



اعضای افتخاری:

احمد محیط ، روانپزشک و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
استفان موریتر ، 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 سعید ملیحی الذاکرینی و مونا فرهادی

مشاوران علمی:

احمد یوسفی ، روانشناس بالینی و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
آرزو تارمرادی ، 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 شیرمحله ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
طاهره رنجبری پور ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
محمد رضا صیرفی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
مجتبی انصاری شهیدی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
مونا دریا افزون ، 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 ، هلیا ملیحی الذاکرینی (ویراستار انگلیسی)
قیمت: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال



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

Arezo 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, Helia Malihialzackerini (English Editor)

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 داشته اند و عدم انتشار آن در آینده در جاهای دیگر به همان فرم و زبان، بدون اجازه کتبی از ناشر در صورت پذیرش می باشد. (مسئولیت حقوقی بر عهده نویسنده/نویسندگان خواهد بود) مقاله های باید با رعایت کامل آئین نگارش 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، می توان با حروف فارسی از آوانویسی استفاده و اصل واژه لاتین داخل پرانتز یا زیرنویس نگاشته شود. مقاله های قابل پذیرش در فصلنامه تازه های علوم اعصاب شامل موارد زیر می باشد:

الف- مقاله های اصیل پژوهشی که گزارش علمی از مطالعات تحقیقی اصیل می باشند. این مقاله های شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) مقدمه، روش بررسی، یافته ها، بحث، نتیجه گیری، تشکر و قدردانی و منابع می باشند.

ب- مقاله های 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 می شوند، اما مقاله های مروری که موضوعات آنها مناسب، ولی سفارش هیئت تحریریه نبوده اند نیز مورد بررسی قرار می گیرند. این مقاله ها شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، روش بررسی، بحث، نتیجه گیری و منابع می باشد.

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

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

ارسال مقاله:

مقاله ها تنها از طریق وب سایت (<https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>) و یا پست الکترونیک مجله (healthpsychology@kiauo.ac.ir) (healthpsychologyjournal@gmail.com) پذیرفته می شوند. مقاله باید در محیط ویندوز و برنامه Word قابل قرائت با نرم افزار ۲۰۱۰-Office به بالا با فونت ب لوتوس شماره ۱۲ در خطوطی که ۲ فاصله بهم داشته و حدود ۲/۵ سانتی متر حاشیه از هر طرف صفحه تایپ شده باشد. جداول و نمودارها باید با کیفیت مناسب و در صفحات جداگانه طراحی و کشیده شوند و از جاگذاری عکس یا اسکن کپی آنها در فایل خودداری شود. اشکال باید به صورت JPEG یا GIF با کیفیت بالا باشند.

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 هریک از نویسندگان (به فارسی و انگلیسی) به همراه آدرس پستی کلیه آنها و تلفن، نمابر و پست الکترونیک

ب- چکیده فارسی: کلیه مقاله های پژوهشی باید یک چکیده سازمان یافته شامل حداکثر ۲۵۰ کلمه و بخشهای هدف، روش بررسی، یافته ها، نتیجه گیری و کلید واژه ها 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 نمونه گیری و جامعه آماری مربوطه، ابزارهای پژوهش و متغیرهای مورد بررسی و روشهای تحلیل آماری داده ها مشخصاً نام برده شوند. همچنین در یافته های 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: خلاصه ای از تعاریف، اصول، تئوریه و بیان مسئله و سپس مروری از پیشینه تحقیق، مجهولات بجامانده از تحقیقات قبلی، دلایل لزوم مطالعه و هدف مطالعه را شامل می شود. نباید به داده ها و نتیجه گیری 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، نمونه ها و نحوه انتخاب آنها، معیارهای ورود و خروج و متغیرهای پایه ای مربوطه که مورد لحاظ بوده اند، موضوعات آزمایشگاهی، متغیرهای مورد بررسی و ابزارهای سنجش بکار رفته و روایی و پایایی آنها را مشخصاً ذکر نماید. ملاحظات 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 گرفته اند، 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 داده است.

و- یافته ها: می تواند 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 یافته های 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 یافته های 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- نتیجه گیری: 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 مقاله های 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 بعهد 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 مقاله های به همراه URL هر یک از آنها در نرم افزار Endnote وارد و فایل کتابخانه آن (Library) همراه مقاله ارسال گردد.

فهرست

- ۶ هوش عملی ، کارکردهای زبانی و دیداری-حرکتی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری
راحله کرم پور / بیوک تاجری / مرتضی نصیری نسب
- ۲۲ بررسی ارتباط مسئولیت پذیری بر سازگاری و کیفیت کاری کارمندان بانک ملت شهر تهران
مبینا ابوالقاسمی / علی اکبر صلاحی
- ۳۱ جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات روان درمانی روانشناسان و روانپزشکان: مرور سیستماتیک
شواهد پژوهشی سه دهه اخیر
بهاره رمضانپور / مهدی اکبری
- ۵۶ اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان
خون
مائده علیزاده / مجید پور فرج عمران
- ۶۴ ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد
بهنجار
ربابه عطائی فر
- ۸۰ مقایسه سبک های مقابله با استرس در افراد دارای ترومای کودکی و فاقد تروما
زهرا کشاورز تحصیلی / احمد کربلایی محمد میگونی / محمدعلی کلهر
- ۸۷ اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا
به سوگ پدر در شهر ساری در سال ۱۴۰۲
نگار محمدجان زاده / ابراهیم محمدیان
- ۹۴ مقایسه تاثیر موسیقی درمانی بر بیماری پرفشاری خون در بیماران میانسال و سالمند
معصومه خانلری / حمیدرضا حسین زاده / علی روحانی
- ۱۰۲ اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی در زنان استان البرز
زینب مرادی / زینب کاویانی / نفیسه درودیان

گفتار ویژه

روز جهانی مغز

دکتر سید بهنام الدین جامعی

آناتومیست و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ ده هزار سال شناخت بشر از مغز انسان از قدمت مجموعه های سوراخ شده ای ، , terapanized که به منظور درمانها بیماریهایی که منشا آن را مغز می دانسته اند و به حدود هفت هزار سال قبل از میلاد باز می گردد . شناخت بشر از مغز انسان از قدمت مجموعه های سوراخ شده ای , terapanized , که به منظور درمانها بیماریهایی که منشا آن را مغز می دانسته اند و به حدود هفت هزار سال قبل از میلاد باز می گردد بعنوان سند شناخت بسیار ابتدایی انسان از مغز ثبت شده است.

پس از آن ، کشف اولین دستنویس انسان بر روی پاپیروس های مصری به زبان هیروگلیف ، پاپیروس ادوین اسمیت متعلق به حدود ۱۸۰۰ تا ۲۵۰۰ پیش از میلاد ، که در آن از مغز انسان گفته شده تا سال ۱۹۰۶ که جایزه نوبل پزشکی و فیزیولوژی به دانشمند اسپانیایی سانتیاگو رامون کاخال پدر نورواناتومی نوین و دکترین نورونی تعلق گرفت و پس از آن دست یافتن بشر به "هوش مصنوعی" که مبتنی بر دانش بشر در حوزه شناخت مغز است ده هزار سال گذشته است و هنوز "مغز انسان" شاهکار بی بدیل خلقت و رازی سر به مهر است.

مغز انسان و کائنات همچنان رازهای ناشناخته هستند

۲۲ جولای روز جهانی مغز "WBD" است . روز جهانی مغز نماد تلاش بشر برای شناخت ساختاری است که نه تنها دنیای ما را متاثر ساخته که تمام درک ما از دنیا بخاطر آن است. هیچ علمی به اندازه شناخت مغز انسان برای انسان خردمند ضروری نیست.

روز جهانی مغز ، نماد دانش ، اندیشه و تفکر ، بینش و فرهنگ است. این روز را برای رسیدن به زندگی بهتر مبتنی بر تفکر و آگاهی گرامی بداریم.

هوش عملی، کارکردهای زبانی و دیداری-حرکتی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری

دکتر راحله کرم پور

دکتری تخصصی روانشناسی بالینی - رشد

دکتر بیوک تاجری

استادیار گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

مرتضی نصیری نسب

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد کرج، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Practical intelligence, Language and visual-motor functions of children with learning disabilities

Raheleh Karampour (PhD)

Medical and Developmental Psychologist

Biouk Tajeri (PhD)

Assistant Professor, Department of Health and Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Morteza Nasiri Talab

Master of Personality psychology, Department of Personality Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

The present study aimed to compare practical intelligence, language, and visual-motor functions of normal and learning-disabled boys and girls (7 and 8 years old) in elementary school in Alborz province in Karaj city. To conduct this study, 60 normal students (30 girls and 30 boys) and 60 students with learning disabilities (30 girls and 30 boys), a total of 120 students from the first and second grades (7 and 8 years old) of the elementary school in District 2 of Karaj city, who were matched in terms of age and intelligence, were studied using purposive sampling.

To diagnose children with learning disabilities, based on the diagnostic criteria of DSM-5, information from teachers, observation of test sheets, spelling books, and, if necessary, the health certificates of the students were used. To measure the practical intelligence of these students, the perceptual reasoning subtests (design with cubes, pictorial concepts, pictorial reasoning, and picture completion) of the Wechsler Children's 4 were used. The language functions of these students were also evaluated using the TOLD-P:3 language development test. Their visual-motor abilities were then measured using the Bender Gestalt test. Descriptive statistics and independent t-test were used to analyze the data, along with Pearson correlation and stepwise regression analysis, according to the hypotheses presented.

The results showed that there is a difference between the practical intelligence, linguistic and visual-motor functions of children with learning disabilities and normal children in elementary school (7 and 8 years old), which is significant at the alpha level of 0.01.

In other words, with 0.99 confidence, it can be said that there is a significant difference between children with learning disabilities and normal children in elementary school in terms of practical intelligence, linguistic and visual-motor functions, and normal children had a higher average than students with learning disabilities. Also, the more visual-motor functions and language functions children have, the higher their practical intelligence will be. Both variables (visual-motor functions, language functions, and systems thinking) were able to explain 0.630% of the practical intelligence of normal and learning-disabled boys and girls (7 and 8 years old) in elementary school.

Keywords: Learning disorder, practical intelligence, language functions, visual-motor functions.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی هوش عملی، کارکردهای زبانی و دیداری-حرکتی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی استان البرز در شهر کرج صورت گرفته است. برای انجام این تحقیق ۶۰ نفر دانش آموز عادی (۳۰ نفر دختر و ۳۰ نفر پسر) و ۶۰ نفر دانش آموز دارای اختلال یادگیری (۳۰ نفر دختر و ۳۰ نفر پسر)، جمعاً ۱۲۰ نفر از بین دانش آموزان پایه اول و دوم (۷ و ۸ ساله) مقطع ابتدایی ناحیه ۲ شهر کرج که از نظر سن و هوش هم‌تا سازی شده بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تشخیص کودکان دارای اختلال یادگیری، بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-۵ از اطلاعات معلمان، مشاهده‌ی برگه‌های آزمون‌ها، دفاتر املا و در صورت لزوم از شناسنامه سلامت دانش آموزان استفاده شد. برای سنجش هوش عملی این دانش آموزان از خرده آزمون‌های استدلال ادراکی (طراحی با مکعب‌ها، مفاهیم تصویری، استدلال تصویری و تکمیل تصویرها) و کسلسر کودکان ۴ استفاده شد. همچنین توسط آزمون رشد زبان TOLD-P:۳ کارکردهای زبانی این دانش آموزان مورد ارزیابی قرار گرفت. در ادامه توانایی‌های دیداری-حرکتی ایشان با آزمون بندر گشتالت سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به فرضیه‌های مطرح شده از آمار توصیفی و آزمون t مستقل به همراه روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد بین هوش عملی، کارکردهای زبانی و دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارت دیگر با ۰/۹۹ اطمینان می‌توان ادعان داشت که کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی از نظر هوش عملی، کارکردهای زبانی و دیداری-حرکتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و کودکان عادی از میانگین بیشتر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری برخوردار بودند. همچنین هر چه کودکان از کارکردهای دیداری-حرکتی و کارکردهای زبانی بیشتری برخوردار باشند، به همان نسبت میزان هوش عملی افزایش خواهد یافت. هر دو متغیر (کارکردهای دیداری-حرکتی، کارکردهای زبانی و تفکر سیستمی) توانسته‌اند جمعاً با هم ۰/۶۳۰ درصد از چاب هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی را تبیین کنند.

کلید واژه‌ها: اختلال یادگیری، هوش عملی، کارکردهای زبانی، کارکردهای دیداری-حرکتی.

مقدمه

یادگیری و آموختن جزء جدانشدنی زندگی هر انسانی در تمام طول عمر محسوب می‌شود. نوزادان از لحظه‌ی تولد شروع به شناخت خود و محیط اطراف کرده و با بزرگ‌تر شدن این کنجکاوی و آشنایی و یادگیری عمیق‌تر و بیش‌تر می‌شود. از این رو پرداختن به نحوه و شیوه‌های گوناگون آموختن و روش‌های مختلف یاددهی و یادگیری در زندگی افراد از اهمیت خاصی برخوردار است. حال اگر ناخواسته در این فرایند خللی ایجاد شود، خیلی زود نمایان شده و نه تنها خود فرد، بلکه اطرافیان را هم دچار چالش و نگرانی خواهد کرد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، دانش آموزان نارساخوان، علیرغم وجود برنامه‌های آموزشی مناسب، هوش طبیعی و داشتن فرصت‌های کافی اجتماعی-فرهنگی، دچار کم‌توانی ذهنی یا تأخیر در یادگیری خواندن هستند. دانش آموزان نارساخوان مشکلاتی در بازشناسی حروف و کلمه، یادآوری اعداد و حروف و کلمات و ادراک دارند (گرگور و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از نظری، سیاحی، ۱۳۹۳).

در مورد شیوع اختلالات یادگیری آمار مختلفی ارائه شده است که این تفاوت آماری بسته به تعریفی است که از آن ارائه می‌شود (تبریزی، ۱۳۹۲). بر اساس بررسی‌های بالینی، شیوع اختلال ریاضی نزدیک به ۲۰ درصد کودکان مبتلا به اختلال یادگیری و یک درصد کل دانش آموزان را در برمی‌گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ به نقل از سلطانی کوهبنانی و همکاران، ۱۳۹۱). در حال حاضر نارساخوانی پر شیوع‌ترین نوع اختلال یادگیری و در حدود ۳۱ درصد شیوع کل اختلالات یادگیری را در برمی‌گیرد (اسچالت - کورن، ۲۰۱۰؛ به نقل از نظری، سیاحی، ۱۳۹۳). در مورد اختلالات زبان نوشتاری نیز می‌توان پیش‌بینی کرد که حداقل ۱۰ درصد کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فلتچر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

طبق یک فراتحلیل در مورد شیوع اختلالات یادگیری در ایران، به طور کلی نرخ شیوع اختلالات یادگیری ۸/۸۱ درصد بود که در واقع نشان می‌دهد اختلالات یادگیری در دانش آموزان ایرانی از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است (بهراد، ۱۳۸۴؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۹۱). در تحقیقات اخیر در مورد شیوع این اختلال چنین بیان شده است که تقریباً ۶ درصد از دانش آموزان مدارس عمومی با یک نوع ناتوانی یادگیری شناسایی می‌شوند (خوشحال، حسین خازنده، پرنده، ۱۳۹۴).

در زمینه‌ی علل بروز اختلالات یادگیری موارد گوناگونی مطرح شده‌اند که برخی از آن‌ها عبارتند از: آسیب دیدگی جزئی مغز که یکی از فرضیه‌های رایج است. اشتراوس معتقد است ضایعه ارگانیک و نقص نظام عصبی-حرکتی که علل برون‌زادی و فاقد ساخت ژنتیکی است، اختلالاتی در ادراک، فکر کردن و رفتار عاطفی چه به صورت مجزا و چه به صورت شکل ترکیبی از خود بروز می‌دهد

(دادستان، ۱۳۷۹، به نقل از شریفی، ربیعی، ۱۳۹۱). در همین راستا نقایصی در هیپوکامپ، پره ی فرونتال، مخچه و همچنین، نقایصی از نوع عدم تحقق غلبه ی طرفی، می تواند به نوعی از نارسائی های ویژه ی یادگیری منجر شود. نارسائی های ویژه ی یادگیری طبیعت عصب شناختی دارند و در تمام عملکردهای یادگیری در مغز و نظام عصبی شکل می گیرند. نقص در کارکرد سیستم عصبی مرکزی نیز به عنوان یکی از شایع ترین علل نارسائی های یادگیری مطرح می شوند (فیدرویکز، ۲، ۱۹۹۹، به نقل از غنائی چمن آباد و همکاران).

اگرچه در سبب شناسی این اختلالات بر عوامل زیستی و بدکارکردی های سیستم عصبی مرکزی تأکید می شود؛ اما مطالعه بر روی دانش آموزان ابتدایی در کالیفرنیا ایالات متحده نشان داد که عوامل روانی- اجتماعی و جمعیت شناختی اثر برجسته ای بر بروز، شیوع و تشدید پیامدهای منفی این اختلالات دارند (دیویس و برویتن، ۲۰۱۱).

اختلالات یادگیری در ابعاد مختلفی توانایی های فرد را تحت تأثیر قرار داده و ضعف ها و محدودیت هایی برای وی ایجاد می کند: نظریه های جدیدتر باور دارند که ضعف اصلی این کودکان، نارسایی کنش وری شناختی- زبانی و ناتوانی در پردازش اطلاعات شنیداری و دیداری است، هم چنین استفاده از روش ها و راهکارهای فراشناختی نیز برای دانش آموزان با اختلال یادگیری دشوار است (کاظمی، سیف، ۱۳۸۹). همچنین پژوهش درومی نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به دلیل نارسایی هایی در فرایند حافظه، پردازش و سازماندهی در برخی یا در تمام مهارت های زبان، ظرفیت زبان و رفتار دچار محدودیت هایی می شوند (به نقل از محمدیان، ۱۳۹۱).

مطابق DSM-5 اصطلاح اختلال یادگیری خاص برای پوشش دادن اختلالاتی استفاده می شود که هر کدام یکی از عملکردهای افراد در آزمون های استاندارد شده را تحت تأثیر قرار می دهد، مثل خواندن، نوشتن، و ریاضیات. دانش آموزان مبتلا به این ناتوانی ها بسیار کمتر از آنچه از سن و سطح هوشی آن ها انتظار می رود موفق می شوند. افراد مبتلا به اختلالات یادگیری، در تنظیم اطلاعات، ادراک دیداری و شنیداری، حافظه و توجه، نقص دارند. همچنین بدون کمک های ویژه، معمولاً ضعیف عمل می کنند، دوستان و اعضای خانواده آن ها را ناتوان می دانند و در نتیجه، عزت نفس و انگیزه آن ها بسیار پایین است. هم چنین ترک تحصیل در کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری بیش تر است و این افراد در عملکرد شغلی و اجتماعی خود نیز دچار مشکل می شوند (گنجی، ۱۳۹۳).

هم چنین بر اساس تعریف کمیته ی مشترک ملی ناتوانی های یادگیری ۳ که در سال ۲۰۰۵ ارائه نموده ناتوانی های یادگیری به

گروهی از اختلالات ناهمگن اطلاق می شود که به صورت اشکال جدی در فراگیری و کاربرد گوش دادن، حرف زدن، خواندن، نوشتن و محاسبه تظاهر می کند. این اختلالات احتمالاً منشأ عصب شناختی و روندی تحولی دارند که پیش از دبستان شروع و تا بزرگسالی ادامه پیدا می کند.

یکی از مهمترین موضوعات در بررسی اختلال یادگیری بررسی ادراک دیداری، هماهنگی دیداری- حرکتی، مسیرهای ادراکی، سازماندهی ذهنی فرایند زبان، عملکرد روانی پایه، شناخت و غیره می باشد. از آن جا که مهم ترین امتیاز انسان بر حیوانات دیگر بهره مندی او از استعداد اندیشیدن و بیان افکار و عواطف خود به وسیله رمزهای (زبان) گفتاری و نوشتاری است. بنابراین بین زبان و یادگیری مخصوصاً خواندن و نوشتن رابطه ی بسیار نزدیکی وجود دارد، از سویی دیگر زبان دارای کنش دوگانه ای است و می توان آن را هم وسیله ی شناخت یعنی ابزار فکر و هم وسیله ی ارتباط یعنی ابزار زندگی اجتماعی دانست (دادستان، ۱۳۷۸). هر گونه خللی در کارکردهای طبیعی زبان باعث بروز آسیب های عدیده ای خواهد شد. به طوری که بارزترین اثر تأخیر در رشد زبان، تأخیر در انواع یادگیری ها، مشکلات عصبی- روانی و مشکلات ارتباطی- اجتماعی است (یار محمدیان، ۱۳۹۱). همچنین بر اساس نظریه ی چامسکی^۴، هر گونه محدودیت در فرآیند یادگیری زبان مادری، فرآیند رشد و نمو کودک را مختل می کند و ضربات سهمگینی را به قوه ی ادراک و روان او وارد می سازد (نوشین فر، ۱۳۹۰).

از طرفی کودکان ناتوان در یادگیری، در یک یا چند فرایند اساسی روانی در ارتباط با فهم یا کاربرد زبان (شفاهی یا کتبی) از خود ناتوانی نشان می دهند. تظاهرات این ناتوانی ممکن است به صورت اختلال در گوش دادن، فکر کردن، سخن گفتن، خواندن، نوشتن، هجی کردن یا یادگیری باشد (تبریزی، ۱۳۹۲). با توجه به این مباحث، بررسی کارکردهای زبانی و دیداری- حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری نه تنها امری اجتناب ناپذیر بوده بلکه در برنامه ریزی های درمانی برای این کودکان حائز اهمیت و بسیار حیاتی است.

میزان شیوع این دانش آموزان توسط محققان مختلف با ابزارهای تشخیصی دارای سطوح دشواری متفاوت در کشورهای مختلف از حداقل ۵ تا حداکثر ۲۸ درصد گزارش شده است (برنایس، لورین، مارین، وجنیت، ۲۰۰۸). با توجه به نرخ بالای شیوع این اختلال و نیز سایر موارد ذکر شده، شناسایی زود هنگام کودکان دارای اختلالات یادگیری برای تأثیر بهتر مداخله های درمانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هر چند این کودکان اغلب تا سنین قبل از مدرسه شناسایی نمی شوند، ولی با ورود به مدرسه به ویژه در سال های اول و دوم دبستان، مشکلات آنان در زمینه ی خواندن،

4 Chomsky

5 Bernice, Lorraine, Maureen & Jeanett

2 Fiedrowicz

3 national joint commit an learning disabilitis

است. در ویرایش چهارم این مقیاس، هوشبهر کل و چهار نوع هوشبهر محاسبه می گردد که شامل درک کلامی: (شباهت ها، واژگان، درک مطلب، اطلاعات عمومی و استدلال کلامی)، استدلال ادراکی: (طراحی با مکعب ها، مفاهیم تصویری، استدلال تصویری و تکمیل تصاویر)، حافظه ی فعال: (فراخوانی ارقام، توالی حرف و عدد و تکمیلی حساب) و سرعت پردازش: (رمز نویسی، نمادیابی و تکمیلی خط زنی) می باشد

(ب) آزمون رشد زبان TOLD-P:۳:

این آزمون یکی از باسابقه ترین، معتبرترین، رایج ترین و جامع ترین آزمون ها در زمینه ی سنجش رشد زبانی کودکان انگلیسی زبان است. که برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ و با نام (TOLD) انتشار یافت و دارای ۵ خرده آزمون بود. در سال ۱۹۸۲ یک سری تغییرات مهم در آزمون به عمل آمد و به TOLD-P تغییر نام یافت. دلیل گنجاندن حرف P در عنوان آزمون که دلالت بر (اولیه) دارد این بود که آن را از همتای خود که برای سنین ۶-۸ تا ۱۱-۱۲، (ماه- سال) تهیه شده بود و (TOLD-I) نام داشت، مجزا سازد.

در سال ۱۹۸۸، ویراست دوم TOLD-P تحت عنوان TOLD-P:۲، انتشار یافت. در ویراست دوم اصلاحات مهمی در جهت بهبود آزمون صورت گرفته بود. در سال ۱۹۸۸، سازندگان آزمون بر اساس اندوخته های تجربی خود و پیشنهادات افرادی که از TOLD-P:۲، استفاده می کردند تغییراتی را در آزمون به وجود آوردند و بدین ترتیب TOLD-P:۳، جهت استفاده در کودکان ۰-۴ تا ۱۱-۸ (ماه- سال)، شکل گرفت.

این آزمون مبتنی بر یک مدل دو بعدی است که در یک بعد آن نظام های زبان شناختی با مؤلفه های گوش کردن، سازماندهی و صحبت کردن قرار دارد و در بعد دیگرش مختصات زبان شناختی با مؤلفه های معناشناسی، نحو و واج شناسی قرار دارد.

(ج) آزمون دیداری - حرکتی بندر-گشتالت:

در این تحقیق از آزمون بندر-گشتالت با شیوه ی نمره گذاری کوپیتز استفاده شده است. این آزمون مشتمل بر ۹ کارت است که بر روی هر کارت یک طرح ترسیم شده است. آزمون بندر-گشتالت با شیوه ی نمره گذاری رشدی کوپیتز جهت تشخیص کودکان مبتلا به بدکارکردی های مغزی، مبتلا به مشکلات هیجانی، آمادگی تحصیلی رشدی، و ناتوانی های یادگیری قابل استفاده است (کوپیتز، ۱۹۷۵).

توصیف آماری داده ها

توزیع آماری نمونه بر حسب جنسیت

نتایج بدست آمده از آمار جمعیت شناختی پاسخ دهندگان در خصوص جنسیت نشان می دهد که ۶۰ نفر (۵۰/۰) درصد از پاسخ دهندگان پسر و ۶۰ نفر (۵۰/۰) درصد از پاسخ دهندگان دختر

Test of Language Development

نوشتن، حساب کردن و هجی کردن به تدریج مشخص می شود (شهیم، هارون رشیدی، ۱۳۸۶).

طرح پژوهش و متغیرهای آن

این پژوهش از نوع غیر آزمایشی و پس رویدادی است. در این پژوهش هوش عملی (هوشبهر استدلال ادراکی)، کارکردهای زبانی (زبان گفتاری، گوش کردن، سازماندهی، صحبت کردن، معنی شناسی و نحو) به همراه کارکردهای دیداری-حرکتی به عنوان متغیر بین کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری مورد مقایسه قرار گرفته اند. همچنین سن و جنسیت آزمودنی ها نیز متغیرهایی بودند که توسط محقق تحت کنترل قرار گرفتند.

جامعه آماری

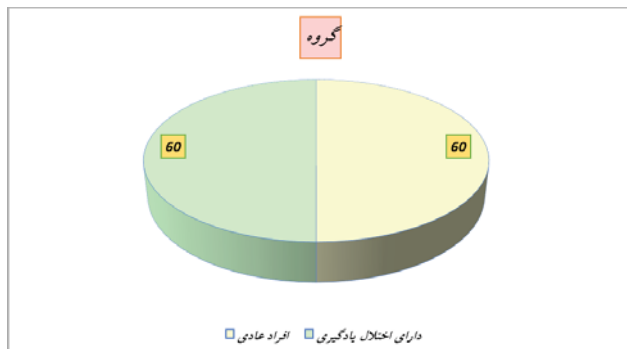
جامعه ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان پایه اول و دوم مقطع ابتدایی مدارس آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر کرج هستند.

نمونه، نمونه گیری و اجرا

در انتخاب گروه نمونه به روش نمونه گیری هدفمند عمل شده است. به طوری که پس از اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ کرج، ابتدا به منظور شناسایی و انتخاب دانش آموزان دچار اختلالات یادگیری با مشکل خواندن، نوشتن و ریاضی، به مرکز اختلال یادگیری ناحیه ۲ کرج مراجعه شد. علاوه بر آن بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-۵ از اطلاعات معلمان و مشاهده ی برگه های آزمون و دفاتر املا و شناسنامه ی سلامت دانش آموزان محصل در مدارس پسرانه آینده سازان، دخترانه ایلپایی و دخترانه شهید قندی نیز استفاده شد. سپس با اولیای این دانش آموزان جلسه ی توجیهی برگزار شد و بعد از گرفتن رضایت نامه، ۱۲۰ نفر؛ ۶۰ دانش آموز عادی (۳۰ نفر دختر و ۳۰ نفر پسر) و ۶۰ دانش آموز دارای اختلال یادگیری (۳۰ نفر دختر و ۳۰ نفر پسر) از نظر جنسیت و سن و پایه تحصیلی همساز شد. در مرحله ی بعد، ابتدا آزمون هوشی و کسler کودکان ۴ اجرا شد تا از عادی بودن هوش این دانش آموزان اطمینان حاصل شود سپس برای ارزیابی کارکردهای زبانی، آزمون رشد زبانی TOLD-P:۳ و در نهایت آزمون دیداری-حرکتی بندر گشتالت با سیستم نمره گذاری کوپیتز برای بررسی کارکردهای دیداری-حرکتی اجرا شد. که هر سه آزمون از اعتبار و روایی خوبی برخوردار هستند.

ابزارهای پژوهش

(الف) آزمون هوش و کسler ویرایش چهارم
در مطالعه حاضر، چهارمین ویرایش مقیاس هوشی و کسler کودکان که در سال ۲۰۰۳ منتشر شده، مورد استفاده قرار گرفته



نمودار شماره (۴-۱): توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب گروه

بررسی توصیفی مؤلفه های آزمون ها :

در این قسمت توصیف آماری (میانگین و انحراف معیار) آزمون های وکسلر، رشد زبانی Told-P:۳ و مؤلفه های آن، آزمون دیداری-حرکتی بندرگشتالت در قالب جداول، مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول (۴-۵): مقایسه میانگین و انحراف معیار مربوط به رشد زبانی و مؤلفه های آن

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
زبان گفتاری	۱۰۶/۳۹	۱۰/۸۴
گوش کردن	۱۰۹/۱۱	۹/۴۸
سازماندهی	۱۰۶/۸۲	۱۲/۱۷
صحبت کردن	۱۰۲/۱۳	۱۰/۶۴
معنی شناسی	۱۰۹/۱۴	۹/۹۴
نحو	۱۰۳/۰۳	۱۱/۶۱
رشد زبانی (نمره کل):	۶۳۶/۶۴	۶۱/۶۲

نتایج جدول ۴-۵ نشان می دهد که از نظر پاسخگویان، بالاترین میانگین با ۳/۲۶ مربوط به انگیزش درونی و پایین ترین میانگین با ۳/۱۸ مربوط به انگیزش بیرونی بوده است.

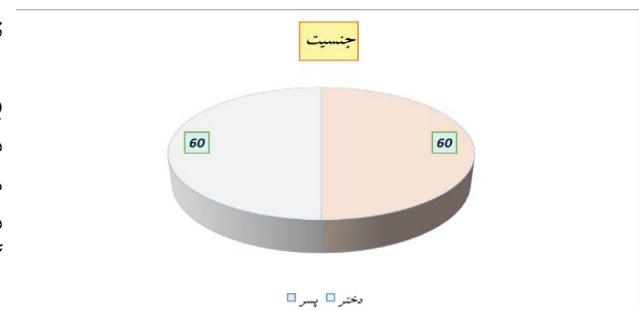
جدول (۴-۶): مقایسه میانگین و انحراف معیار مربوط به دیداری-حرکتی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
دیداری-حرکتی	۰/۱۳۶	۱/۳۰

نتایج جدول ۴-۶ نشان می دهد که از نظر پاسخگویان، میانگین مؤلفه ی دیداری-حرکتی ۰/۱۳۶ است.

می باشند (جدول ۴-۱، نمودار ۴-۱). جدول شماره (۴-۱): توزیع فراوانی و درصد پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت

متغیر آموزش	دانش	فراوانی	درصد
پسر	۶۰	۵۰/۰	
دختر	۶۰	۵۰/۰	
کل	۱۲۰	۰/۰ ۱۰۰	



نمودار شماره (۴-۱): توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت

توزیع آماری نمونه بر حسب گروه

نتایج بدست آمده از آمار جمعیت شناختی پاسخ دهندگان در خصوص گروه نشان می دهد که ۶۰ نفر (۵۰/۰) درصد از پاسخ دهندگان عادی و ۶۰ نفر (۵۰/۰) درصد از پاسخ دهندگان دارای اختلال یادگیری می باشند (جدول ۴-۱، نمودار ۴-۱). جدول شماره (۴-۱): توزیع فراوانی و درصد پاسخ دهندگان بر حسب گروه

گروه	فراوانی	درصد
افراد عادی	۶۰	۵۰/۰
دارای اختلال یادگیری	۶۰	۵۰/۰
کل	۱۲۰	۰/۰ ۱۰۰

جدول (۶-۴): مقایسه میانگین و انحراف معیار مربوط به هوش عملی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
هوش عملی	۱۰۵/۵۰	۱۴/۳۳

نتایج جدول ۴-۶ نشان می دهد که از نظر پاسخگویان، میانگین مولفه ی هوش عملی ۱۰۵/۵۰ ست.

آمار استنباطی: تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش

قبل از پرداختن به فرضیه های پژوهش، نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش از آزمون نیکویی برازش کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد، تا نرمال بودن توزیع آن مشخص گردد. در این آزمون:

H: توزیع مربوط به هر یک از متغیرها نرمال است.

H₁: توزیع مربوط به هر یک از متغیرها نرمال نیست.

بر این اساس، اگر فرض صفر رد نشود، می توان گفت توزیع مربوط به متغیرها وضعیت نرمالی داشته است و در صورت رد فرض صفر متغیرها از توزیع نرمالی برخوردار نیستند. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف با مقدار (۰/۸۷۲) و سطح معناداری (۰/۳۲۴) نشان داد متغیر دیداری-حرکتی از توزیع نرمالی برخوردار است و با فرض قرار داشتن متغیر در مقیاس فاصله ای می توان آمار پارامتریک را جهت تحلیل به کاربرد.

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف با مقدار (۱/۰۷۸) و سطح معناداری (۰/۰۹۷) نشان داد متغیر هوش عملی از توزیع نرمالی برخوردار است و با فرض قرار داشتن متغیر در مقیاس فاصله ای می توان آمار پارامتریک را جهت تحلیل به کاربرد.

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف با مقدار (۱/۱۴۲) و سطح معناداری (۰/۰۷۱) نشان داد متغیر رشد زبانی از توزیع نرمالی برخوردار است و با فرض قرار داشتن متغیر در مقیاس فاصله ای می توان آمار پارامتریک را جهت تحلیل به کاربرد.

جدول شماره (۴-۷) آزمون کولموگروف - اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن داده ها

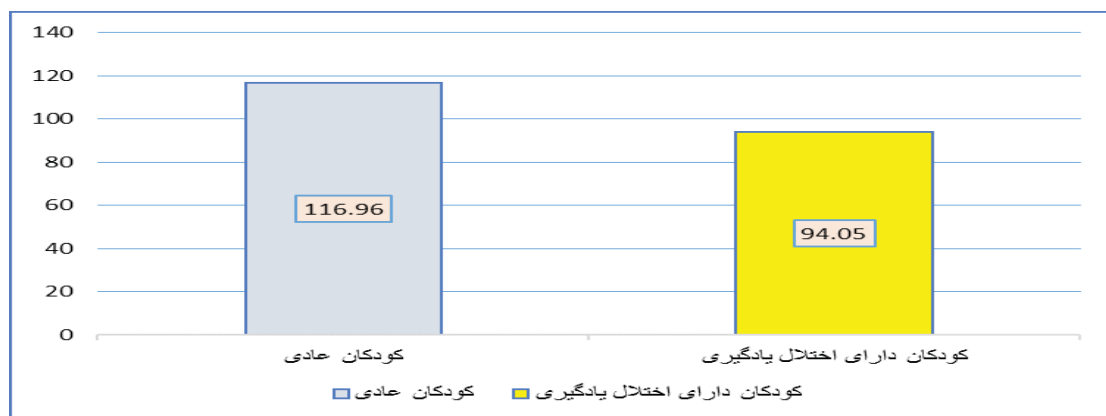
خرده مقیاس	تعداد	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
دیداری-حرکتی	۱۲۰	۰/۸۷۲	۰/۳۲۴
هوش عملی	۱۲۰	۱/۰۷۸	۰/۰۹۷
رشد زبانی	۱۲۰	۱/۱۴۲	۰/۰۷۱

در این قسمت بر اساس اطلاعات فراهم آمده، به بررسی و تحلیل سؤالات پژوهشی مطرح شده پرداخته میشود. در این بخش از آزمون آماری همبستگی پیرسون و تی مستقل استفاده شده است.

فرضیه (۱): بین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد.

جدول (۸-۴) مقایسه میانگین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله)

شاخص آماری متغیرها	دانش آموزان	میانگین	انحراف معیار	t	p
هوش عملی	کودکان عادی	۱۱۶/۹۶	۹/۰۹	۱۴/۶۲	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۹۴/۰۵	۸/۰۳		



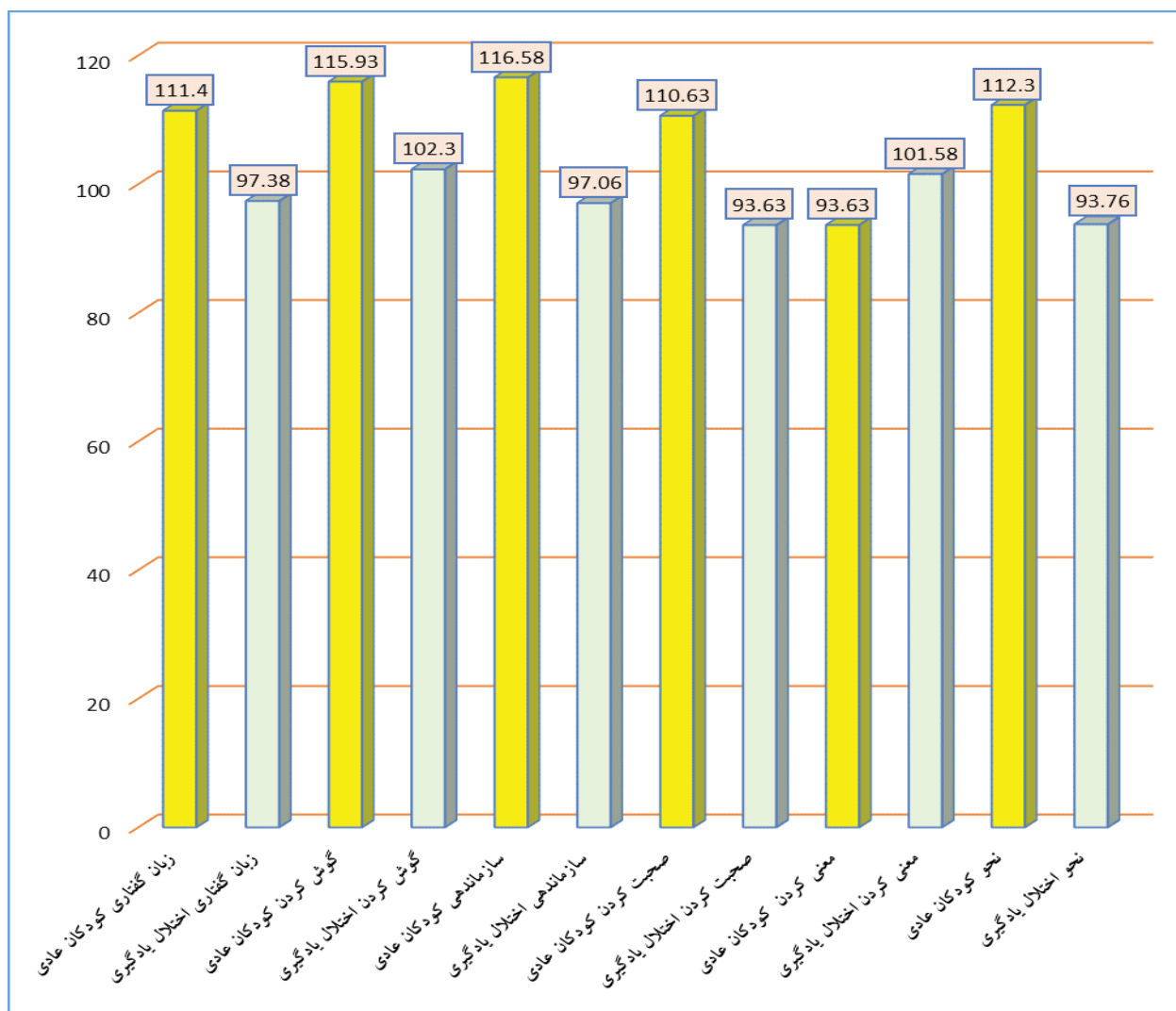
نمودار (۸-۴) مقایسه میانگین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله)

یافته های جدول و نمودار (۸-۴) نشان می دهد بین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی، تفاوت وجود دارد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که مقادیر t بدست آمده برای مقایسه میانگین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی در سطح آلفای ۰/۰۱ (دو دانه) از مقدار t جدول (۱/۹۶) بزرگتر بوده بنابراین فرض تحقیق تایید می شود. به عبارت دیگر با ۰/۹۹ اطمینان می توان اذعان داشت که کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی از نظر هوش عملی تفاوت معنی داری وجود دارد و کودکان عادی از میانگین بیشتر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری برخوردار بودند.

فرضیه (۲): بین کارکردهای زبانی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد.

جدول (۴-۹) مقایسه میانگین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله)

شاخص آماری متغیرها	دانش آموزان	میانگین	انحراف معیار	t	p
زبان گفتاری	کودکان عادی	۱۱۵/۴۰	۵/۵۴	۱۶/۴۳	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۹۷/۳۸	۶/۴۳		
گوش کردن	کودکان عادی	۱۱۵/۹۳	۵/۹۲	۱۱/۳۲	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۱۰۲/۳۰	۷/۱۹		
سازماندهی	کودکان عادی	۱۱۶/۵۸	۷/۱۲	۱۴/۷۲	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۹۷/۰۶	۷/۳۹		
صحبت کردن	کودکان عادی	۱۱۰/۶۳	۵/۴۵	۱۴/۵۶	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۹۳/۶۳	۷/۲۰		
معنی شناسی	کودکان عادی	۱۱۶/۷۰	۵/۵۲	۱۲/۸۲	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۱۰۱/۵۸	۷/۲۶		
نحو	کودکان عادی	۱۱۲/۳۰	۶/۶۲	۱۴/۵۴	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۹۳/۷۶	۷/۳۱		
رشد زبانی	کودکان عادی	۰/۶۸۷	۳۱/۰۰	۱۶/۱۳	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	۰/۵۸۵	۳۷/۷۸		



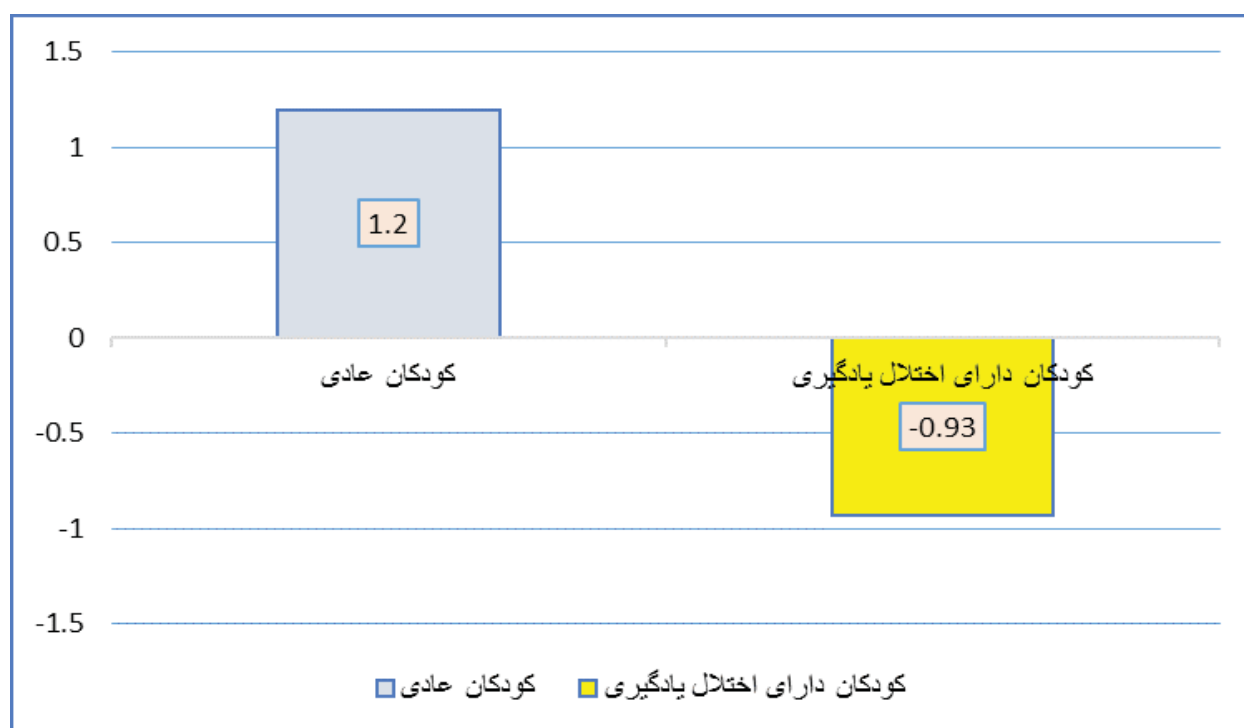
نمودار (۹-۴) مقایسه میانگین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله)

یافته های جدول و نمودار (۹-۴) نشان می دهد بین رشد زبانی و هریک از ابعاد آن (زبان گفتاری، گوش کردن، سازماندهی، صحبت کردن، معنی شناسی و نحو) در بین کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی، تفاوت وجود دارد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که مقادیر t بدست آمده برای مقایسه میانگین رشد زبانی و هریک از ابعاد آن در بین کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی در سطح آلفای ۰/۰۱ (دو دامنه) از مقدار t جدول (۱/۹۶) بزرگتر بوده بنابراین فرض تحقیق تایید می شود. به عبارت دیگر با ۰/۹۹ اطمینان می توان اذعان داشت که کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی از نظر رشد زبانی و هریک از ابعاد آن تفاوت معنی داری وجود دارد و کودکان عادی از میانگین بیشتر نسبت به کودکان دارای اختلال یادگیری برخوردار بودند.

فرضیه (۳): بین کارکردهای دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد.

جدول (۴-۱۰) مقایسه میانگین کارکردهای دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله)

شاخص آماری متغیرها	دانش آموزان	میانگین	انحراف معیار	t	p
کارکردهای دیداری- حرکتی	کودکان عادی	۱/۲۰	۰/۹۰۸	۱۵/۸۹	۰/۰۰۰
	اختلال یادگیری	-۰/۹۳۶	۰/۵۱۸		



نمودار (۴-۱۰) مقایسه میانگین کارکردهای دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله)

یافته های جدول و نمودار (۴-۱۰) نشان می دهد بین کارکردهای دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی، تفاوت وجود دارد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که مقادیر t بدست آمده برای مقایسه میانگین کارکردهای دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی در سطح آلفای ۰/۰۱ (دو دانه) از مقدار t جدول (۱/۹۶) بزرگتر بوده بنابراین فرض تحقیق تایید می شود. به عبارت دیگر با ۰/۹۹ اطمینان می توان اذعان داشت که کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی از نظر کارکردهای دیداری-حرکتی تفاوت معنی داری وجود دارد و کودکان عادی از میانگین بیشتر نسبت به کودکان دارای اختلال یادگیری برخوردار بودند.

فرضیه (۴): بین کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی با هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی رابطه وجود دارد. برای بررسی رابطه بین کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی با هوش عملی کودکان از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴-۱۱) ارائه شده است.

جدول شماره (۴-۱۱): همبستگی بین کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی با هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	میزان همبستگی	مجذور R ²	جهت همبستگی	سطح معنی داری
کارکردهای زبانی	هوش عملی	۰/۷۲۵	۰/۵۳	مثبت	۰/۰۰۰
کارکردهای دیداری-حرکتی		۰/۷۴۶	۰/۵۶	مثبت	۰/۰۰۰

همانطور در جدول فوق ملاحظه می شود، بین کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی با هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد که این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارت دیگر هر چه کودکان از کارکردهای دیداری-حرکتی و همچنین کارکردهای زبانی بیشتری برخوردار باشند، به همان نسبت میزان هوش عملی افزایش خواهد بود؛ همچنین ضریب تعیین محاسبه شده نشان می دهد که متغیر کارکردهای زبانی، ۵۳/۰ درصد و کارکردهای دیداری-حرکتی، ۵۶/۰ درصد از واریانس متغیر هوش عملی را تبیین می کند. فرضیه (۵): دو متغیر کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی توانایی پیش بینی هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی را دارد.

به منظور بررسی تأثیری که هر یک از دو متغیر کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی در پیش بینی هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی را دارد، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شده است. جدول (۴-۱۲) نتایج حاصل از روش رگرسیون گام به گام برای بررسی رابطه پیش بین کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی با هوش عملی

گامها	متغیرهای پیشین	R	R ²	B	Beta	T	P
گام اول	کارکردهای دیداری-حرکتی	۰/۷۴۶	۰/۵۵۲	۸/۱۹۰	۰/۷۴۶	۱۲/۱۵۲	۰/۰۰۰
گام دوم	کارکردهای دیداری-حرکتی کارکردهای زبانی	۰/۷۹۸	۰/۶۳۰	۵/۱۱۷ ۰/۵۵۶	۰/۴۶۶ ۰/۳۹۸	۵/۹۵۱ ۵/۰۹۰	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰

جهت بررسی اینکه کدامیک از دو بعد «کارکردهای دیداری-حرکتی، کارکردهای زبانی» توانایی پیش بینی هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی را دارند، از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج بدست آمده از جدول (شماره ۴-۱۲) حاکی از آن است که متغیر کارکردهای دیداری-حرکتی با ضریب بتای، ۰/۴۶۶، کارکردهای زبانی با ضریب بتای، ۰/۳۹۸، به عنوان متغیرهای پیش بین، معیار ورود به معادله نهایی رگرسیون برای توضیح تغییرات هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی، را دارا هستند. همچنین همانطور که در جدول فوق مشاهده می کنید، هر دو متغیر (کارکردهای دیداری-حرکتی، کارکردهای زبانی و تفکر سیستمی) توانسته اند جمعاً با هم ۶۳۰/۰ درصد از چاب هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی را تبیین کنند.

بحث و تفسیر:

فرضیه (۱): بین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد. یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین هوش عملی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. عبارت دیگر با ۰/۹۹ اطمینان می توان اذعان داشت که کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی از نظر هوش عملی تفاوت معنی داری وجود دارد و کودکان عادی از میانگین بیشتر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری برخوردار بودند. این نتیجه با یافته های پیشین همخوانی و مطابقت دارد.

نتایج پژوهش همراستا با یافته های شهیم و هارون رشیدی (۱۳۸۶) می باشد که در پژوهشی نشان دادند که: ۱- میانگین نمرات گروه دارای اختلالات یادگیری غیر کلامی در خرده آزمون های اطلاعات، شباهت ها، حساب و واژه ها از میانگین نمرات گروه دارای اختلالات یادگیری کلامی به طور معنادار بالاتر است. و در خرده آزمون حساب برخلاف سایر زیر آزمون ها میانگین نمرات گروه دارای اختلالات یادگیری غیر کلامی از میانگین نمرات گروه اختلالات یادگیری کلامی پایین تر است.

۲- تفاوت معناداری در تمام خرده آزمون های عملی مقیاس تجدیدنظر شده ی هوشی و کسeler به جز تطبیق علائم در دو گروه دارای اختلالات یادگیری غیر کلامی و دارای اختلالات کلامی وجود دارد. میانگین نمرات گروه دارای اختلالات یادگیری غیر کلامی از میانگین نمرات گروه دارای اختلالات یادگیری کلامی به طور معناداری کمتر است.

۳- میانگین گروه دارای اختلالات یادگیری غیر کلامی در آزمون دیداری-حرکتی بندر گشتالت به طور معنادار پایین تر از میانگین گروه دارای اختلالات یادگیری کلامی است.

۴- میانگین گروه دارای اختلالات یادگیری غیر کلامی در تمام بخش های مقیاس ریاضیات کی مت به طور معنادار پایین تر از میانگین گروه دارای اختلالات یادگیری کلامی است.

نتایج پژوهش همچنین همراستا با یافته های پژوهش افشاریان و همکاران (۱۳۹۳) میباشد که در پژوهشی نشان دادند تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دیداری-فضایی و حافظه دختران نارساخوان و عادی وجود دارد و میزان توانایی بینایی-فضایی و حافظه در گروه عادی بیشتر از گروه نارساخوان است. همچنین تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دیداری-فضایی پسران نارساخوان و عادی وجود دارد، چنانکه توانایی بینایی-فضایی گروه عادی بیشتر از گروه نارساخوان است. در متغیر حافظه، تفاوت معناداری بین پسران نارساخوان و عادی وجود نداشت.

نتایج پژوهش همچنین همراستا با یافته های علی پور، برادران و ایمانی فر (۱۳۹۳) می باشد که در پژوهشی نشان دادند که کودکان بهنجار در تمامی زیر مقیاس های این آزمون (درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظه ی فعال و سرعت پردازش) از دو گروه کودکان مبتلا به بیش فعالی/نارسایی توجه و ناتوانی یادگیری عملکرد مطلوب تری داشتند.

این مطالعه نشان داد که بین هوش عملی کل کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خاص و کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد و مقایسه ی میانگینها نشان داد که هوش بهر عملی کل کودکان عادی بهتر از کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری است. قایاس و آدیل (۲۰۰۷) مطرح کرده اند که آسیب نیم کره چپ با هوش کلامی پایین در مقیاس و کسeler بیش تر از هوش عملی در ارتباط است. همچنین آسیب نیمکره راست با هوش عملی پایین در مقیاس و کسeler بیش تر از هوش کلامی در ارتباط است. بنابراین چون در سببشناسی اختلالات یادگیری آسیب مغزی یکی از فرضیه های رایج میباشد، آسیدیدگی هر کدام از نیم کره های مغز در افراد در سنین پایین سبب بروز اختلال در یادگیری افراد شده، موجب پایین آمدن هوش بهر کلامی و یا عملی در افراد میشود. همچنین وجود آسیدیدگی کلی در مغز سبب پایین آمدن هوش عملی در افراد مبتلا به اختلال یادگیری میگردد.

فرضیه (۲): بین کارکردهای زبانی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد. یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین کارکردهای زبانی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. عبارت دیگر با ۰/۹۹ اطمینان می توان اذعان داشت که کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی از نظر کارکردهای زبانی تفاوت معنی داری وجود دارد و کودکان عادی از میانگین بیشتر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری برخوردار بودند. این نتیجه با یافته های پیشین همخوانی و مطابقت دارد.

نتایج پژوهش همچنین با یافته های رحیمیان بوگر و صادقی (۱۳۸۴) میباشد که در پژوهشی نشان دادند که اختلال خواندن در دانش آموزان پسر بیش از دانش آموزان دختر و در دانش آموزان روستایی بیش از دانش آموزان شهری است. نتایج همچنین همراستا با یافته های مطالعه ی شریفی و داوری (۱۳۹۱)، میباشد که در پژوهشی نشان دادند که ۵/۴۲ درصد دانش آموزان پایه اول و ۷/۵۵ درصد دانش آموزان پایه ی دوم دارای اختلال خواندن می باشند. همچنین میزان شیوع اختلال ریاضی در بین دانش آموزان پایه اول ۶/۹ درصد و در بین دانش آموزان پایه دوم ۷/۵ درصد می باشد. بر اساس نتایج این پژوهش ۷/۶۹ درصد از دانش آموزان پسر و ۶/۰۶ درصد از دانش

آموزان دختر پایه اول و ۸/۵۷ درصد دانش آموزان پسر و ۶/۵۴ درصد از دختران پایه دوم اختلال نگارش دارند. تفاوت بین میزان شیوع اختلال خواندن در دانش آموزان دختر و پسر از نظر آماری معنادار بود، و تعداد بیشتری از دانش آموزان پسر اختلال خواندن دارند؛ اما تفاوت بین شیوع اختلال ریاضی و اختلال نگارش در دانش آموزان دختر و پسر از نظر آماری معنادار نبود. نتایج همچنین با پژوهشهای کسائیان، کیامنش و بهرامی (۱۳۹۲) همخوانی دارد که عملکرد حافظه ی فعال و نگهداری توجه دانش آموزان با ناتوانی خواندن-نوشتن به طور معناداری ضعیف تر از دانش آموزان عادی و ناتوان ریاضی است. نتایج پژوهش همچنین همراستا با یافته های هارون رشیدی و مرادی منش (۱۳۹۲) می باشد که در پژوهشی نشان دادند که بین کودکان دارای اختلالات یادگیری غیرکلامی با کودکان دارای اختلالات یادگیری کلامی در مقیاس تحول زبان تفاوت معناداری وجود دارد. با این حال، بین دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد. می توان نتیجه گرفت که تشخیص اختلالات یادگیری کلامی و غیرکلامی با استفاده از نمرات استاندارد تحول زبان Told-p۳ امکان پذیر بوده، پس استفاده از این مقیاس توصیه می شود.

این احتمال که بر اثر مشکلات یادگیری کودک تحت فشار باشد و مبتلا به افسردگی شود، نیز وجود دارد که می تواند به نوعی توجهی برای کاهش عملکرد باشد. یکی از دلایل اصلی مشکلات درک و فهم مطلب در دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری، عدم استفاده مناسب از راهبردها و مهارت های فراشناختی است.

لدر (۲۰۰۰) یکی از عوامل مؤثر بر مشکلات درک و فهم مطلب را ناتوانی در استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی میداند. بنابراین به علت این که خوانندگان از راهبردها برای ساخت نمایش های منسجم ذهنی و تبیین مطالب مشروح در متن استفاده میکنند، نقش مهمی در ادراک مطلب دارند (مک نامارا، ۲۰۰۷). همچنین راهبردهای درک مطلب فرایندهای آگاهانه و هدفمند هستند که برای درک و فهم معنی متن و به ویژه استفاده از راهبردهای سطح بالاتر مانند پیشبینی کردن محتوای متن، طرح پرسش و پاسخ دادن به آنها، توضیح و تغییر متن به زبان خود، استخراج ایده اصلی از متن و نظارت بر این فرایند در ارتقای درک مطلب مؤثر مورد استفاده قرار میگیرند. مشکلات کودکان در تکرار و یادآوری اطلاعات، از آن جهت است که خیلی کم تر دست به تمرین و تکرار ذهنی میزنند و بنابراین یادآوریشان نیز ضعیفتر است.

فرضیه (۳): بین کارکردهای دیداری حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی (۷ و ۸ ساله) تفاوت وجود دارد.

یافته پژوهش حاضر نشان داد بین کارکردهای دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی، تفاوت وجود دارد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که مقادیر t بدست آمده برای مقایسه میانگین کارکردهای دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی در سطح آلفای ۰/۰۱ (دو دانه) از مقدار t جدول (۱/۹۶) بزرگتر بوده بنابراین فرض تحقیق تایید می شود. به عبارت دیگر با ۰/۹۹ اطمینان می توان اذعان داشت که کودکان دارای اختلال یادگیری با کودکان عادی در مقطع ابتدایی از نظر کارکردهای دیداری-حرکتی تفاوت معنی داری وجود دارد و کودکان عادی از میانگین بیشتر نسبت به کودکان دارای اختلال یادگیری برخوردار بودند.

نتایج پژوهش همچنین با یافته های نظری، سیاحی و افروز (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان مقایسه ی توانایی های ادراک دیداری-حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری و عادی در آزمون بندر گشتالت به این نتیجه رسیدند که بین ارتکاب به خطای نوع تحریف، ترکیب، تداوم و چرخش، کل خطاها و بهره ادراک دیداری-حرکتی در هر دو گروه تفاوت معنا دار وجود دارد. بنابراین آزمون بندر گشتالت قابلیت غربالگری اختلالات یادگیری به ویژه از پایه دوم به بالا را دارا می باشد.

نتایج پژوهش همچنین همراستا با یافته های صدیقی ارفعی، محمدرضا تمنایی فر و سمیه دشتبان زاده (۱۳۹۱) می باشد که با مقایسه ی عملکرد ۸۰ دانش آموز دختر و پسر عادی و دارای اختلالات یادگیری در پایه های سوم و چهارم شهر کاشان در آزمون دیداری-حرکتی بندر گشتالت، دریافتند عملکرد کودکان دارای اختلالات یادگیری در آزمون بندر گشتالت در مقایسه با کودکان عادی دارای تفاوت معنادار است. کودکان دارای اختلالات یادگیری تصاویر آزمون بندر گشتالت را با خطاهای بیشتری ترسیم می کنند.

فرضیه (۴): بین کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی با هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی رابطه وجود دارد.

نتایج نشان داد که بین کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی با هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد که این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارت دیگر هر چه کودکان از کارکردهای دیداری-حرکتی و همچنین کارکردهای زبانی بیشتری برخوردار باشند، به همان نسبت میزان هوش عملی افزایش خواهد بود؛ همچنین ضریب تعیین محاسبه شده نشان می دهد که متغیر کارکردهای زبانی، ۰/۵۳ درصد و کارکردهای

دیداری-حرکتی، ۵۶٪ درصد از واریانس متغیر هوش عملی را تبیین می‌کند.

فرضیه (۵): دو متغیر کارکردهای زبانی و کارکردهای دیداری-حرکتی توانایی پیش‌بینی هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی را دارد.

نتایج نشان داد که متغیر کارکردهای دیداری-حرکتی با ضریب بتای، ۰/۴۶۶، کارکردهای زبانی با ضریب بتای، ۰/۳۹۸، به عنوان متغیرهای پیش‌بین، معیار ورود به معادله نهایی رگرسیون برای توضیح تغییرات هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی، را دارا هستند. همچنین همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌کنید، هر دو متغیر (کارکردهای دیداری-حرکتی، کارکردهای زبانی و تفکر سیستمی) توانسته‌اند جمعاً با هم ۶۳۰٪ درصد از چاب هوش عملی کودکان عادی و دارای اختلال یادگیری دختر و پسر (۷ و ۸ ساله) در مقطع ابتدایی را تبیین کنند.

ناتوانی یادگیری سبب ایجاد مشکلاتی در زمینه‌های اجتماعی، هیجانی و تحصیلی می‌شود و محققان از مدت‌ها پیش متوجه مسایل روانی اجتماعی در میان افراد مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری شده‌اند. این مسایل از مشکلات عصبی ناشی و به شکستهای تحصیلی منجر می‌شود که این عامل به نوبه خود به افزایش احساس سرخوردگی، خشم، غم و یا شرم منجر می‌شود که می‌تواند اضطراب، افسردگی و یا عزت نفس پایین را به دنبال داشته باشد. دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری که به طور مداوم شکست تحصیلی را تجربه می‌کنند، در برابر مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی آسیب‌پذیر بوده، انتظار می‌رود که پس از تجربه شکست و احساس ناشایستگی در چند سال متوالی تحصیلی، علائمی از قبیل پریشانی و بیگانگی از دنیای مدرسه را بروز داده (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۲) و ممکن است سبک اسنادی ناسازگار، درماندگی آموخته شده و مشکلات جدی عاطفی مانند اضطراب و افسردگی را از خود نشان دهند. اختلال یادگیری خاص می‌تواند پیامدهای منفی عملکردی در سراسر طول عمر داشته باشد از جمله پیشرفت تحصیلی پایین، ترک تحصیل، پریشانی روانی، بیکاری و درآمد پایین. همچنین ترک تحصیل، افسردگی و خطر اقدام به خودکشی را نیز افزایش می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع سردرد نیز در کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری گزارش شده که مشکلات تمرکز، بیش‌فعالی و همچنین وجود استرس در خانواده و یا در مدرسه، پیشینه‌های روانی آن تلقی می‌شوند (گنزی و همکاران، ۲۰۱۳).

طبق اعلام انجمن روان‌پزشکی آمریکا، علایم بالینی این اختلال ممکن است به وسیله‌ی مشاهده، مصاحبه بالینی و یا گزارش مدرسه به‌دست آید و چهار معیار تشخیصی اطلاعات فردی شامل رشد، اطلاعات پزشکی، خانواده و آموزش و پرورش و گزارش مدارس و ارزیابی آموزشی-روانی برای تشخیص آن استفاده می‌شود. نمونه‌هایی از علایم که ممکن است در کودکان سنین مهدکودک مشاهده شود عبارت‌اند از: فقدان علاقه به بازی کردن، غلط تلفظ کردن نام خود و کلمات روزها، اعداد و ... می‌باشد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۲).

منابع و مآخذ

- احمدی، حسن و کاوند، علیرضا (۱۳۸۸). اختلالهای یادگیری: از نظریه تا عمل (چاپ چهارم). تهران: نشر ارسباران.
- افروز، غلامعلی، شناسایی دانش آموزان ناتوان در یادگیری در کلاسهای عادی، ص ۶۲۲ - ۶۱۷.
- ای جری، فریس، ۱۳۹۳. روانشناسی بالینی. ترجمه: مهرداد فیروز بخت. تهران: نشر رشد.
- بهرامی، هادی (۱۳۹۰). آزمون‌های روانی: مبانی نظری و فنون کاربردی (چاپ پنجم). تهران: نشر دانشگاه علامه طباطبائی.
- تبریزی، مصطفی؛ تبریزی، نرگس و تبریزی، علیرضا (۱۳۹۳). درمان اختلالات ریاضی (چاپ بیست و پنجم). تهران: نشر فراوان.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۹). اختلالهای زبان: روشهای تشخیص و بازپروری. تهران: نشر سمت.
- رحیمیان بوگر، اسحاق (۱۳۹۱). پیش‌بینی کننده‌های جمعیت شناختی اختلالات یادگیری در دانش آموزان مقطع ابتدایی استان گلستان. مجله‌ی ناتوانیهای یادگیری، دوره ۱، شماره ۲، ص ۴۲ - ۲۲.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۹۴). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری (چاپ بیست و هفتم). تهران: انتشارات آگه
- سلطانی کوهبنانی، سکینه، علیزاده، حمید، هاشمی، ژانت، صرامی، غلامرضا (۱۳۹۱). مقایسه کارکردهای اجرایی دانش آموزان دارای اختلال ریاضیات با دانش آموزان عادی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال ۱۴، شماره ۳، ص ۸۴ - ۷۵.
- شربفی، طیه و ربیعی، محمد (۱۳۹۱). کاربرد چهارمین ویرایش آزمون هوشی و کسلر کودکان در تشخیص اختلال زبان نوشتاری و ریاضی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، دوره ۲، شماره ۲، ص ۷۵ - ۵۹.
- شهیم، سیما و هارون رشیدی، همایون (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد کودکان دارای اختلالات یادگیری کلامی و غیرکلامی در مقیاس تجدیدنظر شده هوشی و کسلر، آزمون دیداری حرکتی بندر گشتالت و مقیاس ریاضیات ایران کی‌مت. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۳۲، ص ۹۰ - ۶۱.
- صدیقی ارفعی، فربرز، تمنایی فر، محمدرضا و دشتبان زاده، سمیه (۱۳۹۱). مقایسه عملکرد کودکان با و بدون اختلالات یادگیری در

- آزمون دیداری- حرکتی بندر گشتالت. مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ۲، شماره ۱، ص ۹۱-۷۸.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۹). اختلالات یادگیری غیر کلامی: چشم انداز بالینی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال دهم، شماره ۲، ص ۱۹۹-۲۰۸.
- کاظمی، سلطانی، سیف، افسانه (۱۳۸۹). تأثیر آموزش کارکردهای اجرایی بر عملکرد نیمرخ اسید و کسلر کودکان (حساب، رمز نویسی، اطلاعات، حافظه ی عددی) در دانش آموزان اختلال یادگیری شهر شیراز. مجله روش ها و مدل های روانشناختی، جلد ۱، شماره ۲، ص ۹۳-۱۰۸.
- کرانتبرگر و دان، ترجمه ی حمید علیزاده (۱۳۸۷). اختلال های یادگیری: انواع، ارزیابی، درمان. مجله تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۷۹، ص ۱۲-۱.
- کرک، ساموئل، گالاگر، جیمز جی، کولمن، ماری رد و آناسازیو، نیک (۲۰۰۷). آموزش و پرورش کودکان استثنایی. ترجمه: علیرضا کاکاوند و مهیاس سهیمی (۱۳۹۱). کرج: نشر سرافراز.
- کلانتری، م، محمدجانی، ز، پاشازاده آذری، ز، طباطبایی، م، قریاخی، ث (۱۳۹۲). تأثیر استفاده از جلیقه وزین بر توجه و مهارت های حرکتی کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری. فصلنامه علمی پژوهشی طب توانبخشی، دوره دوم. شماره سوم، ص ۵۱-۴۵.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۳). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-۵، جلد دوم (چاپ چهارم). تهران: نشر ساوالان.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۴). روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی (چاپ شانزدهم). تهران: نشر قومس.
- محمود علیلو، مجید و کبیرنژاد، ساناز (۱۳۸۷). آزمون بندر گشتالت. تهران: انتشارات ارجمند.
- نظری، سمیه؛ سیاحی، حیدر و افروز، غلامعلی (۱۳۹۲). مقایسه ی ادراک دیداری- حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری و عادی در آزمون بندر گشتالت. مجله ی ناتوانی های یادگیری، دوره ۲، شماره ۳، ص ۱۱۸-۱۳۸.
- نوشین فر، ویدا (۱۳۹۰). بررسی رشد زبان در کودک فارسی زبان تا پایان دوره ی تک واژه، ص ۲۲-۱۱.
- هارون رشیدی، همایون و مرادی منش، فردین (۱۳۹۳). مقایسه ی تحول زبان کودکان دارای اختلالات یادگیری کلامی و کودکان دارای اختلالات یادگیری غیر کلامی. مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ۳، شماره ۳، ص ۱۱۱-۱۰۰.
- هامیل، دونالد دی و نیوکامر، فیلیس ال. آموزش رشد زبان. انطباق و هنجاریابی: سعید حسن زاده و اصغر مینایی (۱۳۸۹). تهران: پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش.
- و کسلر، دیوید. مقیاس هوشی و کسلر کودکان چهار (چاپ دوم). ترجمه، انطباق و هنجاریابی: محمدرضا عابدی، احمد صادقی و محمد ربیعی (۱۳۹۱). تهران: موسسه تحقیقات علوم رفتاری-شناختی سینا.
- یار محمدیان، احمد (۱۳۹۲). تحلیل رابطه بین اختلالات یادگیری و اختلالات زبان در دانش آموزان مقطع ابتدایی. مجله توانبخشی، دوره چهارم، شماره اول، ص ۳۱-۲۳.
- سیف نراقی، مریم. و نادری، عزت اله (۱۳۸۴) نارسایی های ویژه در یادگیری. چاپ اول. تهران: انتشارات مکیال
- احمدپناه، محمد؛ پاکادانایا، پراکاش (۱۳۸۶). نارساخوانی: مروری بر پژوهش های اخیر. پژوهش در حیطه ی کودکان استثنایی، ۳، ۳۵۲-۳۳۷
- یوسفی، ناصر؛ نعیمی، قادر؛ قاعدنیاجهرمی، علی؛ محمدی، حاتم و فرمانیشهرضا، شیوا (۱۳۹۲). مقایسه اختلال های نقص توجه/ بیش فعالی، رفتار مقابله ای و سلوک در دانش آموزان دبستانی با ناتوانی یادگیری و عادی. مجله ی ناتوانی های یادگیری، ۳(۱)، ۱۴۷-۱۲۹.

- Ledrer, J. (2000). Reciprocal teaching of social studies in inclusive elementary classrooms. Journal of Learning Disability, 33, 91-107.
- Genizi, J., Gordon, S. H., Kerem, N., Srugo, I., Shahar, E. & Ravid, S. (2013). Primary headaches, attention deficit disorder and learning disabilities in children and adolescents. Journal of Headache and Pain, 14, 54.
- McNamara, D.S. (2007). Reading comprehension strategies: theories, interventions, and technologies. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Korkman M. A developmental neuropsychological assessment. In: Teeter PA, Semrud-Clikeman M, editors. Child neuropsychology. Boston: Allyn and Bacon; 1997
- Van der sluis and De Jong, Van der leij F. (2001). The coolidje personality and neuropsychological inventory for children: the CPNI. Colorado: University of Colorado at Colorado spring, 12(3), 125-135.
- Raghavan, R. et al. (2004). Assessing the Needs of People with Learning Disabilities and Mental Illness:

Development of a Learning Disability o cardinal needs schedule, J.ofIntellectulDisabilityResearch,vol.48 ,pp.25-36

- Davis, J., & Broitman, J. (2011). A brief overview of nonverbal learning disabilities.

TheEducationalTherapist,27(3),5-10

- Zeleke, S. (2004). Learning disabilities in mathematics: A review of the issues and children's performance across mathematical test. Oslo: Norway, Oslo: Center for Teaching-Learning of Mathematics, University of Oslo,

-Dowker A. Early identification and intervention for students with mathematics difficulties. J Learn Disabil 2005; 38(4): 324-32

- O'Hare AE, Brown JK. Childhood dysgraphia. Part 2. A study of hand function. Child CareHealthDev.1989;15(3):151-66.

- Schneck CM. Visual perception. In: Case-Smith J, Editor. Occupational therapy for children. 5th ed. Philadelphia,PA: Elsevier Mosby; 2005. p. 412-7.

-Altarac, M., & Saroha, E. (2007). Lifetime prevalence of learning disability among USchildren. Pediatrics,119(1),77-83.

- Ayumi, Seki, Kazumi, Kassai, Hitoshi, Uchiyama, & Tatsuya, Koeda. (2008). Reading ability and phonological awareness in Japanese children with dyslexia. Brain and Development,30(3),179-188.

- Lyon, G. R. (2002). Reading development, reading difficulties & reading instruction. Journal of School Psychology, 40(Educational & public health issues), 3-6

-Silver, A., & Hagin, R. (2002). Disorders of learning in Childhood. New York: John Wiley&Sons,Inc.

-Stanovich, K. E., Siegel, L. S., & Gottardo, A. (1997). Converging evidence for phonological & surface subtypes of reading disability. Journal of Educational Psychology,89(1),114-127.

-Swanson, L. H., Harris, R. K., & Graham, S. (2003). Handbook of learning disabilities. New York, NY: Guilford Press.

- Hartas D. Dyslexia in the early years: apractical guide to teaching and learning. 1 st ed.New York: Routledg; 2006.

-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Forth edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000

-Hamill, S. (2003). Self- concept in children with learning disabilities: the relationship between global self concept, academic discounting, nonacademic self-concept and perceived social support. Learning Disability Quarterly, 17(3), 140-149.

-Lum, J.A.G., Ullman, M.T., & Conti-Ramsden, G. (2013). Procedural learning is impaired in dyslexia: Evidence from a meta-analysis of serial reaction time studies. Research in developmental disabilities, 34, 3460-3476.

-Mcquillan, M. K., Coleman, G. A., Tucker, C. R. & Thompson, A. L. (2011). Guidelin for identifying children with learning disability. Connecticut State: Department of Education

-Koppitz, E(1975). Bender Gestalt test for young children. Alyn sjbacon Inc.

-Kisluk, D.S., Mottnen, R., Sams, M.(2008). Visual processing affects the neural basis of auditory discrimination. Journal of cognitive neuro science, 19(1),16-41

--Mabbott DJ, Bisanz J. Computational skills, working memory, and conceptual knowledge in older children with mathematics learning disabilities. J Learn Disabil 2008; 41(1): 15-28.

- Vlachos, F., & Karapetsas, A. (2003). Visual memory deficit in children with dysgraphia. Perceptual and Motor Skills, 97(3), 1281-8

- Swanson, H. L. & Jerman, O. (2006). Math disabilities: A selective meta-analysis of the literature. Review of Educational Research, 76(2), 249-274.

- Mashal, N. & Kasirer, A. (2012). The relationship between visual metaphor comprehension and recognition of similarities in children with learning disabilities. Research in Developmental Disabilities, 33, 1741-1748.

بررسی ارتباط مسئولیت پذیری بر سازگاری و کیفیت کاری کارمندان بانک ملت شهر تهران

مبینا ابوالقاسمی

دانش آموخته مقطع ارشد گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

دکتر علی اکبر صلاحی

مدرس گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

Investigating the relationship of accountability on the adaptability and work quality of Bank Mellat employees in Tehran

Mobina Abolghasemi

Master of psychology, Department of psychology, Islamic Azad University, South Tehran branch, Tehran, Iran

Ali Akbar Salahi

Faculty member, Department of psychology, Islamic Azad University, South Tehran branch, Tehran, Iran

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the relationship between accountability and the adaptability and work quality of Bank Mellat employees in Tehran, which was carried out using a quantitative method of correlation. The target population of the research included 80 experts from the central independent branch of Bank Mellat in Tehran in the spring of 1403, and 50 experts of the bank were selected by non-random sampling of the targeted type. The tools used in this research included three questionnaires of Nemati's responsibility, Walton's work quality and Spanier's adaptability. In this research, the data analysis method of regression method and Shapiro-Wilk test was used. The results of this research showed that there is a positive and significant effect between responsibility and adaptability among the employees of Bank Mellat in Tehran. In explaining this finding, it can be said that responsibility is important nowadays and working in financial institutions and banks requires a sense of cooperation, duty and commitment, and increasing these factors reduces anxiety, high social performance, and adaptability and tolerance of failure increases and depression decreases. Therefore, it is logical that bank employees who have more responsibility have a higher level of compatibility, but there is no significant relationship between responsibility and the quality of work of Bank Mellat employees in Tehran.

Key words: *Tolerance of failure, Adaptability, Bank Mellat employees of Tehran, Work quality, Responsibility*

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط مسئولیت پذیری بر سازگاری و کیفیت کاری کارمندان بانک ملت شهر تهران بود که با روش کمی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه هدف پژوهش شامل ۸۰ نفر از کارشناسان شعبه مستقل مرکزی بانک ملت شهر تهران در بهار ۱۴۰۳ بود که ۵۰ نفر از کارشناسان بانک به صورت نمونه گیری غیر تصادفی از نوع هدفمند انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل سه پرسشنامه ی مسئولیت پذیری نعمتی، کیفیت کاری والتون و سازگاری اسپانیر بود. در این پژوهش از روش تجزیه و تحلیل اطلاعات روش رگرسیون و آزمون شاپیرو - ویلک استفاده گردید. نتایج این پژوهش نشان داد که بین مسئولیت پذیری با سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران اثر مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته میتوان گفت چون مسئولیت پذیری امروزه اهمیت دارد و کار در موسسات مالی و بانکها، نیازمند داشتن حس همکاری، وظیفه شناسی و تعهد است و افزایش این موارد باعث کاهش اضطراب، کارکرد بالای اجتماعی و همچنین سازگاری و تحمل ناکامی بیشتر و کاهش افسردگی میشود. پس منطقی است که کارمندان بانک که مسئولیت پذیری بیشتری دارند سطح سازگاری در آنها بالاتر است اما بین مسئولیت پذیری با کیفیت کاری کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود ندارد.

واژه های کلیدی: تحمل ناکامی، سازگاری، کارمندان بانک ملت شهر تهران، کیفیت کاری، مسئولیت پذیری

مقدمه

برای فهمیدن مفهوم سازگاری شغلی، تطبیق پذیری یا انطباق پذیری^۷، به تناقض های کاری توجه کنید. مثلاً یکی از تناقض هایی که در کار حرفه ای وجود دارد، این است که هر قدر شما بیشتر در کارتان خیره شوید، احتمال بیشتری دارد که در نقش دیگری به کار گرفته شوید و ترفیع رتبه بگیرید (چونگ^۸، ۲۰۲۰). تکیه بر تجاربی که در گذشته کسب کرده ایم، اهمیت بسیار زیادی در واکنش مان نسبت به چالش های غیرمنتظره آینده دارد. سازگاری توانایی منعطف باقی ماندن و جلورفتن با دید باز در مسیرتان، با قبول احتمال شکست یا موفقیت است (لی^۹ و پالماتیر^{۱۰}، ۲۰۱۸). از افراد در جایگاه های مدیریتی، انتظار می رود بدون دستورات پیچیده، شرایط غیر معمول را مدیریت کنند. به همین دلیل، یک مدیر سازگار باید توانایی حل مشکلات را با سرعت زیاد داشته باشد. هنگامی که تصمیمات سختی می گیرد، به قضاوتش اعتماد کند. همچنین باید توجه کند چیزی که در گذشته جواب داده است، شاید اثرش را از دست داده باشد و پاسخ مناسبی به مشکلات جدید یا حتی مشکلات مشابه قدیمی نباشد. توانایی سازگاری با محیط و فرآیندهای کاری جدید، صفت مورد علاقه بسیاری از کارفرمایان است و در استخدام نیروی جدید، این صفت را در نظر می گیرند (زمگنی^{۱۱} و پتی^{۱۲}، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی کاری^{۱۳} مکانیسمی است که به منظور طراحی و توسعه محیط های کاری مناسب برای کارکنان شاغل در تمام سطوح، ارائه شده است. کیفیت زندگی کاری، نه تنها به دستیابی به رضایت بیشتر انسانی مربوط می شود، بلکه هدف آن بهبود بهره وری، سازگاری و اثربخشی سازمان ها است. کیفیت زندگی کاری شامل تلاش برای دستیابی به یکپارچگی بین نیازهای تکنولوژیکی، انسانی، سازمانی و اجتماعی (عوامل محیط های کاری) به منظور به حداکثر رساندن منافع برای غنی سازی عامل انسانی است (بندارا^{۱۴}، فرناندو^{۱۵} و اکتر^{۱۶}، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی کاری به جو کلی کار، تأثیر کار بر افراد و اثربخشی سازمانی مربوط می شود. هدف اصلی در این زمینه تغییر محیط کار است که منجر به کیفیت زندگی کاری بهتر و در نهایت بهبود کیفیت زندگی در جامعه می شود. لوید ساتل تعریف کیفیت زندگی کاری را این گونه ارائه می دهد: «معیاری است که اعضای یک سازمان خاص می توانند به واسطه آن نیازهای شخصی مهمشان را از طریق تجربیات خود در سازمان برآورده کنند». برای مثال، فراهم کردن فرصت های فراوان برای مشارکت مستقیم کارکنان در حل مسئله و تصمیم گیری، به ویژه در زمینه های مرتبط با کار، شرط لازم برای آزادی بیشتر در کار تلقی و منجر به خودسازی، خودکنترلی یا رشد شخصی می شود (بندارا، فرناندو و اکتر، ۲۰۲۰).

مسئولیت که مفهوم می است مختص انسان ها، تار و پود زندگی فردی و اجتماعی وی را تشکیل می دهد. پذیرش و عدم پذیرش مسئولیت،

7	Adaptability
8	Chung
9	Lee
10	Palmatier
11	Zamagni
12	Petti
13	Work Quality
14	Bandara
15	Fernando
16	Akter

حتی اگر نیاز به پاسخ گویی نداشته باشد، بازهم مسئولیت پذیری خود را حفظ می کند؛ زیرا شخص برای سنجش رفتار خود به رضایت درونی اش مراجعه می کند. در مسئولیت پذیری بیرونی، فرد نه تنها به خود بلکه به افراد دیگری از جمله والدین، همسر، مدیر، کارمند، اجتماع نیز پاسخ گو است. درواقع فرد ملزم به رعایت هنجارها و قوانینی است که محیط به او تحمیل می کند. برای مثال کارمندان در محل کارشان در مقابل وظایفشان پاسخ گو هستند و مسئولیت انجام وظایف تعیین شده بر عهده آن ها است. مسئولیت پذیری بیرونی وجود دارد تا از مسئولیت پذیری درونی حمایت کند. با اینکه مسئولیت پذیری بیرونی در افراد تعهد ایجاد نمی کند، اما می تواند از مسئولیت درونی افراد برای رسیدن به اهداف حمایت کند. وجود مسئولیت بیرونی به فرد کمک می کند تا از حمایت افراد دیگر بهره مند و در نتیجه مسئولیت پذیری درونی شخص تقویت شود (بندارا، فرناندو و اکتر، ۲۰۲۰). از زیر مجموعه های اصل مسئولیت پذیری، رعایت ضرب الاجل ها و تحویل کار در زمان تعیین شده، است. همه کارکنان باید با تلاشی هماهنگ و همسو، در مهلت های تعیین شده، پروژه ها، وظایف و یا محصولات در دست تولید خود را تحویل بدهند. ممکن است شرایط پیش بینی نشده ای در سازمان رخ دهد که باعث شود جدول زمانی تحویل را تغییر کند، در این مواقع، کارمندان باید با برقراری ارتباط فعال با یکدیگر، راه حل های مناسب ارائه بدهند (درگاهی، محمدزاده، رضائیانزاده، ۱۴۰۰). یکی از دلایلی که محیط کاری هر بانک را ارتقاء می دهد، رعایت اصل مسئولیت پذیری مبتنی بر سازگاری و تحمل ناکامی ۲۱ است. کارمندان بانک ملت شهر تهران نیز با بر عهده گرفتن مسئولیت اقدامات و اعمال خود، از اخلاق و ارزش های حرفه ای حمایت کرده و به موفقیت بانک ملت کمک می کنند. شکی نیست کارکنان بانک ملت در سطح شهر تهران مسئولیت پذیر با انجام درست وظایف روزانه خود و پیروی از قوانین و اصول سازمانی، یک فرهنگ مسئولیت پذیری در بانک بنا می کنند که هم پیشرفت مشاغل فردی و هم افزایش بهره وری و موفقیت بانک ملت را به دنبال دارد. لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی مسئولیت پذیری بر سازگاری و کیفیت کاری کارمندان بانک ملت شهر تهران می باشد که در این راستا به دنبال پاسخگویی به فرضیه های ذیل می باشیم:

۱. بین مسئولیت پذیری با کیفیت کاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.

۲. بین مسئولیت پذیری با سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.

در پژوهشی به پیشینی کیفیت زندگی کاری بر اساس ابعاد عدالت سازمانی در پرستاران بیمارستانهای شیراز پرداختند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی کاری بر همه ابعاد عدالت سازمانی (توزیعی، مرلوده ای و رویه ای) رابطه مثبت دارد (قرچه و احمدی، ۱۳۹۷).

21

Tolerate Failure

قوای فرد و به تبع آن جامعه را هدفمند و در مسیر تکامل روحانی و جسمانی قرار می دهد. اصل مسئولیت پذیری، یک اصل بسیار مهم و اساسی در محیط کار است و همه افراد سازمان در هر نقش شغلی برای پیشرفت کاری خود و موفقیت سازمان، لازم است کاملاً مسئولیت پذیر باشند (بدیعزاده و ارشاد، ۱۴۰۱). اصل مسئولیت پذیری در محیط کار، به تعهدی می گویند سازمان و کارکنان آن در قبال وظایف، اقدامات و نتایج تصمیمات در نقش شغلی خود دارند. این اصل مستلزم مالکیت کار و نتایج، در نظر گرفتن پیامدهای اخلاقی اقدامات، پذیرش عواقب تصمیمات و تصمیم گیری های آگاهانه است. در این اصل، هر کارمند مسئولیت عملکرد، تصمیم گیری و پیشرفت در زمینه های مرتبط با وظایف و نقش شغلی خود را بر عهده می گیرد و می پذیرد برای بهبود اثربخشی، بهره وری و کیفیت خدمات یا کالاها را در سطح و نقش خود، تمام و کمال تلاش کند و در صورت بروز وقوع خطاها و اشتباه یا پیش آمدن مشکلاتی مربوط به کار تحت اختیار خود، آن را پذیرفته و اصلاح کند (دانائی و مومن، ۱۴۰۰). به طور کلی، یک کارمند مسئولیت پذیر، تمام وظایف شغلی مربوط به خود را انجام می دهد، اصول و دستورالعمل های سازمان خود را رعایت می کند و خود را یک کارمند و همکار قابل اعتماد به روسا و همکاران خود معرفی می کند. پابندی به اصل مسئولیت پذیری، فرهنگ اعتماد، احترام متقابل و حرفه ای بودن را در محیط کار پرورش می دهد و باعث افزایش بهره وری، رضایت کارکنان و موفقیت کلی و تحقق اهداف سازمانی می شود (جلالی، ۱۴۰۰). مسئولیت پذیری ۱۷ به پذیرش مسئولیت رفتار صادقانه و اخلاقی در قبال دیگران اشاره دارد. در یک مفهوم گسترده تر، مسئولیت پذیری به معنای تمایل به قضاوت درباره عملکرد است و در این حالت هر فرد، مسئول اعمال خود است و اگر اعمال نامطلوب را انتخاب کند، با عواقبی روبه رو خواهد شد. در این حالت مسئولیت پذیری نه تنها شامل انجام وظیفه می شود؛ بلکه فرد بعد از انجام نیز در قبال نتیجه پاسخگو است. مسئولیت پذیری باعث می شود تا وظایف در سطح بالایی انجام شوند، باعث تقویت صداقت می شود و اعتماد افراد اطراف شما را جلب می کند (چترودس، ۲۰۲۱، ۱۸). مسئولیت پذیری در دو دسته درونی و بیرونی تقسیم بندی میشود. مسئولیت پذیری درونی، پاسخ گویی به خود در قبال اعمال و رفتارمان است. این تعهد شخصی یک فرد است که به ارزش های خود صادق باشد و به وعده های خود عمل کند. مسئولیت پذیری درونی از درون بروز پیدا کرده و اعتباری ایجاد می کند که دیگران به شخص احترام می گذارند (رسول، ۱۹ و پاتانیا، ۲۰۲۳، ۲۰). در واقع فرد مسئولیت پذیری خود را در مقابل رفتار خودش مسئول می داند و

- | | |
|----|----------------|
| 17 | Responsibility |
| 18 | Chatzoudes |
| 19 | Rasool |
| 20 | Pathania |

آمارهای داده‌های مورد نیاز برای انجام تحقیق، جمع‌آوری و سپس با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون (۲۴QWL۲) در سال ۱۹۷۳ توسط والتون تهیه شده و دارای ۳۵ سوال و هشت زیر مقیاس است که عبارتند از: پرداخت منصفانه و کافی، محیط کاری ایمن و بهداشتی، تامین فرصت رشد و امنیت مداوم، قانون‌گرایی در سازمان، وابستگی اجتماعی در زندگی کاری، فضای کلی زندگی، وحدت و انسجام اجتماعی در سازمان و توسعه قابلیت‌های انسانی. جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل آزمون کیفیت زندگی کاری را به دست می‌دهد. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی کاری پایین و بیکیفیت می‌باشد. والتون (۱۹۷۳) ضریب پایایی پرسشنامه را در حالت کلی ۰/۸۸ گزارش نموده است. پایایی این پرسشنامه برحسب آلفای کرباخ توسط جمشیدی ۰/۸۳، داوری ۰/۸۷، رحیمی ۰/۸۵ و خلیلی، ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند. پرسشنامه سازگاری اسپانیر: در این پژوهش از مقیاس سازگاری دو عضوی گراهام اسپانیر (۱۹۷۶) برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سازگاری زناشویی استفاده شد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده رابطه بهتر و سازگارتر است.

نمره‌ی کل مقیاس با آلفای کرباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاسها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (ثانی، ۱۳۷۹). در این پژوهش نیز از طریق آلفای کرباخ پایایی این مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد. این مقیاس با روش‌های منطقی روایی محتوا چک شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج‌های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه‌های شناخته شده نشان داده است. در ایران نیز این مقیاس در سال ۱۳۷۴ توسط آموزگار و حسین‌نژاد هنجاریابی شده است. ۰/۶۸ مقیاس همبستگی دونفری، ۰/۷۵ مقیاس توافق دونفری ۰/۷۱ و مقیاس ابراز محبت ۰/۶۱ به دست آمده است. پرسشنامه مسئولیت پذیری نعمتی (۱۳۷۸) که شامل ۵۰ سوال است که به صورت تک مولفه ای می‌باشد. بر اساس طیف لیکرت نمره گذاری شده است. محسنی (۱۳۹۲) به منظور بررسی روایی (محتوایی) پرسش نامه مذکور از روش‌های تحلیل عاملی و تفاوت‌های گروهی استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون از هفت عامل تشکیل شده و اشتراکات سوال‌ها (همبستگی تک تک سوالات با مفهوم کلی آزمون یعنی مسئولیت پذیری) بین ۰/۴۸ و ۰/۷۸ و اکثراً بالا بوده‌است. بررسی روایی سازه از طریق تفاوت‌های گروهی نیز بر روی دو گروه با مسئولیت‌پذیری بالا و پایین، با استفاده

در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی کاری با تعهد کارکنان به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی کاری با تعهد بالای کارکنان و افزایش رضایت شغلی همبستگی دارد (لایر، کارووسکی و فار ۲۰۰۹، ۲۲). همچنین گرانت ۲۳ در پژوهش‌اش نشان داد که خوشبینی و خودکار آمدی، حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی کاری در ارتباط است (گرانت، ۲۰۱۰).

شهسواری و سلیمانی (۲۰۱۸) بررسی پیامدهای اقتصادی مسئولیت پذیری اجتماعی شرکتها (با تأکید بر کارایی سرمایه گذاری) مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که مسئولیت اجتماعی بالا، ناکارآمدی سرمایه گذاری را تا حدی کاهش و در نتیجه کارایی سرمایه گذاری را افزایش داده است. در واقع این یافته نشان می‌دهد که مسئولیت پذیری اجتماعی با کاهش عدم تقارن اطلاعاتی بین مدیریت و سرمایه گذاران و برطرف کردن مشکلات نمایندگی، به افزایش کارایی سرمایه گذاری منجر شده است (شهسواری و سلمانی، ۱۳۹۷). اکبری و فهام بررسی نقش ارزشهای فردی و اخلاق کسب و کار در مسئولیت پذیری اجتماعی شرکتی در بنگاه های بخش کشاورزی مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که ارزشهای فردی بر اخلاق کسب و کار و مسئولیت‌پذیری اجتماعی شرکتی اثر مثبت و معناداری داشت. همچنین، اثر اخلاق کسب و کار بر مسئولیت پذیری اجتماعی شرکتی مثبت و معنادار بود (اکبری و فهام، ۱۳۹۵).

با توجه به مطالب بیان شده و از آن جایی که ما برای توسعه کشورمان باید به تامین سلامت روانی نیروی انسانی اهمیت زیادی بدهیم و در این میان بانکها به عنوان رکن مهم توسعه و پیشرفت هر کشور از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند و همچنین بر اساس پژوهشهای گسترده‌ای که در این تحقیق انجام شد، برای اولین بار متغیرهای مورد نظر بر روی کارمندان بانک انجام شد. به دلیل نیافتن چنین پژوهشی بر روی متغیرهای مورد نظر بر کارکنان بانک در داخل و خارج از کشور هدف کلی پژوهش حاضر بررسی رابطه مسئولیت‌پذیری با کیفیت کاری و سازگاری کارکنان بانک ملت شهر تهران است تا بر این اساس مشخص شود که آیا بین مسئولیت‌پذیری با کیفیت کاری و سازگاری در کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معنی دار وجود دارد؟

روش بررسی

این پژوهش، یک پژوهش کمی است و از نظر هدف بنیادی است. جامعه آماری عبارت است کارشناسان شعبه مرکزی بانک ملت شهر تهران در بهار ۱۴۰۳ است که با توجه به اینکه همکاری افراد محدود است، حجم نمونه ۵۰ نفر برآورد شد و شامل ۳۴ مرد و ۱۶ زن میباشد که به کمک شیوه غیر تصادفی از نوع هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش ۳ پرسشنامه است که با توزیع آن در بین نمونه

- 24 Walton
25 Quality of Work life
26 Graham B. Spanier

- 22 Layer, Karwowski & Furr
23 Grant

از آزمون t برای گروههای مستقل صورت گرفت که نتایج تفاوت معنیداری را در تمامی هفت عامل ذکر شده، نشان داد. یعنی آزمون مسئولیت پذیری محقق ساخته به خوبی توانسته این دو گروه را از یک دیگر تفکیک کرده و از روایی سازهی بالایی برخوردار بوده است. محسنی (۱۳۹۲) برای سنجش پایایی پژوهش حاضر، از دو روش بازآزمایی و روش آلفای کرونباخ جهت همسانی درونی استفاده کرده است. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد که نشان دهندهی پایایی مناسب آن است. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات روش رگرسیون و آزمون شاپیرو - ویلک با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده گردید.

یافته ها

در بخش آمار توصیفی ابتدا به بررسی و توصیف متغیرهای جمعیت شناختی شامل جنسیت، گروه سنی و سابقه خدمت در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران به حجم نمونه ۵۰ نفر به لحاظ توزیع فراوانی و درصدی پرداخته می شود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و درصدی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۳۴
	زن	۱۶
	کل	۵۰
گروه سنی	۳۵-۳۰	۸
	۴۰-۳۵	۲۲
	۴۵-۴۰	۱۳
	۵۰-۴۵	۷
	کل	۵۰
سابقه خدمت	کمتر از ۵ سال	۱۶
	۱۰-۵	۱۴
	۱۵-۱۰	۱۵
	۲۰-۱۵	۵
	کل	۵۰

جدول شماره ۱ نشان می دهد که اکثریت کارمندان به میزان ۶۸ درصد را مردان و ۳۲ درصد را زنان در نمونه پژوهش تشکیل دادند به لحاظ گروه سنی اکثریت کارمندان به میزان ۴۴ درصد در

گروه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۲۶ درصد در گروه سنی ۴۰ تا ۴۵ سال، ۱۶ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۴ درصد در گروه سنی ۴۵ تا ۵۰ سال بودند. از نظر سابقه خدمت نیز اکثریت کارمندان به میزان ۳۲ درصد کمتر از ۵ سال سابقه داشتند. ۳۰ درصد کارمندان به میزان ۱۰ تا ۱۵ سال، ۲۸ درصد ۵ تا ۱۰ سال و ۱۰ درصد بین ۱۵ تا ۲۰ سال دارای سابقه خدمت بودند.

پیش از تحلیل و بررسی هر یک از فرضیه های پژوهش با روش تحلیل رگرسیون خطی ابتدا باید پیش فرضهای این روش آماری را که شامل بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرهای پژوهش و همبستگی میان متغیرهای ملاک و پیش بین است مورد بررسی قرار گیرد و در صورت تایید این پیش فرض ها می توان از رگرسیون خطی در جهت بررسی فرضیه های پژوهش استفاده نمود.

از جمله مهم ترین پیش فرض های انجام رگرسیون خطی بحث و بررسی نرمال بودن متغیرهای ملاک و پیش بین است که توسط آزمون شاپیرو - ویلک در این پژوهش انجام می شود و نتایج آن به شرح زیر است:

جدول شماره ۲: بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	آماره S-W	معناداری
سازگاری	۰/۹۲۳	۰/۰۵۲
کیفیت کاری	۰/۸۹۶	۰/۰۶۵
مسئولیت پذیری	۰/۹۴۴	۰/۰۵۸

جدول شماره ۲ نشان می دهد که میزان معناداری به دست آمده برای ۳ متغیر اصلی پژوهش بالاتر از ضریب خطا ۵ درصد می باشد در نتیجه می توان بیان کرد که متغیرها به لحاظ آمار استنباطی دارای توزیع نرمال و به هنجاری می باشند.

جدول شماره ۳: همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیرها	سازگاری	کیفیت کاری	مسئولیت پذیری
سازگاری	۱		
کیفیت کاری	۰/۳۰۴	۱	
مسئولیت پذیری	۰/۳۸۰**	۰/۲۶۶-	۱

** در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار است.

جدول شماره ۳ نتایج همبستگی میان متغیرهای ملاک و پیش بین را با آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می دهد نتایج حاکی از آن است که میان متغیرهای سازگاری با ضریب ۰/۳۸۰ با متغیر مسئولیت پذیری همبستگی مثبت و معناداری در سطح خطای یک درصد وجود دارد. مبنی بر اینکه هرچه سازگاری در میان کارمندان بیشتر شود مسئولیت پذیری در آنان نیز افزایش می یابد. در حالی که

رابطه معناداری بین کیفیت کاری و مسئولیت پذیری کارمندان با ضریب $0/266$ - وجود ندارد زیرا میزان معناداری کمتر از ضریب خطا 5% درصد است.

در بخش بررسی فرضیه‌های پژوهش به بررسی رابطه مسئولیت پذیری با کیفیت کاری و سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران با آزمون رگرسیون خطی ساده پرداخته می‌شود و هر یک از فرضیه‌های پژوهش مورد تایید یا رد قرار خواهد گرفت.

فرض صفر و فرض یک برای رد یا عدم رد هر یک از فرضیات تحقیق به صورت زیر می‌باشد:

H_0 : ارتباط معناداری میان دو متغیر وجود ندارد و H_1 : ارتباط معناداری میان دو متغیر وجود دارد.

فرضیه اول: بین مسئولیت پذیری با کیفیت کاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.

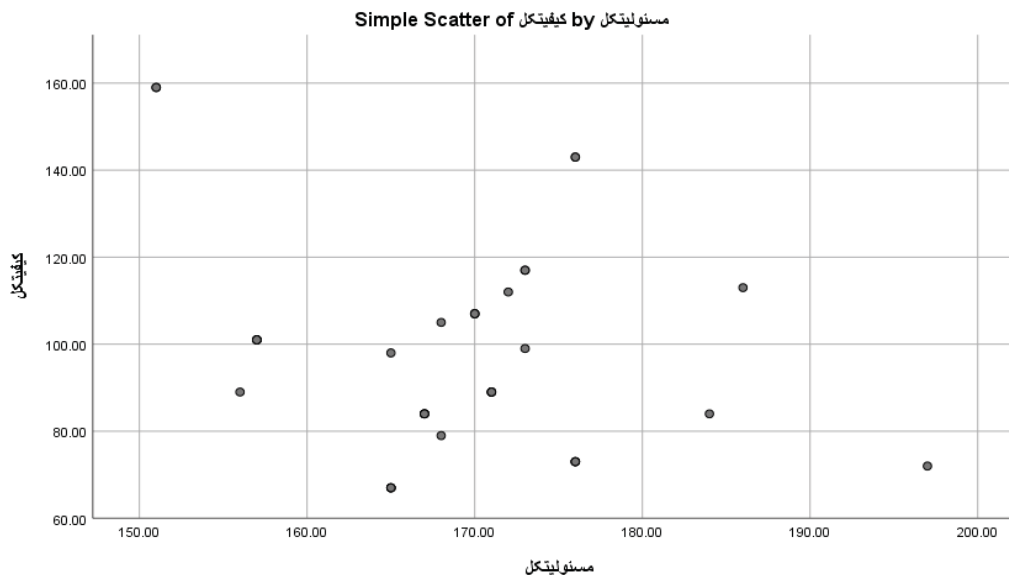
H_0 : بین مسئولیت پذیری با کیفیت کاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود ندارد.

H_1 : بین مسئولیت پذیری با کیفیت کاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۴: بررسی رابطه مسئولیت‌پذیری با کیفیت کاری کارمندان

متغیر	ضریب استاندارد نشده B	ضریب استاندارد شده Beta	T	معناداری	خلاصه مدل	
					همبستگی	ضریب تعیین
مسئولیت پذیری	$-0/697$	$-0/266$	$-1/657$	$0/106$	$0/266$	$0/071$

جدول شماره ۴ رابطه مسئولیت‌پذیری را با کیفیت‌کاری کارمندان با آزمون رگرسیون خطی ساده نشان می‌دهد. نتایج خلاصه مدل حاکی از آن است که میزان همبستگی میان دو متغیر $0/266$ با ضریب تعیین $0/071$ است میزان ضریب رگرسیون استاندارد شده $-0/266$ با معناداری $0/106$ که از ضریب خطا $0/05$ بالاتر است در نتیجه می‌توان بیان کرد که مسئولیت‌پذیری اثر معناداری بر کیفیت کاری در میان کارمندان نداشته است و فرضیه اول رد می‌شود.



نمودار شماره ۱: بررسی رابطه خطی بین مسئولیت‌پذیری و کیفیت کاری

فرضیه دوم: بین مسئولیت‌پذیری با سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.

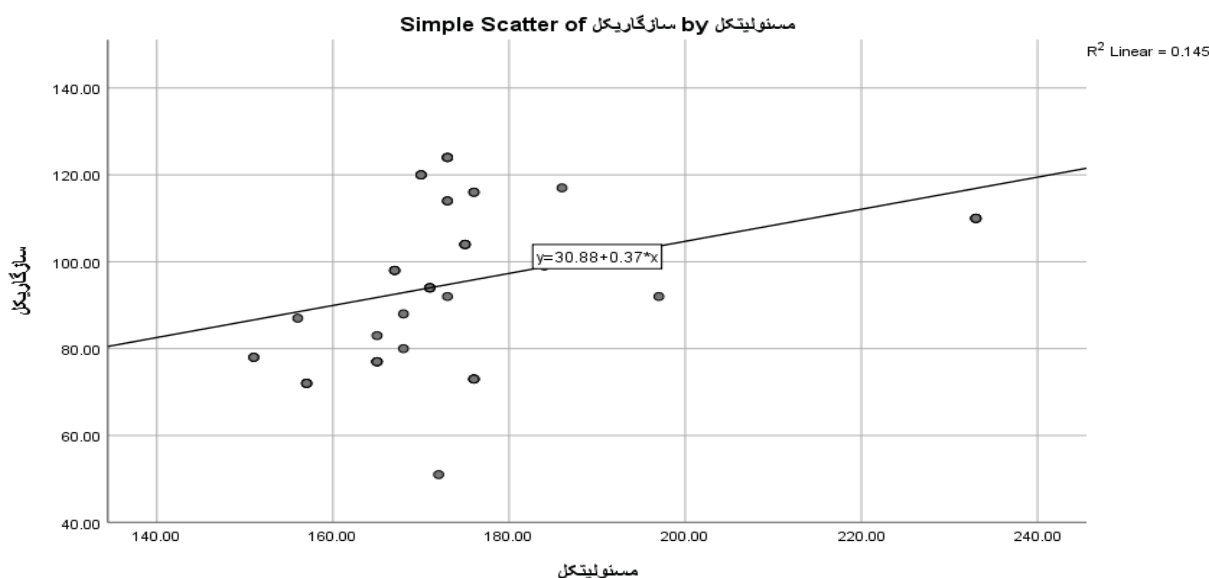
H_0 : بین مسئولیت‌پذیری با سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود ندارد.

H_1 : بین مسئولیت‌پذیری با سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۵: بررسی رابطه مسئولیت پذیری با سازگاری کارمندان

متغیر	ضریب استاندارد نشده B	ضریب استاندارد شده Beta	t	معناداری	خلاصه مدل	
					همبستگی	ضریب تعیین
مسئولیت پذیری	۰/۳۶۹	۰/۳۸۰	۲/۸۴۸	۰/۰۰۶	۰/۳۸۰	۰/۱۴۵

جدول شماره ۵ نتایج بررسی رابطه مسئولیت پذیری را با سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران با آزمون رگرسیون خطی ساده نشان می دهد. بر طبق نتایج خلاصه مدل همبستگی میان دو متغیر ۰/۳۸۰ با ضریب تعیین ۰/۱۴۵ است مبنی بر اینکه متغیر پیش بین مسئولیت پذیری به میزان ۱۴/۵ درصد توانایی تبیین این متغیر را داشته است. نتایج ضرایب رگرسیونی استاندارد شده نیز نشان می دهد که متغیر مسئولیت پذیری با ضریب استاندارد بتا ۰/۳۸۰ اثر معناداری بر سازگاری در سطح خطای ۰/۰۵ داشته است مبنی بر اینکه هرچه مسئولیت پذیری کارمندان بیشتر باشد، سازگاری در آنان نیز افزایش می یابد و فرضیه دوم تایید می شود.



نمودار شماره ۲: بررسی رابطه خطی بین مسئولیت پذیری و سازگاری

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی مسئولیت پذیری بر کیفیت کاری و سازگاری کارمندان بانک ملت شهر تهران بود. طبق جدول شماره ۵ نتایج این پژوهش نشان داد که بین مسئولیت پذیری با سازگاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد. در تبیین این یافته می توان گفت از راهکارهای بهبود مسئولیت پذیری بر سازگاری کارکنان می توان به انعطاف پذیری، اراده برای ادامه دادن در هنگام مواجهه با موانع و استقامت برای ادامه کار پس از شکست اشاره کرد که منجر به کارمندان موفق و فرهنگ شرکتی پویا و رو به رشد می شود. مدیران قوی میدانند که رشد تنها پس از شکست اتفاق می افتد و شکست معلم بزرگی است. از اشتباهات خود درس بگیرید و از آنها به عنوان الهام بخش استفاده کنید تا دفعه بعد بهتر عمل کنید و همچنین به عواقب اقدامات اشاره کرد تا بتوان عواقب خود را پذیرید تا مسئولیت پذیر باشید. اگرچه مسئولیت پذیری و پاسخگویی با هم مرتبط هستند، اما یکسان نیستند. مسئولیت پذیری در محل کار برای وظایف خود به معنای انجام اقدام است، در حالی که پاسخگویی نتیجه این اقدامات است. دانستن اینکه چگونه برای کار با کیفیت تحسین یا قدردانی را بپذیرید و زمانی که اقدامات شما مشکل ایجاد می کند، پذیرفتن سرزنش هر دو شکل مسئولیت پذیری هستند.

پذیری را میتوان احترام به حقوق دیگران و جوابگویی نسبت به اعمال خود دانست. با توجه به این که مسئولیت پذیری در دنیای امروزی امری مهم است و با توجه به این که کار در موسسات مالی و بانکها، نیازمند داشتن حس همکاری، وظیفه شناسی و تعهد است و افزایش این موارد باعث کاهش اضطراب، کارکرد بالای اجتماعی و همچنین سازگاری و تحمل ناکامی بیشتر و کاهش افسردگی میشود. بنابراین، منطقی به نظر میرسد کارمندان بانک که مسئولیت پذیری بیشتری دارند سطح سازگاری در آنها بالاتر است. طبق جدول شماره ۴ با بررسی ارتباط مسئولیت پذیری با کیفیت کاری در این پژوهش متوجه شدیم که بین مسئولیت پذیری با کیفیت کاری در میان کارمندان بانک ملت شهر تهران رابطه معناداری وجود ندارد که با توجه به منحصر بودن نمونه پژوهش به کارمندان یکی از شعب بانک ملت شهر تهران پیشنهاد میشود، پژوهشگران در زمینه بررسی این متغیر در جامعه های مختلف پژوهشهای بیشتری انجام دهند. از سویی در پژوهش موفق و محمدی (۱۳۹۲) که به بررسی رابطه عوامل کیفیتکاری با عملکرد کارکنان دانشگاه امام علی (ع) پرداختند، مشخص شد میان کیفیت کاری کارکنان دانشگاه امام علی (ع) و عملکرد آنان رابطه ای وجود ندارد. همچنین در پژوهش اسماعیلی لهما (۱۳۹۲) که به بررسی رابطه کیفیتکاری و عملکرد کارکنان اداره کل امور مالیاتی استان مازندران پرداخت؛ مشخص شد که تنها بین چهار متغیر یکپارچگی و انسجام اجتماعی در سازمان، تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم، قانونگرایی در سازمان و وابستگی اجتماعی زندگی کاری با عملکرد کارکنان رابطهای معنی دار وجود دارد و در مابقی تاثیر قابل توجهی مشاهده نشد. مهمترین ابعاد کیفیت کاری پرداخت منصفانه، محیط کاری ایمن، تأمین فرصت رشد، قانونگرایی، وابستگی اجتماعی، فضای کلی زندگی، یکپارچگی و انسجام و توسعه میباشند و پرداخت منصفانه، تأمین فرصت رشد و قانونگرایی بیشترین تاثیر را بر عملکرد کارکنان و فضای کلی زندگی، وابستگی اجتماعی یکپارچگی و انسجام کمترین تاثیر را بر عملکرد داشتند.

منحصر بودن نمونه پژوهش به کارمندان بانک ملت شهر تهران وعدم تفکیک سابقه کاری کارشناسان به علت محدود بودن تعداد نمونه ها، پژوهش حاضر را با محدودیتهایی مواجه کرده است که درتعمیم یافته ها باید مدنظر قرار گیرد. بر این اساس، در صورت امکان انجام پژوهشهای آتی با حجم نمونه بیشتر و تفکیک سابقه کارمندان و مقایسه متغیرهای پژوهش در این مقیاس پیشنهاد میشود. به منظور بررسی بیشتر نتایج پیشنهاد میشود پژوهشگران موضوع پژوهش را در سطح صنایع مختلف نیز آزمون کنند. در نهایت، پیشنهاد میشود همچنین باتوجه به وجود رابطه مثبت بین مسئولیت پذیری و سازگاری، برگزاری دوره های آموزش ضمن افزایش مهارت سازگاری و مسئولیت پذیری و بررسی تاثیر آن بر سلامت

پاسخگو بودن برای اعمال خود و نشان دادن خود انعکاس با بحث در مورد پیامدها به کارمندان کمک می کند تا به شما اعتماد کنند. مسئولیت پذیری میتواند سازگاری کارکنان در سازمان را تحت تاثیر قرار دهد. به عبارت دیگر افزایش مسئولیت پذیری میتواند باعث بهبود سازگاری کارکنان شود. مسئولیت پذیری در محیط کار به تعهد یک فرد به وظایف خود در یک سازمان اشاره دارد. مسئولیت پذیری میتواند به شما کمک کند تا به یک رهبر و مدیر قابل اعتماد و مؤثر تبدیل شوید، زیرا مسئولیت پذیری در مدیریت فراتر از انجام وظایف شماست. بنابراین، تمرین مسئولیت پذیری در مدیریت به اطمینان از رهبری موفق و احترام در بین همکاران به هم تیمی ها کمک می کند؛ هم چنین باعث رشد کسب و کار خواهد شد. مسئولیت پذیری در محل کار مهم است زیرا حرفه ای بودن شما را نشان می دهد، می تواند شغل شما را ارتقاء دهد، به ایجاد پیوندهای حرفه ای با همکاران کمک می کند و به رهبری شرکت نشان می دهد که شما فرد ارزشمندی هستید. کارمندان برای رهبرانی که مسئولیت پذیر هستند ارزش قائل هستند، زیرا می دانند که می توانند به شما اعتماد کنند. کارمندان مسئولیت پذیر برای پیشبرد موفقیت شرکت تلاش می کنند و سعی می کنند وظایف روزانه خود را به خوبی انجام دهند. کارمندان مسئولیت پذیر فرهنگ مسئولیت پذیری را ایجاد می کنند که باعث پیشرفت مشاغل فردی و افزایش بهره وری شرکت می شود. گلاس (۱۹۶۵) مسئولیت را با سلامت روان ارتباط میدهد و میگوید افراد هر قدر مسئولیت بیشتری داشته باشند از لحاظ سلامت روان سالمتر هستند و بالعکس (جورج و کریستانی ۲۸؛ ترجمه فلاحی و حاجیلو، ۱۳۸۳). به عقیده چاهن ۲۹ (۱۹۹۸) تعاملات اجتماعی و خصیصه های مرتبط با آن از جمله حس مسئولیت پذیری به عنوان اولین الگوی رفتاری، با سلامت روانی افراد رابطه دارد. کلاتری (۱۳۸۹) نیز دریافت که سلامت سازمانی با مسئولیت پذیری و خشنودی کارکنان رابطه مستقیم و معنی داری دارد. کمپر ۳۰ و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی دیگر دریافتند که وقتی مسئولیت پذیری اجتماعی سازمانی بالا باشد، اثر مثبت بر عملکرد سازمان به خصوص برای مؤسسات با ظرفیت رقابت بالا وجود دارد. چانگ ۳۱ و سالمون ۳۲ (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی به بررسی رابطه بین عوامل مؤثر در سلامت روان مثل اضطراب، احساس خودکارآمدی بالا و مسئولیت پذیری با بهزیستی روانشناختی پرداختند و نشان دادند که بین این عوامل رابطه معنی داری وجود دارد. در تبیین این یافته میتوان گفت که مسئولیت پذیری یکی از اجزای شخصیت متعادل است. مسئولیت

27
28
29
30
31
32

Glasser
Keristiani & George
Chauhan
Kemper
Chang
Solomon

روان و خرده مقیاسهای آن پیشنهاد میشود. به دلیل تاثیرگذار بودن میزان مسئولیت پذیری، سازگاری و تحمل ناکامی بر سلامت روان، اتخاذ تدابیری برای آموزش شیوه های کنترل هیجان و تنظیم عواطف میتواند در فرایند بهبود عملکرد کارکنان بانک ها موثر باشد.

منابع

اکبری، مرتضی و فهام، الهام. (۱۳۹۵). بررسی نقش ارزش های فردی و اخلاق کسب و کار در مسئولیت پذیری اجتماعی شرکتی در بنگاه های بخش کشاورزی. تحقیقات اقتصاد و توسعه کشاورزی ایران، دوره ۲، شماره ۱. صص ۱۹۷-۲۰۹.

بدیع زاده، علی؛ و ارشاد، سحر (۱۴۰۱). تأثیر ارزش استراتژیک تجارت الکترونیک بر پذیرش آن در شرکت های کوچک و متوسط صنایع غذایی قزوین. مدیریت توسعه و تحول. شماره ۲۵. صص ۷۱ الی ۷۸. کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین.

جلالی، لیل (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درک شده پلتفرمهای تجارت الکترونیک بر مزیت اقتصادی درک شده مصرفکننده در پیشبینی مصرف پایدار در یک بیماری همهگیر. دوره ۱، شماره ۱.

جورج، ر؛ و کریستانی، ت. (۱۹۹۰). مشاوره، نظریه و کاربرد/ اهداف، فرایندهای مشاوره و رواندرمانگری. ترجمه رضا فلاحي ومحسن حاجیلو (۱۳۸۶). تهران: رشد.

دانایی ابوالفضل، مؤمن الهام. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر بازاریابی ویروسی در شبکه های اجتماعی بر قصد خرید مصرف کنندگان (مورد مطالعه: کاربران شبکه اجتماعی تلگرام)، کاوش های مدیریت بازرگانی، ۹ (۱۸)، ۲۴۳-۲۶۷.

درگاهی، حسین؛ محمدزاده، نیلوفر؛ و رضائیان زاده، حمیدرضا (۱۴۰۰). کسب و کار الکترونیکی در حوزه سلامت. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۵. شماره ۳. صص ۳۹ الی ۴۸.

شهسواری، معصومه و سلمانی، رسول (۱۳۹۷). بررسی پیامدهای اقتصادی مسئولیت پذیری اجتماعی شرکت ها (با تأکید بر کارایی سرمایه گذاری)، دوره ۷۳، شماره ۲۷. صص ۲۵۵-۲۴۰.

کلانتری، سیدسمیه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین سلامت سازمانی با مسئولیت پذیری و خشنودی شغلی کارکنان دانشگاه آزاد واحد شوشتر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد شوشتر. محسنی، هاجر. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین خود متمایز سازی مادران با تعارض والد - فرزندی و مسئولیت پذیری دانش آموزان دختر دوره راهنمایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

- Ali, A., Rasool, G., Pathania, A. (2023). Antecedents for success of e-commerce platforms: an investigative approach. *Int. J. Information Technology and Management*, Vol. 16, No. 4, 2017.
- Bandara, R., Fernando, M., Akter, S., (2020). Explicating the privacy paradox: a qualitative inquiry of online shopping consumers. *J. Retailing Consum. Serv.* 52, 101947.
- Chang, B. G., & Solomon, J. (2010). Stereotype threat test Anxiety, and specific selfefficacy as predictors of promotion Exam performance. *Group&Organization management*, 35, 77-107.
- Chatzoglou Chatzoudes (2021). Factors affecting e-business adoption SMEs an empirical research. *Journal of Enterprise Information Management*, Vol. 29 Issue: 3, pp.327-358.
- Chung, L.H. (2020). Impact of pandemic control over airport economics: reconciling public health with airport business through a streamlined approach in pandemic control. *J. Air Transport. Manna.* 44-45, 42-53
- Eusanio Zamagni & Petti, L. (2019). Social sustainability and supply chain management: Methods and tools. *Journal of Cleaner Production* 235, 178-189.
- Esmaeeli Lahmali A. A Study of Relationship between Quality of Work Life (QWL) and Performance of the Staff in Mazandaran Provin Tax Affairs General Directorate. *Journal of Tax Research.* 2013;21(19):171-96. [In Persian]
- Grant, M.L. (2010). Quality of work life and predictor of employees' mental health. PhD thesis submitted to the University of the Free State, Bloemfontein.
- Kemper, J., Schilk, O., Reimann, M., Wnng, X., & Brettel, M. (2013). Competition Motivated corporate social responsibility. *Journal of Business Research*, 66, 1956- 1963.
- Layer, J.K., Karwowski, W., & Furr, A. (2009). The effect of cognitive demands and perceived quality of work life on human performance in manufacturing environments. *International Journal of Industrial Ergonomics*, (39), 413-421.
- Lee Li, X., Palmatier, R.W. (2018). The effect of online shopping platform strategies on search, display, and membership revenues. *J. Retailing* 94 (3), 247-264
- Movafagh H, Mohammadi A. The relationship between qualities of working life of employees of Imam Ali University with performance. *Military Science and Technology.* 2013;9(24):101-20. [In Persian] Available from: <http://www.qjmst.ir/article/22418.html>.

جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات روان درمانی روانشناسان و روانپزشکان: مرور سیستماتیک شواهد پژوهشی سه دهه اخیر

بهاره رمضانپور

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، آمل، ایران. * نویسنده مسئول

دکتر مهدی اکبری آملی

دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

Hidden Specific Theoretical Orientation in Psychotherapy Preferences of Psychologists and Psychiatrists: A Systematic Review of Research Evidence from the Last Three Decades

Ramezanpour Bahareh

Master's degree in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Amol, Iran.

Mahdi Akbari Amoli

PhD in Educational Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran.

Abstract

Qualitative researches are part of the efforts that have increased the depth of psychotherapy. The present research was conducted with the aim of identifying the hidden preferences and specific orientation of psychologists and psychiatrists in choosing a specific treatment approach in 1403.

Method: Qualitative content analysis method was used, descriptive phenomenological type, the population of participants were psychotherapists of Mazandaran province and they participated in this research using non-voluntary and purposeful sampling method. Considering that in the qualitative research method, the number of people is not known and the researcher is required to conduct interviews until the information saturation stage, the researcher reached information saturation by interviewing 16 psychologists and 4 psychiatrists, and to collect information from the semi-structured interview protocol 9 research findings have been used, which the researcher has adjusted based on the study of research backgrounds, and the open, selective and core coding method has been used to analyze the data.

Findings and conclusions: The findings of this research formulated the preferences, interest and mastery of therapists based on the views and experiences of therapists. The preferences of the therapists are humanistic approaches first, followed by cognitive behavioral and psychoanalytical approaches. Aman plays a more fundamental role in the effectiveness of the treatment process than other components.

Key Words: *Hidden preferences, psychologist, psychiatrist, psychotherapy, special orientation*

چکیده

پژوهش های کیفی بخشی از تلاش هایی است که بر عمق روان درمانی افزوده است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی ترجیحات پنهان و جهت گیری خاص روان شناسان و روان پزشکان در انتخاب یک رویکرد درمانی خاص در سال ۱۴۰۳ انجام شد. روش: روش تحلیل محتوای کیفی به کار گرفته شد از نوع پدیدارشناسی توصیفی که جمعیت مشارکت کنندگان روان درمانگران استان مازندران بودند و با استفاده از روش نمونه گیری غیر داوطلبانه و هدفمند در این پژوهش شرکت داشتند، داده ها با تحلیل محتوای موضوعی با رویکرد تفسیری تحلیل شدند. با توجه به اینکه در روش پژوهش کیفی تعداد افراد مشخص نیست و پژوهشگر تا مرحله اشباع اطلاعاتی، ملزم به انجام مصاحبه بوده است، پژوهشگر با مصاحبه ۱۶ روان شناس و ۴ روان پزشک به اشباع اطلاعاتی رسید و برای گردآوری اطلاعات از پروتکل مصاحبه ی نیمه ساختار یافته ی ۹ محوری محقق ساخته استفاده شده است که پژوهشگر آن را براساس مطالعه پیشینه های پژوهشی تنظیم کرده است و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش کدگذاری باز، گزینشی و محوری استفاده شده است.

یافته ها و نتیجه گیری: یافته های این پژوهش ترجیحات و علاقه و تسلط درمانگران را بر پایه دیدگاه و تجارب درمانگران صورت بندی کرد. ترجیحات درمانگران در جایگاه اول رویکردهای انسان گرایانه و بعد رویکرد های شناختی رفتاری و روانکاوی بوده که شرایط مراجع در درجه اول و بعد آموزش و همخوانی با ویژگی شخصیتی درمانگر نقش اساسی را در انتخاب رویکرد دارند و طبق تجربه درمانی درمانگران ارتباط و همدلی و ایجاد فضای امن نسبت به سایر مؤلفه ها نقش اساسی تری در اثربخشی فرایند درمان دارند.

واژگان کلیدی: ترجیحات پنهان، روان شناس، روان پزشک، روان درمانی، جهت گیری خاص

مقدمه

هیچ تعریف واحدی تاکنون از روان درمانی مورد پذیرش عموم متخصصان قرار نگرفته است. روان درمانی را بر حسب جهت گیری نظری فرد می توان تلاشی برای قانع سازی بین فردی، مراقبت درمانی، آموزش روانی و اجتماعی، تغییر در خویشتن به کمک متخصص، فناوری رفتاری، نوعی از توانبخشی، دوستیابی و مانند آن تعریف کرد. شاید کاربردی ترین روان درمانی آسان تر از تبیین یا تعریف آن باشد (لندن ۳۳، ۱۹۸۶)، به نقل از پروچسکا و نورکراس ۳۴، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). میتوان روان درمانی را اینطور هم تعریف کرد روان درمانی کاربرد آگاهانه و هدفمند روش های بالینی و نگرش های میان فردی به دست آمده از اصول روانشناختی ریشه دار با هدف کمک به افراد برای تغییر دادن رفتارها، شناخت ها، هیجان ها یا سایر ویژگی های شخصی خودشان در مسیرهایی است که شرکت کنندگان در درمان آنها را مطلوب می دانند (نورکراس، ۱۹۹۰، ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۱).

نظریه روان درمانی پدیده های بالینی را توصیف، اندازه اطلاعات مناسب را تعیین، اطلاعات را سازماندهی و آنها را در مجموعه ای منسجم از دانش موجود به شکلی ترکیب می کند که مفهوم پردازی ما را اولویت بندی و درمان را هدایت می کند. روان درمانی نظام دار با روانکاوی فروید آغاز شد. پس از او افرادی همچون آلفورد آدلر و کارل یونگ آن را گسترش دادند. در نهایت انحصار گرای، جزم اندیشی، مقرون به صرفه نبودن، و اثربخشی محدود روانکاوی سنتی، روان شناسی علمی را بر آن داشت تا در جهت ایجاد و توسعه روشهای کارآمدتر تجربه ای و شناختی - رفتاری حرکت کند (قربانی و ربیعی، ۱۳۹۷). از آن زمان توجه به یافته های مطالعات مختلف در زمینه علوم اعصاب، دلبستگی، مطالعات رشدی هم خود روانکاوی دستخوش تغییرات گسترده ای شد و هم رویکردهای دیگر از جمله درمان شناختی رفتاری، رویکردهای روان پویشی کوتاه مدت، طرحواره درمانی و درمان های نسل های سوم پا به عرصه وجود نهاده اند (لوزینگر-بولبر و کاجل ۲۰۱۵، کامپن، بیسلینگ، شالکنز، جانسن، ون در لی و اسپکنز ۳۶، ۲۰۱۷ به نقل از رضاعی و همکاران، ۱۴۰۰). گسترش درمان ها با انبوهی از ادعاهای مختلف بر علیه یکدیگر همراه بوده است: تنوع مناسب به آشفتگی غیر طبیعی تبدیل شده است. اما نظریه های روان درمانی که بیش از ۱۵۰۰ روانشناس، روانپزشک، مشاور و مددکار اجتماعی در چند بررسی آنها را شخصاً تایید کردند، عبارت از روان درمانی آدلری، رفتاری، شناختی، ساخت گرا، التقاطی / یکپارچه نگر، وجودی / انسان گرا، گشتالت، میان فردی، روانکاوی، روان پویشی، راجری / متمرکز بر شخص و سیستم ها می باشد در اغلب موارد، هنگام مقایسه نظام ها برای نشان دادن شباهت ها و تفاوت های آنها از مدل یکپارچه نگر استفاده می کنند. انتخاب مدل یکپارچه نگر تا حدودی به دلیل ماهیت تلفیق گرایانه و آشتی جویانه آن است که به جای پرداختن به جنبه های انتقادی در هر نظام روان درمانی، در جستجوی موارد مفید و ارزشمند هر کدام از آنهاست. همچنین یکپارچه نگر نمایانگر روند کلی در روان درمانی معاصر است: پژوهش همواره نشان می دهد که یکپارچه نگر / التقاط

33 London

34 Prochaska & Norcross

35 Losinger-Bulber & Kachel

36 Kampen, Bissling, Schalkens, Jansen, van der Lee & Speckens

که قبلاً تجربه کرده اند ترجیح می دهند (ون شایک ۳۹ و همکاران، ۲۰۰۴). اکثر درمانگرانی که خودشان تحت درمان روان درمانی بودند، درمانگرانی را با جهت گیری نظری دیگری غیر از خودشان انتخاب کردند (نورکراس و همکاران، ۲۰۰۹، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲).

درمانگرانی که اولویت های خاصی دارند ممکن است رویکرد خود را با نیازهای بیماران خود منطبق نکنند، بلکه بیشتر با ترجیحات خود رفتار کنند. این حداقل به دو دلیل می تواند مشکل ساز باشد. اول، همخوانی در رتبه بندی های اتحاد (لاوس ۴۰ و همکاران، ۲۰۱۷؛ زیلچا-مانو ۴۱ و همکاران، ۲۰۱۷)، علاوه بر این، اخیراً مطالعه نشان داد که توافق بین بیماران و درمانگران آنها در مورد جنبه های مفید روان درمانی با کاهش علائم و مشکلات بین فردی همراه بود (جویی ۴۲ و همکاران، ۲۰۲۰، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، به نظر می رسد اجماع و توافق تأثیر مفیدی بر درمان دارند. دوم، چندین متاآنالیز تأکید کردند که تطبیق ترجیحی، یعنی اینکه آیا بیماران روان درمانی ترجیحی خود را دریافت کرده اند یا خیر، با پیامدهای درمانی مثبت تر، ترک درمان کمتر و همچنین رضایت بیشتر از درمان مرتبط است (لیوهم ۴۳، ۲۰۱۸). بنابراین، اندازه گیری ترجیحات درمانگر و مقایسه آنها با بیماران (بالقوه) آنها ضروری است. (ویندل ۴۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

بیمارانی که ترجیحات روان درمانی خود را دریافت می کردند تقریباً نیمی از احتمال ترک درمان را زودتر از موعد داشتند بنابراین بر روان درمانگران است که از ترجیحات درمانی بیماران خود آگاه باشند. علاوه بر این، برای روان درمانگران مهم است که ترجیحات خود را درک کنند، زیرا همانطور که تحقیق نشان می دهد، متخصصان سلامت روان روان درمانی را عمدتاً بر اساس ترجیحات شخصی، جهت گیری های نظری، تجربیات بالینی و درمان شخصی خود انجام می دهند (آرتور ۴۵، ۲۰۰۱؛ بیوتلر، ویلامز، ویکفیلد، و انتوئیستل ۴۶، ۱۹۹۵؛ نورکراس و پروچاسکا، ۱۹۸۳؛ اورلینسکی و رونسداد ۴۷، ۲۰۰۵؛ سافران، آبرو، اوگیلوی، و دماریا ۴۸، ۲۰۱۱؛ استوارت و چامبلز ۴۹، ۲۰۰۰؛ کوپر ۵۰ و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه ترجیحات فعالیت متخصصان سلامت

گرایی رایج ترین جهت گیری در بین متخصصان بهداشت روانی است (پروچاسکا و نورکراس ۲۰۰۵، ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۱). در برخی از نظام های روان درمانی از ساز و کار تغییر فعال به عنوان نوعی روش درمان یاد می شود. در نظام های دیگر، روان درمانی بر چهار عامل رابطه ی درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایی و نظم بخشی رفتار استوار است. چهار عامل فوق فرایند مشترک و نظام داری است که ویژه ی رویکرد خاصی نیست. جدا کردن چهار وجه رابطه درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایی و نظم بخشی رفتار (هیجان، تفکر و عملکرد) به معنای مجزا دیدن و اعتقاد به وجود مستقل هر یک از آنها یا ذهن مستقل از مغز نیست. این چهار وجه موضوعاتی مرکب هستند که باید در فرایند روان درمانی برای آنها برنامه ریزی کنیم. و رابطه درمانی یکی از قوی ترین این عوامل ها است. چرا که روان درمانی در اصل نوعی رابطه میان فردی است و در واقع این رابطه است که درمان میکند. این مهم ترین عامل مشترک همواره به عنوان یکی از تعیین کننده های اصلی موفقیت روان درمانی مطرح بوده است (وزیری و کاشانی، ۱۳۹۴).

روان درمانی به هر نوع فرآیند بازآموزی اطلاق می شود که هدفش کمک به فرد رنجور با استفاده از روش های درمانی روانی است. موضوع روان درمانی تلاش های اشخاصی است که می خواهند با استعانت از شیوه های روانشناسی آلام روانی سایرین را تسکین دهند؛ همان طور که عباسی، اصلانیا و بیگلر (۱۳۶۳) نیز ریشه اکثر بیماری های جسمی را در مشکلات روحی و روانی افراد می دانند. روان درمانی بر آن است تا با بهبود روابط اجتماعی بیمار، از شدت ناراحتی و پریشانی او بکاهد. روان درمانی در عین حال به بیمار کمک می کند تا ناراحتی ها و رنج ها را پذیرفته و در صورت امکان از آن برای رشد شخصی استفاده کند. هدف از انواع روش های روان درمانی کمک به بیمار و قرار دادن او در موقعیتی است که با اصلاح طرز تلقی ها، عواطف و رفتارهای ناهنجار به نیازهای برحق خود برای برخورداری بودن از محبت، شناخت، موفقیت و نظایر آن دست یابد. (حمیدی پور، عطاپور، زرداری، ۱۳۹۹)

مطالعات نشان داد حمایت، تفسیر، بینش، تغییر رفتار، رابطه درمانی خوب و ویژگی های خاص درمانگر از وجوه مشترک روان درمانی های موفقیت آمیز است (واتسون، ۱۹۴۰، به نقل از پروچاسکا و نورکراس، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). و مطالعه دیگر نشان داد که ترجیحات فعالیت بیماران در طول درمان روان درمانی تغییر می کند، یعنی ترجیحات برای تأیید، مشاوره، مخاطبان و رابطه بسته به مرحله درمان متفاوت است (تریسی و داندون ۳۷، ۱۹۸۸، به نقل از هیز و همکاران ۳۸، ۲۰۲۲) علاوه بر این، ترجیحات با تجربیات گذشته مطابقت دارد، به طوری که مردم درمان ها یا درمانگرانی را

37 Tracy & Dundon

38 Hayes & et al

- 39 Van Scheik
40 Laos
41 Zilcha-Manu
42 Choi
43 Livy
44 Windle
45 Arthur
46 Beutler, Williams, Wakefield & Entwistle
47 Orlinsky & Ronstad
48 Safran , Eyebrow, Ogilvy & Demaria
49 Stewart & Chambless
50 Cooper

روان به طور مستقیم مورد مطالعه قرارنگرفته است، تحقیقات زیادی در مورد ترجیحات درمانی آنها وجود دارد. تحقیقات نشان می دهد که روان درمانگرها تمایل دارند که برای درمان خود، درمان های روان پویشی یا روانکاوی را انتخاب کنند. در سراسر مطالعات و کشورها، ۴۰٪ تا ۶۰٪ از رفتار شخصی به طور تاریخی در آن سنت بوده است درمان های یکپارچه و انسان گرایانه نیز محبوبیت خود را نشان داده اند (نورکراس، ۲۰۱۵). تحقیقات ترجیحی در سطح درمان محدود است. روان درمانگران ممکن است فقط در طیف کوچکی از مدل های درمانی ماهر باشند، به گونه ای که تطبیق ترجیحات بیماران در روش های درمانی متعدد ممکن نیست. وضعیت در مورد ترجیحات درمانگر نیز مشابه است، جایی که توانایی روان درمانگران برای اصلاح شخصیت یا ویژگی های جمعیت شناختی خود بسیار محدود است. با این حال، انطباق با اولویت های فعالیت بیماران آسان تر است زیرا روان درمانگرها می توانند با هر بیمار جداگانه سازگاری داشته باشند: برای مثال، یک موضع دستوری بیشتر یا کمتر دستورالعمل. این ممکن است به ویژه برای روان درمانگران یکپارچه، التقاطی و کثرت گرا که بخش بزرگی از نیروی کار سلامت روان را تشکیل می دهند صادق باشد (نورکراس، گولدفیرد، ۲۰۱۹، به نقل از کوپر و همکاران، ۲۰۱۹).

روانپزشکان در صورت درخواست، ترجیحات درمانی متفاوتی را نشان دادند آیا قرار است درمان برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) باشد یا برای روانپزشکان مبتلا به GAD در مقایسه با توصیه ها برای بیماران عمومی، روانپزشکان اغلب روان درمانی را توصیه می کنند و کمتر درمان روان دارویی را برای خود توصیه می کنند (لاتاس ۵۲ و همکاران، ۲۰۱۸، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی، متخصصان سلامت روان رویکردی را ترجیح می دهند که شبیه درمان روان پویشی باشد، یعنی راهنمایی مراجع و شدت عاطفی. در مقایسه، افراد غیرمتخصص رویکردی را ترجیح می دهند که بیشتر شبیه CBT باشد، زیرا به طور قابل توجهی هدایت درمانگر و شدت هیجانی کمتری را نسبت به متخصصان سلامت روان ترجیح می دهند. (کوپر و همکاران، ۲۰۲۲).

به طور کلی، این نشان می دهد که بیماران غیرعادی، اشکال فعال تر و ساختارمندتر روان درمانی را به روش های مبتنی بر بینش ترجیح می دهند. به عنوان مثال، (کینگ ۵۳ و همکاران ۲۰۰۰)، دریافتند که تقریباً ۶۰٪ از بیمارانی که می خواستند درمان خود را انتخاب کنند، ترجیح CBT، در حالی که ۴۰٪ مشاوره غیر مستقیم را انتخاب کردند. در مطالعه دیگری (براژجو، کلینتون و ساندل ۵۴، ۲۰۰۴)، از یک نمونه تصادفی از ۵۰۰ فرد سوئدی پرسیده شد

که در صورت نیاز به کمک روانشناختی، کدام یک از سه روش درمانی CBT، درمان شناختی و روان درمانی (پویشی) را انتخاب می کنند. باز هم، CBT محبوب ترین بود، با حدود ۳۵٪ این درمان، ۲۷٪ برای روان درمانی شناختی، و ۱۶٪ برای درمان روان پویا. در مقابل، (کول ۵۵ و همکارانش ۲۰۱۸) در نمونه ای از ۳۱۵ مرد آمریکایی ترجیح بیشتری برای درمان روان دینامیکی نسبت به CBT یافتند. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه این ترجیحات توسط جمعیت شناختی و عوامل شخصیتی است. (براژجو و همکاران ۲۰۰۴) دریافتند که افراد با درمان قبلی برای پریشانی روانشناختی ترجیح بیشتری برای درمان روان پویشی نشان دادند - یافته ای که در مطالعه بعدی تکرار شد (فروونهولت ۵۶، ۲۰۰۷)، اما در مطالعه دیگری نه (پترونزی و ماشیاله ۵۷، ۲۰۱۹). لی (۲۰۰۹) تفاوت های قابل توجهی در اولویت درمانی بین مردان و زنان پیدا کردند، به طوری که ۷۴٪ از مردان ترجیح می دهند CBT، اما ۶۴٪ از زنان ترجیح می دهند برای مشاوره غیر دستوری. پترونزی و ماشیاله (۲۰۱۵) دریافتند که افزایش ترجیحات برای درمان روان پویشی با سطوح بالاتر باز بودن و دلبستگی ایمن مرتبط است، در حالی که کاهش ترجیحات برای CBT با سطوح بالاتر دلبستگی ترسناک مرتبط است. تحقیقات نشان می دهد که در صورت رعایت اولویت های مراجعان، احتمال کمتری دارد که درمان را ترک کنند و نتایج بهتری را نشان دهند (سوئف ۵۸ و همکاران، ۲۰۱۹).

بنابراین با توجه به مبانی بحث شده در مورد ترجیحات روان درمانی روانشناسان و روانپزشکان که تعامل با ترجیحات مراجع به عنوان یک «ضرورت اخلاقی» توصیف شده است (نورکراس و کوپر، ۲۰۲۱) و طبق مطالعات مقدماتی، مشخص شد که هیچ پژوهش علمی معتبری در مورد جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات روان درمانگران ایرانی انجام نشده است. لذا با در نظر گرفتن چنین کمبود و علاقه مندی به کشف ترجیحات خاص پنهان، انجام این مطالعه شروع شده است تا هرچند نقشی کوچک در رشد و توسعه نظری این حوزه مطالعاتی داشته باشد و هم بتواند پاسخی برای ترجیحات درمانگران برای تعامل با مراجعانشان باشد. برای همین منظور این مطالعه در صدد است به بررسی جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات درمانگران از دیدگاه روانپزشکان و روانشناسان از دیدگاه پدیدارشناسی تفسیری پرداخته و مولفه های پنهان را شناسایی کند. مسئله اصلی این پژوهش این بود که چه مؤلفه هایی مهمی موثری برای جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات درمانگران از دیدگاه روانپزشکان و روانشناسان وجود دارد؟

- 55 Cole
56 Freunholt
57 Petronzi & Mashiyaleh
58 swift

- 51 Goldfaird
52 Latas
53 King
54 Brazhu, Clinton & sandal

بخش دوم) چارچوب نظری

-تعریف روان درمانی

روان درمانی (Psychotherapy) نوعی درمان برای مشکلات هیجانی است که در آن شخصی آموزش دیده، با بیمار آگاهانه رابطه ای حرفه ای برقرار میکند تا نشانه های موجود در بیمار و الگوهای رفتاری مخرب او برطرف شوند یا کاهش یابند و زمینه رشد و کمال شخصیتی وی فراهم آید (ولبرگ، ۱۹۶۷، ص ۳).

روان درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روشهای بالینی و مواضع میان فردی به دست آمده از اصول روان شناختی تثبیت شده است که هدف آن این است که به افراد کمک شود تا رفتارها، شناخت ها، هیجان ها و ویژگی های شخصی دیگر خود را در مسیری که شرکت کنندگان در درمان آن را مطلوب می دانند تغییر دهند (نورکراس، ۱۹۹۰، ص ۲۱۸).

روان درمانی یک درمان غیر دارویی است که رویکردهای متفاوتی دارد و بخش قابل توجهی از این رویکردها مبتنی بر شواهد هستند و مطالعات مؤثر بودن آنها را نشان داده اند. روان درمانی توسط یک روان درمانگر آموزش دیده انجام میگردد و بسته به نوع رویکرد مورد استفاده بر افزایش درک مراجعه کنندگان خود، آموزش شیوه های انطباق جدید، اصلاح روابط کارآمد و یا حل و فصل تعارضهای درونی تأکید دارد. این درمان به تنهایی و یا همراه با درمان دارویی برای طیف گستردهای از مشکلات مورد استفاده قرار میگیرد (انجمن روانپزشکان آمریکا) روان درمانی موجب افزایش احساس ارزش نسبت به خود، کاهش رفتارهای ناکارآمد و بهبود کیفیت زندگی میشود (لوزینگر-بولبر و کاپل، ۲۰۱۵).

روان درمانی، معرفی علمی است که به دنبال یافتن راهی برای تغییر رفتارها، شناخت ها، هیجان ها و سایر ویژگی های شخصی افراد در جهت مطلوب است. خودروان درمانی، چنانکه از تعریف آن بر می آید کاربرد آگاهانه و عمدی روش های بالینی و مواضع میان فردی است که از اصول روان شناختی رایج بدست آمده (پروچاسکا و دیگران، ۱۳۸۳).

روان درمانی فعالیتی برنامه ریزی شده از سوی یک روان شناس است که هدفش ایجاد تغییراتی در فرد میباشد تا زندگی اش را شادتر و سازنده تر نماید یا هردو (راتر، ۱۹۷۱، ص ۷۹).

عناصرهای تشکیل دهنده و عوامل مشترک روان درمانی فرض ما این است که عوامل حمایتی (مثلا رابطه مثبت، اعتماد) زمینه ساز بروز تغییر در عقاید و نگرشهای مراجعان (عوامل یادگیری مثلا، یادگیری شناختی، بینش) و در نتیجه تغییر رفتار (عوامل کنشی - مثلا مهارت پیدا کردن یا خطر کردن) میشوند. برخی از آنها را به طور خلاصه تشریح می کنیم.

رابطه درمانگرانه: اگرچه تمام درمانگرها برقراری رابطه را مهمترین عامل درمان نمی دانند، اما تقریباً همه آنها به این مساله اهمیت میدهند برای عده ای از صاحب نظران ماهیت رابطه بیمار و

درمانگر یا یکی از مهمترین عوامل موفقیت روان درمانی است برای بیمار هیچ جایی مناسبتر از اتاق درمانی نیست که در آنجا به دور از انتقاد و قضاوت در مورد محرمانه ترین اسرار خود صحبت می کند. آیا یک شوهر میتواند با همسر خود در مورد اضطراب وابستگی خود بحث کند، بدون آنکه به تصور زنش در مورد نقش او لطمه ای وارد آید؟ ولی این صحبت به راحتی در محیط درمانی اتفاق می افتد. همدلی صمیمیت، و صداقت شخصی درمانگر رابطه درمانی را تسهیل می کند و احتمال نتیجه مثبت را افزایش میدهد منظور از همدلی توانایی درمانگر در فهمیدن دقیق و ظریف تجربیات و احساسهای مراجع و معنی آنها برای او در مدت رویارویی لحظه به لحظه روان درمانی است (راجرز و تراکس، به نقل از روزنهان و سلیگمن ۱۳۸۰، ص ۴۹۸).

منظور از صداقت درمانگر دقیقاً این است که درمانگر از ارتباط ساختگی، حرفه ای یا دفاعی اجتناب کند. قطعاً اگر درمانگر صادق نباشد نه میتواند همدل باشد و نه صمیمی.

تخلیه هیجانی / کاتارسیس: عده ای میگویند روان درمانی بدون عصبانیت، اضطراب یا گریه اصلاً روان درمانی نیست. آنها معتقدند روان درمانی یک تجربه هیجانی است. تخلیه هیجانات یا کاتارسیس بخش مهمی از روان درمانی هاست اما عمق و شدت آن بستگی به ماهیت و شدت مشکل و مراحل درمان دارد روان درمانگر باید آماده برخورد با ابراز هیجان باشد و از آن برای تغییر مراجع سود جوید (فیرس و ترال، ۱۳۸۱).

کاهش اضطراب: شروط اصلی روان درمانی که عبارتند از برقراری رابطه با صلاحیت بودن درمانگر عدم برخورد انتقادی و قضاوتی، رازداری و ایجاد حریمی خصوصی در بیمار آرامش خاطر ایجاد می کنند. این آرامش خاطر نیز از اضطراب بیماران کاسته و فرصتی فراهم می آورد تا بیماران بتوانند تجاربی را به طور منظم پشت سر گذارند (پورشرفی، ۱۳۹۰، ص ۲۱۶).

ایجاد قابلیت / مهارت یابی: به تعبیری هدف اکثر درمانها ایجاد قابلیت و کارایی بیشتر انسان ها است. ویژگی های قبلی اشاره شده در مورد روان درمانی راه را برای کارایی و رضایت بیشتر، هموار می سازند. اما در کنار رابطه درمانی و کاهش اضطراب برخی از درمانها ویژگیهای دیگری دارند که در این جا قابل طرح هستند. برای مثال درمان موقعیتی فراهم می آورد تا بیمار چیزهای جدیدی یاد بگیرد و شیوه های فکری غلط خودش را اصلاح کند گاهی بعضی از درمانها درون مایه های صریحاً آموزشی دارند. یعنی به مراجع روشهای مؤثرتر کارایی را آموزش میدهند یا برای رفع مشکلات جنسی وی و سازگاری جنسی مراجع در آینده به او اطلاعات جنسی میدهند. پس درمان چیزی بیش از گرفتن جن های کهنه روان شناختی است و می تواند به معنای واقعی کلمه یک تجربه آموزشی باشد. بندورا (۱۹۸۹) بر اهمیت احساس خود بسندگی در ارتقای عملکرد افراد تأکید کرده است. خلاصه این که

دوم، چندین متاآنالیز تاکید کردند که تطبیق ترجیحی، یعنی اینکه آیا بیماران روان درمانی ترجیحی خود را دریافت کرده اند یا خیر، با پیامدهای درمانی مثبت تر، ترک درمان کمتر و همچنین رضایت بیشتر از درمان مرتبط است (لیویم ۲۰۱۸، ۶۲). بنابراین، اندازه گیری ترجیحات درمانگر و مقایسه آنها با بیماران (بالقوه) آنها ضروری است (ویندل ۶۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

بیمارانی که ترجیحات روان درمانی خود را دریافت می کردند تقریباً نیمی از احتمال ترک درمان را زودتر از موعد داشتند بنابراین بر روان درمانگران است که از ترجیحات درمانی بیماران خود آگاه باشند. علاوه بر این، برای روان درمانگران مهم است که ترجیحات خود را درک کنند، زیرا همانطور که تحقیق نشان می دهد، متخصصان سلامت روان روان درمانی را عمدتاً بر اساس ترجیحات شخصی، جهت گیری های نظری، تجربیات بالینی و درمان شخصی خود انجام می دهند (آرتور ۶۴، ۲۰۰۱؛ بیوتلر، ویلیامز، ویکفیلد، و انتویستل ۶۵، ۱۹۹۵؛ نورکراس و پروچاسکا، ۱۹۸۳؛ اورلینسکی و رونسداد ۶۶، ۲۰۰۵؛ سافران، آبرو، اوگیلوی، و دماریا ۶۷، ۲۰۱۱؛ استوارت و چامبلز ۶۸، ۲۰۰۰، کوپر و همکاران، ۲۰۱۹).

اگرچه ترجیحات فعالیت متخصصان سلامت روان به طور مستقیم مورد مطالعه قرار نگرفته است، تحقیقات زیادی در مورد ترجیحات درمانی آنها وجود دارد. تحقیقات نشان می دهد که روان درمانگرها تمایل دارند که برای درمان خود، درمان های روان پویشی یا روانکاوی را انتخاب کنند. در سراسر مطالعات و کشورها، ۴۰٪ تا ۶۰٪ از رفتار شخصی به طور تاریخی در آن سنت بوده است همچنین درمان های یکپارچه و انسان گرایانه نیز محبوبیت خود را نشان داده اند (نورکراس ۲۰۰۵).

پیشینه پژوهش

ستکوفسکی، پالانتزا، ون بالگووژن و همکاران (۲۰۲۳) ۶۹ در مطالعه ای با عنوان کدام روان درمانی در درمان بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (فرع) بالینی مؤثرتر و قابل قبول تر است؟ دریافتند که طیف گسترده ای از روان درمانی ها در درمان اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد و ارزیابی شده اند، اما این سوال که کدام نوع روان درمانی خاص مؤثرتر است، بی پاسخ باقی مانده است. در این مطالعه، دو متاآنالیز شبکه (NMAs) برای بررسی اثربخشی نسبی روان درمانی ها بر (۱) شدت BPD و (۲) رفتار

وقتی احساس مهارت داشتن میکنیم - یعنی اعتماد به نفس داریم، توقع داریم عملکرد خوبی داشته باشیم و به طور کلی در مورد خودمان احساس خوبی داریم - بیشتر احتمال دارد عملکرد مؤثری داشته باشیم (فیرس، ترال، ۲۰۰۲، ترجمه: فیروزبخت، ۱۳۹۱، ص ۴۲۳).

ترجیحات روان درمانی

ترجیحات درمانگر به خواسته های بیماران اشاره دارد که روان درمانگر دارای ویژگی های شخصی خاص مانند جنسیت، قومیت یا مذهب باشد. ترجیحات درمانی به تمایلات برای نوع خاصی از روش درمانی، مانند درمان شناختی-رفتاری یا رویکرد شخص محور اشاره دارد. در نهایت، ترجیحات فعالیت به رفتارها، روش ها و سبک های مداخله خاص در کار درمانی، مانند درمان گروهی در مقابل فردی یا استفاده از تکالیف اشاره دارد (کوپر و مک لئود، ۲۰۱۱؛ واتسفورد و ریکوود، ۲۰۱۴).

علاوه بر این، برای روان درمانگران مهم است که ترجیحات خود را درک کنند، زیرا همانطور که تحقیق نشان می دهد، متخصصان سلامت روان روان درمانی را عمدتاً بر اساس ترجیحات شخصی، جهت گیری های نظری، تجربیات بالینی و درمان شخصی خود انجام می دهند (به عنوان مثال، آرتور، ۲۰۰۱؛ بیوتلر، ویلیامز، ویکفیلد، و انتویستل، ۱۹۹۵؛ نورکراس و پروچاسکا، ۱۹۸۳؛ اورلینسکی و رونسداد، ۲۰۰۵؛ سافران، آبرو، اوگیلوی، و دماریا، ۲۰۱۱؛ استوارت و چامبلز، ۲۰۰۰) از این رو، روان درمانگران ممکن است ناخواسته ترجیحات روان درمانی خود را به مراجعان «طرح» کرده و درمان را بر اساس آن انجام دهند.

لی (۲۰۰۹) تفاوت های قابل توجهی در اولویت درمانی بین مردان و زنان پیدا کرد، به طوری که ۷۴٪ از مردان ترجیح می دهند CBT، اما ۶۴٪ از زنان ترجیح می دهند برای مشاوره غیر دستوری. پترونزی و ماشیاله (۲۰۱۵) دریافتند که افزایش ترجیحات برای درمان روان پویشی با سطوح بالاتر باز بودن و دلبستگی ایمن مرتبط است، در حالی که کاهش ترجیحات برای CBT با سطوح بالاتر دلبستگی ترسناک مرتبط است.

درمانگرانی که اولویت های خاصی دارند ممکن است رویکرد خود را با نیازهای بیماران خود منطبق نکنند، بلکه بیشتر با ترجیحات خود رفتار کنند. این حداقل به دو دلیل می تواند مشکل ساز باشد. اول، همخوانی در رتبه بندی های اتحاد (لاوس ۵۹ و همکاران، ۲۰۱۷؛ زیلچا-مانو ۶۰ و همکاران، ۲۰۱۷)، علاوه بر این، اخیراً مطالعه نشان داد که توافق بین بیماران و درمانگران آنها در مورد جنبه های مفید روان درمانی با کاهش علائم و مشکلات بین فردی همراه بود (چویی ۶۱ و همکاران، ۲۰۲۰، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، به نظر می رسد اجماع و توافق تأثیر مفیدی بر درمان دارند.

- 62 Livy
- 63 Windle
- 64 Arthur
- 65 Beutler, Williams, Wakefield & Entwistle
- 66
- 67
- 68
- 69 Setkowski, Palantza, van Ballegooijen & et al

- 59 Laos
- 60 Zilcha-Manu
- 61 Choi

خودکشی (میزان ترکیبی) انجام شد. ترک تحصیل به عنوان یک پیامد ثانویه در نظر گرفته شد. شش پایگاه داده تا ۲۱ ژانویه ۲۰۲۲ جستجو شد، از جمله RCT ها در مورد اثربخشی هر روان درمانی در بزرگسالان (≤ 18 سال) با تشخیص BPD زیربالینی. داده ها با استفاده از فرمت جدول از پیش تعریف شده استخراج شد. در مجموع ۴۳ مطالعه ($N = 3273$) وارد شد. این مطالعه تفاوت های قابل توجهی بین چندین مقایسه فعال در درمان BPD زیر بالینی پیدا کرد، با این حال، این یافته ها بر اساس کارآزمایی های بسیار کمی بودند و بنابراین باید با احتیاط تفسیر شوند. برخی از درمان ها در مقایسه با GT یا TAU موثرتر بودند. علاوه بر این، برخی درمان ها خطر اقدام به خودکشی و خودکشی را بیش از نصف کاهش دادند (میزان ترکیبی)، RRs را حدود ۰٫۵ یا کمتر گزارش کردند، با این حال، این RRs از نظر آماری در مقایسه با سایر درمان ها یا TAU بهتر نبودند. انصراف از مطالعه بین برخی از درمان ها تفاوت معنی داری داشت. در نتیجه، به نظر می رسد هیچ درمانی واحد در مقایسه با سایر درمان ها بهترین انتخاب برای درمان افراد مبتلا به BPD نباشد. با این وجود، روان درمانی های BPD به عنوان درمان های خط اول تلقی می شوند، و بنابراین باید در مورد اثربخشی طولانی مدت آن ها، ترجیحاً در کارآزمایی های سر به سر، بیشتر بررسی شوند. DBT بهترین درمان مرتبط بود که شواهد محکمی از اثربخشی آن ارائه می کرد.

– هاینز، وک، هان و کوهن ۷۰ (۲۰۲۲) در مطالعه ای با عنوان تفاوت در ترجیحات روان درمانی بین کارآموزان روان درمانی و افراد عادی دریافتند که علیرغم افزایش تحقیقات در مورد ترجیحات روان درمانی، ترجیحات کارآموزان روان درمانی تا حد زیادی ناشناخته است. علاوه بر این، تفاوت در ترجیحات بین کارآموزان و بیماران آنها می تواند (الف) مانع بهبود علائم و موفقیت درمان برای بیماران شود و (ب) موانع مهمی را در زندگی اولیه و توسعه درمانگران آینده نشان دهد. این مطالعه ترجیحات ۴۶۶ نفر از کارآموزان روان درمانی را با ۹۶۹ نفر غیرمتخصص با استفاده از فهرست اولویت های کوپر-نورکراس مقایسه کرد. علاوه بر این، این مطالعه ترجیحات بین کارآموزان در درمان شناختی-رفتاری (CBT) و کارآموزان روان پویشی را مقایسه کرد. این مطالعه بین هر دو نمونه در ۱۳ مورد از ۱۸ مورد و سه مورد از چهار خرده مقیاس تفاوت معنی داری یافت. کارآموزان روان درمانی، راهنمایی کمتر درمانگر، شدت عاطفی بیشتر و همچنین چالش متمرکزتر را نسبت به افراد عادی ترجیح می دهند. کارآموزان CBT راهنمایی بیشتر درمانگر، شدت عاطفی کمتر، جهت گیری بیشتر و چالش متمرکزتر را نسبت به کارآموزان در درمان روان پویا/روان تحلیلی ترجیح می دهند. به طور کلی، نتایج بر اهمیت اجرای ارزیابی اولویت و بحث در طول آموزش روان درمانی تأکید می کند. علاوه بر این، به نظر می رسد درمانگران با

گرایش های مختلف، طیف وسیعی از اولویت ها را برای بیماران پوشش می دهند تا تناسب مناسب را انتخاب کنند.

– کوپر، ون راین، کریسافیدو و استایلز ۷۱ (۲۰۲۱) مطالعه ای با عنوان اولویت های فعالیت در روان درمانی: بیماران چه می خواهند و چه ارتباطی با نتایج و اتحاد دارد؟ انجام دادند که این مطالعه با هدف بررسی سه سوال زیر بوده است (الف) ترجیحات فعالیت های روان درمانی مراجعان چیست؛ (ب) تطابق بین ترجیحات و رویکرد روان درمانی نتایج و اتحاد را پیش بینی می کند؟ (ج) آیا امتیازات در ابعاد ترجیحی، فی نفسه، نتایج و اتحاد را پیش بینی می کنند؟ شرکت کنندگان ۴۷۰ مراجع بودند که در یکی از پنج رویکرد با کارآموزان روان درمانگر شرکت داشتند. این مطالعه از فهرست اولویت های کوپر-نورکراس برای شناسایی اولویت های فعالیت روان درمانی مراجعان استفاده کرد. و مدل سازی چند سطحی برای بررسی رابطه بین این ترجیحات – و مطابقت با این ترجیحات – با نتایج و اتحاد. مراجعان ترجیح کلی برای هدایت درمانگر و شدت عاطفی داشتند. این مطالعه هیچ مدرکی دال بر اثر تطبیق اولویت پیدا نکرد. مراجعانی که تمایل خود را برای چالش متمرکز بر حمایت گرم ابراز کردند، پیشرفت بیشتری نشان دادند. ترجیحات مراجع برای چالش متمرکز ممکن است نشان دهنده آمادگی آنها برای تغییر باشد و نشان دهنده یک پیش آگهی مثبت باشد. تحقیقات بیشتر باید به طور مستقیم شیوه های درمانی را مشاهده کرده و طیف وسیعی از متغیرهای مراجع را ارزیابی کند.

– آنستیس، رودریگز، پرستون، هاروپ ۷۲ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه ای با عنوان ارزیابی شخصیت و ترجیحات روان درمانی: تطابق بین شخصیت مراجع و ترجیحات شخصیت درمانگر دریافتند که در نظر گرفتن ترجیحات مراجع برای نتایج درمانی، مانند درگیری و حفظ درمان، مورد تأکید قرار گرفته است. اگرچه مطالعات چندین ویژگی مراجع و درمانگر مرتبط با ترجیحات مراجع را بررسی کرده اند، تعداد کمی از افراد در مورد شخصیت یک درمانگر بالقوه ترجیحاتی دارند یا خیر. مطالعه حاضر با بررسی تأثیر پنج ویژگی شخصیتی بزرگ شرکت کنندگان بر ترجیحات ویژگی های شخصیت درمانگر با استفاده از تجزیه و تحلیل نمایه پنهان، تحقیقات قبلی را در مورد ترجیحات مراجع گسترش داد. این مطالعه انتظار داشت بین ویژگی های شخصیتی مراجع و ویژگی های شخصیتی روان درمانگر ترجیح داده شود. هم در نمونه های مقطع کارشناسی و هم در جامعه، نتایج نشان داد که شرکت کنندگان عموماً روان درمانگری را با ویژگی های شخصیتی مشابه خودشان ترجیح می دهند. یافته های این مطالعه وجود ترجیحات را بر اساس عوامل شخصیتی نشان می دهد و پیامدهایی برای جهت گیری های تحقیقاتی آینده و نقش ارزیابی شخصیت در عملکرد بالینی معمول دارد.

71 Cooper, van Rijn, Chrysafidou & Stiles

72 Anestis, Rodriguez, Preston, Harrop

70 Heinze, Weck, Hahn & Kühne

- کوپر، نورکراس، ریموند-بارکر و هوگان (۲۰۱۹) ۷۳ در مطالعه ای که با عنوان ترجیحات روان درمانی افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان: درمان برای چه کسی است؟ انجام دادند بیان کردند که، بیماران در روان درمانی خود چه چیزی را ترجیح می دهند؟ آیا افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان (به عنوان بیمار) چیزهای مشابه یا متفاوتی می خواهند؟ نویسندگان به طور سیستماتیک ترجیحات روان درمانی بیماران را بررسی کردند و دو نمونه از افراد غیرعادی ($N=228$) را با یک نمونه از متخصصان سلامت روان ($N=615$) در چهار بعد فهرست اولویت های کوپر نورکراس هدایت درمانگر مقایسه کردند. هدایت مراجع، شدت عاطفی در مقابل ذخیره عاطفی، جهت گیری گذشته در مقابل جهت گیری حال، و حمایت گرم در مقابل چالش متمرکز. به طور متوسط، افراد غیرمتخصص خواهان هدایت درمانگر و شدت عاطفی بودند. تفاوت های قوی بین ترجیحات افراد غیرمتخصص و متخصصان در این دو بعد یافت شد: متخصصان سلامت روان نسبت به افراد غیر متخصص راهنمایی درمانگر کمتری می خواستند ($gs=0.49, 1.33$) و شدت عاطفی بیشتری ($gs=0.92, 1.43$) زنان همچنین خواهان حمایت گرم بیشتری نسبت به مردان بودند ($gs=0.40, 0.57$). این یافته ها نشان می دهد که روان درمانگران باید به ترجیحات درمانی خود توجه داشته باشند و اطمینان حاصل کنند که این موارد به طور نامناسب به بیماران تعمیم داده نمی شود.

- رین، هوفت، لی ۷۴ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ای با عنوان ترجیح روان درمانی حضوری در مقابل گزینه های روان درمانی دیجیتال برای افسردگی: نظرسنجی از بزرگسالان در ایالات متحده دریافتند که موانع متعددی دسترسی به روان درمانی برای افسردگی را پیچیده می کند، از جمله تعهد زمانی، محل ارائه خدمات و انگ. درمان دیجیتال پتانسیل رفع این موانع را دارد، اما استفاده طولانی مدت از روان درمانی دیجیتال ضعیف است. این مقاله داده هایی را از یک نظرسنجی آنلاین با روش های مختلط ارائه می کند تا نگرانی های بیماران مبتلا به افسردگی را در صورت انتخاب روان درمانی حضوری و روان درمانی دیجیتال مستند کند. شرکت کنندگان ۱۶۴ بزرگسال ساکن ایالات متحده بودند که قبلاً از روان درمانی برای افسردگی استفاده کرده بودند یا در نظر گرفته بودند. پاسخ دهندگان روستایی و اقلیت های نژادی/قومی (بومیان آمریکایی، آفریقایی آمریکایی، و اسپانیایی زبان) به طور هدفمند نمونه گیری شدند. از شرکت کنندگان ترجیحات و نظرات آنها در مورد چهار روش درمانی پرسیده شد: دیجیتالی خود هدایت شونده، دیجیتالی با پشتیبانی همتایان، دیجیتال هدایت شده توسط متخصص، یا روان درمانی حضوری. کمتر از نیمی ($0/44,5$) از شرکت کنندگان روان درمانی حضوری، $0/25,6$ درمان دیجیتالی خود هدایت شونده، $19,7$ درمان دیجیتال با هدایت متخصص و

$0/8,5$ درمان دیجیتال با پشتیبانی همتا را ترجیح دادند. مضامین اصلی استخراج شده از تجزیه و تحلیل کیفی بر اثربخشی درمان دیجیتال، دسترسی به درمان دیجیتال، نگرانی در مورد مراقبت از طرف همتایان، نگرانی های مربوط به رازداری و حفظ حریم خصوصی، اولویت برای درمان حضوری، شک و تردید در مورد درمان خودراهبری، و تأثیر اجتماعی اضطراب در استفاده از مراقبت مبتنی بر چت ویدیویی توسعه آینده روان درمانی دیجیتال باید به نگرانی های مربوط به اثربخشی، حریم خصوصی، امنیت داده ها و روش هایی برای افزایش انگیزه برای استفاده از این درمان ها رسیدگی کند.

- کول، پترونزی، سینگلی و باگلیری ۷۵ (۲۰۱۸) در مطالعه ای با عنوان پیش بینی کننده های ترجیحات روان درمانی مردان انجام دادند که مطالعه حاضر ادراکات و ترجیحات مردان را برای چهار نوع روان درمانی بررسی کرد. 315 مرد توسط پانل های Qualtrics برای تکمیل یک نظرسنجی که شامل عکس هایی بود که جهت گیری های درمانی را توصیف می کرد، استخدام شدند. تحلیل های رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که اجتماعی سازی نقش جنسیتی، خودنگاری و نگرش ها در مورد کمک روان شناختی حرفه ای، تمایل به مشارکت در درمان مردانگی مثبت روان پویشی، فرد محور، شناختی رفتاری و روان شناسی مثبت را به طور منفی پیش بینی می کنند. علاوه بر این، مردان در مطالعه، درمان مردانگی مثبت روان شناسی مثبت را به درمان شناختی رفتاری ترجیح دادند. با توجه به نقش اجتماعی شدن نقش جنسیتی، خودنگاری و ترس از زنانگی در ایجاد موانع برای کمک جویی مردان، مطالعه حاضر از جهت گیری های درمانی «مرد پسند» مانند مدل مردانگی مثبت روان شناسی مثبت حمایت می کند. مفاهیم برای عمل بالینی و جهت گیری های آینده برای تحقیق مورد بحث قرار می گیرد.

- دورو، لوبنر و پابست ۷۶ و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه ای با عنوان ترجیحات برای درمان افسردگی شامل مداخلات مبتنی بر اینترنت: نتایج حاصل از نمونه بزرگی از بیماران مراقبت های اولیه انجام دادند. مطالعه با هدف (۱) بررسی ترجیحات درمانی برای افسردگی از جمله مداخلات مبتنی بر اینترنت و (۲) بررسی تفاوت های زیر گروهی در مورد سن، جنسیت و شدت افسردگی و همچنین عوامل مرتبط با بیمار مرتبط با ترجیحات درمانی است. داده ها از ارزیابی پایه به دست آمد. ترجیحات درمان افسردگی از 641 نفر بیمار مراقبت های اولیه با افسردگی خفیف تا متوسط با توجه به درمان های زیر ارزیابی شد: دارو، روان درمانی، درمان ترکیبی، درمان جایگزین، صحبت با دوستان و خانواده، ورزش، ادبیات خودیاری، و مداخلات مبتنی بر اینترنت. شدت افسردگی بر اساس معیارهای ICD-10 توسط پزشکان عمومی مشخص شد. مدل های رگرسیون لجستیک معمولی برای شناسایی عوامل مرتبط با اولویت های درمان

75 Cole, Petronzi, Singley & Baglieri
76 Dorow, Löbner, Pabst

73 Cooper, Norcross, Raymond-Barker & Hogan
74 Renn, Hoefft, Lee

دریافتند که مشاوره برای بیماران مبتلا به شرایط مزمن بهداشت روانی به ترتیب به عنوان جلسات متخصصان در نظر گرفته می شود: پزشکی و تجربی. تصمیمات درمانی، در این اصطلاحات، به جای اینکه کاتدرای قبلی داده شود، به یک مسئولیت مشترک تبدیل می شود. یکی از منابع برای تشکیل تصمیم ها به عنوان «مشترک»، توصیه درمانی است - اختیار تصمیم گیری را می توان از طریق طراحی آن استناد کرد. این نگرانی وجود دارد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به ندرت در تصمیم گیری های درمانی شرکت می کنند. با این حال، روش هایی که روانپزشکان واقعا به کار می گیرند، هنوز تعریف نشده اند. این مقاله درک ما از عملکرد روانپزشکی را با ترسیم روش های جایگزین مورد استفاده توسط روانپزشکان برای توصیه درمان در مشاوره های سرپایی در محل ارتقا می دهد. ابتدا، انواع درمان هایی را که روانپزشکان توصیه می کنند، باز می کنیم. سپس، می پرسیم که روانپزشکان چگونه درمان را توصیه می کنند؟ با استفاده از یک طبقه بندی کدگذاری جدید، با اطلاع از اصل تحلیلی مکالمه که توصیه ها اقدامات اجتماعی مختلف را نشان می دهند، توزیع فرمول بندی های جایگزین برای توصیه های روانپزشکان (اظهارات، پیشنهادها، پیشنهادها و پیشنهادات) را شناسایی می کند. این مطالعه همچنین یک بعد زبانی، ضمائر شخصی را پیشنهاد می کند که اعمال توصیه کننده اغلب به آن ها بستگی دارد، که برای اینکه چه کسی به عنوان «مسئول» تصمیم پیش بینی می شود، دلالت دارد. در نهایت، این مطالعه رابطه بین نوع عمل و جذب بیمار را بررسی می کند: آیا نوع خاصی از توصیه ها احتمال بیشتری برای جلب پذیرش/مقاومت از سوی بیماران دارد؟ و این چه ارتباطی با مسئولیت پذیری تصمیم گیری دارد؟

- پلنت و هالند ۷۹ (۲۰۱۸) در مطالعه ای با عنوان رفتار درمانی خانواده برای مشکلات الکل و مواد مخدر در زندگی بعدی دریافتند که مشکلات مصرف الکل و مواد مخدر در میان افراد مسن یک نگرانی رو به رشد سلامت عمومی است. با این حال، با وجود مجموعه ای از ادبیات در حال ظهور که نشان می دهد مصرف کنندگان مسن تر مواد احتمالا از مداخلات متناسب با نیازهای خاص خود بهره مند می شوند، درمان های کمی برای این جمعیت ایجاد شده است. به ویژه، افراد مسن تر با سابقه سوء مصرف مواد ترجیح داده اند برای درمان هایی که بر مشکلات مالی، سلامت جسمانی و مسائل حرکتی تمرکز دارند، و تلاش می کنند تا به طور تجویزی دیگران را در درمان مشارکت دهند. برای رفع این نیازها، نسخه اصلاح شده ای از رفتار درمانی خانواده (FBT) را برای افراد مسن با مشکلات مصرف مواد ایجاد کردند که شامل مشارکت افراد مهم و پوشش مهارت هایی است که به مشتریان مسن تر مربوط می شود. این شکل اصلاح شده FBT از طریق مورد جک مردی ۵۵ ساله با اعتیاد طولانی مدت به مت آمفتامین نشان داده شده است. پس از اتمام ۱۶ جلسه، مصرف الکل و مواد مخدر جک به میزان 79 Plant & Holland

انجام شد. میانگین سنی بیماران ۴۳٫۹ سال (انحراف معیار = ۱۳٫۸) و بیش از دو سوم (۶۸٫۶٪) زن بودند. حدود ۴۳ درصد از بیماران افسردگی خفیف داشتند و ۵۷ درصد مبتلا به افسردگی متوسط بودند. اکثر بیماران ترجیحات شدیدی برای روان درمانی، صحبت با دوستان و خانواده و ورزش داشتند. از هر پنج بیمار، یک نفر به احتمال زیاد مداخلات مبتنی بر اینترنت را در صورت افسردگی در نظر می گیرد. بیماران جوان تر ترجیحات درمانی قوی تری را برای روان درمانی و مداخلات مبتنی بر اینترنت نسبت به بیماران مسن نشان دادند. بارزترین عوامل مرتبط با ترجیحات درمانی، تحصیلات و خودکارآمدی درک شده بیماران بود. بیماران مبتلا به افسردگی ترجیحات درمانی متفاوتی را گزارش می کنند. نتایج این مطالعه بر اهمیت تصمیم گیری مشترک در مراقبت های اولیه تاکید می کند. مطالعات آینده باید ترجیحات درمانی را برای انواع مختلف مداخلات مبتنی بر اینترنت بررسی کنند.

- لاتاس ، تراjković و بونوسکی ۷۷ و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه ای با عنوان ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر انجام دادند که هدف از این مطالعه تعیین ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر GAD و مقایسه آنها با ترجیحات درمانی روانپزشکان در سناریوی فرضی است که درمان باید برای خود آنها به عنوان بیمار انجام شود. پرسشنامه ای توسط ۲۲۱ روانپزشک از ۳ کشور بالکان تکمیل شد. از آنها خواسته شد که ترجیحات درمانی خود را برای بیماران مبتلا به GAD و برای خود های انتخابی بازجذب سروتونین/ مهارکننده های بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین را به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای بیماران GAD انتخاب کردند. روانپزشکان کمتری بنزودیازپین ها و پره گابالین را انتخاب کردند و حدود یک سوم روان درمانی را انتخاب کردند. اکثر روانپزشکان درمان های مشابهی را برای بیماران خود و برای خود انتخاب کردند، با تفاوت های اصلی در مورد دارو درمانی (به ویژه بنزودیازپین ها) که کمتر توصیه می شود و روان درمانی بیشتر به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای روانپزشکان به عنوان بیماران توصیه می شود. ترجیحات درمانی برای GAD توسط روانپزشکان در ۳ کشور بالکان غربی عمدتا مطابق با دستورالعمل های درمانی و ترجیحات درمانی برای بیماران و برای روانپزشکان بود زیرا بیماران عمدتا مطابقت داشتند. با این حال، برخی از روانپزشکان بیشتر احتمال داشت که دارو درمانی را برای بیماران و روان درمانی را برای خود به عنوان بیمار انتخاب کنند. این یافته ها پیامدهایی برای آموزش روانپزشکان و تلاش ها برای بهبود دستورالعمل های درمانی و خدمات سلامت روان دارند. - تامپسون و مک کاب ۷۸ (۲۰۱۸) در مطالعه ای با عنوان چگونه روانپزشکان درمان را توصیه می کنند و ارتباط آن با جذب بیمار

77 Latas, Trajković, Bonevski
78 Thompson & McCabe

نظر می رسد. سوگیری های بالقوه ای که باید در تحقیقات آینده اجتناب شود مورد بحث قرار می گیرد.

– آنجل ، بی بولدن ۸۱ (۲۰۱۵) در مطالعه ای با عنوان ترجیح تصمیمات دارویی در مراقبت از سلامت روان: گزارش روانپزشکان برای توصیه های درمانی دریافتند که پزشکان روانپزشکی در حال حاضر تشویق می شوند تا یک رویکرد بیمار محور را اتخاذ کنند که بر اشتراک تصمیمات با مراجعانشان تأکید دارد، اما تحقیقات اخیر نشان می دهد که تصمیم گیری کاملاً مشارکتی به ندرت در عمل تحقق می یابد. این مقاله از روش تحلیل مکالمه برای بررسی اینکه چگونه روانپزشکان توصیه های درمانی روانپزشکی خود را به مراجعان توجیه می کنند، استفاده می کند. این تجزیه و تحلیل بر اساس ضبط های صوتی تعاملات بین مراجعین مبتلا به بیماری های روانی شدید (مانند اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی و غیره) در یک برنامه درمان اجتماعی فشرده طولانی مدت و سرپایی و روانپزشک آنها است. تمرکز ما بر این است که چگونه پزشکان حساب ها (یا دلایل منطقی) خود را برای توصیه موافق یا مخالف تغییرات در نوع و دوز دارو و استقرار تعاملی این حساب ها طراحی می کنند. این مطالعه متوجه شد که روانپزشکان از دو نوع حساب مختلف استفاده می کنند: آنها توصیه های خود را با توجه به نگرانی ها و نیازهای مراجعان تنظیم می کنند (حساب های توجه به مشتری) و توصیه های خود را بر اساس تخصص حرفه ای خود (حساب های مبتنی بر مرجع) استوار می کنند. حتی اگر روانپزشکان وظیفه سازمانی تجویز داروها را دارند، این مطالعه نشان می دهد که چگونه استفاده از حساب ها جهت گیری روانپزشکان را برای ایجاد اجماع با مراجعان در دستیابی به تصمیمات پزشکی با ایجاد تعادل بین اختیارات پزشکی و حساسیت به رابطه درمان نشان می دهد.

– سویت، کالاهان، ایوانوویچ و کمونیاک ۸۲ (۲۰۱۳) در مطالعه ای که با موضوع بررسی بیشتر اثر ترجیح روان درمانی: تحلیل متا رگرسیون انجام دادند، دریافتند که ترجیحات مراجع هم بر ترک درمان و هم بر نتایج درمان تأثیر می گذارد. با این حال، اطلاعات کمی در مورد اینکه آیا انطباق ترجیحات برای انواع خاصی از مراجعان مهمتر است یا در شرایط خاص درمان، شناخته شده است. یک متا رگرسیون با داده های ۳۳ مطالعه و ۶۰۵۸ مراجع با آزمایش ۶ مراجع و متغیرهای درمان به عنوان پیش بینی کننده اثرات ترجیح انجام شد. در مطالعات وارد شده، مراجعینی که ترجیحات آنها مطابقت داشت، نتایج بهتری نشان دادند و بدون در نظر گرفتن سن، جنسیت، قومیت، سطح تحصیلات یا وضعیت تاهل، کمتر احتمال داشت درمان را پیش از موعد ترک کنند. علاوه بر این، مراجعان غیرهمسان حتی بیشتر احتمال دارد که درمان های کوتاه تر را به طور زود هنگام خاتمه دهند، که تقریباً ۵۰ درصد از واریانس تفاوت های نرخ ترک تحصیل را بین مراجعان مشابه ترجیحی و

قابل توجهی کاهش یافت و او اعتماد قوی به توانایی خود برای مقاومت در برابر مصرف مواد در آینده گزارش کرد. با وجود این اولین مورد امیدوارکننده، کار بیشتری برای بررسی کامل اثربخشی این نسخه اصلاح شده FBT برای افراد مسن تر با مشکلات مصرف مواد مورد نیاز است.

– مارکوویتز ، میهان و پتکووا ۸۰ (۲۰۱۶) در مطالعه ای که با موضوع ترجیحات درمانی بیماران روان درمانی مبتلا به PTSD مزمن انجام دادند بیان کردند که ترجیح درمان بیمار ممکن است اثر درمانی را در مطالعات اختلال افسردگی اساسی (MDD) تعدیل کند. تحقیقات کمی به اولویت در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) پرداخته است. تقریباً هیچ کدام ترجیحات روان درمانی PTSD واقعی بیماران را ارزیابی نکرده اند. از یک کارآزمایی ۱۴ هفته ای PTSD مزمن که قرار گرفتن در معرض طولانی مدت، درمان آرام سازی و روان درمانی بین فردی را مقایسه می کند، ترجیحات درمانی ۱۱۰ بیمار تصادفی سازی شده را گزارش می کند، همبستگی های ترجیحی را بررسی می کند و اثرات آن را بر نتیجه درمان ارزیابی می کند. بیمارانی که بین سال های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۳ مبتلا به PTSD مزمن DSM-iv (نمره مقیاس PTSD ادراک شده توسط پزشک ≤ 50) استخدام شدند، توصیف های روان درمانی متعادل و متن شده را پیش تصادفی دریافت کردند و ترجیحات خود را نشان دادند. روابط نگرش های درمانی را با عوامل جمعیت شناختی و بالینی ارزیابی می کند. این مطالعه فرض کرد که بیماران تصادفی سازی شده به درمان های ترجیحی، نتایج بهتری خواهند داشت و برای درمان ناخواسته، نتایج بدتری خواهند داشت. هشتاد و هفت بیمار (۰/۷۹) ترجیحات درمانی یا عدم تمایل خود را بیان کردند: ۲۹ نفر (۰/۲۶) قرار گرفتن در معرض طولانی مدت، ۲۹ نفر (۰/۲۶) درمان آرام سازی را ترجیح دادند و ۵۶ نفر (۰/۵۰) روان درمانی بین فردی را ترجیح دادند (کوکران $Q = 18.46, P < .001$) در حالی که ۲۹ نفر (۰/۲۶) به قرار گرفتن در معرض طولانی مدت، ۱۸ نفر (۰/۱۶) به آرامش درمانی، و ۳ نفر (۰/۳) به روان درمانی بین فردی تمایل نداشتند (کوکران $Q = 22.71, P < .001$) چندین متغیر بالینی پایه با ترجیحات درمانی همبستگی دارند. به طور کلی، ترجیح/بی تمایلی به درمان، تغییر در امتیاز CAPS، پاسخ درمانی یا ترک تحصیل را پیش بینی نکرد. بیماران افسرده همبود که درمان ناخواسته دریافت می کردند، نمرات CAPS نهایی بدتری داشتند. این یافته های اکتشافی اولین ارتباط ترجیحات روان درمانی PTSD بیماران با پیامد است. علیرغم توضیحاتی که بر حمایت تجربی بیشتر از مواجهه طولانی مدت تأکید دارد، بیماران به طور قابل توجهی روان درمانی بین فردی را ترجیح می دهند. اولویت به طور ماهرانه بر نتیجه روان درمانی تأثیر می گذارد. افسردگی یک تعدیل کننده مهم تأثیر درمان ناخواسته بر نتیجه به

81 Angell & Bolden

82 Swift, Callahan, Ivanovic, & Kominiak

80

Markowitz, Meehan & Petkova

نظری بر نگرش درمانگران به خودافشایی درمانگر تأثیر می گذارد؟ بیان کردند که این مطالعه به بررسی نگرش درمانگران نسبت به خودافشایی درمانگر در جهت گیری های نظری مختلف و تعیین چگونگی تأثیر پیش زمینه نظری و آموزش کلاسیک بر عملکرد آگاهانه پرداخت. پیشینه نظری کلاسیک برای اشاره به درک روان پویایی سنتی در نظر گرفته شده بود. شرکت کنندگان درمانگران با تجربه بودند که از چهار گروه با سنجش غربالگری استخدامی انتخاب شدند. سه گروه از گروه دانشجویان در یک برنامه کارشناسی ارشد دانشگاه در درمان های روانشناختی بودند. شرکت کنندگان از جهت گیری های CBT، سیستمی و روان پویایی تمرین می کردند. گروه دیگری از درمانگر/مربیان شخص محور در کالج آموزش تکمیلی انتخاب شد. داده ها با استفاده از گروه های کانونی جمع آوری و با استفاده از تحلیل موضوعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سه موضوع اصلی و یک موضوع کمتر پدیدار شد. اینها نشان داد که طیفی از تمایل به افشا در همه گروه ها وجود دارد، آموزش کلاسیک بر همه شرکت کنندگان تأثیر گذاشته است. محدودیت کلی TSD غیر عملی بود و نگرش ها تحت تأثیر نگرانی ها برای رابطه درمانی قرار گرفتند. پیامدها برای تمرین: TSD باید در آموزش و نظارت درمانی به طور کامل کاوش شود. یک چارچوب ساختاریافته می تواند به اطلاع رسانی تمرین کمک کند. این مطالعه از این ایده حمایت می کند که آموزش کلاسیک بر TSD تأثیر می گذارد.

لوی، برگ، سندال و کلینتون (۲۰۰۸) مطالعه ای با عنوان رابطه ترجیحات و تجربیات درمانی با پیامد در اختلال اضطراب فراگیر GAD انجام دادند. رابطه ترجیحات درمانی و تجربیات با نتیجه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر GAD مورد بررسی قرار گرفت. بیماران به طور تصادفی به روان درمانی بدن متمرکز بر عاطفه (ABP) (N = ۲۶) یا درمان استاندارد روانپزشکی سرپایی (N=۱۷) اختصاص داده شدند. ترجیحات اولیه و تجارب بعدی مداخلات درمانی با استفاده از پرسشنامه ای با تمرکز بر حمایت، بازتاب درونی، حل مسئله عینی و دستوری و بیان عاطفی اندازه گیری شد. نتیجه پس از ۱ و ۲ سال در رابطه با تغییر علائم ارزیابی شد. بیماران ABP گزارش کردند که از مداخلات درمانی حمایتی و بازتابی به میزان بیشتری نسبت به گروه کنترل کمک می کنند. بیماران ABP همچنین تجربیات مثبت بیشتری از مداخلات حمایتی و ابراز احساسات نسبت به آنچه در ارزیابی اولیه انتظار داشتند داشتند. هنگامی که بیماران بر اساس الگوهای ترجیحات و تجربیات با استفاده از تجزیه و تحلیل خوشه ای به دو گروه تقسیم شدند، مشخص شد که تفاوت در نتیجه برای خوشه ها به طور قابل توجهی بیشتر از گروه های درمانی است. نتیجه گیری می شود که ترجیحات درمانی ممکن است پتانسیل بین فردی قابل توجهی در

مراجعات غیرهمسان تشکیل می دهد. نتایج حاصل از مطالعات وارد شده نشان می دهد که اگرچه تطبیق ترجیحات ممکن است به ویژه در مداخلات کوتاه تر مهم باشد، اما هیچ مدرکی مبنی بر اینکه تأثیر انطباق با ترجیحات مراجع بسته به جمعیت شناسی مراجع متفاوت است وجود ندارد.

سوئیفت، کالاهان و وولمر (۲۰۱۱) در مطالعه ای با عنوان اولویت ها دریافتند که ترجیحات مراجع به عنوان یک جزء کلیدی در عملکرد مبتنی بر شواهد شناخته می شود. با این حال، تحقیقات هنوز تأثیر واقعی ترجیحات بر نتیجه درمان را تأیید نکرده است. در این متاآنالیز، این مطالعه نتایج حاصل از ۳۵ مطالعه را خلاصه می کند که تأثیر ترجیح را با مراجعات بزرگسال بررسی کرده اند. به طور کلی، مراجعاتی که با شرایط درمانی ترجیحی خود مطابقت داشتند، احتمال کمتری داشت که درمان را زودتر از موعد ترک کنند ($OR=۰.۵۹$ ، $p<۰.۰۰۱$) و بهبود بیشتری در نتایج درمان نشان دادند ($d=۰.۳۱$ ، $p<۰.۰۰۱$) نوع اولویت (نقش، درمانگر یا نوع درمان) اثر ترجیح را تعدیل نمی کند، اما مشخص شد که طرح مطالعه تعدیل کننده قابل توجهی است، با کارآزمایی های تصادفی سازی شده کنترل شده که بیشترین تفاوت ها را بین مراجعات همسان با اولویت و مراجعات غیرهمسان نشان می دهد. این نتایج بر مرکزیت ترکیب ترجیحات بیمار در هنگام تصمیم گیری درمانی تأکید می کند. نمونه های بالینی و شیوه های درمانی ارائه شده است.

کوان، دیمیجیان و ریزوی (۲۰۱۰) در مطالعه ای که با عنوان اولویت درمانی، مشارکت و بهبود بالینی در دارودرمانی در مقابل روان درمانی افسردگی انجام دادند دریافتند که دارودرمانی و روان درمانی عموماً درمان های مؤثری برای اختلال افسردگی اساسی MDD هستند. با این حال، تحقیقات نشان می دهد که ترجیحات بیمار ممکن است بر نتایج تأثیر بگذارد. این مطالعه اثرات ترجیح درمانی را بر فرسایش، اتحاد درمانی و تغییر در شدت افسردگی در یک کارآزمایی بالینی تصادفی طولی بررسی کرد که به مقایسه دارودرمانی و روان درمانی پرداخت. قبل از تصادفی سازی، ۱۰۶ فرد مبتلا به MDD گزارش دادند که آیا روان درمانی، داروهای ضد افسردگی را ترجیح می دهند یا هیچ ترجیحی ندارند. عدم تطابق بین درمان ترجیحی و واقعی با احتمال بیشتر ساییدگی، بازدیدهای مورد انتظار کمتر، و اتحاد کاری کمتر مثبت در جلسه ۲ همراه بود. تأثیر غیرمستقیم تطابق ترجیحی بر پیامدهای افسردگی، عمدتاً از طریق تأثیرات حضور، وجود داشت. این یافته ها اهمیت پرداختن به ترجیحات بیمار، به ویژه در رابطه با مشارکت بیمار، در درمان MDD را برجسته می کند.

لیندا کارو (۲۰۰۹) در یک مطالعه کیفی با عنوان آیا پیشینه

83 Swift, Callahan & Vollmer

84 Kwan, Dimidjian & Rizvi

85 Carew

درمان داشته باشند. نحوه استفاده درمانگران از این پتانسیل ممکن است برای بهبود نتیجه مهم باشد.

- تیزدیل و هیل (۲۰۰۶) در مطالعه ای با عنوان ترجیحات درمانگران در حال آموزش برای ویژگی های مراجع دریافتند که ترجیحات ۱۳۲ درمانگر در حال آموزش برای ۱۶ ویژگی مراجع با استفاده از روش مقایسه زوجی مورد بررسی قرار گرفت. درمانگران بیشتر ترجیح می دهند با مراجعانی کار کنند که ذهنیت روان شناختی داشتند، نگرش ها و ارزش های مشابهی داشتند و مشکلات شخصی آزاردهنده ای متفاوت داشتند. آنها حداقل ترجیح می دادند با مشتریانی کار کنند که ذهنیت روانی نداشتند، نگرش ها و ارزش های متفاوتی داشتند و مسن تر بودند. ترتیب ترجیحات تحت تأثیر جنسیت، نژاد، تجربه بالینی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، گرایش جنسی، یا جهت گیری نظری درمانگر قرار نگرفت. محدودیت های این مطالعه و همچنین مفاهیم برای تحقیقات و آموزش بیشتر مورد بحث قرار می گیرد.

بخش سوم) روش اجرای پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری است. مطالعه پدیدارشناسی، مطالعه فلسفی ساختارهای تشکیلهنده تجربه و آگاهی پیرامون پدیده مورد مطالعه از دیدگاه افراد صاحب نظر و دست اول است. این روش با مطالعات ادموند هسرل ۸۸ در حوزه فلسفه معرفی شد و به عنوان یک روش پژوهش کیفی شاخص نیز استفاده می شود. هدف پژوهش پدیدارشناسی، توضیح صریح و شناسایی پدیده ها است آنگونه که در موقعیتی خاص توسط افراد ادراک می شوند (وینگاتو، ایمن، پاتسیس و کانلی ۸۹، ۲۰۲۱). براساس دسته بندی پارادایم های بوریل ۹۰ و مورگان پدیدارشناسی در دسته پارادایم های تفسیری قرار می گیرد و روش علمی است که با رویکردی ذهنی به جمع بندی مباحث اجتماعی می پردازد (کیپرس ۹۱، ۲۰۱۸). کاربرد روش پدیده شناسی به پژوهشگران کمک می کند تا فارغ از محاسبات آماری به مطالعه عمیق پدیده ها بپردازند. روش های آماری گاهی نه تنها کمک کننده حل مسائل حرفه ای نمی باشند، بلکه ممکن است مشکل ساز هم باشند. با استفاده از روش پدیدارشناسی پژوهشگر قادر است یک سیستم تفسیری و تبیینی ایجاد کند که به کمک آن ارتباط و تبادل و تعامل درونی خود با دیگران را برقرار کند. بر این اساس، روابط با هر پدیده دیگری که در محدوده تجارب زندگی است، با استفاده از شیوه هایی مثل توصیف، تصور و تفکر، قابل درک است. با این روش می توان تجربه زنده (زیسته) را مطالعه و پدیده ها را همانطور که در آگاهی وجود دارد، تبیین نمود. همچنین جوهر یا معنی پدیده ها را کشف و به توصیف معانی تجربی زندگی به همان گونه که با آنها زندگی می کنیم دست یافت. در نهایت این روش، پژوهشگر را قادر می سازد با درک کلی از پدیده های تحت مطالعه به ارائه نظریه مرتبط با زندگی فردی یا تجربه طولانی مدت یک پدیده یا رفتارهای انسانی بپردازد. در این مطالعه از پدیدارشناسی تفسیری استفاده خواهد شد. ز نظر اسمیت و همکارانش، مراحل انجام تحلیل پدیدارشناسی تفسیری به صورت گام به گام به شرح زیر است:

گام اول: خواندن و دوباره خواندن؛

گام دوم: یادداشت برداری اولیه (کدگذاری باز)؛

گام سوم: توسعه مضامین نمایان شده (کدگذاری محوری)؛

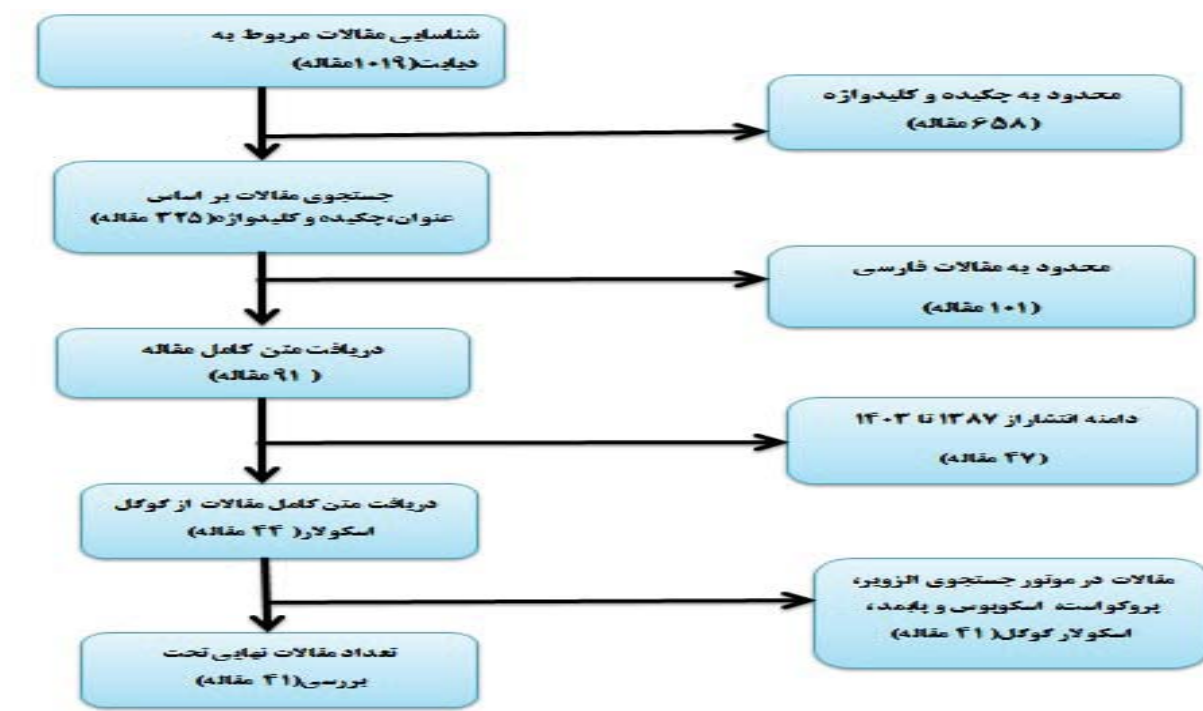
گام چهارم: بررسی روابط میان مضامین (کدگذاری گزینشی نامگذاری)؛

گام پنجم: تحلیل موارد و یا مشارکت کننده بعدی؛

گام ششم: جست و جوی الگو و طرح در میان نتایج تحلیل نمونه ها (کدگذاری گزینشی در قالب الگوی تصویری)؛.

از این رو در این مطالعه در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی به دنبال استفاده از روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری بوده است.

- 87 Teasdale and Hill
- 88 . Edmund Husserl
- 89 . Vignato, Inman, Patsais & Conley
- 90 . Boril
- 91 . Cypress



نمودار ۱ نقشه مرور سیستماتیک را براساس متغیرهای پژوهشی

بخش چهارم) یافته ها

جدول ۱ خلاصه پیشینه پژوهشی

عنوان پژوهش	فرضیه یا سوال یا هدف پژوهش	جامعه	نتایج
کدام روان درمانی در درمان بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثرتر و قابل قبول تر است؟	کدام نوع روان درمانی خاص برای درمان اختلال شخصیت مرزی موثرتر است؟	بزرگسالان بالای ۱۸ سال با تشخیص اختلال شخصیت مرزی	هیچ درمان واحدی درمقایسه با سایر درمان ها بهترین انتخاب برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نمی باشد.
تفاوت در ترجیحات روان درمانی بین کارآموزان روان درمانی و افراد غیر متخصص	آیا ترجیحات درمانی بین کارآموزان و افراد غیر متخصص تفاوت دارد؟	۴۶۶ نفر از کارآموزان روان درمانی و ۹۶۹ نفر از افراد غیر متخصص	نتیجه بر اهمیت اجرای ارزیابی اولویت و بحث در طول آموزش روان درمانی تاکید میکند و بنظر میرسد درمانگران با گرایش های مختلف، طیف وسیعی از اولویت ها را برای بیماران پوشش می دهند تا تناسب مناسب را پیدا کنند.

اولویت های فعالیت در روان درمانی: بیماران چه می خواهند و چه ارتباطی با نتایج و اتحاد دارد؟	(الف) ترجیحات فعالیت های روان درمانی مراجعان چیست؛ (ب) تطابق بین ترجیحات و رویکرد روان درمانی نتایج و اتحاد را پیش بینی می کند؟ (ج) آیا امتیازات در ابعاد ترجیحی، فی نفسه، نتایج و اتحاد را پیش بینی می کنند؟	۴۷۰ مراجع	مراجعاتی که تمایل خود را برای چالش متمرکز بر حمایت گرم ابراز کردند، پیشرفت بیشتری نشان دادند. ترجیحات مراجع برای چالش متمرکز ممکن است نشان دهنده آمادگی آنها برای تغییر باشد و نشان دهنده یک پیش آگهی مثبت باشد.
عنوان ارزیابی شخصیت و ترجیحات روان درمانی: تطابق بین شخصیت مراجع و ترجیحات شخصیت درمانگر	آیا مراجع شخصیت درمانگر را منطبق با شخصیت خودش ترجیح می دهد؟	۵ ویژگی شخصیتی بزرگ مراجع و درمانگران	هم در نمونه های مقطع کارشناسی و هم در جامعه، نتایج نشان داد که شرکت کنندگان عموماً روان درمانگری را با ویژگی های شخصیتی مشابه خودشان ترجیح می دهند. یافته های این مطالعه وجود ترجیحات را بر اساس عوامل شخصیتی نشان می دهد و پیامدهایی برای جهت گیری های تحقیقاتی آینده و نقش ارزیابی شخصیت در عملکرد بالینی معمول دارد.
ترجیحات روان درمانی افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان: درمان برای چه کسی است؟	بیماران در روان درمانی خود چه چیزی را ترجیح می دهند؟ آیا افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان (به عنوان بیمار) چیزهای مشابه یا متفاوتی می خواهند؟	متخصصان سلامت روان بیماران	تفاوت های قوی بین ترجیحات افراد غیرمتخصص و متخصصان در این دو بعد یافت شد: متخصصان سلامت روان نسبت به افراد غیرمتخصص راهنمایی درمانگر کمتری می خواستند ($gs=0.92, 1.43$) و شدت عاطفی بیشتری ($gs=0.49, 1.33$). زنان همچنین خواهان حمایت گرم بیشتری نسبت به مردان بودند ($gs=0.40, 0.57$). این یافته ها نشان می دهد که روان درمانگران باید به ترجیحات درمانی خود توجه داشته باشند و اطمینان حاصل کنند که این موارد به طور نامناسب به بیماران تعمیم داده نمی شود.
ترجیح روان درمانی حضوری در مقابل گزینه های روان درمانی دیجیتال برای افسردگی: نظرسنجی از بزرگسالان در ایالات متحده	آیا افراد روان درمانی حضوری را ترجیح می دهند یا دیجیتال برای درمان افسردگی؟	۱۶۴ بزرگسال ساکن آمریکا که قبلاً روان درمانی برای افسردگی را تجربه کردند.	کمتر از نیمی (۰/۴۴،۵) از شرکت کنندگان روان درمانی حضوری، ۰/۲۵،۶ درمان دیجیتال خود هدایت شونده، ۰/۱۹،۷ درمان دیجیتال با هدایت متخصص و ۰/۸،۵ درمان دیجیتال با پشتیبانی همتا را ترجیح دادند.

پیش بینی کننده های ترجیحات روان درمانی مردان	مردان چه جهت گیری درمانی را ترجیح می دهند؟	۳۱۵ مرد	تحلیل های رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که اجتماعی سازی نقش جنسیتی، خودانگاری و نگرش ها در مورد کمک روان شناختی حرفه ای، تمایل به مشارکت در درمان مردانگی مثبت روان پویشی، فرد محور، شناختی رفتاری و روان شناسی مثبت را به طور منفی پیش بینی می کنند. علاوه بر این، مردان در مطالعه، درمان مردانگی مثبت روان شناسی مثبت را به درمان شناختی رفتاری ترجیح دادند.
ترجیحات برای درمان افسردگی شامل مداخلات مبتنی بر اینترنت: نتایج حاصل از نمونه بزرگی از بیماران مراقبت های اولیه	مطالعه با هدف (۱) بررسی ترجیحات درمانی برای افسردگی از جمله مداخلات مبتنی بر اینترنت و (۲) بررسی تفاوت های زیر گروهی در مورد سن، جنسیت و شدت افسردگی و همچنین عوامل مرتبط با بیمار مرتبط با ترجیحات درمانی است.	۶۴۱ بیمار مراقبت های اولیه با افسردگی خفیف تا متوسط	بیماران جوان تر ترجیحات درمانی قوی تری را برای روان درمانی و مداخلات مبتنی بر اینترنت نسبت به بیماران مسن نشان دادند. بارزترین عوامل مرتبط با ترجیحات درمانی، تحصیلات و خودکارآمدی درک شده بیماران بود. بیماران مبتلا به افسردگی ترجیحات درمانی متفاوتی را گزارش می کنند. نتایج این مطالعه بر اهمیت تصمیم گیری مشترک در مراقبت های اولیه تاکید می کند.
ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر	هدف از این مطالعه تعیین ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر GAD و مقایسه آنها با ترجیحات درمانی روانپزشکان در سناریوی فرضی است که درمان باید برای خود آنها به عنوان بیمار انجام شود.	۲۲۱ روانپزشک از ۳ کشور بالکان	اکثریت زیادی از روانپزشکان مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین/ مهارکننده های بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین را به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای بیماران GAD انتخاب کردند. روانپزشکان کمتری بنزودیازپین ها و پره گابالین را انتخاب کردند و حدود یک سوم روان درمانی را انتخاب کردند. اکثر روانپزشکان درمان های مشابهی را برای بیماران خود و برای خود انتخاب کردند، با تفاوت های اصلی در مورد دارو درمانی (به ویژه بنزودیازپین ها) که کمتر توصیه می شود و روان درمانی بیشتر به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای روانپزشکان به عنوان بیماران توصیه می شود. ترجیحات درمانی برای GAD توسط روانپزشکان در ۳ کشور بالکان غربی عمدتاً مطابق با دستورالعمل های درمانی و ترجیحات درمانی برای بیماران و برای روانپزشکان بود زیرا بیماران عمدتاً مطابقت داشتند.

ترجیحات درمانی بیماران روان درمانی مبتلا به PTSD مزمن	این مطالعه فرض کرد که بیماران تصادفی سازی شده به درمان های ترجیحی، نتایج بهتری خواهند داشت و برای درمان ناخواسته، نتایج بدتری خواهند داشت.	۱۱۰ بیمار تصادفی سازی شده	بیماران به طور قابل توجهی روان درمانی بین فردی را ترجیح می دهند. اولویت به طور ماهرانه بر نتیجه روان درمانی تأثیر می گذارد. افسردگی یک تعدیل کننده مهم تأثیر درمان ناخواسته بر نتیجه به نظر می رسد. سوگیری های بالقوه ای که باید در تحقیقات آینده اجتناب شود مورد بحث قرار می گیرد.
عنوان ترجیح تصمیمات دارویی در مراقبت از سلامت روان: گزارش روانپزشکان برای توصیه های درمانی	چگونه روانپزشکان توصیه های درمانی روانپزشکی خود را به مراجعان توجیه می کنند؟	مراجعین مبتلا به بیماری های روانی شدید (مانند اسکیز و فرنی ، اختلالات دوقطبی و غیره) در یک برنامه درمان اجتماعی فشرده طولانی مدت و سرپایی	این مطالعه نشان می دهد که چگونه استفاده از حساب ها جهت گیری روانپزشکان را برای ایجاد اجماع با مراجعان در دستیابی به تصمیمات پزشکی با ایجاد تعادل بین اختیارات پزشکی و حساسیت به رابطه درمان نشان می دهد.
بررسی بیشتر اثر ترجیح روان درمانی: تحلیل متا رگرسیون	با این فرضیه که ترجیحات مراجع هم بر ترک درمان و هم بر نتایج درمان تأثیر می گذارد.	۶۰۵۸ مراجع با آزمایش ۶ مراجع	نتایج حاصل از مطالعات وارد شده نشان می دهد که اگرچه تطبیق ترجیحات ممکن است به ویژه در مداخلات کوتاه تر مهم باشد، اما هیچ مدرکی مبنی بر اینکه تأثیر انطباق با ترجیحات مراجع بسته به جمعیت شناسی مراجع متفاوت است وجود ندارد.
اولویت درمانی، مشارکت و بهبود بالینی در دارودرمانی در مقابل روان درمانی افسردگی	آیا افراد مبتلا به MDD روان درمانی، داروهای ضد افسردگی را ترجیح می دهند یا هیچ ترجیحی ندارند؟	۱۰۶ فرد مبتلا به MDD) افسردگی (اساسی	عدم تطابق بین درمان ترجیحی و واقعی با احتمال بیشتر ساییدگی، بازدهی های مورد انتظار کمتر، و اتحاد کاری کمتر مثبت در جلسه ۲ همراه بود. تأثیر غیرمستقیم تطابق ترجیحی بر پیامدهای افسردگی، عمدتاً از طریق تأثیرات حضور، وجود داشت. این یافته ها اهمیت پرداختن به ترجیحات بیمار، به ویژه در رابطه با مشارکت بیمار، در درمان MDD را برجسته می کند.

عنوان آیا پیشینه نظری بر نگرش درمانگران به خودافشایی درمانگر تأثیر می گذارد؟	این مطالعه با هدف بررسی نگرش درمانگران نسبت به خودافشایی درمانگر در جهت گیری های نظری مختلف و تعیین چگونگی تأثیر پیش زمینه نظری و آموزش کلاسیک بر عملکرد آگاهانه است.	سه گروه از گروه دانشجویان در یک برنامه کارشناسی ارشد دانشگاه در درمان های روانشناختی گروه دیگری از درمانگر/مربیان شخص محور در کالج آموزش تکمیلی	اینها نشان داد که طیفی از تمایل به افشا در همه گروه ها وجود دارد، آموزش کلاسیک بر همه شرکت کنندگان تأثیر گذاشته است. محدودیت کلی TSD غیر عملی بود و نگرش ها تحت تأثیر نگرانی ها برای رابطه درمانی قرار گرفتند. پیامدها برای تمرین: TSD باید در آموزش و نظارت درمانی به طور کامل کاوش شود. یک چارچوب ساختاریافته می تواند به اطلاع رسانی تمرین کمک کند. این مطالعه از این ایده حمایت می کند که آموزش کلاسیک بر TSD تأثیر می گذارد.
رابطه ترجیحات و تجربیات درمانی با پیامد در اختلال اضطراب فراگیر GAD	رابطه ترجیحات درمانی و تجربیات با نتیجه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر GAD مورد بررسی قرار گرفت.	بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر	نتیجه گیری می شود که ترجیحات درمانی ممکن است پتانسیل بین فردی قابل توجهی در درمان داشته باشند. نحوه استفاده درمانگران از این پتانسیل ممکن است برای بهبود نتیجه مهم باشد.

بخش پنجم) بحث و نتیجه گیری

خلاصه ای از پژوهش و هدف پژوهش :

اشکال گوناگون روان درمانی براساس تجربه شکل گرفته است یعنی تجربه های قبلی در مورد اینکه چه چیزی موثر بوده و چه چیزی نبوده و بنظر می رسد بسیاری از آنها به اعتقاد خود درمانگر وابسته است. روان درمانی این فرصت را به درمانجو می دهد تا هیجانات، رفتارها و اعتقادات ناسازگارانه اش را واقعیت آزمایی کند. در رویکردهای درمانی هشیار کردن ناهشیار هدف اصلی فروید بود، اصلاح سوگیری ها در پردازش اطلاعات ضمنی هدف اصلی درمان شناختی رفتاری است و پذیرش، برقراری پیوند امن و قابل اعتماد از اهداف رویکرد راجرز است. و موفقیت در درمان به توانایی برقراری ارتباط، هم آهنگی و همدلی با دیگران وابسته است (کازولینو، ۲۰۱۶، ص ۱۹۲)

رابرت برتون به اپود (صرفاً قرائت بدون فهمیدن) اعتقاد دارد فقط form (ادا در آوردن) موجب بهبودی میشود، به محض اینکه مراجع متوجه میشود درمانگر خیرش را میخواهد، با او صحبت میکند، به او ایمان می آورد و همین ارتباط یک به یک موجب بهبودی میشود. روان درمانی یک پدیده غیر خطی است، یعنی رویکرد و نظریه ای در روان درمانی رد نمیشود، یعنی ابطال پذیری وجود ندارد، فقط از رونق می افتد و علم و نظریه ای دیگر پیدا میشود. (مانند مُد) یعنی رویکرد و نظریه نادرست نیست. یک تحول ذهنی است، یک عده هجوم می آورند اثربخشی شکل می گیرد بعد از رونق می افتد. (رابرت ساپولسکی ۲۰۲۳، به نقل از مکری، ۱۴۰۲).

اگر درمانگران بیشتر با ترجیحات خودشان رفتار کنند و به نیازهای مراجعان توجه نکنند میتوانند مشکل ساز باشد چرا که مطالعات نشان داده (لیویم، ۲۰۱۸؛ ویندل و همکاران، ۲۰۱۸). توجه به نیاز مراجع و اجماع و توافق مراجع و درمانگر در کاهش علائم، پیامدهای درمانی مثبتتر و ترک درمان کمتر و رضایت بیشتر از درمان بستگی دارد. علاوه بر این مهم است که روان درمانگران از ترجیحات روان درمانی خود آگاه باشند و ترجیحات خود را درک کنند، چرا که روان درمانی خودشان را عمدتاً براساس تجربیات بالینی، جهت گیری نظری و شخصی و درمان شخصی خود انجام می دهند.

در اکثر مطالعات و پژوهش ها افراد متخصص در مقایسه با افراد غیرمتخصص که CBT را ترجیح میدهند، بیشتر رویکردی را ترجیح میدهند که شبیه درمان روان پویایی باشد و درمان های یکپارچه و انسان گرایانه نیز محبوبیت خود را نشان داده اند. (نورکراس، ۲۰۱۵). البته شواهدی هم مبنی بر محبوبیت بیشتر CBT در بین درمانگران در برخی از مطالعات وجود دارد (مانند: پژوهش براژجو، کلیتون، ساندل، ۲۰۰۴) و روان پزشکان باتوجه به نوع بیماری و اختلال ترجیحات درمانی متفاوتی را نشان میدهند و برای بیماران عمومی، روان دارویی را کمتر برای خود توصیه میکنند. با همه این اوصاف ترجیحات روان درمانی به عواملی مانند: جمعیت شناختی، جنس

مراجع (زن، مرد)، تجربه درمان قبلی، اولویت های درمانی، عوامل شخصیتی و حتی سطوح دلبستگی و مرتبط است. بررسی ها نشان داد که در انتخاب نوع درمان عوامل مختلفی نقش دارند نقش درمانگر، شخصیت مراجع، نوع مشکل تناسب بین نوع مشکل و نوع مداخله تأثیر گذاری بالاتری داشتند به عنوان مثال: رویکرد درمانی انتخاب شده باید با شخصیت مراجع همراه باشد؛ و با مشورت و نظر مراجع انتخاب میکنیم که از کجا و کدام مشکل شروع کنیم همچنین اگر به شکایتی که مراجع دارد توجه نشود موفقیتی نیست. نوع مشکل در انتخاب رویکرد درمانی مؤثر است» تعبیرهای متداول تناسب درمان با تفاوت های فردی و تناسب مشکل و نظریه درمانی در تجارب حرفه ای درمانگران مشهود بود به عنوان نمونه گفته شد تفاوت های فردی در درمان مؤثر است برای یک اختلال واحد فقط یک شیوه درمانی واحد نداریم «روان درمانگر دیگری معتقد بود درمانگر باید بتواند در فعالیتش تغییراتی بدهد به طوری که مطابق با حیطه عاطفی و فکر مراجع و مشکلی که به مرکز آورده، و تکنیک مناسب درمان را انجام دهد. در مجموع یافته های تکرار شونده، مشخص کرد که با در نظر گرفتن مجموعه عوامل درمانگر میتواند هر نوع از روش های درمانی را با انعطاف برنامه ریزی کند.

نتایج همسویی، خلاصه نتایج مطالعات و تبیین نظری

نتایج محور اول (آیا روان درمانی اثربخش است یا مشکلات به صورت طبیعی وقتی برون ریزی شود حل میشوند؟) نشان داد که ۳۷ مفاهیم (۲۶ مفهوم از روان شناسان و ۱۱ مفهوم از روان پزشکان) از کد گذاری باز محور اول استخراج شده است. مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (مفاهیم کلی، کنش درمانگر، اثر گذاری روان درمانی، اثر گذاری برون ریزی) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب چهار مفهوم بدست آمده است که می توان مفاهیم کلی نامگذاری نمود. در این مقوله مفاهیم کلی در مورد لزوم وابستگی روان درمانی و برون ریزی، همبستگی بین برون ریزی و روان درمانی، ارتباط متقابل بین دارو درمانی و روان درمانی صحبت شد. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه (جعفری و جوهری ۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. جعفری و جوهری (۲۰۲۳) هم دریافتند که در طول جلسات درمانی وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون ریزی می شود بطور چشم گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می یابد. همچنین دریافتند که روان درمانی بر بهبود علایم روان شناختی مورد بررسی در گروه آزمایش که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر است، تأثیر دارد. مقوله دوم اظهارات روان شناسان

و روان پزشکان در مورد کنش و رفتار های درمانگران است که بر اساس تشابه شامل مواردی از قبیل ارتباط، فیدبک، دانش، صداقت و ... می شود که کنش درمانگر نام میگردد. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه ایمان زاده، علیوندی، هاشمی و آزموده (۱۴۰۲) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. ایمان زاده و همکاران (۱۴۰۲) هم دریافتند که همراهی مراجع یک متغیر میانجی در تبیین پیامد درمان است و باید درمانگران علاوه بر انتخاب رویکردهای درمانی مناسب، به نقش همراهی مراجع در اثربخشی درمان توجه ویژه ای داشته باشند. مقوله سوم اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از هفت مفهوم مشابه است که اثر گذاری روان درمانی نام گرفت و شامل اثر زیستی روان درمانی، اهمیت تکنیک ها و فنون روان درمانی، نقش تست ها و آزمون ها در روند درمانی است. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه امینی، طهماسیان و بخشی پور (۲۰۱۷) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. امینی و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه آمیزی به عنوان یک رفتار دلبستگی در بیماران با سبک دلمشغول مؤثر است و به کار گیری درمان های روان شناختی در کنار دارو درمانی در درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی مؤثر است. مقوله چهارم اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه به دست آمده که اثر گذاری برون ریزی نام گذاری شد. این مقوله شامل تخلیه هیجانی هنگام برون ریزی، گفتگوی مراجع با خود هنگام برون ریزی، شناسایی مشکل مراجع هنگام افشاکگری و بازنگری مراجع در درون و ذات خودش هنگام برون ریزی میباشد. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه مرادبند و خانبانی (۲۰۱۶) با بخشی از نتایج این مطالعه همسو می باشد. مرادبند و خانبانی (۲۰۱۶) دریافت که با توجه به نتایج پژوهش می توان روش درمانی برون ریزی هیجان ها را به عنوان شیوه ای آسان، کم هزینه مؤثر و کارآمد با قابلیت کاربرد وسیع در کاهش علایم اضطراب، بهبود خودکارآمدی و کنترل عواطف به کار برد. برای تبیین نظری نتایج این بخش باید گفت که حرفه روان درمانی نیاز به فهم بسیاری از بدیهیات و مفروضات اساسی دارد که معرفت شناسی روان درمانی را تشکیل می دهد که هر روان درمانگری باید در دوره های تحصیلی در قالب تجربه، مطالعات شخصی و آموزش دریافت کند روان درمانی را اثربخش سازد، برون ریزی هم خود پروسه ای از تکنیک های روان درمانی محسوب می شود و در این مطالعه تأثیر گذاری متقابل روان درمانی و برون ریزی در حل مشکلات مراجع نتیجه گیری شد.

نتایج محور سوم (آیا تا به حال شده در فرایند روان درمانی احساس کنید به یک نظریه بیش از حد پای بند هستید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (درمان تلفیقی، درمان شناختی رفتاری، عوامل موثر در پابندی، درمان پذیرش و تعهد) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب هفت مفهوم بدست آمده است که می توان درمان تلفیقی نامگذاری نمود، این مقوله شامل آگاه بودن درمانگران از اکثر نظریات روان درمانی، عدم مقاومت درمانگران بر روی یک نظریه، مشخص شدن پابندی با توجه به مراجع و مشکل مراجع می باشد. نتایج مطالعه خیاطیان، آقایی، عابدی (۲۰۲۱) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. خیاطیان و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری افسردگی را در افراد مبتلا به دیابت کاهش داد. بنابراین، بکارگیری از این روش برای کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت پیشنهاد می شود. نتایج مطالعه پورسید و مرادی (۲۰۲۴) با بخش از مطالعه حاضر همسو می باشد. پورسیدی و مرادی (۲۰۲۴) دریافتند که درمان تلفیقی اکت و مثبت نگر بر تبعیت از درمان و امید به زندگی زنان مبتلا تاثیر گذار می باشد. بنابراین پیشنهاد می شود از این درمان جهت افزایش تبعیت از درمان و امید به زندگی در این بیماران استفاده گردد.

مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که درمان شناختی رفتاری نام گذاری شده است و شامل مواردی است که علت پابندی درمانگران به درمان شناختی رفتاری را عنوان میکند که از جمله: تداوم تغییرات و رویکرد موفقی در زمینه درمان اختلال وسواس، اضطراب، افسردگی است. نتایج مطالعه امیری و شاهمرادی (۲۰۱۵) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. امیری و شاهمرادی (۲۰۱۵) دریافتند که ۲۴ درصد از دانشجویان اضطراب امتحان داشتند و میانگین اضطراب امتحان در دختران بیشتر از پسران بود. مداخله شناختی رفتاری در کاهش اضطراب امتحان دانشجویان موثر بوده است.

مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه استخراج شده است که عوامل موثر در پابندی نام گذاری شده است و از جمله این موارد: تجربه های کاری موفق درمانگران، مطالعات و پژوهش هایی که خود درمانگران انجام می دهند، تجربه دوران تحصیل درمانگران و علاقه درمانگران از جمله این عوامل تاثیر گذار است. نتایج مطالعه دلاور، نامدارپور و تبریزی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. دلاور و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که فرسودگی شغلی، روابط خانوادگی و اجتماعی، متاثر شدن زندگی شخصی، احساسات

نتایج محور دوم (به نظرتان هدف از کار روان درمانی چیست؟) نشان داد که ۴۷ مفاهیم (۳۴ مفهوم از روان شناسان و ۱۳ مفهوم از روان پزشکان) از کدگذاری باز محور اول استخراج شده است. مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (تغییر عملکرد، کیفیت بخشی زندگی، تغییر شناخت، قوانین کلی) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب شش مفهوم بدست آمده است که می توان تغییر رفتار نامگذاری نمود، که بیان می کند هدف از روان درمانی تغییر رفتار بسمت رفتار مثبت و پهنجار، اصلاح رفتار مراجع و کمک به مراجع برای حل مسایل و مشکلات خودش است. نتایج مطالعه خدایاری فر و آسایش (۱۴۰۰) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. خدایاری فر و آسایش (۱۴۰۰) دریافتند که روان درمانگران می توانند با استفاده از تکنیک هادر مشاوره و روان درمانی فردی یا خانواده درمانی با هدف تغییر رفتارهای ناکارآمد مراجعان به رفتارهای کارآمد و سازگارانه بکار گیرند. مقوله دوم شامل اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است که کیفیت بخشی زندگی نام گذاری شده است که مشخص میکند هدف از روان درمانی زندگی بهتر و راحتتر داشتن مراجع، ارزش دادن مراجع به اهداف زندگی خودش و قدم برداشتن در نقشه و مسیر زندگی خودش و تعامل بهتر با خانواده و اطرافیان در زندگی میشود. نتایج مطالعه اکبری نژاد، اعتمادی، نصیرنژاد (۲۰۱۴) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد اکبری نژاد و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که بین گروه آزمایش و کنترل بعد از اعمال متغیر مستقل از نظر بهزیستی روان شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که روان درمانی عقلانی، عاطفی؛ رفتاری به شیوه گروهی در بهبود بهزیستی روان شناختی افراد موثر است. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان که از ترکیب ده مفهوم مشابه استخراج شده است که تغییر شناخت نام گذاری شده است و در این مقوله بیان می کند که هدف از روان درمانی، هشیاری ناخودآگاه، بهبود عملکرد در سطح شناختی، داشتن افکار مناسب و پذیرش خود و دنیای درون مراجع است. نتایج مطالعه منیرپور، عطاری و ضرغام (۲۰۱۹) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. منیرپور و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که با آگاه کردن سالمندان از توانایی هایش و حس قدردانی، شادکامی و پذیرش خود او، می توان نگرش مثبت سالمندان به خود و جهان اطراف، میزان بخشش سلامت روان آنها را افزایش داد. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان که از ترکیب چهار مفهوم مشابه استخراج شده است و قوانین کلی روان درمانی نام گذاری شده است که شامل هدف مراجع محور است، مشخص شدن هدف درمان در فرایند روان درمانی با مراجع و مشخص شدن هدف روان درمانی با نوع مشکل می باشد.

ماندگار از جلسه و تغییرات و اثرات بلند مدت شغلی بود. نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان نیز شامل موفقیت طی درمان، صادق بودن با مراجع، بهبود ارتباط مراجع جز عوامل تاثیر گذار در پابندی به یک رویکرد است. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه ترکیب می شود که درمان پذیرش و تعهد نام گذاری شده است که از عوامل پابندی به درمان پذیرش و تعهد میتوان همراهی بهتر مراجع، درک بیشتر مراجع، تداوم تغییرات بیشتر در درمان پذیرش و تعهد نام برد. نتایج مطالعه اسماعیلی و گل پرور (۲۰۲۴) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. اسماعیلی و گل پرور (۲۰۲۴) دریافتند که زنانی که تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند فاجعه پنداری و ادراک طرد شدگی کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند و این رویکرد در زنان آسیب دیده پیمان شکنی از همسرانشان دیدند اثربخشی خوبی دارند. براساس یافته ها، درمان پذیرش و تعهد و وجود نگر و درمان شفقت محور گزینه های مناسبی برای زنانی هستند که پیمان شکنی همسرشان را تجربه کردند.

نتایج محور چهارم (آیا تاکنون احساس کردید در کارتان جهت گیری خاصی به یک نظریه روان درمانی (ترجیحات) دارید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به پنج مقوله (درمان شناختی رفتاری، مراجع محوری، درمان تلفیقی، درمان های موج سوم، روانکاوی) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان درمان شناختی رفتاری نام گذاری کرد. در این مقوله عوامل ترجیح درمان شناختی رفتاری بیان میشود که میتوان به عواملی مانند: اجماع همگانی درمانگران بر روی این رویکرد، انطباق بیشتر این رویکرد درمانی با فرهنگ ایرانی، استفاده از این رویکرد درمانی برای کودکان. نوجوانان نام برد. نتایج مطالعه سیدنور و همایی (۲۰۱۹) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. سیدنور و همایی (۲۰۱۹) دریافتند که درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود رفتارهای خود مراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر بود. پس درمانگران و روان شناسان می توانند از روش درمانی شناختی رفتاری گروهی برای افزایش رفتارهای خود مراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری آنان استفاده کنند. مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان مراجع محور نام گذاری کرد. در این مقوله عواملی که در ارتباط با مراجع است بیان می شود این عوامل نظیر: تفاوت های فردی مراجع، فرهنگ مراجع، تاریخچه زندگی شخصی مراجع، مذهب و محیط مراجع نام برد. نتایج مطالعه هاشمی پورو بحرینیان (۲۰۱۹) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. هاشمی پور و بحرینیان (۲۰۱۹) دریافتند که تحلیل کوواریانس چند متغری در درمان مراجع محور باعث بهبود فشار روانی شرکت کنندگان در کلیه خرده مقیاس های اختلال پس از

سانحه و افسردگی شده است. بطور کلی نتایج این پژوهش نشان داد اثربخش درمان مراجع محور بر اختلال فشار روانی پس از سانحه و افسردگی تایید می گردد. همچنین پیشنهاد می شود در برنامه ریزیهای بهداشتی کشور برنامه های لازم در جهت حمایت این افراد و آگاه نمودن مردم به عمل آید. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است که میتوان درمان های تلفیقی نام گذاری کرد. در این مقوله از علل ترجیح درمان های تلفیقی نام برد که این عوامل نظیر: انعطاف پذیری بیشتر درمان های تلفیقی، کاربرد اکثر نظریات، عدم تعصب داشتن و مقاومت بر روی یک رویکرد خاص نام برد. نتایج مطالعه بردی خوجه، جهانگیری و مفاخری (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. بردی خوجه و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که درمان تلفیقی بر افزایش رضایت زناشویی زوجین متعارض و ناهمساز موثر بوده است و از آن می توان در مراکز درمانی جهت ارتقای کارکرد خانوادگی و زناشویی استفاده کرد. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان درمان های موج سوم نام گذاری کرد. این مقوله شامل: رویکردهای وجودی، ترجیح رویکرد پذیرش و تعهد، ترجیح طرحواره درمانی نام برد. نتایج مطالعه اکبری و حسینی (۲۰۲۰) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. اکبری و حسینی (۲۰۲۰) دریافتند که درمان های موج سوم رفتاری، به خصوص درمان های فراشناخت درمانی بر کاهش نشانه های افسردگی موثر هستند، همچنین پیشنهاد می گردد تا در پژوهش های آینده درمان های موج سوم با دیگر درمانهای دارای حمایت تجربی نیز مورد مقایسه قرار گیرند.

مقوله پنجم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که روانکاوی نام گذاری شده است. در این مقوله از علل ترجیح رویکرد روانکاوی صحبت شده است که نظیر: ترجیح تحلیل، موثر بودن رویکرد روانکاوی در درمان اختلالات شخصیت، نتیجه گیری مطلوب از این رویکرد و برقراری ارتباط بهتر می باشد. نتایج مطالعه رهنمایی و اسدی (۲۰۲۲) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. رهنمایی و اسدی (۲۰۲۲) دریافتند که درمان روانکاوی سستی در مقایسه با طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری بر درمان اختلال شخصیت خودشیفته دارد.

نتایج محور پنجم (آیا به یک رویکرد درمانی خاصی دلبستگی یا علاقه خاصی دارید؟) مفاهیم براساس تشابه به سه مقوله (روانکاوی، عوامل موثر در علاقه مندی، علاقه به دیگر نظریات) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان علاقه به رویکرد روانکاوی نام گذاری کرد در این مقوله از عوامل علاقه مندی به رویکرد روانکاوی صحبت می شود این عوامل شامل:

دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است. که تسلط بر درمان های تلفیقی نام گذاری شده است. در این مقوله از علل تسلط بر درمان های تلفیقی صحبت شده است که نظیر: تسلط بر اکثر رویکردها، آگاهی از نکات کلیدی همه رویکردها نام برد. نتایج مطالعه دهنوی، صادقی و سپهوندی (۲۰۲۰) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. دهنوی و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی هیجان مدار در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید می تواند باعث افزایش خودکارآمدی جنسی و بهبود کیفیت خواب آنها شود. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می شود. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه استخراج شده است. که تسلط بر درمانهای موج سوم نام گذاری شده است. از علل تسلط بر درمانهای موج سوم میتوان رویکردهای انسان گرایانه، رویکردهای وجودی و راجرزی، رویکردهای ذهن آگاهی، طرحواره درمانی نام برد. نتایج مطالعه نعمت زاده (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. نعمت زاده (۲۰۲۳) دریافت که اندازه اثر مداخلات موج سوم بر کاهش اختلالات رفتاری در مدل ثابت و تصادفی معنادار است و میزان اندازه اثر به دست آمده براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، در هر دو مدل ثابت و تصادفی زیاد است. مقایسه درمان ها حاکی از آن است که به ترتیب درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی دیالکتیکی بیشترین تاثیر را در کاهش اختلالات خلقی دارند و فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اولویت های بعدی قرار دارند. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است و می توان عوامل موثر در تسلط نام گذاری کرد از جمله این عوامل می توان به همسو بودن علاقه و تسلط درمانگران، همسویی آموزش و تسلط، نقش جذابیت یک رویکرد در تسلط و مهارت درمانگر نام برد. نتایج مطالعه گودرزی، معاریان، اصغرنژاد و قهاری (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. گودرزی و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که باتوجه به شناسایی موانع فردی و بنیادی و تبدیل نگرش های اخلاقی به عمل اخلاقی که رهیافت پژوهش حاضر است. امید آن می رود که با رفع موانع رشد اخلاق در سطح فردی و سازمانی ارتقا یابد. نتایج محور هفتم (طبق چه پیش زمینه ای رویکرد درمانی خودتان را انتخاب کردید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به سه مقوله (تجربیات علمی درمانگر، مراجع محور، تجربیات شخصی درمانگر) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان تجربیات علمی درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله درمورد دوران تحصیل درمانگر، کارورزی و کارگاه ها، تجربه کاری درمانگر و آموزش و یادگیری صحبت می شود. نتایج

علاقه درمانگران به ریشه یابی، شکافتن، علاقه به منطق و اصول روانکاوی، جذابیت و لذتبخش بودن روانکاوی می باشد. نتایج مطالعه فدایی (۲۰۰۶) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. فدایی (۲۰۰۶) دریافت که روانکاوی فرایندی کند و تدریجی است و هرچه غیر از این وضعیت در مراجع بوجود بیاید می تواند به مقاومت او تعبیر گردد.

مقوله دوم اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه استخراج شده است که درمورد عوامل موثر در علاقه مندی صحبت می شود این عوامل نظیر: شخصیت خود درمانگر، کارها و پژوهش های علمی درمانگر، اساتید و دوره ها و کارگاه هایی که درمانگر گذرانده و دوران تحصیل درمانگر می باشد. نتایج مطالعه ذبیح زاده و رضایی (۲۰۲۲) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. ذبیح زاده و رضایی (۲۰۲۲) دریافتند که ترکیب جنسیتی ناهمگن درمانگران - بیمار مرد و بالعکس، در قیاس با سایر ترکیب ها قویا سبک انتقال را در روند روان درمانی فرا می خواند. انتقال عصبانی/حق به جانب در خلال روان درمانی پویایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خوسه ب برجسته بود و سبک های انتقالی دیگر کمتر رخ دادند. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است. که علاقه به دیگر نظریات نام گذاری شده است. که شامل: علاقه به درمان پذیرش و تعهد، علاقه به طرحواره درمانی، علاقه به بحث مقاومت در روان پویایی می باشد. نتایج مطالعه محمدی، میرزایی، سلطانی و فدایی (۲۰۲۰) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. محمدی و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که طرحواره درمانی بر کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران و سواس تاثیر مثبت و معنی دارد.

نتایج محور ششم (به نظر تان به دانش و مهارت های کدام رویکرد درمانی مسلط هستید و ان را خوب اجرا میکنید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (درمان شناختی رفتاری، درمان تلفیقی، درمان های موج سوم، عوامل موثر در تسلط) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان تسلط بر درمان شناختی رفتاری نام گذاری کرد در این مقوله از علت تسلط بر این رویکرد هم صحبت میشود که عواملی مانند نتیجه دهی مطلوب، و مشاهده تغییرات توسط خود مراجع نام برد. نتایج مطالعه شهبازی (۲۰۱۸) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. شهبازی (۲۰۱۸) دریافت که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش بهزیستی روان شناختی نوجوانان در زمینه های پذیرش خود، رشد فردی و ارتباط مثبت با دیگران می شود. همچنین مقایسه ی نتایج پس آزمون گرون آزمایش و گواه نشان داد که استفاده از درمان شناختی رفتاری سبب کاهش تحریفات روان شناختی نوجوانان شهر اهواز گردید. مقوله

مطالعه عباس آبادی، فروشانی و میلی (۲۰۲۲) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. عباس آبادی و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که چارچوبی از نحوه روابط مولفه های روان درمانی را بر پایه دیدگاه و تجارب درمانگران صورت بندی کرد. مولفه ها با توجه به تاثیر گذاریشان در فرایند روان درمانی، توسط درمانگران اولویت بندی و بکار می روند. همه مولفه ها در انتخاب نوع درمان نقش دارند، اما مولفه درمانگر در شکلهی ارتباط با درمانجو، سازماندهی نظریه، حل مشکلات و موثرسازی روان درمانی نسبت به سایر مولفه ها نقش اساسی تری دارد. مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است. که می توان مراجع محوری نام گذاری کرد، در واقع پیش زمینه انتخاب رویکرد درمانی با توجه به شرایط مراجع، قابل فهم بودن برای مراجع، نوع اختلالات مراجع، توجه به فرهنگ و جامعه مراجع می باشد. نتایج مطالعه بدرافشان (۲۰۱۷) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. بدرافشان (۲۰۱۷) دریافت که طیف گسترده ای از اختلالات روانی و شخصیتی که نیازمند توجه از سوی گروه درمان و تمام کسانی که با این بیماران سروکار دارند را می توان مشاهده کرد. باورهای فرهنگی و قومیتی نیز نقش مهمی در سازگاری با بیماری و پذیرش درمان دارد. که با آگاهی از آنها تبعیت از دستورات درمانی و به دنبال آن کیفیت زندگی بیماران بهبود قابل توجهی پیدا خواهد کرد. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج می شود که می توان تجربیات شخصی درمانگر نام گذاری کرد، در این مقوله در مورد تجربه شخصی درمانگر، الگوی انتخابی درمانگر و عقل و درایت خود درمانگر و ویژگی های شخصیتی درمانگر نام برد. نتایج مطالعه مال میر و خان احمدی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. مال میر و خان احمدی (۲۰۲۳) دریافتند که دانش و تجربه و مهارت حرفه ای درمانگر باید فقط درمان هایی را اراده کند که در رابطه با تخصص و تجربه او باشد. او باید محدودیت های خود را درک کند و در صورت نیاز مراجعان را به متخصصان ارجع دهد.

نتایج محور هشتم (به نظر تان یکی از تاثیر گذارترین کمک هایی که یک روانشناس یا روانپزشک میتواند به یک مراجع بکند چیست؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (بینش، اخلاق حرفه ای، بعد روحی، نقش درمانگر) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب سیزده مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان بینش نام گذاری کرد. در این مقوله در مورد کمکی که یک درمانگر در زمینه بینش می تواند به مراجعش بکند صحبت می شود که از مهم ترین کمک ها در این زمینه می توان به رضایت و پذیرش خود، خود آگاهی، خود شکوفایی، شناخت توانایی و استعدادهایش و داشتن انتخاب

های آگاهانه نام برد. نتایج مطالعه غفوریان، صفایی و عباسی (۲۰۱۸) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. غفوریان و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که تحقق رضایت آگاهانه مستلزم افشای اطلاعات از طرف پزشک. فهم آن از طرف بیمار است. در اینجا اصل اساسی همدلی پزشک با بیمار به معنای درک شرایط و دنیای ذهنی و روانی اوست تا بتواند براساس آن اطلاعات مناسب و کافی را به بیمار انتقال دهد و به او برای انتخاب آگاهانه و آزادانه کمک نماید.

مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب یازده مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان اخلاق حرفه ای نام گذاری کرد چرا که یکی از تاثیر گذارترین کمک ها ی درمانگران رعایت اخلاق حرفه ای است و در این مقوله می توان از عواملی مانند: قضاوت نکردن، مصاحبه اولیه، گوش دادن فعال، رازداری نام برد. مال میر و خان احمدی (۲۰۲۲) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. مال میر و خان احمدی (۲۰۲۲) دریافتند که توجه به استانداردهای خاص، توجه به منافع مراجع، حفظ محرمانگی و توجه به حریم خصوصی و قرار داشتن تحت نظارت بالینی مداوم و مسیولیت پذیری تاکید شده است. تخطی متخصصان از این استانداردهای اخلاقی می تواند به مراجع و همچنین بدنه ی اجتماعی حرفه، آسیب هایی جبران ناپذیر وارد کند از این رو در چنین مواردی درمانگر خاطی با تعلیق لغو مجوز و عواقب قانونی مواجه می شود. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان بعد روحی نام گذاری کرد که در این مقوله شامل کمک هایی که یک درمانگر به بعد روحی مراجع می کند می شود این عوامل مانند: بهبود دلبستگی ناامن، تاکید بر هیجانات و عواطف مراجع، رهایی از رنج ها و مشکلا روحی می باشد.

مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان نقش درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله از تاثیر گذارترین کمک ها و نقش درمانگر در این کمک صحبت می شود. این عوامل: الگوی خوب بودن، تشخیص درست، درک عمیق مراجع نام برد. نتایج مطالعه رشتی و ساعد (۲۰۱۸) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. رشتی و ساعد (۲۰۱۸) دریافتند که تفاوت های فرهنگی در بین جوامع مختلف به حدی است که نادیده گرفتن آنها می تواند به افت عملکرد درمانی درمانگر و نتایج درمانی ضعیف منجر شود. همچنین بررسی متون نشان می دهد که کدهای اخلاقی روان شناسان را به داشتن دانش و آگاهی درمانگر و احترام متقابل به حقوق اساسی عزت و مقام همه انسان ها ملزم می داند.

نتایج محور نهم (به نظر تان مهم ترین عناصر روان درمانی اثربخش چیست؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله

درمانگر، علاقه به روان درمانی، به روز بودن درمانگر، خودسرانه نظریه ندادن صحبت کرد

جمع بندی

این مطالعه در صدد این بود که روان درمانی و روان درمانگران چگونه می توانند زمینه ساز تغییر و اثربخشی باشند و اصلا هدف از کار روان درمانی چیست و در پی این سوالات درمانگران ترجیح میدهند چه رویکرد درمانی را انتخاب کنند و دلیل انتخاب این رویکرد درمانی خاص از چه پیش زمینه ای نشأت گرفته است.

این مطالعه نشان داد که روان درمانی موثر است و اشکال مختلف روان درمانی و رویکردهایی که درمانگران بکار می برند بر اساس تجربه زندگی شخصی خودشان، علاقه ای که در طی آموزش و یادگیری کسب می کنند، همخوانی ویژگی شخصیتی خود درمانگر با آن رویکرد مورد نظر مشخص می شود. و همچنین این مطالعه نشان داد جهت گیری خاص درمانگر به شرایط مراجع، ویژگی های شخصیتی مراجع و نوع اختلال مراجع هم بستگی دارد و پاسخ این پرسش که چطور روان درمانی اثربخش میشود در سازوکارهای زیربنایی انطباق و تغییر در مغز، ذهن و در ارتباطات ما نهفته است.

در محور تاثیر گذارترین کمک درمانگران اصل اساسی در روند درمان بیان کردن بیان نشدنی ها، هشیار کرد ناعشیار و یکپارچه سازی افکار و احساسات است و در قدم های بعدی پذیرش مراجع، حل تعارض ها و کمک به مراجع و قدم برداشتن در مسیر و نقشه ای که زندگی برایش رقم زده است که بتواند راحت تر حل چالش و حل تعارض کند. در نتیجه روان درمانی به ما این فرصت را می دهد که ناهشیارمان را هشیار کنیم و فضایی فراهم می آورد تا افکار کاذب نا کارآمدمان را بکاویم. و همچنین یک روان درمانی خوب نیازمند آن است که درمانگران از حدود دانش خودشان آگاهی داشته باشند و در کار درمان از علم و آگاهی بالایی برخوردار باشند و از کمک هایی که می توانند به مراجعانشان بکنند این است که به درون خود پی ببرند و تحریف های ذهن و مغزشان که به طور طبیعی اتفاق می افتد را بشناسند و بر آنها غلبه کنند.

درمانگران در این مطالعه در جایگاه اول بیشتر رویکردهای انسانگرایانه (وجودی، پذیرش و تعهد و) را ترجیح می دادند که در کارشان استفاده کنند چرا که در درمان شخصی با موفقیت سپری شده و این موفقیت یعنی علایم روانی فرد کاهش یافته و تجاربش تغییر کرده است. در جایگاه بعدی درمان های شناختی رفتاری را درمانگران ترجیح دادند و بیشتر استفاده می کنند که علت آن انطباق با فرهنگ و چند بعدی بودن و همه جانبه بودن این رویکرد می باشد و در جایگاه سوم هم درمانگران رویکرد روانکاوی را ترجیح می دادند و به آن مسلط بودند چرا که روان درمانی را در جهت کشف تجارب کودکی می دادند تا به کمک

هوشدرمانگر، اصول و فنون روان درمانی، دانش درمانگر، شناخت درمانگر) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان هوش درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله در مورد مهم ترین عنصر روان درمانی اثربخش که به درمانگر مربوط میشود صحبت شده است که عواملی مانند: خلاقیت، ذکاوت، قدرت تفسیری درمانگر را نام برد. نتایج مطالعه برآبادی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج پژوهش حاضر همسو می باشد. برآبادی (۲۰۲۳) دریافت که یک درمانگر به مراجع کمک می کند تا با مشکلات خاص یا عمومی، مانند بیماری روانی یا منبع استرس زندگی مقابله کند. بسته به رویکردی که درمانگر استفاده می کند، میتوان از طیف وسیعی از تکنیک ها و استراتژیها استفاده کرد. تقریباً همه انواع روان درمانی شامل ایجاد یک رابطه درمانی، برقراری ارتباط و ایجاد گفتگو و تلاش برای غلبه بر افکار یا رفتارهای مشکل ساز است.

مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شانزده مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان اصول و فنون روان درمانی نام گذاری کرد. در این مقوله از عواملی مانند: اعتمادسازی، همدلی، شکستن مقاومت مراجع، قضاوت نکردن، فیدبک به موقع و مهم ترین عامل که ارتباط است صحبت می شود. نتایج مطالعه زمهریر، پورنقاش، تهرانی و قربانی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. زمهریر و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که رابطه درمانی یکی از مهم ترین جنبه های روان درمانی است و تجربه درمان بخشی را می توان در بافت رابطه دویوه کنش گرانه درمان جو درمانگر توصیف کرد. کوشش های شخصی درمانجویان در کنار همکاری همدلی و نگاه خالی از قضاوت درمانگر که حایز ظرفیت های عاطفی و ارتباطی است معنا پیدا می کند. یافته های این پژوهش به عنوان راهنمای ناظران و کار آموزان بالینی در جهت توسعه کیفیت اتحاد و رابطه درمانی قابل استفاده خواهد بود. مقوله ی سوم از اظهارات روان شناسان و وان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان دانش درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله در مورد عوامل موثری که در ارتباط با درمانگر است مانند علم و دانش بالا درمانگر، ارزیابی صحیح، مهارت و تسلط بر تکنیک های انتخابی صحبت می شود. نتایج مطالعه عوض زاده و کرمی (۲۰۲۲) با بخشی از نتایج مطالع حاضر همسو می باشد. عوض زاده و کرمی (۲۰۲۲) دریافتند که درگیری شغلی بر افزایش خلاقیت منجر می شود و نتایج حاصل از آزمون فرضیات نشان داد مولفه های درگیری شغلی بر افزایش خلاقیت تاثیر معنی داری دارد.

مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان شناخت درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله از عناصر مهم روان درمانی اثربخش که در رابطه با شناخت درمانگر مانند: تحت درمان بودن

آن ارتباط بین این تجارب کودکی و عللی که مغز و ذهنمان و زندگی کنونی مان را تحریف کرده پیدا کنیم. همچنین در این مطالعه به مهم ترین عناصر یک روان درمانی اثربخش هم پرداخته شده که درمانگران این پژوهش عنصر اصلی، اساسی را ارتباط دریافتند چرا که ارتباط هسته اصلی همه روابط پرورش دهنده، حمایت کننده و درمان کننده است و در جایگاه بعدی همدلی و ایجاد فضای امن است و روان درمانی موفق هیچگاه شامل: انتقاد، قضاوت، تعارض نمی شود. و به همین علت همدلی و مراقبت و حمایت که راجرز سنگ بنای آن را گذاشت حتی پس از پیدایش صدها فنون دیگر، همچنان در روتن درمانی نقش محوری دارد و احساس پذیرفته شدن از جانب دیگری مغز و ذهن را در حالتی قرار می دهد که موجب انعطاف بیشتر و تغییر مثبت می شود.

فهرست منابع

پروچسکا، جیمزا ونور کراس، جان سی. (۲۰۰۷). نظام های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، انتشارات روان. پروچسکا، جیمزا ونور کراس، جان سی. (۲۰۱۱). نظریه های روان درمانی (تحلیل فرانظری)، ترجمه هایاما مک اوادیس یانس، انتشارات رشد. حمدی پور، افشین. عطا پور، هاشم و زرداری، سولماز. (۱۳۹۹)، ۵۰ سال پژوهش در حوزه روان درمانی: یک بررسی علم سنجی، فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۵، (۵۹)، ۸۷-۸۸. رضایی، لیلیا. حیدری، شیما. رضایی، فرزین و خزایی، حبیب اله (۱۴۰۰). چالش ها و فرصت های پیش روی روان درمانی در ایران: یک مطالعه کیفی، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۸، (۲)، ۳. قربانی، نیما و ربیعی، فاطمه. (۱۳۹۷). روان درمانیدر ایران: موانع و افق ها، رویش روانشناسی، ۷، (۲۲)، ۴-۶. وزیری، شهرام و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۴)، رویکرد چهاروجهی در روان درمانی، اندیشه و رفتار، ۹، (۳۵)، ۷۷-۷۸.

- Anestis, J. C., Rodriguez, T. R., Preston, O. C., Harrop, T. M., Arnau, R. C., & Finn, J. A. (۲۰۲۱). Personality Assessment and Psychotherapy Preferences: Congruence between Client Personality and Therapist Personality Preferences. *Journal of personality assessment*, ۳(۱۰۳), ۴۲۶-۴۱۶.
- Angell, B., & Bolden, G. B. (۲۰۱۵). Justifying medication decisions in mental health care: Psychiatrists' accounts for treatment recommendations. *Social science & medicine* (۱۹۸۲), ۱۳۸, ۵۶-۴۴.
- Carew, Lynda. (۲۰۰۹). Does theoretical background influence therapists' attitudes to therapist self-disclosure? A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*. ۹. ۲۷۲-۲۶۶. ۱۴۷۳۳۱۴۰۹۰۲۹۷۸۷۲۴/۱۰, ۱۰۸۰.
- Cole, Brian & Petronzi, Gregory & Singley, Daniel & Baglieri, Michael. (۲۰۱۸). Predictors of men's psychotherapy preferences. *Counselling and Psychotherapy Research*. ۱۹. ۱۰, ۱۰۰۲/capr. ۱۲۲۰۱.
- Cooper M, Norcross JC, Raymond-Barker B, Hogan TP. Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it? *Psychotherapy (Chic)*. ۲۰۱۹ Jun; ۲(۵۶): ۲۱۶-۲۰۵.
- Cooper, M., Norcross, J. C., Raymond-Barker, B., & Hogan, T. P. (۲۰۱۹). Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it?. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, ۲(۵۶), ۲۱۶-۲۰۵.
- Cooper, Mick & van Rijn, Biljana & Chryssafidou, Evi & Stiles, William. (۲۰۲۱). Activity Preferences in Psychotherapy: What Do Patients Want and How Does This Relate to Outcomes and Alliance?. *Counselling Psychology Quarterly*. ۲۴-۱.
- Dorow, M., Löbner, M., Pabst, A., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (۲۰۱۸). Preferences for Depression Treatment Including Internet-Based Interventions: Results From a Large Sample of Primary Care Patients. *Frontiers in psychiatry*, ۹, ۱۸۱.
- Heinze, P. E., Weck, F., Hahn, D., & Kühne, F. (۲۰۲۳). Differences in psychotherapy preferences between psychotherapy trainees and laypeople. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, ۳(۳۳), ۳۸۶-۳۷۴.
- King, Michael & Sibbald, B & Ward, Elaine & Bower, Peter & Lloyd, M & Gabbay, Mark & Byford, Sarah. (۲۰۰۰). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health technology assessment (Winchester, England)*. ۴. ۸۳-۱..

- Kwan BM, Dimidjian S, Rizvi SL. Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behav Res Ther.* ۲۰۱۰ Aug;۴۸):۸۰۴-۷۹۹.
- Latas, M., Trajković, G., Bonevski, D., Naumovska, A., Vučinić Latas, D., Bukumirić, Z., & Starčević, V. (۲۰۱۸). Psychiatrists' treatment preferences for generalized anxiety disorder. *Human psychopharmacology*, ۱(۳۳), ۱۰,۱۰۰۲/hup.۲۶۴۳.
- Levy Berg, A., Sandahl, C., & Clinton, D. (۲۰۰۸). The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and psychotherapy*, ۸۱(Pt ۳), ۲۵۹-۲۴۷.
- Markowitz, J. C., Meehan, K. B., Petkova, E., Zhao, Y., Van Meter, P. E., Neria, Y., Pessin, H., & Nazia, Y. (۲۰۱۶). Treatment preferences of psychotherapy patients with chronic PTSD. *The Journal of clinical psychiatry*, ۳(۷۷), ۳۷۰-۳۶۳.
- Mick Cooper, Biljana vanRijn, Evi Chryssafidou & William B. Stiles (۲۰۲۲) Activity preferences in psychotherapy: what do patients want and how does this relate to outcomes and alliance?, *Counselling Psychology Quarterly*, ۲۵:۳, ۵۲۶-۵۰۳,
- Peter Eric Heinze, Florian Weck, Daniela Hahn & Franziska Kühne (۲۰۲۳) Differences in psychotherapy preferences between psychotherapy trainees and laypeople, *Psychotherapy Research*, ۳۳:۳, ۳۸۶-۳۷۴
- Plant, C. P., & Holland, J. M. (۲۰۱۸). Family Behavior Therapy for Alcohol and Drug Problems in Later-Life. *Clinical gerontologist*, ۵(۴۱), ۵۱۵-۵۰۸.
- Renn, B. N., Hoeft, T. J., Lee, H. S., Bauer, A. M., & Areán, P. A. (۲۰۱۹). Preference for in-person psychotherapy versus digital psychotherapy options for depression: survey of adults in the U.S. *NPJ digital medicine*, ۲, ۶.
- Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., Noma, H., Furukawa, T. A., Arntz, A., van Balkom, A. J. L. M., & Cuijpers, P. (۲۰۲۳). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological medicine*, ۵(۵۳), ۳۲۸۰-۳۲۶۱.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (۲۰۱۱). Preferences. *Journal of clinical psychology*, ۲(۶۷), ۱۶۵-۱۵۵.
- Swift, Joshua & Callahan, Jennifer & Ivanovic, Mariana & Kominiak, Nina. (۲۰۱۳). Further Examination of the Psychotherapy Preference Effect: A Meta-Regression Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*. ۲۳. ۱۰,۱۰۳۷/a.۰۰۳۱۴۲۳
- Swift, Joshua & Callahan, Jennifer & Ivanovic, Mariana & Kominiak, Nina. (۲۰۱۳). Further Examination of the Psychotherapy Preference Effect: A Meta-Regression Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*. ۲۳. ۱۰,۱۰۳۷
- Teasdale AC, Hill CE. Preferences of therapists-in-training for client characteristics. *Psychotherapy (Chic)*. ۲۰۰۶ Spring;۱(۴۳):۸-۱۱۱.
- Thompson, L., & McCabe, R. (۲۰۱۸). How Psychiatrists Recommend Treatment and Its Relationship with Patient Uptake. *Health communication*, ۱۱(۳۳), ۱۳۵۴-۱۳۴۵.
- van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, van Dyck R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. ۲۰۰۴ May-Jun;۳(۲۶):۹-۱۸۴.
- Windle E, Tee H, Sabitova A, Jovanovic N, Priebe S, Carr C. Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. ۲۰۲۰ Mar ۳(۷۷):۳۰۲-۲۹۴.
- Zilcha-Mano, S. (۲۰۱۷). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, ۷۲(۴), ۳۲۵-۳۱۱

اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان خون

مائده علیزاده

گروه روانشناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

دکتر مجید پور فرج عمران

گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران

The effectiveness of positive cognitive behavioral therapy on the tolerance of distress and perceived stress in patients with leukemia

Maedeh Alizadeh

Department of Psychology, AM.C., Islamic Azad University, Amol, Iran

Majid Pourfaraj Omran

Department of Psychology, Beh.C., Islamic Azad University, Behshahr, Iran

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating «the effectiveness of positive cognitive behavioral therapy on the tolerance of distress and perceived stress of patients with leukemia». The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the research was made up of all the patients with cancer in the number of 3700 people who referred to specialized centers and clinics and the association of cancer patients in Amol city in 1402 and their disease was undiagnosed. Among them, 30 people were selected in the accessible way and by using simple randomization method, the sample people were placed in two experimental ($n=15$) and control ($n=15$) groups. Both groups responded to the Distress Questionnaires of Simmons and Gaher (2005) and Perceived Stress of Cohen et al (1983). Then, after making the necessary arrangements, the experimental group received 10 60-minute sessions of positive cognitive behavioral therapy based on the research of Karbasian et al. (1401), but the control group did not receive any educational program during this study. After completing the training, the questionnaires were completed again by the subjects of both groups and were analyzed. In the descriptive part, the minimum and maximum scores, mean and standard deviation were used, and in inferential statistics, to compare and examine the difference in the average of the groups in the pre-test and post-test, multivariate covariance analysis (MANCOVA) and univariate analysis

Key Words: Positive cognitive behavioral therapy, distress tolerance, perceived stress

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی «اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان خون» انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به سرطان به تعداد ۳۷۰ نفر تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۲ به مراکز و کلینیک های تخصصی و انجمن بیماران سرطانی شهر آمل مراجعه کردند و بیماری آنها محرز بود. از بین آنان، ۳۰ نفر به شیوه در دسترس گزینش شدند و با استفاده از شیوه تصادفی سازی ساده، افراد نمونه در دو گروه آزمایش ($n=15$) و گواه ($n=15$) قرار گرفتند. هر دو گروه به پرسشنامه های پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) پاسخ دادند. سپس بعد از انجام هماهنگی های لازم گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت درمان رفتار درمانی شناختی مثبت نگر برگرفته از پژوهش کرباسیان و همکاران (۱۴۰۱) دریافت کرد، اما گروه گواه در مدت این پژوهش هیچ گونه برنامه آموزشی دریافت نکرد. بعد از اتمام آموزش مجدداً پرسشنامه ها توسط آزمودنی هر دو گروه تکمیل شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در قسمت توصیفی از حداقل و حداکثر نمره ها، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و در آمار استنباطی برای مقایسه و بررسی تفاوت میانگین گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) و تک متغیری (آنکوا) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد رفتار درمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی ($P<0/05$) و استرس ادراک شده ($P<0/05$) بیماران مبتلا به سرطان خون موثر است.

کلیدواژه: رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر، تحمل پریشانی، استرس ادراک شده

مقدمه

امروزه پزشکان با معضلات پزشکی بسیاری مواجه هستند. یکی از مهمترین آنها در دنیای امروز، سرطان است (احمدزاده، ۲۰۲۰). سرطان یکی از بیماری های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روزبه روز افزایش می یابد (یارمحمدی و همکاران، ۲۰۲۰). در حال حاضر، سرطان یک عامل عمده مرگ در سراسر جهان است و پیش بینی شد که تعداد موارد تشخیصی جدید در سال ۲۰۲۰ به بیش از ۱۵ میلیون نفر تجاوز خواهد کرد (اریا ۹۲ و همکاران، ۲۰۱۹). با توسعه غربالگری زودهنگام و درمان های نوآورانه مانند ایمونوتراپی برای طولانی تر شدن زندگی، میزان طول عمر این بیماران به طور قابل توجهی افزایش یافته است. با این حال، این امر جنبه های دیگری از مشکلات را نیز به همراه دارد. درمان طولانی مدت سرطان می تواند عوارض جسمی و بار روانی زیادی را بر بیماران وارد کند (آدیسون ۹۳، ۲۰۲۲) و به دلیل ماهیت مزمن و مبهم خود با اثرات و تبعات متعدد منفی در همه ابعاد زندگی اعم از فردی، خانوادگی، اجتماعی و حرفه ای همراه است که می تواند منجر به بروز علائم و آسیب های روانی مختلف در افراد سرطانی شود (کاکنیکر ۹۴ و همکاران، ۲۰۱۶). از طرفی پریشانی می تواند نتیجه یک فرآیند جسمی یا شناختی باشد؛ که در مبتلایان به بیماری سرطان و افراد سالم جسمی متفاوت باشد. این مفهوم بیشتر در زمینه حالات هیجانی و عاطفی بروز پیدا می کند و فرد برای رسیدن به آرامش هر کاری انجام می دهد. به عبارت دیگر، تحمل پریشانی به معنای توانایی فرد برای تحمل حالت های درونی ناراحت کننده است (نچارپور و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که ظرفیت تحمل پریشانی بالایی دارند، در هنگام روبه رو شدن با عواطف منفی، بهتر می توانند با هیجانات خود مقابله کنند و کمتر پاسخ های ناسازگارانه می دهند؛ اما افرادی که آستانه تحمل پریشانی آن ها پایین است، هنگام مواجهه با یک وضعیت نامطلوب، بیشتر درگیر راهبردهای مقابله ای ناسازگار مانند روش های اجتناب محور می شوند (راینسون ۹۵، ۲۰۱۹).

یکی از مهمترین متغیرهای دیگر مرتبط با بهزیستی روانی بیماران سرطانی، استرس است زیرا با توجه به مهلک و خطرناک بودن بیماری سرطان، تشخیص و ابتلا به این بیماری می تواند باعث ایجاد اضطراب و استرس در بیمار شود (گنجیان و همکاران، ۲۰۲۲). بحران های ناشی از سرطان موجب عدم تعادل و ناهماهنگی جسم و روان فرد مبتلا می شود که این حالت موجب افزایش حس ناامیدی و استرس شدید در بیمار خواهد شد (کور تیس ۹۶ و همکاران، ۲۰۱۵). استرس ذهنی زمانی ادراک می شود که موقعیت تهدیدآمیز تفسیر شده و بین مطالبات محیط بیرون و ادراک فرد از توانایی مقابله با آنها ناهمخوانی وجود داشته باشد (اشنایدر ۹۷ و همکاران، ۲۰۲۰). استرس ادراک شده فرایندی روانشناختی است که طی آن، فرد سلامت جسمی و روانشناختی خود را تهدید آمیز ادراک می کند (لی، لی و پارک ۹۸،

- 92 -Areia
93 -Addison
94 -Kuchenbaecker
95 -Robinson
96 -Curtis
97 -Schneider
98 -Lee, A., Lee, K. S., & Park

آنجایی که اثر این مداخله در بیماران مبتلا به سرطان بررسی نشده است، خلا پژوهشی وجود دارد و به همین علت شناخت و تاثیر این مداخله روانشناختی در این بیماران اهمیت دو چندان می یابد. لذا محقق در پی پاسخ به این سوال است که آیا رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان خون موثر است؟

روش

روش پژوهش کمی و از نظر هدف، کاربردی و با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، جزء پژوهش های نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بوده است جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به سرطان به تعداد ۳۷۰ نفر تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۲ به مراکز و کلینیک های تخصصی و انجمن بیماران سرطانی شهر آمل مراجعه کردند و بیماری آنها محرز بود. جهت تعیین حجم نمونه در روش اکتشافی، قاعده سرانگشتی است که می تواند در پیدا کردن راه حل مسائل پیچیده به تصمیم گیرنده کمک کند (لیونبرگ ۱۰۳، ۲۰۰۶). طبق این قاعده برای تحقیقات آزمایشی از نمونه ۳۰ تایی استفاده می شود که برای هر یک از گروه های مورد مطالعه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است؛ بنابراین ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که از مرکز منتخب (انجمن بیماران سرطانی آراین) به شیوه در دسترس گزینش شدند. سپس آنان به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. هر دو گروه به پرسشنامه های پریشانی و استرس ادراک شده پاسخ دادند سپس بعد از انجام هماهنگی های لازم گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت درمان رفتار درمانی شناختی مثبت نگر برگرفته از پژوهش کرباسیان و همکاران (۱۴۰۱) دریافت کرد، اما گروه گواه در مدت این پژوهش هیچ گونه برنامه آموزشی دریافت نکرد بعد از اتمام آموزش مجددا پرسشنامه ها توسط آزمودنی هر دو گروه تکمیل شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت بررسی فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از برنامه نرم افزار آماری SPSS۲۵ انجام شد.

ابزار پژوهش

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه تحمل پریشانی

پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام های تحمل پریشانی هیجانی (سوالات ۱، ۳، ۱۵)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (سوالات ۲، ۴، ۵)، برآورد و ارزیابی ذهنی (سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی (سوالات ۱۳، ۱۴، ۸) است. به منظور نمره گذاری این مقیاس از طیف ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً

۲۰۱۹). در واقع استرس ادراک شده یعنی واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی و هیجانی است. محققان با ارائه الگوی تعاملی استرس بر افزودن عوامل منحصر به فرد انسانی در درک و تفسیر تجربه استرس در توجیه استرس تأکید کردند. آنها اعتقاد دارند که تفسیر رویدادهای استرسزا، از خود رویدادها مهمتر است (چن ۹۹ و همکاران، ۲۰۱۸). محققان مختلف دریافتند که میزان استرس ادراک شده ی بیماران سرطانی به مثابه ی یک مکانیزم تبیینی کاهش فزاینده ی نشانگرهای چندگانه کیفیت زندگی آنها را توضیح می دهد (پندو ۱۰۰، ۲۰۱۵). همچنین پژوهشی نشان می دهد که در افراد با سطح بالای استرس ادراک شده ی مداوم در مقایسه با افراد با سطح پایین استرس مداوم، یازده درصد خطر ابتلا به سرطان بیشتر است (سانگ ۱۰۱، ۲۰۱۸).

با توجه به اینکه پیامدهای روانی سرطان و درمان آن موضوع بسیاری از فعالیتهای پژوهشی بوده است؛ یکی از فعالیتهای درمانی قابل توجه در این زمینه بهره گیری از رویکرد شناختی رفتاری میباشد. رویکرد شناختی رفتاری بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارهایی است و روی رفتار تمرکز دارد. درمانگر به بیمار کمک می کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و شیوه های تفکری مثبت و واقعیهانه تری را جایگزین آن ها کند (شیرخانزاده و همکاران، ۱۴۰۱). رفتار درمانی شناختی مثبت نگر، رویکرد جدیدی در کاربرد رفتار درمانی شناختی است. رفتار درمانی شناختی مثبت نگر، خودمختاری بیشتری به مراجعان می دهد و همچنین به گفتگوها، در مسیر خوشایندتری جهت می بخشد و این گفتگوهای خوشایند، به نوبه خود به استرس، افسردگی و خستگی کمتر درمانگران منجر می شود. این رویکرد، از طریق فرایندهای آموزشی، درمانی و عملی احترام آمیز تغییراتی ایجاد می کند که قدرتمندی و انگیزه را در افراد بر می انگیزد (بانینگ ۱۰۲، ۲۰۱۵). این رویکرد می تواند به بیماران کمک کند تأثیرات روانی منفی بیماری شان را به کمترین مقدار برسانند. حمایت تجربی قوی درباره کاربرد درمان شناختی-رفتاری برای مشکلات روانی شایع در بیماری های جسمی، با ارائه مراقبت بهداشتی نوین و تأکید بر درمان های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است (فارابی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین بر اساس موارد مطرح شده بدیهی است که افراد مبتلا به سرطان نسبت به سایر جمعیت های آماری موجود در جامعه نیاز به توجه بیشتری از لحاظ کیفیت زندگی و سایر متغیرهای تاثیر گذار بر بهبود زندگی خود هستند. بنابراین با وجود ضرورت هایی که در زمینه مسائل روانشناختی با بیماری در افراد مبتلا به سرطان و ایمن سازی آنها در مواجهه با موقعیت ها و مسائل پیش رو در زندگی احساس می شود و همچنین از

- 99 - Chen
- 100 -Penedo
- 101 -Song
- 102 -Bannink

مخالقم (۵) استفاده می شود و عبارت شماره ۶ نمره گذاری معکوس دارد. کسب نمره بالاتر به معنای تحمل پریشانی بالاتر است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس ها به ترتیب برابر با ۰/۸۲ محاسبه شد.

۲- پرسشنامه استرس ادراک شده

مقیاس استرس ادراک در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کامارک و مرمستین طراحی شد و افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا را مورد سنجش قرار میداد. این مقیاس دارای ۱۴ سوال است که براساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) نمره گذاری شد که به ترتیب نمره صفر تا ۴ می گرفتند. در این ابزارها ماده های ۱۳، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، ۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. دامنه نمرات در این مقیاس از صفر تا ۵۶ بود که بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر بود. سازندگان ابزار روایی مقیاس را تأیید کرده و ضریب پایایی مقیاس را بالای ۰/۷۰ عنوان کرده اند (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). در ایران روایی محتوی این ابزار توسط ده تن از اساتید علوم پزشکی مشهد و دانشگاه آزاد اسلامی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن بالای ۰/۷۰ گزارش شد (سعادت و همکاران، ۱۳۹۴).

اجرای رفتار درمانی شناختی مثبت نگر

اجرای جلسات مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر برگرفته از پژوهش کرباسیان و همکاران (۱۴۰۱)، به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای طی هفته ای دو جلسه بود که خلاصه جلسات بشرح زیر می باشد:

جدول ۱-۳: نحوه اجرای جلسات رفتار درمانی شناختی مثبت نگر

جلسات	محتوای هر جلسه
جلسه اول	آشنایی با اعضا و قوانین جلسه، اهداف مداخله، هنجارها و منطق درمان (معرفی برنامه مداخله مثبت نگر، برقرار ارتباط درمانی مثبت)، تکلیف خانگی: مشاهده و ثبت جنبه های مثبت فردی تا جلسه آینده
جلسه دوم	ارزیابی تغییرات پیش درمانی، آرایه تکنیک ها و پرسش های راه حل محور، تمرین تجسم خود در آینده، تمرین افزایش امید، تکلیف خانگی: ثبت آرزوها و اهداف و مشخص کردن اولویت ها
جلسه سوم	ارزیابی توانمندی ها و امکانات مراجعان با توجه به آزمون مشخصات عملی ارزش جنبه های مثبت و توانمندی ها، تکنیک انتقال مهارت، تکلیف خانگی: چگونگی استفاده از توانمندی های خود در مواجهه با مسایل و رد پای یک یا چند جنبه مثبت
جلسه چهارم	خودنظارت گری و تحلیل کارکردی مثبت نگر (ثبت افکار، مشاهده تغییرات مثبت، خودارزیابی مثبت نگر، نظارت بر موارد استثنایی، پرسش معجزه گر، راه حل فرضی، توجه به موفقیت های هر چند کوچک)، تکلیف خانگی: خودنظارت گری مثبت نگر
جلسه پنجم	تغییر دیدگاه (تغییر توجه به موفقیت های گذشته، تمرکز بر نقاط روشن، یافتن موارد استثنا و استفاده از نقاط مثبت و توانمندی ها در مواجهه با مسایل جدید)، تغییر سوگیری شناختی و تصویرسازی مثبت نگر (تمرین پیشنهاد های مثبت نگر به عملکرد های گذشته فرد از طرف یک دوست، تمرین تغییر مثبت یک کاپوس)، تکلیف خانگی: تجسم خود در آینده
جلسه ششم	تغییر چشم انداز روابط (تشویق مراجعان به توصیف رویدادهای تعاملی و ارتباطی با افراد مهم زندگی و تغییرات ارتباطی مثبت نگر، تمرین راه حل فرضی، پرسش معجزه گر و موارد استثنایی، تمرین نگرش به خویشتن به عنوان سوم شخص)، تکلیف خانگی: ثبت حق شناسی و قدر دانی
جلسه هفتم	تغییر عملکرد: در هم شکستن الگوهای رفتاری تکراری مشکل آفرین، تغییر عملکرد خود نسبت به مساله، استفاده از تناقض، اضافه کردن فعالیت های جدید به الگوهای قبلی در مواجهه با مساله، کاربرد الگوهای راه حل مدارانه برای مساله، استفاده از گام های کوچک، تکلیف خانگی: انجام کاری متفاوت
جلسه هشتم	تجارب رفتاری مثبت نگر (کاری متفاوت انجام دادن، توجه به چگونگی مفید واقع شدن آن، مشاهده و جمع آوری شواهدی هماهنگ با افکار و باورهای مثبت نگر، وانمود به این که اوضاع بهتر شده و عمل کردن به گونه ای که انگار معجزه ای رخ داده است)، تکلیف خانگی: خواندن، نوشتن و سوزاندن
جلسه نهم	تغییر احساسات (تمرین شما در بهترین وضعیت و بیان احساسات، تمرین شروع رویدادهای خوشایند زندگی، تمرین کتاب زندگی، تمرین مثبت گرایی)، تکلیف خانگی: یادداشت های مثبت گراییانه
جلسه دهم	خلاصه ای مهارت های یاد گرفته شده، مشخص کردن مشکلات بالقوه و پایان دادن به جلسات، اجرای مجدد پرسشنامه های پژوهش

یافته ها

جدول ۲. آزمون شاپیرو-ویلکز شاخص های پژوهش

شاخص	کجی	خطای کجی	کشیدگی	خطای کشیدگی	آماره آزمون	سطح معناداری
تحمل پریشانی	۰/۰۹۳	۰/۴۲۷	-۱/۵۰۴	۰/۸۳۳	۰/۲۰۷	۰/۰۹۱
استرس ادراک شده	-۰/۰۹۲	۰/۴۲۷	-۱/۰۲۳	۰/۸۳۳	۰/۱۲۱	۰/۱۰۵

همانطور که از داده های جدول مشخص است، سطح معناداری آزمون شاپیرو-ویلکز برای تمامی شاخصهای پژوهش بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ است. در نتیجه دارای توزیع نرمال میباشند.

بررسی فرضیه اول: رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان خون موثر است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری جهت مقایسه متغیرهای تحمل پریشانی بین دو گروه

مولفه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی هیجانی	۳۳/۳۱۱	۱	۳۳/۳۱۱	۲۹/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	۱۰۳/۲۱۸	۱	۱۰۳/۲۱۸	۱۰۷/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
برآورد و ارزیابی ذهنی	۶۲/۶۰۵	۱	۶۲/۶۰۵	۲۸/۷۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی	۸۲/۷۲۰	۱	۸۲/۷۲۰	۷۶/۶۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲

همانطور که از نتایج جدول مشخص است، سطح معناداری آزمون برای مولفههای تحمل پریشانی هیجانی ($P < 0/05$)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی ($P < 0/05$)، برآورد و ارزیابی ذهنی ($P < 0/05$) و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی ($P < 0/05$) معنادار است. بنابراین فرض یکسان بودن نمرات این مولفها بین دو گروه کنترل و مداخله پذیرفته نمیشود. با توجه به مقادیر میانگین نمرات در جدول مشخص میشود که رفتار درمانی شناختی مثبت نگر باعث بهبود در این مولفها شده است.

فرضیه دوم: رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان خون موثر است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری جهت مقایسه استرس ادراک شده بین دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مقدار ثابت	۳۵/۳۳۶	۱	۳۵/۳۳۶	۱۶/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸
پیش آزمون	۲۱/۲۰۱	۱	۲۱/۲۰۱	۹/۸۴۷	۰/۰۰۴	۰/۲۶۷
مداخله	۱۱۸/۸۳۶	۱	۱۱۸/۸۳۶	۵۵/۱۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
خطا	۵۸/۱۳۲	۲۷	۲/۱۵۳			
کل	۴۰۳۱۷	۳۰				

همانطور که از نتایج جدول مشخص است، سطح معناداری آزمون برای مداخله ($P < 0/05$) معنادار است. بنابراین فرض یکسان بودن نمرات بین دو گروه کنترل و مداخله پذیرفته نمیشود. همچنین با توجه به مقادیر اندازه اثر مشخص میشود که ۶۷/۲ درصد از تفاوت نمرات، متاثر از مداخله رفتار درمانی شناختی مثبت نگر است. با توجه به مقادیر میانگین نمرات در جدول مشخص میشود که رفتار درمانی شناختی مثبت نگر باعث بهبود در نمرات استرس ادراک شده شده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج فرضیه اول نشان داد که رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان خون موثر است؛ این یافته با نتایج حمزه خراسانی و همکاران (۱۴۰۲)، فولادی و پور احسان (۱۴۰۱)، رایت و همکاران (۲۰۲۰)، چاخسی و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در تبیین یافته فوق می توان گفت بر اساس نظریه سیلگمن (۲۰۰۵) افرادی که رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر را دریافت کرده

آموزش اثربخشی مقابله ای، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم باعث کاهش استرس در فرد می شود. با استفاده از فنون مدیریت استرس و آرمیدگی می توان سطوح استرس در بیماران سرطانی را کاهش داد که به نوبه خود میتواند به حفظ سلامتی و ارتقاء عملکرد ایمنی و اجتماعی منجر شود. در واقع در رویکرد روان درمانی مثبت نگر، برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان روی مشکلات است، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد تاکید و توجه است و مجموعه ای از فوونی است که بر مبنای موثری چون صمیمیت، همدلی دقیق، اعتماد اولیه، اصالت و تفاهم تاکید دارد؛ استفاده می کند (فوا ۱۰۶، ۲۰۱۰). افراد دارای هیجانات مثبت، به احتمال بیشتری خوشبین، امیدوار، دارای نگرش مثبت و علاقمند هستند؛ درحالیکه افرادی با رضایت کم از خود، گذشته، آینده و زندگی شان، دیگران و نیز رویدادها، هیجان های منفی مانند اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می کنند (دانایی و همکاران، ۱۴۰۱). بر این اساس می توان گفت که این درمان با تأثیری که بر اصلاح افکار و هیجان منفی و تقویت هیجان مثبت دارد، موجب می شود که استرس ادراک شده افراد مبتلا به سرطان تعدیل یابد و به سمت ابعاد مثبت گرایش پیدا کند. با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر تحمل پریشانی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان خون، در سطح کاربردی پیشنهاد می شود رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر به درمانگران و مشاوران مراکز درمانی معرفی تا آن ها با بکارگیری این درمان و یا معرفی آن به این بیماران، جهت بهبود وضعیت شناختی آنان گامی عملی بردارند. از جمله محدودیت های پژوهش این می باشد که ممکن است به دلیل میزان و نوع داروی مصرفی که بیماران مصرف می کردند، در پاسخ به ابزارهای پژوهش سوء گیری هایی وجود داشته باشد بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم صورت گیرد.

منابع

- حمزه خراسانی، امیر؛ متینی نسب، محدثه؛ ترابی، اسماعیل (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر انعطاف پذیری شناختی، تحمل پریشانی و توانمندی های منش زنان مطلقه. خانواده پژوهی، سال نوزدهم، شماره ۷۳.

- دانایی کوشا، منا؛ طباطبایی، سمانه؛ شهابی زاده، فاطمه؛ آهی، قاسم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی مثبت نگر گروهی با درمان شناختی - رفتاری گروهی بر انعطاف پذیری شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان. دوماهنامه فیض، دوره ۲۶، شماره ۶.

- شیرخانزاده، ماریا؛ حاتمی، محمد؛ احدی، حسن؛ صرامی، غلامرضا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بی نظمی هیجان افراد مبتلا به پرخوری عصبی (مورد مطالعه: دانش آموزان متوسطه شهر

اند می تواند از افکار ناکارآمدی که موجب هیجانات منفی می شود، خود را برهاند و افکار و شناخت مثبت تر و کارآمدتری را نسبت به خود و جهان اطراف داشته باشند. تکنیک ها و پرسش هایی که در درمان شناختی رفتاری مثبت نگر استفاده می شود، می تواند به گسترش نظام فکری افراد کمک کند. استفاده از تصویرسازی ذهنی و استعاره ها، استفاده از سؤالات مبتنی بر شایستگی ها و نقاط قوت، هیجانات مثبت را افزایش می دهد و تأثیر قابل ملاحظه ای بر ایجاد و گسترش مفاهیم و اعمال افراد دارد (بانیک ۱۰۵، ۲۰۱۵). بدین گونه درمان شناختی رفتاری مثبت نگر با تأکید بر دو بعد شناختی و رفتاری نسبت به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توانسته در ایجاد تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان خون مؤثر عمل نماید. این درمان از طریق تکنیک های شناخت درمانی به اصلاح افکار و فرض های زیربنایی ناکارآمد در آن ها پرداخته شود و افکار مثبت جایگزین باورهای منفی و ناکارآمد شود (جمشیدزاده، ۲۰۱۶). رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر با تقویت مهارت مثبت اندیشی به افراد کمک می کند در کنترل و تغییر افکار منفی یا نادرست بهتر عمل کنند و هدف اصلی از این درمان این است که افراد حتی از بدترین شرایط، بهترین نتیجه را کسب کنند (صادقی و بیراوند، ۲۰۱۸). بنابر این به نظر می رسد که رفتار درمانی شناختی مثبت نگر به بیماران کمک می کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوار کننده سوق دهند. نقاط قوت و جنبه های مثبت مراجع را مشخص می سازد تا امکانات موجود او را در مورد مباحث مطرح شده، به کار گیرد و آگاهی مراجع را افزایش دهد و از توانمندی ها و امکانات خود به مرور زمان استفاده کند. نتایج فرضیه دوم نشان داد که رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان خون مؤثر است؛ این یافته با نتایج پژوهش های نوری سعید و همکاران (۱۴۰۰)، کیانی و همکاران (۱۳۹۹)، چاخسی و همکاران (۲۰۱۸) تاترو و مونتگومری (۲۰۱۶) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان اظهار کرد که مداخله رفتاری شناختی مثبت نگر، رویکردی نوظهور در مداخلات درمان روانشناسی است که درمان رفتاری شناختی سنتی را با درمان راه حل محور و روانشناسی مثبت نگر، به شکل مناسبی تلفیق کرده است (گودرزی و همکاران، ۱۴۰۲). مداخله های روان درمانی مثبت نگر، از طریق افزایش افکار و رفتارهای مثبت، به افراد در جبران برخی خطرات و کاهش پیامدهای منفی آن کمک می کند که این نه تنها از طریق کاهش هیجانات منفی، بلکه به صورت مستقیم نیز به افزایش رشد توانمندی های منش در افراد منجر میشد (عصارزادگان و رئیس، ۲۰۱۹). برنامه رفتاردرمانی شناختی با انواع تکنیک گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر فنون و همچنین با تلفیق رویکردهای شناختی رفتاری معمول مانند بازسازی شناختی،

105 -Bannink

106 -Foa

- کرمان). مجله مطالعات آموزشی و آموزشگاهی، دوره ۱۱، شماره ۲.
- فاریابی، منوچهر؛ رفیعی پور، امین؛ حاجی علیزاده، کبری (۱۴۰۱). تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتال به سرطان خون. مجله مطالعات ناتوانی، شماره ۱۲.
- فولادی، فاطمه؛ پوراحسان، سمیه (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش گروهی مثبت نگر بر تحمل پریشانی و راهبردهای مقابله ای در دختران نوجوان بی سرپرست. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، سال هشتم، شماره ۲.
- کیانی، سیاوش؛ صباحی، پرویز؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ رفیعی نیا، پروین (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر آشفتگی های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن. نشریه علمی روانشناسی سلامت، سال ۹، شماره ۴.
- گودرزی، رقیه؛ شیبانی، حسین؛ بیگی، علی (۱۴۰۲). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر بر اضطراب و کیفیت زندگی دانش آموزان با علایم اضطراب. هفتمین همایش بین المللی روان شناسی مدرسه، تهران.
- نوری سعید، اعظم؛ قربان شیروودی، شهره؛ سالاری، ارسلان (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر استرس ادراک شده و مهارت های مقابله ای در بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد. دوفصلنامه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت، دوره ۱۹، شماره ۲.

- Addison S, Shirima D, Aboagye-Mensah EB, Dunovan SG, Pascal EY, Lustberg MB, Nolan, TS. Effects of tandem cognitive behavioral therapy and healthy lifestyle interventions on health-related outcomes in cancer survivors: A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*. 2022; 16(5): 1023-1046.
- Ahmadzadeh L, Vaezi M, Sodagar S, Golmohammad Nazhad GR. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Adopted for Couples Compared with Integrative Couple Therapy on Marital Conflicts of Couples with Breast Cancer. *IJBD* 2020; 12(3): 47-59. [in Persian].
- Areia, N. P., Fonseca, G., Major, S., & Relvas, A. P. (2019). Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative & supportive care*, 17(3), 286-293.
- Bannink FP. Positive CBT: From reducing distress to building success. *J Contemp Psychother* 2015; 44(1): 1-8
- Chakhssi, F., Kraiss, J.T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E.T. (2018). The Effect of Positive Psychology Interventions on WellBeing and Distress in Clinical Samples with Psychiatric or Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC psychiatry*, 18(1), 211- 218.
- Chen, C. M., Du, B. F., Ho, C. L., Ou, W. J., Chang, Y. C., & Chen, W. C. (2018). Perceived stress, parent-adolescent/young adult communication, and family resilience among adolescents/ young adults who have a parent with cancer in Taiwan: a longitudinal study. *Cancer Nursing*, 41(2): 100-108.
- Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010 Jun;12(2):199.
- Ganjian M, Heydari Z, Rastgoo S. Predicting biological indicators of regulatory stress and rumination in patients with gastrointestinal cancer. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2022; 65(2): 231-246 (Persian).
- Jamshidzahi ShahBakhsh AR, Asghari ebrahim abad MJ, Mashhadi A, Daneshsani H. The effectiveness of Cognitive -Behavioral Therapy (CBT) in reducing worry, anxiety and panic

- attacks mitral valve prolapse patients. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci. 2016;24(4):340 –51. [Persian]
- Kuchenbaecker, K. B., Ramus, S. J., Tyrer, J., Lee, A., Shen, H. C., Beesley, J., ... & Spindler, T. J. (2015). Identification of six new susceptibility loci for invasive epithelial ovarian cancer. *Nature genetics*, 47(2), 164.
- Lee, A., Lee, K. S., & Park, H. (2019). Association of the use of a heated tobacco product with perceived stress, physical activity, and internet use in Korean adolescents: A 2018 national survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6): 965.
- Najarpour ostadi, S., akbari, B., Khalatbari, J., Babapour, J. (2020). The Comparison of the Effectiveness of Quality-of-Life Therapy Techniques Training and Dialectical Behavioral Therapy on Distress Tolerance among Female Undergraduate Students with Smartphones Addiction. *Journal of Psychological Achievements*, 27(2), 25- 48. (In Persian)
- Penedo FJ, Benedict C, Zhou ES, Rasheed M, Traeger L, Kava BR, et al. Association of stress management skills and perceived stress with physical and emotional well-being among advanced prostate cancer survivors following androgen deprivation treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2013; 20 (1): 25 – 32.
- Robinson, M., Ross, J., Fletcher, S., Burns, C. R., Lagdon, S., & Armour, C. (2019). The Mediating Role of Distress Tolerance in The Relationship Between Childhood Maltreatment and Mental Health Outcomes Among University Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 36 (15), 7249-7273.
- Seligman ME, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical interventions. *American psychologist*. 2005: 60:12-24.
- Schneider, E. E., Schönfelder, S., Domke-Wolf, M., & Wessa, M. (2020). Measuring stress in clinical and nonclinical subjects using a German adaptation of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2): 173-181.
- Song H, Saito E, Sawada N, Abe SK, Hidaka A, Shimazu T, et al. Perceived stress level and risk of cancer incidence in a Japanese population: the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. *Scientific Reports*. 2018; 7 (1): 12964.
- Tatrow K, Montgomery GH. Cognitivebehavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*. 2006; 29(1): 17- 27.
- Yarmohammadi vassel m, jokar f, farhadi m, zoghi paydar m. Structural model of relationships between integrative self-knowledge, perception of suffering and quality of life among cancer patients (stages 3 & 4). *rph*. 2020;14(2):1-19. [Persian].

ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار

دکتر ربابه عطائی فر

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Mindfulness, Emotional Regulation and Cognitive Flexibility in Patients with Irritable Bowel Syndrome And normal

Robabeh Ataeifar

Assistant Professor, Department of psychology, Karaj Branch , Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

The purpose of this study was to Comparison of Mindfulness, Emotional Regulation and Cognitive Flexibility Between Patients with Irritable Bowel Syndrome And normal. The research method was causal-comparative (post-event). The statistical population of the study consisted of all patients with irritable bowel syndrome referring to gastroenterology clinics of hospitals and gastroenterology clinics in Tehran during the first and second consecutive years of 2019. The sample included 300 subjects from two groups of people, in the age range of 23 to 50 years, , including 150 patients with irritable bowel syndrome and 150 normal individuals who were selected by purposive sampling and the criteria for entering and leaving the study, and Baer et al five factors of the mind-consciousness, Gross and John's emotional regulation and Denis & Wendover's Cognitive Flexibility completed. Data were analyzed using multivariate analysis of variance. The results showed that there was a significant difference between the mean mindfulness, emotional regulation, and cognitive flexibility in the two groups of patients with irritable bowel syndrome and normal individuals ($p<0.01$). Also, there was a significant difference between the mean dimensions of observation, description and lack of reaction of mindfulness; the dimensions of emotional restraint; and the re-evaluation of emotional regulation; and the dimensions of perceived control, perception of behavior, and perception of different options in the two groups of patients with irritable bowel syndrome and normal individuals ($p<0.01$). Accordingly, it can be concluded that patients with irritable bowel syndrome have lower levels of mindfulness, emotional regulation, and cognitive flexibility than normal individuals.

Key Words: *Mindfulness, emotional regulation, Flexibility Between, Irritable bowel syndrome*

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و انعطاف پذیری شناختی در بین بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار است. روش پژوهش حاضر علی-مقایسه ای (پس رویدادی) بود. نمونه آماری شامل جمعا ۳۰۰ نفر از دو گروه افراد می باشد که در دامنه سنی ۲۳ تا ۵۰ سال شامل ۱۵۰ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و ۱۵۰ فرد بهنجار بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه های ذهن آگاهی بائر و همکاران، تنظیم هیجانی گروس و جان و انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) به عنوان ابزار سنجش مورد استفاده قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد بین میانگین ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین بین میانگین ابعاد مشاهده، توصیف و عدم واکنش ذهن آگاهی، ابعاد بازداری هیجان و ارزیابی مجدد هیجان تنظیم هیجانی و ابعاد ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه های مختلف دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$). بر این اساس می توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد بهنجار دارای سطوح پایین تری از ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و انعطاف پذیری شناختی هستند.

کلید واژه ها: انعطاف پذیری شناختی، تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی، سندروم روده تحریک پذیر

مقدمه

اختلالات گوارشی کارکردی گروهی از بیماری های پزشکی است که با علت نامشخص، ملاکهای تشخیصی سؤال برانگیز، دوره های طولانی مدت و غیر قابل پیشبینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص میشوند (چانگ، ۲۰۰۰؛ نقل از صولتی، ۱۳۸۷). سندروم روده ی تحریک پذیر، اختلالی شایع در عملکرد گوارشی با علائم ناتوان کننده شدید دستگاه گوارش فوقانی، تحتانی و علائم خارج روده ای است (وو و همکاران، ۲۰۲۲). در بین ۲۵ اختلال گوارش کارکردی، نشانگان روده ی تحریک پذیر شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین نوع آنهاست (لاکتر و همکاران، ۲۰۰۷) و شیوع کلی آن حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد در جمعیت کلی می باشد (مک گاون و هارر، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش های آماری در ایران، میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر از ۳/۵ تا ۵/۸ اعلام شده است (حسینی و کیانی، ۱۳۹۸). از طرفی میزان شیوع سندرم روده تحریک پذیر در زنان بالاتر از مردان است و زنان ۸۰ درصد از جمعیت مبتلایان سندرم روده تحریک پذیر شدید را تشکیل می دهند (الهری و جهان، ۲۰۲۲). در این بیماری گرچه از نظر ارگانیک علل خاصی وجود ندارد، اما دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست یا نفخ موجود، کیفیت زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد (سیبیلی، چالدر، اوریت و همکاران، ۲۰۱۸) به گونه ای که غیبت از کار و کاهش کیفیت روابط اجتماعی از عوارض مهم آن به شمار می روند (صفائی، خشکرودمنصوری، پورحسینقلی و همکاران، ۱۳۹۲).

سندرم روده تحریک پذیر، در دوره کودکی با درد مزمن شکمی و تغییر عادت های روده بزرگ از جمله فراوانی مدفوع و یبوست شناخته می شود (دوانارایانا و رجیندراجیت، ۲۰۱۸). این بیماری در اکثر افراد پیش از ۴۵ سالگی بروز می کند و ماهیتی مزمن دارد (ایری، شیخ اسمعیلی، فتاحی و همکاران، ۱۳۹۶). امروزه درک آسیب شناسی و درمان نشانگان روده تحریک پذیر به یک نشانگان پیچیده روانی-اجتماعی-زیست شناسی تبدیل شده است (دانلوپ، جنکینز و اسپیلر، ۲۰۰۳). این مدل در کنار زیست شناسی فرد (آمادگی ژنتیکی و فیزیولوژیکی دستگاه گوارش)، عوامل روان شناختی و به ویژه فرایندهای شناختی و تعامل بین آن ها را نیز در بر میگیرد (لاکتر، ۲۰۰۵). سبب شناسی این اختلال پیچیده و نامشخص است، با این وجود ممکن است از تداخل تعدادی فاکتور مثل حرکات غیر عادی معده-روده ای، حساسیت زیاد از حد احشاء و فاکتور های روانشناختی ناشی گردد. نفوذ تئیدگی زاهای روانی اجتماعی و فاکتورهای عاطفی در ایجاد و تداوم علائم اختلال و پیش آگهی آن مطرح می باشد (کامانو، یوشیوچی، یاماناکا و ساساکی، ۲۰۰۴). از جمله می توان به شیوع ۵۴ درصدی اضطراب، افسردگی و نابهنجاری شخصی در این بیماران (توسیک-گلابویچ و همکاران، ۲۰۱۰) اشاره کرد. بنابراین شناسایی عوامل روانشناختی مرتبط با سندروم روده تحریک پذیر می تواند گامی موثر در راستای کاهش علائم این بیماری باشد. در این بین نقش ذهن آگاهی به عنوان یک سازه شناختی و پویا شناخته می شود که از طریق توجه آگاهانه و انعطاف پذیر منجر به تعدیل پاسخ دهی افراد به موقعیت های فشارزا و هیجانی می شود (بادله شمشوکی و همکاران، ۱۳۹۹). ذهن آگاهی به معنای توجه به شیوه ای خاص، در زمان حال، بدون دآوری و معطوف به هدف معرفی شده است (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۲۲). ذهن آگاهی به افراد کمک می کند تا درک کنند که علیرغم وقوع هیجانات منفی در زندگی، آنها جزء ثابتی از روند شخصیت و زندگی انسان نیستند بنابراین به جای واکنش های غیر ارادی به این رویدادها، پاسخهای همراه با تأمل و تفکر داده شود (کنگ، اسموکی و رابینز، ۲۰۱۱).

از طرفی شواهد پژوهشی نشان می دهند که تنظیم هیجان به شکل ناسازگارانه نظیر خشم و اضطراب در بروز مشکلات جسمانی مانند

بیماری های قلبی - عروقی، معده و روده ای نقش دارند (بگلی، ۲۰۱۴؛ بری و پنیچر، ۲۰۱۳). تنظیم هیجان، فرایندی است که افراد از طریق آن بر هیجانات خود هنگام احساس آنها و نحوه تجربه و نیز نوع ابراز آنها تاثیر می گذارند (مک رای و گراس، ۲۰۲۰). به عبارتی تنظیم هیجان شامل فرایندهایی است از طریق آنها تعیین می شود چه هیجانی، در چه زمانی و چگونه ابراز شود (شایگزری، بزنی و بازینسکا، ۲۰۱۲). اختلال در تنظیم هیجان با شدت علائم گوارشی و اختلالات روانشناختی بیماران سندروم روده تحریک پذیر (نورث و همکاران، ۲۰۰۷) و ارزیابی بیماران از بیماری و روند بیماری خود (هایگر و اوریل، ۲۰۰۵) ارتباط نشان داده است. همچنین شواهد پژوهشی نشان داده اند اختلال در سلامت روان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر منجر به کاهش انعطاف پذیری شناختی در آنها می شود (کویکلی و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف پذیری شناختی به توانایی انطباق کارآمد و توانایی تغییر افکار و اعمال در پاسخ به خواسته های ناشی از موقعیت ها تعریف می شود (دریای و همکاران، ۲۰۱۸) که منجر به سازگاری و آمادگی بیماران با استرس های زندگی می شود (پارک و مقدم، ۲۰۱۷).

از آنجایی که شناخت بیشتر و دقیقتر از متغیرهای روانشناختی در بیماران سندروم روده تحریک پذیر به کشف و کاربرد راهبردهای درمانی و مداخله ای به منظور کاهش درد و رنج جسمانی - روانشناختی و بهبود سبک زندگی این بیماران کمک شایانی می کند بنابراین اهمیت و ضرورت این پژوهش مشخص می گردد و نتایج آن می تواند برای جامعه پزشکان و روانشناسان مفید واقع گردد.

این پژوهش با هدف مقایسه ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار صورت گرفته است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف پژوهشی علی - مقایسه‌ای (پس رویدادی) و از نظر ماهیت پژوهشی کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر ۲۳ تا ۵۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک های گوارش بیمارستان ها و مطب های متخصصین گوارش شهر تهران در دوماه آبان و آذر ۱۳۹۷ و افراد بهنجار ۲۳ تا ۵۰ ساله می باشد. نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۵۰ بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و ۱۵۰ نفر از افراد بهنجار می باشد که با توجه به پیشینه پژوهشهای مرتبط با این حیطه و ملاک ورود به پژوهش و خروج از آن انتخاب شدند. گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر به شیوه نمونه گیری در دسترس و گروه افراد بهنجار به شیوه نمونه گیری هدفمند و متناسب با شرایط گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر (محدوده سنی و تحصیلات) انتخاب شدند و پرسشنامه‌های

پژوهش را تکمیل کردند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات عبارتند از:

پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی:

این مقیاس توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه هایی از پرسشنامه ذهن آگاهی فریبرگ والش و همکاران (۲۰۰۶)، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه (براون و ریان، ۲۰۰۳)، و مقیاس ذهن آگاهی کنجوک (بائر و اسمیت، ۲۰۰۴)، با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است که شامل ۳۹ گویه و ۵ مولفه مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت به تجربه درونی و عدم واکنش به تجربه درونی در قالب طیف لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) است (براون، ریان و کراسول، ۲۰۰۷). بر اساس نتایج تحلیل عاملی همسانی درونی عاملهای این پرسشنامه مناسب بود و ضریب آلفا در گستره ای بین ۰/۷۵ (در عامل عدم واکنش به تجربه درونی) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عاملها متوسط و در همه موارد معنیدار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نوسر، ۲۰۱۰؛ نقل از احمدوند، ۱۳۹۱). همچنین در مطالعه ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون - باز آزمون این پرسشنامه در نمونه ایرانی بین ۰/۵۷ (مربوط به عامل عدم قضاوت به تجربه درونی) و ۰/۸۴ (عامل مشاهده) قرار داشت. هم چنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی بین ۰/۵۵ (مربوط به عامل عدم واکنش به تجربه درونی) و ۰/۸۳ (مربوط به عامل توصیف) بدست آمد (احمدوند، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در سطح نمره کل ذهن آگاهی ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجانی گروس و جان (۲۰۰۳):

این پرسشنامه توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ده گویه بوده و دو خرده مقیاس بازداری هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی را می سنجد. آزمودنی به هر گویه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ می دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. در پژوهش گروس و جان (۲۰۰۳) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس بازداری هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ می باشد. نسخه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسمپور، ایللیگی و حسزاده (۱۳۹۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی

خواسته شد که با صداقت به سوالات پاسخ دهند. اجرا به صورت انفرادی بود و جهت پاسخگویی به سوالات محدودیت زمانی وجود نداشت. پرسشنامه ها طی ماههای بهمن و اسفند ۱۳۹۷ بین شرکت کنندگان توزیع و دادهها جمع آوری شد. برای تحلیل دادههای بدست آمده در این پژوهش از روشهای آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و در سطح آمار استنباطی برای آزمون فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) به کمک نرم افزار spss_{۲۲} استفاده شد.

یافته ها

یافته های توصیفی

آزمودنیهای این پژوهش شامل ۳۰۰ نفر (۱۵۰ نفر بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و ۱۵۰ نفر افراد بهنجار) بودند. دامنه سنی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد عادی ۲۳ تا ۵۰ سال و میانگین سنی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر $37/15 \pm 7/80$ سال و افراد عادی $36/79 \pm 7/63$ سال بود که نشاندهنده همگنی دو گروه از لحاظ وضعیت سنی است. در ادامه به بررسی جنسیت دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار می پردازیم که نتایج مربوط به آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه به تفکیک جنسیت

شاخص آماری	بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر		افراد بهنجار	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت				
زن	۱۱۸	۷۸/۷	۱۱۸	۷۸/۷
مرد	۳۲	۲۱/۳	۳۲	۲۱/۳
کل	۳۰۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰
میزان تحصیلات				
کارشناسی	۱۰۷	۷۱/۳	۱۱۳	۷۵/۳
کارشناسی ارشد	۳۹	۲۶	۳۴	۲۲/۷
دکتری	۴	۲/۷	۳	۲
کل	۳۰۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

با توجه به جدول ۱ دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار از لحاظ جنسیت و میزان تحصیلات با یکدیگر همگن هستند.

بین دو خرده مقیاس (۰/۱۳) و روایی ملاک مطلوب گزارش شده است. سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداري هیجانی ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در سطح نمره کل تنظیم هیجانی ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰):

این پرسشنامه که توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است، یک ابزار خود گزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود. شیوه نمره گذاری آن براساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت های سخت به عنوان موقعیت های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت های سخت. این پرسشنامه در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی رفتاری بیماری های روانی به کار می رود. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه ی افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. همچنین، این پژوهشگران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نموده اند. همچنین پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی از روایی عاملی همگرا، و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است. در نسخه ی فارسی، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار است (شاره و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در سطح نمره کل انعطاف پذیری شناختی ۰/۹۲ به دست آمد.

روش جمع آوری اطلاعات

برای گردآوری اطلاعات پژوهش حاضر از فیش برداری اسناد علمی شامل مقالات علمی- پژوهشی و کتابهای مرتبط با موضوع پژوهش و جهت جمع آوری دادههای مورد تحلیل از پرسشنامه استفاده شده است. در مرحله بعد با مراجعه حضوری به این مراکز بعد از ارائه توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش و جلب مشارکت آزمودنی ها و اطمینان بخشی به آزمودنیها مبنی بر بی نام بودن پرسشنامه ها و محرمانه ماندن اطلاعات، و جلب رضایت آگاهانه، پرسشنامهها در اختیار آنها قرار گرفت. از آزمودنیها قبلا

جدول ۲. شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
نمره کل ذهن آگاهی	بیماران	۱۵۰	۱۰۵/۵۶۰	۱۸/۴۸۲
	افراد عادی	۱۵۰	۱۲۷/۳۶۷	۱۲/۱۷۵
مشاهده	بیماران	۱۵۰	۲۰/۴۰۷	۷/۱۲۰
	افراد عادی	۱۵۰	۳۱/۲۴۰	۴/۲۱۷
توصیف	بیماران	۱۵۰	۱۸/۶۶۰	۴/۵۱۸
	افراد عادی	۱۵۰	۲۴/۰۸۰	۳/۵۴۷
عمل همراه با آگاهی	بیماران	۱۵۰	۲۵/۵۱۰	۵/۷۲۲
	افراد عادی	۱۵۰	۲۵/۹۶۷	۵/۶۷۳
عدم قضاوت	بیماران	۱۵۰	۲۲/۹۲۷	۴/۳۵۶
	افراد عادی	۱۵۰	۲۲/۵۰۷	۴/۲۳۴
عدم واکنش	بیماران	۱۵۰	۱۸/۰۲۰	۵/۰۱۳
	افراد عادی	۱۵۰	۲۳/۶۴۷	۳/۲۹۱
نمره کل تنظیم هیجان	بیماران	۱۵۰	۳۵/۲۰۷	۹/۳۶۰
	افراد عادی	۱۵۰	۴۳/۶۰۷	۹/۰۱۴
بازداری هیجان	بیماران	۱۵۰	۱۴/۱۵۳	۴/۳۳۸
	افراد عادی	۱۵۰	۱۶/۶۰۰	۴/۶۶۲
ارزیابی مجدد هیجان	بیماران	۱۵۰	۲۱/۰۵۳	۸/۳۰۸
	افراد عادی	۱۵۰	۲۷/۰۰۷	۶/۷۴۴
نمره کل انعطاف پذیری شناختی	بیماران	۱۵۰	۷۳/۱۰۰	۲۲/۰۹۸
	افراد عادی	۱۵۰	۹۶/۱۷۳	۱۶/۵۲۳
ادراک کنترل پذیری	بیماران	۱۵۰	۳۰/۶۲۷	۹/۳۰۱
	افراد عادی	۱۵۰	۳۵/۰۶۰	۸/۴۲۷
ادراک توجیه رفتار	بیماران	۱۵۰	۶/۲۲۷	۲/۵۰۴
	افراد عادی	۱۵۰	۹/۵۹۳	۲/۵۶۰
ادراک گزینه های مختلف	بیماران	۱۵۰	۳۶/۲۴۷	۱۲/۴۹۳
	افراد عادی	۱۵۰	۵۱/۵۲۰	۸/۵۶۶

یافته های استنباطی

بررسی مفروضه های آماری

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروهها از آزمون کلوموگروف اسمیرونف استفاده شد. جدول ۳. آزمون کلوموگروف اسمیرونف تک نمونه ای

متغیر	گروه	Zآماره	سطح معنی داری
ذهن آگاهی	بیماران	۰/۰۶۹	۰/۱۹۶
	افراد بهنجار	۰/۰۸۲	۰/۱۸۴
مشاهده	بیماران	۰/۱۶۵	۰/۱۰۵
	افراد بهنجار	۰/۱۲۶	۰/۱۲۹
توصیف	بیماران	۰/۲۰۶	۰/۰۶۱
	افراد بهنجار	۰/۲۱۲	۰/۰۵۸
عمل همراه با آگاهی	بیماران	۰/۰۸۹	۰/۱۷۸
	افراد بهنجار	۰/۰۶۲	۰/۲۰۰
عدم قضاوت	بیماران	۰/۱۷۳	۰/۰۹۲
	افراد بهنجار	۰/۱۷۶	۰/۰۸۱
عدم واکنش	بیماران	۰/۲۱۶	۰/۰۵۲
	افراد بهنجار	۰/۱۶۹	۰/۰۹۸
تنظیم هیجانی	بیماران	۰/۱۰۶	۰/۱۶۲
	افراد بهنجار	۰/۰۶۹	۰/۱۹۶
بازداری هیجان	بیماران	۰/۲۰۱	۰/۰۶۴
	افراد بهنجار	۰/۲۱۴	۰/۰۵۳
ارزیابی مجدد هیجان	بیماران	۰/۱۲۵	۰/۱۳۱
	افراد بهنجار	۰/۱۲۴	۰/۱۳۲
انعطاف پذیری شناختی	بیماران	۰/۰۹۱	۰/۱۷۱
	افراد بهنجار	۰/۰۶۲	۰/۲۰۰
ادراک کنترل پذیری	بیماران	۰/۰۷۱	۰/۱۹۲
	افراد بهنجار	۰/۱۲۲	۰/۱۳۵
ادراک توجیه رفتار	بیماران	۰/۰۹۷	۰/۱۶۴
	افراد بهنجار	۰/۲۱۳	۰/۰۵۶
ادراک گزینه های مختلف	بیماران	۰/۱۶۶	۰/۱۰۳
	افراد بهنجار	۰/۲۱۷	۰/۰۵۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده میشود، آماره کالموگروف - اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نمیباشد. با توجه به این نتایج غیر معنی‌دار میتوان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. بنابراین، برای بررسی فرضیههای پژوهش می توان از آزمونهای پارامتریک مانند تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده کرد. به این منظور مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیری بررسی میگردد. جدول ۴. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانسها

متغیر	f لوین	d.f1	d.f2	سطح معنی داری
ذهن آگاهی	۳۵/۳۵۱	۱	۲۹۸	۰/۰۰۱
مشاهده	۳۸/۶۲۹	۱	۲۹۸	۰/۰۰۱
توصیف	۱۱/۰۶۰	۱	۲۹۸	۰/۰۰۱
عمل همراه با آگاهی	۰/۱۱۷	۱	۲۹۸	۰/۷۳۳
عدم قضاوت	۳/۲۴۹	۱	۲۹۸	۰/۰۷۲
عدم واکنش	۳۹/۱۵۷	۱	۲۹۸	۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی	۰/۰۴۴	۱	۲۹۸	۰/۸۳۴
بازداری هیجان	۲/۶۷۴	۱	۲۹۸	۰/۱۰۳
ارزیابی مجدد هیجان	۷/۷۸۱	۱	۲۹۸	۰/۰۰۶
انعطاف پذیری شناختی	۶/۴۳۷	۱	۲۹۸	۰/۰۱۰
ادراک کنترل پذیری	۰/۰۳۴	۱	۲۹۸	۰/۸۵۳
ادراک توجیه رفتار	۱/۰۸۰	۱	۲۹۸	۰/۳۰۰
ادراک گزینه های مختلف	۲۰/۹۲۷	۱	۲۹۸	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ مقادیر آزمون لوین برای ابعاد عمل همراه با آگاهی و عدم قضاوت ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و بعد بازداری هیجان، همچنین، ابعاد ادراک کنترل پذیری و ادراک توجیه رفتار انعطاف پذیری شناختی معنادار نیست درحالی که این مقادیر برای متغیرهای ذهن آگاهی و ابعاد مشاهده، توصیف، و عدم واکنش، همینطور، انعطاف پذیری شناختی و بعد ادراک گزینه های مختلف معنی دار است.

براساس این یافته می توان گفت که واریانس این مولفه ها در گروه ها همگن نمیباشد. اما مایلز و بانیارد (۲۰۰۷)، پیشنهاد می کنند در صورتی که تعداد نمونه ها در گروه ها برابر باشند، واریانس متغیر وابسته در این گروه ها برابر در نظر گرفته می شود. در پژوهش حاضر نیز تعداد افراد هر دو گروه برابر می باشد و هر گروه دارای ۱۵۰ نفر عضو است. بنابراین با توجه به نظر مایلز و بانیارد (۲۰۰۷)، واریانس متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی و ابعاد آنها در گروهها همگن است. سپس به منظور بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرها در دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد عادی از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانسها

متغیرها	آماره ام باکس	F	سطح معنی داری
کوواریانس ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی	۳/۶۰۵	۱/۴۹۶	۰/۱۸۶
کوواریانس ابعاد ذهن آگاهی	۴/۹۷۴	۲/۴۰۸	۰/۱۰۶
کوواریانس ابعاد تنظیم هیجان	۵/۷۶۷	۲/۸۹۴	۰/۰۹۱
کوواریانس ابعاد انعطاف پذیری شناختی	۲/۰۳۳	۱/۲۸۱	۰/۲۰۱

باتوجه به جدول ۵ آماره F آزمون ام باکس برای متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی ($F=186.1, p<0.001$)، ابعاد ذهن آگاهی ($F=2.408, p<0.001$)، ابعاد تنظیم هیجان ($F=2.894, p<0.001$) و ابعاد انعطاف پذیری شناختی ($F=1.281, p<0.001$) معنی دار نمیباشد. بنابراین میتوان نتیجه گرفت که ماتریس کواریانس متغیرها و ابعاد آنها در دو گروه برابر است. در جدول ۶ نتایج آزمون مجذور خی بارتلت برای بررسی معنی داری رابطه بین ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی، همچنین، رابطه بین ابعاد ذهن آگاهی، ابعاد تنظیم هیجان و ابعاد انعطاف پذیری شناختی گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون مجذور خی بارتلت برای بررسی معنی داری رابطه بین متغیرها

متغیرها	مجذور خی بارتلت	درجه آزادی	سطح معنی داری
رابطه ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی	۳۴۶/۷۵۹	۵	۰/۰۰۱
رابطه ابعاد ذهن آگاهی	۳۸۶/۷۴۷	۱۴	۰/۰۰۱
رابطه ابعاد تنظیم هیجان	۷۹/۷۴۳	۲	۰/۰۰۱
رابطه ابعاد انعطاف پذیری شناختی	۸۴۰/۴۲۸	۵	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۶ آماره مجذور خی بارتلت برای رابطه ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی ($۸۴۰/۴۲۸$)، رابطه ابعاد ذهن آگاهی ($۳۸۶/۷۴۷$)، رابطه ابعاد تنظیم هیجان ($۷۹/۷۴۳$)، و رابطه ابعاد انعطاف پذیری شناختی ($۳۴۶/۷۵۹$) در سطح $۰/۰۰۱$ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد بین ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی، همچنین، ابعاد ذهن آگاهی (مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت، و عدم واکنش)، ابعاد تنظیم هیجان (بازداری هیجان و ارزیابی مجدد هیجان) و ابعاد انعطاف پذیری شناختی (ادراک کنترل پذیری، ادراک توجه رفتار، و ادراک گزینه های مختلف) رابطه معنی دار وجود دارد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها و برقراری مفروضه ها، برای تحلیل فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده میگردد.

جدول ۷. آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری

متغیر	نام آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور ایتا
اثر پیلایی		۰/۳۶۴					
لامبدای ویلکز		۰/۶۳۶	۵۶/۵۳۴	۳	۲۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴
اثر هوتلینگ		۰/۵۷۳					
بزرگترین ریشه روی		۰/۵۷۳					

با توجه به جدول ۷ آماره F تحلیل واریانس چند متغیری بررسی تفاوت دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد عادی در متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در سطح $۰/۰۰۱$ معنی دار است ($Wilks' \Lambda = 0.636, p<0.001$). بنابراین میتوان گفت که بین دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد عادی حداقل در یکی از متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی تفاوت معنی دار وجود دارد. در ادامه به بررسی اثرات بین آزمودنیهای متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد عادی پرداخته میشود.

جدول ۸. تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی و ابعاد متغیرها

متغیرها	مجموعه مجذورات	درجه مجذورات	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معناداری	مجذورات ایتا
ذهن آگاهی	۳۵۶۶۴/۸۰۳	۱	۳۵۶۶۴/۸۰۳	۱۴۵/۶۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
مشاهده	۸۸۰۲/۰۸۳	۱	۸۸۰۲/۰۸۳	۲۵۷/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
توصیف	۲۲۰۳/۲۳۰	۱	۲۲۰۳/۲۳۰	۱۳۳/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
عمل همراه با آگاهی	۱۵/۸۷۰	۱	۱۵/۸۷۰	۰/۴۹۱	۰/۴۸۴	۰/۰۰۲
عدم قضاوت	۱۳/۲۳۰	۱	۱۳/۲۳۰	۰/۷۱۲	۰/۳۳۹	۰/۰۰۲
عدم واکنش	۲۳۷۴/۴۵۳	۱	۲۳۷۴/۴۵۳	۱۳۲/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷
تنظیم هیجان	۵۲۹۲	۱	۵۲۹۲	۶۲/۶۷۹	۰/۰۰۱	۰/۱۷۴
بازداری هیجان	۴۴۸/۹۶۳	۱	۴۴۸/۹۶۳	۲۲/۱۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۶۹
ارزیابی مجدد هیجان	۲۶۵۸/۱۶۳	۱	۲۶۵۸/۱۶۳	۴۶/۴۲۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۵
انعطاف پذیری شناختی	۳۹۹۲۸/۴۰۳	۱	۳۹۹۲۸/۴۰۳	۱۰۴/۸۸۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۰
ادراک کنترل پذیری	۱۴۷۴/۰۸۳	۱	۱۴۷۴/۰۸۳	۱۸/۷۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۹
ادراک توجیه رفتار	۸۵۰/۰۸۳	۱	۸۵۰/۰۸۳	۱۳۲/۵۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۸
ادراک گزینه های مختلف	۱۷۴۹۵/۶۰۳	۱	۱۷۴۹۵/۶۰۳	۱۵۲/۴۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹

همانطور که در جدول ۸ مشاهده میشود، نتایج آزمون اثر بین آزمودنیها نشان میدهد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار از لحاظ متغیرهای ذهن آگاهی ($F=145, df=1, P<0/001$)، تنظیم هیجان ($F=627, df=1, P<0/001$)، و انعطاف پذیری شناختی ($F=102, df=1, P<0/001$) تفاوت معنی دار وجود دارد. ضریب ایتا نشان می دهد که ۳۲/۸ درصد از تغییرات ذهن آگاهی، ۱۷/۴ درصد از تغییرات تنظیم هیجان، و ۲۶ درصد از تغییرات انعطاف پذیری شناختی ناشی از تغییرات دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار است.

همچنین بین دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار از لحاظ ابعاد مشاهده ($F=257, df=1, P<0/001$)، توصیف ($F=133, df=1, P<0/001$)، و عدم واکنش ($F=132, df=1, P<0/001$) تفاوت معنی دار وجود دارد. ضریب ایتا نشان می دهد که ۴۶/۳ درصد از تغییرات بعد مشاهده، ۳۰/۹ درصد از تغییرات بعد توصیف، و ۳۰/۷ درصد از تغییرات بعد عدم واکنش ناشی از تغییرات دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار است. در حالی که نتایج آزمون اثر بین آزمودنیها نشان میدهد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار از لحاظ ابعاد عمل همراه با آگاهی ($F=0, df=1, P>0/05$)، و عدم قضاوت ($F=0, df=1, P>0/05$) تفاوت معنی دار وجود ندارد.

همچنین بین دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار از لحاظ ابعاد بازداری هیجان ($F=22, df=1, P<0/001$)، و ارزیابی مجدد هیجان ($F=46, df=1, P<0/001$) تفاوت معنی دار وجود دارد. ضریب ایتا نشان می دهد که ۶/۹ درصد از تغییرات بعد بازداری هیجان، و ۱۳/۵ درصد از تغییرات بعد ارزیابی مجدد هیجان، ناشی از تغییرات دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار است.

نتایج آزمون اثر بین آزمودنیها نشان میدهد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار از لحاظ ابعاد ادراک کنترل پذیری ($F=18, df=1, P<0/001$)، ادراک توجیه رفتار ($F=132, df=1, P<0/001$)، و ادراک گزینه های مختلف ($F=152, df=1, P<0/001$) تفاوت معنی دار وجود دارد. ضریب ایتا نشان می دهد که ۵/۹ درصد از تغییرات بعد ادراک کنترل پذیری، ۳۰/۸ درصد از تغییرات بعد ادراک توجیه رفتار، و ۳۳/۹ درصد از تغییرات بعد ادراک گزینه های مختلف از تغییرات دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار است.

جدول ۹. مقایسه میانگین گروه‌ها در متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری

متغیر	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
ذهن آگاهی	بیماران	۱۰۵/۵۶۰	-۲۱/۸۰۷	۱/۸۰۷	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۱۲۷/۳۶۷			
مشاهده	بیماران	۲۰/۴۰۷	-۱۰/۸۳۳	۰/۶۷۶	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۳۱/۲۴۰			
توصیف	بیماران	۱۸/۶۶۰	-۵/۴۲۰	۰/۴۶۹	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۲۴/۰۸۰			
عمل همراه با آگاهی	بیماران	۲۵/۵۰۷	-۰/۴۶۰	۰/۶۵۷	۰/۴۸۴
	افراد بهنجار	۲۵/۹۶۷			
عدم قضاوت	بیماران	۲۲/۹۲۷	۰/۴۲۰	۰/۴۹۸	۰/۳۹۹
	افراد بهنجار	۲۲/۵۰۷			
عدم واکنش	بیماران	۱۸/۰۲۰	-۵/۶۲۷	۰/۴۹۰	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۲۳/۶۴۷			
تنظیم هیجان	بیماران	۳۵/۲۰۷	-۸/۴۰۰	۱/۰۶۱	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۴۳/۶۰۷			
بازداری هیجان	بیماران	۱۴/۱۵۳	-۲/۴۴۷	۰/۵۲۰	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۱۶/۶۰۰			
ارزیابی مجدد هیجان	بیماران	۲۱/۰۵۳	-۵/۹۵۳	۰/۸۷۴	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۲۷/۰۰۷			
انعطاف پذیری شناختی	بیماران	۷۳/۱۰۰	-۲۳/۰۷۳	۲/۲۵۳	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۹۶/۱۷۹			
ادراک کنترل پذیری	بیماران	۳۰/۶۲۷	-۴/۴۳۳	۱/۰۲۵	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۳۵/۰۶۰			
ادراک توجیه رفتار	بیماران	۶/۲۲۷	-۳/۳۶۷	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۹/۵۹۳			
ادراک گزینه‌های مختلف	بیماران	۳۶/۲۴۷	-۱۵/۲۷۳	-۱۵/۲۷۳	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	۵۱/۵۲۰			

با توجه به جدول ۹ میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در متغیرهای ذهن آگاهی (۱۰۵/۵۶۰)، تنظیم هیجان (۳۵/۲۰۷) و انعطاف پذیری شناختی (۷۳/۱۰۰) و میانگین افراد بهنجار نیز به ترتیب (۱۲۷/۳۶۷)، (۴۳/۶۰۷) و (۹۶/۱۷۹)، تفاوت میانگین بین این دو گروه نیز (-۲۱/۸۰۷)، (-۸/۴۰۰) و (-۲۳/۰۷۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$). بنابراین می توان گفت

تحریک پذیر نسبت به افراد بهنجار در سطوح پایینتری قرار دارد.

نتیجه گیری و بحث

یافته های مربوط به فرضیه اصلی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و افراد بهنجار از لحاظ متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/01$) و میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی به صورت معنی داری کمتر از میانگین افراد عادی است. بنابراین میتوان گفت که ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی در سطوح پایین تری قرار دارد. این یافته به طور ضمنی در مورد متغیر ذهن آگاهی با نتایج پژوهشهای مقتدایی و همکاران (۱۳۹۱)؛ زمردی، و رسول زاده طباطبایی (۱۳۹۲)؛ پورمحسنیکلوری و اسلامی (۱۳۹۵)؛ گراندمن و همکاران (۲۰۱۰)؛ در مورد متغیر تنظیم هیجان با نتایج پژوهشهای ریعی بابوکانی (۱۳۹۳)؛ قربانیتقلیدآبادی و تسبیحسازان مشهدی (۱۳۹۵)، ترینداد و همکاران (۲۰۱۷) و سیلی و همکاران (۲۰۱۸) و در مورد متغیر انعطاف پذیری شناختی با نتایج پژوهشهای جهانگیری و همکاران (۱۳۹۶) همسو است.

در این راستا، گراندمن و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی در متغیر ذهن آگاهی و مولفه های آن نمرات کمتری را بدست می آورند. در تبیین یافته های مربوط به متغیر ذهن آگاهی می توان گفت که ذهن آگاهی دارای اثرات مستقیم و غیر مستقیم در کاهش علائم روان شناختی و جسمی در درون یک چهار چوب زیستی-روانی-اجتماعی می باشد (گیلورد و همکاران، ۲۰۰۹). بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر کمتر از افراد عادی می توانند با ذهن خود ارتباط برقرار کنند (ابراهیمیدرانی، منصورنیا و منصورنیا، ۱۳۸۴). ذهن آگاهی، با ارتباط برقرار کردن با احساسات خود، کنترل توجه، عدم قضاوت در مورد افکار و پذیرش افکار مشخص می شود که معمولاً بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در این حیطه توانایی های کمی دارند به طوری که در اکثر پژوهش ها بر آموزش ذهن آگاهی به بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر جهت کاهش علائم این بیماری تاکید می شود (پورمحسنی کلوری و اسلامی (۱۳۹۵) و جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۶). بنابر این منطقی به نظر می رسد که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی دارای سطوح پایینتری از ذهن آگاهی باشند.

سیلی و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی با عنوان نقش میانجی هیجانان مثبت و منفی در رابطه بین پردازش هیجانی و شدت علائم و تأثیر آن در سندرم روده تحریک پذیر نشان دادند که مشکلات

که میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی به صورت معنی داری کمتر از میانگین افراد بهنجار است. با توجه به این یافته فرضیه کلی پژوهش در سطح نمره کل متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی تایید میشود. میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در ابعاد مشاهده (۲۰/۴۰۷)، توصیف (۱۸/۶۶۰) و عدم واکنش (۱۸/۰۲۰) و میانگین افراد عادی نیز به ترتیب (۳۱/۲۴۰)، (۲۴/۰۸۰) و (۲۳/۶۴۷)، تفاوت میانگین بین این دو گروه نیز (۱۰/۸۳۳)، (۵/۴۲۰) و (۵/۶۲۷) است که در سطح $0/01$ معنی دار است ($P < 0/01$). در حالی که میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در ابعاد عمل همراه با آگاهی (۲۵/۵۰۷) و عدم قضاوت (۲۲/۹۲۷) و میانگین افراد بهنجار نیز به ترتیب (۲۵/۹۶۷) و (۲۲/۵۰۷)، تفاوت میانگین بین این دو گروه نیز (۰/۴۶۰) و (۰/۴۲۰) است که معنی دار نیست ($P > 0/05$). بنابراین می توان گفت که میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در ابعاد مشاهده، توصیف و عدم واکنش به صورت معنی داری کمتر از میانگین افراد بهنجار است. با توجه به این یافته فرضیه اول پژوهش در سطح ابعاد مشاهده، توصیف و عدم واکنش ذهن آگاهی تایید میشود. میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در ابعاد بازداری هیجان (۱۴/۱۵۳) و ارزیابی مجدد هیجان (۲۱/۰۵۳) و میانگین افراد بهنجار نیز به ترتیب (۱۶/۶۰۰) و (۲۷/۰۰۷)، تفاوت میانگین بین این دو گروه نیز (۲/۴۴۷) و (۵/۹۵۳) است که در سطح $0/01$ معنی دار است ($P < 0/01$). بنابراین می توان گفت که میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در ابعاد بازداری هیجان و ارزیابی مجدد هیجان به صورت معنی داری کمتر از میانگین افراد بهنجار است. با توجه به این یافته فرضیه دوم پژوهش تایید میشود؛ بنابراین میتوان گفت که ابعاد بازداری هیجان و ارزیابی مجدد هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد بهنجار در سطوح پایینتری قرار دارد. با توجه به جدول ۴-۱۹ میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در ابعاد ادراک کنترل پذیری (۳۰/۶۲۷)، ادراک توجیه رفتار (۶/۲۲۷) و ادراک گزینهای مختلف (۳۶/۲۴۷) و میانگین افراد بهنجار نیز به ترتیب (۳۵/۰۶۰)، (۹/۵۹۳) و (۵۱/۵۲۰)، تفاوت میانگین بین این دو گروه نیز (۴/۴۳۳)، (۳/۳۶۷) و (۱۵/۲۷۳) است که در سطح $0/01$ معنی دار است ($P < 0/01$). بنابراین می توان گفت که میانگین گروه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در ابعاد ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینهای مختلف به صورت معنی داری کمتر از میانگین افراد بهنجار است. با توجه به این یافته فرضیه سوم پژوهش تایید میشود؛ بنابراین میتوان گفت که ابعاد ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینهای مختلف بیماران مبتلا به سندروم روده

واکنش نشان می دهند که در غیاب انعطاف پذیری شناختی مطلوب به افزایش استرس، علائم جسمانی و روانشناختی در این بیماران منجر میشود. بنابراین منطقی به نظر می رسد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی دارای سطوح پایبندی از انعطاف پذیری شناختی باشند.

یافته های فرضیه اول پژوهش نشان داد که ابعاد مشاهده، توصیف و عدم واکنش از ابعاد ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد بهنجار در سطوح پایبندی قرار دارد. در تبیین این یافته پژوهش می توان بیان کرد که فنون ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فراشناختی می شود یعنی منجر به توانایی درک افکار و عواطف فردی و مشاهده آنها به عنوان رویدادهای گذرا به جای واقعی بودن می شود. بنابراین این افزایش آگاهی در نتیجه مشاهده منطقی افکار منجر به کاهش نشخوار فکری می شود. در نتیجه تنیدگی و مهارت های مقابله ای ناکارآمد و منفعلانه نیز کاهش می یابد (ترومپتر و همکاران، ۲۰۱۳). از سوی دیگر توانایی در توصیف دقیق رویدادها و افکار معطوف به آن به درک واقع بینانه این رویدادها کمک می کند. اکثر بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در توصیف دقیق رویدادها مشکلاتی دارند و رویدادها را به شکل منفی توصیف می کنند که در نتیجه آن رویدادها را تهدید آمیز دانسته و عکس العمل شناختی نامناسب به آن نشان می دهند که تنیدگی حاصل از آن به تشدید علائم جسمانی این بیماران منجر می شود. توانایی در عدم واکنش شناختی به رویدادهای جزئی که تهدیدی در آنها وجود ندارد یکی از مزایایی است که فرد را از چالش غیر ضروری با افکار و رویدادهای کم اهمیت روزمره باز می دارد. بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر به شکل افراطی به هر گونه رویداد اعم از کم اهمیت تا بسیار مهم واکنش نشان می دهند و توانایی ضعیفی در مدیریت و عدم واکنش به رویدادهای کم اهمیت دارند. توانایی در عدم واکنش به شکل واکنش گزینشی به رویدادها یکی از مهارت های بسیار موثر در کنترل تنیدگی ها محسوب می گردد (مقتدایی و همکاران، ۱۳۹۱). بنابراین منطقی به نظر می رسد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی دارای سطوح پایبندی از ابعاد مشاهده، توصیف و عدم واکنش باشند.

یافته های فرضیه دوم پژوهش نشان داد که ابعاد بازداری هیجان و ارزیابی هیجان از ابعاد تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد بهنجار در سطوح پایبندی قرار دارد. در تبیین این یافته پژوهش می توان بیان کرد که نقش اختلال تنظیم هیجانی در گسترش و ماندگاری برخی بیماری ها از جمله بیماری های روانی و بیماری های روان تنی همچون اختلالات گوارشی عملکردی مشخص شده است (گراس و جان، ۲۰۰۸؛ پورسل و همکاران، ۲۰۱۴). دشواری در بازداری هیجان و ارزیابی مجدد به شکل ناسازگارانه ای نظیر خشم و اضطراب،

پردازش هیجانی با شدت علائم سندروم روده تحریک پذیر در ارتباط است و در این ارتباط هیجانات مثبت و منفی بیمار نقش میانجی را بازی می کند. همچنین جهانگیری و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه ابعاد انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و همتایان عادی نشان دادند که تفاوت دو گروه در ابعاد پذیرش، ذهن آگاهی و زندگی بر مبنای ارزشهای درونی معنی دار است، به گونه ای که گروه مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به گروه بهنجار نمرات پایین تری کسب کرده اند. همچنین، در درهم آمیزی شناختی نیز تفاوت دو گروه معنی دار بود و افراد بیمار نسبت به گروه بهنجار نمرات بالاتری به دست آوردند. در تبیین یافته های مربوط به متغیر تنظیم هیجان می توان گفت که تاکنون نقش اختلال تنظیم هیجانی در گسترش و ماندگاری برخی بیماری ها از جمله بیماری های روانی (گروس و جوهان، ۲۰۰۸) و بیماری های روانتنی همچون اختلالات گوارشی عملکردی مشخص شده است (پورسل و همکاران، ۲۰۱۴). بررسی های گذشته نشان می دهد که این بیماران در تنظیم هیجانی خود مشکل دارند. در پژوهش سیار و همکاران (۲۰۱۲) مشخص شده است که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در شناسایی و بیان احساسات خود مشکل دارند و در تمایز احساسات و عواطف خود از حسهای جسمانی نقص دارند. همچنین، آموزش آگاهسازی هیجانی در کاهش نشانه های روده تحریک پذیر تاثیر قابل توجه و معناداری داشته است (فرنام و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات نشان داده که افراد با سطح بالای تنظیم هیجان می توانند در حل مشکلات هیجانی و مدیریت استرس موفق تر عمل کنند و استرس کمتر و کیفیت زندگی بالاتری دارند. در نتیجه این افراد به راحتی با بیماری ها کنار می آیند و در مراقبت از خود برای مقابله با بیماری و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی آن موفق تر عمل می کنند (ماسکاتلو و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین منطقی به نظر می رسد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی دارای سطوح پایبندی از تنظیم هیجان باشند.

در تبیین یافته های مربوط به متغیر انعطاف پذیری شناختی نیز می توان گفت که انعطاف پذیری شناختی به عنوان توانایی فرد برای در نظر گرفتن همزمان بازنماییهای متناقضی از یک شیء یا یک رویداد، توانایی تغییر آماهیهای شناختی به منظور سازگاری با محرکه های در حال تغییر محیطی است، یعنی تواناییهایی مانند تغییر دیدگاه یا سازگاری انطباقی فرد با قوانین، تقاضاها یا شرایط محیطی جدید (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰؛ کاروبنلا و تیمبانو، ۲۰۱۶). یکی از مشکلات بارز بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر دشواری در سازگاری و انطباق با تنیدگیهای محیطی است. این افراد کمتر موفق به انعطاف در دیدگاه و افکار خود به منظور غلبه بر این تنیدگی ها می شوند (جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین در مقابل چالش های محیط زندگی خود به شکل غیر انطباقی

دیدگاه های متفاوت داشته باشند. این افراد اطمینان بیشتری نسبت به صحت ادراک خود در قبال رویدادهای زندگی دارند و بر این اساس میزان اضطراب، استرس و پاسخ های خودمختار پایین تری دارند (ناولس و همکاران، ۲۰۱۷). در صورتی که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به سایر افراد به میزان کمتری دیدگاه های متفاوت از یک رویداد را مد نظر قرار می دهند. این افراد ادراک کلیشه ای خود را نسبت به رویدادها حفظ می کنند و در مقابل هر تغییری در این زمینه نیز مقاومت می کنند (هازلت و همکاران، ۲۰۱۳) که خود این موضوع بر شدت مشکلات آنها و عدم توانایی در غلبه موثر بر آن افزوده می کند.

همچنین، افرادی که توانایی ادراک گزینه های مختلف را دارند، از توجهات جایگزین استفاده میکنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می کنند و موقعیتهای چالش انگیز یا رویدادهای استرس زا را میپذیرند و نسبت به افرادی که انعطافپذیر نیستند، از نظر روانشناختی تاب آوری بیشتری دارند. افراد با انعطاف پذیری شناختی بالا و توانایی در ادراک گزینه های مختلف، رویدادهای روزمره زندگی را واقع بینانه تر در نظر میگیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می دانند (هوگلند و همکاران، ۲۰۰۷؛ بورتون و همکاران، ۲۰۱۰). عدم توانایی در ادراک گزینه های مختلف موجب می شود که افراد از واکنشهای مقابلهای که تسهیل کننده استفاده از راهکارهای کارآمد حل مسأله در دوران مواجهه با استرس است، خودداری کنند و در نتیجه این مسأله منجر به افزایش ناامیدی و درگیری با افکار کلیشه ای منفی می شود (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰) که این حالت در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر می تواند منجر به تشدید علائم جسمانی و روانشناختی شود. با توجه به مطالبی که گفته شد منطقی به نظر می رسد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی دارای سطوح پایینتری از ابعاد ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه های مختلف باشند.

عدم امکان کنترل وضعیت اجتماعی- اقتصادی افراد نمونه و عدم امکان کنترل شدت، مدت بیماری و همچنین، مدت درمان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر محدودیت های پژوهش حاضر است. پیشنهاد میشود در پژوهش های بعدی در صورت امکان در تحقیقات آینده وضعیت اجتماعی- اقتصادی این افراد کنترل گردد. شدت، مدت بیماری و همچنین، مدت درمان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریکپذیر کنترل گردد. پیشنهاد میشود متخصصین گوارش، روانپزشکان، روانشناسان و مشاوران مراکز مشاوره وابسته به بیمارستانها، کلینیکهای تخصصی و فوق تخصصی گوارش؛ در فرایند درمان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریکپذیر در کنار گزینه های دارویی، درمانهای روانشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی و انعطاف پذیری شناختی را در راستای کاهش علائم این بیماران را مد نظر قرار دهند.

بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری های قلبی - عروقی، معده و روده ای نقش دارند (بگلی، ۲۰۱۴). افراد با سطح بالای بازداری و ارزیابی مجدد هیجان می توانند از بروز هیجانات منفی پیشگیری کنند و در صورت بروز این هیجانات با ارزیابی مجدد، آنها را به صورت مطلوبتری ارزیابی، تعبیر و تفسیر می کنند که این امر کمترین آسیب را متوجه این افراد می سازد. در حالی که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در بازداری هیجانات منفی خود مشکلات بارزی دارند و در ارزیابی مجدد هیجان نیز با دشواری روبرو هستند. این بینار با توجه به حساسیت فراوان به هیجانات منفی و تنیدگی های محیطی و تاثیر پذیری بالا از آنها، همواره در دور باطلی از هیجانات منفی و تنیدگی از یک سو و تشدید علائم جسمانی از سوی دیگر به سر می برند (سیلی و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین این بیماران به دلیل نداشتن مهارت های سازگارانه تنظیم هیجان و برخی عوامل بد تنظیمی هیجانی، هیجان منفی بیشتر و شدیدتری تجربه می کنند و این امر تنظیم هیجان آنها را با مشکل بیشتری روبرو می کند و از طرفی مشکلات هیجانی یکی از عوامل اصلی شروع و تشدید علائم این بیماران است. بنابراین منطقی به نظر می رسد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد عادی دارای سطوح پایینتری از ابعاد بازداری هیجان و ارزیابی هیجان از ابعاد تنظیم هیجان باشند.

در نهایت یافته های فرضیه سوم پژوهش نشان داد که ابعاد ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه های مختلف در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نسبت به افراد بهنجار در سطوح پایینتری قرار دارد. در تبیین این یافته پژوهش می توان بیان کرد که ادراک کنترل پذیری رویدادها یکی از توانایی های بالقوه افراد با انعطاف پذیری شناختی بالاست. این افراد پاسخی که می تواند بر آزارنده بودن یک رویداد تاثیر بگذارد را در اختیار خود دارد و بنابراین با احتمال کمتری از رویدادهای منفی و آزارنده تاثیر می پذیرند. به نظر می رسد کنترل بر یک محرک آزارنده می تواند پاسخ های زیست شناختی مختلف را در مقایسه با حالت فقدان کنترل کاهش دهد. بندورا دریافت افرادی که خودشان را در کنترل رویدادهای بالقوه آزارنده ناتوان می دیدند، این رویدادها را نگران کننده و دارای پیامدهای آسیب رسان تصور می کردند و پاسخهای اجتنابی وابسته به ترس نسبت به این رویدادها نشان می دادند (بندورا، ۱۹۸۳؛ به نقل از آرمفیلد، ۲۰۰۶). بنابراین بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر به دلیل ادراک کنترل پذیری پایین رویدادها احساس ناامیدی در کنترل و کاهش علائم جسمانی خود دارند.

همینطور افراد با توانایی در ادراک توجیه رفتار میتوانند از دیدگاه افراد دیگر به مسایل فکر کنند یا به عبارت دیگر می توانند خود را به جای دیگران بگذارند، که این توانایی به آنها این اجازه را می دهد که درک درستی از رویدادها به اشکال مختلف و در قابل

منابع:

- ابراهیمی دریایی، ناصر؛ منصورنیا، نسرین و منصورنیا، محمدعلی. (۱۳۸۴). سندرم روده تحریک پذیر. فصلنامه طب و تزکیه، ۱۴، ۷۲-۸۷.
- ایری، رحمت الله؛ شیخ اسمعیلی، فرشاد؛ فتاحی، نیما؛ رشادت، رومینا؛ سعیدی، بهزاد و شاه عباس پور، زهرا. (۱۳۹۶). بررسی اپیدمیولوژیک سندرم روده تحریک پذیر و عوامل مرتبط به آن در شهر سنج در سال ۹۳-۱۳۹۲، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۲۲(۱)، ۶۱-۷۱.
- بادله شמושکی، محمدتقی؛ صالحی یانیری، هاجر؛ صادقی، الهه. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس شغلی پرستاران. نشریه روان پرستاری، ۸(۶)، ۵۳-۶۱.
- پور محسنی کلوری، فخرانه؛ و اسلامی، فیما. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۵(۲۰)، ۶۷-۴۸.
- جهانگیری، فرهاد؛ کریمی، جواد؛ و امین افشاری، محمدرضا. (۱۳۹۶). مقایسه ابعاد انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و همتایان عادی. ارمغان دانش، ۲۲(۱)، ۷۵-۸۶.
- حسینی، مهسا و کیانی، رقیه. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. روانشناسی سلامت، ۸(۳)، ۲۲-۷.
- ربیعی بابوکانی، زهرا. (۱۳۹۳). مقایسه مشکلات تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر IBS، بیماران مبتلا به رفلاکس معده - مری GERD و افراد غیر مبتلا. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.
- زمردی، سعیده؛ و رسول زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مطالعات روانشناسی بالینی، ۴(۱۳)، ۸۸-۶۳.
- صفائی، آزاده؛ خشکرودمنصوری، بابک؛ پورحسینقلی، محمد امین؛ مقیمی دهکردی، بیژن؛ پورحسینقلی، اسما و حبیبی، منیژه. (۱۳۹۲). بررسی شیوع سندرم روده تحریک پذیر، مجله پزشکی ارومیه، ۲۴(۱)، ۲۳-۱۷.
- صولتی، کمال. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، آموزش سبک زندگی، آرام سازی و دارو درمانی بر کیفیت زندگی، علائم روان شناختی، فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- قربانیتقلیدآبادی، بهاره و تسیحسازان مشهدی، رضا. (۱۳۹۵). رابطه مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر. اندیشه و رفتار، ۱۰(۳۹)، ۲۷-۱۷.
- مقتدایی، کمال؛ کافی، موسی؛ افشار، حمید؛ آریا دوران، سعید؛ دقاق زاده، حامد؛ پور کاظم، طاهره. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم جسمی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر. ویژه نامه طب رفتاری، ۱۰(۷)، ۷۰۸-۶۹۸.

References

- Alharbi, W., & Jahan, S. (2022). Prevalence and Associated Risk Factors of Irritable Bowel Syndrome Among Female Secondary School students in Ar Rass City, Qassim Region. Health psychology research, 10(3), 35482.
- Begley, T. M. (2014). Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. J Organ Behav, 15(6), 503-16.
- Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (2013). Nonverbal and verbal emotional expression and health. Psychother Psychosom, 59(1), 11-9.
- Darby, K. P., Castro, L., Wasserman, E. A., & Sloutsky, V. M. (2018). Cognitive flexibility and memory in pigeons, human children, and adults. Cognition, 177, 30-40.
- DeBerry, L. (2012). The relation between cognitive inflexibility and obsessive-compulsive personality traits in adults: depression and anxiety as potential mediators. MA Theses. Southern Mississippi. University of Southern Mississippi.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: instrument devel-

- opment and estimates of reliability and validity. *Cognit Ther Res*, 34 (3), 241-253.
- Devanarayana, N. M., Rajindrajith, S. (2018). Irritable bowel syndrome in children: current knowledge, challenges and opportunities. *World journal of gastroenterology*, 24(21):2211.
- Gaylord, s. A., Whitehead, W., Coble, R. S., Faurot, K., Plasson, S. O., Garland, E. L., Frey, W., & Mann, J. D. (2009). Mindfulness for irritable bowel syndrome: Protocol development for a controlled clinical trial. *Biomed central*, 1-11.
- Gross JJ, John OP. (2008). Mapping the domain of expressivity: Multimethod evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 170-91.
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on psychological science*, 17(1), 108-130.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology & Health*, 20(2), 161-173.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychology health: A review of empirical studies. *clinical psychological review*, 26(124), 264- 272.
- Kumano, H., K., Yamanaka, G., Sasaki, T. (2004). Comorbidity of irritable bowel syndrome, Panic disorder and agoraphobia in a Japanese representative sample. *American of Gastroenterology*, 99(2), 370-6.
- Lackner, J. M. (2005). No Brain, Nogain: the role of Cognitive processes in irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive psychotherapy*, 19, 125- 136.
- Lackner, J.M. (2019). Psychological Flexibility as an Important Feature of Digestive Health for Patients Undergoing Cognitive Behavioral Therapy for Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 156(6), 1074-1079.
- Lackner, J. M., Jaccard, J., Krasner, s. s, Katz, I. A., Gudleski, G. D., Blanchard, E. B. (2007). How dose cognitive behavior therapy for irritable syndrome work? A mediation analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology*, 133(2), 433-44.
- McGowan, A., Harer, K. N. (2021). Irritable Bowel Syndrome and Eating Disorders: A Burgeoning Concern in Gastrointestinal Clinics. *Gastroenterology Clinics of North America*, 50(3), 595-610.
- McRae, K. , & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9.
- Mikocka-Walus, A., Knowles, S. R., Keefer, L., & Graff, L. (2016). Controversies revisited: A systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with inflammatory bowel diseases. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22 (3), 752-762.
- North, C. S., Hong, B. A., & Alpers, D. H. (2007). Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World journal of gastroenterology: WJG*, 13(14), 2020.
- Park, J., & Moghaddam, B. (2017). Impact of anxiety on prefrontal cortex encoding of cognitive flexibility. *Neuroscience*, 345, 193-202.

- Porcelli, P., Affatati, V., Bellomo, A., De Carne, M., Todarello, O., Taylor, G.J. (2014). Alexithymia and psychopathology in patient with psychiatric and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy psychosomatic*, (2), 87-73.
- Sayar, K., Solmaz, M., Trablus, S., Ozturk, M., & Acar, B. (2012). Alexithymia in Irritable Bowel Syndrome. *Turkish Journal of Psychiatry*, 11(3), 190-7.
- Sibelli, A., Chalder, A., Everitt, H., Chilcot, J & Moss-Morris, R. (2018). Positive and negative affect mediate the bidirectional relationship between emotional processing and symptom severity and impact in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 105, 1-13.
- Szczygieł, D., Buczny, J., & Bazińska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual differences*, 52(3), 433-437.
- Tosic-Golubivic, S., Miljkovic, S., Nagorni, A., Lazarevic, D., Nikolic, G. (2010). Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatry Danub*, 22(3), 418-24.
- Trompetter, H. R., Klooster, P. M., Schreurs, K., M., Fleddeerus, M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. *Psychological Assessment*, 25(4), 1235-1243.
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto Gouveia, J. (2017). The longitudinal effects of emotion regulation on physical and psychological health: A latent growth analysis exploring the role of cognitive fusion in inflammatory bowel disease. *British Journal of Health Psychology*, 23 (1), 171-185.
- Wu, M., Yang, Y., Chen, Y. (2017). The effect of anxiety and depression on the risk of irritable bowel syndrome in migraine patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 44: 342-345.

مقایسه سبک های مقابله با استرس در افراد دارای ترومای کودکی و فاقد تروما

زهرا کشاورز تحصیلی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

دکتر احمد کربلایی محمد میگونی* - نویسنده مسؤول

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

دکتر محمدعلی کلهر

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

The comparison of stress coping styles in people with childhood trauma and without trauma

Zahra Keshavarz Tahsili

Master of Science in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Ahmad Karbalaee Mohammad Meigouni*

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Mohammad Ali Kalhor

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract:

The purpose of this research was to compare stress coping styles in people with and without childhood trauma. The present research is based on the basic purpose and on the way of collecting analytical-descriptive data and the research design is of a causal-comparative post-event type. The statistical population of the research includes all students of the Islamic Azad University, Karaj branch, who were studying in the second semester of the academic year 1400-1401, using available sampling of 150 people (75 people with childhood trauma and 75 people without childhood trauma) were chosen. The tools of this research includes Bernstein et al.'s childhood trauma questionnaires and Lazarus' and Folkman's stress coping styles. Data analysis was done using multivariate analysis of variance (MANOVA). The results show that people with childhood trauma use coping strategies of seeking social support, positive reappraisal, and thoughtful problem-solving less and more emotion-oriented avoidance and avoidance strategies compared to people without trauma.

Keywords: *Childhood Trauma, Stress Coping Styles, without trauma.*

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه سبک های مقابله با استرس در افراد دارای ترومای کودکی و فاقد تروما بوده است. پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از لحاظ نحوه جمع آوری اطلاعات تحلیلی - توصیفی و طرح پژوهش از نوع پس رویدادی علی - مقایسه ای می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در حال تحصیل بودند که با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر افراد دارای ترومای کودکی و ۷۵ نفر فاقد ترومای کودکی) انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه های ترومای کودکی برنشتاین و همکاران و سبک های مقابله با استرس لازاروس و فالکمن استفاده شد. با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد. نتایج نشان دهنده آن است که افراد دارای ترومای کودکی در مقایسه با افراد فاقد تروما از راهبردهای مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مجدد مثبت و حل مدبرانه مسئله مداری کمتر و از راهبردهای دوریجویی و گریز - اجتناب هیجانمداری بیشتر استفاده می کنند.

واژگان کلیدی: ترومای کودکی، سبک های مقابله با استرس، فاقد تروما.

مقدمه

کودک آزاری و غفلت یک مسئله مهم و نگران کننده در بسیاری از کشورها است. نقش ترومای کودکی به نوعی عامل پنهان در اختلالات روانی مورد تأیید قرار گرفته است. ترومای کودکی شامل سوءاستفاده، بی توجهی و قرار گرفتن در معرض خشونت است (لرزننگه و عیسی زادگان، ۱۴۰۰). استرس به موقعیتی اطلاق می شود که زمانی رخ می دهد که خواسته های درونی یا بیرونی یک فرد به عنوان مصرف کننده یا فراتر از منابع انطباق یا مقابله با او تلقی شود (لیو و همکاران، ۲۰۲۲). افرادی که در کودکی دچار آسیب شده اند به دلیل ناتوانی هایی در کنترل هیجانات، احساسات و استرس های خود، سبک های مقابله ای متفاوتی را تجربه می کنند. سبک مقابله ای اصطلاحی است که به رویکردهای شناختی و رفتاری افراد در هنگام مواجهه با موانع و فشارها به کار می رود و به عنوان میانجی کلیدی تأثیرات استرس روانی بر سلامت روانی و جسمی عمل می کند و فرایندی است که طی آن فرد به اداره خواست هایی می پردازد که فراتر از منابع و توانایی های شخصی بوده و تهدید کننده هستند (تو، گانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

سبک های مقابله ای به دو سبک مقابله ای مثبت و منفی تقسیم می شوند. هدف مقابله مثبت کاهش استرس با ارزیابی مثبت و یافتن راه حل است. با این حال، مقابله منفی با درگیر شدن در افکار منفی و رفتارهای بد، مانند اجتناب و تخلیه، با رویدادهای استرس زا مقابله می کند (لیو و همکاران، ۲۰۲۲). بنا بر نظر لازاروس و فولکمن، مقابله عبارت است از تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبه رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود. از دیدگاه آن ها تفسیر و برآورد ما از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارد. آن ها معتقدند نه رویداد محیطی و نه پاسخ فرد، بلکه ادراک فرد از رویدادهاست که تنیدگی و شدت آن را تعیین می کند.

الگوی شناختی مقابله لازاروس و فولکمن شامل سه مرحله برآورد، مقابله و پیامد است. در این نظریه به دو نوع مقابله عمومی شناخته شده با استرس و موقعیت های پیچیده اشاره می شود: مقابله مسئله مدار و مقابله هیجان مدار. مقابله مسئله مدار که شامل مؤلفه های مسئولیت پذیری، جستجوی حمایت اجتماعی، باز برآورد مثبت و حل مدبرانه معطوف به حل مشکل با انجام اعمالی است که منبع استرس را تغییر می دهد. مقابله هیجان مدار شامل تفکر آرومندان، گریز و اجتناب، خودسرزنش گری، فاصله گیری، خویشتن داری و مقابله رویاروگر است که کاهش دهنده آشفته گی همراه یک موقعیت است و بیان احساسات را شامل می شود (دریکوند و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به مباحث مطرح شده و با توجه به نکات فوق اهمیت تحقیق حاضر را مشخص می نماید و ضرورت را برای گسترش تحقیقات در این زمینه آشکار می سازد ضروری است که این تحقیق را از اولویت های پژوهشی و تحقیقاتی قرار دهیم تا بتوانیم با نتیجه آن در پرورش نیروی انسانی کارآمد و مؤثر سهم ارزشمندی داشته باشیم (بهمنی نیا، ۱۳۹۸).

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از لحاظ نحوه جمع آوری اطلاعات تحلیلی - توصیفی و طرح پژوهش از نوع پس رویدادی علی - مقایسه ای می باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در حال تحصیل بودند. حجم نمونه شامل ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر افراد دارای ترومای کودکی و ۷۵ نفر فاقد ترومای کودکی) بود که از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های ترومای کودکی (CTQ) برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) و سبک های مقابله با استرس (WOCQ) لازاروس و فالکمن (۱۹۸۵) استفاده شد. پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ) که توسط برنشتاین، استین، نیوکمپ، والکر، پوگ و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده برای سنجش آسیب ها و ترومای دوران کودکی استفاده

شد. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه های اصلی پرسشنامه بکار می رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می کنند بکار می رود. روایی هم زمان پرسشنامه با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳).

در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه های ۵ گانه آن گزارش کرده اند. در پژوهش برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ به دست آمده است. پرسشنامه ی سبک های مقابله با استرس (WOCQ) که لازاروس و فالکمن (۱۹۸۵) ساخته شده، برای سنجش سبک های مقابله با استرس استفاده شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۶۶ سؤال است که از طریق مقیاس ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری میشود و از «اصلاً استفاده نکرده ام (۰)» تا «به میزان زیادی از آن استفاده کرده ام (۳)»، تشکیل شده است.

این پرسشنامه در دو خوشه راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار طبقه بندی می شوند. در حوزه روایی و پایایی پرسشنامه، تحقیقات حاکی از وجود روایی و پایایی پرسشنامه می باشد. در تحقیق خباز قانع (۱۳۹۸) میزان ضریب آلفای کرونباخ برای راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۷۹ برآورد شده است. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور نیز در تحقیقات داخلی خدردی و دباغی (۱۳۹۳)، بروکی میلان، کمرزین و زارع (۱۳۹۳)، واحدی (۱۳۷۹) و طوسی و همکاران (۱۳۸۹) مورد تأیید قرار گرفته است. خدردی و دباغی (۱۳۹۳) در تحقیق خود ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش نموده است.

در مطالعه ای که واحدی (۱۳۷۹) روی ۷۶۳ نفر از دانش آموزان کلاس های دوم و سوم دبیرستان های دولتی شهر تهران انجام داده بود، پایایی آزمون راهبردهای مقابله ای با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ گزارش نموده است. در تحقیق طوسی و همکاران (۱۳۸۹) نیز پایایی این پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ گزارش شده بود. علاوه بر این، پایایی این پرسشنامه در بین ۷۵۱ زوج میان سال مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ مقابله مستقیم (۰/۷۰)، فاصله گرفتن (۰/۶۱)، خود کنترلی (۰/۷۱)، طلب حمایت اجتماعی (۰/۷۶)، پذیرش مسئولیت (۰/۶۶)، گریز - اجتناب (۰/۷۲)، حل مسائل برنامه ریزی شده (۰/۶۷) و ارزیابی مجدد مثبت (۰/۷۹) گزارش شده بود (بروکی میلان و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به حضور و همکاری کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش (گروه نمونه)، پرسشنامه ها توزیع و پس از کامل شدن آن ها توسط دانشجویان جمع آوری گردید. بعد از گردآوری تمامی پرسشنامه ها، تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) با سطح معناداری ۰/۰۵ و در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد.

در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی در ابتدا با کسب رضایت از افراد از آن ها برای همکاری در این پژوهش دعوت شد، سپس قبل از توزیع پرسشنامه برای آزمودنی ها در پاسخ دقیق، صحیح و صادقانه توضیحات لازم داده شد و همچنین به آزمودنی ها اطمینان داده شد که دریافت این پرسشنامه ها بدون نام و نام خانوادگی و اطلاعات اخذ شده از آن ها صرفاً جهت انجام پژوهش علمی بوده و نزد محقق محفوظ و محرمانه می ماند.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۷۵ شرکت کننده دارای تجربه تروما (۴۸ زن و ۲۷ مرد) و ۷۵ شرکت کننده فاقد تجربه تروما (۵۲ زن و ۲۳ مرد) حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان دارای ترومای کودکی به ترتیب ۲۶/۹۲ و ۶/۶۴ و میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان فاقد ترومای کودکی به ترتیب ۲۵/۷۶ و ۷/۰۲ بود. در بین شرکت کنندگان دارای ترومای کودکی ۵۴ نفر (۷۲ درصد) مجرد و ۲۱ نفر (۲۸ درصد) مجرد بودند.

در بین شرکت کنندگان فاقد ترومای کودکی ۵۹ نفر (۷۸/۷ درصد) مجرد و ۱۶ نفر (۲۱/۳ درصد) متأهل بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی سبک های مقابله با استرس را برای هر یک از گروه های دارا و فاقد ترومای کودکی نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی سبک های مقابله در دو گروه دارا و فاقد تروما

شاخص آماری	متغیر	مؤلفه	دارای تروما	فاقد تروما
میانگین و انحراف استاندارد	راهبردهای مسئله مدار	جستجوی حمایت اجتماعی	$3/12 \pm 9/67$	$3/50 \pm 10/84$
		مسئولیت پذیری	$2/29 \pm 7/29$	$1/99 \pm 7/28$
		بازبرآورد مثبت	$2/95 \pm 11/36$	$3/27 \pm 12/67$
		حل مدبرانه مسئله	$2/14 \pm 9/57$	$2/62 \pm 11/01$
	راهبردهای هیجان مدار	مقابله رویارویی	$2/48 \pm 8/41$	$2/68 \pm 8/39$
		دوری جویی	$2/61 \pm 9/05$	$2/90 \pm 7/91$
		خویشتن داری	$3/22 \pm 11/29$	$3/31 \pm 11/36$
		گریز اجتناب	$3/81 \pm 12/00$	$3/54 \pm 10/31$
کشیدگی (میانگین)	راهبردهای مسئله مدار	جستجوی حمایت اجتماعی	$(0/35) - 0/30$	$(0/01) - 0/59$
		مسئولیت پذیری	$(0/11) - 0/89$	$(0/16) - 0/75$
		بازبرآورد مثبت	$(-0/35) 0/22$	$(0/01) 0/23$
		حل مدبرانه مسئله	$(0/11) - 0/09$	$(0/49) - 0/28$
	راهبردهای هیجان مدار	مقابله رویارویی	$(0/41) 0/45$	$(-0/16) 1/09$
		دوری جویی	$(0/19) - 0/73$	$(0/72) 0/29$
		خویشتن داری	$(0/30) 0/02$	$(0/310) 0/33$
		گریز اجتناب	$(0/63) 0/55$	$(-0/04) - 0/40$

در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها، مقادیر چولگی و کشیدگی سبک های مقابله با استرس برای هر یک از گروه های دارا و فاقد ترومای کودکی مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ نشان می دهد که مقادیر چولگی و کشیدگی برای سبک های مقابله با استرس در هر دو گروه در فاصله ± 2 قرار دارد. این موضوع بیانگر آن است که توزیع داده های متغیرها در هر دو گروه نرمال است. لازم به توضیح است که دلیل استفاده از شاخص های چولگی و کشیدگی برای بررسی چگونگی توزیع داده ها به جای شاخص هایی چون کالماگروف-اسمیرنف یا شاپیرو-ویلک، حجم نسبتا بالای گروه نمونه در هر یک از گروه های مورد مقایسه بود. به دلیل حساسیت بیش از حد شاخص هایی چون کالماگروف-اسمیرنف یا شاپیرو-ویلک نسبت به حجم نمونه بالا، تاباچینک و فیدل (۲۰۰۷) شاخص های چولگی و کشیدگی را روش مناسبی برای بررسی چگونگی توزیع داده ها در شرایط بالا بودن حجم نمونه می دانند. همچنین نتایج آزمون لون در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس های خطای سبک های مقابله با استرس در دو گروه نشان داد که واریانس خطای سبک های مقابله با استرس در سطح $0/05$ معنادار نیست. بنابراین می توان گفت مفروضه همگنی واریانس های خطا برای سبک های مقابله با استرس در دو گروه برقرار بود. در ادامه جدول ۲ نتیجه آزمون مفروضه های همگنی واریانس - کوواریانس و کرویت بارتلت برای سبک های مقابله با استرس را نشان می دهد.

جدول ۲: ارزیابی مفروضه های همگنی واریانس - کوواریانس و کرویت بارتلت

مفروضه	آماره ام.باکس	کرویت بارتلت
ارزش	۴۴/۷۶	۰/۰۰۱
F	۱/۱۷	-
χ^2	-	۳۲۹/۷۱
درجه آزادی	۳۶	۳۵
سطح معناداری	۰/۲۲۱	۰/۰۰۱

جدول ۲ نشان می دهد که مجذور کای حاصل از آماره «ام - باکس» غیر معنادار و نتیجه آزمون کرویت بارتلت ۱۰۸ برای سطوح سبک های مقابله با استرس به لحاظ آماری معنادار است. براین اساس می توان گفت هر دو مفروضه همگنی واریانس - کوواریانس متغیرهای وابسته و کرویت بارتلت در بین داده ها برقرار بود.

پس از ارزیابی مفروضه های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد. جدول ۳ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه سبک های مقابله با استرس در دو گروه دارا و فاقد ترومای کودکی را نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در مقایسه سبک های مقابله با استرس در دو گروه دارا و فاقد تروما

مؤلفه ها	ارزش	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	P	η^2
اثر پیلاپی	۰/۲۱۹	۴/۹۴	۸	۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
لامبدای ویلکز	۰/۷۸۱	۴/۹۴	۸	۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
اثر هوتلینگ	۰/۲۸۰	۴/۹۴	۸	۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۸۰	۴/۹۴	۸	۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹

همچنان که جدول ۳ نشان می دهد، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان می دهد که ارزش $F(۸ و ۱۴۱) = ۴/۹۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۱۹$ و ویلکز لامبدا، $\lambda = ۰/۷۸۱$ است که دستکم یکی از سبک های مقابله با استرس در دو گروه متفاوت است. برای روشن شدن این موضوع جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه سبک های مقابله با استرس در دو گروه دارا و فاقد تروما را نشان می دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه سبک های مقابله با استرس در دو گروه دارا و فاقد تروما

متغیر وابسته	میانگین مجذورات بین گروهی	میانگین مجذورات خطا	F	p	η^2
مسئله مداری - جستجوی حمایت اجتماعی	۵۱/۶۳	۱۰/۹۹	۴/۷۰	۰/۰۳۲	۰/۰۳۱
مسئله مداری - مسئولیت پذیری	۰/۰۱	۴/۶۱	۰/۰۱	۰/۹۷۰	۰/۰۰۱
مسئله مداری - بازبرآورد مثبت	۶۴/۰۳	۹/۷۰	۶/۶۰	۰/۰۱۱	۰/۰۴۳
مسئله مداری - حل مدبرانه مسئله	۷۷/۷۶	۵/۷۴	۱۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۰۸۴
هیجان مداری - مقابله رویارویی	۰/۰۳	۶/۶۶	۰/۰۱	۰/۹۵۰	۰/۰۰۱
هیجان مداری - دوری جویی	۴۹/۳۱	۷/۶۰	۶/۴۹	۰/۰۱۲	۰/۰۴۲
هیجان مداری - خویشتن داری	۰/۱۷	۱۰/۶۷	۰/۰۲	۰/۹۰۱	۰/۰۰۱
هیجان مداری - گریز اجتناب	۱۰۷/۵۳	۱۳/۵۰	۷/۹۷	۰/۰۰۵	۰/۰۵۱

107- Box's M

108 - Bartlett test of sphericity

نکته: در تمام سطوح متغیر وابسته درجه آزادی گروه برابر با ۱ و درجه آزادی خطا برابر با ۱۴۸ می باشد
براساس نتایج جدول ۴ ارزش F حاصل از تحلیل واریانس یک متغیری برای مؤلفه های جستجوی حمایت اجتماعی ($P = 0/032$ ، $F(1 و 148) = 4/70$)، بازبرآورد مثبت ($P = 0/011$ ، $F(1 و 148) = 6/60$)، حل مدبرانه مسئله ($P = 0/001$ ، $F(1 و 148) = 13/55$)، دوری جویی ($P = 0/012$ ، $F(1 و 148) = 6/49$) و گریز اجتناب ($P = 0/005$ ، $F(1 و 148) = 7/97$) معنادار بود. در ادامه برای ارزیابی جهت تفاوت ها، آزمون تعقیبی بن فرونی به کار گرفته شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. گفتنی است با توجه به عدم معناداری F برای مؤلفه های خویشن داری، مقابله رویارویی و مسئولیت پذیری نتایج آزمون بن فرونی برای آنها گزارش نشده است.

جدول ۵: آزمون بن فرونی برای سبک های مقابله با استرس

مؤلفه	گروه ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
مسئله مداری- جستجوی حمایت اجتماعی	دارای تروما فاقد تروما	-۱/۱۷	۰/۵۴	۰/۰۳۲
مسئله مداری- بازبرآورد مثبت	دارای تروما فاقد تروما	-۱/۳۱	۰/۵۱	۰/۰۱۱
مسئله مداری- حل مدبرانه مسئله	دارای تروما فاقد تروما	-۱/۴۴	۰/۳۹	۰/۰۰۱
هیجان مداری- دوری جویی	دارای تروما فاقد تروما	۱/۱۵	۰/۴۵	۰/۰۱۲
هیجان مداری- گریز اجتناب	دارای تروما فاقد تروما	۱/۶۹	۰/۶۰	۰/۰۰۵

همچنان که جدول ۵ نشان می دهد میانگین مؤلفه های جستجوی حمایت اجتماعی، بازبرآورد مثبت و حل مدبرانه مسئله سبک مقابله مسئله مداری در افراد دارای ترومای کودکی کمتر از افراد فاقد تروما و میانگین مؤلفه های دوری جویی و گریز- اجتناب در آنان بیشتر از افراد فاقد ترومای کودکی بود. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که افراد دارای ترومای کودکی در مقایسه با افراد فاقد تروما از راهبردهای مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی، بازبرآورد مثبت و حل مدبرانه مسئله مداری کمتر و از راهبردهای دوری جویی و گریز- اجتناب هیجان مداری بیشتر استفاده می کنند.

بحث و نتیجه گیری

هدف اساسی پژوهش حاضر مقایسه سبک های مقابله با استرس در افراد دارای ترومای کودکی و فاقد تروما بود.

یافته ها نشان داد که بین سبک های مقابله با استرس در افراد دارای ترومای کودکی و فاقد تروما تفاوت معناداری وجود دارد. این موضوع بیانگر آن است که دست کم یکی از سبک های مقابله با استرس در دو گروه متفاوت است. بر این اساس چنین نتیجه گیری شد که افراد دارای ترومای کودکی در مقایسه با افراد فاقد تروما از راهبردهای مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مجدد مثبت و حل مدبرانه مسئله مداری کمتر و از راهبردهای دوری جویی و گریز- اجتناب هیجان مداری بیشتر استفاده می کنند. این یافته ها با نتایج پژوهش های غلامی و همکاران (۱۳۹۸)، لی و همکاران (۲۰۲۲) و گوگاری و همکاران (۲۰۲۰) همسو و همچنین با نتایج پژوهش وانگ و همکاران (۲۰۲۱) ناهمسو می باشد. در تبیین این یافته، همان طور که پژوهش های همسو با این پژوهش نشان می دهند و بر اساس نظریه جانسون، بیان می شود زمانی که ارگانیزم در معرض محرکی آسیب رساننده قرار می گیرد و پاسخ های زیست شناختی برای استحکام و پابرجا نگه داشتن او کافی نیستند، از این رو ناتوان از مقابله می شود. همچنین در نظریه لازاروس و فالکمن هم بیان شده که تعبیر و ارزیابی ما از رویدادها اهمیت بیشتری از خود آن رویدادها دارد. ادراک فرد از موقعیت هاست که تنیدگی و شدت آن را تعیین می کند. این ادراک شامل آسیب ها، تدبیرها، تهدیدها، چالش های بالقوه و توانایی ادراک شده فرد برای مقابله با آن هاست. نتایج پژوهش وانگ و همکاران (۲۰۲۱) ناهمسو با یافته های این پژوهش نشان داد که بین سبک های مقابله با استرس در افراد دارای ترومای کودکی و افراد فاقد تروما تفاوت معناداری وجود ندارد و تجارب آسیب زای دوران کودکی تأثیر قابل توجهی بر مقابله فعال دارد و مقابله فعال ممکن است از نظر عاطفی از افراد محافظت کند. در تبیین یافته ناهمسو با این پژوهش، نظریه اریکسون هشت مرحله از زندگی را توصیف می کند که هر کدام از این مراحل چالش گری یا بحران است که باید با موفقیت طی شود تا شخص بتواند در مرحله بعدی مقابله با بحران موفق شود. از دیدگاه روان تحلیل گری رویدادهای دوران کودکی انسان، عمیقاً شخصیت فرد بزرگسال را تحت تأثیر قرار داده و یا حتی نقش تعیین کننده ای در آن ایفا می کنند. (کارگری، ۱۳۹۹). با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، می توان گفت که ترومای کودکی بر مهم ترین عوامل در زندگی بزرگسالی تأثیر دارد و موجب کاهش کیفیت زندگی می شود. با توجه به این که اکثر آسیب ها در دوران کودکی توسط والدین و نزدیکان کودک اعمال می گردد، این افراد ممکن است در برخی از زمینه های روان شناختی مانند نحوه مقابله با استرس دارای تعارض هایی باشند. این در حالی است که افراد فاقد ترومای کودکی ممکن است مشکل چندان در این زمینه ها

نداشته باشند. به دلیل اهمیت دوران کودکی افراد و جلوگیری از بروز آسیب‌های روانی بیشتر، انجام پژوهش‌هایی جهت تعیین، بررسی و مقایسه‌ی متغیرهایی که تحت تأثیر وقایع و رویدادهای اولیه‌ی زندگی قرار دارند و در زندگی بزرگسالی نقش مهمی دارند ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین سازمان‌ها، ادارات، مراکز و کلینیک‌های مرتبط با خدمات روان‌شناسی و مشاوره با ارائه‌ی آموزش‌هایی در زمینه‌ی آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند خانواده‌ها را از این موضوع مطلع نمایند و همچنین با اجرای مداخله‌های مناسب برای بزرگسالانی که دارای این تجارب هستند می‌توانند از شدت آن کاهش دهند و موجب اصلاح رفتارها و نگرش آن‌ها شوند. در پایان باید یادآور شد که این پژوهش نظیر دیگر تحقیقات، با محدودیت‌هایی نظیر عدم جامعیت جامعه آماری، ضرورت استفاده از پرسشنامه با تعداد سؤال زیاد و بیرغبتی تعدادی از آزمودنیها مواجه بود. بدین جهت بایسته است که تحقیقات پیش رو موضوع حاضر را در جوامع دیگری نیز بررسی نموده و با نتایج تحقیق حاضر مقایسه نمایند. همچنین تحقیقات آینده در صورت امکان می‌توانند از ابزار متفاوت برای سنجش متغیرهای تحقیق استفاده نموده و نتایج حاصله را با یافته‌های این تحقیق مقایسه نمایند تا بدین سان امکان تعمیم یافته‌ها بیش از پیش فراهم آید.

منابع

- بهمنی نیا، محمد. (۱۳۹۸). مقایسه توانمندی ایگو، روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد افسرده با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- خباز قانع، عاطفه سادات. (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین توانمندی ایگو با هیجان ابرازشده و سبک‌های مقابله‌ای در معناتان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خيام.
- دریگوند، فاطمه؛ گلشنی، اکرم و گلشنی، فاطمه. (۱۴۰۰). بررسی مهارت‌های مقابله با فشارهای روانی و مشکلات بر اساس نظریه روان‌شناختی فولکمن و لازاروس در مثنوی معنوی با تکیه بر حکایت شیر و نخجیران». مطالعات آموزشی و آموزشگاهی، دوره ۱۰، شماره ۱: صفحه ۳۸۰-۳۵۵.
- غلامی، امین؛ فرخی، نورعلی و برجعلی، احمد. (۱۳۹۸). مدل یابی معادلات ساختاری راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان بر اساس سبک‌های دلبستگی با واسطه‌گری سبک‌های فرزند پروری، آسیب‌های دوران کودکی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، سال ۹، شماره ۳۵: صفحه ۶۹-۴۱.
- کارگری، محمد. (۱۳۹۹). پیش‌بینی طلاق عاطفی بر اساس سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله با استرس در معلمان مقطع ابتدایی شهر گرگان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور گرگان.
- لرزنگنه، سارا و عیسی زادگان، علی. (۱۴۰۰). تبیین علائم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی. مقاله پژوهشی، مجله مطالعات روان‌شناختی، دوره ۱۷، شماره ۳: صفحه ۷۲-۵۳.
- Goghari, V. M., Shakeel, M. K., Swan, J. L., Kim, H. S., Sharif-Razi, M., & Hodgins, D. C. (2020). A Family Study of Trauma and Coping Strategies in Gambling Disorder. *Journal of gambling studies*, 36(3), 767–782. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09963-0>
- Lee, S., Kim, H., & Kong, S. (2022). Associations between childhood psychological trauma, posttraumatic stress symptoms, and mental health in female college students: Mediation of coping styles. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 1763–1775. <https://doi.org/10.1111/ppc.12986>
- Liu, J., Yang, Y., Chen, J., Zhang, Y., Zeng, Y., & Li, J. (2022). Stress and coping styles among nursing students during the initial period of the clinical practicum: A cross-section study. *International journal of nursing sciences*, 9(2), 222–229. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.02.004>
- Tu, H., Gong, G., Zhang, S., Fu, Y., Wang, T., Chu, Q., Hu, S., Wang, K., Zhu, C., & Fan, Y. (2022). The association between illness perception and quality of life among Chinese adults with epilepsy: The mediating role of coping style. *Epilepsy & behavior: E&B*, 130, 108677. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108677>
- Wang, L., Zhang, Y., Zhang, X., Fan, X., Qiong, L., & Hu, C. (2021). The Potential Impact of Childhood Traumatic Experiences on Coping Styles and Emotion Regulation of Nurse Practitioners During the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in psychology*, 12, 718780. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718780>

اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر در شهر ساری در سال ۱۴۰۲

نگار محمدجان زاده

دکتر ابراهیم محمدیان

The effectiveness of short-term solution-oriented treatment on resilience, life expectancy and distress tolerance in female children suffering from father bereavement in Sari city in 1402

Negar Mohammadjanzadeh

Ebrahim Mohammadian

Abstract

The purpose of the current research was the effectiveness of short-term treatment based on resilience, life expectancy and distress tolerance in female children suffering from father bereavement in Sari city in 1402. The statistical population of the present study was made up of all female children suffering from father bereavement in the city of Sari in 1402. The statistical sample of the research consisted of 40 people who referred to the counseling center in Shahr Amol, which was selected as available sampling. Data collection tools included Connor and Davidson resilience questionnaire, Miller life expectancy and distress tolerance. In addition to using descriptive statistics (mean, standard deviation) to answer the research hypotheses, the collected data were analyzed using SPSS26 software. The results showed that short-term treatment The solution focused on resilience, life expectancy and distress tolerance is effective in female children suffering from father bereavement. According to the severity of the effect, short-term solution-oriented treatment on life expectancy has a greater effect than resilience and distress tolerance in female children suffering from father bereavement.

Key Words : *short-term solution-oriented treatment, resilience, life expectancy, distress tolerance*

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر در شهر ساری در سال ۱۴۰۲ بود. جامعه ی آماری پژوهش حاضر را کلیه فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر در شهر ساری در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش شامل ۴۰ نفر از افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره در شهر ساری بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون، امید به زندگی میلر و تحمل پریشانی بود. داده های جمع آوری شده علاوه بر استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) برای پاسخگویی به فرضیه های پژوهش از روش تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر امید به زندگی تاثیر بیشتری نسبت به تاب آوری و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر دارد.

کلیدواژه: درمان کوتاه مدت راه حل مدار، تاب آوری، امید به زندگی، تحمل پریشانی

مقدمه

سوگ ۱۰۹ تجربه ای اجتناب ناپذیر در زندگی هر فرد است؛ باوجود این، توانایی افراد هنگام مواجهه با سوگ، در طیف گسترده ای از پذیرش سوگ تا به وجود آمدن عواقب جدی ناشی از آن قرار دارد (برتوسو، ۱۱۰، ۲۰۲۰). در بسیاری از مواقع، دوره سوگواری به طور طبیعی توسط فرد داغ دیده به عنوان واقعیت زندگی سپری می شود (حاجیلو، ۱۳۹۹). شیوع سوگ و پیامدهای آن به دلیل تفاوت های موجود در هنجارهای اجتماعی و انتظارات فرهنگی متفاوت است. تعریف مراحل، طول مدت سوگ به دلیل این تفاوت های فردی و پیچیدگی های فرهنگی، نه تنها دشوار است بلکه شیوع و ویژگی های این اختلال نیز در فرهنگ و جوامع مختلف یکسان نیست (استیون، ۲۰۲۲). مطالعات قبلی پیرامون شیوع سوگ پیچیده، دامنه گسترده ای از آمارها که بین ۲۴ تا ۴۴ درصد قرار دادند را گزارش کرده اند (لیپ و اوهرین، ۲۰۲۲). به نظر میرسد که نسبت و شدت سوگ پیچیده به طور مستقیم تحت دلستگی هیجانی و ویژگی های فرهنگی است (لینگر، ۲۰۲۰). مطالعات نشان میدهند که نسبت و شدت بالای سوگ پیچیده در کشور به گونهای است که افراد خود را از فعالیتهای اجتماعی برای مدت طولانی محروم میسازند (رحمتی و همکاران، ۱۳۹۹). اگرچه بیشتر افراد به صورت طبیعی پدیده سوگواری را پشت سر می گذارند، بعضی از افراد، در مقابل سوگواری و داغ دیدگی، مشکلات روانی مانند اضطراب ۱۱۱ و افسردگی ۱۱۲ را نشان می دهند (بصیری و موسوی نژاد، ۱۴۰۱). به طور طبیعی، واکنش های ناشی از تجربه سوگ، به تدریج کاهش پیدا می کند و طول مدت سوگواری در حالت بهنجار بیشتر از شش ماه نخواهد بود؛ اما در واکنش های نابهنجار و غیرطبیعی به پدیده سوگ، سوگواری فرد به صورت آشفته گی های روانی و در بازه ی زمانی طولانی تر و با شدت بیشتر است (حاجیلو، ۱۴۰۰). با وجود شیوع بالا و آشکار سوگ در جمعیت ایران به نظر میرسد بررسی متغیرهایی که تحت تاثیر این اختلال قرار میگیرد ضروری باشد.

تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است. در واقع، تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی های مقابله ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد تعریف شده است. همچنین تاب آوری به عنوان یکی از سازه های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است (کنوی ۱۱۳ و همکاران، ۲۰۲۱). بلاک (۲۰۰۵) معتقد است، تاب آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی است. در نتیجه این انعطاف پذیری انطباقی، افراد دارای سطح بالای تاب آوری در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب آوری برخوردارند به احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می نمایند، اعتماد به نفس بالاتری دارند و سازگاری روان شناختی بهتری نشان می دهند. افرادی که به طور بالقوه تاب آوری بالایی دارند بهتر می توانند به شرایط سخت بدون واکنش خودکار و غیرانطباقی واکنش نشان دهند و بهتر می توانند با افکار و هیجان های دشوار مقابله کنند. تاب آوری به طور قابل ملاحظه ای باعث افزایش امید به زندگی و تحمل پریشانی می شوند.

امید به زندگی می تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان

- 109 Grief
- 110 Bertuccio
- 111 Anxiety
- 112 Depression
- 113 Conwey

به عنوان مطلوب و بدون مشکل تجربه نموده اند را کشف و تقویت کنند، همچنین بتوانند نقاط قوت و منابع حمایتی خاص خود را مشخص و تعریفی نو و مختص به خودشان را از اهداف، استراتژی ها، نقاط قوت و منابع حمایتی خود بیابند. در این خصوص می توان به پژوهش هایی که انجام شده اشاره کرد. مانند نادری پور و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان تعیین اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر ادراک درد و تحمل پریشانی بیماران زن مبتلا به اختلال مولتیپل اسکیزوزیس انجام دادند. و به این نتیجه دست یافتند که روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر ادراک درد و تحمل پریشانی اثربخش بوده است. سودانی و سلیمی (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی هیجانی زوجین انجام دادند. نتایج نشان داد، درمان کوتاه مدت راه حل محور موجب بهبود خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی هیجانی زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مرحله پس -آزمون تا مرحله پیگیری شده است. آیار و سابانسیگولاری (۲۰۲۲) تأثیر درمان راه حل محور بر سطوح افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده از بیماران افسرده را مورد بررسی قرار دادند و با انجام ۱۰ جلسه درمان راه حل محور بر بیماران افسرده نشان دادند که درمان راه حل محور بر افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر معنیداری ندارد. آیار و سابانسیگولاری (۲۰۲۱) در مطالعه دیگری تأثیر رویکرد راه حل محور در بیماران افسرده بر سطوح عملکرد اجتماعی و احتمال خودکشی را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که رویکرد راه حل محور بر سطوح عملکرد اجتماعی و کاهش احتمال خودکشی بیماران افسرده تأثیر مثبت معناداری دارد. با توجه به مجموع آنچه بیان شد و همچنین وجود پژوهش های اندک در خصوص سوگواری و تحمل پریشانی و تاب آوری و افزایش امید به زندگی، پژوهش حاضر در صدد مطالعه اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر برآمده است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر بر حسب هدف کاربردی، بر حسب موقعیت میدانی و روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. این پژوهش از دو گروه آزمودنی ها که شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل می باشند، تشکیل شد که هر دو گروه آزمایش و کنترل، دو بار توسط پرسشنامه های استاندارد (پیش آزمون-پس آزمون) سنجیده شدند. اولین اندازه گیری با اجرای یک پیش آزمون و دومین اندازه گیری با اجرای یک پس آزمون بوده است.

داشته باشد. امید به زندگی به عنوان یکی از منابع مقابله انسان عمل می کند. امید لازمه حرکت به سوی سلامتی است. نقش موثر امید در زندگی، هم قبل از بروز یک مشکل در زندگی و هم پس از بروز آن ثابت شده است. امیدواری را می توان به عنوان عنصری از زندگی معنادار به حساب آورد (نصیری و همکاران، ۱۳۹۳). سوگواری و از دست دادن نوعی احساس شکست در فرد ایجاد می کند که فرد احساس ناامیدی و ناکامی را احساس کند. ناامیدی، حالت تکان دهنده ای است که با احساسی از ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی و بی علاقگی به زندگی آشکار می شود و فرد در اثر ناامیدی به شدت غیرفعال شده و نمی تواند موقعیت های مختلف خود را بسنجد و تصمیم بگیرد (محمدیاری و حسینیان، ۱۳۹۸)؛ و تحمل پریشانی در این راستا دشوار می گردد.

پریشانی، تنیدگی یا استرس در روان شناسی به معنی فشار و نیرو است و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند، استرس زا یا عامل تنیدگی نامیده می شود. در واقع استرس زمانی ایجاد می شود که ما نتوانیم با فشارهای کوچک کنار بیاییم. استرس در افراد مختلف متفاوت است، ممکن است عاملی برای فردی ایجاد استرس کند ولی در فرد دیگر، به هیچ عنوان استرس ایجاد نکند (لاسلی، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی، توانایی مقاومت کردن در برابر رویدادها، موقعیت های فشار آوردن هیجانات قوی، بدون جادادن و یا رویارویی فعال و مثبت با فشار تعریف می شود. شایستگی تحمل پریشانی، نوعی مهارت رویایی است که ما از آن ها برای تحمل دردهای غیرقابل اجتناب، تهدیدها و هجوم فشارهای زندگی استفاده می کنیم. بار-آن، تحمل پریشانی را به شرح ذیل تعریف می کند: "تحمل مقاومت و تحمل در برابر وقایع زیان آور و موقعیت های تنش زا بدون برخورداری از احساس شکست، آن هم از طریق رویارویی مثبت و فعالانه با تحمل پریشانی." پریشانی موجب می شود که افراد زمانی که با چالش های تهدیدکننده و فشارزا مواجه می شوند، نتوانند هیجان هایشان را به خوبی مدیریت و تنظیم کنند و در نتیجه تحت تأثیر منفی هیجانات ناخوشایند قرار گیرند. در این شرایط مداخلات درمانی باعث افزایش تاب آوری و تحمل پریشانی می شود.

یکی از مداخلاتی که می تواند در این رابطه موثر باشد درمان راه حل مدار کوتاه مدت است که توسط کیم برگ مددکار اجتماعی کره ای در سال ۱۹۸۰ مطرح شد، درمان راه حل مدار متناسب با ارزش های انسانی با فرض های نیروبخشی شروع به مداخله می کند، مراجعان با کفایت هستند و از توانایی ایجاد کردن راه حل هایی که می توانند زندگی شان را بهتر کنند برخوردارند (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۸). درمانگران راه حل مدار به مراجعان کمک می کنند تا این دید متفاوت را درباره آینده در خود شکل دهند که مشکلات در آن حل شدنی هستند و می توانند لحظات استثنایی که

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر در شهر ساری در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش شامل ۴۰ نفر از افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره در شهر ساری بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. این تعداد بر اساس روش تحقیق نیمه آزمایشی و با توجه به ملاک‌های ورود، افرادی که آن ملاک‌ها را داشتند، وارد پژوهش شدند و در دو گروه ۲۰ نفره (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه تاب آوری را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) و مقیاس تحمل پریشانی که به وسیله سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) می باشد. افراد گروه آزمایش به مدت هفت جلسه یک و نیم ساعته تحت درمان راه حل مدار به شیوه گروهی قرار گرفتند، محتوای مداخله درمان راه حل مدار اقتباسی است از پژوهش‌های گوناگون در این حوزه با تمرکز بر کارهای (دی شازر و همکاران، ۲۰۰۶)، که به طور خلاصه ایجاد یک راه حل مثبت و منطقی با موضع متمرکز، بررسی راه حل‌های مثبت قبلی، جستجوی استثنائات، پرسیدن سوال در مقابل دستور یا تفسیر، سوالات حال و آینده محور در مقابل سوالات گذشته محور را شامل می شود که محتوای جلسات به طور خلاصه بدین شرح است:

جدول ۳-۱- بر اساس پروتکل گروه درمانی جعفری و همکاران (۱۳۹۸)

جلسه اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه و روانشناس با یکدیگر و ایجاد رابطه جهت ایجاد راپورت درمانی، نظرخواهی از اعضا در مورد احساساتشان راجع به جلسه، درخواست از اعضا برای بیان کردن اهدافشان از درمان به وسیله عبارات و واژه‌های مثبت و قابل دستیابی و عملیاتی. به عنوان مثال نتیجه‌ای که از این درمان می‌خواهید بگیرید چیست؟ به جای مشکلات چه چیزی را می‌خواهید جایگزین کنید؟ پس از رسیدن به این اهداف چه تغییراتی در زندگی شما ایجاد می‌شود؟ فرمول بندی اهداف و جمع بندی آن توسط روانشناس و تعیین زمان و محل تشکیل جلسه آینده.
جلسه دوم	مقدمه‌ای از اقدامات جلسه قبل، گفتگو مختصر درباره مشکل و پس از اظهار مشکل توسط مراجعان ارائه فن موارد استثنایی که بر توانمندی‌ها و قابلیت‌های مددجویان استوار است و فن سوال معجزه در مورد کسانی که مدعی هستند مورد استثنایی را تجربه نکرده اند و ثبت پاسخ افراد. همچنین انتقال درمان از گفت و گوی مشکل مدار به گفتگوی راه حل مدار، ارائه ملاک‌های ایجاد اهداف موثر در طی گفتگوهای اعضای گروه به فراخور بحث مراجعان، که به این شرح است: هدف مثبت، فرایند، زمان حال، عمل مشخص و روشن، خود تصمیم گیری درمان جو، استفاده از زبان درمان جو برای تشکیل اهداف، درخواست از اعضا برای مشخص کردن چند تکلیف و راه حل بر اساس ملاک‌های مطرح شده و اعلام آن به گروه. تشویق اعضا به دادن بازخورد در مورد راه حل‌های دیگران. پرسش در مورد احساس خود در پایان جلسه و جمع بندی جلسه.
جلسه سوم	بیان مختصر آنچه که در جلسه پیش توسط اعضا ارائه شده بود. پیگیری تکالیف اعضا و بازخورد مناسب به تکالیف صحیح و رفع مشکلات تکالیف ناصحیح توسط خود مراجعان و اعضای گروه و ارائه چهار رهنمود مطرح شده برای انتخاب راه حل‌ها (بحث به صورت گروهی در مورد هر کدام از این مسائل) - اگر راه حل موثر است آن را ثابت نگه دارید و به دفعات بیشتری آن را انجام بدهید. - اگر اندکی موثر است تصمیم بگیرید بیشتر روی آن کار کنید. - اگر به نظرتان هیچ راه حلی موثر نیست معجزه‌هایی را تجسم و آزمایش کنید. - تصمیم بگیرید با هر جلسه به عنوان آخرین جلسه برخورد کنید تغییر حالا شروع می‌شود نه هفته بعد. القای این عقیده که همه افراد می‌توانند برای مشکلات خود راه حل بیابند جمع بندی جلسه و تعیین اهداف جلسه بعد توسط روانشناس.
جلسه چهارم	توضیح مختصری از آنچه در جلسه قبل توسط اعضا گفته شد، جویا شدن درباره این که چه زمان‌هایی و با چه اقداماتی احساس تاب آوری دارند و توصیف این اقدامات و تلاش برای تکرار آن‌ها، تشویق مراجع به درجه بندی میزان دستیابی به اهداف تعیین شده شان با نمره‌ای بین صفر تا ده، که ده بیشترین میزان دستیابی را منعکس می‌کند (بیکر و همکاران، ۲۰۱۰) و مشخص کردن این مسئله که برای رسیدن به این اهداف چه اقداماتی را انجام داده اند و ارائه تکلیف در همین رابطه و نهایتاً جمع بندی جلسه.

جلسه پنجم	تصحیح اشکالات توسط خود اعضای گروه و روانشناس، بیان راهکارهایی که برای رفع اشکالات و موانع در زمانی که مراجعان به قدر کافی پیشرفت کرده اند و از عملکرد خود رضایت دارند، دادن تکلیف در مورد عملیاتی کردن نحوه انجام این تصحیحات.
جلسه ششم	بررسی تکالیف و بازخورد چگونگی انجام این تصحیحات بعد از اتمام جلسات درمان با هدف گذاری خودانگیخته خود مراجع، جهت دهی تعمیم دستاوردهای جلسات به سایر موقعیت ها.
جلسه هفتم	دقیق میزان پیشرفت اعضا در ارتقای تاب آوری. پرسیدن روانشناس از استثنائاتی که در طول درمان به وجود آمده است و تاکید بر این که این راه حل ها را خود مراجع به دست آورده است و در آینده نیز توانایی آن را خواهد داشت، پرسیدن احساس و نظرات مراجعان راجع به اتمام درمان و ارزیابی آن ها از جلسات.
جلسه هشتم	اجرای پس آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش به صورت جداگانه، تشکر و قدردانی از همکاری آن ها در اجرای آزمون.

داده های جمع آوری شده علاوه بر استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) برای پاسخگویی به فرضیه های پژوهش از روش تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل

جدول ۳-۴: توصیف متغیرهای

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳۶/۳۴	۰/۱۵
		پس آزمون	۱۵	۳۱/۳۵	۰/۰۹
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۳۲/۴۲	۰/۱۲
		پس آزمون	۱۵	۵۸/۱۲	۰/۱۷
تحمل پریشانی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳۱/۴۱	۰/۳۵
		پس آزمون	۱۵	۳۸/۳۰	۰/۲۹
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۴۰/۴۶	۰/۳۱
		پس آزمون	۱۵	۵۳/۵۸	۰/۳۰
امید به زندگی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۸۶/۳۳	۰/۱۴
		پس آزمون	۱۵	۸۲/۳۷	۰/۱۲
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۹۴/۳۸	۰/۱۰
		پس آزمون	۱۵	۱۵۱/۶۵	۰/۱۴

همانطوریکه ملاحظه می شود مقدار متغیرهای تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در مرحله پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما مقدار نمره متغیرهای تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش محسوسی یافته است.

فرضیه تحقیق: درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر تاثیر دارد.

جدول ۴-۱۱: تحلیل کواریانس یکطرفه فرضیه اصلی

Sig	f	مقدار	آماره ها
۰/۰۰۰	۶/۰۵	۰/۳۲۱	اثر پیلای
۰/۰۰۰	۴/۶۵	۰/۶۸۵	لانداي ويلکز
۰/۰۰۰	۵/۲۱	۰/۵۶۲	اثر هاتلینگ

در جدول بالا بر اثر سه آماره اثر پیلای، لانداي ويلکز و اثر هاتلینگ با توجه به اینکه مقدار sig کمتر از ۰/۰۵ می باشد بنابراین اثر درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر متفاوت می باشد.

جدول ۴-۱۲: تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA)

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	سطح معنی داری	شدت اثر
تاب آوری	۰/۷۱۱	۱	۰/۷۱۱	۹/۱۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۳
امید به زندگی	۰/۳۷۷	۱	۰/۳۷۷	۱۴/۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۵۵۴
تحمل پریشانی	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۶۷	۶/۹۱۶	۰/۰۱۴	۰/۳۷۲

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می شود که درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر امید به زندگی تاثیر بیشتری نسبت به تاب آوری و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر دارد.

بحث و تفسیر

نتایج فرضیه اصلی نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر تاب آوری، امید به زندگی و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر امید به زندگی تاثیر بیشتری نسبت به تاب آوری و تحمل پریشانی در فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر دارد. این نتایج با نتایج نادری پور و همکاران (۱۴۰۲)، ترابی و حسنی (۱۴۰۰)، سودانی و سلیمی (۱۴۰۲)، آیار و سابانسیگولاری (۱۱۶، ۲۰۲۲)، آیار و سابانسیگولاری (۲۰۲۱)، گان (۱۱۷، ۲۰۲۰) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که در این رویکرد درمانگر کمتر نگران برانگیختن مسئله و بیشتر نگران کار با مراجع برای رسیدن به یک راه حل برای مسئله است درمان راه حل محور با فرض های خوش بینی شروع می کند: انسان ها سالم هستند، انسان ها با کفایت هستند. انسان ها توانایی تدوین راه حل هایی را دارند که می تواند زندگی آن ها را بهتر کند. روان درمانی با تمرکز بر راه حل ها به جای مشکلات می تواند به آدم ها کمک کند که زندگی خود را بهبود بخشند (پروچسکا و نورکراس ۱۱۸، ۲۰۱۸). در نهایت می توان گفت درمان راه حل محور روی قدرت و تلاش های مراجع برای کمک به وی برای ایجاد راه حل های مثبت و خارج شدن از مشکل تمرکز دارد به همین دلیل است که می تواند اثر معناداری رو تاب آوری و امید به زندگی و تحمل پریشانی فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر بگذارد. در واقع این رویکرد بجای تأکید بر نقایص و ناتوانی های افراد بر برجسته کردن قابلیت ها و موفقیت های افراد و ایجاد روابط حمایتی در طی فرایند درمان متمرکز است. بدیهی است که رفع محدودیت های پژوهش زیربنای پژوهش های بعدی قرار می گیرد و این امر موجب شکوفایی در امر علم و پژوهش خواهد بود پژوهش حاضر نیز از این محدودیت ها مستثنی نبوده است، از جمله می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- عدم استفاده از سایر روشها برای جمع آوری اطلاعات همچون مشاهده و مصاحبه
- تمام متغیرهایی که بر فرزندان دختر مبتلا به سوگ پدر موثر میباشند در نظر گرفته نشده است و فقط متغیرهایی که در طرح تحقیق بیان شده مورد نظر این تحقیق بوده است. لذا این دسته از محدودیتها در تحقیق وجود داشته که ممکن است بر نتایج حاصله سایه انداخته باشد.

116 Ayar & Sabancioğullari

117 Gan

118 Procheska & Norcross

منابع

- بصیری فر، مهلا و موسوی نژاد، سیدمحمود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انسجام روانی زنان نابارور. تحقیقات سلامت در جامعه، ۸(۱)، ۸۱-۹۲.
- رحمتی، صمد؛ هوشمندی، رودابه؛ موسوی انزهایی، آرزوسادات و دهاقین، وحیده. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی تحلیل رفتار متقابل بر تحمل پریشانی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان بزهکار. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۱۰(۳۷)، ۴۵-۶۴.
- نصیری، اعلا؛ خسروی، صدراله؛ قادری، زهرا و وفایی، طیبه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی شیوه‌های حل مساله بر کاهش بحران هویت نوجوانان دختر (فرزندان جانبازان). طب جانباز (Iranian journal of War and public health)، ۳(۹)، ۳۷-۴۳.
- محمدیاری، انسیه، و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۷). فراتحلیل اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر زوج درمانی (ایران، ۱۳۹۶-۱۳۸۵). فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۳(۴۳)، ۳۳-۵۲.
- زارعی محمود آبادی حسن، سدرپوشان نجمه، کلانتری مریم. اثربخشی آموزش گروهی مقابله با سوگ در بهبود تجربه سوگ ناشی از کووید-۱۹ در زنان سوگوارشهر یزد. طلوع بهداشت. ۱۴۰۲؛ ۲۲(۱): ۱۶-۳۱
- نامجو، فرهاد؛ سجادیان، ایلناز و گل پرور، محسن. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان و رشد فردی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر. خانواده درمانی کاربردی، ۱(۴)، ۱-۱۷.

Steven, T. (2022). Pandemi and Clinical Psychology, Comprehensive Clinical Psychology, 10.1016/B978-0-12-818697-8.00164-3, (151-166).

Bertuccio, R. F., & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12(S1), S87-S89. <https://doi.org/10.1037/tra0000723>

Ayar, D., & Sabancioğullari, S. (2022). The effect of a solution-oriented therapy on the depression levels and the perceived social support of depressive patients. Archives of Psychiatric Nursing, 36, 62-69.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Oxford University Press.

Conway, C. C., Naragon-Gainey, K., & Harris, M. T. (2021). The structure of distress tolerance and neighboring emotion regulation abilities. Assessment, 4(28), 1050-1064.

مقایسه تاثیر موسیقی درمانی بر بیماری پرفشاری خون در بیماران میانسال و سالمند

علی روحانی

گروه مهندسی برق و پزشکی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

معصومه خانلری*

معصومه خانلری گروه مهندسی برق و پزشکی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

حمیدرضا حسین زاده

گروه مهندسی برق و پزشکی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Comparison of the effect of music therapy on hypertension in middle-aged and elderly patient

Masoumeh Khanlari

Department of Electrical and Biomedical Engineering, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

Hamid reza Hosseinzadeh

Department of Electrical and Biomedical Engineering, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

Ali Rouhani

Department of Electrical and Biomedical Engineering, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background and purpose: For the treatment of high blood pressure, drug therapy methods are often used, which include the long-term use of numerous chemical drugs. Drug therapy has many unwanted side effects along with high health care costs. The purpose of the present study is to investigate and compare the effect of music therapy on hypertension in middle-aged and elderly patients.

Materials and methods: In the present experimental study, 60 patients (30 middle-aged and 30 elderly) with primary hypertension in Zanjan city in the year 1402 were selected by multi-stage cluster random sampling and randomly divided into four groups of 15 people (middle-aged test group, elderly test group, middle-aged control group and elderly control group). The music chosen by the participants was performed for 30 minutes on even days for 2 months for the test groups. Blood pressure changes of the participants were measured, recorded and compared before, during and after the intervention. The data was analyzed by SPSS software version 26.

Results: The results of the paired sample t test showed a greater decrease in the average systolic and diastolic blood pressure (with p-value less than 0.05) of the test groups compared to the control groups. Also, the results of the ANCOVA test in addition of confirming the result of the paired sample t test, revealed that the effect of music therapy on reducing systolic and diastolic blood pressure is greater in middle-aged people (with an effect size of 0.933 and 0.885, respectively) than in the elderly (0.838 and 0.304).

Conclusion: Music therapy is effective in reducing blood pressure in patients with primary hypertension, and this effect is more prominent in the middle-aged group.

Keywords: Music therapy, blood pressure, elderly, middle-aged

چکیده

زمینه و هدف: برای درمان پرفشاری خون اغلب از روش های دارودرمانی استفاده می شود که شامل استفاده طولانی مدت از داروهای شیمیایی متعدد می باشد. دارودرمانی دارای عوارض جانبی ناخواسته زیاد همراه با هزینه های مراقبت سلامت گزاف است. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه تاثیر موسیقی درمانی بر بیماری فشارخون در بیماران میانسال و سالمند انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه آزمایشی حاضر بر روی ۶۰ بیمار (۳۰ نفر میانسال و ۳۰ نفر سالمند) مبتلا به پرفشاری خون اولیه در شهر زنجان که به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و بطور تصادفی به چهار گروه ۱۵ نفره (گروه آزمون میانسالان، گروه آزمون سالمندان، گروه کنترل میانسالان و گروه کنترل سالمندان) تقسیم شدند، انجام گرفت. موسیقی دلخواه شرکت کنندگان طی ۲ ماه در روزهای زوج به مدت ۳۰ دقیقه برای گروه های آزمون اجرا گردید. تغییرات فشارخون شرکت کنندگان قبل، حین و پس از مداخله اندازه گیری، ثبت و مقایسه گردید. داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج آزمون t نمونه های زوجی، کاهش بیشتری را در میانگین فشارخون سیستولی و دیاستولی (با p-value کمتر از ۰/۰۵) گروه های آزمون در مقابل گروه های کنترل را نشان داد. نتایج آزمون آنکوا علاوه بر تایید نتایج آزمون t نمونه های زوجی، مشخص کرد که تاثیر موسیقی درمانی بر کاهش فشارخون سیستولی و دیاستولی میانسالان (به ترتیب با اندازه اثر ۰/۹۳۳ و ۰/۸۸۵) بیشتر از سالمندان (۰/۸۳۸ و ۰/۳۰۴) می باشد.

نتیجه گیری: موسیقی درمانی بر کاهش فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه موثر بوده و این تاثیر در گروه میانسالان بیشتر است. البته موسیقی درمانی برای سالمندان نیز موثر است.

کلیدواژه ها: موسیقی درمانی، فشارخون، سالمندان، میانسالان

مقدمه

بیماری فشارخون بالا^{۱۱} به معنای بالا بودن میزان فشارخون در داخل عروق به ویژه در سرخرگ ها است که بر اثر نیروی وارد به دیواره ی سرخرگ ها ایجاد می شود. میزان فشار خون، با دو عدد مشخص و با واحد میلی متر جیوه بیان می شود. فشار خون سیستولیک (عدد بالایی در اندازه گیری فشارخون) نشان دهنده ی نیرو وارد شده به دیواره ی سرخرگ ها در هنگام انقباض قلب و فشار خون دیاستولیک (عدد پایینی) نشان دهنده ی میزان این نیرو در هنگام انقباض عضلات قلب (بین هر ضربان قلب) است. فشارخون در حالت طبیعی باید حدود ۱۲۰ بر روی ۸۰ میلی مترجیوه باشد. فشارخون سیستولیک نرمال ۱۲۰-۱۱۵ و فشارخون دیاستولیک طبیعی ۸۵-۷۵ میلی مترجیوه است. در صورتیکه فشارخون بین ۱۲۰/۸۰ تا ۱۳۹/۸۹ میلی مترجیوه باشد، شخص در معرض ابتلا به فشارخون بالا قرار دارد. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی مترجیوه و بالاتر نشان دهنده ابتلا به بیماری پرفشاری خون است.

فشارخون بالا اولین عامل خطر برای بیماری های مزمن قلبی عروقی و بزرگترین مقصر سبکته مغزی است (۱، ۲). بعلاوه پرفشاری خون بدلیل شیوع و مرگ و میر بالا یک نگرانی سلامت عمومی است. بطور تقریبی هر ساله ۷/۵ میلیون نفر در جهان بدلیل بیماری پرفشاری خون جان خود را از دست می دهند (۱۰). فشارخون بالا مشکلات زیادی را برای سلامتی ایجاد می کند زیرا علائم خاص و دقیقی برای آن یافت نشده است. این بیماری می تواند تا زمانی که به سطح تهدید آمیزی برای بیمار برسد، بدون اینکه قابل تشخیص باشد پیشرفت کند (۱۱). به همین دلیل به آن لقب قاتل خاموش داده اند. باتوجه به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی (WHO) تخمین زده می شود که تعداد مبتلایان به پرفشاری خون تا سال ۲۰۲۵ در حال افزایش بوده و این مقدار از ۱/۱۳ میلیارد نفر در جهان پیشی می گیرد.

تئوری های مختلفی نشان می دهند که فاکتور ژنتیک و تغییرات هورمونی می توانند از عوامل حمایت کننده پرفشاری خون باشند. برخی از عوامل مانند افزایش سن، جنس، قومیت، چاقی، ژنتیک، مصرف الکل، استرس، مصرف زیاد نمک و کشیدن سیگار می توانند برای فردی که از فشارخون بالا رنج می برد خطر آفرین باشد. فاکتور استرس نیز می تواند با افزایش فعالیت سیستم لیمبیک باعث ظهور فشارخون اولیه شود (۱۳). همچنین استرس و اضطراب باعث تحریک غدد فوق کلیوی و تحریک سیستم عصبی خودمختار می شوند که طی یک فرایند پیچیده منجر به افزایش فشارخون، نامنظم شدن تنفس، تنگی نفس، افزایش تعداد تنفس و تعداد ضربان قلب می شوند و در صورت تکرار و مزمن شدن، فرد دچار فشارخون بالا و سایر بیماری ها خواهد شد (۱۷).

ظهور درد در قفسه سینه، سر درد، خستگی زودرس، حالت تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اضطراب، اختلال بینایی، وزوز گوش، اختلالات خواب، احساس سنگینی در پشت گردن، پاهای متورم، تعریق زیاد، ضربان قلب سریع و حتی خونریزی بینی می توانند علائمی باشند که در افراد مبتلا به فشارخون بالا یافت می شوند (۷).

از آنجایی که دارودرمانی شامل درمان های طولانی مدت، استفاده از داروهای متعدد و هزینه های مراقبت سلامت زیاد می باشد، محدودیت های مالی خانواده را بیش از پیش افزایش می دهد (۱۰). استفاده طولانی مدت از داروهای ضد فشارخون می تواند باعث Hypertension . 119

چاقی، سرگیجه، سرفه کردن، تکرر ادرار، اختلال عملکرد جنسی، ضربان قلب غیر نرمال و آلرژی (شود) ۱۲). همچنین دارودرمانی دارای اثرات جانبی مثل بدتر شدن شدت سایر بیماری‌ها و یا سایر اثرات کشنده می‌باشد. در نتیجه درمان غیردارویی همیشه مورد توجه بیماران مبتلا به پرفشاری خون و همچنین پزشکان می‌باشد. از روش‌های غیردارویی برای کاهش میزان فشارخون، موسیقی درمانی است.

موسیقی فقط یک صدا نیست بلکه ترکیبی از صداهاست که قابلیت کمک به بدن و ذهن را دارد. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که موسیقی میزان "ایترولوگین" را در خون افزایش می‌دهد، بنابراین می‌تواند باعث افزایش ایمنی بدن شود (۳). موسیقی قدرت تقویت احساسات افراد و درمان بیماری‌ها را دارد (۶). گوش دادن به موسیقی با ریتم آرام، سبب سرکوب آزاد سازی کتکولامین‌ها و کاهش غلظت آن‌ها در خون می‌گردد. لذا باعث می‌شود بدن به آرامش رسیده، ضربان قلب پایدار شده و فشارخون کاهش یابد (۷). موسیقی درمانی عبارت است از مداخله‌ای که حواس و توجه افراد را از کنش‌های منفی دور می‌کند و به عنوان یک آگاهی متمرکز بر محرک‌های تسکین دهنده عمل می‌نماید. موسیقی درمانی به عنوان بخشی از روش‌های درمانی برای کاهش اضطراب استفاده می‌شود. بطوریکه آزمایشات بالینی اثبات کرده‌اند که مداخله موسیقی درمانی برای بیماران بستری در بخش ICU منجر به کاهش اضطراب آن‌ها شده است (۱۰).

این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه تاثیر موسیقی درمانی بر بیماری پرفشاری خون در بیماران میانسال و سالمند انجام شد تا بازه سنی خاصی که بیشترین تاثیر را از این روش درمانی دریافت می‌کند مشخص شود و در صورت اثربخش بودن روش فوق، پیشنهادی مبتنی بر یک تحقیق علمی جهت جایگزینی این روش در بخش‌های قلب و عروق به عنوان یک درمان کمکی برای کاهش میزان فشارخون مبتلایان به پرفشاری خون استفاده شود.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی-واحد تهران شمال دریافت شد (IR.IAU.TNB. REC.1403.155) و در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی ثبت شده است.

با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون اولیه شامل ۳۰ نفر میانسال (۳۵ تا ۶۵ سال) و ۳۰ نفر سالمند (بالای ۶۵ سال) مراجعه کننده به بیمارستان‌ها، مطب‌ها و کلینیک‌های قلب و عروق شهر زنجان انتخاب شدند. جهت گردآوری شرکت کنندگان، پرسشنامه‌ای تهیه و تنظیم شد و با هماهنگی و جلب رضایت مسئولین مربوطه بصورت تصادفی در اختیار مراکز فوق قرار گرفت. بدین ترتیب لیستی از ۱۰۰ بیمار

مبتلا به پرفشاری خون که به این مراکز مراجعه کرده بودند تهیه شد. از این ۱۰۰ نفر، ۸۰ نفر انتخاب شدند که تعیین این حجم نمونه مطابق با فرمول کوکران محاسبه گردید که پس از انجام مصاحبه غربالگری و بررسی معیارهای ورود به پژوهش، ۶۰ نفر شامل ۳۰ نفر میانسال و ۳۰ نفر سالمند به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن بالای ۳۵ سال، نوع بیماری (پرفشاری خون اولیه)، سابقه ابتلا به بیماری (حداقل ۲ سال)، تحت کنترل بودن بیماری، نوع دارویی که مصرف می‌کنند و تمایل بیمار جهت شرکت در پژوهش بود.

پس از انتخاب اعضای جمعیت نمونه، میانسالان و سالمندان بصورت جداگانه و تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره آزمون و کنترل تقسیم بندی شدند (گروه‌های پژوهش شامل: گروه آزمون میانسالان، گروه کنترل میانسالان، گروه آزمون سالمندان و گروه کنترل سالمندان). تعداد ۳۰ نفر سالمند شامل ۱۶ زن و ۱۴ مرد با دامنه سنی ۶۷ تا ۷۹ سال، با میانگین سنی ۷۲/۵۶ و انحراف معیار ۳/۹۸ و سابقه ابتلا به بیماری پرفشاری خون ۶ تا ۱۴ سال با میانگین ۱۰/۱۳ سال و انحراف معیار ۲/۴۵ و همچنین ۳۰ نفر میانسال شامل ۱۲ زن و ۱۸ مرد با دامنه سنی ۳۶ تا ۵۴ سال با میانگین سنی ۴۶/۳۶، انحراف معیار ۵/۰۸ و سابقه ابتلا به بیماری پرفشاری خون ۲ تا ۱۰ سال با میانگین ۵/۵۳ سال و انحراف معیار ۲/۷۷ در این پژوهش شرکت کردند. قابل ذکر است که بیماری شرکت کنندگان پژوهش حاضر از نوع پرفشاری خون اولیه بوده و نوع دارویی که مصرف می‌کردند، قرص کاپتوپریل ۲۵ میلی گرم بود. بنابراین تاثیر احتمالی نوع دوز دارویی مورد مصرف در این پژوهش کنترل گردید.

پس از تقسیم‌بندی شرکت کنندگان در گروه‌ها، مداخله موسیقی درمانی طی ۲۶ جلسه (هر هفته ۳ جلسه، در روزهای زوج) به مدت ۲ ماه اجرا گردید. در جلسه اول از شرکت کنندگان خواسته شد که برای دریافت آموزش‌های لازم مراجعه نمایند. در این جلسه بعد از آشنایی، ارائه توضیحات و پاسخ به سوالات، فشارخون همه شرکت کنندگان (فشارخون پیش‌آزمون) ثبت شد و موسیقی دلخواه هر شخص به کمک پژوهشگر تعیین شد. در جلسات بعدی، گروه‌های آزمون در ساعتی مشخص به مدت ۳۰ دقیقه (۵:۳۰ الی ۶ عصر) موسیقی مورد نظر هر فرد اجرا و پس از مداخله، فشارخون آنها ثبت شد. این درحالی است که گروه‌های کنترل مداخله موسیقی درمانی دریافت نکردند (فقط تحت درمان دارویی قبلی خود بودند) ولی مانند گروه‌های آزمون در ساعت تعیین شده فشارخون آنها ثبت گردید. در نهایت پس از ۲ ماه فشارخون نهایی (پس‌آزمون) تمام شرکت کنندگان اندازه‌گیری و ثبت شد. داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ گردید و توسط شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون نمونه‌های زوجی و آزمون آنالیز کوواریانس (آنکوا) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۱ که نتایج آزمون مقایسه زوجی را نشان می‌دهد، میانگین پیش آزمون فشارخون سیستولی و دیاستولی میانسالان گروه آزمون به ترتیب ۱۴۱/۲۷ و ۹۲/۲۰ میلی‌متر جیوه و برای گروه کنترل ۱۴۶/۵۳ و ۸۲/۲۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد. میانگین پس آزمون فشارخون سیستولی و دیاستولی میانسالان گروه آزمون به ترتیب ۱۲۰/۴۷ و ۸۲/۸۷ میلی‌متر جیوه و برای گروه کنترل ۱۴۱/۰۷ و ۸۰/۲۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد. همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت گروه آزمون در پس آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است. به همین ترتیب برای سالمندان نیز میتوان تفسیر کرد، بطوریکه میانگین پیش آزمون فشارخون سیستولی و دیاستولی سالمندان گروه آزمون به ترتیب ۱۴۸/۸۰ و ۸۹/۱۳ میلی‌متر جیوه و برای گروه کنترل ۱۴۴/۴۷ و ۸۱/۵۳ میلی‌متر جیوه می‌باشد. میانگین پس آزمون فشارخون سیستولی و دیاستولی سالمندان گروه آزمون به ترتیب ۱۳۶/۳۳ و ۸۳/۴۰ میلی‌متر جیوه و برای گروه کنترل به ترتیب ۱۳۹/۰۷ و ۷۹/۵۳ میلی‌متر جیوه می‌باشد. همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت گروه آزمون در پس آزمون نسبت به گروه کنترل در سالمندان نیز قابل ملاحظه است. به عبارت دیگر با مقایسه بین دو گروه آزمون و کنترل میانسالان، کاهش بیشتری در میانگین فشارخون سیستولی و دیاستولی گروه آزمون (۲۰/۸۰ و ۹/۳۳۳ میلی‌متر جیوه) در مقابل گروه کنترل (۵/۴۶۷ و ۲/۰۰۰ میلی‌متر جیوه) با مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ مشاهده می‌شود که معنی دار است. همچنین برای سالمندان با مقایسه بین دو گروه آزمون و کنترل کاهش بیشتری در میانگین فشارخون سیستولی و دیاستولی گروه آزمون (۱۲/۴۶۷ و ۵/۷۳۳ میلی‌متر جیوه) در مقابل گروه کنترل (۵/۴۰۰ و ۲/۰۰۰ میلی‌متر جیوه) با مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ مشاهده می‌شود که معنی‌دار است.

جدول ۱: آزمون مقایسه زوجی برای میانسالان و سالمندان

بازه سنی	فاکتورها	SBP (آزمون)		(کنترل) SBP		DBP (آزمون)		z	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
میانسالان	میانگین (انحراف معیار)	۱۴۱/۲۷ (۳/۱۹۵)	۱۲۰/۴۷ (۳/۰۴۴)	۱۴۶/۵۳ (۳/۵۴۳)	۱۴۱/۰۷ (۳/۵۱۵)	۹۲/۲۰ (۳/۹۱۱)	۸۲/۸۷ (۴/۲۰۷)	۸۲/۲۰ (۵/۴۰۱)	۸۰/۲۰ (۵/۲۸۱)
	تغییرات میانگین (انحراف معیار)	۲۰/۸۰ (۱/۴۲۴)	۵/۴۶۷ (۲/۲۰۰)	۵/۴۶۷ (۲/۲۰۰)	۹/۳۳۳ (۰/۹۷۶)	۲/۰۰۰ (۰/۸۴۵)			
	فاصله اطمینان ۰/۹۵	۲۱/۵۸۹ - ۲۰/۰۱۱	۶/۶۸۵ - ۴/۲۴۹	۹/۸۷۴ - ۸/۷۹۳	۲/۴۶۸ - ۱/۵۳۲				
	t	۵۶/۵۶۱	۹/۶۲۵	۳۷/۰۴۱	۹/۱۶۵				
	p-value	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰				
سالمندان	میانگین (انحراف معیار)	۱۴۸/۸۰ (۳/۳۲۱)	۱۳۶/۳۳ (۳/۲۲۲)	۱۴۴/۴۷ (۶/۸۵۴)	۱۳۹/۰۷ (۷/۱۴۶)	۸۹/۱۳ (۷/۰۳۹)	۸۳/۴۰ (۷/۲۲۹)	۸۱/۵۳ (۶/۲۷۸)	۷۹/۵۳ (۶/۵۰۱)
	تغییرات میانگین (انحراف معیار)	۱۲/۴۶۷ (۱/۱۲۵)	۵/۴۰۰ (۱/۷۶۵)	۵/۷۳۳ (۳/۲۶۲)	۲/۰۰۰ (۰/۷۶۵)				
	فاصله اطمینان ۰/۹۵	۱۳/۰۹۰ - ۱۱/۸۴۳	۶/۳۷۷ - ۴/۴۲۳	۷/۵۴۰ - ۳/۹۲۷	۲/۴۱۹ - ۱/۵۸۱				
	t	۴۲/۹۰۱	۱۱/۸۵۱	۶/۸۰۸	۱۰/۲۴۷				
	p-value	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰				

هدف از انجام تحلیل کوواریانس مقایسه بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله (پس آزمون) با یکدیگر است. در صورتیکه اندازه‌های قبلی (پیش آزمون) کنترل شده باشد. علاوه بر این با استفاده از این آزمون می‌توان دریافت که کدام بازه سنی بیشترین تاثیر را از مداخله موسیقی درمانی دریافت کرده‌اند. در نهایت تحلیل کوواریانس به این سوال پاسخ می‌دهد که آیا مداخله موثر و معنی دار بوده است؟

در پژوهش حاضر، متغیر مستقل (عامل)، تاثیر موسیقی درمانی (گروه آزمون - گروه کنترل)، متغیر وابسته، اندازه فشارخون شرکت کنندگان در پس آزمون و متغیر مداخله گر (مزامح)، فشارخون شرکت کنندگان در پیش آزمون می باشد. در آنالیز کوواریانس سعی داریم با ثابت نگه داشتن اثرات متغیر مداخله گر، برابری میانگین متغیر وابسته را در سطوح مختلف متغیر مستقل شناسایی کنیم. آنالیز کوواریانس دارای پیش فرض هایی است که باید تا حد امکان رعایت شود. این پیش فرض ها شامل پیوسته بودن متغیر وابسته و مداخله گر، گسسته بودن متغیر مستقل، استقلال مشاهدات، عدم وجود داده پرت، نرمال بودن باقی مانده ها، همگنی واریانس ها و همگنی شیب رگرسیون است که در پژوهش حاضر این پیش فرض ها رعایت شده اند. به منظور بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها، از آزمون لون استفاده شد. با توجه به سطح معنی داری، فرضیه صفر مبنی بر همگنی واریانس ها در دو گروه کنترل و آزمایش در سطح ۵ رد نشد، در نتیجه فرضیه برابری واریانس ها تایید گردید. با توجه به جدول ۲ سطح معنی داری متغیر «گروه تحقیق*پیش آزمون» برای فشارخون سیستمی میانسالان و سالمندان به ترتیب برابر ۰/۷۹۰ و ۰/۴۸۱ است که بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. همچنین با مشاهده بیشتر در پس آزمون نمرات فشارخون کل آزمایش (میانسالان و سالمندان) که موسیقی درمانی دریافت کردند) با نمرات فشارخون در گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (سطح معنی داری برای میانسالان و سالمندان به ترتیب ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۲ بدست آمد که کمتر از ۰/۰۵ می باشد). در نتیجه مشخص است که میانسالان و سالمندان که مداخله موسیقی دریافت کردند، نسبت به میانسالان و سالمندان گروه کنترل کاهش بیشتری در فشارخون سیستمی خود تجربه کردند.

جدول ۲: آنالیز کوواریانس بر روی میانگین نمره های پس آزمون فشارخون سیستمی در گروه های آزمون و کنترل

بازه سنی	فاکتورها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	مجذوراتا
میانسالان	پیش آزمون	۲۱۶/۳۹۸	۱	۲۱۶/۳۹۸	۶۷/۷۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۵
	گروه تحقیق	۱۱۹۹/۷۰۲	۱	۱۱۹۹/۷۰۲	۳۷۵/۴۷۷	۰/۰۰۰	۰/۹۳۳
	گروه تحقیق*پیش آزمون	۰/۲۴۰	۱	۰/۲۴۰	۰/۰۷۲	۰/۷۹۰	
	خطا	۸۶/۲۶۹	۲۷	۳/۱۹۵			
سالمندان	پیش آزمون	۷۹۸/۹۸۷	۱	۷۹۸/۹۸۷	۳۵۲/۰۳۶	۰/۰۰۰	۰/۹۲۹
	گروه تحقیق	۳۱۶/۰۱۰	۱	۳۱۶/۰۱۰	۱۳۹/۲۳۵	۰/۰۰۰	۰/۸۳۸
	گروه تحقیق*پیش آزمون	۱/۱۸۰	۱	۱/۱۸۰	۰/۵۱۰	۰/۴۸۱	
	خطا	۶۱/۲۸۰	۲۷	۲/۲۷۰			

با توجه به جدول ۳، سطح معنی داری متغیر «گروه تحقیق*پیش آزمون» برای فشارخون دیاستولی میانسالان و سالمندان به ترتیب برابر ۰/۳۱۱ و ۰/۴۳۶ است که بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. همچنین با مشاهده بیشتر در پس آزمون نمرات فشارخون کل آزمایش (میانسالان و سالمندان) که موسیقی درمانی دریافت کردند) با نمرات فشارخون در گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (سطح معنی داری برای میانسالان و سالمندان به ترتیب ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۲ است که کمتر از ۰/۰۵ می باشد). در نتیجه مشخص است که میانسالان و سالمندان که مداخله موسیقی دریافت کردند نسبت به میانسالان و سالمندان گروه کنترل کاهش بیشتری در فشارخون دیاستولی خود تجربه کردند. با توجه به اندازه اثر (ستون مجذوراتا) گروه های تحقیق در جدول های ۲ و ۳ در می یابیم که تاثیر مداخله موسیقی درمانی برای میانسالان با اندازه اثر ۰/۹۳۳ برای فشارخون سیستمی و ۰/۸۸۵ برای فشارخون دیاستولی بیشتر از سالمندان با اندازه اثر ۰/۸۳۸ برای فشارخون سیستمی و ۰/۳۰۴ برای فشارخون دیاستولی می باشد.

جدول ۳: آنالیز کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون فشارخون دیاستولی در گروه‌های آزمون و کنترل

بازه سنی	فاکتورها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	مجذورات
میانسالان	پیش آزمون	۶۱۴/۸۲۶	۱	۶۱۴/۸۲۶	۷۱۲/۲۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۶۳
	گروه تحقیق	۱۷۹/۷۹۰	۱	۱۷۹/۷۹۰	۲۰۸/۲۷۲	۰/۰۰۰	۰/۸۸۵
	گروه تحقیق*پیش آزمون	۰/۹۲۱	۱	۰/۹۲۱	۱/۰۶۹	۰/۳۱۱	
	خطا	۲۳/۳۰۸	۲۷	۰/۸۶۳			
سالمندان	پیش آزمون	۱۱۶۷/۶۵۵	۱	۱۱۶۷/۶۵۵	۲۰۲/۵۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۸۲
	گروه تحقیق	۶۷/۸۵۸	۱	۶۷/۸۵۸	۱۱/۷۶۹	۰/۰۰۲	۰/۳۰۴
	گروه تحقیق*پیش آزمون	۳/۶۵۵	۱	۳/۶۵۵	۰/۶۲۵	۰/۴۳۶	

بحث

افزایش جمعیت سالمندان، بخصوص در کشورهای در حال توسعه مانند ایران با افزایش بیماری‌های غیر واگیر مانند بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است. بدین ترتیب حمایت از سالمندان جهت سالم زیستن و برخورداری از زندگی مناسب از بزرگترین چالش‌های بخش سلامت در تمام دنیا است (۱۷). از طرفی به علت سبک زندگی اشتباه و افزایش مصرف غذاهای فست فودی، مصرف سیگار نوشیدنی‌های الکلی، افزایش استرس و اضطراب، سن ابتلا به بیماری پرفشاری خون روز به روز کمتر شده به حدی که امروزه شاهد مبتلا شدن میانسالان زیادی به این بیماری پرخطر هستیم.

در پژوهش انجام شده به منظور فرضیه تاثیر موسیقی درمانی بر بیماری شایع و پرخطر پرفشاری خون، بیماران میانسال و سالمند انتخاب شده، بطور تصادفی در گروه‌های آزمون و کنترل قرار گرفتند و مداخله موسیقی درمانی تنها برای گروه‌های آزمون (میانسالان و سالمندان) انجام شد. پس از انجام پژوهش و تجزیه و تحلیل نتایج بدست آمده به کمک ابزارهای آماری، تاثیر موسیقی درمانی بر کاهش فشارخون بیماران معنا دار بود (p-value کمتر از ۰/۰۵). یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است. مطالعه مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۷) که با هدف تعیین اثربخشی موسیقی درمانی همراه تن آرامی بر فشارخون و نبض سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در سال ۱۳۹۵ انجام شد، میانگین فشارخون بیماران گروه آزمایش را در پیش آزمون ۱۵/۶۰ و در پس آزمون ۱۲/۱۲ میلی‌متر جیوه نشان دادند. مارلیندا و همکاران در سال ۲۰۲۱ میلادی (۱۲) نیز در پژوهش خود بیان کردند موسیقی کلاسیک موسسات بر کاهش فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون موثر است. ساری و رکاواتی، سال ۲۰۱۹ میلادی (۱۴) در مقاله خود به تاثیر مثبت موسیقی سنتی کشور خود بر کاهش فشارخون سالمندان آن کشور اشاره کردند. پژوهش‌های فوق یافته‌های مطالعه حاضر را تایید می‌کنند. حمید حجتی و همکاران (۱۸) در سال ۱۳۹۲ در مطالعه خود بیان کردند تغییرات فشارخون سیستمولیک در دو گروه آزمون و کنترل از نظر آماری اختلاف معنی داری داشت (p-value کمتر از ۰/۰۰۱) که هم راستا با نتایج به دست آمده از این پژوهش است. اما از سوی دیگر اختلاف فشار خون دیاستولیک در دو گروه از نظر آماری معنا دار نبود (p-value برابر ۰/۷۳۰) که در تضاد با مطالعه حاضر است. این عدم تطابق احتمالا به این دلیل است که مدت زمان موسیقی درمانی محدود بوده است و همچنین یک موسیقی یکسان برای همه افراد بخش شد در حالی که در پژوهش حاضر، از موسیقی مورد علاقه هر فرد به صورت مجزا استفاده شده است.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که تاثیر موسیقی درمانی در هر دو گروه میانسالان و سالمندان قابل توجه بوده و میزان آن در گروه میانسالان بیشتر از گروه سالمندان است. این موضوع از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. به این دلیل که می‌توان با استفاده از موسیقی که روشی غیر دارویی، غیر تهاجمی، کم هزینه و البته اثر بخش است به عنوان یک روش درمان کمکی برای کاهش فشارخون استفاده کرد تا میزان مصرف داروهای شیمیایی، مدت زمان بستری در بیمارستان‌ها و هزینه‌های مراقبت سلامت به حداقل برسد.

- Cao, Min, and Zhiyuan Zhang. Adjuvant music therapy for patients with hypertension: a meta-analysis and systematic review. *BMC Complementary Medicine and Therapies* 23.1 (2023): 1-11.3
- Manurung, Sarida Surya, et al. Effect of Classical Music Therapy on Blood Pressure Reduction in Hypertension Patients at Hospital. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan* 5.1 (2020): 103-106.
- Maisi, Sri, et al. Effectiveness of lavender aromatherapy and classical music therapy in lowering blood pressure in pregnant women with hypertension. *Belitung Nursing Journal* 3.6 (2017): 750-756.
- Im-Oun, Supap, et al. Effect of Thai instrumental folk music on blood pressure: A randomized controlled trial in stage-2 hypertensive patients. *Complementary therapies in medicine* 39 (2018): 43-48.
- Fitriani, Dewi, et al. Effect of classical music on blood pressure in elderly with hypertension in bina bhakti werdha elderly nursing home, Indonesia. *Blood pressure* 1.2 (2020).
- Kusumahati, Indhiyah Ayu, Indri Sarwili, and Marisca Agustina. Gamelan Music Therapy can Decreased Blood Pressure at Hypertension Patients. *Journal of Complementary Nursing* 1.01 (2021): 1-6.
- Mir, Imtiyaz Ali, et al. Relaxing music reduces blood pressure and heart rate among pre hypertensive young adults: A randomized control trial. *The Journal of Clinical Hypertension* 23.2 (2021): 317-322.
- Mathew, Elsa, and J. K Mukkadan. The Therapeutic Effect of Music on Oxidative Stress Markers and Anxiety in Hypertension. (2021).
- UBAIDILLAH, Zaqqi, et al. Comparing Effects Between Music Intervention and Aromatherapy on Blood Pressure Among Hypertensive Patients: A Feasibility Study Conducted in Indonesia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* 18.17 (2022): 54-60.
- Aden, Christine, and Barto Mansyah. The Influence Of Classical Music Therapy To Decrease Blood Pressure Of Patients With Hypertension In The Elderly. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)* 2.2 (2022): 233-239.
- Marlinda, Roza, Emira Apriyeni, and Dani Setiawan. Mozart Classical Music Therapy Lowering Blood Pressure in Patients with Hypertension. 2nd Syedza Saintika International Conference on Nursing, Midwifery, Medical Laboratory Technology, Public Health, and Health Information Management (SeSICNiMPH 2021). Atlantis Press, 2021.
- Mayangsari, Vendarina Dwi, et al. THE EFFECT OF COMBINATION PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION AND MUSIC THERAPY ON BLOOD PRESSURE AND PULSE IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION IN BABATAN RT 07 RW 01 SURABAYA. *Nurse and Holistic Care* 2.1 (2022): 44-53.
- Sari, Ni Luh Putu Dian Yunita, and Ety Rekawati. The effect of traditional music therapy on blood pressure among elderly with hypertension: a literature review. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)* 2.2 (2019): 55-65.
- Sari, N. L. P. D. Y., & Rekawati, E. (2019). The effect of traditional music therapy on blood pressure among elderly with hypertension: a literature review. *International Journal of Nursing*

and Health Services (IJNHS), 2(2), 55-65.

Batubara, Junita, et al. Box Musik Terapi (BMT) for Hypertensive Patient in Methodist Hospital Medan: Used MPX5050dp and GSR. *Journal of Coastal Life Medicine* 11 (2023): 858-861.

Hatami S., Pakbaz S., Ghafari F., Music therapy from ancient Iran till Teymooriyan age, *Journal of Medical History*. 2017; 7(22): 107-131

Mehrabizadeh H. M., Salehi M., Kazemi N., The effectiveness of music therapy and relaxation on blood pressure and pulse in the elderly with hypertension. *Journal of Aging Psychology*. 2017; 2(4):293-303

Hojjati H., Afra A., Dehghani A., Alostany S., Dehghan B. H., Pourkhani S., The effect of music therapy on hemodynamic in patients undergoing caesarean section in Hakim Jorjani Hospital in Gorgan. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 2013; 2(3,4):122-127

Halida, V., & Sartika, A. (2023). Perbedaan Efektivitas Terapi Musik Klasik dan Murotal Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werdha Pagar Dewa Kota Bengkulu. *JURNAL NERS GENERATION*, 2(2).

Saing, S. K. (2007). Pengaruh musik klasik terhadap penurunan tekanan darah (Doctoral dissertation, Universitas Sumatera Utara).

Suherly, M., & Meikawati, W. (2012). Perbedaan tekanan darah pada pasien hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi musik klasik di RSUD Tugurejo Semarang. *Karya Ilmiah*.

Bekiroğlu, T., Ovayolu, N., Ergün, Y., & Ekerbiçer, H. Ç. (2013). Effect of Turkish classical music on blood pressure: a randomized controlled trial in hypertensive elderly patients.

Complementary therapies in medicine, 21(3), 147-154.

Zanini, C. R. D. O., Jardim, P. C. B. V., Salgado, C. M., Nunes, M. C., Urzêda, F. L. D., Carvalho, M. V. C., ... & Souza, W. K. S. B. D. (2009). Music therapy effects on the quality of life and the blood pressure of hypertensive patients. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 93, 534-540.

Shankar, V. M., Geethanjali, B., Veezhinathan, M., Hariharakrishnan, J., Balakrishnan, N., & Lakshmi, L. (2020). Evaluating the effect of music intervention on hypertension. *Current Science*, 118(4), 612-620.

Teng, X. F., Wong, M. Y. M., & Zhang, Y. T. (2007, August). The effect of music on hypertensive patients. In 2007 29th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (pp. 4649-4651). IEEE.

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی در زنان استان البرز

زینب مرادی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

زینب کاویانی*

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نفیسه درودیان

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

The effectiveness of mindfulness training on interpersonal sensitivity in women in Alborz province

Zeinab Moradi

Master of General Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.

Zeinab Kaviani

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

Nafiseh Daroudian

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

Abstract

Aim: The present study aimed to investigate the effectiveness of mindfulness group training on interpersonal sensitivity in women. **Methods:** The research method was a quasi-experimental design with pre-test-post-test and experimental and control groups. The statistical population of this study included 30 women living in Alborz province. They were selected using purposive sampling and matched with inclusion and exclusion criteria. The Bayes and Parker Interpersonal Sensitivity Questionnaire (1989) and the Freiburg Mindfulness Questionnaire (2001) were used to collect data. In the experimental group, 8 90-minute mindfulness group training sessions were implemented. However, no intervention was performed in the control group. The resulting data were analyzed using one-way analysis of variance (ANOVA).

Results: The research findings showed that there was a significant difference between the experimental and control groups after implementing mindfulness group training ($P \leq 0.5$). Also, the components of interpersonal sensitivity in the experimental group were significantly reduced compared to the control group. The findings of this study showed that mindfulness training improved and reduced interpersonal sensitivity ($p < 0.05$).

conclusions: Therefore, it can be concluded that mindfulness training has a significant effect on the components of interpersonal sensitivity (interpersonal awareness, need for approval, separation anxiety, shyness, fragile self-esteem) in women. And mindfulness has reduced interpersonal sensitivity in women.

Keywords: Mindfulness, interpersonal sensitivity, women.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی در زنان بود. روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان ساکن در استان البرز بودند. که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و با معیارهای ورود و خروج همتا سازی شده بودند، انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر (۱۹۸۹) و پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ (۲۰۰۱) استفاده شد. در گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش گروهی ذهن آگاهی اجرا گردید. اما در گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفت. داده های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه (آنوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان دادند که بین گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای آموزش گروهی ذهن آگاهی تفاوت معنا داری وجود داشت ($P \leq 0.05$). همچنین مولفه های حساسیت بین فردی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنا داری کاهش یافته بود. یافته های به دست آمده در این پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود و کاهش حساسیت بین فردی شد ($p < 0.05$). نتایج: بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی بر مولفه های حساسیت بین فردی (آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی، عزت نفس شکننده) در زنان اثر معنادار دارد. و ذهن آگاهی موجب کاهش حساسیت بین فردی در زنان شده است.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، حساسیت بین فردی، زنان.

مقدمه

سلامت روان زنان^{۱۲}، سلامت خانواده و متقابلاً جامعه را تضمین می کند. با بررسی دقیق عوامل دخیل در سلامت روان می توان جهت پیش گیری و تشخیص و درمان به موقع این اختلالات در زنان اقدام کرد (نوربالا، ۱۳۹۵). در همین رو می توان گفت سلامتی بخش های مختلف و وسیعی از سلامت افراد در خانواده و سپس در جامعه در گرو سلامت زنان و مادران می باشد. آنجایی که نیاز به یک ازدواج سالم و مفید، سلامت روانی زنان به عنوان یکی از پایه های ازدواج بسیار ضروری است همچنین آنجایی که نیاز به مادری پاسخگو با سبک دلبستگی^{۱۳} سالم داریم سلامت روانی زنان به عنوان یک گزینه مهم حائز اهمیت است و در نهایت اینکه وقتی به زنان در محیط های اجتماعی و کاری به عنوان یک فرد مستقل نیازمندیم اینجا هم سلامت روان آنها یک ملاک اساسی است (امیرحسینی، ۱۴۰۱).

از جمله اختلالات شخصیتی حساسیت بین فردی^{۱۴} است. حساسیت بین فردی به عنوان آگاهی و حساسیت بیش از حد نسبت به رفتار و احساسات دیگران است که با احساس ناراحتی و بدبینی، رفتارهای اجتنابی^{۱۵}، عزت نفس پایین و کمرویی در روابط بین فردی مشخص میشود (یو^{۱۶} و همکاران ۲۰۱۸)؛ همچنین به معنای احساس بی کفایتی و ناتوانی به ویژه در مقایسه با افراد دیگر می باشد (سوج^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۰ به نقل از احمدی، ۱۴۰۰). حساسیت بین فردی اشاره به بی اعتمادی، انتقاد ناپذیری، حساسیت نسبت به طرد شدن، احساس مورد تهاجم قرار گرفتن، حسادت، اجتناب از روابط صمیمانه عاطفی و ناتوانی از رها شدن از احساس فقدان به هنگام اتمام روابط صمیمانه و نیز عدم حفظ استقلال و فردیت در روابط گروهی دارد (ماسیلو^{۱۸} و همکاران ۲۰۱۹).

زنان دارای حساسیت بین فردی ممکن است در برقراری حد و مرزهای خود در روابط اجتماعی مشکل داشته باشند. آنها ممکن است نیازها و نظرات دیگران را بر نیازهای خود ترجیح دهند، که منجر به مشکلات احتمالی در حفظ مرزهای سالم می شود (جیا-شی وانگ، جین یینگ ژوانگ، لولو فو، کین لی^{۱۹}، ۲۰۲۱). همچنین افزایش حساسیت بین فردی، درماندگی و افسردگی زنان ناشی از این واقعیت است که آنها در یک موقعیت شکست خورده و فراتر از توانایی پاسخ دهی قرار دارند لذا شرایط استرس زا و دردناک است و احساس درماندگی ناشی از این تجربه صرفاً یک احساس خاص برای آنها رویداد باقی نمی ماند، بلکه اغلب به سایر موقعیت ها و روابط بین فردی تعمیم داده می شود (کندل و تورلیو^{۲۰}، ۲۰۱۹).

- 120 Women's mental health
- 121 attachment style
- 122 interpersonal sensitivity
- 123 Avoidance behaviors
- 124 You & et.al.
- 125 Suveg & et.al.
- 126 Masillo & et.al
- 127 Wang JX, Zhuang JY, Fu L, Lei Q
- 128 Candel, & Turliuc

(۲۰۲۱).

ذهن آگاهی یعنی توجه کردن به روشی خاص از روی قصد، در زمان حال و بدون داوری کردن، ذهن آگاهی یک حالت صلح درونی است که با تمرکز کردن بر تنفس، مراقبه صحیح و پاک کردن ذهن از هرگونه عامل تأثیرگذار بیرونی میتواند کسب شود (هنریکسن^{۱۴۲} و همکاران، ۲۰۲۰) ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئینهای مذهبی شرقی، به ویژه بودیسم دارد به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات خود است و شکلی خاص از توجه محسوب می شود که در آن دو عنصر اساسی حضور در اکنون و قضاوت نکردن ارزشی والا دارد این دو عنصر اساسی در مورد رخدادها کنشها و واکنشها نقش اصلی را به عهده دارد بر این اساس ذهن آگاهی شامل توانایی شناسایی دقیق هیجانهای خود و آگاهی از آنها به هنگام تولید و همچنین کنترل تمایلات خود در نحوه واکنش به اوضاع و افراد است (رنشو^{۱۴۳}، ۲۰۲۰). نتایج پژوهشهای بلوستا با تالا^{۱۴۴} و همکاران (۲۰۲۱)؛ تیواری و ریشپال^{۱۴۵} (۲۰۲۰)؛ لو^{۱۴۶} و همکاران (۲۰۲۱) بیانگر آن است که در فرایند تمرینات ذهن آگاهی تمرکز فرد از سطحی پایین به سطحی بالا افزایش می یابد بنابراین افزایش تمرکز منجر به افزایش خودآگاهی، فراشناخت و بهبود ارزیابی شناختی و هیجانی در افراد می شود و به افزایش تعاملات مفید می انجامد. در نتیجه با توجه به آنچه گفته شد محقق به دنبال یافتن پاسخ به این سوال است که آیا آموزش ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی در زنان اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش شناسی، نیمه آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان استان البرز بود. طرح پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه در نظر گرفته شد. حجم نمونه استاندارد در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، تعداد ۳۰ نفر از زنان داوطلب در شرکت در پژوهش حاضر که نمره دریافتی آنها در آزمون حساسیت بین فردی ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین بود به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و بصورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. ملاک های ورود شامل رضایت آگاهانه کتبی و قرار نگرفتن در وضعیت بحرانی (طلاق، فوت نزدیکان، بیماری یا بستری فرد یا اقوام درجه یک در بیمارستان)، عدم مشکل روانی و سابقه بستری در بیمارستان، و دریافت نمره پایین تر از ۲ انحراف معیار پایین تر از

حساسیت بین فردی ساختاری چند بعدی، شامل آگاهی بین فردی^{۱۲۹}، حساسیت به تعاملات بین فردی و هوشیاری فرد نسبت به رفتار و احساسات دیگران، اضطراب جدایی^{۱۳۰}، کم رویی^{۱۳۱}، عدم جرات مندی و ترس از ناراحت کردن دیگران، خود درونی شکننده^{۱۳۲} و نیاز به تأیید^{۱۳۳} میباشد (اوتسوکا^{۱۳۴} و همکاران ۲۰۱۷) افراد با حساسیت بین فردی بالا رفتارشان را برای به حداقل رساندن خطر سرزنش یا طرد، توسط انتظارات دیگران تعدیل می کنند (آتلی^{۱۳۵}، ۲۰۱۹). این افراد زمانی که مورد انتقاد و طرد قرار میگیرند احساس بی کفایتی و کمبود در مقایسه با دیگران و رنج در تعاملات بین فردی همراه با تفسیرهای نادرست مکرر از رفتار دیگران دارند (نایستروم^{۱۳۶} و همکاران، ۲۰۱۸).

افراد با حساسیت بین فردی، اشتغال ذهنی زیادی با روابط بین فردی خود نسبت به طرد و انتقاد دارند، آنها نسبت به رفتار و خلیقات دیگران هوشیارتر هستند و بیش از اندازه نسبت به هر گونه تعامل بین فردی حساسیت نشان می دهند. همچنین حساسیت بین فردی نشان دهنده آسیب پذیری شناختی است که با باورهای منفی درباره خود ارتباط دارد و این ویژگی شخصیتی را می توان به عنوان یک آسیب پذیری شناختی در برابر افسردگی در نظر گرفت (اوتانی^{۱۳۷} و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از مداخلاتی که می تواند در بهبود تنظیم هیجان و کاهش حساسیت بین فردی نقش مهمی داشته باشد، آموزشهای مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۳۸} است. ذهن آگاهی در چارچوب شناختی- رفتاری یک تمرین ذهنی و جسمی برای درک واقعیت تجارب درونی^{۱۳۹} است که بر فرایندهای توجه و لحظه حال متمرکز میباشد (سنکر، فریس، دیتریچ و گراند^{۱۴۰}، ۲۰۲۱). با افزایش ذهن آگاهی، افراد نسبت به خود انتقادی های خود آگاه شده و نسبت به درک اینکه موقعیت ها و تجارب منفی گذشته که با آنها مواجه بودند ممکن است در آینده نیز تکرار شوند، هدایت می شوند. هدف از ذهن آگاهی کاهش بی اعتمادی و افکار قضاوتی افراد و جلوگیری از تأثیرات گذشته و آینده در لحظه حال است (بایر و آیلز^{۱۴۱}،

- 129 Interpersonal awareness
- 130 Separation anxiety
- 131 Timidity
- 132 Fragile inner self
- 133 Need to be confirmed
- 134 Otsuka & et.al
- 135 Anli
- 136 Nyström & et.al
- 137 Otani
- 138 mindfulness-based cognitive therapy
- 139 internal experiences
- 140 Senker, Fries, Dietrich, & Grund
- 141 Bayır & Aylaz

- 142 Henriksen
- 143 Renshaw
- 144 Bellosta-Batalla
- 145 Tiwari and Rishipal
- 146 Lo

میانگین در پرسشنامه ذهن آگاهی و ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه حساسیت بین فردی بود. ملاک های خروج از پژوهش شامل عدم دریافت مداخلات روان درمانی به صورت همزمان، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، عدم رازداری در گروه درمانی و عدم تمایل به ادامه مداخله بود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده های گرد آوری شده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و تحلیل واریانس یک راه (انوا) استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل آماری در این تحقیق به کمک نرم افزار آماری اس پی اس ۲۶ صورت گرفت.

شیوه ی اجرا:

روش اجرا در این پژوهش به این صورت بود که برنامه آموزشی بر گرفته از پروتکل ذهن آگاهی براساس سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲)، در ۸ جلسه ۸ هفته ای با جلسات ۹۰ دقیقه ای در گروه آزمایش، اجرا شد و در گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. قبل از شروع جلسات و پس از پایان مداخله پرسشنامه های مربوطه اجرا گردید. در طول این مراحل آموزشی از شرکت کنندگان خواسته شد که تکالیف خانگی خود را انجام داده و نتیجه را بیاورند. ساختار کلی جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است. (فرخ زاده، ۱۳۹۵) جدول (۱) پروتکل ذهن آگاهی براساس سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲)

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه بایکدیگر و با روانشناس، آشنایی اعضا با کلیت ذهن آگاهی، آشنایی اعضا با حساسیت میان فردی، آشنایی با تفسیر تست
جلسه دوم	پرسش از افراد در باره ی مواقعی که بخاطر حساسیت بین فردی به مشکل خورده اند، آموزش خوردن آگاهانه ی کشمش، معطوف کردن توجه مراجع به ضرورت انجام این تمرین، توجه آگاهانه به فعالیت روزمره مانند: مسواک زدن، ظرف شستن... دادن تمرین به شرکت کنندگان و انجام حداقل یک فعالیت در طول روز با توجه آگاهی
جلسه سوم	پرسیدن تجربیات شرکت کنندگان از انجام تمرین جلسه ی قبل، آموزش توجه آگاهانه به نفس در حالت نشسته و خوابیده، دادن تمرین توجه به نفس در هر دو حالت بصورت یک روز در میان به مدت ۱۰ دقیقه
جلسه چهارم	پرسیدن تجربیات شرکت کنندگان از انجام تمرینات جلسات قبل، آموزش توجه آگاهانه به ذهن سرگردان، مرور دوباره ی توجه آگاهانه به نفس، ارائه تمرین توجه آگاهانه به نفس و توجه به ذهن سرگردان در طول هفته
جلسه پنجم	پرسیدن تجربیات شرکت کنندگان از انجام تمرینات جلسه ی قبل، آموزش توجه آگاهانه به راه رفتن، انجام تنفس ۳ دقیقه ای.
جلسه ششم	تمرین منزل: مهارت توجه آگاهانه به راه رفتن و تنفس ۳ دقیقه ای در طول هفته
جلسه هفتم	پرسیدن تجربیات شرکت کنندگان، آموزش واریسی بدنی، تمرین واریسی بدنی با تاکید بر پذیرش احساسات، تجربیات، بدون قضاوت و بودن در لحظه.
جلسه هشتم	مرور جلسه ی قبل و تکالیف خانگی، مرور کلیه آموزش های داده شده و اینکه هر فرد به انتخاب خود در طول هفته دو تکنیک را انجام دهد
جلسه نهم	پرسش از افراد در باره ی اینکه به نظر خود چه تفاوتی با قبل از شرکت در برنامه ذهن آگاهی کردن، اجرای پس آزمون، اجرای مراسم اختتامیه

ابزار پژوهش

پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ^{۴۷} (۲۰۰۱): فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ، به طور گسترده ای مورد مطالعه قرار گرفته و در بسیاری از فرهنگها، از نظر خصوصیات روان سنجی مورد بررسی قرار گرفته است (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴). والاچ و همکاران (۲۰۰۱) فرم اولیه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ که شامل ۳۰ سوال بود را طراحی کردند. بعدها فرم کوتاه با ۱۴ گویه که برای استفاده در جمعیت عمومی مناسب تر است توسط والاچ و همکاران طراحی شد (۲۰۰۶). فرم بلند پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ بیشتر برای اجرا در گروههایی مناسب است که با فرهنگ بودایی و اعمال مراقبه های آشنایی دارند، اما فرم کوتاه آن برای اجرا در گروههایی که آشنایی زیادی با زمینه بودایی ذهن آگاهی ندارند، مناسبتر است و می توان از فرم کوتاه در فرهنگ های مختلف استفاده نمود و می تواند به خوبی همه جنبه های مربوط به حوزه ذهن آگاهی را پوشش دهد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ والاچ و همکاران، ۲۰۰۶). در طی یک

این ابزار فراهم می‌آورد. بنابراین، فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ که ذهن آگاهی را به خوبی مورد سنجش قرار می‌دهد، در جامعه ایران اعتبار و روایی مناسبی دارد و میتواند در موقعیت‌های تربیتی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد و زمینه پژوهشهای متعددی در قلمرو روانشناسی را فراهم آورد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴).

پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر^{۱۴۸} (۱۹۸۹): پرسشنامه حساسیت بین فردی توسط بایس و پارکر در سال ۱۹۸۹ برای سنجش حساسیت بین فردی یا حساسیت به طرد اجتماعی ابداع شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال و ۵ زیر مقیاس است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی و عزت نفس شکننده می‌باشد. این پرسشنامه از مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و شامل خرده مقیاس‌های (آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی، عزت نفس شکننده). این پرسشنامه نمره گذاری معکوس ندارد. جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل آزمون حساسیت بین فردی فرد را به دست میدهد. بالاترین نمره ای که فرد در این پرسشنامه میتواند اخذ نماید ۱۴۴ و پایینترین نمره صفر میباشد. نمره بالاتر و نزدیک به ۱۴۴ نشان دهنده میزان حساسیت بین فردی بالا و نمره پایین و نزدیک به صفر نشان دهنده آن است که فرد حساسیت بین فردی پایینی دارد (وجودی و همکاران، ۱۳۹۳).

بایس و پارکر (۱۹۸۹): آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های آگاهی بین فردی ۰/۷۶، نیاز به تأیید ۰/۵۵، اضطراب جدایی ۰/۶۷، کمرویی ۰/۶۳ و عزت نفس شکننده ۰/۵۹ و کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آوردند. همچنین روایی همزمان این آزمون را با آزمون قضاوت بالینی حساسیت بین فردی برابر ۰/۷۲ برآورد نمودند که نشانگر روایی همزمان بالای این پرسشنامه است. در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش وجودی و همکاران (۱۳۹۳) برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین محمدیان و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه پرداختند. آنها آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای زیرمقیاس‌های آگاهی بین فردی ۰/۷۰، نیاز به تأیید ۰/۵۱، اضطراب جدایی ۰/۵۸، کمرویی ۰/۵۸ و عزت نفس شکننده ۰/۷۰ و کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آوردند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر شرکت داشتند، که در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و کنترل قرار گرفتند. که همگی زن بودند. از نظر سنی میانگین گروه آزمایش ۳۰/۱۳ سال و کنترل ۲۹/۹۳ سال بود. اطلاعات مرتبط با جنسیت در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

بررسی در داخل کشور که توسط قاسمی جوبنه، عرب زاده، جلیلی نیکو، محمدعلی پور و محسن زاده انجام شد، فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ ابتدا به به فارسی ترجمه شد و سپس روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴). از آزمودنی خواسته می‌شود که بر روی یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای (به ندرت=۱ تا تقریباً همیشه=۴) به سؤالات پاسخ دهد. شایان ذکر است که عبارت شماره ۱۳، به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۴ و حداکثر ۵۶ است. نمره بیشتر نشانگر ذهن آگاهی بالاتر است (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴).

والاچ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود به معرفی و همچنین بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان دهنده روایی و پایایی مناسب هر سه نسخه ۳۰ آیتمی، ۲۴ آیتمی و ۱۴ آیتمی پرسشنامه ذهن آگاهی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ و ۰/۸۶ بود. فرم کوتاه (۱۴ آیتمی) این پرسشنامه نیز به زبان فرانسه توسط تروسلااردو همکاران (۲۰۱۰) ترجمه شده است و با انجام پژوهشی به بررسی مشخصات روان سنجی آن پرداختند. پژوهش آنها نیز روایی و پایایی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند (آلفای کرونباخ، ۰/۷۴). در پژوهش قاسمی و همکاران (۱۳۹۴) به منظور بررسی روایی و پایایی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ، ۴۰۰ دانشجوی به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. ضریب پایایی به شیوه ضریب آلفای کرونباخ، تنای ترتیبی و بازآزمایی به دست آمد. روایی نیز از طریق روایی همزمان و مدل تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴). به منظور بررسی روایی همزمان فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ از فرم کوتاه مقیاس خودکنترلی تانگنی و خرده مقیاس تنظیم هیجانی مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شات استفاده شد. در مجموع همبستگی بین فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ با مقیاس‌های خودکنترلی ۰/۶۹ و تنظیم هیجانی ۰/۶۸ در سطح معناداری ۰/۰۱ مناسب گزارش شد. نتایج مدل تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها داشته، از روایی عاملی مطلوبی برخوردار است و کلیه شاخص‌های نیکویی برازش، مدل کلی را برای افراد نمونه تأیید میکنند و الگوی کلی تک عاملی مفروض مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج نشان داد که فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ از پایایی قابل قبول و کافی برخوردار است و ضرائب بدست آمده برای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، تنای ترتیبی ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله چهار هفته ۰/۸۳ به دست آمد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴). در مجموع، پرسشنامه بدون تغییر و حذف احتمالی برخی سؤالات ساختار خود را حفظ میکند و ضرائب پایایی و روایی مناسب این پرسشنامه، کوتاه بودن و سهولت اجرا، شرایط استفاده وسیع محققان را از

جدول ۱. فراوانی و درصد اطلاعات دموگرافیک در دو گروه (کنترل و آزمایش)

گروه	تحصیلات	فراوانی	درصد
آزمایش	دیپلم و زیر دیپلم	۴	۲۶/۷۰
	لیسانس	۸	۵۳/۳۰
	فوق لیسانس	۳	۲۰
کنترل	دیپلم و زیر دیپلم	۶	۴۰
	لیسانس	۷	۴۶/۷۰
	فوق لیسانس	۲	۱۳/۳۰

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) لیسانس و ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق لیسانس بودند. همچنین در گروه کنترل، تعداد ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) فوق لیسانس بودند.

جدول ۲. اطلاعات مرتبط با وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان

گروه	مقطع	فراوانی	درصد
آزمایش	بالا	۴	۲۶/۷۰
	متوسط	۸	۵۳/۳۰
	پایین	۳	۲۰
کنترل	بالا	۴	۲۶/۷۰
	متوسط	۷	۴۶/۷۰
	پایین	۴	۲۶/۷۰

بر این اساس در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) دارای وضعیت اقتصادی بالا، ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) متوسط و ۳ نفر (۲۰ درصد) پایین بودند. همچنین در گروه کنترل نیز تعداد ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) دارای وضعیت اقتصادی بالا، ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد) متوسط و ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) پایین بودند.

خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه در متغیرهای مورد بررسی در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار حساسیت بین فردی و ابعاد آن به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیرها		پیش آزمون		پس آزمون	
گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آگاهی بین فردی	آزمایش	۲۱/۶۰	۳/۷۳	۱۴/۶۶	۳/۷۳
	کنترل	۲۰/۶۶	۴/۸۷	۲۰/۰۰	۴/۵۵
نیاز به تایید	آزمایش	۲۵/۶۰	۳/۶۰	۲۰/۱۳	۳/۸۷
	کنترل	۲۴/۹۳	۲/۶۸	۲۴/۴۰	۲/۰۶
اضطراب جدایی	آزمایش	۲۴/۸۶	۴/۰۵	۱۸/۷۳	۲/۷۱
	کنترل	۲۵/۱۳	۳/۲۰	۲۳/۶۶	۳/۹۰
کمرویی	آزمایش	۲۴/۸۰	۳/۲۱	۱۹/۳۳	۳/۵۹
	کنترل	۲۵/۴۰	۲/۶۴	۲۵/۰۰	۲/۳۲
عزت نفس شکننده	آزمایش	۱۴/۲۰	۲/۰۴	۱۰/۰۶	۴/۳۵
	کنترل	۱۴/۶۰	۲/۵۵	۱۴/۳۳	۲/۰۵
نمره کل حساسیت بین فردی	آزمایش	۱۱۱/۰۶	۷/۴۱	۸۲/۹۳	۵/۲۹
	کنترل	۱۱۰/۷۳	۵/۱۰	۰۱۷/۴۰	۴/۹۵

همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای مورد نظر ارائه شده است. در ابتدا پیش فرض‌های متغیرهای مورد بررسی ارائه شده است که در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت نرمال بودن داده‌ها

متغیر	میزان کلموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری
پیش آزمون حساسیت بین فردی	۰/۵۴۸	۰/۹۲۵
پس آزمون حساسیت بین فردی	۲/۷۳۹	۰/۰۰۰۱

نتایج نشان داد که داده‌ها تنها در پیش آزمون حساسیت بین فردی نرمال بودند و در پس آزمون حساسیت بین فردی اینگونه نبود. بنابراین به طور کلی نتایج نشان داد که پیش فرض‌های مورد بررسی جهت انجام تحلیل کوواریانس رعایت شده است. آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که در متغیر حساسیت بین فردی و در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، همگنی واریانس‌ها در سطح ۰/۰۵ رعایت شده است.

همچنین آزمونهای مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون و همسانی واریانسها نیز انجام شد. بر اساس نتایج این آزمونها، شیب خط رگرسیون برای هر دو شرایط آزمایشی در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p < ۰/۰۵$ یکسان بود. در نتیجه با توجه به اینکه در این فرضیه یک متغیر وابسته دارای پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه مستقل مورد مقایسه قرار گرفته است، از تحلیل کوواریانس تک متغیره برای حذف اثرات پیش‌آزمون استفاده شد. بدین ترتیب، نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه گروههای آزمایش و کنترل در متغیر حساسیت بین فردی در جدول ۶ آمده است.

فرضیه اول پژوهش: آموزش ذهن آگاهی بر کاهش حساسیت بین فردی در زنان اثر معنادار دارد. از آنجا که تنها یک متغیر (نمره کل حساسیت بین فردی) در این فرضیه مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه دو گروه در متغیر حساسیت بین فردی

شاخص / متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت F	سطح معناداری	ضریب سهمی اتا
حساسیت بین فردی	پیش آزمون	۱۷۵/۹۵۶	۱	۱۷۵/۹۵۶	۸/۴۷۵	۰/۰۰۷	۰/۲۳۹
	گروه‌ها	۴۵۳۴/۶۲۱	۱	۴۵۳۴/۶۲۱	۲۱۸/۴۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۰
	خطا	۵۶۰/۵۷۷	۲۷	۲۰/۷۶۲			
	جمع	۲۷۶۹۲۷/۰۰۰	۳۰				

بر اساس آنچه که در جدول ۵ مشاهده میشود، نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس برای پیش‌آزمونهای دو گروه نشان میدهد که F محاسبه شده برای متغیر حساسیت بین فردی معنادار بوده که بیانگر اثر پیش‌آزمون است. با این حال، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر نمرات پس‌آزمون دو گروه در متغیر حساسیت بین فردی معنادار و دو گروه در پس آزمون متفاوت بودند. به طوری که با توجه به جدول میانگین‌ها (۳) گروه آزمایش در پس آزمون نمرات کمتری کسب کرده بودند که بدین معناست که این گروه از حساسیت بین فردی کمتری برخوردار شدند ($p < ۰/۰۵$).

فرضیه دوم پژوهش: آموزش ذهن آگاهی با مولفه‌های حساسیت بین فردی (آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی، عزت نفس شکننده) در کاهش حساسیت بین فردی در زنان اثر معنادار دارد.

با توجه به مقایسه بیش از یک متغیر وابسته در دو گروه، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. در بررسی مفروضه‌ها و پیششرطهای مانکوا مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریسهای دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p = ۳۳/۶۶۹$) = ام باکس و $p = ۰/۰۲۸$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود ندارد ($p = ۹/۶۵۷$) = کای

اسکوار^{۱۴۹} و $p=0/144$). همچنین نتایج آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که همگونی داده‌ها در مولفه‌های نیاز به تایید ($F=4/470$; $P=0/051$)، اضطراب جدایی ($F=0/136$; $P=0/715$)، کمرویی ($F=0/660$; $P=0/423$) و عزت نفس شکننده ($F=1/217$; $P=0/279$) رعایت شده ولی در مولفه آگاهی بین فردی ($F=8/470$; $P=0/007$) رعایت نشده است. بنابراین پیششرطهای لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود داشت. بدین ترتیب، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه گروه-های مورد بررسی در متغیرهای مورد نظر در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶ آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مولفه‌های حساسیت بین فردی

آماره	ارزش	F	df	سطح معناداری	مجذور ایتای تفکیکی	توان
T پیلائی	0/921	44/366	5	0/001	0/921	1/000
لامبدای ویلکز	0/079	44/366	5	0/001	0/921	1/000

جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی برای مولفه‌های حساسیت بین فردی معنادار است. بنابراین، در ادامه آزمون‌های تک متغیری تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۷ آزمون‌های اثرات بین گروهی برای مولفه‌های حساسیت بین فردی

متغیرهای وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتای تفکیکی	توان
آگاهی بین فردی	1	258/528	32/337	0/0001	0/584	1/000
نیاز به تایید	1	136/468	18/271	0/0001	0/443	0/983
اضطراب جدایی	1	157/562	17/096	0/0001	0/426	0/977
کمرویی	1	206/608	32/895	0/0001	0/589	1/000
عزت نفس شکننده	1	133/043	14/091	0/001	0/380	0/949

جدول ۷ نشان می‌دهد که F مشاهده شده برای تمامی مولفه‌های آگاهی بین فردی، نیاز به تایید، اضطراب جدایی، کمرویی و عزت نفس شکننده معنادار است. بنابراین، میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با هم دارند. با مشاهده میانگین نمرات گروه‌ها در جدول میانگین‌ها (۳)، در هر یک از متغیرهای وابسته مشخص می‌شود که گروه آزمایش در این مولفه‌ها نمرات کمتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند به عبارتی دیگر آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود و کاهش حساسیت بین فردی شد ($p<0/05$).

بحث

در این پژوهش تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی در زنان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر نمرات پس‌آزمون دو گروه در متغیر حساسیت بین فردی معنادار و دو گروه در پس‌آزمون متفاوت بودند. به طوری که گروه آزمایش در پس‌آزمون نمرات کمتری کسب کرده بودند که بدین معناست که این گروه از حساسیت بین فردی کمتری برخوردار شدند ($p<0/05$). پس می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی در زنان تاثیر دارد و موجب کاهش حساسیت بین فردی در زنان شده است.

نتایج این یافته‌ها با پژوهش‌های آراندو و همکاران (۲۰۲۱)، دینگ و همکاران (۲۰۲۱)، لاتور و همکاران (۲۰۲۰)، ارازوریز و همکاران (۲۰۲۰)، استروس و همکاران (۲۰۲۱)، آنگولو و همکاران (۲۰۱۹)، طالبی و همکاران (۱۴۰۰)، نرمایشیری و همکاران (۱۳۹۹)، همسو است.

در تبیین و تفسیر این یافته‌ها می‌توان گفت که محتوای جلسات ذهن آگاهی، بر استفاده از روش‌هایی تاکید دارد که برای کاهش

شریک خود حساس شده و با احساس ناامنی و نارضایتی مواجه شوند و با رفتارهای خصومت آمیز، بی توجهی، حسادت و کنترل کننده واکنش نشان دهند. در این شرایط در صورتی که شریک زندگی نیز رضایت کمتری را تجربه کرده و از او دوری کند، شکل چرخه معیوب تحقق این طرح واره شناختی-هیجانی ادامه یافته و بدین ترتیب رضایت زناشویی پایین می آید. رفتار کنترل کننده و حسادت برانگیز مردان ممکن است جلوه عمومی مردان برای کنار آمدن با شک و احساسات منفی باشد و از آن سو زنان با منفی گرایی و نشخوار ذهنی به طرد شدن واکنش نشان می دهند. این الگوی فکری که رابطه از دست رفته و کاری نمی شود انجام داد، ممکن است با خشونت و خصومت همراه باشد و پیامدهای منفی در رابطه ایجاد کند (دنی و فلدمن، ۱۹۹۶).

در تبیین این نتیجه می توان گفت حساسیت بین فردی پایین منجر به روابط بین فردی مناسبی می گردد و فرد توانایی مقبولیت اجتماعی بدست می آورد. در نتیجه این افراد بدون احساس نگرانی، اضطراب و دغدغه ذهنی از انتقاد و طرد شدن، می توانند به دیگران اعتماد کنند، روابط بین فردی صمیمی و باثباتی داشته باشند و در پاسخ به عوامل استرس زای زندگی از دریافت حمایت های اجتماعی بهره مند شوند. بنابراین احتمال حساسیت بین فردی کاهش می یابد.

در این پژوهش تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر مولفه های حساسیت بین فردی (آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی، عزت نفس شکننده) در زنان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد F مشاهده شده برای تمامی مولفه های آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی و عزت نفس شکننده معنادار است. بنابراین، میانگین گروه ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با هم دارند، در هر یک از متغیرهای وابسته مشخص می شود که گروه آزمایش در این مولفه ها نمرات کمتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند و به عبارتی دیگر آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود و کاهش حساسیت بین فردی شد ($p < 0.05$). پس می توان گفت آموزش ذهن آگاهی بر مولفه های حساسیت بین فردی (آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی، عزت نفس شکننده) در زنان اثر معنادار دارد.

نتایج این یافته ها با پژوهش های ثقته الاسلام (۱۴۰۰)، درزی (۱۴۰۱)، صدیقی و همکاران (۱۴۰۱)، باقری (۱۴۰۰)، اصغری و همکاران (۱۳۹۵)، فرح بخش (۱۳۹۵)، آنگولو و همکاران (۲۰۱۹)، همسو است.

جهت تبیین این یافته می توان گفت که فشارهای اجتماعی، علاوه بر افزایش حساسیت و نظارت فرد بر خود، منجر به افزایش حساسیت بین فردی نیز می شوند؛ بدین شرح که فرد علیرغم نظارت بر ظاهر خود، بر ادراکات، قضاوت ها و پاسخ های دیگران نسبت به خود نیز حساس می شود و به طور مداوم به این فکر می کند که دیگران

استرس و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خود میباشد و پذیرش بدون قضاوت، مفهوم اصلی و پایه در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. به عبارت دیگر، در آموزش ذهن آگاهی فرد می آموزد که موقعیت های استرس زا را شناسایی کرده و نسبت به آن ها به طور کامل آگاهی و شناخت پیدا کند و این موقعیت های تنش زا را هوشیارانه تحت کنترل خود قرار دهد (صفرزاده و جهانگیری، ۱۳۹۷). به عبارتی دیگر این رویکرد موجب می شود تا افراد شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و سپس روش های مقابله ای برای مواجهه با این موقعیت ها را بیاموزند، در نتیجه این توانایی را می یابند تا افکار اضطراب آور و نگران کننده خود را کنترل کنند که به تبع آن اضطراب و استرس کاهش پیدا می کند.

آموزش ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی زنان تأثیر بسزایی دارد. تحقیقات نشان می دهد که ذهن آگاهی، که با آگاهی غیر واکنشی و بدون قضاوت مشخص می شود، با بهبود خلق و خو و کاهش حساسیت بین فردی مرتبط است. ذهن آگاهی با کاهش حساسیت بین فردی مرتبط است و احساسات منفی واسطه این رابطه است. به طور خاص، آموزش ذهن آگاهی می تواند احساسات منفی را کاهش دهد، که به نوبه خود حساسیت بین فردی را به ویژه در زنان کاهش می دهد. علاوه بر این، آموزش ذهن آگاهی تأثیرات مثبتی بر خود آگاهی، خودتنظیمی و تعالی خود دارد و بر تعاملات بین فردی و تنظیم عاطفی تأثیر می گذارد که می تواند به ویژه برای زنان در مدیریت حساسیت بین فردی مفید باشد.

به طور خلاصه، احساسات منفی به عنوان یک واسطه در رابطه بین ذهن آگاهی و حساسیت بین فردی عمل می کنند. این امر اهمیت پرداختن به احساسات منفی را در آموزش ذهن آگاهی برای بهبود روابط بین فردی برجسته می کند.

حساسیت بین فردی به دو شکل قابل بررسی است؛ یکی حساسیت به انتقاد که در آسیب شناسی اختلالات اضطرابی و افسردگی نقش دارد و دیگری، حساسیت به طرد که به عنوان گرایش به انتظار مضطربانه در درک سریع طرد و واکنش بیش از حد به آن تلقی میشود (اتلس، ۲۰۰۴) این الگوی توجه تغییر یافته به محرکهای اجتماعی منفی، شامل همپوشانی سیستم های شناخت اجتماعی با پاداش می باشد که منجر به مختل شدن پاسخهای انطباقی در پرداز اجتماعی، و وابسته شدن پاداش به تأیید اجتماعی می شود (لاک و لاویا، ۲۰۱۵).

نتایج نشان می دهد حساسیت بین فردی در روابط زوجی و عاشقانه اثر منفی و ناکارآمدی دارد، جایی که خلوص و نزدیکی از اهمیت بالایی برخوردار است. افرادی که با اضطراب و انتظار طرد شدن وارد رابطه می شوند، طرح واره شناختی-هیجانی او که در ارتباط با فرد مهم دیگر شکل گرفته موجب می شود نسبت به نشانه های کوچک طرد واقعی یا تصور شده و رفتارهای مبهم

هرآنچه را تجربه کرده پذیرد بدون اینکه طعمه قضاوت ها و یا واکنش پذیری های خود شود. در نتیجه این مسأله خطر اشتباهات و بروز حوادث شغلی را کاهش می دهد. پذیرش خود و هر آنچه تجربه می کند بدون قضاوت و نگاه متعصبانه، به او کمک می کند بیمار خود را نیز همان گونه که هست بپذیرد با تمام توهم ها، هذیان ها و نوسان های خلقی که در طول درمان تجربه می کند و با او ارتباط موثر درمانی برقرار نماید؛ ارتباطی که بر پایه اعتماد است، اعتمادی که فرد به شهود خود و توانایی های خود از طریق ذهن آگاهی رسیده است. احساسات منفی با پیوند دادن اثر مثبت ویژگی ذهن آگاهی بر حساسیت بین فردی به عنوان یک واسطه عمل می کنند. با کاهش عواطف منفی، ذهن آگاهی ویژگی به طور غیرمستقیم حساسیت بین فردی را کاهش می دهد، که نشان می دهد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است با هدف قرار دادن احساسات منفی در کاهش حساسیت بین فردی موثر باشد.

از محدودیت های این پژوهش می توان گفت به منظور بررسی این متغیرها، از پرسشنامه خودگزارشی استفاده گردید؛ در این موارد احتمال اینکه افراد، پاسخ واقعی ندهند و پاسخ هایشان تحت تاثیر احوالات اخیر آنان باشد وجود دارد. همچنین با توجه به انجام پژوهش بر روی زنان شهر کرج در تعمیم نتایج به سایر مناطق و شهرها با محدودیت روبرو می باشد. انجام پژوهش بر روی جوامع پژوهشی دیگر و در مناطق جغرافیایی دیگر می تواند افزایش تعمیم پذیری نتایج را به همراه داشته باشد. همچنین پیشنهاد می شود که این پژوهش با توجه به تنوع فرهنگی، قومیت و جنسیت مقایسه و تکرار شود. پیشنهاد می شود از این آموزش برای کاهش سایر نشانگرهای بالینی ناشی از انواع اضطراب ها مانند تنیدگی های حاد و مشکلات بین فردی استفاده شود. برگزار کردن جلسات یادآور در مدت زمان پیگیری و در نهایت انجام درمان به صورت طولانی مدت که بتوان نتایج دقیق تری به دست آورد.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام قرار گرفت. اعضای گروه آزمایش و شاهد در هر مرحله ای اجازه خروج از پژوهش را داشتند. اعضای گروه کنترل در صورت علاقه مندی می توانند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی دریافت کنند. تمام مدارک و پرسشنامه ها و سوابق مشابه عیناً محرمانه تنها در اختیار مجریان بود. از همه داوطلبان رضایتنامه کتبی آگاهانه گرفته شد. مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و کمیته اخلاق پزشکی واحد کرج مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۱۶ به کد اخلاق شماره IR.IAU.K.REC.1402.115 می باشد.

چه اندیشه ای درباره وی دارند. این افکار از احساس ناتوانی و عدم کفایت خود ناشی می شوند و از نظر عاطفی می توانند منجر به تجربه پریشانی، ناراحتی، افسردگی و اضطراب اجتماعی گردند. افراد با حساسیت بین فردی بالا، در تعاملات اجتماعی به سوء تفسیر رفتارهای طرف مقابل می پردازند و به دنبال عدم دریافت نشانه ها و حمایت های اطلاعاتی، عاطفی، حمایتی و غیره، و نیز به دلیل انعکاس آگاهانه یا ناآگاهانه آن سوء تعبیرها به طرف مقابل، باعث می شوند که متقابلاً طرف مقابل نیز به آنها واکنش های منفی نشان دهد و ارتباط اجتماعی بین طرفین قطع شود یا به شدت کاهش یابد (لیدن، کاسیوپو، کاسیوپو، کاپا، دودیچ و همکاران، ۲۰۱۶). با گنجاندن این مؤلفه ها در آموزش ذهن آگاهی، هدف کمک به زنان است که خودآگاهی، تنظیم عاطفی و مهارت های اجتماعی بیشتری را توسعه دهند. در نتیجه می تواند به بهبود روابط بین فردی، افزایش اعتماد به نفس و افزایش رفاه کلی منجر شود. اهمیت این فرضیه در پتانسیل آموزش ذهن آگاهی برای رسیدگی به چالش های خاصی است که زنان در روابط بین فردی خود با آن مواجه هستند. با پرداختن به این مسائل، آموزش ذهن آگاهی می تواند به زنان کمک کند تا ارتباطات قوی تر و انعطاف پذیرتری با دیگران ایجاد کنند و سلامت روان و رفاه کلی خود را بهبود بخشند. به طور خلاصه، آموزش ذهن آگاهی مجموعه ای قدرتمند از مهارت های درون فردی و بین فردی را به زنان ارائه می دهد که به آنها کمک می کند موقعیت های اجتماعی را با اعتماد به نفس، اصالت و انعطاف پذیری بیشتری هدایت کنند. با پرداختن به علل ریشه ای حساسیت بین فردی، ذهن آگاهی می تواند به روابط رضایت بخش تر و رفاه کلی بیشتر منجر شود.

نتیجه گیری

ذهن آگاهی با افزایش احساس پذیرش در زنان به آن ها کمک می کند تجارب کاری خود را همانگونه که هست بپذیرند و با استرس و خستگی زیاد، همچنان به عملکرد و کارایی خود در بهترین شکل ممکن ادامه دهند. تمرینات منظم مدیتیشن نشسته و اسکن بدن به بازیابی تعادل هیجانی آنها کمک می کند. تعدیل هیجانات منفی که در طول انجام تمرینات رخ می دهد، باعث خودتنظیمی فعالیت مغز می شود و با تغییر فیزیولوژی استرس و سیگنال های هیجان باعث بهتر کنار آمدن زنان با هیجانات منفی می شوند (ایرانی و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن آگاهی با خودمدیریتی و خودتنظیمی که به دنبال این تمرینات در زنان ایجاد می کند باعث افزایش آگاهی می شود. آگاهی از هیجانات، افکار و احساساتی که باعث استرس در او می شود. زنان به جای اینکه از روی عادت و به صورت خودکار پاسخ دهد، تلاشی برای تغییر آن ها ندارد خواه این تجربیات خوشایند یا ناخوشایند باشند او آن ها را مشاهده می کند و می پذیرد. این پذیرش همیشه با یک کنجکاوای مهربانانه ای همراه است که به او اجازه می دهد

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند هیچگونه تضاد منافی ندارند.

منابع

- احمدی، ز.، امیری، ش.، کلانتری، م.، عابدی، م. و مولوی، ح. (۱۴۰۰). نیمرخ راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان با حساسیت بین فردی بالا و پایین. روانشناسی معاصر، ۱۴ (۱)، ۵-۲۵.
- احمدی، فرح. (۱۴۰۰). پیشینی خودباوری و خودشکوفایی فرزندان از روی رابطه مثبت والدین. پایاننامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، دانشکده علوم انسانی (دانشکده امام علی (ع))، رشته روانشناسی اسلامی مبتکر.
- اسدی خلیلی، مریم؛ عمادیان، سیده علیا، فخری، محمد کاظم. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری نشریه سلامت دوره ۱۴ شماره ۱۰۲ صفحه ۶۵-۵۲
- اصغری، فرهاد، قاسمی جوینه، رضا، صدیق، مریم السادات، جامعی مینو. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. دوره ۷، شماره ۲۶ - شماره پیاپی ۲۶ صفحه ۱۱۵-۱۳۲.
- صدیقی، کاظم، طوسی، محمدرضا، خدیوی، غلام رضا. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی زنان مطلقه. مجله تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه اصفهان. جلد ۱۹ شماره ۱ صفحات ۱۶۰-۱۴۹.
- قاسمی جوینه، رضا؛ عرب زاده، مهدی؛ جلیلی نیکو، سعید، محدعلی پور، زینب؛ محسن زاده، فرشاد. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۴ (۲): ۱۳۷-۱۵۰.
- مصاحبی، محمدرضا و جوادیان، زهرا و گلپور، محسن. (۱۳۹۱). الگوی ساختاری روابط بین روانپزشکی، پارانویا، خصومت و حساسیت بین فردی با باور به دنیای ناعادلانه. اندیشه و رفتار، ۷ (۲۵)، ۷۰-۶۰.
- موتابی، فرشته، فتی، الدن، شکیبا، شیما، باروتی، اسمت و طایری، سودابه. (۱۳۸۷). پیش بینی ابعاد رضایت شغلی بر مبنای مولفه های هوش هیجانی- اجتماعی در زنان و مردان. مشاوره شغلی و سازمانی. ۲ (۱)، ۸۹-۱۱۰.
- نجم پور محمد آبادی، الهام، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و مظاهری، مهرداد. (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش حساسیت بین فردی، گوش بزنگی بین فردی و نیاز به تأیید افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی: پژوهش تک آزمودنی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸ (۳۱)، ۷۹-۱۰۴.
- نرمایشیری، عبدالواحد، همتی راد، گیتی، عسگری، سیما، سپاه منصور، مژگان. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان و کنترل شناختی در زنان دارای رفتار خوردن آشفته. مجله مطالعات ناتوانی. ۲۸ (۳۲): ۹۸-۱۰۶.
- نریمانی، محمد، پرزور، پرویز و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۳). مقایسه حساسیت بین فردی و تعادل عاطفی در دانش آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. ناتوانیهای یادگیری. ۵ (۱)، ۱۲۵-۱۴۱.
- نهنگ، علی اکبر؛ موسوی نجفی، فهیمه و محمدی، رؤیا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر خودنظم بخشی هیجانی و تاب آوری روان شناختی کودکان بدسرپرست. فصلنامه سلامت روان کودکان، ۷ (۱): ۱۰۶-۱۱۷.
- وجودی، بابک، عطارد، نسترن و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۳). مقایسه حساسیت بین فردی و ابراز وجود در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی. اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸ (۱۳)، ۱۰۹-۱۱۸.

References

- Bell, V, & Freeman, D. (2014). A Pilot Trial Of Cognitive Behavioral Therapy For Interpersonal Sensitivity In Individuals With Persecutory Delusions. Behavior Therapy And Experimental Psychiatry, 45(4), 441-446.
- Bianchi, R, Schonfeld, I. S. & Laurent, I. (2015). Interpersonal Rejection Sensitivity Predicts Burnout: A Prospective Study Personality And Individual Differences. 75, 216-219.
- Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience And Neuroimaging - Volume 3, Issue 6, June 2018, Pages 555-562

- Bishop JR, Lee AM, Mills LJ, Thuras PD, Eum S, Clancy D, Erbes CR, Polusny MA, Lamberty GJ and Lim KO (2018). Methylation of FKBP5 and SLC6A4 in Relation to Treatment Response to Mindfulness Based Stress Reduction for Front. Psychiatry 9:418.
- Boyce, P. & Parker, G. (1989). Developm Ent Of A Scale To Measure Interpersonal Sensitivity. Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 23, 341-351.
- Boyce, P. Hichkie, I. Parker, G. Mitchell, P. Wilhelm, K. Brodaty, H. (1993). Specifity Of Interpersonal Sensitivity To Non- Melancholic Depression. Affect Disorder, 27,101-
- Calatrava, M., Martins, M. V., Schweer-Collins, M., Duch-Ceballos, C., & Rodríguez-González, M. (2022). Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct. Clinical Psychology Review, 91, 102101.
- Davidson, J. R. Zisook, S. Giller, E. & Helms, M. (1989). Symptoms Of Interpersonal Sensitivity In Depression. Comprehensive Psychiatry, 30, 357-368.
- Dixon, M. R., Paliliunas, D., Belisle, J., & Shaffer, J. L. (2019). The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. Journal of Contextual Behavioral Science, 11, 15-20.
- Dundan, L.G. J., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2018). A Model of Mindful Parenting: Implicationsfor Parent-Child Relationships and Prevention Research. Clin Child FamPsychol Rev, 12, 255-270
- Fayombo, G. A. (2010). The Relationship Between Personality Traits And Psychological Resilience Among The Caribbean Adolescents. Psychological Studies.
- Gilbert, P. Durrant, R. And Mcewan, K. (2006). Investigating Relationships Between Perfectionism, Forms And Functions Of Self-Criticism, And Sensitivity To Put-Down. Personality And Individual Differences, 41(7), 1299-1308.
- Harb, G.C. Heimberg, R.G. Fresco, D.M. Schnrier, F.R. & Liebowitz, M.R. (2002). The Psychometric Properties Of The Interpersonal Sensivity Measure In Social Anxiety Disorder. Behaviour Research And Therapy, 40(8), 961-979.
- Karyotaki, E., A. Kleiboer, F. Smit, D. Turner, A. Pastor, G. Andersson, T. Berger, C. Botella, J. Breton and Carlbring, P. (2015). "Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis." Psychological medicine: 1-10.
- Keune,Philipp M;Bostanov,Vlaimir;Kotchoubey, Boris& Hautzinger ,Martin.(2015).Mindffness versus rumination and behavioral inhibition: a perspective from research on frontal brain asymmetry, personality and individual difference.Vol:53.pp:323-328.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction For Healthy Individuals: A Meta- Analysis. Journal Of Psychosomatic Research, 9: 1-47.
- Kreiselmaier, A. K. (2017). An Evolutionary and Developmental Science Framework for Integrating Attachment, Mentalization, and Mindfulness: Implications for Religious Practice and Moral Development. Vanderbilt University
- Mackay, M. (2017) Handbook of research method in abnormal and clinical psychology. New York: Guilford Press: 342-376.
- Meggs, J., & Chen, M. A. (2018). Mental toughness and attributions of failure in high performing male and female swimmers. Journal of Human Sport and Exercise, 13(2), 276-284.
- Miklowitz, D., R. Semple, M. Hauser, D. Elkun, M. Weintraub and Dimidjian, S. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Women with Depression or Bipolar Spectrum Disorder. Cognitive Therapy and Research: 1-11.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., et al. (2018). DSM-V conduct disorder: Research needs for an evidence base, Journal of Child, Psychology and Psychiatry, 49, 3-33.

- Mohammadian, Y. Mahaki, B. Lavasani, F. F. Dehghani, M. & Vahid, M. A. (2017). The Psychometric Properties Of The Persian Version Of Interpersonal Sensitivity Measure. *Journal Of Research In Medical Sciences: The Official Journal Of Isfahan University Of Medical Sciences*, 22
- Otani, K, Suzuki, A, Ishii, G, Matsumoto, Y. & Kamata, M. (2008). Relationship Of Interpersonal Sensitivity With Dimensions Of The Temperament And Character Inventory In Healthy Subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 184-187.
- Romer ,Lizabeth;K Lee ;Jonathan ;Salters-Pedneault keistanlyn;M.Erisman Sannon M,Orsillo,Susan & Mennin, Douglas(2016). Mindfulness and emotion regulation difficulties in Generalized Anxiety Disorder preliminary evidence for independent overlapping contributions .*Behavior therapy* .Vol,40.PP142-154.
- Sagone, E. & Caroli, M. E. (2014). Relationships Between Psychological Well-Being And Resilience In Middle And Late Adolescents. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 92, 887-881.
- Sermboonsang, R., Tansuhaj, P. S., Silpakit, C., & Chaisuwan, C. (2020). Mindfulness-based transformational learning for managing impulse buying. *Journal of Education for Business*, 95(2), 129-137.
- Sharma, P. K., & Kumra, R. (2020). Examining the mediating role of work engagement on the relationship between workplace mindfulness and organizational justice and its association with well-being. *South Asian Journal of Business Studies*.
- Sherwen, L. Scholovena, M. A. Weingarten, C. (2015). *Maternity nursing*. London: appltion & angle; p. 90- 113.
- Stahl,B.,& Goldstin,E.(2017).*Mindfulness- based stress reduction worbook*.Canada. Oakland: New Harbinger Publhcation.
- Walach, H., Buchheld, N., Butenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness—The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality And Individual Differences*, 40(8), 1543-1555.
- Walach, H., Buchheld, N., Grossman, P., Butenmuller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. .(2001). Measuring Mindfulness In Insight Meditation (Vipassana) And Meditation-Based Psychotherapy: The Development Of The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal For Meditation And Meditation Research*, 1(1), 11-34.
- Yu, G., Liu, C., & Niu, J. (2019), Comparative Study Of Young Consumers› Luxury Brand Attachments In Metropolises Of Korea And China, *Management*, 3(2), 1- 11.
- Zahava Weinrib.Aliza(2017). Investigation experiential avoidance as a fulfillment of the requirement for the Doctor of Philosophy degree in Psycgology.University of Iowa.
- Masillo, A., Valmaggia, L., Saba, R., Brandizzi, M., Lo Cascio, N., Telesforo, L.,. Fiori Nastro, P. (2019). Interpersonal sensitivity, bullying victimization and paranoid ideation among help-seeking adolescents and young adults. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(1), 57–63.
- You, Z., Zhang, Y., Zhang, L., Xu, Y., & Chen, X. (2019). How does self-esteem affect mobile phone addiction? The mediating role of social anxiety and interpersonal sensitivity. *Psychiatry research*, 271, 526-531.
- Dixon, M. R., Paliliunas, D., Belisle, J., & Shaffer, J. L. (2019). The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 15-20.
- Eisenberg, N. (2020). Findings, issues, and new directions for research on emotion socialization. *Developmental Psychology*, 56(3): 664–670.
- McNeil, D. & Zeman, J. (2021). Adolescents' reluctance to express emotions: relations to parent emotion socialization. *Journal of Child Family Study*, 30(1): 107–120.

- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., & Shirata, T. (2018). Close relation of interpersonal sensitivity with negative core beliefs about the self, the central construct of cognitive vulnerability to depression. *Psychiatry Res*, 263, 162-165.
- Otsuka, A., Takaesu, Y., Sato, M., Masuya, J., Ichiki, M., Kusumi, I., & Inoue, T. (2017). Interpersonal sensitivity mediates the effects of child abuse and affective temperaments on depressive symptoms in the general adult population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2559-68.
- Zhiqi, Y., You, Z., Zhang, Y., Zhang, L., Xu, Y., & Chen, X. (2018). How does self-esteem affect mobile phone addiction? The mediating role of social anxiety and interpersonal sensitivity. *Psychiatry Research*, 271(2019), 526-531.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Fakhouri, T. H., Hales, C. M., Fryar, C. D., Li, X., & Freedman, D. S. (2018). Prevalence of Obesity Among Youths by Household Income and Education Level of Head of Household—United States 2011–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(6), 186.
- Bayır, B., & Aylaz, R. (2021). The effect of mindfulness-based education given to individuals with substance-use disorder according to self-efficacy theory on self-efficacy perception. *Applied nursing research*, 57, 1-9.
- Candel, O. S., & Turliuc, M. N. (2019). The effect of the sense of relational entitlement on relational satisfaction, positive and negative emotions. *Journal of Psychological & Educational Research*, 27(1).
- Senker, K., Fries, S., Dietrich, J., & Grund, A. (2021). Mindfulness and academic emotions: A field study during a lecture. *Learning and individual differences*, 92, 10-20.
- Behaviour Research And Therapy - Volume 70, July. (2015). Pages 11–22