic pain, thus reducing the financial and psychological burden of these clients.

Key words:

resilience, functional disability, perceived pain intensity, migraine headache

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی شدت درد ادراک شده براساس ناتوانی کارکردی و تاب آوری در مبتلایان به سردرد میگرنی انجام شد. پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی نورولوژی (دکتر فردوسی و دکتر صدر) در سطح شهر کرج در سال ۱۴۰۱ بود، که از بین آن‌ها با نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۴۰ نفر انتخاب و ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودناتوان‌سازی، پرسشنامه تاب آوری و پرسشنامه استاندارد شدت درد را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه با SPSS-۷۲۶ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین ناتوانی کارکردی و مؤلفه‌های خلق منفی، عدم تلاش و عذرتراشی با شدت درد ادراکی در مبتلایان به سردرد میگرنی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). این رابطه بین تاب آوری و مؤلفه‌های ادراک شایستگی، ادراک کنترل، پذیرش تغییر، تحمل عاطفه منفی و ادراک معنوی با شدت درد ادراکی منفی و معنادار بوده است ($P < 0/05$). بنابراین، می‌توان با ارائه خدمات روان‌شناختی در کنار مداخلات طبی متداول به بهبود تاب آوری و توانایی کارکردی مراجعان مبتلا به درد مزمن اقدام و به این ترتیب از بار مالی و روانی این مراجعان کاست. **واژگان کلیدی:** تاب آوری، ناتوانی کارکردی، شدت درد ادراکی، سردرد میگرنی

مقدمه

درد از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های بهداشتی و درمانی می‌نماید و نه تنها با ناراحتی ایجاد شده توسط درد بلکه به واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری که دارد، ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (شکرگزار و همکاران، ۱۳۹۹). اگرچه درد معمولاً یک تجربه گذراست، برای برخی از مردم درد از گذشته‌ها دوام یافته تا جایی که از واکنشی ساکارانه به یک آسیب حاد، فراتر می‌رود و منجر به آشفتگی هیجانی و افزایش استفاده از منابع موجود در سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌گردد (وایل^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۲). سردردها به‌عنوان یکی از انواع درد، طبقه وسیعی از شرایط دردناک را تشکیل می‌دهند (لیو^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۲). در این میان میگرن یک بیماری شایع و مزمن ناتوان‌کننده است که شیوع بالایی در سراسر جهان دارد (داویس و تورفی^{۲۶}، ۲۰۲۲). حملات میگرنی تأثیر زیادی بر کار، خانواده و زندگی فردی و اجتماعی دارند. ناتوانی ناشی از سردرد یک نگرانی عمده در بیماران مبتلا به میگرن است، زیرا کیفیت زندگی و توانایی کار افراد را کاهش می‌دهد (گوسرایو^{۲۷} و همکاران، ۲۰۲۲). طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی^{۲۸}، میگرن نوزدهمین علت اصلی ناتوانی در سال‌های زندگی است. برخی مطالعات نشان می‌دهند بیماری میگرن به‌عنوان شکلی از اختلال پردازش حسی با انشعابات گسترده در داخل سیستم عصبی مرکزی در نظر گرفته شده است، که به صورت دوره‌ای ظاهر می‌شود و با حملات متوسط تا شدید و پایدار همراه است (به نقل از تسای و همکاران، ۲۰۲۲). یافته‌های گارسیا^{۲۹} و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از این است که شدت درد^{۳۰} به‌عنوان یکی از رایج‌ترین مشکلات بهداشتی باعث می‌شود مبتلایان به دردهای مزمن درصدد دریافتن مراقبت‌های طبی و درمانی برآیند. طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعات درد^{۳۱}، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی و در ارتباط با آسیب و صدمه بافتی است (سندرسون^{۳۲}، ۲۰۱۳ ترجمه جمهری و همکاران، ۱۳۹۹). هر چند در بسیاری از تحقیقات شدت درد و آسیب جسمانی به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های مهم ناتوانی مطرح شده‌اند اما باید گفت ناتوانی به تنهایی کارکردی از میزان آسیب جسمی یا شدت درد گزارش شده نیست (اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۰؛ برزگری‌سلطان احمدی و همکاران، ۱۳۹۹). برخی مطالعات نشان می‌دهند مبتلایان به دردهای مزمن به‌ویژه سردرد مزمن^{۳۳} و میگرنی درجاتی از ناتوانی کارکردی^{۳۴} دارند (سابو^{۳۵} و همکاران، ۲۰۲۲).

۲۴	Whale
۲۵	Liu
۲۶	Davis & Torphy
۲۷	Gossrau
۲۸	world health organization
۲۹	Garcia
۳۰	severity of pain
۳۱	international association for the study of pain (IASP)
۳۲	Sanderson
۳۳	chronic headache
۳۴	functional disability
۳۵	Szabo

چو^{۳۶} و همکاران (۲۰۲۲) براین باورند که این بیماران سطحی از ناتوانی کارکردی را از خود نشان می‌دهند، به طوری که زندگی جسمی، روانی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ناتوانی کارکردی به عنوان ناتوانی و هرگونه محدودیت درازمدت در فعالیت‌های روزانه که ناشی از مشکلات و شرایط سلامتی است، تعریف می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴ به نقل از سابو و همکاران، ۲۰۲۲). جونز و برگلاس^{۳۷} (۱۹۸۷) معتقدند افرادی که ترس از بیماری دارند برای حفاظت از عزت نفس خود موقعیت‌هایی را انتخاب می‌کنند که در آن موفقیت به توانمندی خود آن‌ها و شکست به عوامل بیرونی نسبت داده شود. از این رو افراد خودناتوان ساز به طور عمدی خود را در موقعیت نامناسبی قرار می‌دهند که شکست خویش را به دلیل وجود آن موقعیت نامساعد بدانند و اگر در چنین شرایطی موفق شوند آن را حاصل توانمندی خویش بدانند. بیماران دارای خودناتوان سازی یا بدکارکردی وقتی نمی‌توانند کارکرد مطلوبی در شیوه زندگی خود داشته باشند، ممکن است سعی کنند شرایط را به گونه‌ای تغییر دهند که عملکرد آن‌ها موجب احساس شرمندگی نشود. این افراد اغلب با چنین کارهایی برای شکست خوردن عذری پیدا می‌کنند. بهانه و عذر موقعی آورده می‌شود که شخصیت یا عمل فرد مورد سؤال و تردید قرار می‌گیرد و یا این که فرد پیش‌بینی می‌کند به خاطر اعمال یا رفتارش مورد سؤال قرار می‌گیرد (دامیکو^{۳۸} و همکاران، ۲۰۲۱؛ سابو و همکاران، ۲۰۲۲). از دیگر سو، به طور سنتی، تمرکز اولیه در مطالعات مربوط به سازگاری با درد مزمن روی آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی است اما مکانیسم‌های روان‌شناختی مثبتی نیز وجود دارند که باعث عملکرد مثبت یا مراقبت در برابر حالات هیجانی منفی بعدی می‌شوند، که یکی از این مکانیسم‌های روان‌شناختی مثبت، تاب‌آوری روانی^{۳۹} است (فریدمن^{۴۰} و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی پیشینه‌های پژوهشی نشان می‌دهد متغیر تاب‌آوری روانی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند تحت تأثیر سایر ویژگی‌های روانی-شخصیتی قرار گیرد و از سوی دیگر، تاب‌آوری می‌تواند در بروز رفتارهای ناکارآمد و غیربهداشتی مؤثر باشد (دشیلدس^{۴۱} و همکاران، ۲۰۲۲). طبق تعریف، تاب‌آوری به مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای گفته می‌شود که معمولاً در مواجهه و تحمل شرایط سخت زندگی مؤثرند و به فرد کمک می‌کنند که سازگاری موفق‌تری در شرایط سخت داشته باشند (کانر و دیویدسون^{۴۲}، ۲۰۰۳ به نقل از کهنسال نالکیاشری و اسدی‌مجره، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد تاب‌آور در تنظیم تجارب هیجانی منفی تمایل به استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای دارند که عواطف مثبت را فرامی‌خواند، مثل ارزیابی مجدد مثبت و یافتن فواید، شوخ‌طبعی و القای معنی مثبت به اتفاقات روزانه و یا مقابله مسأله‌محور و هدفمند برای تنظیم تجارب هیجانی منفی (براون^{۴۳} و همکاران، ۲۰۲۲). بر همین اساس تاب‌آوری با تیندگی روان‌شناختی رابطه معکوس دارد. تاب‌آوری روانی نه تنها قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با پیامدها و علائم بیماری است، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقای آن است (فیلیپو^{۴۴} و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به آنچه ذکر گردید، سردرد میگرنی یکی از اختلالاتی است که بسیار مورد توجه متخصصان علوم اعصاب و رفتاری در عصر حاضر قرار گرفته است و مطالعات فراوانی در این حوزه، با استفاده از پیشرفت‌های علمی صورت گرفته است. همان‌طور که بیان شد، تاب‌آوری روانی یکی از متغیرهای روان‌شناختی مهمی است که می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر سازگاری افراد و کاهش علائم بیماران مختلف داشته اما تأثیر آن توأم با توان کارکردی بر علائم و سازگاری افراد مبتلا به سردرد میگرنی همچنان به صورت کامل و با دیدی جامع بررسی نشده است که این امر نیاز به بررسی چنین پدیده‌ای را روشن می‌سازد. با اذعان به مطالب بالا پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال که «آیا شدت درد ادراک شده در مبتلایان به سردرد میگرنی با توجه به ناتوانی کارکردی و تاب‌آوری قابل پیش‌بینی است؟»، انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از منظر هدف، کاربردی و از منظر شیوه پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. این پژوهش دارای کد اخلاق (IR.)

۳۶	Chua
۳۷	Jones & Berglas
۳۸	D'Amico
۳۹	resilience
۴۰	Friedman
۴۱	Deshields
۴۲	Conner & Davidson
۴۳	Brown
۴۴	Philippou, Sehgal & Ungaro

۱۴۰۲، ۱۴۰۴ (IAU.K.REC) مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی نورولوژی (دکتر فردوسی و دکتر صدر) در سطح شهر کرج در سال ۱۴۰۱ بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. به منظور تعیین حجم نمونه در این مطالعه از فرمول پلنت ($N \geq 50 + 8M$) که توسط تاباجنیک، فیدل و اولمن^{۴۵} (۲۰۰۷) بیان شده است، استفاده شد اما به منظور تعمیم‌دهی بهتر نتایج، در مجموع تعداد ۱۴۰ نفر انتخاب شد. بعد از تهیه ابزار تحقیق و کسب رضایت کتبی آگاهانه توسط افراد برای شرکت در پژوهش و اطمینان حاصل کردن از این که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند، پرسشنامه‌های پژوهش به آنان ارائه شد. افرادی که در حین پاسخ به پرسشنامه انصراف دادند، فرد دیگری جایگزین آن‌ها شد. لازم به ذکر است که به افراد نمونه توضیح داده شد که هزینه انجام این مطالعه برعهده محقق بوده و شرکت در مطالعه برای آنان هزینه‌ای دربر ندارد. در این مطالعه برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد: الف- پرسشنامه خودناتوان‌سازی: این ابزار خودگزارش‌دهی در سال ۱۹۸۲ توسط جونز و رودوالد تدوین یافته است. این ابزار خودگزارشی دارای ۲۳ سؤال با ۳ زیرمقیاس خلق منفی، تلاش و عذرتراشی است. این ابزار گرایش افراد به خودناتوان‌سازی را با پاسخ‌های کاملاً موافق تا کاملاً مخالف (۱ تا ۶) می‌سنجد. همبستگی مقیاس خودناتوان‌سازی با سازه‌های مرتبط با آن مانند عذرتراشی و کمی سعی و تلاش در یک نمونه ۲۴۵ نفری از ۰/۲۷ تا ۰/۶۰ و همسانی درونی آن از ۰/۳۸ تا ۰/۷۰ گزارش شده است. روزنبرگ این ابزار را بر روی یک نمونه ۵۰۲۴ نفری اجرا و ضرایب پایایی و روایی آن را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۷ محاسبه کرده است. عزیززاده در سال ۱۳۸۲ این ابزار را به فارسی ترجمه و ضرایب پایایی و روایی آن را به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش کرده است (پورفرد و همکاران، ۱۳۹۹). ب- پرسشنامه تاب‌آوری: این پرسشنامه که به وسیله کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است، دارای ۲۵ سؤال با ۵ زیرمقیاس تصور شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، ادراک کنترل و تأثیرات معنوی می‌باشد و تاب‌آوری را در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. هر عبارت براساس یک مقیاس لیکرت بین (= کاملاً نادرست) تا (= همیشه درست) نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات کل آن بین (۰ تا ۱۰۰) است. نتایج مطالعات مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌های بهنجار و بیمار، اعتبار و روایی آن را تأیید کرده است. در مطالعه کامیل-سیلز و استین (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۹ و روایی آن ۰/۸۶ برآورد شده است. در مطالعه بک و همکاران (۲۰۱۰) نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ محاسبه شده است. محمدی (۲۰۰۶) این پرسشنامه را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا نمود و اعتبار آن را با روش همسانی درونی، ۰/۸۹ درصد گزارش نمود. در پژوهش سلم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴) اعتبار این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ درصد گزارش کرده‌اند (به نقل از کهنسال نالکیاشری و اسدی مجره، ۱۴۰۱).

پ- پرسشنامه استاندارد شدت درد: این ابزار خودگزارشی در سال ۱۹۹۵ به وسیله کیوبک و همکاران به منظور سنجش شدت درد طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۵ سؤال ۵ گزینه‌ای است. گزینه اول دارای ارزش صفر بوده یعنی فرد فاقد درد بوده و به ترتیب پرسشنامه، شدت درد را بین صفر تا ۱۰۰ امتیاز گذاری می‌کند، که امتیاز صفر به منزله سلامت کامل و بدون درد، امتیاز ۲۵ نشان دهنده بیماری با درد متوسط و امتیازات ۵۰، ۷۰ و بالاتر به ترتیب نشان دهنده بیماری با درد زیاد، خیلی زیاد و کاملاً حاد می‌باشند. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در مطالعات متعددی به تأیید رسیده است. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۴ گزارش شده است (کامیابی و همکاران، ۱۴۰۰).

تحلیل داده‌های پژوهش با روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود همزمان انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک نشان داد که ۴۲ درصد (۵۹ نفر) از افراد شرکت کننده در پژوهش در دامنه سنی ۲۹ الی ۳۴ سال، ۳۱ درصد (۴۴ نفر) ۲۳ الی ۲۸ سال و ۲۷ درصد (۳۷ نفر) در دامنه سنی ۳۵ سال و بالاتر قرار دارند. مدت ابتلای به سردرد در ۶۲ درصد (۸۶ نفر) بین ۲ الی ۳ سال و ۳۸ درصد (۵۴ نفر) ۴ سال و بیشتر بود. ۷۱ درصد (۹۹ نفر) دارای تحصیلات غیردانشگاهی و ۲۹ درصد (۴۱ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۹۰ درصد (۱۲۶ نفر) متأهل و ۱۰ درصد (۱۴ نفر) مجرد بودند. در جدول شماره ۱ آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون میان متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر پژوهش	انحراف معیار \pm میانگین	ضریب همبستگی	سطح معناداری
مؤلفه خلق منفی	۱۲/۲۲ \pm ۴/۰۴	۰/۷۱۳**	۰/۰۱۸
مؤلفه عدم تلاش	۹/۹۱ \pm ۳/۹۶	۰/۶۱۰**	۰/۰۲۳
مؤلفه عذر تراشی	۱۱/۴۵ \pm ۴/۷۷	۰/۵۶۸**	۰/۰۱۴
ناتوانی کارکردی	۳۳/۵۸ \pm ۱۲/۷۷	۰/۶۴۱**	۰/۰۱۶
تصور شایستگی فردی	۱۲/۴۹ \pm ۴/۵۶	-۰/۶۴۸**	۰/۰۴۴
تحمل عاطفه منفی	۱۰/۷۵ \pm ۳/۳۲	-۰/۸۲۹**	۰/۰۲۶
پذیرش مثبت تغییر	۱۰/۸۶ \pm ۲/۹۱	-۰/۵۵۵**	۰/۰۳۳
ادراک کنترل	۷/۳۶ \pm ۲/۰۷	-۰/۷۱۰**	۰/۰۱۹
تأثیرات معنوی	۵/۹۹ \pm ۱/۱۲	-۰/۲۵۸**	۰/۰۱۲
تاب آوری	۴۷/۴۵ \pm ۱۳/۹۸	-۰/۴۱۹**	۰/۰۲۳
شدت درد ادراکی	۳۳/۹۲ \pm ۴/۷۱	-	$P < ۰/۰۵$

نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که به ترتیب بین نمره کل ناتوانی کارکردی با شدت درد ادراک شده در افراد نمونه همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($I=۰/۶۴۱$ و $P<۰/۰۵$). همچنین، نتایج نشان داد بین نمره کل تاب آوری با شدت درد ادراک شده در افراد نمونه همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($I=-۰/۴۱۹$ و $P<۰/۰۵$). در جدول شماره ۳ نتایج حاصل از بررسی مفروضات آماری مربوط به تحلیل رگرسیون ارائه شده است. قبل از آزمون رگرسیون ابتدا مفروضات آن بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای نشان داد از آنجایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند ($P>۰/۰۵$)، بنابراین توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره‌ی دورین واتسون استفاده شد. از آنجایی که آماره-های دورین واتسون در این مطالعه برای ناتوانی کارکردی برابر با ۱/۷۱۱ و برای تاب آوری برابر با ۱/۵۶۳ و بین ۱/۵ الی ۲/۵ است، نشان دهنده‌ی آن است که همبستگی بین خطاها رد می‌شود یعنی خطاها دارای همبستگی نیستند (جدول شماره ۲). به منظور بررسی عدم همخطی چندگانه، ضریب تحمل و تورم واریانس محاسبه شد. نتایج نشان داد مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس متغیر ناتوانی کارکردی برابر با ۷/۱۷۲ و تاب آوری برابر با ۳/۵۲۲ و هیچ کدام از شاخصها بسیار بزرگ تر از ۱۰ نیستند و نزدیک به آن می‌باشند، در نتیجه مشکلی در استفاده از رگرسیون خطی وجود ندارد (جدول شماره ۲). لذا از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیشین مشاهده نشد، می‌توان از آزمونهای پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است. جدول ۲- بررسی مفروضات آماری

متغیر پژوهش	سنجش نرمال بودن		سنجش عدم همخطی چندگانه		دورین-واتسون
	K-S آماره	P-Value	ضریب تحمل	تورم واریانس	
مؤلفه خلق منفی	۰/۱۸۰	۰/۳۱۴	۰/۲۱۸	۴/۵۸۶	۱/۷۱۱
	۰/۱۴۱	۰/۲۱۲	۰/۱۰۸	۵/۲۷۷	
	۱/۱۶۲	۰/۱۹۹	۰/۱۳۹	۷/۱۷۲	
	۱/۴۴۰	۰/۴۷۹	۰/۳۰۵	۳/۲۸۱	
تصور شایستگی	۰/۱۵۰	۰/۳۳۳	۰/۲۹۲	۳/۴۲۳	۱/۵۶۳
	۰/۳۸۲	۰/۱۲۷	۰/۲۵۵	۳/۹۲۳	
	۰/۱۱۸	۰/۲۶۱	۱/۱۰۸	۴/۷۹۹	
	۱/۱۹۲	۰/۴۰۸	۰/۴۲۱	۲/۳۷۵	
	۰/۲۸۱	۰/۱۶۷	۰/۹۱۵	۱/۹۰۳	
	۱/۶۷۲	۰/۳۶۵	۰/۴۱۸	۳/۵۲۲	
	۰/۱۵۵	۰/۳۰۷	-	-	
	۰/۱۵۵	۰/۳۰۷	-	-	

جدول ۳- ضرایب رگرسیون شدت درد ادراک شده براساس ناتوانی کارکردی

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد		متغیر پیش بین
		β	B	
۰/۰۲۲	۱۷/۴۹۱	-	۰/۶۴۳	Constant ثابت
۰/۰۱۶	۰/۱۷۷	۰/۱۶۶	۰/۱۰۶	خلق منفی
۰/۰۲۳	۰/۴۴۴	۰/۱۲۸	۰/۱۵۴	عدم تلاش
۰/۰۱۱	۷/۲۶۹	۰/۲۲۸	۰/۱۱۳	عذر تراشی

$$R=۰/۵۶۸؛ R^2=۰/۳۲۲؛ R^2=۰/۳۱۹؛ F=۱۳۸/۷۸۷$$

براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۲۲ درصد از واریانس شدت درد ادراک شده در افراد نمونه براساس ناتوانی کارکردی تبیین شد. در نهایت ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد مؤلفه‌های ناتوانی کارکردی شامل خلق منفی ($P<۰/۰۵$ و $\beta=۰/۱۶۶$)، عدم تلاش ($P<۰/۰۵$ و $\beta=۰/۱۲۸$) و عذر تراشی ($P<۰/۰۵$ و $\beta=۰/۲۲۸$) می‌توانند تغییرات مربوط به شدت درد ادراک شده در افراد نمونه را پیشبینی کند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود (جدول شماره ۳). براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۲۵ درصد از واریانس شدت درد ادراک شده در افراد نمونه براساس تاب آوری تبیین شد. در نهایت ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد مؤلفه‌های تاب آوری شامل تصویر شایستگی فردی ($P<۰/۰۵$ و $\beta=-۰/۳۰۳$)، تحمل عاطفه منفی ($P<۰/۰۵$ و $\beta=-۰/۲۷۱$)، پذیرش مثبت تغییر ($P<۰/۰۵$ و $\beta=-۰/۲۹۷$)، ادراک کنترل ($P<۰/۰۵$ و $\beta=-۰/۱۱۰$) و تأثیرات معنوی ($P<۰/۰۵$ و $\beta=-۰/۱۳۱$) می‌توانند تغییرات مربوط به شدت درد ادراک شده در افراد نمونه را پیشبینی کند. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود (جدول شماره ۴).

جدول ۴- ضرایب رگرسیون شدت درد ادراک شده براساس تاب آوری

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد		متغیر پیش بین
		β	B	
۰/۰۳۱	۱۴/۶۹۰	-	۱/۰۵۷	Constant ثابت
۰/۰۲۶	-۴/۸۵۳	-۰/۳۰۳	۰/۰۶۴	تصور شایستگی
۰/۰۲۳	-۴/۰۵۷	-۰/۲۷۱	۰/۰۹۵	تحمل عاطفه منفی
۰/۰۱۸	-۷/۰۳۶	-۰/۲۹۷	۰/۱۱۹	پذیرش مثبت تغییر
۰/۰۳۶	-۲/۱۱۷	-۰/۱۱۰	۰/۱۳۷	ادراک کنترل
۰/۰۲۴	-۳/۷۱۷	-۰/۱۳۱	۰/۱۴۸	تأثیرات معنوی

$$R=۰/۵۰۹؛ R^2=۰/۲۵۹؛ R^2=۰/۲۵۷؛ F=۱۴۹/۱۲۹$$

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف پیش بینی شدت درد ادراک شده براساس ناتوانی کارکردی و تاب آوری در مبتلایان به سردرد میگرنی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نمره ناتوانی کارکردی با شدت درد ادراک شده در زنان مبتلا به سردرد میگرنی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، تحلیل رگرسیون نشان داد ابعاد ناتوانی کارکردی توان تبیین تغییرات نمره شدت درد ادراک شده را داشته‌اند. براین اساس می‌توان گفت فرضیه اول مطالعه حاضر تأیید شده است. یافته فوق در راستا و همخوان با نتایج مطالعات پیشین از جمله افشاری و همکاران (۱۳۹۹)، خجوی و همکاران (۱۳۹۸)، جولایی‌ها و همکاران (۱۳۹۵)، آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۴)، مرتضوی و همکاران (۱۳۹۴)، مسگریان و همکاران (۱۳۹۱)، کاساکوا و همکاران (۲۰۲۲)، کولباویگ و همکاران (۲۰۲۲)، فریدمن و همکاران (۲۰۲۲)، فیاتیوسا و همکاران (۲۰۲۱) و پینا و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. ناتوانی کارکردی به معنای وجود مشکل کارکردی در سطح بدنی، شخصی و اجتماعی در یک حوزه زندگی یا چند حوزه در تعامل با عوامل محیطی و شرایط سلامتی است. ویژگی‌های بالینی اختلال و مشکلات روان‌شناختی و هیجانی در بیماران طبعی مزمن، ناتوانی کارکردی در حوزه‌های مختلف زندگی را به دنبال دارد و همین امر سبب کاهش قابلیت سازگاری و کیفیت زندگی، کاهش توانایی‌های

حرکتی، احساس ضعف و خستگی، درد و رنج می‌شود. ناتوانی کارکردی به واسطه تضعیف ادراک کنترل شده، محدودیت فعالیت و کاهش در احساس خودمختاری سبب می‌شود تا پریشانی‌ها و آشفتگی‌های روان‌شناختی در افراد شدت بگیرد. در واقع می‌توان گفت که ارتباطی دو سویه بین آشفتگی روان‌شناختی و ناتوانی کارکردی با تجربه درد در بیماران مبتلا به سردرد وجود دارد، بدین صورت که آشفتگی‌های روان‌شناختی در نتیجه ادراک درد می‌تواند ناتوانی کارکردی را در پی داشته باشد و همچنین، ناتوانی کارکردی نیز سبب تشدید حالات خلقی و اضطرابی در بیماران می‌شود. یکی از علت‌هایی که سبب می‌شود ناتوانی کارکردی با تشدید آشفتگی روانی و هیجانی و ادراک بیشتر درد همراه باشد، این است که فرد مبتلا توانایی پیگیری کردن اهداف و ارزش‌های زندگی خود را از دست می‌دهند. ناتوانی در تعقیب اهداف و ارزش‌های زندگی سبب می‌شود تا فرد احساس کنترل بر خود و محیط را با وجود بیماری از دست داده و در نهایت به دلیل تجارب هیجانی منفی بیشتر، در معرض شدت درد ادراکی بالاتر قرار گیرند. همچنین، در تبیین یافته فوق همسو با نظریاتی مانند مدل ولاین و لیتون (۲۰۰۰)، مدل فیشر (۲۰۱۴) و مدل لایتون (۲۰۱۳) بین تجربه درد در بیماران مزمن با عوامل روانی-عاطفی از جمله ترس از بدتر شدن اوضاع زندگی بر اثر ابتلای به بیماری و استرس ادراک شده رابطه وجود دارد. در نتیجه دور از انتظار نخواهد بود اگر گفته شود که با در نظر گرفتن مفهوم بار ثبات فیزیولوژیکی به عنوان میانجی و ساختاری نظری در رابطه بین استرس و عملکردهای جسمانی و ناتوانی‌های آن در این قشر از جامعه از یک سو، و با در نظر گرفتن تجربیات افراد از رویدادهای چالش‌برانگیز و استرس‌زا و عدم توانایی در کنترل این چالش‌ها و فعال ماندن طولانی مدت سیستم بدن در اثر این گونه استرس‌ها از دیگر سو، تهدیدی جدی برای سلامتی بوده و خطر ابتلای به بیماری و ناتوانی را افزایش خواهد داد و این امر خود منجر به احساس ناتوانی هر چه بیشتر در مواجهه با بیماری و پیامدهای آن و تشدید علائم مرتبط با بیماری خواهد شد. دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین نمره تاب‌آوری با شدت درد ادراک شده در زنان مبتلا به سردرد میگرنی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین، تحلیل رگرسیون نشان داد ابعاد تاب‌آوری توان تبیین تغییرات نمره شدت درد ادراک شده را داشته‌اند. بر این اساس می‌توان گفت فرضیه دوم مطالعه حاضر تأیید شده است. بورینگ و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که افراد تاب‌آور در مقابل افراد غیرتاب‌آور از تمایلات فاجعه‌سازی درد کمتری برخوردار هستند. در این رابطه رستمی و همکاران (۱۴۰۱)، میراحمدی و همکاران (۱۴۰۱)، رستمی، موسوی و گلستانی (۱۳۹۷)، نعمتی پور و دوستکام (۱۳۹۶)، آربیناگا و برنال-لوپز (۲۰۲۳)، نایمبلی و همکاران (۲۰۲۳) و تیان و همکاران (۲۰۲۲) نیز در مطالعه خود که بر روی مبتلایان به درد مزمن انجام شد، همخوان با نتایج مطالعه حاضر اذعان داشتند افرادی که از نظر روان‌شناختی تاب‌آور هستند از طریق تجربه هیجانانگیز مثبت از فاجعه‌آمیز کردن درد روزانه دوباره به جای اول خود باز می‌گردند. می‌توان این گونه استدلال نمود که تاب‌آوری روان‌شناختی با افزایش انعطاف‌پذیری قابلیت تجربه هیجانانگیز مثبت در فرد را افزایش داده و در نهایت، هیجانانگیز مثبت با نگاه به نظریه فردریکسون^{۴۶} (۲۰۰۱) با گسترش دامنه تفکر و توجه در لحظه، دامنه افکار و شناخت فرد را نیز در بلندمدت گسترش می‌دهند و این منابع شناختی پایدار و جدید در نهایت می‌توانند کاهش در فاجعه‌سازی درد و شدت درد را پیش بینی کنند. براساس نظریه فردریکسون (۲۰۰۱) می‌توان گفت هیجانانگیز مثبت دامنه توجه و تفکر را گسترش و دامنه افکار و تمایلات عملی را که به ذهن می‌آیند گسترش می‌دهند، در واقع هیجانانگیز مثبت و تاب‌آوری روان‌شناختی منابع شخصی افراد را افزایش می‌دهند. از منابع فیزیکی و اجتماعی گرفته تا منابع فکری و روانی که این منابع حالت با دوام و پایدار دارند. بر این اساس تاب‌آوری با افزایش دامنه تفکر و توجه می‌تواند بر ادراک درد و نشخوار فکری و فاجعه‌سازی درد اثر گذشته و میزان ادراک شده را کاهش دهد. در تبیین دیگر می‌توان گفت، با توجه همسو با یافته حاضر بوکینگام و ریچاردسون^{۴۷} (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که تاب‌آوری با رقت و خوش بینی رابطه مثبت دارد، انعطاف‌پذیری، رشادت و خوش بینی همه مربوط به زمان آستانه درد و تحمل بودند اما نه شدت درد. مدل‌های اعتدال نشان می‌دهند که خوش بینی وضع باعث افزایش اثر تاب‌آوری در هر دو زمان به آستانه درد و تحمل می‌شود. از طرف دیگر، استقرار تأثیر انعطاف‌پذیری را به موقع تا آستانه درد افزایش می‌دهد، اما زمان تحمل درد را افزایش نمی‌دهد. این نتایج نشان می‌دهد که عوامل مؤثر تاب‌آوری و اثر متقابل آن‌ها ممکن است با پشتکار در طول تجربیات نامطلوب مانند ادراک درد مهم باشد. همچنین، آریودا و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود دریافتند که افراد با تاب‌آوری بالا سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماری‌شان کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌آمیزی نسبت به درد ندارند یا کمتر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند. در تبیین نتیجه حاضر باید افزود که تاب‌آوری موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود و باعث بازنگری و ارزیابی مجدد به گونه‌ای مثبت در تنظیم هیجانانگیز می‌گردد. این امر به نوبه خود می‌تواند با کاهش استفاده از پاسخ‌های خودسرزنش‌گری، نشخوار فکری با درد و فاجعه‌سازی درد همراه گردد. حل مسأله اجتماعی و روانی سیستم‌های طبیعی را برای کنترل رفتارهای اجتماعی و روانی فراهم می‌سازند و افزایش مهارت‌های مقابله با فشارهای روانی ادراک بیماری را بهبود می‌بخشد. بنابراین می‌توان گفت تاب‌آوری باعث ایجاد هیجانانگیز مثبت

۴۶ Fredrickson

۴۷ Buckingham & Richardson

و دوری یا کاهش تجارب هیجانی منفی می‌شود و از این طریق ادراک درد تضعیف و شدت تجربه آن تعدیل می‌یابد. این مطالعه نیز با محدودیت همراه بود. جمعیت هدف در این مطالعه زنان مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی نورولوژی در سطح شهر کرج بودند، این امر امکان تعمیم نتایج به سایر بیماران درگیر با درد مزمن خاصه مردان دارای سردرد را با محدودیت همراه می‌سازد. نوع تحقیق حاضر نیز به دلیل توصیفی-مقطعی بودن امکان هر نوع استنباط به شکل علت و معلولی در خصوص ارتباط بین شدت درد ادراک شده با متغیرهای پیش بین (یعنی ناتوانی کارکردی و تاب‌آوری) را با محدودیت مواجه می‌سازد. دیگر محدودیت مطالعه حاضر به ابزار گردآوری اطلاعات مربوط بود. چرا که پرسشنامه به شکل ذاتی در گردآوری اطلاعات عمیق از مراجع ناتوان و ممکن است تحت تأثیر متغیرهای شخصیتی و عاطفی پاسخ دهنده واقع شود. همکاری خوبی بین پزشکان نورولوژی و روانشناسان وجود ندارد که این امر توزیع پرسشنامه در سایر مراکز نورولوژی را با محدودیت مواجه کرد. با توجه به محدودیت‌های فوق‌الذکر پیشنهادات زیر ارائه می‌شود: برای اینکه بتوان نتایج چنین مطالعه‌ای را به دیگر افراد درگیر با درد مزمن به ویژه در ناحیه سر تعمیم داد پیشنهاد می‌شود این مطالعه در مردان و همچنین، سایر انواع سردرد تکرار شود. انجام مطالعات طولی در زمینه دردهای مزمن و همچنین، بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر شدت درد می‌تواند امکان نتیجه‌گیری دقیق‌تر در خصوص تأثیرپذیری درد از متغیرهای روانشناختی مانند تاب‌آوری را روشن‌تر سازد. گردآوری اطلاعات از افراد نمونه با روش‌های دیگر غیر از پرسشنامه مانند مصاحبه و آزمایشات متداول طبی-زیستی نیز می‌تواند در دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر و عمیق‌تر مفید باشد. همچنین، به دانشگاه و سازمان علوم پزشکی به عنوان حامی پژوهشگران توصیه می‌شود، بستری را فراهم سازند که پزشکان و مراکز درمانی را موظف سازند تا با پژوهشگران همکاری لازم را به عمل آورند.

منابع

- آقایوسفی، علیرضا و همکاران. (۱۳۹۴). نقش انعطاف ناپذیری روانشناختی و پذیرش درد در تاب‌آوری بیماران مبتلای به درد مزمن. مجله روانشناسی سلامت، ۷(۱۵)، ۲۰-۵.
- افشاری، امیرحسین و همکاران. (۱۳۹۹). اثر ساختاری استرس مزمن، تاب‌آوری و جسمانی سازی بر ناتوانی کارکردی در نشانگان بدنی کارکردی با نقش واسطه‌ای ذهنی سازی. مجله روانشناسی سلامت، ۹(۳۵)، ۱۷۲-۱۵۱.
- اسمخانی اکبری نژاد، هادی و همکاران. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن. مجله بیهوشی و درد، ۱۲(۲)، ۱۸-۱.
- برزگری سلطان احمدی، مهدیه و همکاران. (۱۳۹۹). نقش خودکارآمدی، فاجعه سازی درد و ترس از حرکت در میزان سازگاری با درد مزمن بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید. مجله بیهوشی و درد، ۱۱(۴)، ۹۳-۸۰.
- پورفرد، مریم و همکاران. (۱۳۹۹). رابطه ناامیدی و خودناتوان سازی با گرایش به دوپینگ در ورزشکاران. مجله روانشناسی ورزشی، ۹(۳۴)، ۲۸۲-۲۵۹.
- جولایی ها، سکینه و همکاران. (۱۳۹۵). نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانگان بیماری درد مزمن. نشریه دانشور پزشکی، ۲۴(۱۲۵)، ۲۲-۱۳.
- رستمی، حسین و همکاران. (۱۴۰۱). مدل ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با ادراک درد با نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در مبتلایان به درد مزمن. مجله روانشناسی نظامی، ۱۳(۴۹)، ۶۴-۳۸.
- رستمی، سهیلا و همکاران. (۱۳۹۷). پیش‌بینی درد زایمان براساس سخت‌رویی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در زنان نخست‌زای شهر بوشهر. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۶(۲)، ۳۶-۲۳.
- سندرسون، کاترین. ای. (۱۳۹۹). روان‌شناسی سلامت. ترجمه فرهاد جمهری و همکاران. تهران: نشر سرافراز. ص: ۵۵-۴۵.
- شکرگزار، علیرضا و همکاران. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با شناختی-رفتاری بر ادراک درد در مردان مبتلا به کم‌درد مزمن. مجله سلامت جامعه، ۱۴(۴)، ۵۴-۴۵.
- کهنسال نالکیاشری، سعیده و اسدی مجره، سامره. (۱۴۰۱). ارائه مدل ساختاری تأثیر جو عاطفی خانواده بر رفتارهای پرخطر با میانجی‌گری تاب‌آوری و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۳(۳)، ۲۷-۱۳.
- کامیابی، سمیرا و همکاران. (۱۴۰۰). ارتباط بین شدت ناتوانی، درد و کیفیت زندگی در دانشجویان دختر مبتلا به کم‌درد مزمن. مجله علوم حرکتی و رفتاری، ۴(۱)، ۲۳-۱۴.
- مسگریان، فاطمه و همکاران. (۱۳۹۱). نقش پذیرش درد در کاهش شدت درد و ناتوانی بیماران مبتلای به درد مزمن. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۳)، ۲۰۳-۱۹۴.
- مرنضوی، فرشته و همکاران. (۱۳۹۴). رابطه فاجعه‌آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با ناتوانی ناشی از سردرد در افراد مبتلای به میگرن. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳(۴)، ۶۱۶-۶۰۹.
- نعمتی پور، مریم و دوستکام، محسن. (۱۳۹۶). بررسی نقش میانجی‌گری تاب‌آوری در رابطه باورهای مرتبط با درد با شدت و ادراک بیمی در مبتلایان به ام‌اس. هشتمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی.

- Arruda, M. A., et al. (2021). Resilience and vulnerability in adolescents with primary headaches: A cross-sectional population-based study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 61(3), 546-557.
- Arbinaga, F., & Bernal-López, M. (2023). Pain Catastrophizing in Dance Students in Relation to Resilient Behavior and Self-Reported Injuries. *Medical Problems of Performing Artists*, 38(2), 80-88.
- Brown, T., et al. (2022). Feasibility of assessing adolescent and young adult heart transplant recipient mental health and resilience using patient-reported outcome measures. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(2), 153-162.
- Buckingham, A., & Richardson, E. (2020). The Relationship Between Psychological Resilience and Pain Threshold and Tolerance: Optimism and Grit as Moderators. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(3):518-528
- Boring, B. L., et al. (2022). Meaning in Life and Pain: The Differential Effects of Coherence, Purpose, and Mattering on Pain Severity, Frequency, and the Development of Chronic Pain. *Journal of Pain Research*, 15, 299.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 76-82.
- Chua, M., et al. (2022). Gender differences in multifidus fatty infiltration, sarcopenia and association with preoperative pain and functional disability in patients with lumbar spinal stenosis. *The Spine Journal*, 22(1), 58-63.
- Colebaugh, C., et al. (2022). Profiles of Resilience and Risk in Chronic Pain: Loneliness, Mindfulness, and Optimism Coming Out of the Pandemic. *The Journal of Pain*, 23(5), 28-29.
- Davis, L., & Torphy, B. (2022). Managing migraine on the frontline: Identifying disease, understanding burden, and incorporating CGRP pathway-targeting therapies in primary care. *British Journal of Pain*, 20494637221104292.
- Deshields, T. L., et al. (2022). Distress, depression, anxiety, and resilience in patients with cancer and caregivers. *Health Psychology*, 41(4), 246.
- D'Amico, D., et al. (2021). Mapping assessments instruments for headache disorders against the ICF biopsychosocial model of health and disability. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 246.
- Friedman, D., et al. (2022). The Migraine Disability Assessment (MIDAS) as an Indicator of Resilience in Patients with Headaches (P6-2.006).
- Feitosa, H., et al. (2021). Is it possible to sort the disability of individuals with migraine based on the International Classification of Functioning, Disability and Health?—A Scoping Review. *Headache Medicine*, 12(2), 92-104.
- Garcia, D. P. C., et al. (2020). Perforated gastric ulcer post mini gastric bypass treated by laparoscopy: A case report. *Annals of Medicine and Surgery*, 49, 24-27.
- Gossrau, G., et al. (2022). Interictal osmophobia is associated with longer migraine disease duration. *The Journal of Headache and Pain*, 23(1), 1-9.
- Kascakova, N., et al. (2022). Subjective perception of life stress events affects long-term pain: the role of resilience. *BMC psychology*, 10(1), 1-12.
- Liu, X., et al. (2022). Toll-like receptors and their role in neuropathic pain and migraine. *Molecular Brain*, 15(1), 1-9.
- Nimbley, E., et al. (2023). Distress and resilience narratives within pain memories of adolescents and young adults with complex regional pain syndrome: A multi-method study. *The Journal of Pain*.
- Peña, A., et al. (2021). Headache characteristics and psychological factors associated with functional impairment in individuals with persistent posttraumatic headache. *Pain Medicine*, 22(3), 670-676.
- Philippou, A., et al. (2022). High levels of psychological resilience are associated with decreased anxiety in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 28(6), 888-894.
- Szabo, E., et al. (2022). Alterations in the structure and function of the brain in adolescents with new daily persistent headache: A pilot MRI study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 62(7), 858-869.
- Tynan, M., et al. (2022). Latent Profiles of Pain, Insomnia, Depression, and Resilience in US Veterans. *The Journal of Pain*, 23(5), 30-31.
- Tsai, C. K., et al. (2022). Sex differences in chronic migraine: focusing on clinical features, pathophysiology, and treatments. *Current Pain and Headache Reports*, 1-9.
- Whale, K., et al. (2022). The effectiveness of non-pharmacological sleep interventions for people with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders*, 23(1), 1-33.

بررسی نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین جوان

مریم مسلمی

کارشناسارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، شاهرود، ایران.

محمد حاتمی

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

An investigation into the mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation and quality of life among young couples

Maryam Moslemi

M. A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Shahrood, Iran.

Mohammad Hatami

Associate Professor, Department Of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Purpose: Research shows resilience is an important factor in a number of groups exposed to danger and plays a very vital mediating role in the appearance of many psychological disorders. The current study was carried out with the aim of examining the mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation and quality of life among young couples. **Method:** This is a correlational study, the statistical population of which includes all married students of Islamic Azad University of Shahrood, out of whom 45 couples were selected using convenience sampling. Then, Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (2003), Garnefski, Kraaji and Spinhoven Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (2001) and the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) were completed by the participants. The data were analyzed with the Pearson correlation coefficient and multiple regression.

Results: The findings indicate cognitive emotion regulation and the quality of life are significant positive

predictors of resilience. Resilience has a significant mediating role in the relationship between cognitive emotion regulation and the quality of life among couples.

Conclusion: According to the results it can be said the strategies used by couples to regulate their emotions can be a highly determining factor in their resilience, which leads to a higher quality of life. Improving the positive strategies of cognitive emotion regulation can be taken for preparing interventions and educational programs of resilience into attention.

Keywords:

resilience, cognitive emotion regulation, quality of life, couples

چکیده

مقدمه: پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تاب آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر، حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی از خود نشان می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین جوان انجام شد. روش: روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد شاهرود می‌باشد که تعداد ۴۵ زوج به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس پرسشنامه های تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی پیش‌بینی کننده مثبت معنادار تاب آوری هستند. تاب آوری نقش واسطه ای معناداری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین دارد. نتیجه گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت، راهبردهایی که زوجین برای تنظیم هیجان‌اتشان به کار می‌گیرند، می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب آوری آنها باشد که سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود و تقویت راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به عنوان هدفی برای پیریزی مداخلات و برنامه‌های آموزشی تاب آوری مورد توجه واقع گردد. **واژه‌های کلیدی:** تاب آوری؛ تنظیم شناختی هیجان؛ کیفیت زندگی؛ زوجین

مقدمه

خانواده اولین هسته اجتماع و اساسی‌ترین بنیان جوامع است که افراد هر اجتماع در بستر آن رشد و نمو پیدا کرده و از طریق آن وارد جامعه می‌شوند (آلن، رودز، استانلی و مارکمن^{۴۸}، ۲۰۱۲). خانواده بر پایه ازدواج تشکیل می‌شود (عزیزی، رادپی و علیپور، ۲۰۱۵). سلامت فیزیکی، عاطفی و بهداشت روانی افراد در جامعه در گرو سلامت روابط زناشویی و تداوم و بقای ازدواج می‌باشد (رسولی، ۱۳۸۰). یکی از عواملی که سلامت خانواده و سلامت روابط زناشویی را پیش‌بینی می‌کند، کیفیت زندگی^{۴۹} است. در دهه‌های اخیر کیفیت زندگی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامتی شناخته شده و یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روانشناسی مثبت گرا^{۵۰} است (کاتسینگ^{۵۱}، ۲۰۰۶). به نقل از نجفی و همکاران، (۱۳۹۳). کیفیت زندگی یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی‌های سلامت است (سرنه آنجا^{۵۲}، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی به عنوان نتیجه کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی تعریف می‌شود که بر مجموعه حوزه‌های تشکیل دهنده زندگی تأثیر می‌گذارد (جیمز^{۵۳}، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی^{۵۴}، کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت خود در زندگی، در متن فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق خود تعریف می‌کند (لاگه بارسا، انجدال، لکها و سلبک، ۲۰۱۱). یکی از عوامل روانشناختی که نقش مؤثری در کیفیت زندگی دارد، هیجان است. هیجان‌ها نقش مهمی را در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس‌زا ایفا می‌کنند. تنظیم هیجان نیز به عنوان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه، همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (گارنفسکی^{۵۵}، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۱، به نقل از نظامی پور و احدی، ۱۳۹۵). تنظیم هیجان در زوج‌ها دو ظرفیتی است، به این معنا که هدف تنظیم در هیجان‌ات ممکن است هم هیجان منفی و هم مثبت (کاهش هیجان‌ات منفی و افزایش هیجان‌ات مثبت) باشد (لوینسون، هاس، بلاچ، هالی و سیدر^{۵۶}، ۲۰۱۳). اسکریر، گرانت و اودلاگ^{۵۷} (۲۰۱۳) نشان دادند تنظیم هیجان منجر به کاهش تکانشگری می‌شود. نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که تنظیم هیجانی مطلوب با عملکرد مناسب در تکالیف شناختی و رفتاری که منجر به بهبود سازگاری و بهزیستی افراد در زندگی روزمره می‌-

- ۴۸ . Allen, Rhoades & Stanley
 ۴۹ . Quality of life
 ۵۰ . Positive Psychology
 ۵۱ . Katschnig
 ۵۲ . Černe Anja
 ۵۳ . James
 ۵۴ . World Health Organization (WHO)
 ۵۵ . Garnefski
 ۵۶ . Levenson, Haase, Bloch, Holley & Seider
 ۵۷ . Schreiber, Grant & Odlaug

شود ارتباط دارد (همیلتون، کارولی، گالاکر، استیونس، کارلسون و مک کوردی^{۵۸}، ۲۰۰۹). در ارتباط بین تنظیم هیجان و عوامل شناختی، نتایج تحقیقی گزارش کرد، مواقعی که افراد وقایعی را تجربه میکنند که باعث برانگیختن شدید هیجان آنها میگردد، از راهبردهای شناختی برای تنظیم و تغییر میزان شدت هیجان استفاده مینمایند که در اصطلاح، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نامیده میشود (لیندن^{۵۹}، ۲۰۱۴). تنظیم شناختی هیجان^{۶۰}، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد (اکسندر و گراس^{۶۱}، ۲۰۰۵). گارنفسکی، کرایچ و اسپنهایون (۲۰۰۱)، نه راهبرد سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان را معرفی کرده اند. راهبردهای سازگار شامل: پذیرش^{۶۲}، تمرکز مجدد مثبت^{۶۳}، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی^{۶۴}، ارزیابی مجدد مثبت^{۶۵}، اتخاذ دیدگاه^{۶۶} و راهبردهای ناسازگار شامل: سرزنش خود^{۶۷}، سرزنش دیگران^{۶۸}، نشخوار ذهنی^{۶۹}، فاجعه پنداری^{۷۰} میباشد. پژوهشهای اخیر دریافته اند که مشکل در تنظیم هیجان باعث بروز بسیاری از رفتارهای مسأله ساز و اختلالات روانی میشود که این موارد میتوانند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند (به نقل از عزیزی، ابراهیمی، طالبی و محمدی، ۱۳۹۵). گارنفسکی، کوپمن، کرایچ و کاته (۲۰۰۹) نشان دادند که راهبرد تمرکز بر تفکر با اختلال های درونی بیماران و کیفیت پایین زندگی آنان همبستگی مثبت دارد، اما راهبرد فاجعه آمیز بودن بیشتر با اختلال های درونی بیمار همبستگی دارد تا با کیفیت پایین زندگی. رونالدوف و همکاران (۲۰۱۳) مطالعه ای در رابطه با تفاوت های جنسیتی در تنظیم هیجان بر روی نمونه ای از مردان و زنان آمریکا انجام دادند. نتایج این مطالعه تفاوت جنسیتی و تفاوت کم بین مردان و زنان در تنظیم هیجانی را تأیید میکند. ضمن این که مردان در مقایسه با زنان در این زمینه ضعیفتر هستند. نظامی پور و احدی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند، راهبردهای نظم-جویی هیجانی ناسازگار در رابطه بین همه ابعاد شخصیت، به جز بعد گشودگی و کیفیت زندگی تأثیر دارد و راهبردهای تنظیم هیجانی سازگار تنها در رابطه برونگرایی و توافق پذیری با کیفیت زندگی دارای نقش تعدیلی میباشند. تحقیقات نشان دادند بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۵؛ بهرامی، بهرامی، مشهدی و کارشکی، ۱۳۹۴). نوع راهبرد تنظیم شناختی هیجان، عامل مؤثر بر سطح سلامت روانی و تاب آوری^{۷۱} افراد میباشد (اندامی خشک، ۱۳۹۲). تاب آوری از جمله متغیرهای مورد توجه روانشناسان مثبتگراست (بولتون^{۷۲}، ۲۰۱۳) که در اغلب موارد به عنوان ظرفیت بازبایی پس از چالش تعریف میشود (اسکریت و فرگس^{۷۳}، ۲۰۱۵). تاب آوری فردی بر توانمندی ها، ظرفیت ها، امید و قدرت فرد به عنوان سپری در مقابل مشکلات و استرس های خانوادگی اشاره دارد (ملوین^{۷۴}، گراس و جنینگز^{۷۵}، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش تول، سانگ و جردن (۲۰۱۳) بیانگر آن است که افراد دارای تاب آوری بالا، در شرایط تنش زا و موقعیت ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ میکنند. الیرتسن^{۷۶} و همکاران (۲۰۱۶) گزارش کرده اند بین تاب آوری و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد. تروی و ماوس^{۷۷} (۲۰۱۱) اعتقاد دارند از آنجایی که وقایع استرس زا، ذاتا بسیار هیجانی است توانایی افراد در تنظیم هیجانانشان میتواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب

- ۵۸ . Hamilton, Karoly, Gallagher, Stevens, Karlson , Mc Curdy
 ۵۹ . Linden
 ۶۰ . Cognitive Emotion-Regulation
 ۶۱ . ochsner & Gross
 ۶۲ . Acceptanc
 ۶۳ . Positive Refocusing
 ۶۴ . Refocus on planning
 ۶۵ . Positive reappraisal
 ۶۶ . Perspective putting into
 ۶۷ . Self-blam
 ۶۸ . Other- blame
 ۶۹ . Rumination
 ۷۰ . Catastrophizing
 ۷۱ . Resilience
 ۷۲ . Bolton
 ۷۳ . Skerrett & Fergus
 ۷۴ . Melvin
 ۷۵ . Jennings
 ۷۶ . Eilertsen
 ۷۷ . Troy & Mauss

آوری آنها باشد. کارلسون و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند افرادی که عادت به استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجان‌اتشان در زندگی روزمره خود دارند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس، از خود نشان می‌دهند. تروی و ماوس (۲۰۱۱)، نیز ارزیابی مجدد شناختی را به عنوان یک راهبرد سازگارانه فرض میکنند و اعتقاد دارند از آنجایی که تأثیر مستقیمی بر ارزیابی‌ها می‌گذارد، افراد میتوانند با بهره‌گیری از آن، واکنش هیجانی خود را به رویدادهای استرس‌زا جهت بهبود عملکرد تغییر دهند. نتایج پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) نشان داد راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان به صورت مستقیم پیشین مناسبی برای تاب‌آوری هستند و راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان به صوت معکوس پیشین مناسبی برای تاب‌آوری هستند. نتایج پژوهش شریفی باستان (۱۳۹۳) نشان‌دهنده رابطه مثبت بین راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری با عاطفه مثبت و رابطه منفی بین راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری با عاطفه منفی است. نتایج پژوهش کانر و دیویدسون^۸ (۲۰۰۳) نشان داد که تاب‌آوری با بهداشت روانی، کیفیت زندگی و بهزیستی مرتبط است. نتایج پژوهش فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰)، احدی و علیزاده اصلی (۱۳۹۰) نشان داد بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبتی وجود دارد. بنابراین با الهام از مبانی نظری و تحقیقات مشهود، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین جوان میباشد.

روش

پژوهش حاضر به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد شاهرود میباشد که تعداد ۴۵ زوج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری، از زوجین خواسته شد تا پرسشنامه‌های تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت را تکمیل کنند. ملاک ورود در این پژوهش: حداقل یکی از زوجین دانشجوی باشد، حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال داشته باشند، حداقل ۱ سال و حداکثر ۱۰ سال از زندگی مشترکشان گذشته باشد، فاقد بیماری صعب‌العلاج باشند. ملاک خروج: ابتلای هر یک از زوجین به بیماری حاد جسمانی یا روانی. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شیوه‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده، و با استفاده از ماتریس همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به توصیف نتایج پرداخته شد. همچنین داده‌ها با استفاده از SPSS-۲۲ تحلیل شدند. مقیاس تاب‌آوری^۹: این مقیاس را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. آنها بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه بالینی و غیر بالینی بوده و میتواند در موقعیت‌های پژوهش و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. برای هر سؤال، طیف درجه بندی پنج‌گانه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری میشود. اعتبار مقیاس (به روش تحلیل عوامل و قابلیت اعتبار همگرا و واگرا) و پایایی آن (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) توسط سازندگان در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) محاسبه شده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. محمدی، پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بدست آورده که معادل ۸۹ درصد بود. فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^{۱۰}: این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده است و یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهکارهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است، دارای ۱۸ ماده و از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور ۹ راهکار شناختی ملامت خود، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی میکند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) میباشد. هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاسها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهکار مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی میباشد. در پژوهش گارنفسکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده‌مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۶۲ تا ۸۰ درصد گزارش شده است. آلفای کرونباخ ۹ زیر مقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بین ۷۶ تا ۹۲ درصد قرار داشت. در این مطالعه، اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۷۶ تا ۹۲ درصد)، و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۵۱ تا ۷۷ درصد) و اعتبار پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده‌مقیاسها (با دامنه همبستگی ۳۲ تا ۶۷ صدم) و اعتبار ملاکی مطلوب گزارش شده است (حسینی، ۱۳۸۹).

۷۸ . Connor & Davidson

۷۹ . Resilience Scale

۸۰ . Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Persian short form

مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است. یک ابزار خودگزارشی ۲۶ سوالی است که چهار حیطه کیفیت زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی را ارزیابی میکند. دو سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی میکند. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه، امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدتری و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ میباشد و امتیاز بالاتر، نشاندهنده کیفیت زندگی بهتر است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). بر طبق نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان انجام شده، آلفای کرونباخ خرده مقیاسهای چهارگانه و کل مقیاس بین ۷۳ تا ۸۹ صدم گزارش شده است (براون و بولوز، ۲۰۰۱). در ایران نجات و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را هنجاریابی کرده اند و ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۷۰ صدم، سلامت روانی ۷۳ صدم، روابط اجتماعی ۵۵ صدم و ارتباطات محیطی ۸۴ صدم به دست آورده اند و ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۷ صدم گزارش کرده اند.

یافته ها

پژوهش حاضر مجموع ۹۰ آزمودنی را شامل میشود که اطلاعات حاصل از بررسی ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنیها نشان داد میانگین سن آزمودنی ها ۳۰/۰۹ با دامنه ی سنی بین ۲۰ تا ۴۰ بود که ۸/۹ درصد آزمودنی ها دارای مدرک دیپلم، ۵/۶ درصد دارای مدرک فوق دیپلم، ۵۲/۲ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۲۶/۷ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۶/۷ درصد نیز دارای مدرک دکتری بودند در این میان، میانگین طول مدت ازدواج زوجین ۲/۰۹ سال بود که ۴۶/۷ درصد بین یک تا سه سال، ۱۵/۶ درصد بین ۴ تا ۶ سال، ۳۷/۸ درصد بین ۷ تا ۱۰ سال بودند. جدول ۱: آمار توصیفی تاب آوری، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی
تاب آوری	۷۰/۷۰	۱۰/۲۸	-۰/۰۰۶
تنظیم شناختی هیجان	۵۵/۹۵	۸/۸۸	۰/۳۹
ملاطت خویش	۶/۱۲	۲/۲۳	۰/۲۴
پذیرش	۵/۴۸	۲/۳۳	۰/۲۷
نشخوارگری	۶/۷۳	۱/۹۳	۰/۰۲۴
تمرکز مجدد مثبت	۵/۹۶	۲/۱۵	۰/۲۰
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۷/۷۳	۱/۷۲	-۰/۳۵
ارزیابی مجدد مثبت	۵/۵۷	۱/۴۳	-۰/۳۳
اتخاذ دیدگاه	۷/۱۳	۱/۸۸	-۰/۱۷
فاجعه سازی	۴/۳۱	۲/۱۶	۰/۹۳
ملاطت دیگران	۴/۹۶	۲/۲۱	۰/۶۷
کیفیت زندگی	۹۵/۲۰	۱۲/۰۱	-۰/۳۹
سلامت جسمانی	۲۶/۴۴	۳/۹۲	-۰/۵۰
روانشناختی	۲۱/۹۱	۳/۱۶	-۰/۶۱
روابط اجتماعی	۱۱/۲۴	۲/۲۸	-۰/۵۰
محیط زندگی	۲۷/۳۶	۳/۵۰	-۰/۱۰

با توجه به جدول (۱) میانگین متغیرهای پژوهش بدین صورت بود که میانگین تاب آوری ۷۰/۷۰، تنظیم شناختی هیجان ۵۵/۹۵، ملامت خویش ۶/۱۲، پذیرش ۵/۴۸، تمرکز روی افکار/نشخوارگری ۶/۷۳، تمرکز مجدد مثبت ۵/۹۶، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ۷/۷۳، ارزیابی مجدد مثبت ۵/۵۷ و اتخاذ دیدگاه ۷/۱۳، فاجعه سازی ۴/۳۱، ملامت دیگران ۴/۹۶، کیفیت زندگی ۹۵/۲۰، سلامت جسمانی ۲۶/۴۴، روانشناختی ۲۱/۹۱، روابط اجتماعی ۱۱/۲۴ و محیط زندگی ۲۷/۳۶ بود. همچنین با توجه به اینکه یک ملاک معمول برای ارزیابی نرمال بودن، بررسی کجی است. برخی معتقدند که کجی باید بین +۱ و -۱ باشد تا نرمال بودن توزیع پذیرفته شود (مایرز و همکاران، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۹۱). همانگونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات کجی تمامی متغیرها در این محدوده قرار دارد، بنابراین می‌توان پذیرفت که نمرات آن‌ها از توزیع نرمال پیروی کند؛ بنابراین برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود در نتیجه ابتدا ماتریس همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین تاب آوری با تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین بیان شده و سپس از طریق رگرسیون چندگانه سهم هر یک از دو متغیر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در پیش‌بینی تاب آوری زوجین تعیین می‌شود. جدول ۲: ماتریس همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان با تاب آوری زوجین

تاب آوری	نظم جویی شناختی هیجان	کیفیت زندگی	تاب آوری
		۱	کیفیت زندگی
	۱	۰/۰۰۶	تنظیم شناختی هیجان
۱	۰/۱۹	۰/۴۴**	تاب آوری

* p < ۰/۰۱

* p < ۰/۰۵

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین کیفیت زندگی با تاب آوری زوجین همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد ($r=۰/۰۴۴, p<۰/۰۱$) و بین نظم‌جویی شناختی هیجان با تاب آوری ($r=۰/۰۱۹, p>۰/۰۵$)، تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی زوجین ارتباط معناداری وجود ندارد. ($r=۰/۰۰۶, p>۰/۰۵$)

جدول ۳- ماتریس همبستگی پیرسون بین ابعاد تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری زوجین

۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
								۱	ملامت خویش -۱
							۱	۰/۵۳**	۲- پذیرش
						۱	۰/۱۹	۰/۱۵	۳- نشخوارگری
					۱	۰/۰۲	-۰/۱۷	-۰/۰۳	۴- تمرکز مجدد مثبت
				۱	۰/۰۹	۰/۲۳**	-۰/۱۳	۰/۱۷	۵- تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
			۱	۰/۱۵	۰/۲۳**	-۰/۱۵	-۰/۲۷**	-۰/۰۷	۶- ارزیابی مجدد مثبت
			۱	۰/۲۰	۰/۴۱**	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۰۴	۷- اتخاذ دیدگاه
	۱	۰/۱۱	-۰/۲۰	-۰/۰۶	۰/۱۹	۰/۲۷*	۰/۱۴	۰/۱۰	۸- فاجعه سازی
۱	۰/۲۳*	۰/۰۶	-۰/۲۶*	-۰/۰۴	-۰/۲۵*	۰/۱۵	۰/۲۲*	۰/۱۸	۹- ملامت دیگران
-۰/۱۲	-۰/۱۸	۰/۳۴**	۰/۵۹**	۰/۴۸**	۰/۲۲*	-۰/۰۱	-۰/۲۵*	۰/۰۳	تاب آوری

* p < ۰/۰۵

** p < ۰/۰۱

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین تمرکز مجدد مثبت ($r=۰/۰۲۲, p<۰/۰۵$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($r=۰/۰۴۸, p<۰/۰۱$) ارزیابی مجدد مثبت ($r=۰/۰۵۹, p<۰/۰۱$) و اتخاذ دیدگاه ($r=۰/۰۳۴, p<۰/۰۱$) با تاب آوری همبستگی مثبت معنادار و بین پذیرش با تاب آوری ($r=-۰/۰۲۵, p<۰/۰۵$) همبستگی منفی معنادار وجود دارد. همبستگی منفی این دو متغیر، نشان‌دهنده معکوس بودن رابطه است. هم چنین بین ابعاد ملامت خویش، تمرکز روی افکار/نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران با تاب آوری ($p>۰/۰۵$) ارتباط معناداری وجود ندارد.

جدول ۴- ماتریس همبستگی پیرسون بین ابعاد کیفیت زندگی با تاب آوری در زوجین

تاب آوری	محیط زندگی	روابط اجتماعی	روانشناختی	سلامت جسمانی	
				۱	سلامت جسمانی
			۱	۰/۶۲**	روانشناختی
		۱	۰/۶۵**	۰/۵۱**	روابط اجتماعی
	۱	۰/۷۵**	۰/۷۲**	۰/۵۶**	محیط زندگی
۱	۰/۳۴**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۳۵**	تاب آوری

$p < / 0.01$ ** $p < / 0.05$ *

چنانچه در جدول ۴ مشاهده میشود بین حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی) و تاب آوری ($r=0.35, p < / 0.01$)، حیطه روانشناختی و تاب آوری ($r=0.38, p < / 0.01$)، حیطه روابط اجتماعی و تاب آوری ($r=0.38, p < / 0.01$) و حیطه محیط زندگی و تاب آوری ($r=0.35, p < / 0.01$) همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. در ادامه سهم هر یک از متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در پیش بینی تاب آوری زوجین تحلیل میشود.

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی تاب آوری بر اساس تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی

P	F	R ²	R	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل	متغیر
۰/۰۰	۱۳/۰۷	۰/۲۱	۰/۴۸	۱۰۸۷/۷۴	۲	۲۱۷۵/۴۸	رگرسیون	کیفیت زندگی
				۸۳/۱۶	۸۷	۷۲۳۵/۴۱	باقیمانده	و تنظیم شناختی هیجان
					۸۹	۹۴۱۰/۹۰	جمع	

با توجه به اطلاعات جدول ۵، همانطور که مشاهده میشود چون در تجزیه و تحلیل مجموع مجذورات تحلیل رگرسیون $P < 0.01$ و $F(2, 87) = 13.07$ است بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی با تاب آوری رابطه خطی و معنادار وجود دارد. همان طور که از مقدار R نمایان است، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیر نظم جویی شناختی هیجان و کیفیت زندگی با تاب آوری $R = 0.48$ و ضریب تعیین برابر با $R^2 = 0.21$ می باشد در نتیجه حدود ۲۱٪ واریانس تاب آوری توسط متغیرهای پیش بین تبیین شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون چندگانه به روش همزمان

متغیر	B	Std. Error	Beta	T	سطح معناداری
ثابت	۲۲/۱۸	۹/۸۶		۲/۲۵	۰/۰۲
کیفیت زندگی	۰/۳۷	۰/۰۸	۰/۴۴	۴/۶۸	۰/۰۰
تنظیم شناختی هیجان	۰/۲۲	۰/۱۰	۰/۱۹	۲/۰۶	۰/۰۴

با توجه به اطلاعات جدول ۶ همانطور که مشاهده میشود سطح معناداری متغیرهای کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان کمتر از ۰/۰۵ است و معنادارند. به عبارت دیگر در پاسخ به سؤال پژوهش میتوان بیان کرد کیفیت زندگی ($B=0.37$ و $t=4.68, p < 0.01$) و تنظیم شناختی هیجان ($B=0.22$ و $t=2.06, p < 0.05$) قادر به پیش بینی تاب آوری زوجین هستند. با توجه به وزن بتا معادله اثر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان بر تاب آوری زوجین به شکل زیر است:
 تاب آوری = (تنظیم شناختی هیجان) $+0.22$ + (کیفیت زندگی) $+0.37$ $+22.18$
 همچنین باید گفت تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی پیش بینی کننده مثبت معنادار تاب آوری هستند یعنی با افزایش میزان تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین تاب آوری آنها نیز افزایش می یابد و بالعکس.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین جوان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده همبستگی مثبت و معنادار بین کیفیت زندگی و تاب آوری زوجین است. یعنی با افزایش میزان تاب آوری در این زوجین کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰)، احدی و علیزاده اصلی (۱۳۹۰) می‌باشد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد تاب آور قدرت پذیرش واقعیت را دارند و بر این باورند زندگی با معناتر از آن است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند (مکگی^۸، ۲۰۱۱). همچنین تفسیر مثبت هیجان‌ات منفی توسط افراد تاب‌آور می‌تواند زمینه‌های سلامتی را در آنان فراهم سازد. از آن جایی که کیفیت زندگی در بردارنده رضایت از زندگی است، ممکن است تاب آوری با تأثیر بر نوع احساسها و هیجانهای فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی شود، حتی گاهی با کاهش احساس استرس، موجبات خرسندی و رضایت را برای افراد فراهم سازد و موجب ارتقاء کیفیت زندگی شود. بین هر یک از حیطه‌های سلامت جسمانی (فیزیکی)، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی با تاب آوری ارتباط مثبت معنادار وجود دارد. این یافته یا پژوهش‌های الیرتسن و همکاران (۲۰۱۶)، تول و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: خصیصه تاب آوری در کنار توانایی‌های درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و همچنین در تعامل با محیط تقویت می‌شود، توسعه می‌یابد و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌شود. اجتماعی بودن، ارتباطات خوب، سلامت روانی و جسمانی، از جمله عوامل مؤثر بر افزایش تاب آوری در فرد به شمار می‌روند. جوکار (۱۳۸۶) نیز بیان کرد که قدرت تعامل سازنده با محیط و قدرت ادراک محیط، تاب آوری را افزایش می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد بین تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی زوجین ارتباط معناداری وجود ندارد. این یافته با پژوهش‌های نظامی-پور و همکاران (۱۳۹۵)، عزیز و همکاران (۱۳۹۵)، بهرامی و همکاران (۱۳۹۴) ناهمسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ممکن است معنادار نبودن این ارتباط بر اثر متغیرهای میانجی از قبیل وضعیت اقتصادی، اجتماعی، شغلی و ویژگی‌های شخصیتی زوجین باشد که در این پژوهش غیرقابل کنترل بود. همچنین نتایج نشان داد بین تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری ارتباط معناداری وجود ندارد. این یافته با پژوهش‌های اندامی خشک (۱۳۹۲)، همایونیا، همایونی، شیخ و نظری (۱۳۹۱) ناهمسو است. نتایج نشان دهنده ارتباط مثبت معنادار بین تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه با تاب آوری و ارتباط منفی معنادار بین پذیرش با تاب آوری است. این یافته با پژوهش‌های کارلسون و همکاران (۲۰۱۲)، تروی و ماوس (۲۰۱۱)، بهرامی و همکاران (۱۳۹۴)، شریفی باستان (۱۳۹۳) و اندامی خشک (۱۳۹۲) همسو است. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، افرادی که عادت به استفاده از راهبردهای سازگارانه دارند، نسبت به سایر افراد که از این راهبردها استفاده نمی‌کنند، از تاب آوری بالاتری برخوردار خواهند بود. استفاده از راهبردهای سازگارانه ممکن است با کاستن از هیجان‌ات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل و افزایش تاب آوری او را فراهم آورد. فردریکسون، توگاد، وایوک و لارکین (۲۰۰۳) بیان کردند که افراد به این دلیل تاب آورند که از احساسات مثبت به طور استراتژیک و هوشمندانه برای دستیابی به نتایج مقابله‌ای برتر استفاده می‌کنند. افراد با هیجان‌پذیری مثبت بالاتر در مقایسه با افراد دارای هیجان‌پذیری منفی احتمالاً حالات مثبت و پویایی احساس‌های بیشتری را بروز می‌دهند، دیدگاه مثبتتری به خود دارند و بر جنبه‌های مثبت موقعیت تمرکز دارند، همچنین این افراد این توانایی را دارند که صحنه زندگی زناشویی را برای خود دلچسب سازند و با نشاط بیشتری به روابط زناشویی بپردازند که این دلگرمی و نشاط روحی می‌تواند معلول هیجان مثبت فرد باشد. بنابراین قابل توجه است که گفته شود، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان سبب تغییر روشهای فکری، به منظور کاهش فشارهای هیجانی در موقعیت بالقوه برانگیزاننده هیجان می‌شود و منجر به کاهش رفتارهای بی‌انگیز و تجربه‌های منفی هیجانی می‌گردد. نتایج نشان داد بین ابعاد ملامت خویش، ملامت دیگران، تمرکز روی افکار/نشخوارگری و فاجعه‌سازی با تاب آوری ارتباط معناداری وجود ندارد. این یافته با پژوهش‌های ارول انگن (۲۰۱۰)، زلومک و هاهن (۲۰۱۰) که راهبردهای ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌آمیز‌پنداری را در پیشینی مشکلات هیجانی مؤثر میدانند، همچنین پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) ناهمسو است. از آنجا که پژوهشی در این راستا یافت نشد عدم همخوانی این یافته با سایر پژوهش‌ها ممکن است به استفاده از روش‌شناسی مربوط باشد. نتایج نشان می‌دهد، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی پیش‌بینی‌کننده مثبت معنادار تاب آوری هستند یعنی با افزایش میزان تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین تاب آوری آنها نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. این یافته همسو با نتایج جوکار (۱۳۸۶) می‌باشد که نشان داد هوش هیجانی (که تنظیم هیجان یکی از راهبردهای آن است) پیشینی‌کننده‌های بسیار قوی تاب آوری است. بررسی متون و مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است. سلامتی و داشتن تعاملات اجتماعی، جزء افزایش دهنده‌های تاب آوری محسوب می‌شود. تروی و ماوس (۲۰۱۱) اعتقاد دارند از آنجایی که وقایع استرس‌زا، ذاتاً بسیاری هیجانی است توانایی افراد در تنظیم هیجان‌ات شان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب آوری آنها باشد. در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که، تاب آوری نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی زوجین ایفا می‌نماید. افراد تاب‌آور قادر به دیدن جنبه روشن و مثبت موقعیت و جدی نگرفتن بیش از حد مسائل هستند که به حفظ

دیدگاه متعادلتر در آنها کمک میکند. بنابراین میتوانند از طریق راهبردهای مناسب هیجانی، به کیفیت زندگی مطلوبی دست یابند. از محدودیتهای پژوهش حاضر، این است که پژوهش در یک شهر، با گروه محدودی و به روش نمونه گیری غیر تصادفی انجام شده است، نمونه این پژوهش شامل دانشجویان بود، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر گروهها جوانب احتیاط را باید رعایت کرد. از آنجا که در این پژوهش فقط متغیر سن و وضعیت تأهل کنترل شده بود، عدم توانایی کنترل برخی از متغیرهای شغلی، اقتصادی و شخصیتی شرکت کنندگان از جمله محدودیت هایی بود که نتایج را تحت تأثیر قرار داد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد میشود که چنین پژوهشی در میان سایر جوامع و بخصوص جمعیت غیردانشگاهی جهت تعمیم پذیری نتایج انجام گیرد. پیشنهاد میشود با آموزش تاب آوری به زوجها در قالب آموزشهای پیش از ازدواج و برنامه های زوجدرمانی در جهت کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و افزایش کیفیت زندگی پرداخت.

منابع

- اندامیخسک، علیرضا. (۱۳۹۲). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایاننامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبائی. پردیس آموزشهای نیمه حضوری.
- بهرامی، بتول؛ بهرامی، عبدالله؛ مشهدی، علی؛ کارشکی، حسین. (۱۳۹۴). نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۹۶-۱۰۵: (۲)۵۸.
- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). نقش واسطه ای تاب آوری در ارتباط بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. روانشناسی معاصر. ۱۲-۳: (۴)۲.
- عزیزی، آرمان؛ ابراهیمی، ثریا؛ طالبی، ریحانه؛ محمدی، فاروق. (۱۳۹۵). کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی و ارتباط آنها با تنظیم شناختی هیجان در مردان متأهل. سومین کنفرانس بین المللی پژوهشهای نوین در مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی. باتومی. موسسه سرآمد همایش کارین. www.icmeh.org.
- فتحی، افشار؛ خیر، محمد؛ عتیق، مهدی. (۱۳۹۰). رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه ای تاب آوری در بین بیماران قلبی - عروقی. روشها و مدل‌های روانشناختی. ۱۰۳-۱۲۲: ۳.
- نجفی، محمود؛ کمری، علی عباس؛ عرفانی، نصرت اله؛ جعفری، نصرت؛ پیرخانی، علیرضا. (۱۳۹۳). نقش مؤلفه های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش بینی سلامت عمومی فرزندان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۱۲۳-۱۳۸: (۱۹)۵.
- نظامی پور، الهام؛ احدی، حسن. (۱۳۹۵). تأثیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر رابطه بین ویژگیهای شخصیتی و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۷۱-۸۰: (۲)۱۰.

Allen, E. S., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., Loew, B., & Markman, H. J. (2012). The effects of marriage education for army couples with a history of infidelity. *Journal of Family Psychology*, 26(1), 26.

Azizi B, Radpey L, & Alipour O.(2015). The Relation Between Regulation Strategies and Marital Satisfaction of Youths in Sardasht . *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences* ISSN; 5 (1), 5555-5556.

Belsky J.(2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & Human Development* 4(2): 166-70.

Bolton KW. The development and validation of the resilience protective factors Inventory: A confirmatory factor analysis [Dissertation]. University of Texas at Arlington; 2013.

Brown DW, Bulluz LS.(2001). Association between recommended levels of physical activity and health related quality of life. *Prev Med*; 37: 520-528.

Carlson, J.M., Dikecligil, G.N., Greenberg, T., & Mujica-Parodi, L.R. (2012). Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of Research in Personality*, 46, 609–613.

-Černe A. et al. (2012). Quality of Life and Alcohol Consumption: A Review Of the Literature. *Slovenian Journal of Public Health*, 51:147-54.

Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson

- Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
- Erol Ongen, D. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 9, 1516-1523.
- Eilertsen M.E, Hjemdal O, Le T.T, Diseth T.H, Reinfjell T. Resilience factors play an important role in the mental health of parents when children survive acute lymphoblastic leukaemia. *Acta paediatrica*. 2016; 105(1): 30-4.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Cate, R. T. (2009). Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449-454.
- Hamilton NA, Karoly P, Gallagher M, Stevens N, Karlson C, McCurdy D. (2009). The assessment of emotion regulation in cognitive context: the emotion amplification and reduction scales. *Cognitive Therapy and Research*; 33(3): 255-63.
- James Spencer L. (2015). Variation in trajectories of women's marital quality. *Journal of Social Science Research*. 29 (3):479 - 489.
- Levenson, R.W., Haase, C.M., Bloch, L., Holley, S., & Seider, B.J. (2013). Emotion regulation in couples. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press
- Linden D. (2014). EPA-1819 - Regulation of emotion networks in depression. *European Psychiatry* 29(Suppl 1): 1.
- Mac Gee, E.A. (2011). An examination of the stability of positive psychological capital using frequency-based measurement. PhD dissertation, University of Tennessee. [http:// trace.tennessee.edu/atk-graddiss/999](http://trace.tennessee.edu/atk-graddiss/999) .
- Maria L. Barca., Knut, Engedal., Jerson, Laks., & Geir, Selbæk. (2011). Quality of Life among Elderly Patients with Dementia in Institutions. *Dement Geriatr Cogn Disord* ; 31:435– 442.
- Melvin, KC., Gross, D., Hayat, MJ., Jennings, BM., Campbell, JC. (2012). Couple functioning and post-traumatic stress symptoms in US Army couples: The role of resilience. *Research in Nursing & Health*, 35 (2): 164-177.
- ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, 9, 242- 249.
- Ronaldof, F., Levant, Rosali, J. Hall, Christine M, Williams, & Nadia T.Hasan. (2013). Gender. university of Akron. American psychological Association . V 12,P:13-14.
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug B. L. (2013). Emotion regulation & impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (5), 651-8.
- Skerrett K. Fergus K.(2015). New
York: Springer.
- Troy, A.S., & Mauss, I.B. (2011). Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. In S.M, Southwick, & B.T, Litz, & D, Charney, & M.J, Friedman. (Eds.), *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan* ((pp. 30-44). London: Cambridge University Press.
- Zlomke, K.R., & Hahn, K.S.(2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*. 48, 408-413.

پیشبینی الگوهای بالینی شخصیت از روی صفات شخصیتی در مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره

مریم مسلمی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، شاهرود، ایران.

امین رفیعی پور

استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

فاطمه نیشابوری

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، شاهرود، ایران.

Predicting Personality Clinical Patterns from Personality Traits in Counselling Centers' Clients

Maryam Moslemi

M. A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Shahrood, Iran.

Amin Rafiepoor

Assistant Professor, Faculty Of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Fateme Neyshaboori

M. A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Shahrood, Iran.

Abstract

Personality disorders are indicative of a major public health concern. These disorders occur when a person shows extreme, inflexible and maladaptive patterns of thinking and behavior which may challenge interpersonal relationships and thus cause themselves and others severe distress. This research aims to explore the prediction of personality clinical patterns from personality traits in counselling centers' clients. The current descriptive correlational study was conducted on 107 clients of counselling centers in Sharoud city using convenience sampling. These participants responded to Millon Clinical Multiaxial Inventory-3 (1994) and the brief Big Five Personality Inventory (Ramstad and John, 2007). The regression analysis results showed that neuroticism had a significant role in predicting schizoid, paranoid, schizotypal, avoidant and borderline personality disorders; extraversion could predict paranoid, schizotypal, borderline and narcissistic personality disorders; agreeableness could predict narcissistic personality disorder and responsibility; but antisocial, dependent, and obsessive compulsive personality disorders could be predicted by none of personality traits. Also the personality trait of openness to experience had no significant role in predicting personality clinical disorders. The research results showed that personality clinical patterns could be predicted from big five personality traits in counselling centers' clients.

Keywords:

personality clinical patterns, personality traits, clients.

چکیده

اختلالات شخصیت حاکی از یک نگرانی سلامتی عمومی عمده است. این اختلالات زمانی رخ میدهند که الگوی فکری و رفتار فرد افراطی، انعطاف ناپذیر و ناسازگار میشود و منجر به چالش کشیدن روابط بین فردی و در نتیجه پریشانی شدید خود و دیگران میشود. هدف پژوهش، بررسی پیشینی الگوهای بالینی شخصیت از روی صفات شخصیتی در مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره بود. مطالعه توصیفی-همبستگی حاضر روی ۱۰۷ نفر از مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره شهر شاهرود به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. این افراد به پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون-۳ (۱۹۹۴) و نسخه کوتاه پرسشنامه پنج عامل شخصیت (رامستد و جان، ۲۰۰۷)، پاسخ دادند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که روان رنجوری نقش معناداری در پیشینی اختلال شخصیت اسکیزوتیپال، پارانوئید، اسکیزوتیپال، دوریگرین و مرزی داشت، برونگرایی میتواند اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوتیپال، مرزی و خودشیفته را پیشینی کند، توافق پذیری میتواند اختلال شخصیت خودشیفته و مسوولیت پذیری را پیشینی کند و اختلال شخصیت ضداجتماعی، وابسته و سواسی-جبری از طریق هیچ یک از صفات شخصیت قابل پیشینی نبود. همچنین صفت شخصیتی باز بودن نسبت به تجربه در پیشینی هیچکدام از اختلالات بالینی شخصیت نقش معنادار ندارد. نتایج پژوهش نشان داد، الگوهای بالینی شخصیت در مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره از روی پنج عامل بزرگ شخصیت قابل پیشینی بود.

واژه های کلیدی: الگوهای بالینی شخصیت، صفات شخصیتی، مراجعه کنندگان.

مقدمه

شخصیت بیانگر روشهای معمولی است که فرد به وسیله آنها فکر و رفتار میکند و در نتیجه هر فرد را متمایز از دیگری می-کند (لیو^{۸۲}، ۲۰۱۷). میتوان شخصیت را این گونه توصیف کرد: ویژگیهای دائمی که تعیین میکنند فرد به رویدادها و تجربه های زندگی چگونه واکنش نشان میدهد. ویژگیهای اصلی شخصیت نسبتاً دائمی و ثابت هستند، اما اکثر مردم براساس تجربه های خود متحول میشوند، برای واکنش نشان دادن در مقابل رویدادهای زندگی رفتارهای جدید و مؤثرتری یاد میگیرند و این یادگیری-ها به آنها اجازه میدهند که با موفقیت بیشتری با الزامهای زندگی سازگار شوند. در مقابل بعضی مردم، برای مقابله با چالش-های زندگی، روشی انعطاف ناپذیر و سختگیرانه پیش میگیرند. آنها به ندرت رفتار خود در واکنش به رویدادها را تغییر میدهند یا رفتارهای جدیدی یاد میگیرند. این ویژگیها معمولاً در کسانی دیده میشود که به اختلالات شخصیت^{۸۳} مبتلا هستند (گنجی، ۱۳۹۴). اختلالات شخصیت، الگویی طولانی مدت از تجربه درونی و رفتاری است که از انتظارات فرهنگی فرد بسیار به دور است، انعطاف ناپذیر و فراگیر بوده و در دوره نوجوانی و یا اوایل بزرگسالی شروع شده، در طول زمان ثابت باقی مانده و باعث ناراحتی یا افت عملکرد میگردد (انجمن روانپزشکی آمریکا^{۸۴}، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت بیماری پیچیده و شدید است که خدمات و هزینه های درمان در سطح وسیعی را به خود جذب میکند. افراد دچار این گونه اختلال در صورت درمان نشدن ممکن است متضرر شوند، از جمله این که نتوانند تحصیل یا کار کنند، به احتمال زیاد دست به خودکشی بزنند و متعاقباً به سایر اختلالات روانشناختی دچار شوند (برین و گرنیر^{۸۵}، ۲۰۱۷). در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (۲۰۱۳)، اختلالات شخصیت به سه دسته اصلی تقسیم میشوند: الف: اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوتیپال و اسکیزوتیپال؛ ب: اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته؛ ج: اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و سواسی - جبری. میلون^{۸۶} (۲۰۰۴) از جمله کسانی است که در زمینه اختلالات شخصیت به پژوهش پرداخته است. وی به جای استفاده از کلمه اختلال، اصطلاح الگوی بالینی را به کار میبرد. مدل مقوله ای که در طبقه بندی اختلالات شخصیت به کار رفته، اختلالات شخصیت را به عنوان سندرم های بالینی مجزا از نظر کمی مفهوم سازی کرده است، طوری که آنها از یکدیگر و از شخصیت بهنجار مجزا هستند. به این مدل، به دلیل وجود محدودیت های جدی چون هم ابتلایی بالا، روایی همگرا و روایی افتراقی ضعیف انتقاد شده است (به نقل از امانی، ۱۳۹۴). براساس الگوی ابعادی، اختلالهای شخصیت را میتوان به عنوان کرانه های بالا و پایینی صفات بهنجار شخصیت مانند برونگرایی، مسوولیت پذیری و مواردی از این نوع در نظر گرفت. در همین راستا مدل های ابعادی اختلالهای شخصیت، کرانه های تغییر یافته ویژگیهای شخصیتی عادی هستند (میلر، لینام، ویدیجر، لوک فولد^{۸۷}، ۲۰۰۱). مدل کاستا و مک کری^{۸۸} (۱۹۹۰) یکی از شناخته شده

- ۸۲ . Liu
 ۸۳ . Personality Disorder
 ۸۴ . American Psychiatric Association (APA)
 ۸۵ . Brin & Grenyer
 ۸۶ . Millon
 ۸۷ . Miller, Lynam, Widiger & Leukefeld
 ۸۸ . Costa & McCrae

ترین مدل‌های ابعادی شخصیت است. بسیاری از ویژگی‌های اصلی اختلالات شخصیت را بر اساس مدل پنج عاملی شخصیت میتوان تبیین کرد (ویدیدجر^{۹۱}، ۲۰۰۷). گلدبرگ^{۹۰} اظهار میکند که الگوی پنج عامل بزرگ شخصیت برای پژوهشگران علاقه‌مند به شناسایی تفاوت‌های فردی زیربنایی در شخصیت، همانند یک کشف بنیادی به نظر میرسد. چهارچوب پنج عامل بزرگ شخصیت، یک مدل سلسله مراتبی از ویژگی‌های شخصیتی با پنج عامل کلی است که در انتزاعی ترین سطح ارائه میشود. هر عامل دارای دو قطب است. برای مثال برونگرایی در مقابل درونگرایی که به چندین عامل ویژگی‌ها خلاصه شده است. این الگو شامل زیرمقیاس‌های ۱- روان رنجوری یا روان آزرده‌گی^{۹۱}، ۲- برونگرایی^{۹۲}، ۳- تجربه پذیری^{۹۳}، ۴- توافق پذیری^{۹۴}، ۵- مسوولیت پذیری^{۹۵} (جلیلزاده و زارعی، ۱۳۹۷). روان رنجوری به صورت تمایل کلی به داشتن حالت‌های عاطفی منفی، ایده‌های غیرمنطقی و درگیری با اعمال تکانشی تعریف میشود. برون-گرایی، به تمایل کلی به ابراز وجود، پویا بودن و انجام اعمال اجتماعی اشاره دارد؛ این افراد هیجان پذیر، تجربه پذیر و خوش مشرب هستند. تجربه پذیری با تمایل کلی به گسترش اطلاعات جدید، داشتن تفکر واگرا و ارزش‌های غیرمعمول گفته میشود. توافق پذیری، به تمایل کلی به داشتن احساسات نوع دوستانه، اعتماد به دیگران و همراهی و موافقت با آنها گفته میشود. در نهایت مسوولیت پذیری، تمایل کلی به داشتن رفتار و شناخت هدفمند، اراده قوی و مصمم بودن تعریف میشود (چامارو، موتافی و فارنهام^{۹۶}، ۲۰۰۵، به نقل از آتشافروز و عربان، ۱۳۹۶). در پژوهشی گزارش شده است که علائم اختلال شخصیت مرزی میتوانند به عنوان گونه‌ها و اشکال ناسازگار صفات نرمال شخصیتی مفهوم سازی شوند و عامل روان رنجوری نقش مهمی در پیشینی این اختلال دارد (ساموئل، کارول، رونسویل، بال^{۹۷}، ۲۰۱۳). فوساتی، پینکوس، بورونی، مونتیو و مافی^{۹۸} (۲۰۱۴) در مطالعات خود نشان دادند بین عامل مسوولیت پذیری با اختلال شخصیت ضداجتماعی ارتباط منفی است. نتایج پژوهشی نشان داد، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، با صفات اضطراب و خودآگاهی از عامل روان رنجوری ارتباط مثبت دارد و با خونگرمی، جمع گرایی، هیجان‌ات مثبت و اعتماد رابطه منفی دارد (ادموندسون، لینام، میلر و ویدیدجر، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش بابایی فرد، فراهانی و هاشمی رزینی (۱۳۹۴) نشان داد که در تمایز ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در گروه مرزی و غیرمرزی به ترتیب عامل‌های ثبات هیجانی، تجربه پذیری و توافق جویی نقش داشتند، همچنین نمره گروه اسکیزوتایپال در عامل‌های روان رنجوری و برونگرایی بالاتر از گروه غیراسکیزوتایپال بود. در پژوهش دیگری نشان داده شد مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی با توافق جویی و مسوولیت پذیری پایین مشخص میگردند (لینام، ۲۰۰۱). بشرپور و عینی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند عامل‌های اضطراب- روان رنجوری و مردم آمیزی پایین مدل پنج عاملی جایگزین زاگرمین میتوانند اختلالات شخصیت خوشه A را پیشینی کنند، عامل‌های هیجان خواهی - تکانشگری، خصومت- پرخاشگری، مردم آمیزی مدل پنج عاملی جایگزین زاگرمین میتوانند اختلال شخصیت خوشه B را پیشینی کنند و عامل‌های هیجان خواهی - تکانشگری، مردم آمیزی و اضطراب- روان رنجوری مدل پنج عاملی جایگزین زاگرمین میتوانند اختلال شخصیت خوشه C را پیشینی کنند. آلجا، اسکوریال، گارسیا، بلانچ و زاگرمین^{۹۹} (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی به همین نتایج رسیدند. مطالعات محمدزاده (۱۳۸۹)، گاررا^{۱۰۰} و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال با روان رنجوری همبستگی مثبت و با برونگرایی همبستگی منفی دارند. قادری، برجعلی، بهرامی و سهرابی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند زندانیان پسیکوپات در مقایسه با سایر زندانیان برون‌گراتر و روان رنجورترند و از گشودگی، توافق جویی و مسوولیت پذیری کمتری برخوردار میباشند. از آنجایی که این مدل، مهمترین و پر استفاده ترین مدل برای مفهوم سازی اختلالات شخصیت است و کارآیی بسیاری در توصیف و طبقه بندی روانشناسی صفات بهنجار و آسیب شناسی روانی اختلالات شخصیت دارد، پژوهش حاضر به دنبال بررسی پیشینی الگوهای بالینی شخصیت از روی صفات شخصیتی در مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره است.

- ۸۹ . Widiger
 ۹۰ . Goldberg
 ۹۱ . Neuroticism
 ۹۲ . Extraversion
 ۹۳ . Openness to experience
 ۹۴ . Agreeableness
 ۹۵ . responsibility
 ۹۶ . Chamorro, Moutafy, & Farenham
 ۹۷ . Samuel, Carroll, Rounsaville & Ball
 ۹۸ . Fossati, Pincus, BOrroni, Munteanu & Maffei
 ۹۹ . Aluja, Escorial, Garcia, Blanch & Zukerman
 ۱۰۰ . Gurrera

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره دولتی و خصوصی شهر شاهرود می‌باشد. ۱۰۷ نفر از افراد مراجعه کننده به این مراکز به روش نمونه گیری در دسترس با توجه به ملاکهای نظیر: حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن حداقل سیکل به عنوان نمونه بررسی شدند. با مراجعه به مراکز مشاوره دولتی و خصوصی شهر شاهرود، پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و پرسشنامه پنج عاملی شخصیت توزیع و توسط روانشناس مرکز به صورت فردی اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون-۳ (MCMI-3)

این آزمون را ابتدا میلون براساس نظریه زیستی- روانی- اجتماعی در سال ۱۹۶۹ طراحی کرد، اما تاکنون دو بار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. نسخه سوم، که میلون آن را در سال ۱۹۹۴ مدون کرد، شامل ۱۷۵ ماده بلی / خیر است که بر اساس ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقه بندی های زیر نمره گذاری میشود: شاخص های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، الگوهای بالینی شدید شخصیت، نشانگان بالینی شدید. مقیاس ها به همراه مواد تشکیل دهنده آنها با نظریه شخصیت میلون همخوانی دارند (به نقل از فرنوش، حسینی و بهرامی، ۱۳۹۵). روایی نسخه اصلی انگلیسی این آزمون از طریق همبستگی بین درجه بندی- های متخصصان بالینی، آزمونهای همترازی که سازه های یکسانی را اندازه گیری میکنند و روشهای آماری نشان داده شده و اعتبار آن از طریق ضریب آلفا بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۲ و از طریق بازآزمایی بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است (آلوجا و همکاران، ۲۰۰۷). شریفی نسخه سوم آزمون میلون را در اصفهان در نمونه ای شامل ۲۸۳ بیمار روحی، روانی هنجاریابی کرده است. نتایج نشان دهنده روایی تشخیصی بسیار خوب تمام مقیاس ها بود. توان پیشبینی مثبت مقیاسها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیشبینی منفی مقیاس- ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ است، همچنین توان تشخیص کل مقیاسها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد (شریفی، مولوی و نامداری، ۱۳۸۶). نسخه کوتاه پرسشنامه پنج عامل شخصیت

این مقیاس نسخه کوتاه مقیاس پنج بزرگ (BFI) میباشد که توسط (رامستد و جان، ۲۰۰۷) به منظور سنجش ابعاد شخصیت تهیه شده است. این مقیاس ۱۰ سؤال دارد که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای و در دامنه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری میشود. حیطه های پنجگانه ای از شخصیت که توسط این مقیاس سنجیده میشوند عبارتند از: برونگرایی، توافق جویی، مسوولیت پذیری، روان آزرده‌گی و گشودگی. پایایی بازآزمایی دو ماهه آن ضرابی بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ میباشد. روایی همگرای آن به وسیله همبستگی آن با نسخه بازنگری شده مقیاس شخصیتی نئو (NEO-P) روایی مطلوبی نشان داده است. این ضرایب برای کل مقیاس ۰/۶۷، برون- گرای ۰/۷۹، توافق جویی ۰/۶۵، مسوولیت پذیری ۰/۷۰، روان رنجوری ۰/۷۳ و گشودگی ۰/۶۳ میباشد (محمدزاده و نجفی، ۱۳۸۹).

یافته ها

مطالعه حاضر بر روی ۱۰۷ نفر از مراجعین به مراکز مشاوره شهر شاهرود انجام شد. از این تعداد ۳۶ نفر (۰/۵۸) مرد و ۷۱ نفر (۰/۴۲) زن بودند. میانگین سنی شرکتکنندگان $43/39 \pm 28/17$ سال و دامنه‌های آن از ۲۰ تا ۳۹ سال بود. در جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان شامل تحصیلات، وضعیت تأهل و اقتصادی آنها آمده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان شامل تحصیلات، وضعیت تأهل و اقتصادی

تحصیلات و متغیر	فراوانی	درصد
دیپلم	۲۸	۲۶/۰۱
فوق دیپلم	۱۰	۰/۰۹
لیسانس	۴۳	۴۰
فوق لیسانس	۱۷	۱۵/۲
دکتری	۹	۰/۸
وضعیت تأهل		
متأهل	۴۴	۴۲
مجرد	۵۱	۴۷
متارکه	۱۲	۱۱

۱۰۱ . Rammsted & John

وضعیت اقتصادی		
ضعیف	۶	۰/۵
بالا	۶۳	۶۴
متوسط	۳۸	۳۵/۵

جدول ۲: همبستگی میان ابعاد شخصیت و اختلالات بالینی شخصیت

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱- برونگرایی														
۲- توافق پذیری	-۰/۰۱													
۳- مسوولیت پذیری	۰/۰۷	۰/۰۸												
۴- روان رنجوری	-۰/۱۷	-۰/۱۰	-۰/۳۳ ^{oo}											
۵- باز بودن به تجربه	۰/۴۹ ^{oo}	۰/۰۵	-۰/۱۴	-۰/۱۷										
۶- اسکیزوئید	-۰/۱۳	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۲۲*	-۰/۰۴	۱								
۷- اجتنابی	-۰/۱۲	-۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۲۸**	-۰/۰۲	۰/۶۴ ^{oo}	۱							
۸- وابسته	-۰/۱۵	-۰/۱۵	-۰/۰۰	۰/۱۲	-۰/۰۰	۰/۶۵ ^{oo}	۰/۶۵ ^{oo}	۱						
۹- نمایشی	-۰/۰۶	-۰/۲۱*	-۰/۲۴*	۰/۰۱	-۰/۰۹	۰/۴۴ ^{oo}	۰/۴۴ ^{oo}	۰/۴۷ ^{oo}	۱					
۱۰- خودشیفته	-۰/۱۵	-۰/۳۰**	-۰/۰۸	۰/۰۳	-۰/۱۸	۰/۴۵ ^{oo}	۰/۵۲ ^{oo}	۰/۵۶ ^{oo}	۰/۶۵ ^{oo}	۱				
۱۱- ضد اجتماعی	-۰/۱۱	-۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۵۰ ^{oo}	۰/۳۳ ^{oo}	۰/۳۰ ^{oo}	۰/۲۹ ^{oo}	۰/۴۱ ^{oo}	۱			
۱۲- اسکیزوتایپال	-۰/۲۲*	-۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۳۸**	-۰/۰۲	۰/۷۰ ^{oo}	۰/۷۹ ^{oo}	۰/۶۸ ^{oo}	۰/۴۱ ^{oo}	۰/۴۸ ^{oo}	۰/۳۳ ^{oo}	۱		
۱۳- مرزی	-۰/۱۳	-۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۳۰**	-۰/۰۸	۰/۶۴ ^{oo}	۰/۶۵ ^{oo}	۰/۸۲ ^{oo}	۰/۴۳ ^{oo}	۰/۵۰ ^{oo}	۰/۳۹ ^{oo}	۰/۶۵ ^{oo}	۱	
۱۴- پارانوئید	-۰/۱۶	-۰/۰۳	۰/۰۰	۰/۲۷**	-۰/۰۷	۰/۵۲ ^{oo}	۰/۶۸ ^{oo}	۰/۶۰ ^{oo}	۰/۵۲ ^{oo}	۰/۵۵ ^{oo}	۰/۳۸ ^{oo}	۰/۷۲ ^{oo}	۰/۵۹ ^{oo}	۱
۱۵- وسواسی	-۰/۰۲	-۰/۰۴	۰/۰۰	۰/۱۸	-۰/۰۹	۰/۴۵ ^{oo}	۰/۴۹ ^{oo}	۰/۴۵ ^{oo}	۰/۳۶ ^{oo}	۰/۴۸ ^{oo}	۰/۴۶ ^{oo}	۰/۳۶ ^{oo}	۰/۵۱ ^{oo}	۰/۵۲ ^{oo}

جدول ۲ ضرایب همبستگی میان ویژگیهای شخصیت با اختلالات بالینی شخصیت را نشان میدهد. نتایج پژوهش نشان داد که ویژگی شخصیتی برونگرایی با اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، توافق پذیری با اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته؛ مسوولیت پذیری با اختلال شخصیت نمایشی دارای همبستگی منفی معنادار ($P < 0.05$) و روان رنجوری با اختلال شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید دارای همبستگی مثبت معنادار ($P < 0.05$) است. همچنین ویژگی شخصیتی باز بودن نسبت به تجربه با هیچکدام از اختلالات بالینی شخصیت همبستگی معنادار ندارد ($P > 0.05$). اختلالات شخصیت وابسته، ضداجتماعی و وسواسی با هیچیک از ویژگیهای شخصیت دارای رابطه معنادار نبود ($P > 0.05$). به منظور بررسی پیشبینی اختلالات بالینی شخصیت بر اساس ویژگیهای شخصیت از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون مفروضات تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد، دادههای مربوط به اختلالات بالینی شخصیت و ویژگیهای

شخصیت نرمال میباشند ($p > 0.05$). شاخص تشخیص همخطی برای هر کدام از متغیرهای ویژگیهای شخصیت به عنوان متغیرهای پیشین به صورت جداگانه بررسی شد. با توجه به اینکه ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۷۰ نبوده است، بنابراین احتمال هم خطی بودن چندگانه مطرح نبوده و به عبارتی همخطی چندگانه بین متغیرهای پیشین وجود ندارد. به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم همخطی بین متغیرهای پیشین، آماره دوربین واتسون بررسی شد. چنانچه آماره به دست آمده، کمتر از ۴ باشد، نشان دهنده استقلال خطاها است. برای این تحلیل، مقدار این آماره ۳/۲۸ به دست آمد و بیانگر آن است که هیچگونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است. بنابراین برای استفاده از تحلیل رگرسیون گام به گام مانعی وجود نداشت.

جدول ۳: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی اختلال شخصیت اسکیزوئید بر اساس ویژگیهای شخصیت

گام	پیشین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	T
۱	روان رنجوری	۰/۲۲۶	۰/۰۵۱	۰/۰۴۲	۵/۴۳*	-۰/۴۵	۰/۱۹	-۰/۲۲	-۲/۳۳*

نتایج رگرسیون در جدول ۳ در پیشینی اختلالات بالینی شخصیت نشان میدهد که از بین تمامی متغیرهای پیشین (برون-گرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه) روان رنجوری نقش معنی داری در پیش-بینی اختلال شخصیت اسکیزوئید داشت و متغیرهای مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه از معادله رگرسیون حذف شدند. متغیر روان رنجوری ۰/۰۵، از واریانس اختلال شخصیت اسکیزوئید را در سطح ۰/۰۵ تبیین کرد.

جدول ۴: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیشینی اختلال شخصیت دوریگزین بر اساس ویژگیهای شخصیت

گام	پیشین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	T
۱	روان رنجوری	۰/۲۸۷	۰/۰۸۲	۰/۰۷۳	۹/۲۳**	-۰/۴۴	۰/۱۴	-۰/۲۸	۳/۰۳**

در نتایج رگرسیون در جدول ۴ در پیشینی اختلالات بالینی شخصیت نشان میدهد که از بین تمامی متغیرهای پیشین (برون-گرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه) روان رنجوری نقش معنی داری در پیش-بینی اختلال شخصیت دوریگزین داشت و متغیرهای مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه از معادله رگرسیون حذف شدند. متغیر روان رنجوری ۰/۰۸، از واریانس اختلال شخصیت اسکیزوئید را در سطح ۰/۰۱ تبیین کرد.

جدول ۵: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیشینی اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس ویژگیهای شخصیت

گام	پیشین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	T
۱	توافق پذیری	۰/۳۰۱	۰/۰۹۱	۰/۰۸۲	۱۰/۲۶**	-۰/۸۴	۰/۲۶	-۰/۳۰	-۳/۲۰***

نتایج رگرسیون در جدول ۵ در پیش بینی اختلالات بالینی شخصیت خودشیفته نشان میدهد که از بین تمامی متغیرهای پیشین (برونگرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه)، تنها در گام اول متغیر توافق پذیری توانست ۰/۰۹ از واریانس اختلال شخصیت خودشیفته را در سطح ۰/۰۱ تبیین کند. بنابراین اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس متغیر توافق پذیری قابل پیشینی بود.

جدول ۶: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیشبینی اختلال شخصیت نمایشی بر اساس ویژگیهای شخصیت

گام	پیشبین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	T
۱	مسؤولیت پذیری	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۰/۰۵۲	۶/۶۱*	-۰/۴۳	۰/۱۷	-۰/۲۴	-۲/۵۷**
۲	مسؤولیت پذیری توافق پذیری	۰/۳۱۵	۰/۰۹۹	۰/۰۸۲	۵/۵۷**	-۰/۴۰	۰/۱۶	-۰/۲۲	-۲/۴۲** -۲/۰۷*

نتایج رگرسیون در جدول ۶ در پیشبینی اختلالات بالینی شخصیت نمایشی نشان میدهد که از بین تمامی متغیرهای پیشبین (برون-گرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه)، در گام اول متغیر مسوولیت پذیری ۰/۰۶ در سطح ۰/۰۱ و در گام دوم ترکیب دو متغیر مسوولیت پذیری و توافق پذیری ۰/۰۹ از واریانس اختلال شخصیت نمایشی را در سطح ۰/۰۱ تبیین کردند. بنابراین اختلال شخصیت نمایشی بر اساس دو متغیر مسوولیت پذیری و توافق پذیری قابل پیشبینی بود.

جدول ۷: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال بر اساس ویژگیهای شخصیت

گام	پیشبین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	T
۱	روان رنجوری	۰/۳۸۰	۰/۱۴۴	۰/۱۳۶	۱۷/۳۸***	-۰/۷	۰/۱۸	-۰/۳۸	۴/۱۶***
۲	روان رنجوری برونگرایی	۰/۴۸۵	۰/۲۳۵	۰/۲۲۰	۱۵/۶۹***	-۰/۹۰	۰/۱۸	-۰/۴۳	-۴/۹۴*** -۳/۴۸***

نتایج رگرسیون در جدول ۷ در پیشبینی اختلالات بالینی شخصیت اسکیزوتایپال نشان میدهد که از بین تمامی متغیرهای پیش-بین (برونگرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه)، در گام اول متغیر روان رنجوری ۰/۱۴ و در گام دوم ترکیب دو متغیر روان رنجوری و برونگرایی ۰/۲۳ از واریانس اختلال شخصیت اسکیزوتایپال را در سطح ۰/۰۱ تبیین کردند. بنابراین اختلال شخصیت اسکیزوتایپال بر اساس دو متغیر روان رنجوری و برونگرایی قابل پیشبینی بود.

جدول ۸: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ویژگیهای شخصیت

گام	پیش بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	T
۱	روان رنجوری	۰/۳۰۵	۰/۰۹۳	۰/۰۸۴	۱۰/۴۲*	-۰/۷۴	۰/۲۳	-۰/۳۰	-۳/۲۲**
۲	روان رنجوری برونگرایی	۰/۳۶۱	۰/۱۳۰	۰/۱۱۳	۷/۵۴***	-۰/۸۳	۰/۲۳	-۰/۳۴	-۳/۶۰*** -۲/۰۷*

نتایج رگرسیون در جدول ۸ در پیشبینی اختلالات بالینی شخصیت مرزی نشان میدهد که از بین تمامی متغیرهای پیشبین (برون-گرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و بازبودن نسبت به تجربه)، در گام اول متغیر روان رنجوری ۰/۰۹ در

سطح ۰/۰۵ و در گام دوم ترکیب دو متغیر روان رنجوری و برونگرایی ۰/۱۳ از واریانس اختلال شخصیت مرزی را در سطح ۰/۰۰۱ تبیین کردند. بنابراین اختلال شخصیت مرزی بر اساس دو متغیر روان رنجوری و برونگرایی قابل پیشبینی بود.

جدول ۹: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیشبینی اختلال شخصیت پارانوئید براساس ویژگیهای شخصیت

گام	پیشبین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	t
۱	روان رنجوری	۰/۲۷۴	۰/۰۷۵	۰/۰۶۶	۸/۳۸**	-۰/۵۲	۰/۱۸	-۰/۲۷	-۲/۸۹**
۲	روان رنجوری برونگرایی	۰/۳۴۹	۰/۱۲۲	۰/۱۰۵	۷/۰۸***	-۰/۶۰	۰/۱۸	-۰/۳۱	-۳/۳۲***
						-۰/۵۰	۰/۲۱	-۰/۲۱	-۲/۳۲*

نتایج رگرسیون در جدول ۹ در پیشبینی اختلالات بالینی شخصیت پارانوئید نشان می‌دهد که از بین تمامی متغیرهای پیشبین (برون-گرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و باز بودن نسبت به تجربه)، در گام اول متغیر روان رنجوری ۰/۰۷ در سطح ۰/۰۱ و در گام دوم ترکیب دو متغیر روان رنجوری و برونگرایی ۰/۱۲ از واریانس اختلال شخصیت پارانوئید را در سطح ۰/۰۰۱ تبیین کردند. بنابراین اختلال شخصیت پارانوئید بر اساس دو متغیر روان رنجوری و برونگرایی قابل پیشبینی بود. بر اساس نتایج جدول ۲ و عدم وجود رابطه معنادار بین ویژگیهای شخصیت و اختلالات بالینی شخصیت ضداجتماعی، وابسته و وسواسی ($P > 0.05$)، این سه اختلال شخصیتی از طریق هیچیک از ویژگیهای شخصیتی برون-گرایی، توافق پذیری، مسوولیت پذیری، روان رنجوری و باز بودن نسبت به تجربه قابل پیشبینی نبود.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی پیشبینی الگوهای بالینی شخصیت از روی صفات شخصیتی در مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره بود. نتایج همبستگی میان صفات شخصیت و اختلالات بالینی شخصیت نشان داد که ویژگی شخصیتی برونگرایی با اختلال شخصیت اسکیزوتیپال، توافق پذیری با اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته؛ مسوولیت پذیری با اختلال شخصیت نمایشی دارای همبستگی منفی معنادار ($P < 0.05$) و روان رنجوری با اختلال شخصیت اسکیزوتیپال، اجتنابی، اسکیزوتیپال، مرزی و پارانوئید دارای همبستگی مثبت معنادار ($P < 0.05$) است. همچنین ویژگی شخصیتی باز بودن نسبت به تجربه با هیچکدام از اختلالات بالینی شخصیت همبستگی معنادار ندارد ($P > 0.05$). اختلالات شخصیت وابسته، ضداجتماعی و وسواسی با هیچیک از ویژگیهای شخصیت دارای رابطه معنادار نبود ($P > 0.05$). مطالعه حاضر با نتایج مطالعات سامونل و همکاران (۲۰۱۳)، گاررا و همکاران (۲۰۰۵)، بشرپور و عینی (۱۳۹۶)، محمدزاده (۱۳۸۹)، آلجا و همکاران (۲۰۱۳)، ادموندسون و همکاران (۲۰۱۱)، بابایی فرد و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. همچنین با نتایج پژوهش فوساتی و همکاران (۲۰۱۴)، قادری و همکاران (۱۳۹۱)، لینام (۲۰۰۱)، برخی از نتایج بشرپور و عینی (۱۳۹۶) و این یافته بابایی فرد و همکاران (۱۳۹۴) که نمره گروه اسکیزوتیپال در عامل برونگرایی بالاتر از افراد غیر اسکیزوتیپال بود، ناهمسو می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که روان رنجوری نقش معناداری در پیشبینی اختلال شخصیت اسکیزوتیپال داشت. افرادی که در روان رنجوری نمره بالا میگیرند، مضطرب، افسرده و نسبت به اختلالات مرتبط با استرس، آسیبپذیرند (فیست^{۱۲}، ۱۳۹۴). مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتیپال سبکی کناره‌گیر و گند در تعاملات دارند، دیگران نیز تمایل به کناره‌گیری و نادیده گرفتن آنها دارند. همین موضوع با گذر زمان منجر به تباهی حداقل مهارتهای آنها به علت فقدان تمرین میشود (بک، فریمن، دیویس^{۱۳} و همکاران، ۱۳۹۵). کودکی که در محیط آشفته و پر از تهدید زندگی می‌کند ممکن است برای حفظ خودش از لحاظ اجتماعی با دیگران قطع رابطه کند. این کناره‌گیری اسکیزوتیپدی وقتی به نوجوانی یا بزرگسالی کشیده میشود، مشکلات شغلی و رابطه-ای مهمی ایجاد میکند (جانسون و موری، ۱۳۹۴). طبق یافتهها و مطالعات، غلبه فراشناخت (توانایی استفاده از دانش درباره حالت-های روانی در مورد خود در مواجهه با استرس و حل مشکلات اجتماعی) در اختلال شخصیت اسکیزوتیپال بسیار ضعیف می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون نشاندهنده معناداری دو عامل روان رنجوری و برونگرایی در پیشبینی اختلال شخصیت پارانوئید بود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید به دلیل عدم اعتمادشان به دیگران از دوستیهای نزدیک خودداری میکنند، ناگهان از دست دیگران خشمگین

۱۰۲ . Fist

۱۰۳ . Beck, Freeman & Davis

میشوند و نسبت به آنها پرخاش میکنند و آنقدر به دیگران بدبین و بیاعتماد میشوند که نمیتوانند کار خود را به خوبی انجام دهند (گنجی، ۱۳۹۴). از آنجا که این افراد پیش بینی میکنند که طرد میشوند در تعاملهای اجتماعی اضطراب زیادی دارند. از نظر کامرون، این اختلال ریشه در کمبود اساسی اعتمادی دارد که از بد رفتاری والدین و فقدان عشق مستمر آنها ناشی میشود (بک و همکاران، ۱۳۹۵). این تبیین قابل ذکر است روان رنجوری به واسطه مرتبط بودن با صفات شخصیتی منفی مانند مضطرب، افسرده، هیجانی و غیرمنطقی، عزت نفس پایین، الگوهای ناسالمی از ارتباط شخص با محیط اجتماعی و فیزیکی ایجاد میکند که در اختلال شخصیت پارانوئید این صفات دیده میشود. صفت برونگرایی به مهربان بودن، خوشرویی، معاشرتی و خوش مشربی اشاره دارد. اما افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید تمایلی برای اعتماد به سایرین یا نزدیک شدن به آنها نشان نمیدهند چرا که میترسند اطلاعاتی را که در میان میگذارند در آینده بر ضد خودشان مورد استفاده قرار بگیرند. بنابراین این یافته که نمره پایین در برونگرایی میتواند، اختلال شخصیت پارانوئید را پیشبینی کند موجه به نظر میرسد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اختلال شخصیت اسکیزوتایپال براساس دو عامل برونگرایی و روان رنجوری قابل پیشبینی بود. افرادی که اختلال شخصیت اسکیزوتایپال دارند، رفتار و افکار عجیب و غریب، دور از ذهن و غیرطبیعی نشان میدهند و روابط بینفردی بسیار ضعیفی دارند. (گنجی، ۱۳۹۴). آنها بر اثر طرد شدن و انزوای مستمر، هوش هیجانی ضعیفی دارند (جانسون و موری، ۱۳۹۴). مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، در موقعیتهای اجتماعی، به ویژه در رابطه با افراد غریبه، مضطرب میشوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افرادی که در برونگرایی نمره پایین میگیرند، احتمالاً خوددار، ساکت، گوشهگیر، منفعل و فاقد توانایی ابراز هیجان نیرومند هستند (فیست، ۱۳۹۴) که این عامل با گرایش به انزوا که به آن بیلدتی درونگرایی یا شخصیت اسکیزوتایپال گفته میشود قابل تبیین است. همچنین در الگوی پیشنهادی، روان رنجوری که اضطراب و گرایش به تجربه آشفتگیهای هیجانی را میسازد، نقش اساسی دارد. از آنجا که اضطراب و آشفتگیهای هیجانی از علائم عاطفی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال است، این بخش از یافتهها نیز موجه به نظر میرسد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان دهنده معناداری متغیر روان رنجوری در پیشبینی اختلال شخصیت دوریگزین است. در تبیین این یافته میتوان گفت: روان رنجوری، شامل طیف وسیعی از احساسات منفی از جمله اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین، خشم و عصبیت میشود که در اختلال شخصیت دوریگزین قابل مشاهده است. مبتلایان به اختلال شخصیت دوریگزین در روابط نزدیک به دلیل ترس از شرمندگی و یا تمسخر، خودداری میکنند. با مورد انتقاد قرار گرفتن یا طرد شدن در موقعیتهای اجتماعی اشتغال ذهنی دارند. خود را از نظر اجتماعی ناشی و از نظر فردی غیر جذاب، و یا پائینتر از دیگران میدانند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). دیماگیو^{۱۴} (۲۰۱۵) میگوید از آنجایی که آنها قادر به رفتار جرأت مندانه نیستند، رفتارشان از اطاعت و فرمانبرداری تا طغیان متغیر است. آنها نگرانند که عصبانیتشان به آسیب دیگری یا مورد حمله قرار گرفتن خودشان منجر شود، برای همین عصبانیت خود را سرکوب میکنند ولی هر از گاهی خشمشان فوران میکند که برای هر نوع رابطهای مخرب است. میلون (۱۹۸۱) از وجود تنش، غم و عصبانیت در اجتنابها سخن میگوید و بیان میکند که نیمرخ این افراد غالباً نشان دهنده انفعال- پرخاشگری است و خاطر نشان میسازد که اجتنابی ها دارای عنصر قدرتمند تخاصم متقابل هستند (به نقل از لی و چان، ۲۰۱۵). بر اساس نتایج همبستگی میان صفات شخصیت و اختلالات بالینی شخصیت و عدم وجود رابطه معنادار بین صفات شخصیت و اختلالات شخصیت ضداجتماعی، وابسته و سواسی ($P > 0.05$)، این سه اختلال شخصیت از طریق هیچ یک از صفات شخصیت قابل پیشبینی نبود. با توجه به ناهمسوایی این یافته با نتایج سایر مطالعات، در مورد عدم پیشبینی اختلال شخصیت ضداجتماعی از روی صفات شخصیت، شاید بتوان تبیین احتمالی این یافته را به عوامل فرهنگی جامعه شاهرود نسبت داد؛ زیرا به دلیل کوچک بودن شهر شاهرود و اعتقادات مذهبی مردم این شهر، اختلال شخصیت ضداجتماعی در این جامعه بار منفیتری دارد. افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی قانونشکن هستند، هنجارهای اخلاقی و فرهنگی را زیر پا میگذارند و اغلب آحاد جامعه دید منفی به آنها دارند. به نظر میرسد آزمودنیهای این پژوهش برای حفظ چهره اجتماعی مثبت از خود و شاید هراس از برچسبهای اخلاقی و فرهنگی به آبتمایی از آزمون میلون که چنین صفات شخصیتی را بررسی میکند پاسخ منفی دادند. از آنجا که اساس تشخیص در این پژوهش، صرفاً پرسشنامه بود و برای تشخیص دقیقتر، مصاحبه بالینی انجام نشد، شاید با مصاحبه بالینی دقیق بتوان اختلالهای شخصیت ضداجتماعی، وابسته و سواسی جبری را از روی صفات شخصیت پیشبینی کرد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد اختلال شخصیت مرزی براساس دو عامل روان رنجوری و برونگرایی قابل پیشبینی بود. این یافته را اینگونه میتوان تبیین کرد: روان رنجوری به صورت تمایل کلی به داشتن حالتیهای عاطفی منفی، ایدههای غیرمنطقی و درگیری با اعمال تکانشی تعریف میشود. برونگرایی، به تمایل کلی به ابراز وجود، پویا بودن و انجام اعمال اجتماعی اشاره دارد؛ این افراد هیجانپذیر، تجربهپذیر و خوش مشرب هستند. (چامارو و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از آتشافروز و عربان، ۱۳۹۶). براساس راهنمای آماری تشخیص اختلالات روانی (DSM-5)، اصلترین معیار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، اختلال در زمینه کارکرد خصوصاً کارکرد بینفردی ذکر شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بسیاری از محققان نیز ویژگیهای اصلی شخصیت مرزی را مشکلات در تعاملات اجتماعی، ترس از تنها ماندن، طرد شدن، بدتنظیمی هیجانی و آشفتگی هویت ذکر نمودهاند. اکثر پژوهش-ها نشان داده اند که این ویژگیها منجر به بروز رفتارهای ارتباطی ناسازگارانه در افراد میگردند. به علاوه تجارب بالینی نشان میدهد، افرادی

۱۰۴ . Dimaggio

۱۰۵ . Li & Chan

که ویژگیهای شخصیت مرزی را دارا هستند به دلیل واکنشهای هیجانی شدید، خشمهای انفجاری و نقص در درک سیگنالهای اجتماعی (تفسیر منفی و سوگیرانه احساسات دیگران) اقدام به رفتارهایی مینمایند که در روابط بینفردی آنها مشکلات فزاینده میشود (به نقل از پیوستهگر، ۱۳۹۶). خودزنی از جمله رفتارهای بارز در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب تصور می کنند نمیتوانند از پس درد هیجانی خود برآیند و درد جسمانی را تحمل پذیرتر میدانند. عقیده آنان این است که خودزنی تنها راه خلاصی آنها از شر هیجانات منفی آزاردهنده است. آنها تصور میکنند خودزنی به آنان امکان کنترل بیشتری بر عواطف میدهد تا اینکه بخواهند با این احساسات منفی مواجه شوند. افرادی که از خودزنی به عنوان راهی برای ابراز خشم استفاده میکنند بر این باورند که آسیب رساندن به خود بهتر از ابراز آن است و بیان احساسات خشم به دیگران (مخصوصاً افراد نزدیک) غلط است (گاندرسون و هافمن^{۱۶}، ۱۳۹۵). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس دو عامل توافق پذیری و برونگرایی قابل پیشبینی بود. توافق پذیری، به تمایل کلی به داشتن احساسات نوع دوستانه، اعتماد به دیگران و همراهی و موافقت با آنها گفته میشود (چامارو و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از آتشافروز و عربان، ۱۳۹۶). همچنین افرادی که در این عامل نمره پایین میگیرند، عموماً مظنون، خسیس متخاصم، تحریک پذیر هستند و از دیگران عیبجویی میکنند (فیست، ۱۳۹۴). افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته تواناییهای خود را بیش از آنچه هست تخمین میزنند، موفقیتهای خود را بزرگتر از آنچه هست میدانند، در همه چیز به تحسین دیگران نیاز دارند، در صورتی که کسی از آنها تعریف نکند، ممکن است خشمگین شوند. افراد خودشیفته با مردم همدلی نمیکند، احساسات و خواسته های دیگران را نمیتوانند تشخیص دهند یا آنها را کاملاً نادیده میگیرند (گنجی، ۱۳۹۴). این افراد در روابط بینفردی استثمارگر هستند (یعنی، از دیگران برای رسیدن به اهداف خود سوءاستفاده میکنند). آنها انتظار دارند تا برای آنها تدارک دیده شده و یا تسهیلات فراهم شوند و هنگامی که چنین اتفاقی نیفتد، متعجب و یا عصبانی خواهند شد. مثلاً این افراد ممکن است تصور کنند که نباید در صف منتظر بمانند و اولویتهای آنان چنان حائز اهمیت است که دیگران بایستی به آنها احترام بگذارند، و در صورتی که دیگران «در کار بسیار مهم آنها» همکاری نکنند، عصبانی و تحریک پذیر میگردند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بنابراین نمره پایین در توافق پذیری میتواند اختلال شخصیت خودشیفته را پیشبینی کند. آسیب پذیری عزت نفس، افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته را نسبت به ضربه ناشی از انتقاد یا شکست بسیار حساس میسازد. انتقاد میتواند این افراد را ناراحت کرده و برای آنان احتمالاً احساس تحقیر، پوچی و بیارزش بودن ایجاد کند. بنابراین، آنها ممکن است با نفرت، خشم یا حمله متقابل گستاخانه واکنش نشان دهند. چنین تجاربی اغلب به انزوای اجتماعی یا تظاهراتی از فروتنی منجر میشود که میتواند خود بزرگ بینی بیمار را پنهان کرده و از آن محافظت نماید. روابط بینفردی آنها به دلیل مشکلات ناشی از احساس استحقاق، نیاز به تحسین، و بیاعتنایی نسبی به حساسیتهای دیگران مختل است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به همین دلیل پایین بودن برونگرایی نیز میتواند، اختلال شخصیت خودشیفته را پیشبینی کند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان دهنده معناداری متغیر مسوولیت پذیری و توافق پذیری در پیشبینی اختلال شخصیت نمایشی بود. صفت مسوولیت پذیری، افرادی را توصیف میکند که منظم، کنترل شده، سازمان یافته، جاه طلب، متمرکز بر پیشرفت و منضبط هستند. افرادی که در مسوولیت پذیری نمره پایین میگیرند، گرایش دارند به اینکه بیمنظم، سهلانگار، تنبل و بیهدف باشند و احتمالاً وقتی پروژههای دشوار میشود، آن را رها میکنند. همچنین افراد که در جهت توافق پذیری نمره بالا میگیرند گرایش دارند به اینکه زودباور (اهل اعتماد)، بخشنده، مطیع، پذیرا، و مهربان باشند. افرادی که در جهت دیگر نمره میگیرند، عموماً مظنون، خسیس، متخاصم، تحریک پذیر هستند و از دیگران عیبجویی میکنند (فیست، ۱۳۹۴). مشخصات اختلال شخصیت نمایشی جلب توجه، خودنمایی، به چشم آمدن و بروز رفتارهای نمایشی است (وندربال، بینونیو، رامونسکی، ایتان، نستاد و سامولز^{۱۷}، ۲۰۱۸). مطابق دیدگاه روابط بینفردی، ترس از گسست از دیگران و تنها شدن از جمله عوامل اساسی در بروز این اختلال است (نیکولو، سمیراری، لیساکر، دایماگیو، کانتی^{۱۸}، ۲۰۱۱). بر این اساس در تبیین یافته حاضر چنین میتوان استدلال کرد که افراد با صفت شخصیتی مسوولیت پذیری با خصوصیات چون برخورداری از رفتارهای منظم، کنترل شده، سازمان یافته، جاه طلب، متمرکز بر پیشرفت و افراد با صفت شخصیتی توافق پذیری با ویژگی رفتاری چون اهل اعتماد بودن، بخشنده، پذیرا، و مهربان بودن به واسطه کسب موفقیتهای شخصی و برخورداری از روابط بین فردی گرم و صمیمی از چنان پایگاه درون و برون فردی مستحکم و ایمنی بهره مند هستند که در گیر ترس از گسست از دیگران نیستند و در نتیجه از اختلال شخصیت نمایشی نیز رنج نمیبرند. در مورد محدودیتهای پژوهش حاضر نمونه مورد بررسی مراجعین به مراکز مشاوره شهر شاهرود بودند. بنابراین تعمیم یافته ها به مراجعین سایر مراکز مشاوره با محدودیت مواجه است و برای رفع محدودیت اجرا، پیشنهاد میشود چنین پژوهشی در دیگر شهرها به ویژه شهرهایی که دارای شرایط متفاوتی از لحاظ فرهنگی و اجتماعی هستند، صورت پذیرد. همچنین این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی میباشد. هر چند در تحقیقات همبستگی نیز میتوان براساس نظریه در مورد علت و معلول سخن گفت اما برای بررسی واقعی تأثیر متغیر مستقل بر وابسته، به پژوهشهای آزمایشی نیازمند هست. در این پژوهش برای جمع آوری داده-

۱۰۶ . Gunderson & Hoffman

۱۰۷ van der Wal, S. J., Bienvenu III, O. J., Romanoski, A. J., Eaton, W. W., Nestadt, G., & Samuels

۱۰۸ Nicolo, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti

ها صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است، بنابراین محدود بودن ابزار پژوهش به پرسشنامه از دیگر محدودیتهای پژوهش حاضر است و پیشنهاد میشود در مطالعات بعدی، علاوه بر پرسشنامه از ابزارهایی چون مصاحبه و مشاهده نیز برای جمعآوری اطلاعات استفاده نمایند. با توجه به اینکه نمونه مورد مطالعه از بین مراجعان به مراکز مشاوره انتخاب شده بود، در انتخاب نمونه به درصد شیوع اختلالات شخصیت و همچنین به تناسب زنان و مردان توجه نشده است. پیشنهاد میشود در مطالعات بعدی انتخاب نمونه با توجه به میزان شیوع هر کدام از اختلالات شخصیت صورت گیرد و به تأثیر جنسیت در هر کدام از اختلالات شخصیت توجه شود.

منابع

- آتشافروز، عسکر و عربان، شجاع. (۱۳۹۶). رابطه علی بین صفات شخصیتی و عملکرد تحصیلی با میانجیگری راهبردهای مطالعه در دانشجویان. دستاورد های روانشناختی. ۴ (۱): ۹۸-۷۸.
- امانی، ملاحظت. (۱۳۹۴). نقش مدل شش عاملی شخصیت در پیشبینی خوشه های اختلال شخصیت. شخصیت و تفاوت های فردی. ۴ (۹): ۱۵۳-۱۳۳.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی و همکاران. چاپ دوم. تهران: انتشارات ارجمند. (انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۳).
- بابایی فرد، مریم؛ فراهانی، محمد نقی؛ هاشمی رزینی، هادی. (۱۳۹۴). رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با ویژگی های اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در یک نمونه غیر بالینی. پژوهش در سلامت روانشناختی. ۹ (۳): ۱۲-۲.
- بشری پور، سجاد و عینی، ساناز. (۱۳۹۶). پیشبینی اختلالات شخصیت بر پایه مدل پنج عاملی جایگزین زاگرمین-کلمن و قدرت ایگو. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۹ (۵): ۹۳-۸۴.
- بک، آرون؛ فریمن، آرتور؛ دیویس، دنیس و همکاران. (۱۳۹۵). شناخت درمانی برای اختلال های شخصیت. ترجمه داوود کربلائی محمد میگونی و علی اکبر فروغی. چاپ اول. ویرایش دوم. تهران: انتشارات ارجمند.
- پیوسته گر، مهرانگیز. (۱۳۹۶). اختلال شخصیت مرزی و ناگویی هیجانی در میان دختران دانشجوی دارای مشکلات بین فردی، مجله شفای خاتم. ۶ (۲): ۵۹-۵۱.
- شریفی، علی اکبر؛ مولوی، حسین و نامداری، کوروش. (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلیون-۳. دانش و پژوهش در روانشناسی. ۳۴: ۲۷-۳۸.
- جانسون، دبلیو برد و موری، کلی. (۱۳۹۴). عشق دیوانهوار (آیا اختلال شخصیت دارد؟ «شناخت اختلالات شخصیت قبل و بعد از ازدواج»). ترجمه مهرداد فیروز بخت. چاپ اول. تهران: انتشارات جوانه رشد.
- جلیل زاده، حسین و زارعی، حیدر علی. (۱۳۹۷). پیشبینی دینداری در دانشآموزان دوره متوسطه دوم بر اساسهای تفکر سبک و صفات شخصیتی (بررسی موردی ناحیه ۲ شهر ارومیه). دو فصلنامه علمی ترویجی علوم تربیتی از دیدگاه اسلام. ۶ (۱۰): ۱۴۰-۱۲۳.
- فیست، جس و فیست، گریگوری جی. (۱۳۹۴). نظریه های شخصیت. ترجم، یحیی سید محمدی. چاپ سیزدهم. ویرایش هشتم. تهران: نشر روان.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). آسایشناسی روانی بر اساس DSM-5. چاپ سوم. ویرایش دوم. جلد دوم. تهران: انتشارات ساوالان.
- گاندرسون، جان؛ هافمن، پری. (۱۳۹۵). تشخیص و درمان اختلال شخصیت مرزی. ترجمه سید مرتضی جعفرزاده و مهرداد میرشجاعیان. تهران: انتشارات ارجمند.
- محمدزاده، علی. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط صفات شخصیت اسکیزوتایپی با الگوی پنج عاملی شخصیت. تازه های علوم شناختی. ۱۲ (۲): ۴۹-۵۸.
- محمدزاده، علی و نجفی، محمود. (۱۳۸۹). اعتباریابی مقیاس پنج بزرگ (BFI-10) (۱۰ ابزار بسیار کوتاه الگوی پنج عاملی شخصیت. فصلنامه انداز گیری تربیتی. ۱۱۷-۱۲۹.

- Aluja A, Escorial S, Garcia L, Blanch A, Zukerman M. Reanalysis of Eysenck's, Gray's, and Zuckerman's structural trait models based on a new measure: The Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ). *Pers Individ Dif*. 2013; 54(2): 192-6.
- Aluja A, Cuevas A, Garcia LF, Garcia O. (2007). Zucherman's personality model predicts MCMI-III personality disorders. *Pers Individ Dif*. 42:1311-21.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Dimaggio, G., D Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P.H., Catania, D., & Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 71(2), 157-166.
- Gurrera, R. J., Dickey, C. C., Niznikiewicz, M. A., Voglmaier, M. M., Shenton., M. E., & McCarley, R. W. (2005). The five-factor model in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 80(2), 243–251.
- Grenyer, B.F. S., Townsend. M.L & Rao. S. (2017). Personality disorder: A mental health priority area. *Journal of Psychiatry*. 51 (9): 872-875.
- Lynam DR.(2002). Psychopathy from the Perspective of the Five-Factor Model of Personslity. In: Costa PT, Widiger TA, Editors. *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2002. p. 325-348.
- Liu, S.(2017). The impact of borderline personality traits on commitment in romantic relationships: An application of the investment model. dissertation for the Degree of Doctor of Psychology (Clinical Psychology). Victoria Universit
- Li, T., & Chan, D. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 406-419.
- Miller, J. D., Lynam, D. R., Widiger, T. A., & Leukefeld, C. (2001). Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: can the Five Factor Model adequately represent psychopathy? *Journal of Personality*, 69(2), 253-276.
- Millon T.(2004). *Personality disorders in modern life*. New Jersey: Wiley
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry research*, 190(1), 37-42.
- Samuel, D. B., Carroll, K. M., Rounsaville B. J., & Ball, S. A. (2013). Personality disorders as maladaptive, extreme variants of normal personality: borderline personality disorder neuroticism in a substance using sample. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 625- 635.
- van der Wal, S. J., Bienvenu III, O. J., Romanoski, A. J., Eaton, W. W., Nestadt, G., & Samuels, J. (2018). Longitudinal relationships between personality disorder dimensions and depression in a community sample. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 30, 56-61.
- Widiger, T. A. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry*, 6, 79-83.

تبیین ارتباط عملکرد خانواده با رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل

نفیسه دورودیان

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

آرزو تاری مرادی

استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

حدیث القاسی

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

Explaining the relationship between family functioning and marital satisfaction in married students

Nafisa Durodian

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Responsible author of the article)

Arezoo Tari Moradi

Assistant Professor, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Hadith Al-Qasi

Master Student, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

This research was conducted with the aim of explaining the relationship between family functioning and marital satisfaction in married students. The present study was descriptive. The statistical population of the research included all married students of the Islamic Azad University, Karaj branch in 2023-2024 academic year, the total number of which was estimated to be 3500 people, and in order to determine the sample size, the formula of Tabaching and Fidell (2007) was used, the sample size with the equation $N \geq 8K+50$ was used. The required sample size was estimated to be 169 people and the sampling method was available. In order to collect research data, Favars and Elson's Marital Satisfaction Questionnaire (1989) and Family Function Questionnaire (1980) by Epstein Lawrence Baldwin and Bishab (1980) were used. Based on the obtained results, the components of problem solving, roles, emotional companionship, communication, emotional intercourse, and behavior control can positively and significantly explain 12, 15, 16, 17, 11, and 24 percent of changes in marital satisfaction, respectively. $0.05\text{Sig}(<)$. The function of the family as a variable that is of particular importance in the socialization of the child and his deep conformity with social norms.

Keywords:

married students, marital satisfaction, family functioning

چکیده

این پژوهش با هدف تبیین ارتباط عملکرد خانواده با رضایت زناشویی در دانشجویان متاهل صورت گرفت. پژوهش حاضر توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۴۰۱-۴۰۲ بود که تعداد کل برابر ۳۵۰ نفر برآورد شد و به منظور تعیین حجم نمونه از فرمول تاباچینگ و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد که حجم نمونه با معادله $N \geq K + 50$ استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز ۱۶۹ نفر برآورد شد و روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه رضایت زناشویی فاووز و السون (۱۹۸۹) و پرسشنامه عملکرد خانواده (۱۹۸۰) ایشتاین لارنس بالدوین و بیشاب (۱۹۸۰) استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده مولفه‌های حل مشکل، نقشها، همراهی عاطفی، ارتباط، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار می‌تواند به ترتیب ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۱ و ۲۴ درصد از تغییرات رضایت زناشویی را به صورت مثبت و معناداری تبیین نماید ($\text{Sig} < 0.05$). کارکرد خانواده به عنوان متغیری که در اجتماعی شدن طفل و هم‌نواپی عمیق وی با هنجارهای اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. **واژگان کلیدی:** دانشجویان متاهل، رضایت زناشویی، عملکرد خانواده

مقدمه

ازدواج برای بسیاری از افراد با رضایت و سعادت آغاز می‌شود، اما به تدریج به سرایشی می‌لغزد و حتی باعث ناراحتی می‌شود. اکثر مردم در مقطعی از زندگی خود ازدواج می‌کنند و برآوردهای مبتنی بر آمارهای جهانی نشان می‌دهد تقریباً دو سوم ازدواج‌های اول به جدایی یا طلاق ختم شود (هی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۸). تا به امروز، عوامل زیادی با ثبات زناشویی زوجین مرتبط بوده است که از آن جمله نژاد و جنسیت (اودری^{۱۲}، ۱۹۶۶)، مذهب (کال و هیتون^{۱۳}، ۱۹۹۷)، تحصیلات (کارنی و برادبری^{۱۴}، ۱۹۹۵)، شخصیت (بک و وزیر^{۱۵}، ۲۰۱۵) و سن ازدواج (بوث، جانسون و ادواردز^{۱۶}، ۱۹۹۲) را میتوان نام برد (کائو و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۷). با توجه به کارکردهایی مهم خانواده و نیز نقش احساسات در زندگی و تجربه احساسات دردناک (مانند ناامیدی، شکست، غم و اندوه) و توانایی مدیریت این احساسات منفی یا دردناک میتواند در رضایت زناشویی ایفا نماید. ازدواج به‌عنوان مهم‌ترین و اساسی‌ترین رابطه بشری توصیف شده است زیرا ساختار اولیه برای بنا نهادن رابطه خانوادگی را فراهم می‌سازد؛ چنانچه به‌درستی صورت گیرد بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها از جمله عملکرد بهتر در خانواده و در نتیجه رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارد (گالینسکی و وایت^{۱۸}، ۲۰۱۴). کبیری و خاکپور (۱۳۹۹) بیان کردند ساختار فضای کنشی درون خانواده تأثیر معناداری بر رضایت از زندگی زناشویی زنان دارد و با تغییر فضای کنشی خانواده از هم‌بختی و هم‌شکلی به هماهنگی و همدلی، میزان رضایت از زندگی زناشویی افزایش می‌یابد؛ طهرانی مقدم و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند عملکرد یک خانواده سالم همچون یک پدیده تعاملی رشدیابنده است که با ساختاری منسجم در جهت رشد و رفاه اعضای خود عمل می‌کند و می‌تواند به طور پویا با عوامل نوبه‌نوشونده محیطی، تعامل برقرار کند و با آنها سازگار شود بی‌آنکه در این میان دچار اغتشاش گردد و افراد خانواده در این میان از خود اعلام مرضی بروز ندهند. سلیمانیان و محمدی (۱۳۸۵) نشان داد فرد نه تنها از لحاظ جسمی و زیستی، بلکه از نظر عاطفی-روانی و شخصیتی نیز تحت تأثیر خانواده قرار دارد. خانواده یکی از رکن‌های اصلی جامعه به شمار می‌رود، دستیابی به جامعه‌ای سالم آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به بهره‌مندی اعضا آن از سلامت روانی و داشتن روابط مطلوب با یکدیگر است. قوام و دوام هر جامعه وابسته به استحکام خانواده است؛ خانواده به‌عنوان واحد اجتماعی دربرگیرنده بیشترین و عمیق‌ترین مناسبات انسانی است (صداقت، ۱۳۹۲). همگی مابیشترین احساس امنیت و برخی اوقات بیشترین میزان آسیب‌پذیری را در روابط زناشویی و خانوادگی یعنی عمیق‌ترین روابط خود تجربه می‌کنیم. به نظر می‌رسد کیفیت این روابط عامل مهمی برای پیش‌بینی رضایت زناشویی زوجین می‌باشد (نظری و کربلایی محمدمیگونی، ۱۳۹۶). عملکرد خانواده یعنی، توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این

- ۱۰۹ . He, Q. et al
 ۱۱۰ . Udry
 ۱۱۱ . Call, V. R., & Heaton, T. B.
 ۱۱۲ . Karney & Bradbury
 ۱۱۳ . Back, M. D., & Vazire, S.
 ۱۱۴ . Booth, Johnson, & Edwards
 ۱۱۵ . Cao, H. et al
 ۱۱۶ . Galinsky, A. M., & Waite, L. J.

نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است (مجرد کاهانی و قنبری هاشم آبادی، ۱۳۹۰). به عبارت دیگر عملکرد خانواده به تلاش مشترک زوجین برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده، گفته می‌شود، به صورتی که عملکرد کل خانواده را می‌توان در نحوه حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی و کنترل رفتار ارزیابی کرد (ثنایی، ۱۳۹۹). بنابراین افزایش سلامت روان افراد جامعه و بهبود عملکرد خانواده را نیز به دنبال دارد (گمبرل و پیرس^{۱۱۷}، ۲۰۱۵). بنابراین و با توجه به مطالب گفته شده هدف پژوهش حاضر بررسی پاسخ به این سوال است که عملکرد خانواده تا چه میزان رضایت زناشویی را تبیین مینماید؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی، کاربردی و دارای کد اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد کرج می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۴۰۱-۴۰۲ بود که تعداد کل برابر ۳۵۰۰ نفر برآورد شد و به منظور تعیین حجم نمونه از فرمول تاباچینگ و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد که حجم نمونه با معادله $N \geq K + 50$ استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز ۱۶۹ نفر برآورد شد و روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. ابزار گردآوری داده‌ها

بعد از تهیه ابزار تحقیق و کسب رضایت آگاهانه و کتبی از نمونه آماری، پرسشنامه‌های پژوهش در میان نمونه آماری پخش شد که در این مطالعه برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه رضایت زناشویی (۱۹۸۹): فاووز و السون^{۱۱۸} (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده‌اند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می‌آید حساس است؛ این پرسشنامه از ۱۵ ماده تشکیل شده است که در مقیاس پنج درجه ای (بین ۱ = کاملاً مخالفم و ۵ = کاملاً موافقم) پاسخ داده شده است و شامل دو بعد: رضایت زناشویی (به عنوان مثال، "من از ارتباط خود راضی نیستم و احساس می‌کنم شریکم مرا درک نمی‌کند")، و تحریف آرمانی (به عنوان مثال، "رابطه ما یک موفقیت کامل است") تشکیل شده است. نمره گذاری مقیاس با جمع بندی آیت‌ها و با معکوس کردن مقادیر آیت‌های ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۲ و ۱۴ انجام می‌شود؛ روایی و پایایی داخلی این پرسشنامه توسط السون^{۱۱۹} (۲۰۰۰) برابر ۰٫۷۸ ذکر شد. پرسشنامه عملکرد خانواده (۱۹۸۰): این مقیاس توسط اپشتاین لارنس بالدوین و بیشاب^{۱۲۰} در سال ۱۹۸۰ تهیه شده است و هدف آن سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر است. این الگو خصوصیات ساختاری شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. همچنین توانایی خانواده در سازش با حوزه وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهاردرجه ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم (۱) موافقم (۲) مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) مشخص می‌نماید. برای نمره گذاری فاد^{۱۲۱} تمام پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ کدگذاری میشوند نمره بالاتر نشانگر کارکرد ناسالم است برای بدست آوردن نمره هر مقیاس متوسط نمرات مواد آن مقیاس محاسبه میشود سپس نمرات مواد هر خرده مقیاس باهم جمع شده و بر تعداد مواد آن مقیاس تقسیم میشود؛ بنابراین نمره هر مقیاس بین ۱ (سالم) ۴ (ناسالم) خواهد بود اگر ۴۰ درصد از مواد یک مقیاس پرنشده باشد نمره مقیاس محاسبه نخواهد شد. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم افزار آماری SPSS۲۵ تجزیه و تحلیل شد که امکان اجرای آماره‌های توصیفی و استنباطی را فراهم می‌آورد. برای بررسی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی و درصد میانگین واحراف معیار واریانس و نمودار) آزمون اسمیرنوف کولموگروف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از ضریب هم بستگی پیرسون و در صورت عدم نرمال بودن داده‌ها از ضریب همبستگی اسپیرمن و در نهایت برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ نشان ارائه شده است. پیش از آنکه روابط بین متغیرها را آزمون کنیم لازم است تا نرمال بودن متغیرها را بررسی کنیم. یکی از روش‌های بررسی ادعای نرمال بودن توزیع متغیر استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف است؛ همچنین استقلال خطاها یکی از مفروضاتی که در رگرسیون مدنظر قرار می‌گیرد، استقلال خطاها (تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش بینی شده توسط معادله رگرسیون) از یکدیگر است. در صورتی که

- ۱۱۷ . Gambrel, L. E., & Piercy, F. P.
 ۱۱۸ Fowers, B. J., & Olson, D. H.
 ۱۱۹ . Olson, D. H.
 ۱۲۰ . Epshtain & Bishab
 ۱۲۱ . Fad

فرضیه استقلال خطاها رد شود و خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند امکان استفاده از رگرسیون وجود ندارد. به منظور بررسی استقلال مشاهدات (استقلال مقادیر باقی مانده یا خطاها) از یکدیگر از آزمون دوربین- واتسون استفاده می‌شود. جدول ۱ فراوانی و درصد ویژگیهای جمعیتشناختی

جنسیت	سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
	دختر	۷۹	۴۶/۷
	پسر	۹۰	۵۳/۳
سن	کمتر از ۳۰	۳۱	۱۸/۳
	۳۰ تا ۳۵ سال	۵۲	۳۰/۸
	۳۵ تا ۴۰ سال	۵۸	۳۴/۳
	۴۰ تا ۴۵ سال	۱۶	۹/۵
	بالاتر از ۴۵	۱۲	۷/۱

نتایج به دست آمده در خصوص آزمون نرمالیته دادهها نشان داد در سطح ۵ درصد دادهها از توزیع نرمال برخوردارند و در چولگی و کشیدگی دادهها نیز مقادیر به دست آمده نشان میدهد توزیع دادهها از نرمالیته برخوردارند.

جدول ۲ بررسی مفروضات آماری

متغیرها	سنجش نرمالیته دادهها		توزیع چولگی و کشیدگی دادهها	
	آماره k-s	سطح معنی داری	چولگی	کشیدگی
			۰/۷۴۵	-۰/۱۷۵
رضایت زناشویی	۱/۱۵۲	۰/۰۷۴	۰/۵۷۶	۱/۴۶۸
عملکرد خانواده	۱/۲۵۶	۰/۰۶۸	۰/۳۴۹	-۰/۵۹۷

بر اساس نتایج به دست آمده جدول ۳ عملکرد خانواده قادر است ۵۱/۵٪ از تغییرات در رضایت زناشویی را تبیین نماید و نتایج آنوا نشان داد مدل رگرسیونی برآورده شده به طور معنادار و مناسبی تغییرات متغیر وابسته را پیشبینی میکند.

جدول ۳ ضرایب رگرسیون ارتباط عملکرد خانواده و رضایت زناشویی

مولفه ها	R	R ^۲	F	Beta	sig
حل مشکل	۰/۷۲	۰/۵۱	۴۲۵/۷۴۶	۰/۱۲	۰/۰۰۱
نقشها				۰/۱۵	۰/۰۰۱
همراهی عاطفی				۰/۱۶	۰/۰۰۱
ارتباط				۰/۱۷	۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی				۰/۱۱	۰/۰۰۱
کنترل رفتار				۰/۲۴	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده مولفههای حل مشکل، نقشها، همراهی عاطفی، ارتباط، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار می‌تواند به ترتیب ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۱ و ۲۴ درصد از تغییرات رضایت زناشویی را به صورت مثبت و معناداری تبیین نماید ($Sig < ۰,۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان داد عملکرد خانواده می‌تواند تغییرات رضایت زناشویی را به صورت مثبت و معناداری پیشبینی نماید؛ این یافته‌ها همسو با نتایج کبیری و خاکپور (۱۳۹۹)، طهرانی مقدم و همکاران (۱۳۹۷)، به نقل از کریمی نژاد (۱۳۹۶)، سلیمانیان و محمدی (۱۳۹۵)، اخباراتی (۱۳۹۵)، خیاط باشی (۱۳۹۵)، بود. اشرف خان و بیبی^{۱۲۲} (۲۰۲۴) در پژوهشی کیفی نشان دادند سازگاری زناشویی بالا بر پویایی عملکرد خانواده تأثیر می‌گذارد و با سازگاری زناشویی کم، عملکرد خانواده تنزل مییابد. دانست^{۱۲۳} (۲۰۲۱) نشان داد که نقاط قوت خانواده از جمله سازگاری و رضایت زناشویی با هر یک از معیارهای عملکرد فردی و خانوادگی مرتبط است.

خانواده به عنوان یک سیستم زنده به مبادله اطلاعات و انرژی با محیط خارج می‌پردازد. نوسان‌ها، خواه بیرونی یا درونی، طبعاً واکنش‌هایی به دنبال دارند که سیستم را به حالت پایدار قبلی خود باز می‌گرداند اما وقتی این نوسانات شدت یابند، ممکن است موجب بروز بحران در خانواده شوند که این تغییر و تحول منجر به پیدایش سطوح متفاوتی از کارکرد می‌گردد و بدین ترتیب مقابله را فراهم می‌آورد (مینوچین^{۱۲۴} و فیشمن^{۱۲۵}، ۱۹۸۴؛ ترجمه بهاری و سیا، ۱۳۹۶). بنابراین کارکرد خانواده به عنوان تغییری که در اجتماعی شدن طفل و همنوایی عمیق وی با هنجارهای اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. دوره جوانی به دلیل ویژگی‌هایی که دارد به عنوان یکی از دورانهای مهم زندگی فرد به شمار می‌رود، شرایط و موقعیت‌هایی که فرد در این دوران تجربه می‌کند طرحی است که پایه و اساس آن در مراحل قبلی ریخته شده است و نقش مهمی در مراحل بعدی زندگی او خواهد داشت. مشکلات و ناراحتی‌های مربوط به افسردگی و اختلالات خلقی و اضطرابی و به طور کلی اختلالات رفتاری و روانشناختی در این دوران شیوع بیشتری پیدا می‌کند (بنجامین و همکاران^{۱۲۶}، ۲۰۱۵). عملکرد مطلوب خانواده تأثیر مستقیمی بر نیازها، اهداف، روابط عاطفی خانواده و رضایت‌مندی از زندگی داشته و با رضایت زناشویی ارتباط دارد (عباسی اسفجیر و رضانی^{۱۲۷}، ۲۰۱۷). بر اساس دیدگاه محققان عملکرد خانواده باید سازماندهی را در تعاملات بین اعضا و هماهنگی در واکنش به تغییرات بیرونی شامل شود و علاوه بر این، بر اساس مدل حلقه اولسون، عملکرد خانواده به سه بعد تقسیم می‌شود: انسجام، سازگاری و ارتباط متقابل. معنای خانواده به عنوان یک سیستم پویا نشان می‌دهد که ممکن است مسیرهای تأثیر متقابل در بین اعضای خانواده وجود داشته باشد؛ بنابراین، رویدادهای نامطلوب می‌توانند به تعادل پویای خانواده آسیب بزنند. هنگامی که روابط خانوادگی با چنین چالش‌هایی روبرو می‌شود، اعضای خانواده باید قوانین جدیدی را به دست آورند و این روابط را دوباره برقرار کنند تا اصطکاک‌ها، تضادها و در نتیجه حفظ تعادل را حفظ کنند همچنین بر اساس نظریه‌ی خودتعیینی‌گری، روابط خانوادگی و محیط‌های اجتماعی پاسخگو و حمایت‌کننده، خودپیروی را تقویت می‌کنند. خودپیروی به‌نوبه‌ی خود، به سازگاری بهتر و سطوح بالاتر عملکرد روانی اجتماعی منجر خواهد شد (سوننس و ونستین کیست^{۱۲۸}، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که ارضای نیازهای بنیادین خودمختاری، شایستگی و تعلق در افراد بتواند بر عملکرد خانواده تأثیر مثبت داشته باشد و از طریق بهبود عملکرد خانوادگی زوجین در افزایش تعهد زناشویی مؤثر باشد. شک^{۱۲۹} (۲۰۱۶) گزارش داد که عملکرد خانواده بر رشد سالم ذهن و بدن اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد و یک محیط خانوادگی خوب می‌تواند تأثیر زیادی بر پاسخ‌های عاطفی و سلامت روان افراد داشته باشد؛ بنابراین، رضایت بیشتر از عملکرد خانواده ممکن است برای افزایش رضایت زناشویی مفید باشد، در حالی که ناراضی‌مندی ممکن است آن را کاهش دهد. ناهمگونی‌هایی که در گروه نمونه از نظر سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی وجود دارد می‌تواند در تعمیم نتایج مشکل ایجاد کند و از آنجایی که طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است نه تجربی. بنابراین نمی‌توان در بین متغیرهای مورد مطالعه ادعای علیت داشت. این محدودیت‌ها از ارزش یافته‌های فعلی نمی‌کاهد، اما نتیجه‌گیری‌هایی را که می‌توان در مورد متغیرهای مورد مطالعه گرفت، محدود می‌کند. پیشنهاد می‌گردد توجه مشاوران مراکز مشاوره خانواده و متولیان امر به عملکرد خانواده متمرکز نماند و به ارائه خدمات بهتر آنها به مراجعه‌کنندگان کمک نمایند و نتایج این پژوهش در قالب نشست یافته‌های تحقیقاتی، در جمع مدرسان دانشگاهی و مؤسسات عالی، ارائه گردد تا تا متولیان، آموزش‌های مناسب و شناسایی

- ۱۲۲ Ashraf, R., Khan, A., & Bibi, N.
 ۱۲۳ Dunst, C. J.
 ۱۲۴ . Minochin
 ۱۲۵ .Fishman
 ۱۲۶ .Benjamin et al
 ۱۲۷ .Abbasi Asfajir, A. A. & Ramezani L.
 ۱۲۸ .Soenens, B. & Vansteenkiste, M.
 ۱۲۹ .Shek

اثرات کار بر سلامت روان آحاد جامعه را به عنوان یک موضوع مهم در سیاست های کلی در نظر بگیرند. در پژوهش های آتی، جوامع آماری با سنین، تحصیلات و اقوام مختلف مطالعه شوند همچنین، از ابزارهای متفاوت و فنون متفاوتی استفاده شود و توصیه می شود که پژوهش های بعدی بر گروه های بالینی نیز متمرکز شوند تا امکان مقایسه گروه های بالینی و غیر بالینی فراهم آید.

منابع

- سلیمانان، علی اکبر، و محمدی، اکرم. (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش هیجانی و رضایت زناشویی. پژوهشنامه تربیتی، ۵(۱۹)، ۱۳۱-۱۵۰.
- طهرانی مقدم، حامد و شریعت باقری، محمد مهدی. (۱۳۹۷). ارتباط عملکرد خانواده با مسئولیت پذیری وارضای نیازهای روانی دانش آموزان پسر دبیرستانی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۵۴(۶): ۲۲۱-۲۳۵.
- مجرد کاهانی، امیر حسین، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، و مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت روابط در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۲) پی در پی ۱۱۴-۱۲۳.
- نظری، راضیه، و کربلایی محمد میگونی، احمد. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری کمال گرایی، بهزیستی روان شناختی و سازگاری زناشویی. روان شناسی کاربردی، ۱۱(۳) (پیاپی ۴۳)، ۴۱۱-۴۳۲.

- ABBASI, A. A., & Ramezani, L. (2017). The relationship between family function and marital satisfaction with marital disaffection of married teachers in Behshahr.
- Ashraf, R., Khan, A., & Bibi, N. (2024). The Moderating Role of Marital Adjustment in Relationship Between Perceived Maternal Parenting Styles and Family Functioning among Fathers. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 16(2), 91-111.
- Back, M. D., & Vazire, S. (2015). The social consequences of personality: Six suggestions for future research. *European Journal of Personality*, 29(2), 296-307.
- Booth, A., & Edwards, J. N. (1992). Starting over: Why remarriages are more unstable. *Journal of family Issues*, 13(2), 179-194.
- Call, V. R., & Heaton, T. B. (1997). Religious influence on marital stability. *Journal for the scientific study of religion*, 382-392.
- Dunst, C. J. (2021). Family strengths, the circumplex model of family systems, and personal and family functioning: A meta-analysis of the relationships among study measures. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 13(2), 1-16.
- Galinsky, A. M., & Waite, L. J. (2014). Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 482-492.
- Gambrel, L. E., & Piercy, F. P. (2015). Mindfulness-based relationship education for couples expecting their first child—Part 1: A randomized mixed-methods program evaluation. *Journal of marital and family therapy*, 41(1), 5-24.
- He, Q., Zhong, M., Tong, W., Lan, J., Li, X., Ju, X., & Fang, X. (2018). Forgiveness, marital quality, and marital stability in the early years of Chinese marriage: An actor-partner interdependence mediation model. *Frontiers in Psychology*, 9, 1520.
- Shek, D. T. (2016). The role of positive youth development and family functioning in Chinese adolescent well-being: Theoretical considerations and empirical evidence. In *A life devoted to quality of life: Festschrift in honor of Alex C. Michalos* (pp. 43-58). Cham: Springer International Publishing.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental review*, 30(1), 74-99.
- Udry, C. (1996). Gender, agricultural production, and the theory of the household. *Journal of political Economy*, 104(5), 1010-1046.

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه

۱. پیام ورعی

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی دانشگاه تبریز

۲. حسین قاسمیان رضا محله

کارشناس ارشد روان شناسی عمومی روان شناسی واحد شاهرود دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود

۳. نرجس طباطبائی زاده (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

۴. ثریا دمیرچی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on self-efficacy and positive and negative emotions of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder

Payam Varaee

PhD Student of Clinical Psychology, Tabriz University

Hossein Ghasemian Reza Mahalleh

Master of general Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch

Narjes Tabakhzadeh

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch

Soraya Demirchi

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-efficacy and positive and negative emotions of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population was all mothers with children suffering from attention deficit/hyperactivity disorder in Qom city in 2024, and 30 of them were selected as a sample using the available method. The subjects completed the questionnaire of general self-efficacy and positive and negative emotions, and the experimental group received treatment based on acceptance and commitment in 8 sessions of 90 minutes. The obtained information was analyzed by multivariate covariance analysis and spss software. The findings showed that treatment based on acceptance and commitment led to an increase in the scores of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder in the dimensions of self-efficacy and the components of general self-efficacy, social self-efficacy and overall self-efficacy and an increase in their scores in positive affect and a decrease in scores. Affection has become negative. Therefore, counselors and therapists of clinical centers can benefit from psychological interventions such as therapy based on acceptance and commitment in increasing self-efficacy and positive emotion and reducing negative emotion.

Keywords: *treatment based on acceptance and commitment, self-efficacy, positive and negative affect, anxiety disorder*

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شهر قم در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنها ۳۰ نفر با شیوه در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی ها پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و عاطفه مثبت و منفی را تکمیل نمودند و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. اطلاعات بدست آمده با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم افزار spss تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه درابعاد خودکارآمدی و مولفه های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی و افزایش نمرات آنها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی شده است. بنابراین، مشاوران و درمانگران مراکز بالینی می توانند از مداخلات روانشناختی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی بهره مند شوند. **واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی، عاطفه مثبت و منفی، اختلال بیش فعالی/نقص توجه.

مقدمه

وجود یک جامعه برخوردار از سلامت بهداشت روان، به سلامت بخش های دیگر از جمله خانواده وابسته است. ساختار خانواده نخستین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می کنند، یاد می گیرند و رشد می نمایند. از اینرو نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت و آموزش آن قرار دارد، هماهنگ می شود. از منظر دیدگاه سیستمی، عملکرد هر فرد در درون سیستم خانواده بر ادامه بقا و تغییر رفتارهای دیگر اعضا تأثیر گذار است، بنابراین اختلال یکی از اعضای خانواده می تواند بر کارکرد سایر اعضا و در نهایت بر خانواده تأثیر بگذارد (احمدی و رئیسی، ۱۳۹۸).

و ممکن است با تولد کودکی در بیماری و یا اختلالی خاص، روند زندگی عادی والدین مختل شود. در این رابطه، یکی از اختلالاتی که کودک با آن متولد می شود و در پژوهش حاضر مورد توجه واقع شده، اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی^{۱۳۰} (ADHD) است. اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی یکی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی است که توجه متخصصین را به خود جلب نموده است (کوندو، چان و کوفلر^{۱۳۱}، ۲۰۲۲). اصطلاح بیش فعالی برای اغلب مردم، بویژه والدین و معلمان، آشناست. کودکی که پیوسته در حال حرکت است، با انگشتان ضربه می زند، پاهایش را تکان تکان می دهد، بی هیچ دلیل آشکاری با آرنج به دیگران می زند، و درجه و درجه می کند، معمولاً بیش فعال نامیده می شود. این کودکان اغلب در متمرکز کردن فکر خود روی تکلیف در دست انجام برای مدتی مناسب مشکل دارند. وقتی که این مشکلات به اندازه کافی شدید و پایدار باشد، این کودکان ممکن است واجد ملاک های تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی باشند (کرینگ، دیویسون، نیل و جانسون^{۱۳۲}، ۲۰۱۴). اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) به عنوان یک وضعیت تشخیصی بسیار شایع در حوزه اختلالات عصبی-رشدی شناخته شده است. این اختلال با بی توجهی، بیش فعالی، تکانشگری و برخی نقص های شناختی مشخص می شود (مگنوس، نذیر، آنیلکومارو شهان^{۱۳۳}، ۲۰۲۳). این علائم می تواند تأثیر قابل توجهی بر جنبه های مختلف زندگی فرد از جمله عملکرد، احساسات و توانایی های شناختی داشته باشد (ملازمانی، باوی، جاپروند،^{۱۳۴} ۲۰۲۳). اختلال نقص توجه/بیش فعالی وضعیتی است که معمولاً از دوران کودکی شروع می شود و بر رشد و عملکرد مغز تأثیر می گذارد (انتشال و بارکلی^{۱۳۵} ۲۰۲۰). این بیماری حدود ۴ تا ۱۲ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می دهد و پسران سه برابر بیشتر از دختران به آن مبتلا می شوند (ویلنز، اسپنسر^{۱۳۶} ۲۰۱۰). تحقیقات جدید نشان می دهد که علائم ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد یا بعداً در زندگی ظاهر شوند (سیبلی، سوانسون، آرنولد و همکاران^{۱۳۷} ۲۰۱۷) وجود چنین کودکی در خانواده نیز برای مراقبان اصلی آنها، مشکلات مختلفی را به ایجاد می کند از اینرو مشکلات این کودکان متوجه مادر آنها نیز می شود (ماتئوسی، اسکالون، توماستو، کاورینی و سلری^{۱۳۸}، ۲۰۱۹).

- ۱۳۰ Attention Defect/ Hyperactivity Disorder (ADHD)
 ۱۳۱ Condo, Chan & Koffler
 ۱۳۲ Kring, Davison, Neale, Johnson
 ۱۳۳ Magnus, W., Nazir, S., Anilkumar, A. C., & Shaban,
 ۱۳۴ Molazamani F, Bavi S, Jayervand H
 ۱۳۵ Antshel KM, Barkley R.
 ۱۳۶ Wilens TE, Spencer TJ.
 ۱۳۷ Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE,
 ۱۳۸ Matteucci, Scalone, Tomasetto, Cavrini, Selleri

مشکلات رفتاری از جمله مسائلی است که ممکن است در کودکان مبتلا به ADHD نیز وجود داشته باشد (لدر، موری، چن و همکاران، ۲۰۲۲^{۱۳۹}). به گفته کیوومبی و همکاران، علائم اختلال ADHD نیز در کودکان خاصی با مشکلات رفتاری مخرب گزارش شده است. (کیوومبی، بیانسی، دامولیرا، ناماتوو و ۲۰۱۹^{۱۴۰}). کودکان مبتلا به ADHD اغلب رفتارهای چالش برانگیزی از خود نشان می دهند، مانند مسائل رفتاری (کابرال، لیو، سوارز ۲۰۲۰^{۱۴۱}). این مشکلات رفتاری می تواند به ویژه برای خانواده هایی با سطوح پایین تاب آوری چالش برانگیز باشد ویلنز و ۲۰۱۰ اسپنسر. ۴^{۱۴۲}). این کودکان ممکن است با مشکلات عاطفی-رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی دست و پنجه نرم کنند (یو، هان، کیم، سونگ، یی ۲۰۲۱^{۱۴۳}). آنها همچنین ممکن است در درک و پاسخگویی به احساسات، رفتارها و نیت دیگران مشکل داشته باشند که می تواند بر تعاملات اجتماعی و ارتباط آنها با همسالان تأثیر بگذارد (ریزرتی سچوخ آگوستی ۲۰۱۵^{۱۴۴}).

بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در سازگاری با همسالان و برقراری روابط دوستانه مشکل بیش از حد دارند. شاید به این دلیل که رفتارشان معمولاً پرخاشگرانه و در کل آزارنده و زننده است. هر چند این کودکان معمولاً مهربان و پرحرف هستند، اغلب متوجه نشانه های ظریف اجتماعی نمی شوند، مثلاً وقتی که هم بازی ها از جنب و جوش مداوم شان خسته می شوند، آنها این موضوع را نمی فهمند. آنها به طور مکرر خواسته ها و مقاصد همسالان شان را اشتباه تعبیر می کنند و مرتکب اشتباهات اجتماعی ناخواسته می شوند، مثلاً نشان دادن واکنش پرخاشگرانه به دلیل آنکه فرض می کنند رفتار عادی یک هم سال به قصد پرخاشگری بود این گونه تعبیرهای نادرست شناختی در میان برخی از کودکان دچار اختلال سلوک نیز دیده می شود (کوندو^{۱۴۵} و همکاران، ۲۰۲۲). لذا مادران آنها مشکلات مختلفی را در این خصوص تجربه می کنند که در پژوهش حاضر عاطفه مثبت و منفی^{۱۴۶} و همچنین خودکارآمدی آنان مورد توجه واقع شده است. عاطفه عبارت است از حالت هیجانی شخص که اندیشه او را همراهی می کند. عاطفه و هیجان اغلب به طور متداخل به کار می روند. اما خلق حالتی نافذتر و پایدارتر از دو حالت قبلی است. بدین معنی که ممکن است خلق کسی در یک روز بخصوص بالا باشد، ولی حالاتی از افسوس، غم، خشم یا نگرانی را بطور گذرا در زمینه این خلق بالا مشاهده کند (بنکه، باچوالد، بیکوسکی، کوپینسکی و کازمارک^{۱۴۷}، ۲۰۲۲). در اهمیت عواطف، یوگین بلولر بیش از پنجاه سال قبل عنوان کرده است «همانظوری که همه انواع اختلالاتی که ما سایکوپاتی می نامیم در واقع چیزی جز اختلالات خلقی نیستند، عوامل عاطفی نیز چنان نقش مهمی در سایکوپاتولوژی دارند که می توان گفت هر عامل دیگر در واقع جنبه اتفاقی دارد. فقط عقب ماندگی و حالات دلیریومی بطور عمده اختلال شعوری شمرده می شوند. لذا، حتی این اختلالات نیز رنگی از مکانیسم های عاطفی دارند و اغلب اهمیت عملی و نظری آنها به وسیله عوامل عاطفی تعیین می گردد» (گان و فو^{۱۴۸}، ۲۰۲۲). عاطفه را می توان پاسخ دهی هیجانی فعلی فرد تعریف کرد که از روی حالت چهره بیمار و از جمله میزان و حدود رفتار بیانی او استنباط می شود. عاطفه ممکن است با خلق هماهنگ باشد یا نباشد. عاطفه را می توان در حد طبیعی، محدود، کند (کم روح) یا سطحی (بی روح) توصیف نمود. در محدوده بهنجار عاطفه دامنه متنوعی از حالت چهره، لحن صدا، استفاده از دستها و حرکات بدنی مشاهده می شود. وقتی عاطفه محدود است حدود و شدت ابراز هیجان کاهش می یابد. به همین ترتیب در عاطفه کند ابراز هیجان بیشتر کاهش می یابد. برای تشخیص عاطفه سطحی باید هیچ نشانی از بیان عاطفی وجود نداشته باشد، یعنی صدای فرد یکنواخت و چهره او بی حرکت باشد (اولسن، پاول، آنیس، والرند و تامپسون^{۱۴۹}، ۲۰۲۲). عاطفه به صورت واکنش های در حال نوسانی که به طور مداوم تحت تأثیر طرز تفکر و شناخت فرد قرار دارد تعریف می شود. عاطفه بخش مهمی از فرایند تعامل موجود زنده با محرک را تشکیل می دهد. از حالات صورت، صدا و حرکات بدن برای نشان دادن حالات عاطفی و همچنین سنجش آنها استفاده می شود در واقع عاطفه را می توان بیان یا پاسخ هیجانی قابل مشاهده به موقعیت های مختلف دانست، عاطفه به همراه شناخت و انگیزه سه بخش جدید روانشناسی مدرن را تشکیل می دهد. همچنین ممکن است انگیزه به عنوان بخشی از عاطفه و یا عاطفه

- ۱۳۹ Leader G, Moore R, Chen JL
 ۱۴۰ Kivumbi A, Byansi W, Damulira C, Namatovu P
 ۱۴۱ Cabral MDI, Liu S, Soares N
 ۱۴۲ Wilens TE, Spencer TJ
 ۱۴۳ Yoo HJ, Han JM, Kim K, Song G, Yee J
 ۱۴۴ Rizzutti S, Schuch V, Augusto BM
 ۱۴۵ Condo
 ۱۴۶ positive emotions, negative emotions
 ۱۴۷ Behnke, Buchwald, Bykowski, Kupiński, & Kaczmarek
 ۱۴۸ Gan & Fu
 ۱۴۹ Olsen, Powell, Anic, Vallerand

به عنوان بخشی از شناخت در نظر گرفته شود (گان و فو^{۱۵۰}، ۲۰۲۲). عاطفه مثبت به معنای این است که یک شخص تا چه میزان شور و شوق به زندگی دارد و به چه میزان احساس فاعلیت و هویشیاری می کند. عواطف مثبت بخش جدایی ناپذیر از زندگی روزمره هستند این عواطف به شخص کمک می کند تا پردازش اطلاعات هیجانی برای حل مشکلات، برنامه ریزی صحیح و کسب موفقیت را به طور دقیق و کارآمد انجام دهد. بنابر نظریه گسترش و ساخت احساسات مثبت، عواطف و احساسات مثبت باعث گسترش آگاهی یک شخص و تقویت افکار و اعمال جدید، متنوع و اکتشافی می شود، در واقع عاطفه مثبت باعث گسترش فهرست های آئی از افکار و اعمال و ایجاد منابع پایدار شخصی می شود (گان و فو، ۲۰۲۲). از سویی، پژوهش ها نشان داده اند که عاطفه مثبت، خلاقیت، انعطاف پذیری شناختی، کارایی در تصمیم گیری، حل مساله و دیگر شاخص های تفکر مفید را افزایش می دهد. در این میان، دو رویکرد، اثرات عاطفه مثبت را بر شناخت توجیه می کند؛ در رویکرد اول، بر نقش کیفی و اطلاع رسانی عاطفه در بازنمایی های شناختی تاکید دارد. در این رویکرد اثر پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق است. در رویکرد دوم، اثر عاطفه بر فرایند شناخت و سبک پردازش اطلاعات حائز اهمیت است. در رویکرد اول، عاطفه مثبت موجب افزایش موضوعات خوشایند و ایده های مثبت در محتوای پردازش اطلاعات فرد می شود. مثلاً فرد در ارزیابی خود از یک پدیده، بیشتر به جنبه های مثبت آن اشاره می کند. در رویکرد دوم، عاطفه مثبت موجب می شود فرد در پردازش شناختی به استفاده از سبک پردازش بالا-پایین، اکتشافی و کل-گرا-شهودی تمایل پیدا کند. این سبک پردازش می تواند انعطاف پذیری شناختی و حل مسئله خلاق را تسهیل کند (اولسن^{۱۵۱} و همکاران، ۲۰۲۲). عاطفه منفی نیز یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبی بودن را شامل می شود (داتو، والدز، مینرینی و کایوبیت^{۱۵۲}، ۲۰۲۲). عاطفه منفی به عنوان خصیصه ای پایدار و قابل توارث به صورت طیف گسترده ای از احساسات منفی مانند نگرانی، اضطراب، خود انتقادی و دیدگاه منفی درباره خود تعریف می شود. عاطفه منفی حالت بیرونی عوامل استرس زای درونی و مشغولیت های زجرآور است که به عنوان حالت خلقی بیزار کننده در نظر گرفته می شود (بنکه^{۱۵۳} و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین عاطفه منفی را به عنوان یک حساسیت خلقی به محرک های منفی که از احساس ترس، اضطراب، احساس گناه و نارضایتی از خود ناشی می شود در نظر می گیرند، افراد با عاطفه منفی بالا نسبت به افراد با عاطفه منفی پایین تر تمایل بیشتری برای تجربه کردن هیجانات منفی دارند. عاطفه منفی شباهت نزدیکی با ساختار روان رنجور خوئی و اضطراب خصلتی دارد. این سازه نشان دهنده یک خصوصیت شخصیتی پایدار از بی ثباتی عاطفی و افزایش پایه ای فعالیت سمپاتیک است و افراد با عاطفه منفی بالا با هیجانات بیش از حد و شرطی شدن بالا مشخص می شوند. ساختار عکس العمل این افراد در قبال پاداش و مجازات نسبت به دیگر افراد آماده تر است (اورن^{۱۵۴} و همکاران، ۲۰۲۲). مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه با توجه به مشکلات متعددی که دارند، منجر به کاهش توانایی مادران بر برخی از امورات زندگی روزمره می شوند، این امر زمانی بیشتر نمایان می شود که این مادران از لحاظ کارآمدی نیز وضعیت نامناسبی داشته باشند (رودول، باتس، لارو، واتسون و هاورث^{۱۵۵}، ۲۰۲۲). در این خصوص، بندورا^{۱۵۶} (۲۰۰۰) معتقد است که خودکارآمدی، توان سازنده ای است که بدان وسیله، مهارت های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به گونه ای اثربخش ساماندهی می شود. به نظر وی داشتن دانش، مهارت ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش بینی کننده های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان در باره توانایی های خود در انجام آنها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است. بین داشتن مهارت های مختلف با توان ترکیب آنها به روش های مناسب برای انجام وظایف در شرایط گوناگون، تفاوت آشکار وجود دارد. از دید بندورا کارآمدی شخصی به معنی احساس عزت نفس یا ارزش شخصی است که فرد در مواجهه با مسائل زندگی در خود می یابد. افراد دارای کارآمدی شخصی بالا افرادی دارای پشتکار قوی، نمرات درسی بالا، دارای اهداف شخصی عالی و موفق هستند. در مقابل، افراد دارای کارآمدی شخصی پایین افرادی هستند با اعتماد به نفس پایین و ناامید که در مواجهه با مسائل تلاشی برای پیروزی انجام نمی دهند و معتقدند اوضاع تغییری نخواهد کرد (شانک، زن و ترومسدورف^{۱۵۷}، ۲۰۲۲). خودکارآمدی نیز باور و ادراک فرد در مورد توانایی خود برای عمل مؤثر در همه موقعیت های زندگی تعریف می شود به نحوی که شخص می تواند باورهای محکم یا سستی در یک محدوده وسیع یا موقعیتی خاص از کنش وری داشته باشد

- ۱۵۰ Gan & Fu
 ۱۵۱ Olsen
 ۱۵۲ Datu, Valdez, M cInerney & Cayubi
 ۱۵۳ Behnke
 ۱۵۴ Oren,
 ۱۵۵ Rodwell, Bates, Larue, Watson & Haworth
 ۱۵۶ Bandora
 ۱۵۷ Schunk, Zeh & Trom m sdorff

دوکس و گاسلین^{۱۵۸}، ۲۰۱۲). خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۹۷) روان‌شناس مشهور، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است. این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روان شناختی اشاره دارد، تأکید می‌کند. بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می‌گذارند (بادن^{۱۵۹} و همکاران، ۲۰۲۱).

به طور کلی، با توجه به وضعیت مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقش توجه بیش فعالی از نظر عاطفی و همچنین عملکرد و خودکارآمدی، پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن این وضعیت و در جهت تقویت مهارت‌های عاطفی و خودکارآمدی از روش‌های درمانی روانشناختی در این خصوص بهره گرفته است. یکی از روش‌های درمان روانشناختی، روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش^{۱۶۰} است که برگرفته از درمان رفتاری و شاخه‌ای از روانشناسی بالینی تجربی است. (چیساری، مک کراکن، کراسیانی، موس-موریس و اسکات^{۱۶۱}، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از این پیام مهم منشعب شده است «زمانی که شما چیزی خارج از کنترل خود را می‌پذیرید به اعمالی که می‌تواند کیفیت زندگی شما را بهتر کند تعهد پیدا می‌کنید. هدف این درمان کمک به افراد برای خلق کردن یک زندگی پرمعنا و پربار است در صورتی که به طور موثر به دست کاری و تغییر دردها و استرس‌هایی می‌پردازد که ناگزیر در زندگی وارد شده‌اند (توهینگ^{۱۶۲}، ۲۰۱۲). در واقع ACT یک نوع رفتار درمانی، درمان شناختی- رفتاری، نوعی از تحلیل رفتار بالینی، درمان وجودی، گشتالت درمانی را شامل می‌شود. این بر مبنای بافت‌گرایی عملی یا کارکردی و فلسفه بنیادی تحلیل رفتاری قرار دارد و اساس نظری آن از تحلیل رفتار بدست می‌آید (پائولوس-گارنیر، لینارس و ال رفیهی-فیریرا^{۱۶۳}، ۲۰۲۲). در هر دوی این مفاهیم، شکلی از تحلیل یا درمان رفتاری بالینی با توجه عقلانی و معقول به لحاظ رفتاری به تصویر کشیده شده است. اما، محتوای این نظریه همگی در مورد شناخت و هیجان است، حتی اگر این مدل در مفهومی از پردازش اطلاعات، قابل شناختن نباشد. بنابراین، معقول این است که این مدل از درمان را درمان رفتاری - شناختی بنامیم. بعلاوه، این روش بیشتر با گشتالت درمانی و آسیب روانی متمرکز بر هیجان و نیز همراه با بسیاری از روش‌های میانجی‌گر و معنوی شرقی سهم می‌شود. تفاوت‌هایی میان این جریانات با فرایندهای فکری که باید در عمل ACT مهم باشند. مشاهده نمی‌شود و از این حقیقت که این فرایند می‌تواند ظاهراً چند روش متمایز از هم را نیز بررسی نماید، بهره می‌برد (مونتانا، تارگا، پالگارین و مویکس^{۱۶۴}، ۲۰۲۲).

مدل پذیرش و تعهد درمانی (ACT) این فرضیه را که فرایندهای آسیب شناختی غیر عادی و عجیب و غریبی وجود دارند را رد نمی‌کنند و آنها این عمل را به وضوح، انجام می‌دهند. اگر فردی از یک آسیب مغزی رنج می‌برد، در نتیجه، به طرز نامناسبی رفتار می‌کند، این، مسبب ایجاد فرایند روانی نرمال و بهنجار نیست. حالت مشابه با این امر می‌تواند برای بیماری‌هایی از جمله اسکیزوفرنی، اوتیسم (در خود ماندگی) و اختلال دو قطبی و امثال اینها صادق باشد، اگرچه، شواهدی واقعی در چنین حوزه‌ای به مراتب نسبت آنچه که اکثر متخصصان بالینی و محققان به نظر می‌رسد بدان معتقدند قطعیت کمتری دارند. بنابراین، حتی با وجود چنین بیماری‌های روانی شدیدی، مدل پذیرش و تعهد درمانی تصور می‌کند که فرایندهای روانی عادی می‌توانند مشکل اصلی را بزرگ جلوه دهند و بنابراین مقدار کمی از آن فرضیه بهنجاری سالم باید وسعت داده شود (هان و مک کراکن^{۱۶۵}، ۲۰۱۴). همچنین از فرضیه‌های زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرایندهای کلامی، مجموعه‌ای محدودی از پاسخ‌ها را در بر خورد با موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند. مراجعان معمولاً انرژی و وقت زیادی را صرف اجتناب و فرار از اضطراب و دیگر رویدادهای درونی می‌کنند. زبان و حتی فرهنگ نیز به افراد می‌آموزد که اضطراب و دیگر رویدادهای دورنی خود را بد ارزیابی کنند. و از هر گونه کوششی برای اجتناب از این رویداد حمایت می‌کند. در نتیجه این فرایندهای کلامی، زندگی فرد بر تجربه نکردن این رویداد‌های منفی متمرکز میشود، تا زندگی کردن به شیوه‌ای که برای فرد مهم است. لذا هدف ACT کاهش نشانه‌ها نیست، بلکه افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که رفتار محدود شده است (رییز^{۱۶۶}، ۲۰۲۲).

- ۱۵۸ Maddux & Gosselin
 ۱۵۹ Baden
 ۱۶۰ Approach based on acceptance and com mit ent
 ۱۶۱ Chisari, M cCracken, Cruciani, M oss-M orris & Scott
 ۱۶۲ Tw ohig
 ۱۶۳ Paulos-Guarnieri, Linares & El Rafihi-Ferreira
 ۱۶۴ Montaner, Tárrega, Pulgarin & Moix
 ۱۶۵ Hann, McCracken
 ۱۶۶ Reyes

با مرور پیشینه پژوهشی مشخص شد که تاکنون تاثیر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه را بررسی کند، انجام نشده است، اما می توان به تعدادی از پژوهش های مشابه اشاره کرد به عنوان نمونه مطالعات فتحی، شهبازی، کرابی و ملک زاده (۱۳۹۹)، احمدی و رئیسی (۱۳۹۷) و سعیدی، مبارکی و عباسی زاغه (۱۳۹۶) نیز نشان داده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بسیاری از فرایندهای روانی و خودکارآمدی نقش موثری دارد. علاوه بر این، مطالعات هان، یون و جانکینز (۲۰۲۱) و عظیمی فر، جزایری، فتحی زاده و عابدی (۱۳۹۸) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود و افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک بیمار می شود. بنابراین، از آنجاییکه سلامت جسمانی و روانشناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه برای پیگیری درمانها و پیشگیری از عوارض بیماری فرزندان خود نیز اهمیت بالایی دارد و از طرفی، مداخلاتی که بتوانند توسط شخص بیمار آموخته شوند و در موقع نیاز، توسط خود بیمار بکار برده شوند، دارای اولویت می باشند، تحقیق حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، جزو مطالعات کاربردی می باشد، همچنین از لحاظ روش جزو مطالعات نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود.

ردیف	عنوان متغیر	متغیر از نظر نوع آن در پژوهش	نحوه اندازه گیری
۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مستقل	-
۲	خودکارآمدی	وابسته	پرسشنامه
۳	عاطفه مثبت و منفی	وابسته	پرسشنامه

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه /بیش فعالی شهر قم بود. با توجه به محدودیت جامعه آماری پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین نحو که با مراجعه به مدرسه آموزشی پسرانه «مفید و بلال حبشی» واقع در شهر قم (که در آن آموزش کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه نیز انجام می گیرد)، از مادران آنان درخواست گردید تا در پژوهش شرکت نمایند. جهت تعیین تعداد نمونه پژوهش با توجه به جامعه آماری و نوع پژوهش، حجم نمونه با توان ۸۰ درصد و خطای آزمون ۵ درصد و با استفاده از اطلاعات مطالعات مشابه برای هر گروه طبق فرمول زیر بدست آمد:

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.8)^2 (8.8^2 + 9.6^2)}{(105.5 - 9.8)^2} = 3.9 = 4$$

$$4 + 1.4 = 6$$

بنابراین، در این پژوهش حجم گروه مورد مطالعه با توجه به احتمال ریزش ۱۶ نفر برای گروه آزمایش و ۱۶ نفر برای گروه کنترل (همتاسازی شده براساس سن) در نظر گرفته شده بود که در زمان اجرای پژوهش با انصراف دونفر (افت آزمودنی ها)، تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه که به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گرد آوری اطلاعات

مقیاس عاطفه مثبت و منفی: این مقیاس، در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون، کلارک و تلگن^{۱۶۷} ساخته شده است و یک ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است و برای اندازه گیری دو بعد خلقی، یعنی عاطفه مثبت و منفی طراحی شده است. آیتمها بر روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی میشود (واتسون و همکاران، ۱۹۹۳). مقیاس عاطفه مثبت و منفی شامل ۱۰ سوال برای عاطفه مثبت و ۱۰ سوال نیز برای عاطفه منفی می باشد. پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در مطالعه بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی عمومی GSE-۱۷: این مقیاس توسط شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنیتیک-دون، جاکوبس و راجرز (۱۹۸۲) ساخته شده است. نسخه اصلی آزمون شامل ۳۶ سوال بود که سازندگان آن بر اساس تحلیل های انجام شده، سوالاتی را نگه داشتند که بار ۰/۴۰ را در هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی داشتند. بر این اساس ۱۳ سوال که دارای این ویژگی نبودند. حذف و آزمون به ۲۳ سوال کاهش یافت. از این ۲۳ سوال ۱۷ سوال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۹۹/۵۷ و انحراف معیار ۱۲/۰۸ می سنجد. و ۶ سوال نیز خودکارآمدی اجتماعی را نشان می دهد. نمره کا خودکارآمدی نیز از مجموع نمرات این ددو مولفه تشکیل می گردد. نمره گذاری این مقیاس بر اساس لیکرت می باشد که به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، حد وسط (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵)، نمره گذاری می شود و در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی در این جامعه ضعیف می باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی در سطح متوسطی می باشد. در صورتی که نمرات بالای ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی بسیار بالا می باشد. ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هر یک به دست آمد. براتی (به نقل از وقری، ۱۳۷۹) به منظور بررسی پایایی مقیاس خودکارآمدی از روش دو نیمه کردن استفاده کرد که ضریب پایایی از طریق اسپیرمن - براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش نیمه کردن گاتمن، برابر ۰/۷۵ بود. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در ۴ هفته پایایی برگزار گردید.

جلسه اول: آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی.

* تکلیف خانگی: فهرست نمودن ۵ نمونه از مهم ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه اند.

جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT استخراج تجربه ی اجتناب، آمیختگی و ارزش های فرد).

* تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از مزایا و معایب و شیوه های کنترل مشکلات.

جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی.

* تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه های ناکارآمد کنترل شده اند.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده ی افکار بدون قضاوت.

* تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده اند.

جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره ی صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی.

* تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده اند.

جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، شناسایی ارزش های زندگی بیماران و سنجش ارزش ها بر مبنای میزان اهمیت آنها.

* تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزشها.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارایه ی راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها.

* تکلیف خانگی: گزارشی از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.

جلسه هشتم: جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه ی زندگی.

روش گردآوری اطلاعات و اجرا

در پژوهش حاضر جهت گردآوری اطلاعات از دو روش کتابخانه ای و میدانی استفاده شد. به این نحو که در ابتدا با مراجعه به کتابخانه اطلاعات لازم در زمینه متغیرهای پژوهش جمع آوری شده و سپس در حیطه‌ی روش میدانی، ضمن اجرای مداخله‌ی آموزش شادکامی پرسشنامه‌های در نظر گرفته شده جهت بررسی متغیرهای پژوهش از آزمودنی‌ها به عمل آمد. بدین نحو که بعد از نمونه‌گیری و انتخاب آزمودنی‌ها، از کلیه آزمودنی‌ها پیش از شروع پرسشنامه‌های مربوطه، به عمل آمد. سپس آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایشی ارائه گردید، و مجدداً از کلیه‌ی آزمودنی‌ها پس از شروع پرسشنامه‌های مربوطه اخذ شد. در نهایت داده‌های بدست آمده وارد برنامه SPSS شده و تحلیل‌های مورد نظر صورت گرفت.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

مشخصه‌های آماری مجموعه مواد پرسشنامه‌ها با استفاده از روش‌های متداول در آمار توصیفی تعیین شد، و پس از تهیه نتایج پرسشنامه‌ها با استفاده از جداول، میانگین، انحراف معیار، به توصیف داده‌ها پرداخته شده و سپس فرضیه‌های اصلی پژوهش با استفاده از روش کوواریانس در برنامه SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های جمعیت شناختی

در این بخش به اطلاعات دموگرافیک (جمعیت شناختی) آزمودنی‌های پژوهش اشاره شده است. لازم به ذکر است با توجه به انصراف دو نفر از آزمودنی‌ها (از هر گروه یک نفر)، اطلاعات ۳۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ADHD در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی سن آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		سن
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۰	۳	۳۳/۳	۵	۲۶ تا ۳۰ ساله
۴۰	۶	۲۶/۷	۴	۳۱ تا ۳۵ ساله
۴۰	۶	۴۰	۶	۳۶ تا ۴۵ ساله
۳۵/۶		۳۵		میانگین
۵/۴۷		۶/۵۱		انحراف معیار

نتایج موجود در جدول ۱ حاکی از آن است که در گروه آزمایش ۳۳/۳ درصد آزمودنی‌ها در محدوده سنی ۲۶-۳۰ سال، ۲۶/۷ درصد در محدوده ۳۱-۳۵ سال، و ۴۰ درصد نیز در محدوده سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند. همچنین در گروه کنترل نیز ۲۰ درصد آزمودنی‌ها در محدوده سنی ۲۶-۳۰ سال، ۴۰ درصد در محدوده سنی ۳۱-۳۵ سال و ۴۰ درصد نیز در محدوده سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند. همچنین طبق جدول فوق، میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۳۵ و ۳۵/۶ سال بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی سطح تحصیلات آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		میزان تحصیلات
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۰	۳	۲۰	۳	دیپلم
۴۶/۷	۷	۴۶/۷	۷	فوق دیپلم
۲۶/۷	۴	۲۰	۳	لیسانس
۶/۷	۱	۱۳/۳	۲	فوق لیسانس و بالاتر

با توجه به جدول ۴-۲، در گروه آزمایش ۲۰ درصد آزمودنی ها دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴۶/۷ درصد فوق دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۱۳/۳ درصد نیز دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه کنترل نیز ۲۰ درصد آزمودنی ها دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴۶/۷ درصد فوق دیپلم، ۶/۷ درصد لیسانس و بالاتر بودند. یافته‌های توصیفی در این بخش به شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل اشاره شده است.

جدول ۳: میانگین (M) و انحراف معیار (SD) ابعاد عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی در گروه کنترل و آزمایش

گروه مولفه		گروه آزمایش				گروه کنترل	
		پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون	
عاطفه مثبت		۲۵/۰۷	۴/۶۹	۳۲/۲۷	۳/۱۲	۲۳/۶۷	۲۳/۴
عاطفه منفی		۲۹/۲۷	۴/۳۱	۲۲/۸۰	۲/۹۱	۳۰/۲	۳۰/۸۰
خودکارآمدی عمومی		۲۹/۴۰	۵/۱۵	۴۲/۳۳	۶/۶۵	۲۹/۶۷	۲۹/۱۳
خودکارآمدی اجتماعی		۹/۳۳	۲/۲۵	۱۴/۶۰	۱/۹۹	۹/۵۷	۹/۴۰
خودکارآمدی کلی		۳۸/۷۳	۶/۰۱	۵۶/۹۳	۵/۸۹	۳۹/۳۳	۳۸/۵۳

بر اساس جدول ۳-۳، میانگین و انحراف معیار عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD قابل مشاهده است. چنانچه ملاحظه می‌گردد میانگین عاطفه مثبت در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برابر با ۲۵/۰۷ و ۳۲/۲۷ است. میانگین عاطفه منفی نیز در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برابر با ۲۹/۲۷ و ۲۲/۸۰ است. میانگین خودکارآمدی عمومی در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر با ۲۹/۴۰ و ۴۲/۳۳ بود. میانگین خودکارآمدی اجتماعی در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر با ۹/۳۳ و ۱۴/۶۰ بود و میانگین خودکارآمدی کلی نیز در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر با ۳۸/۷۳ و ۵۹/۹۳ بود. یافته‌های استنباطی

در این بخش داده‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش بررسی می‌شود. جهت بررسی و پاسخ به فرضیه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (VA CO AN M) استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون، باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. ابتدا، برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) استفاده شده است. این آزمون‌ها می‌توانند نرمال بودن یا نبودن توزیع داده‌ها را نشان دهند. مهمترین پارامتر بررسی این تست مقدار احتمال (Sig) آن است که اگر بالای ۰/۰۵ باشد نشان می‌دهد که توزیع داده‌ها نرمال است. نتایج مربوط به آزمون کالموگروف-اسمیرنوف در جدول ۴ قابل مشاهده است:

جدول ۴: نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

مولفه‌ها		آماره	
		پیش آزمون	
		پس آزمون	
		Sig	مقدار Z
عاطفه مثبت		۰/۷۲	۰/۵۸
عاطفه منفی		۰/۶۱	۰/۸۴
خودکارآمدی عمومی		۰/۷۸	۰/۵۶
خودکارآمدی اجتماعی		۱/۲۵	۰/۰۸
خودکارآمدی کلی		۰/۷۱	۰/۶۸

همانطور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، آزمون نرمالته کالموگروف-اسمیرنف حداقل برای یکی از متغیرها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی، معنادار نبود ($P > 0/05$). بنابراین می توان گفت داده ها نرمال بوده اند و می توان از آمار پارمتریک استفاده نمود. فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است.

جدول ۵: نتایج همگنی واریانس ها برای

آماره				
متغیر	F	df ₁	df ₂	P
خودکارآمدی عمومی	۱/۶۵۷	۱	۲۸	۰/۲۰۹
خودکارآمدی اجتماعی	۰/۰۱۶	۱	۲۸	۰/۹۰۱
خودکارآمدی کلی	۰/۳۶۲	۱	۲۸	۰/۵۵۲

همان طوری که نتایج آزمون لوین نشان می دهد، F مشاهده شده برای پس آزمون ابعاد خودکارآمدی حداقل برای یکی از مولفه ها از نظر آماری معنی دار نیست ($p > 0/05$). بنابراین پیش فرض همگنی واریانس ها برقرار است.

جدول ۶: نتایج آزمون معناداری واریانس چند متغیری در پس آزمون ابعاد خودکارآمدی

نام آزمون	ارزش	F	معنی داری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۸۳۷	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
لامبدای ویلکز	۰/۱۶۳	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
اثر هنتلیگ	۵/۱۲۶	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
بزرگترین ریشه روی	۵/۱۲۶	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳

همان طور که در جدول ۶ قابل مشاهده است؛ نتایج آزمون های واریانس چند متغیری، برای تمامی آزمون های «اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هنتلیگ و بزرگ ترین ریشه روی» معنی دار است.

خودکارآمدی جدول-۷: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون ابعاد خودکارآمدی

آماره							منبع تغییرات گروه
Eat	SIG	F	SM	DF	SS	متغیر	
۵۸۰/	۰/۰۰۱	۳۹/۴۶		۱	۱۳۰۶/۸	خودکارآمدی عمومی	
۶۷۰/	۰/۰۰۱	۵۷/۲۴		۱	۲۰۲/۸	خودکارآمدی اجتماعی	
۷۵۰/	۰/۰۰۱	۸۶/۰۱		۱	۲۵۳۹/۲	کلی خودکارآمدی	

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر هم پراش (کمکی)، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به تفاوت معنی دار بین نمرات گروه های آزمایش و کنترل بر ابعاد خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ADHD شده است. لذا، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی ها در ابعاد خودکارآمدی گروه آزمایش شده است. ضریب اتا یا میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی به ترتیب برابر با ۰/۵۸، ۰/۶۷ و ۰/۷۵ بود.

آماره				
نام آزمون	ارزش	F	معنی داری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۸۲۴	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
لامبدایویلکز	۰/۱۷۵	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
اثر هتلینگ	۴/۶۸۸	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
بزرگ ترین ریشه روی	۴/۶۸۸	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است.

جدول ۷: نتایج همگنی واریانس ها برای پس آزمون عاطفه مثبت و منفی با آزمون لوین

آماره				
متغیر	F	df۱	df۲	P
عاطفه مثبت	۰/۶۹۳	۱	۲۸	۰/۴۱۲
عاطفه منفی	۰/۰۳۰	۱	۲۸	۰/۸۶۵

همان طوری که نتایج آزمون لوین نشان می دهد، F مشاهده شده برای پس آزمون عاطفه مثبت و منفی حداقل برای یکی از مولفه ها از نظر آماری معنی دار نیست ($p > ۰/۰۵$). بنابراین پیش فرض همگنی واریانس ها برقرار است. جدول ۸: نتایج آزمون معناداری واریانس چند متغیری در پس آزمون عاطفه منفی، مثبت همان طور که در جدول ۹ قابل مشاهده است؛ نتایج آزمون های واریانس چند متغیری، برای تمامی آزمون های «اثر پیلایی، لامبدایویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ ترین ریشه روی» معنی دار است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون عاطفه مثبت و منفی

آماره							
منبع تغییرات	متغیر	SS	DF	SM	F	Sig	Eta
گروه	عاطفه مثبت	۵۸۹/۶۳	۱	۵۸۹/۶۳	۷۵/۵۴	0/001	۰/۷۳
	عاطفه منفی	۴۸۰	۱	۴۸۰	۵۶/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶

نتایج جدول ۱۰ نشان می دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر هم پراش (کمکی)، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به تفاوت معنی دار بین نمرات گروه های آزمایش و کنترل بر عاطفه مثبت و منفی آزمودنی ها شده است. لذا، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی ها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی گروه آزمایش شده است. ضریب اتا یا میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۶ بود. بحث و بررسی یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه انجام شد. در فرضیه اول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است. براساس نتایج بدست آمده ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی ها در ابعاد خودکارآمدی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی به ترتیب برابر با ۰/۵۸، ۰/۶۷ و ۰/۷۵ بود. براین اساس می توان گفت فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

این یافته با نتایج مطالعات پژوهشگران مختلفی نظیر نویدی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدی و رئیس (۱۳۹۷)، سعیدی، مبارکی و عباسی زاغه (۱۳۹۶)، امان اله پور (۱۳۹۶)، حیدری و همکاران (۱۳۹۵)، هربرت و همکاران (۲۰۲۲)، لی و همکاران (۲۰۲۲) و پاکنهام (۲۰۱۷) همخوان بود. در این رابطه پژوهش عظیمی فر و همکاران (۲۰۱۹) نیز حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود و افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک دارای مشکلات رفتاری بود.

خودکارآمدی برآورد کلی فرد از توانایی خود برای تأثیر گذاشتن بر عملکردهای ضروری در مدیریت شرایط می باشد (لین، هکمن و اندرسون^{۱۶۸}، ۲۰۲۲)، لذا استرسی که به مادران دارای کودکان دچار اختلال بیش فعالی/نقص توجه وارد می شود، منجر به کاهش خودکارآمدی این مادران می شود و خودکارآمدی پایین مادران، تأثیر منفی بسیار بر روند رشد کودک می گذارد، از این رو، ارائه برنامه های درمانی زودهنگام نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای حمایت مؤثر از کودکان و خانواده های درگیر با این گونه دشواری ها، پیامدهای منفی این اختلال را کاهش می دهد و انرژی های سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن، به مسیری صحیح سوق می دهد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی، می توان چنین استدلال نمود که در این درمان از راه گسلسن شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می آموزند که رویدادهای درونی را همان گونه که واقعاً هستند ببینند نه آن گونه که خود آن رویدادها نشان می دهند. این درنهایت سبب می شود که فرایند پذیرش بهتر رخ دهد، چون گسلسن از افکار، ارزشیابی و احساسات سبب می شود که کارکرد این رویدادهای درونی به مثابه موانع روان شناختی کاهش یابد و شفاف سازی ارزشها و همچنین انجام دادن تمرینات گوناگون، می تواند در افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت از سوی این مادران مؤثر باشد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار ناخوشایند حذف نمی شوند، بلکه تنها کمتر جدی گرفته می شوند. پذیرش برای اینکه همواره فرایند مفیدی باشد، اصولاً باید شامل تمایل به تجربه هر میزان از پریشانی باشد. داشتن تجزیه و تحلیل منطقی در برخورد با مشکلات و تسلیم مطلق نشدن در برابر استرس ها در دفعات اول و ارزیابی مجدد و مثبت این استرس ها توانست تأثیری مثبت بر افزایش میزان خودکارآمدی آزمودنی ها داشته باشد. همچنین به نظر می رسد این درمان، موجب ایجاد بینشی مثبت تر به شرایط در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شد و از سویی هم آنان را به مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز کرد که احتمال پذیرش کودک مبتلا را در این مادران بالاتر برد.

همچنین در تبیین این یافته می توان چنین اظهار نمود که درمان پذیرش و تعهد، نوعی از رویکرد درمانی است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری استفاده می کند و بیشتر بر آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت هایی که در راستای ارزش های شخصی است تأکید دارد. در این رابطه، از آنجا که مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه در برخی اوقات خود را مقصر این وضعیت می دانند، و احساس گناه از این شرایط بر توانایی کلی آنها تأثیر می گذارد و خودکارآمدی وی را کاهش می دهد، از این رو در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر حال و تمرکز ذهنی، ذهنیت سابق مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه نسبت به شرایط پیش آمده کاهش پیدا می کند و خودکارآمدی آنان افزایش پیدا می کند.

درفرضیه دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است.

نتایج بدست آمده نشان داد ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی ها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی گروه آزمایش می شود به نحوی که میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۶ بود. از این رو، می توان گفت فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار گرفت.

این یافته با نتایج مطالعات عثمانی و همکاران (۱۴۰۱)، فتحی و همکاران (۱۳۹۹)، متجی و گل پور (۱۳۹۷)، هان و همکاران (۲۰۲۱) سیوارت و همکاران (۲۰۱۹) و یاداویا و همکاران (۲۰۱۴) که نشان داده بودند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عواطف و راهبردهای هیجانی آزمودنی ها تأثیر دارد، همسو بود. در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عاطفه منفی، می توان گفت که بروز عواطف منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه با توجه به شرایطی که در آن قرار دارند، مستلزم پذیرش شرایط مزبور است. لذا، به نظر می رسد که پذیرش فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک منفی داشتن کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، همچنین پیش بین کارکردهای این مادران در آینده باشد. در این راستا، مک کراکن^{۱۶۹} و همکاران (۲۰۱۳) نیز عقیده دارند؛ پذیرش دو مؤلفه اساسی دارد: پذیرش ارادی شرایط دردناک نظیر داشتن فرزند بیمار و پرداختن به فعالیت با وجود این شرایط. در واقع، در این شیوه درمان به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه کمک می شود تا افکار آزار دهنده شان را فقط بعنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و بجای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است قدم بردارند. همچنین در این برنامه آموزشی به مادران

۱۶۸ Lin, Heckman & Anderson

۱۶۹ McCracken

دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه کمک می شود تا دریابند که داشتن یک زندگی سالم ضراحتاً همراه احساس بسیار خوب نیست، بلکه هدف اینست که هم احساس خوب و هم زندگی، خوبی را داشته باشیم. بدین معنا که اگر افراد همانطور که هیجانات را خود را تجربه می کنند، وقتی شرایط باعث ایجاد احساس بد می شوند و هیجانات بد را تجربه می کنند از نظر روانشناختی سالم می باشند. وقتی تفسیرهای افراد در مورد پیام ها غالب می شود، توانایی حفظ خود در برابر آن احساسات را نخواهند داشت و برعکس، وقتی هیجانات فقط که احساس باشند می توانند معنای واقعی خودشان را داشته باشند یا بعبارت دیگر احساسات کمی از گذشته آنها را به زمان حال می آورند. در واقع فرایندهای مرکزی پذیرش مبتنی بر تعهد به افراد آموزش می دهد، چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند بجای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند و رویدادها را بجای کنترل بپذیرند. در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عاطفه مثبت نیز می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه را تشویق می کند رابطه شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می آیند و می روند. در واقع این مادران می آموزند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. در زمینه هایی که اجتناب تجربه ای رخ می دهد، فرایندهای گسلس شناختی و پذیرش به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانینی که آنها را تنظیم می کند، کمک می کند. در این خصوص، پذیرش بدون قضاوت بسیار با اهمیت است و در عواطف مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه تأثیر مهمی دارد، به دلیل این که تأثیر این افزایش توجه متمرکز بر خود به سطح پذیرش مادران بستگی خواهد داشت. در واقع، در سطوح پذیرش بالا یک فرد به سادگی می تواند متوجه (برانگیختگی های روانی) افکار و احساسات خود شود بدون اینکه تلاشی به منظور کنترل آن ها انجام دهد، از آن ها فرار کند یا اجتناب نماید و بنابراین همین موضوع باعث می شود تأثیر بر عملکرد رفتاری کاهش بیابد. از طرف دیگر، در سطوح پذیرش پایین، فردی که دچار برانگیختگی های روانی می شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار، احساسات و هیجاناتش می شود، مثلاً فردی ممکن است تلاش کند تا افکارش را توجیه کند یا سرکوب نماید (مقصودی، رضوی، رضوی، جوادی، ۱۳۹۸).

بنابراین می توان اظهار نمود با ارائه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه یاد گرفتند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن فاصله بگیرند، و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر بپردازند، و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. وجود رفتارهای هدفمند که به واسطه آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در این مادران شکل گرفته، توانسته است تا موجب خودکنترلی و در نهایت کنترل بیشتر عواطف در آنان گردد. به بیانی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنها مداخله روانی و تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می شود تا انعطاف پذیری روانشناختی (توانایی تغییر یا ثبات، همراه با رفتارهای عملکردی که از راه آن اهداف تحقق می یابند) و همچنین پذیرش موقعیت (بدون آنکه نیاز به کنترل و غلبه بر آن در میان باشد)، فرد را آماده مواجهه با موقعیت نمونه و ضمن کاهش راهبردهای اجتنابی با کنترل عوطف، منجر به کاهش عواطف منفی و ارتقای عواطف مثبت می شود (هیز و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۳). در نتیجه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شرایط ناگواری از به لحاظ سلامتی عمومی دارا هستند که منجر به افت خودکارآمدی و عدم کنترل عواطف مختلف نظیر عواطف مثبت و منفی می شود. به طور کلی نتایج نشان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه در ابعاد خودکارآمدی و مولفه های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی و همچنین افزایش نمرات آنها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی شده است. بنابراین، یافته های پژوهش حاضر می تواند حرکت مفیدی در زمینه درمان روانشناختی نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه باشد و امید است با همراه کردن مداخلات روانشناختی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با توجه به کم هزینه بودن بتوان عواطف نامناسب نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه کنترل نموده و سطح خودکارآمدی آنان را افزایش داد. هر پژوهش با محدودیت های روبه رو است. محدودیت های پژوهش حاضر، نبود مرحله پیگیری برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول زمان از جمله مهمترین محدودیت های پژوهش بود. استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از دیگر محدودیت های پژوهش بود. با توجه به اینکه کلیه مراحل اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگر بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی به پرسشنامه سوگیری هایی وجود داشته باشد. از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عواطف مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شهر قم مورد بررسی قرار گرفته، بنابراین تعمیم نتایج آن به دیگر مادران دارای کودک بیمار سایر شهرها باید با احتیاط صورت بگیرد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهادهای توصیه میگرد که شامل پیشنهادات پژوهشی که شامل: پیشنهاد می شود بررسی های دیگری در سایر مناطق جغرافیایی انجام شود تا با اطمینان بیشتری نسبت به تعمیم نتایج آن پرداخته شود. با توجه به تایید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، استفاده از این روش درمانی در پژوهش های مشابه در بین سایر مادران دارای کودک بیمار نیز توصیه می شود. با توجه به نبود مرحله پیگیری از آنجایی که ممکن است اثرات درمان پس از ۱۷۰

گذشت یک یا چند ماه از مرحله پس آزمون تداوم نداشته باشد لذا پیشنهاد می شود، جلسات حمایتی هر چند وقت یکبار پس از پایان درمان برای حفظ اثرات درمانی تا طولانی مدت برگزار شود. و پیشنهادهای کاربردی، با توجه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، می توان از این نوع درمان به طور گسترده برای مادرانی که کودک بیمار دارند استفاده نمود. با توجه به نتایج این تحقیق، متخصصان بالینی و مشاوران می توانند از این برنامه درمانی در کار با مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه و برخی از مشکلات روانشناختی آنها استفاده نمایند. دانشجویان و پژوهشگران مراکز آموزش عالی از نتایج این مطالعه می توانند بهره مند شوند. با توجه به اهمیت عواطف مثبت و منفی و خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به ورت گسترده و با برگزاری کلاس و کارگاه در این زمینه کمک می کند که این مادران ادراک بهتری از ظرفیت ها و توانایی های خود برای پاسخدهی عاطفی پیدا کنند و با استفاده از توانایی های شخصی بر موقعیت های استرس زا فائق آیند.

منابع

احمدی اکرم، رئیسی زهره. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم. فصلنامه علمی-پژوهشی خانواده و پژوهش. ۱۳۹۸؛ ۱۶ (۲): ۱۲۳-۱۳۷

- Antshel KM, Barkley R. (2020) Attention deficit hyperactivity disorder. *Handb Clin Neurol.* ;174:37-45. [PubMed ID: 32977893]. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00003-X>.
- Behnke, M., Buchwald, M., Bykowski, A., Kupiński, S., & Kaczmarek, L. D. (2022). Psychophysiology of positive and negative emotions, dataset of 3317 cases and 0 biosignals. *Scientific Data*, 9(3), 3-31
- Cabral MDI, Liu S, Soares N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Transl Pediatr.* 2020;9(Suppl 1):S104-13. [PubMed ID: 32206588]. [PubMed Central ID: PMC7082246]. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.08>.
- Chisari, C., McCracken, L. M., Cruciani, F., Moss-Morris, R., & Scott, W. (2022). Acceptance and Commitment Therapy for women living with Vulvodynia: A single case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 31-13
- Condo, J. S., Chan, E. S., & Kofler, M. J. (2022). Examining the effects of ADHD symptoms and parental involvement on children's academic achievement.
- Hosseini, S. K., Fard, R. J., & Shoushtari, M. T. (2024). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation, Behavioral Symptoms, and Academic Performance of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, 13(1). Research in Developmental Disabilities, 322, 333311.
- Datu, J. A. D., Valdez, J. P. M., McInerney, D. M., & Cayubit, R. F. (2022). The effects of gratitude and kindness on life satisfaction, positive emotions, negative emotions, and COVID-19 anxiety: An online pilot experimental study *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 33(2), 137-113.
- Gan, Y., & Fu, Q. (2022). Risk perception and coping response to COVID-19 mediated by positive and negative emotions: A study on Chinese college students. *Plos one*, 37(3), e3212313.
- 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*, 33(2), 303-390.
- Hann, K. J., McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(3), 237-227
- Kivumbi A, Byansi W, Damulira C, Namatovu P, Mugisha J, Sensoy Bahar O, et al. Prevalence of behavioral disorders and attention deficit/hyperactive disorder among school going children in Southwestern Uganda. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):105. [PubMed ID: 30943981]. [PubMed Central ID: PMC6446353]. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2069-8>.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., Johnson, S. L. (2014). *Abnormal psychology*, Translated By Hamid Shamsipour. Tehran: Arjmand Pub.
- Leader G, Moore R, Chen JL, Caher A, Arndt S, Maher L, et al. (2022). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, comorbid psychopathology, behaviour problems and gastrointestinal symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Ir J Psychol Med.*;39(3):240-50. [PubMed ID: 33973506]. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.135>.
- Lin, T., Heckman, T. G., & Anderson, T. (2022). The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 317.
- Leader G, Moore R, Chen JL, Caher A, Arndt S, Maher L, et al. Attention deficit hyperactivity disorder

- (ADHD) symptoms, comorbid psychopathology, behaviour problems and gastrointestinal symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Ir J Psychol Med.* 2022;39(3):240-50. [PubMed ID: 33973506]. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.135>.
- Magnus, W., Nazir, S., Anilkumar, A. C., & Shaban, K. (2023). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Maghsoudi, Z., Razavi, Z., Razavi, M., & Javadi, M. (2019). Efficacy of acceptance and commitment therapy for emotional distress in the elderly with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 32, 2317
- Matteucci, M. C., Scalone, L., Tomasetto, C., Cavrini, G., Selleri, P. (2019). Healthrelated quality of life and psychological wellbeing of children with Specific Learning Disorders and their mothers. *Research in Developmental Disabilities*, 07: 31-11.
- Molazamani F, Bavi S, Jayervand H.(2023) .Effects of a Computer-Based Intervention on Sustained Attention, Divided Attention, and Impulsivity in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Res Paramed Sci.*;12(2)
- Montaner, X., Tárrega, S., Pulgarin, M., & Moix, J. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in professional dementia caregivers burnout. *Clinical gerontologist*, 31(3), 931-921.
- Maddux, J. E., & Gosselin, J. T. (2022). Self-efficacy. The Guilford Press
- McCracken, L. M., Sato, A., Taylor, G. J. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, 33 (33), 3190-3331
- Olsen, K. N., Powell, M., Anic, A., Vallerand, R. J., & Thompson, W. F. (2022). Fans of violent music: The role of passion in positive and negative emotional experience. *Musicae Scientiae*, 21(2), 113-107.
- Oren, G., Poria, Y., & Reichel, A. (2022). The positive role of negative emotions in heritage-site visits: The case of Auschwitz Death Camp. *Journal of Heritage Tourism*, 37(2), 310-371
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 3-33.
- Reyes, A. T. (2022). The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 1-32.
- Rizzutti S, Schuch V, Augusto BM, Coimbra CC, Pereira JP, Bueno OF. Neuropsychological Profiles Correlated with Clinical and Behavioral Impairments in a Sample of Brazilian Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry.* 2015;6:163. [PubMed ID: 26635638]. [PubMed CentralID: PMC4661035]. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00163>.
- Rodwell, D., Bates, L., Larue, G. S., Watson, B., & Haworth, N. (2022). Parents' self-efficacy and the quality of supervised driving practice they provide for their children. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 07, 30.
- Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE, Hechtman LT, Owens EB, Stehli A, et al.(2017) .Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *J Child Psychol Psychiatry.*;58(6):655-62. [PubMed ID: 27642116]. [PubMed Central ID: PMC5809153]. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12620>.
- Schunk, F., Zeh, F., & Trommsdorff, G. (2022). Cybervictimization and well-being among adolescents during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of emotional self-efficacy and emotion regulation. *Computers in human behavior*, 321, 337311
- Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 39(3), 399-137.
- Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.* 2010;122(5):97-109. [PubMed ID: 20861593]. [PubMed Central ID: PMC3724232]. <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.09.2206>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1998). Development and validation of briefmeasures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 13(1), 3311.
- Wilens TE, Spencer TJ.(2010). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.*;122(5):97-109. [PubMed ID: 20861593]. [PubMed Central ID: PMC3724232]. <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.09.2206>.
- Yoo HJ, Han JM, Kim K, Song G, Yee J, Chung JE, et al. Association between attention deficit hyperactivity disorder and aggression subscales in adolescents. *Brain Behav.* 2021;11(3). e02030. [PubMed ID: 33439553]. [PubMed Central ID: PMC7994686]. <https://doi.org/10.1002/brb3.2030>.