

اثربخشی موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم

The effectiveness of music therapy on compromise behaviors and feelings of loneliness of children with autism spectrum disorder

Sajjad Alavi (Corresponding author)

سجاد علوی (نویسنده مسئول)

Master's student of Clinical Psychology, Azad University, Kashmir branch.

دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد کاشمر

Email: sajudalavi@gmail.com

Email: sajudalavi1000@gmail.com.

Javad Vakili

جواد وکیلی

Specialized doctorate in counseling, guest lecturer at Farhangian University and non-profit.

دکتر تخصصی مشاوره، مدرس مدعو دانشگاه فرهنگیان و غیر انتفاعی.

Email Javad_vakili63@yahoo.com

چکیده

Abstract

Music therapy is known as a therapeutic approach that uses the inherent characteristics of music to improve social behaviors and improve mental and physical health. **The purpose of** this research is to investigate the effectiveness of music therapy on the adaptive behaviors and feelings of loneliness of children with autism spectrum disorder. **The method** of the present research is practical in terms of its purpose, and according to its nature and objectives, it is among experimental researches of semi-experimental type with pre-test-post-test design. The target population includes all children with autism spectrum disorder, referred to Ava Autism Center in Mashhad. To select the sample, 30 people were selected by purposeful sampling and were randomly divided into two experimental groups (15 people) and control group (15 people). test group people, training sessions; They received music therapy training once a week by the researcher. After the end of the sessions, there were two test groups and a post-test test. The measurement tools in this research include: Weilenland Compromising Behavior Questionnaire (1999), Asher et al.'s Loneliness Questionnaire (1984) and Khanjani and Khak-Najad's Music Therapy Educational Protocol (2015) and Zabihi, Asadzadeh and Hossein Mardi's research (2014).) is Univariate and multivariate covariance analysis were used to analyze the data. **The findings** of the research showed that music therapy is effective on the compromising behaviors and feelings of loneliness of children with autism spectrum disorder.

Key words: music-therapy, compromise behaviors, loneliness, autism.

موسیقی درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی شناخته می شود که از ویژگی های ذاتی موسیقی برای بهبود رفتارهای اجتماعی و ارتقای سلامت روح و جسم استفاده می شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است. روش پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی است و با توجه به ماهیت و اهداف در زمره پژوهش های آزمایشی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون است. جامعه مورد نظر شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، مراجعه کننده به مرکز اتیسم آوا شهر مشهد می باشد. برای انتخاب نمونه ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، جلسات آموزشی؛ آموزش موسیقی درمانی را هفته ای یک بار، توسط محقق دریافت کردند. بعد پایان جلسات از دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد. ابزار اندازه گیری در این پژوهش شامل: پرسشنامه رفتار سازشی وایلند (۱۹۹۹)، پرسشنامه احساس تنهایی اش و همکاران (۱۹۸۴) و پروتکل آموزشی موسیقی درمانی خانجانی و خاک نژاد (۱۳۹۵) و پژوهش ذبیحی، اسدزاده و حسین مردی (۱۳۹۴) می باشد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شده است. یافته های پژوهش نشان داد موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر است.

کلید واژگان: موسیقی درمانی، رفتارهای سازشی، احساس تنهایی، اتیسم.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۶/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

مقدمه

اختلالات طیف اوتیسم^۱ گروه اختلالات عصبی رشدی است که در معیارهای تشخیصی مرتبط به کمبود در ارتباطات و اجتماعی شدن و علاقه محدود و رفتارهای تکراری همپوشی دارند (گنجی و گنجی، ۱۴۰۱). اوتیسم اختلال رشدی مغز به شمار می‌رود که به وسیله نقص در رفتارهای اجتماعی و ارتباطات، رفتارهای تکراری و محدود، مشخص می‌گردد. علت اصلی این اختلال ناشناخته است و وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و تحصیلات والدین نقشی در بروز اتیسم ندارد (ریچمن^۲، ۲۰۱۷). اوتیسم یک اختلال عصبی - روانشناختی است که ارتباط فرد را با دنیای خارج قطع کرده و توانایی فرد را در جهت برقراری ارتباط با دیگران سلب می‌کند. به نظر می‌رسد مبتلایان در دنیای خودشان به سر می‌برند و تا کنون پزشکان نتوانسته‌اند بطور دقیق علت آن را درک کنند (کوئگل^۳ و کوئگل، ۲۰۱۷).

یکی از عواملی که بر مهارت های اجتماعی و ارتباطی کودکان با اختلال طیف اوتیسم تاثیر می‌گذارد و مهم‌ترین عامل موفقیت در چالش‌های اجتماعی محسوب می‌شود رفتار سازشی است (ویلیامز^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). رفتار سازشی درجه‌ای از رفتار مؤثر و سودمند است که فرد را به حد استانداردهای خودکفایی و مسئولیت اجتماعی گروهی و فرهنگی سنی خود برساند. رفتار سازشی برحسب سن فرد، انتظارات فرهنگی و تقاضاهای محیطی تغییر می‌کند (هیووارد^۵، ۲۰۱۸). رفتار سازشی به این معناست که افراد تا چه اندازه با انتظارات عمومی زندگی به گونه‌ای اثربخش مقابله می‌کنند و تا چه اندازه به معیارهای استقلال شخصی که به مقتضای گروه سنی خاص، زمینه اجتماعی - فرهنگی و محیط اجتماعی خاص از آنان انتظار می‌رود دست می‌یابند (آلبرت و پتیپاس^۶، ۲۰۰۸؛ به نقل از آقای نژاد، فرامرزی و کریمی، ۱۳۹۲). یکی از عوامل دیگری که نقش معناداری در بروز مشکلات رفتاری کودکان دارد، بالا بودن احساس تنهایی آن‌ها می‌باشد (تقوایی یزدی، ۱۳۹۹). پژوهش هنریچ و گالونی^۷ (۲۰۱۶) نشان داد که احساس تنهایی، سازگاری کودکان مبتلا به اتیسم را کاهش می‌دهد و رفتارهای ضداجتماعی را در دانش‌آموزان افزایش می‌دهد. برای بسیاری از کودکان تنهایی ناشی از مشکلات مربوط به مدرسه، دوستان و همسالان، و خانواده می‌تواند به مشکلات جدی تری نظیر افسردگی، ایده خودکشی و خشونت منجر شود (فرهنگی، ۱۴۰۲). احساس تنهایی تجربه فردی ناخوشایند، منفی و عذاب‌آور، سخت، وحشتناک و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و تیره و تار دیدن دنیا می‌گردد (کیم، بایئون و کیم^۸، ۲۰۱۱). صاحب‌نظران معتقدند درمان موفقیت‌آمیز احساس تنهایی ممکن

1- autism

2 -Richman

3- Koegel

4 - Williams

5 - Heward

6 -Albert & Petitpas

7 -Henrich & Gullone

8- Kim, Byeon & Kim

است خطر عوارض جدی همچون افسردگی را کاهش دهد. افزایش تماس‌های اجتماعی نیز می‌تواند سبب ارتقاء سلامت افراد گردد (پپلائو و پرلمان^۱، ۲۰۱۶).

جهت کاهش احساس تنهایی و افزایش رفتارهای سازشی در کودکان مبتلا به اوتیسم، آموزش‌های کاربردی و متفاوتی وجود دارد (ارجمندنیا و همکاران، ۱۴۰۰) که یکی از رویکردهای مؤثر در درمان کودکان اوتیسم، بازی درمانی است (مهرجو، ۱۳۹۰). مداخله‌های مربوط به بازی در کودکان اوتیسم باعث تغییر رفتارهای چالشی آن‌ها می‌شود و پیامد آن متوقف شدن رفتارهای چالشی و تغییر جهت آن به سوی رفتارهای دیگر است (مارتینز و بتز^۲، ۲۰۱۳). از جمله رویکردهای درمانی دیگر مورد استفاده برای کودکان اوتیسم، هنردرمانی است. بر اساس پژوهش‌های کوپر و ویداس^۳ (۲۰۰۴) با توجه به اینکه کودکان اتیستیک دارای توانمندی‌های دیداری و تفکر عینی هستند، هنردرمانی برای آنها درمان مناسبی بوده و به عنوان مؤلفه‌ای از آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند تمایل این کودکان را برای مشارکت در تعاملات اجتماعی افزایش دهد (شواتزر^۴، ۲۰۲۰). هنردرمانی روشی را برای حل مسائل به شیوه دیداری فراهم کرده و موجب می‌شود این کودکان با استفاده از روشی غیر تهدید کننده وارد تعامل با دیگران شوند (دورانی^۵، ۲۰۱۴). همچنین میزان برون‌ریزی و پرخاشگری کودکان اتیستیک را کاهش می‌دهد، چرا که به آنان وسیله‌ای قابل پذیرش برای تخلیه خشم و پرخاشگری ارائه داده و وی را قادر به توانایی خود آرام‌سازی می‌کند (شواتزر و همکاران، ۲۰۱۹). در اختلال‌های طیف اوتیسم کودکان با کمبودهای مداوم در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در موقعیت‌های متعدد از جمله کمبودهایی در عمل متقابل اجتماعی مواجه هستند. این کودکان دارای مشکلات قابل ملاحظه‌ای در مهارت‌هایی مانند برقرار کردن رابطه، حفظ کردن و درک کردن روابط هستند. تشخیص اختلال طیف اوتیسم علاوه بر کمبودهای ارتباط اجتماعی، به وجود الگوهای رفتار، تمایلات یا فعالیت‌های محدود و تکراری نیاز دارد. چون نشانه‌ها در اثر تحول تغییر می‌کنند و امکان دارد مکانیزم‌های جبرانی آن‌را بپوشانند، ملاک‌های تشخیصی می‌توانند بر اساس اطلاعات گذشته فرد نیز مورد توجه قرار گیرد، هر چند کبه جلوه بالینی کنونی باید اختلال قابل ملاحظه‌ای را ایجاد کند. در سال‌های اخیر، فراوانی گزارش شده برای اختلال طیف اوتیسم در بیشتر کشورها به ۹ درصد جمعیت رسیده است و برآوردها در نمونه‌های کودک و بزرگسال مشابه هستند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از روش‌های مداخله‌ای مؤثر برای سلامت کودکان، موسیقی درمانی است (ارجمندنیا و همکاران، ۱۴۰۰) فعالیت‌های موسیقی می‌توانند به عنوان تقویت‌کننده در ایجاد پاسخ‌های متقابل و آگاهانه کودکان طیف اوتیسم مانند تکلم، افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، ایجاد پاسخ‌های شفاهی، افزایش تماس چشمی، رشد آگاهی‌های محیطی و رفتارهای محیطی و رفتارهای مناسب اجتماعی به کار گرفته شود. در این شکل از حرکات، اغلب توانایی‌های ادراکی-

1 -Peplau & Perlman

2 - Martinez & Betz

3 - Cooper & Widdows

4 - Schweizer

5 - Durrani

حرکتی مانند تعادل، هماهنگی، درک روابط فضایی و زمانی و جهت‌یابی کل و یا بخش‌های مختلف بدن به طور فعال درگیر می‌شود (دراپر^۱، ۲۰۲۰). از طرف دیگر؛ تاثیر فعاليت‌های مرتبط با موسيقي بر عملکردهای روانشناختی و رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأیید شده است (ارجمندنيا و همکاران، ۱۴۰۰).

بررسی پژوهش‌های مرتبط از جمله پژوهش؛ بهرامی‌فر (۱۴۰۱) تحت عنوان «اثر بخشی موسیقی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و بازداری هیجانی بیماران دارای اختلال افسردگی شهر تهران»، حقیقی‌آزاد (۱۳۹۸) «نقش موسیقی درمانی بر ارتباط مؤثر، افسردگی، احساس تنهایی و اضطراب مددجویان مرکز توانبخشی معلولین و سالمندان سراب»، شیبانی تدرجی و پاکدامن (۱۳۸۹) «تأثیر موسیقی درمانی، خاطره‌گویی و انجام فعالیت‌های دلخواه بر کاهش احساس تنهایی سالمندان»، شیبانی تدرجی و همکاران (۱۳۹۸) «تأثیر موسیقی درمانی بر میزان افسردگی و احساس تنهایی سالمندان»، ابوذری و همکاران (۱۳۹۷) «تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش درد و استرس و احساس تنهایی سالمندان شهر یزد»، خانجانی و خاک‌نژاد (۱۳۹۵) «تأثیر موسیقی درمانی غیر فعال بر نشانه‌ها، نارسایی ارتباطی و تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به طیف اوتیسم»، حسین‌خانزاده و ایمن‌خواه (۱۳۹۵)، «نقش ترکیبی موسیقی به همراه بازی در تحول اجتماعی، جسمی و رفتاری کودکان با اختلال طیف اوتیسم» نشان می‌دهد بیشتر پژوهش‌های انجام شده تأثیر موسیقی - درمانی بر احساس تنهایی را مورد بررسی قرار دادند و تأثیر موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از طرف دیگر؛ تأثیر موسیقی درمانی بر گروه کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شاید به دلیل شرایط خاص آنان کمتر مورد توجه بوده است، لذا؛ وجود خلأهای ذکر شده زمینه پژوهش حاضر را فراهم نموده است. همچنین با توجه به اهمیت سلامت کودکان مبتلا به اوتیسم و نقش رفتارهای سازشی بر سلامت آنان و لزوم مداخله در این زمینه و نبود پژوهشی منسجم، جامع و کاربردی در خصوص موضوع، محقق در این پژوهش با این سؤال روبروست؛ آیا موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی است و با توجه به ماهیت و اهداف در زمره پژوهش‌های آزمایشی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مراجعه‌کننده به مرکز اوتیسم آوا شهر مشهد می‌باشد. به عقیده دلاور (۲۰۱۴) در روش نیمه آزمایشی حداقل هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود. لذا؛ برای انتخاب نمونه ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، جلسات آموزشی؛ آموزش موسیقی درمانی را هفته‌ای یک بار، توسط محقق دریافت کردند. بعد پایان جلسات از دو گروه آزمایش و گواه پس از آزمون به عمل آمد. بعد از پایان کار پژوهشی بر اساس اصول اخلاقی

¹ - Draper

گروه گواه نیز می‌توانند در چنین پژوهشی شرکت کنند. گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌هایی که در اختیار افراد مورد مطالعه قرار گرفت، به دست آمد.

الف) پرسشنامه رفتار سازشی

پرسشنامه رفتار سازشی واینلند (۱۹۹۹) که دارای ۸ زمینه خودیاری عمومی، خودیاری در خوردن، خودیاری در پوشیدن، خودرهبری، مشغولیات، جابه جایی، ارتباط و اجتماعی شدن است، در سال ۲۰۰۰ توسط دال روی ۶۲۰ مرد و زن در هر یک از گروه‌های سنی (تولد تا ۳۰ سالگی) هنجاریابی شده است و ضریب پایایی آن ۰/۹۲ گزارش شده است. این مقیاس ۱۱۷ سوال دارد که نمره‌های ۰، ۰/۵ یا ۱ را به خود اختصاص می‌دهند. توکلی (۱۳۷۹) این مقیاس را در ایران در مقاطع سنی تولد تا ۱۸ سالگی و ۱۱ ماهگی هنجاریابی کردند. ۱۶۵۰ آزمودنی بهنجار در ۱۵ گروه سنی در مناطق شهری و روستایی استان‌های فارس، خراسان، زنجان، کهگیلویه و بویراحمد و شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور بررسی روایی آن، این مقیاس بر روی ۱۳۰ فرد کم توان ذهنی به کار برده شد. افزون بر آن برای تعیین پایایی مقیاس به شیوه بازآزمایی بر روی ۱۷۰ نفر از پدران و مادران آزمودنی‌ها اجرا گردید. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ماده‌های مقیاس در مورد جامعه ایرانی از پایایی و روایی رضایت بخش برخوردار است (به نقل از آقایی نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). لازم به ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ محاسبه شد.

ب) پرسشنامه احساس تنهایی

برای سنجش احساس تنهایی از پرسشنامه آشر و همکاران (۱۹۸۴) استفاده گردید. این مقیاس جهت سنجش احساس تنهایی و نارضایتی اجتماعی در دوران کودکی و نوجوانی ارائه شده و ۲۴ پرسش و مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً در مورد من درست نیست) تا ۵ (کاملاً در مورد من درست است) می‌باشد. در این مقیاس تعداد ۸ پرسش به این دلیل که پاسخگو با احساس راحتی و آرامش بیشتری، نگرش‌های خود را درباره موضوعات بیان کند و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود، به عنوان پرسش‌های نامربوط که به موضوعات مورد علاقه کودکان مرتبط هستند و در محاسبه امتیازات مقیاس در نظر گرفته نمی‌شوند، گنجانده شده است. علاوه بر آن تعدادی از پرسش‌های این مقیاس، به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند.

آشر و همکاران در تحقیقی روی ۵۲۲ کودک بهنجار، نشان دادند که ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش اسپیرمن-برون ۰/۹۱ و همچنین روش دونیمه کردن ۰/۹۱ بود. خوش‌کنش و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند این مقیاس از ثبات درونی مناسبی برخوردار است. جهت تعیین روایی سازه این مقیاس، تحلیل عاملی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی انجام شد. مقدار ضریب KMO برابر ۰/۸۰ بدست آمد. لازم به ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ محاسبه شد.

ج) پروتکل آموزشی

پروتکل آموزشی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس پژوهش خانجانی و خاک‌نژاد (۱۳۹۵) و پژوهش ذبیحی، اسدزاده و حسین مردی (۱۳۹۴) می‌باشد. جلسات آموزشی به مدت ۱۰ جلسه و هفته‌ای یک بار با مدت زمان ۴۵ دقیقه توسط پژوهشگر ارائه شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات موسیقی درمانی

جلسه	محتوای آموزشی
اول	معرفی کلی برنامه آموزشی، القای حال خوب با شعر (آموزش نحوه اجرا و خواندن)، مدیتیشن موسیقی منفعل با تم خلق ساز، آموزش نحوه تنفس و دم و بازدم با ساز.
دوم	پخش موسیقی منفعل با تم خلق ساز، موسیقی سنتی ایرانی، القای حال خوب با شعر، بداهه نوازی گروهی، موسیقی درمانگر آواز می‌خواند و با قطع آواز بداهه نوازی ادامه پیدا می‌کند.
سوم	تمرین تنفس با ساز پیانو، القای حال خوب با شعر، ضرب نوازی گروهی و توقف با همراهی موسیقی درمانگر هر زمان موسیقی درمانگر اجرا را متوقف کرد همگی سریعاً سکوت می‌کنند و سازی صدا نمی‌دهد و منتظر شروع مجدد می‌مانند. یکنواخت نواختن بادی پرکاشن B P اجرای یک ریتم ساده همگی همزمان مثلاً دست دست، پا پا
چهارم	تمرین تنفس با سازهای پیانو و گیتار القای حال خوب با شعر بازی با ریتم کلمات و اجرای همزمان با ساز کوبه ای انتخاب موسیقی برای خواندن آواز با همراهی موسیقی درمانگر بحث در مورد سبک مورد علاقه و دلیل علاقه به آن مدل موزیک
پنجم	تمرین تنفس و آرام سازی با پیانو و گیتار القای حال خوب با شعر حالم خوبه بحث در مورد تأثیر این تکنیک بر شرکت کننده ها تمرین خلاقیت ساخت ریتم بداهه توسط شرکت کنندگان و بررسی . اجرای آن در پایان شرکت کنندگان به صورت گروهی یک ریتم را می‌سازند و اجرا می‌کنند
ششم	تمرین تنفس و مدیتیشن با ساز زنده القای حال خوب تشخیص و تفکیک صدای سازها با چشمان بسته بر اساس نوع صدایی که می‌شنوی چه سازی است؟ آموزش ریتم از طریق بدن بادی پرکاشن ساخت ریتم بداهه با بدن به صورت گروهی و اجرای آن تمرین تنفس با ساز زنده

القای حال خوب

ضرب نوازی گروهی با سازهای کوبه ای

دقت شنیداری

هفتم تشخیص ساز بر اساس صدای آن

هشتم تمرین تنفس با ساز و بحث در مورد تأثیر آن

القای حال خوب

انتخاب موسیقی برای خواندن و اجرای گروهی

نهم تمرین تنفس با ساز القای حال خوب

ضرب نوازی گروهی با سازهای کوبه ای

بادی پرکاشن

دهم تمرین تنفس با ساز گیتار

بازی با ریتم کلمات و اجرای همزمان با ساز کوبه ای

بداهه نوازی گروهی، موسیقی درمانگر آواز می خواند و با قطع آواز بداهه نوازی ادامه پیدا می کند.

یافته های استنباطی

قبل از تحلیل داده های پژوهش مفروضه های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. از مهمترین این مفروضه ها مفروضه نرمال بودن است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده های توزیع آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک برای پیش آزمون تمامی متغیرها محاسبه شد که مقدار آن برای همه متغیرها غیر معنی دار بود، به عبارتی همه متغیرها نرمال بودند (جدول ۲). آنگونه که جدول (۲) نشان می دهد مقدار آماره شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها غیر معنی دار بود که این حاکی از برقراری مفروضه نرمال بودن متغیرها است.

جدول ۲: بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

آزمون شاپیرو ویلک برای نرمال بودن		
متغیرها	آماره	سطح معنی داری
تنهایی عاطفی	۰/۹۴	۰/۱۰
تنهایی اجتماعی	۰/۹۶	۰/۳۷
رفتارهای سازشی	۰/۹۷	۰/۴۶

فرضیه کلی: موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

به منظور بررسی نقش موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان؛ از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از انجام این آزمون بررسی چند مفروضه آماری الزامی می‌باشد. نتایج حاصل از اجرای این آزمون و بررسی پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است.

یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، همگونی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها هست که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول ۴-۸ نشان داده شده است.

جدول ۳: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
احساس تنهایی	۳/۶۲	۱	۲۸	۰/۰۷
رفتارهای سازشی	۳/۹۵	۱	۲۸	۰/۰۶

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همسانی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب نتیجه می‌شود که مفروضه دیگر آزمون تحلیل کوواریانس، همسانی واریانس‌ها، برقرار می‌باشد.

آزمون باکس

Box's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
۱۰/۲۱	۲/۸۱	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۰۶

چون سطح معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است مفروضه برابری ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته برقرار است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

منبع	نام آزمون	مقدار مشاهده شده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه	پیلای	۰/۸۶	۲	۲۵	۷۵/۵۰	۰/۰۰۰
	ویلکز	۰/۱۴	۲	۲۵	۷۵/۵۰	۰/۰۰۰
	هتلینگ	۶/۰۴	۲	۲۵	۷۵/۵۰	۰/۰۰۰
	روی	۶/۰۴	۲	۲۵	۷۵/۵۰	۰/۰۰۰

یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره حاکی از این است که سطح معناداری آماره F چند متغیره آزمون هتلینگ از ۰/۰۵ کمتر است. بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مولفه‌های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	نوع ۳ مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	احساس تنهایی	۵۸۷/۸۰	۱	۵۸۷/۸۰	۸۳/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۷۶
	رفتارهای سازشی	۱۲۷/۲۵	۱	۱۲۷/۲۵	۹۰/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۷۸

با توجه به نتایج به دست آمده مشاهده می شود، که بین همه متغیرها در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

در جدول (۶) میانگین های تعدیل شده ارائه شده است یعنی اثر متغیر پیش آزمون به صورت آماری حذف شده است.

جدول ۶: جدول میانگین های تعدیل شده در پس آزمون

مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
احساس تنهایی	آزمایش	۳۹/۲۱	۰/۷۰
	کنترل	۴۸/۵۲	۰/۷۰
رفتارهای سازشی	آزمایش	۴۹/۷۶	۰/۳۱
	کنترل	۴۵/۴۴	۰/۳۱

جدول فوق نشان می دهد که برای احساس تنهایی میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل کمتر و برای رفتارهای سازشی بیشتر است. بنابراین: موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

فرضیه اول: موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

نتایج بررسی پیش فرض های آماری نشان داد که آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون و پیش شرط تساوی واریانس ها (با استفاده از آزمون لوین) برای گروه های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی دار نیست) و استفاده از تحلیل کواریانس بلا مانع است ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۷: آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	F	سطح معنی داری
اثر تعاملی گروه و پیش آزمون	۲/۸۶	۱	۲/۱۴	۰/۱۶

جدول ۸: پیش شرط تساوی واریانس ها (با استفاده از آزمون لوین)

F	df1	df2	سطح معنی داری
۳/۷۵	۱	۲۸	۰/۰۶

در جدول (۹) نتایج ANCOVA شامل مجموع مجزورات (SS)، میانگین مجزورات (MS)، مقدار F درجات آزادی (df)، سطح معنی داری (p) و مجذور اتای سهمی N2 جهت تعیین اثر موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ارائه شده است.

جدول ۹: خلاصه ANCOVA برای تعیین اثربخشی موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	D ²
رفتارهای سازشی پیش آزمون	۲۶۶/۶۷	۱	۲۶۶/۶۷	۱۹۰/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸
اثر اصلی (درمان)	۱۴۶/۱۷	۱	۱۴۶/۱۷	۱۰۴/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶
خطای باقی مانده	۳۷/۷۳	۲۷	۱/۳۹			

نتایج ANCOVA نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره های رفتارهای سازشی پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در پس آزمون معنی دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات رفتارهای آمیزشی شرکت کنندگان گروه آزمایش - کنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۵ درصد اطمینان معنی دار می‌باشد (۰/۰۵ < P). میزان مداخله ۰/۶۶ می‌باشد.

جدول ۱۰: جدول میانگین های تعدیل شده در پس آزمون

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۴۹/۸۲	۰/۳۱
کنترل	۴۵/۳۸	۰/۳۱

جدول فوق نشان می‌دهد که برای رفتارهای سازشی میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل بیشتر است. بنابراین: موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

فرضیه دوم: موسیقی درمانی بر احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

به منظور بررسی نقش موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان؛ از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از انجام این آزمون بررسی چند مفروضه آماری الزامی می‌باشد. نتایج حاصل از اجرای این آزمون و بررسی پیش فرض های آن در ادامه ارائه شده است.

یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، همگونی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه ها هست که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول ۱۱ نشان داده شده است.

جدول ۱۱: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
تنهایی عاطفی	۳/۵۵	۱	۲۸	۰/۱۱
تنهایی اجتماعی	۳/۴۳	۱	۲۸	۰/۱۷

همان‌طور که در جدول ۱۱ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همسانی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب نتیجه می‌شود که مفروضه دیگر آزمون تحلیل کوواریانس، همسانی واریانس‌ها، برقرار می‌باشد.

آزمون باکس

Box's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
۳/۳۷	۱/۰۳	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۳۷

چون سطح معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است مفروضه برابری ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته برقرار است.

جدول ۱۲: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

منبع	نام آزمون	مقدار مشاهده شده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه	پیلاپی	۰/۷۶	۲	۲۵	۳۹/۷۴	۰/۰۰۰
	ویلکز	۰/۲۴	۲	۲۵	۳۹/۷۴	۰/۰۰۰
	هتلینگ	۳/۱۸	۲	۲۵	۳۹/۷۴	۰/۰۰۰
	روی	۳/۱۸	۲	۲۵	۳۹/۷۴	۰/۰۰۰

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از این است که سطح معناداری آماره F چند متغیره آزمون هتلینگ از ۰/۰۵ کمتر است. بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مولفه‌های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	نوع ۳ مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	تنهایی عاطفی	۲۵۴/۰۱	۱	۲۵۴/۰۱	۷۴/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۶۴
	تنهایی اجتماعی	۶۸/۸۹	۱	۶۸/۸۹	۴۱/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۶۱

با توجه به نتایج به دست آمده مشاهده می‌شود، که بین همه متغیرها در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

در جدول (۱۴) میانگین‌های تعدیل شده ارائه شده است یعنی اثر متغیر پیش آزمون به صورت آماری حذف شده است.

جدول ۱۴: جدول میانگین‌های تعدیل شده در پس آزمون

مولفه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
تنهایی عاطفی	آزمایش	۲۴/۳۵	۰/۴۸
	کنترل	۳۰/۳۸	۰/۴۸
تنهایی اجتماعی	آزمایش	۱۴/۹۲	۰/۳۴

جدول فوق نشان می‌دهد که برای هر دو مؤلفه میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل کمتر بیشتر است. بنابراین: موسیقی درمانی بر احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه کلی: موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

نتایج پژوهش نشان داد که برای احساس تنهایی میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل کمتر و برای رفتارهای سازشی بیشتر است. بنابراین؛ موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی و احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است. از جمله پژوهش‌های همسو با فرضیه فوق پژوهش؛ خانجانی و خاک‌نژاد (۱۳۹۵)، حسین‌خانزاده و ایمن‌خواه (۱۳۹۵)، پتر و همکاران (۲۰۲۲)، سبیمیب سیون و همکاران (۲۰۱۳)، جاسک (۲۰۱۹)، هاکت و همکاران (۲۰۱۳)، آتکا و ماتوس (۲۰۱۳) و لانکویست و همکاران (۲۰۰۹)، بهرامی‌فر (۱۴۰۱)، حقیقی‌آزاد (۱۳۹۸)، شیبانی تدرجی و پاکدامن (۱۳۹۸)، شیبانی تدرجی و همکاران (۱۳۸۹) و ابوذری و همکاران (۱۳۹۷) می‌باشد.

در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت؛ تأثیر موسیقی بر انسان و جنبه‌های مختلف زندگی شخصی، اجتماعی، فرهنگ، هویت و مسائل وی برای همه علاقه‌مندان به موسیقی آشکار است. ارزش و اهمیت موسیقی در زندگی انسان به قدری است که در هر عرصه، مکان و موقعیتی حضور پررنگ و تأثیرگذار آن به چشم می‌خورد. انسان‌های بسیاری با موسیقی زندگی می‌کنند و با آن احساس آرامش، شادی، هیجان، غم و حتی نفرت را تجربه می‌کنند؛ به طوری که گاهی می‌توان آن را بسیار مفید و گاهی بسیار خطرناک دانست، زیرا یکی از پیچیده‌ترین ابعاد وجودی انسان یعنی احساس، به شکل عمیق سروکار دارد. و طبق نظریه تحریک در برانگیختن احساس درونی مخاطب یا بر طبق نظریه تجلی احساس در جلوه دادن احساسات درونی مصنف بسیار توانا و قدرتمند است (آهی، ۱۳۹۵). با توجه به آن‌چه بیان شد و به طور کلی در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت؛ کودکان اتیسم به دلیل شرایط ویژه ممکن است دچار احساس تنهایی، افسردگی و گوشه‌گیری و عدم تمایل به برقراری ارتباط با دیگران شوند. این گروه به دلیل این‌که ممکن است کمتر مورد پذیرش دیگران قرار گیرند، گاهی با دیگران ناسازگاری داشته باشند که این ناسازگاری می‌تواند پیامد احساس تنهایی و گوشه‌گیری را به دنبال داشته باشد، لذا؛ به نظر می‌رسد موسیقی درمانی می‌تواند حالات روحی و روانی آنان را تغییر داده و این افراد مانند افراد عادی تمایل به برقرار ارتباط داشته باشند.

فرضیه اول: موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

نتایج پژوهش نشان داد که برای رفتارهای سازشی میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل بیشتر است. بنابراین؛ موسیقی درمانی بر رفتارهای سازشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است. از جمله پژوهش‌های همسو با فرضیه فوق

پژوهش؛ خانجانی و خاک‌نژاد (۱۳۹۵)، حسین‌خانزاده و ایمن‌خواه (۱۳۹۵)، پتر و همکاران (۲۰۲۲)، سبیمیب سبون و همکاران (۲۰۱۳)، جاسک (۲۰۱۹)، هاکت و همکاران (۲۰۱۳)، آتنکا و ماتوس (۲۰۱۳) و لانکویست و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد. در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت؛ موسیقی درمانی به عنوان روش انتخابی برای درمان رفتارهای کودکان اوتیسم مطرح است و این کودکان به دلیل ارتباط بسیار محدود کلامی و رفتارهای قالبی و خودرورفتگی‌ها به نمایش رایج درمان به دشواری پاسخ می‌دهند. موسیقی با دنیای متنوع ریتم به عنوان یک روش نافذ و با ایجاد ارتباط‌های غیرکلامی ریتمیک و موسیقایی می‌تواند به خوبی با کودکان اوتیسم ارتباط برقرار و پاسخ‌های آنان را تحریک نماید. در زمانی که صوتی در مرحله اولیه در قالبی از زیبایی تولید می‌شود و وقتی این زیبایی شکلی پیچیده‌تر به خود می‌گیرد که یک ملودی نواخته شود. اساساً ترکیب تنها یعنی پردازش ملودی در نواحی درونی و اطراف کورتکس شنوایی و نواحی حرکتی اتفاق می‌افتد، در حالی که الگوهای پیچیده‌تر این ترکیب‌ها شبکه‌های توزیع شده در بخش قدامی لوب تمپورال و نواحی فرونتال تحلیل می‌شوند و نیمکره راست مخصوص پردازش ملودی و نیمکره چپ مخصوص پردازش ریتم است. بررسی‌ها حاکی از آن است که موسیقی ابزار باارزشی در جهت برانگیختگی و ارزیابی هیجان‌ها می‌باشد. بنابراین، کاهش اضطراب ناشی از تاثیر موسیقی درمانی و در نتیجه عملکرد بهتر سیستم عصبی خودکار می‌تواند علاوه بر آن، باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان شود. علاوه بر این به نظر می‌رسد که تخلیه هیجانی ناشی از گوش دادن به موسیقی و موسیقی درمانی موجب کاهش فراوانی و شدت رفتارهای مشکل‌آفرین و خودآسیب‌رسان شود (حمیدی فرد و همکاران، ۱۴۰۲). به طور کلی در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت؛ از آن‌جا که کودکان مبتلا به اتیسم دارای ویژگی‌های خاص جسمانی و روانی هستند، برقراری ارتباط دوجانبه با آنان شاید تا حدودی مشکل باشد. لذا؛ باید روشی را برای برقراری ارتباط و بروز هیجان و احساس این افراد انتخاب کرد که این افراد ضمن برقراری ارتباط با دیگران بتوانند ضمن بروز احساسات خود، رفتار سازشی را نیز نشان دهند. به نظر می‌رسد موسیقی درمانی می‌تواند زمینه نشاط و شادی، بروز احساس را در این افراد فراهم ساخته و هم‌چنین با ایجاد ارتباط؛ رفتارهای سازشی را در گروه کودکان اتیسم نهادینه سازد.

فرضیه دوم: موسیقی درمانی بر احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است.

نتایج پژوهش نشان داد که برای هر دو مؤلفه میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل کمتر بیشتر است. بنابراین موسیقی درمانی بر احساس تنهایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است. از جمله پژوهش‌های همسو با فرضیه فوق پژوهش؛ بهرامی‌فر (۱۴۰۱)، حقیقی‌آزاد (۱۳۹۸)، شیبانی تدرجی و پاکدامن (۱۳۹۸)، شیبانی تدرجی و همکاران (۱۳۸۹) و ابوذری و همکاران (۱۳۹۷) می‌باشد. بر اساس دیدگاه الهاگین (۲۰۰۸) احساس تنهایی با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند غمگینی، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین توقعات و آرزوهای فرد با امکان دستیابی

او به این آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و به صورت رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران مشخص می‌گردد. احساس تنهایی، به عنوان حالتی ناخوشایند، پاسخ‌های هیجانی منفی و نارضایتی ادراکی فرد را در روابط اجتماعی‌اش شامل می‌شود. این تجربه نامطلوب و پریشان‌کننده می‌تواند به ناسازگاری‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد در مرحله نوجوانی منجر شود (کید^۱، ۲۰۰۴). احساس تنهایی ممکن است توسط هر شخصی در هر مقطعی از زندگی تجربه شود و به عبارتی، یک حقیقت اساسی در زندگی بشری است که محدود به مرزهای سنی، جنسی، نژادی، اقتصادی یا جسمی خاص نیست. آمارها حاکی از آن هستند که از هر چهار نفر در جهان، یک نفر از احساس تنهایی رنج می‌برد (جوکار و سلیمی، ۱۳۹۰). به طور کلی در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت؛ کودکان دارای اختلال اتیسم به دلیل ویژگی‌های خاص روانی و جسمانی در طول روند زندگی با فراز و نشیب‌های روبرو می‌شوند که ممکن است آنان را به احساس تنهایی مبتلا کند. لذا؛ برای کاهش این احساس یکی از راه‌حل‌ها؛ موسیقی درمانی است. چراکه در موسیقی درمانی افراد ضمن توجه به احساسات خود و دیگران، با اطرافیان و محیط رابطه برقرار می‌کنند که همه موارد فوق‌الذکر می‌تواند به کاهش احساس تنهایی کمک کند.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی والدین دارای کودک اتیسم در مورد موسیقی درمانی برای آنان برگزار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود کارگاه آموزشی با محوریت نقش ارتباط مؤثر در رفتار سازشی کودکان اتیسم برای والدین و معلمان برگزار شود.

منابع

- ابوذری، حسین؛ رشیدپور، پروانه و فتحی‌نژاد، ریحانه (۱۳۹۷). تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش درد و استرس و احساس تنهایی سالمندان شهر یزد. دومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی.
- ارجمندیا، علی اکبری؛ عباسی، فرشته؛ دادور، الناز؛ جعفری، فاطمه و سلیمانی، شهرام (۱۴۰۰). تأثیر موسیقی درمانی مبتنی بر فعالیت‌های ریتمیک بر ادراک دیداری حرکتی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. نشریه پرستاری کودکان، (۲)، ۸، ۲۴-۳۲.
- تقوایی‌یزدی، مریم (۱۳۹۹). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری با احساس تنهایی و اختلالات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود والدین-دانش-آموزان. فصلنامه علمی روانشناسی تربیتی، (۱۱)، ۴، ۳۸-۵۴.
- آقای‌نژاد، جان بابا، کریمی، محمد و فرامرزی، سالار (۱۳۹۲). تأثیر یک دوره فعالیت منظم ورزشی بر بهبود رفتار سازشی دانش‌آموزان کم توان ذهنی آموزش‌پذیر. رشد و یادگیری حرکتی ورزشی، (۶)، ۴، ۵۱۱-۵۲۹.
- آهی؛ محدثه (۱۳۹۵). موسیقی و احساس از دیدگاه نظریه‌های تجلی، احساس و تحریک. پژوهش‌های علوم انسانی نقش جهان، (۸)، ۱، ۳۹-۵۰.
- بهرامی‌فر، پدram (۱۴۰۱). اثربخشی موسیقی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و بازداری هیجانی بیماران دارای اختلال افسردگی شهر تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، (۱)، ۸، ۵۳-۶۹.

- جوکار، بهرام؛ سلیمی، عظیمه (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان. مجله علوم رفتاری، ۶ (۲)، ۳۱۸-۳۱۰.
- حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ ایمن‌خواه، فهیمه (۱۳۹۵). نقش ترکیبی موسیقی به همراه بازی در تحول اجتماعی، جسمی و رفتاری کودکان با اختلال طیف اوتیسم. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۶ (۴)، ۵۹-۴۷.
- حقیقی‌آزاد، فرناز (۱۳۹۸). نقش موسیقی درمانی بر ارتباط موثر، افسردگی، احساس تنهایی و اضطراب مددجویان مرکز توانبخشی معلولین و سالمندان سردهای سراب. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی.
- خانجانی، زینب؛ خاک‌نژاد، زهرا (۱۳۹۵). تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر نشانه‌ها نارسایی ارتباطی و تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به طیف اوتیسم. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳ (۵)، ۷۹-۵۸.
- خوش‌کنش، ابوالقاسم؛ فلاح‌زاده، هاجر؛ انجم‌شعاع، بهاره و قنبری، سعید (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس احساس تنهایی کودک در دختران دبستانی شهر کرمان. مجله روانپزشکی و روانشناسی.
- ذبیحی، رزیتا؛ اسدزاده، حسن و حسین‌مردی، نرگس (۱۳۹۴). تأثیر شنیدن موسیقی (ریتیمیک و ملودیک) بر توجه و تمرکز دیداری، شنیداری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴ (۴)، ۷۲-۵۲.
- شیبانی تذرجی، فاطمه؛ پاکدامن، شهلا (۱۳۸۹). تأثیر موسیقی درمانی، خاطره‌گویی و انجام فعالیت‌های دلخواه بر کاهش احساس تنهایی سالمندان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۴ (۳)، ۷۸-۶۰.
- فرهنگی، علی اکبر (۱۴۰۲). ارتباطات انسانی. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- گنجی، مهدی؛ گنجی، حمزه. (۱۴۰۱). راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-V. تهران: نشر ساوالان.
- مهرجو، پروانه (۱۳۹۰). نگاهی به تفاوت بازی کودکان عادی و استثنایی. فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۳ (۸)، ۵۵-۴۸.
- America Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Fifth edition. Tehran, mental publication
- Atencia-Dona L. Mateos-Moreno D, (2013). Effect of combine ance/movement and music therapy on young adults diagnosed with servere autism. Arts sychother. ;40(5):465-72.
- Cooper, B., & Widdows, N. (2004). Knowing yourself knowing others: Activities that teach social skills (p. vi) Norwalic, CT: Instant Heip Press
- Delavar, a (2014). Applied probability and statistics in psychology and educational sciences. Tehran: roshd.
- Draper EA. (2020). Teaching Students with Autism Spectrum Disorder: Strategies for the Music Classroom. General Music Today. ;33(2):87-9.
- Durrani, H. (2014). Facilitating Attachment in Children With Autism Through Art Therapy: A Case Study. Journal of Psychotherapy Integratio American Psychological Association. 24(2): 99 –108.
- Elhageen, A. A. M. (2008). Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among Deaf Children in egyptianschools. Doctoralthesis.Eberhard – Karls-university.
- Hackett S, Morison CJ, Pullen C. (2013). Aretrospective practice based Evaluation of music therapy: A singlecase study of a four-year-old girl With Rett syndrome-Rebecca's story. Arts Psychother. 40: 473-477.
- Heinrich, L. M., & Gullonca. E. (2016). The effects of maternal depression children: clinical psychology Review .10.329-335.

- Heward, W. (2018). Adaptive behavior. Exeptional children. Wiki Answers. Publication.
- Jaschke, A.C. (2019). Music therapy on impulsivity and visual motor perception in children with autism spectrum disorder. *Vision Research*, 17 (4): 102-119.
- Kidd, S. A. (2004). The walls were closing in, and we were trapped: A qualitative analysis of street youth suicide. *Youth Society*, 36 (1), 30-55.
- Kim, O., Byeon, Y. S., & Kim, J. H. (2011). Loneliness, Depression and Health Status of the Institutionalized Elderly in Korea and Japan. *Journal of Asian Nursing Research*, 3, 63-70.
- Koegel, R. L, & Koegel, L. K. (2017). Pivotal Response Treatments for Autism: Communication, Social, & Academic Development. Baltimore: H. Brookes.
- Koegel, R. L, & Koegel, L. K. (2017). Pivotal Response Treatments for Autism: Communication, Social, & Academic Development. Baltimore: H. Brookes.
- Lundqvist, L.-O., Andersson, G., & Viding, J. (2009). Effects of vibroacoustic music on challenging behaviors in individuals with autism and developmental disabilities. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(2), 390–400.
- Martinez, C. K., & Betz, A. M. (2013). Response interruption and redirection: Current research trends and clinical application. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46 (2), 549-554.
- Pater, M., Spreenb, M., & van Yperen, T. (2022). Music therapy for children on the autism spectrum: Improved social interaction observed by multiple informants across different social contexts. *NORDIC JOURNAL OF MUSIC THERAPY*, VOL. 32, NO. 1, 29-47.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (2016). Perspective on loneliness. In L. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons.
- Richman, S. (2017). *Raising a Child with Autism*. London: Jessica Kingsley.
- Schweizer, C. (2020). *Art Therapy for Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorders: Development and First Evaluation of a Treatment Programme*. University of Groningen.
- Schweizera, C., Knorthb, E.J., van, A., Yperenb, T.A., & Spreena, M. (2019). Evaluation of 'Images of Self,' an art therapy program for children diagnosed with autism spectrum disorders (ASD). *Children and Youth Services Review*, 116(4): 1 – 10.
- Simpson K, Keen D, Lamp J. (2013). The use of music to engage children with autism in a receptive labeling task. Orginal research article. *Research In autism spectrum disorders*. 7: 1489-1496.
- Williams, D. L., Mazefsky, C. A., Walker, J. D., Minshew, N. J., & Goldstein, G. (2014). Associations between conceptual reasoning, problem solving, and adaptive ability in high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2908-2920

تأثیر آموزش مدیریت هیجان بر عملکرد ورزشی کشتی گیران باشگاه پیام

The effect of emotion management training on the athletic performance of Payam Club wrestlers

Jamshid Jalali (Corresponding author)

Master of Science, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

Hossein Khedmatgozar

Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

Sara Haghighat

Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

جمشید جلالی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

حسین خدمتگزار

دانشیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

سارا حقیقت

دانشیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

.Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the effect of emotion management training on the athletic performance of wrestlers at Payam Club.

Method: The research method was an applied type with a quasi-experimental design with experimental and control groups. The statistical population of the study was all wrestlers at Payam Club in Tehran in 2020. The sample size was 30 people using the convenience sampling method, which were divided into two experimental groups (15 people) and control groups (15 people). The research tool was the observational measurement method of wrestlers' athletic performance. The experimental group underwent an emotion management training program for two and a half months, and the control group did not receive any program during this period. The data analysis method was analysis of covariance using SPSS version 27 software.

Findings: The results of the present study showed that there was a significant difference at the 0.01 error level between sports performance ($F=136.724$), correct execution of techniques ($F=70.647$), cheerfulness and sports spirit ($F=4.079$), speed of reaction to opponent techniques ($F=15.155$), and physical fitness ($F=61.379$) of Payam Club wrestlers in the experimental and control groups in the post-test phase.

Conclusion: It can be concluded that emotion management training can improve the sports performance of wrestlers.

Keywords: Emotion management training, sports performance, wrestler.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش مدیریت هیجان بر عملکرد ورزشی کشتی گیران باشگاه پیام انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع کاربردی با طرح نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه کشتی گیران باشگاه پیام شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. حجم نمونه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس که در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه تقسیم (۱۵ نفر) شدند. ابزار پژوهش روش سنجش مشاهده ای عملکرد ورزشی کشتی گیران بود. گروه آزمایش در مدت دو ماه و نیم تحت برنامه آموزش مدیریت هیجان قرار گرفت و گروه گواه در این مدت برنامه ای دریافت نکردند. روش تجزیه و تحلیل داده ها تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ بود.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین عملکرد ورزشی ($F=136.724$)، اجرای درست فنون ($F=70.647$)، شادابی و روحیه ورزشی ($F=4.079$)، سرعت در واکنش به فنون حریف ($F=15.155$) و آمادگی جسمانی ($F=61.379$) کشتی گیران باشگاه پیام در گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری در سطح خطای ۰/۰۱ وجود دارد. نتیجه گیری: می توان نتیجه گرفت آموزش مدیریت هیجان میتواند عملکرد ورزشی کشتی گیران را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: آموزش مدیریت هیجان، عملکرد ورزشی، کشتی گیر.

مقدمه

روان‌شناسی ورزش، در نیمه سال های ۱۹۸۰ بیشتر با زمینه‌هایی در ارتباط بود که فراتر از عملکرد ورزشی می باشند. (واگستاف^۱، ۲۰۱۷). پژوهش و فعالیت روان‌شناسی ورزش به گونه سنتی متوجه پرسشنامه های روان‌شناسی و نتایج عملی بودند (خداپرست و همکاران، ۱۴۰۱)، پژوهش روان فیزیولوژیکی، پاسخ های فیزیولوژیکی را که بر شناخت، اندیشه و عواطف و عملکرد اثر می‌گذارند و یا آن را همراهی می‌کنند، مطالعه می‌کند (الوانی و دانایی، ۱۳۹۱). فشارهای روانی، بیش از هر عامل دیگر به تحلیل انرژی جسمی ورزشکاران و کاهش لذت بردن آن‌ها از ورزش و شکست منجر می‌شود (دیفرونسو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). در صورتی که ورزشکاران به این اعتقاد برسند که آن‌ها لیافت ندارند، این فشارها، می‌تواند باعث فرو ریختن اعتماد به نفس گردد و ورزشکاران را از لذت به نمایش گذاردن مهارت هایی که بر اثر ساعت‌های بیشمار تمرین در آن تبحر پیدا کرده اند، محروم سازد و آن‌ها از شعف زایدالوصفی که از انجام مهارت ها به آن‌ها دست می‌دهد، دور سازد و فشارهای روانی سبب تعارض میان فردی، افزایش صدمات بدنی و هدایت ورزشکاران به بازنشستگی زودرس می‌شود (آزاد، ۱۳۹۷). بطور کلی ورزش‌ها را به گروه های مختلفی دسته بندی می‌کنند که در زیر این دسته بندی ها آمده است:

ورزش‌های استقامتی^۳، ورزش‌های گروهی^۴، ورزش‌های حرکتی^۵، ورزش‌های رزمی^۶، ورزش‌های آبی^۷، ورزش‌های هوایی^۸، ورزش‌های سواری^۹. ورزش‌های استقامتی ورزش‌هایی هستند که بدن انسان را طولانی مدت تحت فشار قرار می‌دهد که در حین انجام آن، عملکرد انسان به شدت به متابولیسم هوازی یعنی تولید انرژی پایدار جهت ورزش و دیگر عملکردهای بدن، بستگی دارد (فلاح و همکاران، ۱۳۹۷).

کشتی ورزشی استقامتی است و کشتی گیران باید بر نیازهای جسمانی و روانی خود در تمرین و مسابقه غلبه کنند. جکائوس و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۱) مسابقه کشتی را یکی از خسته کننده ترین آزمون های استقامت ورزشی آدمی می دانند. پیش بینی عملکرد استقامتی ورزشکاران برجسته را نمی توان تنها از رهگذر متغیرهای فیزیولوژیکی پیش بینی کرد. در نتیجه، پیشنهاد شده است که عوامل روان شناختی نقش مهمی در دستیابی به اوج عملکرد استقامتی ورزشکاران دارد (مظفری زاده و حیدری، ۱۳۹۸). نیازهای جسمانی و چالش های روان شناختی که کشتی گیران با آن روبه رو هستند،

¹ Wagstaff

² di Fronso

³ Strength sports

⁴ Group sports

⁵ Movement sports

⁶ Martial Arts

⁷ Water sports

⁸ Air sports

⁹ Riding sports

¹⁰ Jekauc

در بین ورزش ها منحصر به فرد است. عوامل جسمانی قدرت، استقامت و مهارت، همراه با شرایط آب و هوایی ناپایدار، مسیر حرکت و تیمی و انفرادی بودن این ورزش، کشتی گیران را با چالش های کم مانندی مواجه می کند. کشتی گیران نه تنها باید بر انگیزش، اعتماد به نفس، شدت تمرکز، هیجانات و درد احاطه داشته باشند (تیلور و ویلسون^۱، ۲۰۱۸)؛ بلکه باید تسلط خود را حتی در حادثترین شرایط جسمانی و محیطی حفظ کنند که گاه خطر آسیب جسمی یا مرگ جدی است. همه ورزشکاران در هر رشته ورزشی با عوامل روان شناختی گوناگونی روبه رو هستند (ویلیامز و اندرسون^۲، ۲۰۱۴)، اما کشتی گیران با چالش های ویژه ای در چند سطح مختلف مانند برگزاری اردوهای طولانی مدت، کمبود امکانات ورزشی در برخی سالنهای ورزشی و ... (ایزانلو و همکاران، ۱۴۰۱) سروکار دارند. موفقیت کشتی گیر در گروی حفظ و نگهداری انرژی مورد نیاز در روند مسابقه است (سهرابی، ۱۳۹۷).

در حیطه روان شناسی ورزش از یک سو به عملکرد ورزشی و از سویی دیگر به عوامل روان شناختی پرداخته شده و همواره روان شناسان ورزش کاربردی تلاش می کنند تا بتوانند با توسعه توانمندی های روان شناختی ورزشکاران، عملکرد ورزشی آنان را بهبود بخشند (روسل^۳، ۲۰۱۸). شیوه های گوناگونی که روان شناسان ورزش برای ارتقاء عملکرد ورزشی به کار می گیرند، تحت تأثیر مداخلات روان شناختی تعریف گردیده و تمامی اقدامات روان شناختی را در زمینه های ورزشی شامل می شوند (مختاری، ۱۳۹۷).

مداخلات روان شناختی به عنوان مهمترین فعالیتهای روان شناسان ورزش کاربردی تعریف می شوند؛ زیرا این افراد به دنبال این می باشند که با اعمال شیوه های روان شناختی از جمله تصویرسازی ذهنی، مشاوره های فردی و گروهی، صحبت کردن با خود و ... نه تنها کارکردهای روان شناختی ورزشکاران را افزایش دهند، بلکه عملکرد ورزشی را بهبود بخشند و بتوانند در زمینه های رقابتی، موفقیت های چشم گیری را برای ورزشکاران به همراه آورند (جعفری و همکاران، ۱۳۹۱). مداخلات روان شناختی و مشاوره ای در رشته های ورزشی بسیار حائز اهمیت بوده و در روان شناسی ورزش کشتی اهمیت بیشتری را به خود اختصاص می دهد؛ زیرا تفاوت های جزئی در کارکردهای کشتی گیران در رشته های مختلف به نیازهای روان شناختی متنوع تری اشاره دارد و باید بتوان مداخلات روان شناختی را در زمینه های روان شناسی ورزش کشتی اشاعه داد (غلامشاهی و دلاور، ۱۳۹۴).

مباحثی از قبیل بهداشت روانی، انگیزش ورزشی، توانمندی شناختی، مدیریت هیجان و عزت نفس به عنوان سازه های روانشناختی محسوب می گردند که هم در مدیریت ورزش و هم در روان شناسی ورزش کاربرد دارد (کارسون و کولینز^۴، ۲۰۱۷). باید بتوان شیوه های نوینی را برای شناسایی اثرات مدیریت هیجان بر عملکرد ورزشی و بهداشت روانی

¹ Taylor, & Wilson

² Williams. & Andersen

³ Russell

⁴ Carson & Collins

ورزشکاران طراحی و تدوین نمود و از این طریق بتوان بستر مناسبی را برای ارتقاء عملکرد ورزشی و بهداشت روانی فراهم ساخت (کامکاری، ۱۳۹۶) همواره روان‌شناسان ورزش کشتی را بر آن داشته تا عملکرد ورزشی کشتی‌گیران را مدنظر قرار داده و در ارتقاء آن کوشا باشند تا شیوه‌های متناسبی را برای کنترل هیجان ارائه دهند. آنان با توسعه توانایی‌های شناختی می‌توانند مدیریت هیجان در کشتی‌گیران را بهبود بخشیده و برنامه ریزی دقیق‌تری را برای زمان بندی حرکات متناسب از قبیل فرارهای ناگهانی ایجاد نمایند (عطارزاده حسینی و سهرابی، ۱۴۰۰).

یک برنامه کامل مدیریت هیجان در ورزشکاران باید شامل چند عنصر اساسی باشد تا اثربخش تر باشد (کلور و اورتونی^۱، ۲۰۱۸). اولین عنصر این است که افراد به طور معمول نمیدانند چگونه احساسات درونی خود را نامگذاری کنند، بنابراین آموزش مدیریت هیجان در مرحله اول باید برچسب گذاری عواطف و احساسات را به مخاطبانش آموزش دهد. پس از اینکه فرد به خوبی حس درونی خود را نامگذاری کرد، باید فنون آرامسازی^۲ را بیاموزد تا به کمک آنها بتواند تنش فیزیولوژیکی و روانی خویش را بهبود بخشد (غلامشاهی و همکاران، ۱۳۹۴). آموزش تصویرسازی ذهنی مرحله بعدی این فرایند است که افراد به کمک آن می‌توانند بهترین شرایط ممکن را در ذهن بازسازی کنند (محمدزاده، هلالی، ۱۳۹۲). در نهایت فرایندهای حل مسئله، که فرد به کمک آنها می‌تواند مسائل خود را تحلیل و برطرف کند، آموزش داده می‌شود. فنون افزایش کارایی در روابط اجتماعی به عنوان مکمل برنامه به فرد می‌آموزد که چگونه بتواند به راحتی و بدون درگیری، پرخاشگری و انفعال با دیگران مراوده کند ابهامات گوناگونی پیرامون عوامل شناختی مؤثر بر عملکرد ورزشی و بهداشت روانی وجود دارد که هنوز هم نمی‌توان ویژگی‌های روان شناختی تعیین کننده عملکرد کشتی‌گیران و مقام‌های مسابقات بین‌المللی را عنوان نمود، از این رو، ضعف دانش نظری و تناقض پیشینه تحقیق پیرامون تأثیرگذاری عوامل روان شناختی، منبع مسئله حاضر می‌باشد (مظفری، ۱۳۹۹).

میراحمدی باباحیدری (۱۳۹۹) دریافتند که آموزش هوش هیجانی بر استرس و عملکرد تیمی ورزشکاران تأثیر معنی داری دارد. نتایج پژوهش رحیمی و افروز (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش مدیریت هیجانی به افزایش معنادار در میزان کنترل رفتارهای تهاجمی بازیکنان تیمهای فوتبال منجر شد و آموزش مدیریت هیجانی به کاهش معنادار میزان اختلالات روانی بازیکنان تیمهای فوتبال منجر شد. نتایج پژوهش غلامشاهی و دلاور (۱۳۹۴) آموزش مدیریت هیجان منجر به کاهش نمرات گروه آزمایش در شاخصهای نارسایی هیجانی / درون‌سازی، نارسایی در تفکر ضعف روحیه، شکایات جسمانی، هیجانات مثبت پایین، عقاید آزار دیدن، فعال بودن بسیار بالا و هیجانات مختل کننده شد و نتایج پژوهش ریاحی و فرخی (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی یکی از بخش‌های مهم آمادگی روانی به‌شمار می‌رود که لازمه دستیابی به اجرای بهینه ورزشی است. کوپ و جکائو (۲۰۱۸) دریافتند که آموزش هوش هیجانی بر عملکرد در ورزش‌های رقابتی مؤثر است. در نهایت نتایج پژوهش محمدزاده و هلالی (۱۳۹۱) نشان داد که

¹ Clore & Ortony

² Relaxation techniques

برنامه ی آموزش هوش هیجانی بر عملکرد ورزشی دانش آموزان ورزشکار تأثیر دارد. امروزه نقش آموزه ها و مداخلات روانشناسی ورزشی در عملکرد ورزش کاران از اهمیت بسیاری برخوردار است. ورزشکاران معمولاً در زمینه های جسمانی، نسبت به سایر زمینه ها آشنایی بیشتری دارند و اغلب از ابعاد روانی غافل می شوند، این در حالی است که مولفه های شناختی بر اجرا و افزایش انرژی روانی مثبت، تأثیر می گذارد. همچنین یکی از مهمترین گروه از افراد جامعه که مدام در معرض هیجان خشم قرار دارند، ورزشکاران هستند. رقابت، خستگی جسمی، برانگیختگی فیزیولوژیکی در حین فعالیت جسمی و روحیه پیروزیطلبانه ورزشکاران، آنان را در معرض این هیجان منفی قرار میدهد. بنابراین آموزش مدیریت هیجانی برای نظمبخشی هیجانی، و خودکنترلی ورزشکاران امری ضروری است، زیرا اگر افراد بتوانند خلق و هیجان خود را در لحظه رقابت تشخیص دهند، میتوانند مهارتهای لازم برای مقابله با آن حس را از حافظه بازیابی کرده و به خوبی موقعیت را کنترل کنند. کنترل درست موقعیت برای ورزشکار به افزایش اعتماد به نفس خود و هم تیمی هایش منجر میشود؛ همچنین از کم شدن امتیازهای فرد توسط سیستمهای پاداش و تنبیه بازی جلوگیری می شود.

اجرای این گونه تحقیقات و شناسایی اثربخشی مداخلات روان شناختی در زمینه های عملکرد ورزشی، باعث می شود تا سیاست گذاری دقیقی در زمینه های متفاوت مداخلات روان شناختی و استفاده از فنون روان شناختی و مشاوره ایجاد گردد. کشتی به عنوان یکی از رشته های مدال آور المپیک و مسابقات آسیایی محسوب می شود. از دست آوردهای این تحقیق، برنامه ریزی چندبعدی در زمینه مداخلات روان شناختی به خصوص در سازه بهداشت روانی است که محتوای مناسبی را با تأکید بر نیازهای روان شناختی و مشاوره ای کشتی ارائه می دهد. این اقدامات به عنوان خدمات ویژه روان شناسی ورزش کاربردی محسوب گردیده که به عنوان ابزاری در مدیریت ورزشی جای دارد. بدین ترتیب مسئله ما از انجام پژوهش این می باشد که آیا آموزش مدیریت هیجان بر عملکرد ورزشی کشتی گیران باشگاه پیام تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش ازمون- پس آزمون با گروه آزمایش و گواه می باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه کشتی گیران باشگاه ورزشی پیام واقع در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود تعداد حجم جامعه ۵۲ نفر بود. نمونه آماری نیز تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک ورود افراد نمونه شامل محدوده سنی ۱۵ تا ۳۰ سال، سطح سواد حداقل مقطع متوسطه، و ملاک خروج داشتن مشکلات روانی مانند افسردگی و غیبت بیش از یک جلسه در کلاسهای آموزش مدیریت هیجان تعیین شد.

ابزار پژوهش

روش سنجش مشاهده ای: در این پژوهش برای اندازه گیری مولفه های عملکرد بازیکنان از روش فهرست واری رفتار استفاده شد، بدین صورت که ابتدا پژوهشگر فرمی ارزیابی عملکرد را تهیه کرده که مربیان تیم ها را بر اساس مولفه ها و با توجه به تعریف عملکرد موفق و ناموفق در هر مولفه و با تمرکز بر فیلم عملکرد موفق را با علامت (+) و ناموفق

و عمل و علامت (-) مشخص می‌کند. به این صورت نمره کشتی گیران در مولفه های عملکرد ورزشی (اجرای درست فنون کشتی، شادابی و روحیه ورزشی، سرعت در واکنش فنون حریف مقابل و آمادگی جسمانی) به دست می‌آید. نمرات هر یک از آیتیم ها از ۰ تا ۲۰ می باشد. نمرات صفر تا ۷ ضعیف، نمرات ۸ تا ۱۴ نمرات سطح متوسط و نمرات ۱۵ تا ۲۰ نمرات سطح قوی در نظر گرفته شد. از آن جایی که روش سنجش مستقیم رفتارهای آشکار محصولات رفتاری به‌طور بیواسطه موضوعات مورد نظر را می‌سنجد مشکل روانی وجود ندارد برای به دست آوردن پایایی این ابزار پژوهشگر از دو نفر متخصص مربی و کمک مربی در خواست می‌کند تا با استفاده از این روش و با تمرکز بر فیلم ۲ ارزیابی از مولفه های عملکرد بازیکنان ارائه کند بعد با استفاده از این دو دسته نمره ضریب پایایی مولفه ها مشخص می‌شود.

پروتکل آموزش مدیریت هیجان به شرح زیر می باشد:

جلسه	موضوع	شرح
اول	شناخت هیجانات:	یاد گرفتن نحوه شناسایی احساسات. وقتی فرد بتواند احساسات خود را بشناسد و نام گذاری کند، می تواند رفتارهای وابسته به خشم یعنی رفتارهای پرخاشگرانه خود را نیز کنترل کند.
دوم	شناسایی خشم:	تنها سه چیز می‌تواند عملکرد غیرمنطقی شخصی را که در یک نقطه بحرانی است متوقف سازد: منع فیزیکی، حواس پرتی و تخلیه انرژی.
سوم	لرزش آرامسازی:	نقطه شروع کنترل خشم در ورزشکاران، بدن است. از آنجا که بدن ورزشکاران از نظر ماهیچه‌های فعال و هوشمند است، توجه به تغییرات جسمی و ماهیچه‌های برای ورزشکاران آسان است. پس از اینکه ورزشکار بر احساسات جسمی خود متمرکز شد، می‌تواند در موقع خشم تظاهرات جسمی خود را شناسایی و کنترل کند.
چهارم	روشهای آرامسازی:	آموزش مرحله به مرحله آرامسازی
پنجم	تصویرسازی ذهنی:	آموزش تصویرسازی ذهنی
ششم	ماشه چکانها:	ورزش می تواند حکم سوپاپ اطمینان را داشته باشد که خشم را کاهش میدهد، اما ماشه چکانها بیشتر از آناند که ما تصور میکنیم. برخی ماشه چکانها در دنیای

ورزش عبارت است از: ورزشکار ضعیف هم تیمی، تلاشهای نا به جای هم تیمی و....

هفتم حل مسئله: شکست در حل مسئله می تواند به سرعت باعث خشونت و پرخاشگری شود. آموزش مهارت های حل مسئله، آموزش یکی از مهارت های زندگی است. ورزشکارانی که مهارت های حل مسئله خود را توسعه می دهند، هم در دنیای ورزشی و هم در زندگی روزانه بهتر عمل می کنند.

هشتم آموزش ارتباط: مردم با زبان بدن چیزی را می گویند که اغلب از آنچه با زبان سر می - گویند، مهمتر است. تن صدا، ژست های بدن، لغات انتخاب شده و حالات چهره افراد، حرف هایی برای گفتن دارند...

نهم نمونه هایی از بررسی تحریفات شناختی افراد گروه. به علاوه بررسی تحریفات شناختی اصلی در تحریفات رفتار. شناختی:

پس از آن، بسته آموزش به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هر هفته یک جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد و قبل و بعد از اجرای روش آموزشی از هر دو گروه آزمایش و گواه پیش آزمون و پس آزمون دریافت کردید. به منظور توصیف یافته های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی (شامل میانگین، انحراف معیار) استفاده شد و برای تجزیه تحلیل داده ها در حوزه آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره با نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

یافته ها

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون عملکرد ورزشی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین	انحراف معیار
اجرای درست فنون کشتی	کنترل	۱۳/۱۷	۲/۰۶
	آزمایش	۱۳/۲۶	۲/۱۱
شادابی و روحیه ورزشی	کنترل	۱۲/۶۰	۲/۷۸
	آزمایش	۱۲/۴۰	۱۶/۶۰
سرعت در ولکنش فنون حریف مقابل	کنترل	۱۲/۰۰	۲/۵۰
	آزمایش	۱۳/۱۱	۲/۸۲
آمادگی جسمانی	کنترل	۱۳/۵۳	۲/۱۲
	آزمایش	۱۴/۶۰	۲/۵۲

آزمایش	۱۳/۷۳	۲/۱۲	۱۷/۰۶	۲/۰۸
عملکرد ورزشی	کنترل	۵۱/۰۶	۷/۴۲	۵۱/۰۵
آزمایش	۵۰/۰۵	۷/۱۸	۶۵/۶۰	۸/۹۲

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین عملکرد ورزشی (اجرای درست فنون کشتی، شادابی و روحیه ورزشی، سرعت در واکنش فنون حریف مقابل و آمادگی جسمانی) در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون، تقریباً یکسان بود و گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین، فرض همگنی واریانس عملکرد ورزشی و خرده مولفه‌های آن

متغیر	F مقدار	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اجرای درست فنون کشتی	۰/۰۲۹	۱	۲۸	۰/۸۶۶
شادابی و روحیه ورزشی	۰/۳۴۳	۱	۲۸	۰/۵۶۳
سرعت در واکنش فنون حریف مقابل	۰/۰۴۲	۱	۲۸	۰/۸۳۹
آمادگی جسمانی	۰/۱۵۰	۱	۲۸	۰/۶۱۸
عملکرد ورزشی	۰/۰۵۳	۱	۲۸	۰/۸۲۰

با توجه به یافته‌های جدول ۲ و با توجه به میزان F بدست آمده از آزمون لوین تفاوت معناداری در سطح $\alpha = ۰.۰۵$ بین واریانس آموزش مدیریت هیجان بر عملکرد ورزشی و خرده مولفه‌های آن نمی‌شود، بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود.

جدول ۳: خروجی اصلی تحلیل کواریانس میزان اثر گروه‌ها

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۹۶.۰۶۲	۱	۹۶.۰۶۲	۱.۹۱۶	۰.۱۷۲	۰.۰۳۳
گروه	۶۸۵۳.۱۸۲	۱	۶۸۵۳.۱۸۲	۱۳۶.۷۲۴	۰.۰۰۱	۰.۷۰۶
خطا	۲۸۵۷.۰۷۲	۲۷	۵۰.۱۲۴			
جمع	۹۰۱۴۴۲.۰۰۰	۳۰				
اصلاح مجموع	۹۸۶۵.۴۰۰	۲۹				
پیش‌آزمون	۰.۰۳۵	۱	۰.۰۳۵۰	۰.۰۰۱	۰.۹۷۴	۰.۰۰۱
گروه	۲۲۶۹.۱۱۹	۱	۲۲۶۹.۱۱۹	۷۰.۶۴۷	۰.۰۰۱	۰.۵۵۳
خطا	۱۸۳۰.۷۹۹	۲۷	۳۲.۱۱۹			
جمع	۷۸۰۹۱.۰۰۰	۳۰				

				۲۹	۴۱۰۰.۱۸۳	اصلاح مجموع	
شادابی و روحیه ورزشی	پیش آزمون	۰.۶۶۳	۱	۰.۶۶۳	۰.۰۰۳	۰.۶۹۷	۰.۱۵۳۰
	گروه	۱۷.۶۸۸	۱	۱۷.۶۸۸	۰.۰۶۷	۰.۰۴۸	۴.۰۷۹
	خطا	۲۴۷.۲۰۳	۲۷	۴.۳۳۷			
	جمع	۲۹۱۴.۰۰۰	۳۰				
	اصلاح مجموع	۲۶۴.۹۳۳	۲۹				
سرعت در واکنش فنون	پیش آزمون	۰.۳۳۵	۱	۰.۳۳۵	۰.۰۳۰	۰.۷۰۷	۱۴۳۰.
حریف مقابل	گروه	۳۵.۵۰۳	۱	۳۵.۵۰۳	۰.۲۱۰	۰.۰۰۱	۱۵.۱۵۵
	خطا	۱۳۳.۵۳۱	۲۷	۲.۳۴۳			
	جمع	۲۷۸۲۸.۰۰۰	۳۰				
	اصلاح مجموع	۱۷۸.۹۳۳	۲۹				
آمادگی جسمانی	پیش آزمون	۲.۱۵۶	۱	۲.۱۵۶	۰.۰۱۷	۰.۳۲۹	۰.۹۷۱
	گروه	۱۳۶.۳۰۲	۱	۱۳۶.۳۰۲	۰.۵۱۸	۰.۰۱۰	۶۱.۳۷۹
	خطا	۱۲۶.۵۷۸	۲۷	۲.۲۲۱			
	جمع	۲۹۷۶۴.۰۰۰	۳۰				
	اصلاح مجموع	۲۸۲.۳۳۳	۲۹				

جدول ۳ مقدار F تاثیر کوراریانس را نشان می دهد. در متغیرهای عملکرد ورزشی، اجرای درست فنون، شادابی و روحیه ورزشی، سرعت در واکنش فنون حریف مقابل، آمادگی جسمانی مقدار F معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری ۰.۰۵ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که آموزش مدیریت هیجان بر عملکرد ورزشی و اجرای درست فنون، شادابی و روحیه ورزشی، سرعت در واکنش فنون حریف مقابل، آمادگی جسمانی کشتی گیران باشگاه پیام موثر بوده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین عملکرد ورزشی، اجرای درست فنون، شادابی و روحیه ورزشی، سرعت در واکنش به فنون حریف و آمادگی جسمانی کشتی گیران باشگاه پیام در گروه آزمایش و کواه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد و می توان گفت آموزش مدیریت هیجان بر بهبود عملکرد ورزشی و تمامی مولفه های آن در کشتی گیران موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهشهای رحیمی و افروز (۱۳۹۵)، غلامشاهی و دلاور (۱۳۹۴)، ریاحی و فرخی (۱۳۹۲)، محمدزاده و هلالی (۱۳۹۲) همسو می باشد. در تبیین یافته می توان گفت به نظر می رسد تاثیر برنامه ی آموزش مدیریت هیجان به نوع رشته و میزان قدرت اعمال شده در آن بستگی داشته باشد و این مورد به تحقیقات گسترده نیاز دارد. در رشته کشتی میزان قدرت اعمال شده و تحرک ورزشکاران نسبت به سایر ورزشها بیشتر می باشد و ورزشکاران این رشته باید عضلات قویتری داشته باشند. این به انرژی بیشتر و هیجان بیشتری نیاز دارد تا ورزشکاران با اعمال قدرت بیشتر به حرکات انفجاری و قدرتی اقدام حرکات قدرتی وجود دارد. مدیریت هیجان تبیین میکند که چرا افرادی با ضریب هیجانی متوسط موفق تر از کسانی هستند که ضریب هیجانی بسیار بالایی دارند. مقیاسهای سستی هیجانی، مجموعه ی بسیار مهمی از تواناییهای افراد را که در زندگی واقعی آنها را کارآمد می سازد، نادیده میگیرند. تواناییهایی نظیر خود آگاهی، کنترل تکانه، پایداری، اشتیاق، خود انگیزتگی، همدلی و ورزشدگی اجتماعی احتمالا افرادی که کنترل بیشتری بر معیارهای فوق دارند در صحنهی ورزش توجه خود را بر مواردی معطوف می کنند که می تواند عملکرد آنها را بهینه سازد. احتمال می رود که توانایی و سطح مهارت، تجربه ی ورزشکار و عملکرد او در صحنه ی رقابت، بوسیله ی توانایی او برای تنظیم هیجان درست و مناسب و کسب سطح مناسب انرژی هیجانی برای عملکرد در سطح اوج، متاثر شود. معنی ضمنی این است که آمادگی ورزشکاران برای عملکرد موفق در رقابتهای، تنها از تمرینات جسمانی متاثر نمی شود، بلکه تمرینات برای رشد انرژی هیجانی مناسب، می تواند در انتقال موفقیت آمیز تمرینات کسب شده موثر و مهم باشد. مریان می توانند با آموزشهای مناسب مدیریت هیجان بر سطح خود کنترلی ورزشکار و تنظیم مناسب هیجانها در صحنه ورزش کمک کنند تا ورزشکاران در صحنه های مختلف ورزشی و عصبانیت های شدید ورزشی که نتیجه کلی تیم را هم تحت تاثیر قرار می دهد، بر خود مسلط بوده و علاوه بر اعمال صحیح حرکت از برخی رفتارهای زننده ی ورزشی که میلیون ها نفر شاهد آن هستند، بکاهند.

همچنین یک کشتی گیر برای کسب موفقیت بیشتر نیازمند اجرای درست تکنیک های کشتی می باشد. این سطح از دانش می تواند تحت تاثیر هیجانها قرار گیرد و آموزش مدیریت هیجان می تواند به فرد کمک کند تا در شرایط بحرانی نیز بهترین تصمیم را بگیرد. اجرای درست فنون نیازمند مهارت و قدرت ذهنی است که فرد و هیجانها می تواند فرد را در رسیدن به آن سطح مورد نظر یاری برساند. اجرای درست فنون به فرد انگیزه بیشتری می دهد تا به موفقیت های بیشتری دست یابد و این آرزوها و آرمانها در ذهن فرد نقش مینند و بر هیجانها او نیز تاثیر می گذارد و این دو عامل جدا از یکدیگر نیستند. در این پژوهش نیز همین مسئله تاکید شد.

از طرفی بالا نگه داشتن روحیه ورزشی و شادابی در ورزش کشتی همانند سایر ورزشها بسیار حائز اهمیت می باشد. یک ورزشکار برای اینکه بتواند روند رو به رشد خود را حفظ نماید نیازمند روحیه ورزشی در سطح ایده آل می باشد

ولی گاهی هیجانات منفی می تواند از میزان این روند بکاهد. این فردی که در زمان رویارویی با هیجانات مشکل، آگاهانه از راهبردهای سازگارانه مدیریت هیجانی استفاده میکند، قادر است این هیجانات را به خوبی مدیریت کند و درگیر رفتارهای هدفمند شود و به این طریق در زمان بروز مشکل شادابی و روحیه بالای خود را بازیابد، با این حال، این به معنای مسدود کردن مسیر هیجانات از جمله هیجان خشم نیست. نتایج پژوهشها نشان می دهد زمانیکه افراد هیجانات منفی (از جمله خشم) بیشتری را تجربه می کنند، در انجام رفتارهای هدفمند با مشکلات بیشتری، مانند از دست دادن تمرکز یا حل مسئله مؤثر، روبهرو می شوند. انجام ندادن رفتارهای صحیح و هدفمند در طول زمان به کسالت و خستگی روانی فرد منجر خواهد شد و شادابی و روحیه فرد دچار مشکل خواهد شد. البته، به نظر میرسد شدت تأثیر هیجانات منفی بر انجام این رفتارها، به خزانه راهبردهای افراد برای مدیریت هیجانی و انعطاف پذیری آنها در به کارگیری این راهبردها، بستگی داشته باشد. از جمله محدودیت های پژوهش این نکته بود که به دلیل روش نمونه گیری در دسترس هیچ آگاهی از میزان مهارتهای قبلی ورزشکاران کسب نشد همچنین این یافته ها تنها بر روی جامعه آماری ورزشکاران کشتی قابل استناد می باشد و برای تعمیم آن به سایر رشته ها نیازمند دقت بیشتری می باشد و به پژوهشگران پیشنهاد می شود در پژوهش خود از مرحله پیگیری نیز استفاده کنند تا تأثیر آموزش مدیریت هیجانات بیشتر و دقیقتر مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می شود در جهت بهبود عملکرد ورزشی، هیجانات ناشی از اجرای فنون ورزشی کنترل شود و با مشاوران و روانشناسان ورزشی در زمینه مدیریت هیجانات گفتگو نمایند و پیشنهاد می شود هیجانات ورزشکارانشان را تحت نظر و در صورت عدم اجرای درست فنون کشتی با آنان به گونه ای برخورد نمایند که هیجانات منفی در آنان افزایش پیدا نکند و سلامت روانی ورزشکاران را کنترل نمایند.

منابع

- آزاد؛ حسین. (۱۳۹۷)، آسیب شناسی روانی، انتشارات بعثت، چاپ دوم، تهران.
- جعفری، اصغر، پاکدامن، شهلا، فتح آبادی، جلیل. (۱۳۹۱). تدوین برنامه آماده سازی روانی برای بازیکنان فوتبال و سنجش اثربخشی آن در ارتقاء عملکردشان. رساله دکتری، دانشگاه شهید بهشتی.
- خداپرست، سیاوش، عبدی، حسن، اسماعیلی، هاشم، بخشعلی پور، وحید. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر راهبردهای تنظیم هیجان و خودکارآمدی ورزشی کودکان/ نوجوانان ورزشکار. پژوهش در ورزش تربیتی، ۱۰(۲۶)، ۲۲۱-۲۴۲.
- رحیمی، محمد، افروز، غلامعلی، ارجمند نیا، علی اکبر، عظیم زاده، الهام. (۱۳۹۵). طراحی برنامه مدیریت هیجانات و ارزیابی اثر بخشی آن بر کنترل خشم و ارتقای سلامت روان در بازیکنان فوتبال. نشریه رشد و یادگیری حرکتی ورزشی. ۸(۲)، ۲۳۸-۲۲۵.
- ریاحی فارسانی، لیلا، فرخی، احمد، فراهانی، ابوالفضل، شمسی پور، پروانه. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر مهارت های روانی نوجوانان ورزشکار. نشریه رشد و یادگیری حرکتی ورزشی، ۵(۴)، ۴۰-۲۵.
- سهرابی، مهدی. (۱۳۹۷). روانشناسی ورزشی، انتشارات بخش روانشناسی آکادمی المپیک.
- عطارزاده حسینی، رضا، سهرابی، محمد. (۱۴۰۰). توصیف نگرش مردم شهر مشهد نسبت به فعالیت های حرکتی و ورزشی. نشریه علمی پژوهشی المپیک، (۳۷) ۱: ۳۷-۴۸.

- غلامشاهی، رضا، دلاور، علی، کامکاری، کامبیز. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت هیجان به شیوه مشاوره گروهی الیس بر بهداشت روان و عملکرد ورزشی بانوان تیم ملی دوچرخه‌سواری ایران. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۴(۱۴)، ۷-۲۳.
- غلامشاهی، نجمه، دلاور، علی. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت هیجان به شیوه مشاوره گروهی الیس بر بهداشت روان و عملکرد ورزشی بانوان تیم ملی ایران، فصلنامه مشاوره و روان درمانی، ۴(۱۴): ۷-۲۳.
- ایزانلو، زهرا. حسینی کشتان، میثاق. محمد شاهی، عارف. گرمکی، فاطمه. (۱۴۰۱). مقایسه وضعیت غرقگی در کشتی‌گیران آماتور و نخبه. پژوهش نامه روانشناسی مثبت، ۸(۱)، ۱-۱۸.
- فلاح، مژگان. مقدس تبریزی، یوسف. غرایق زندگی، حسن. (۱۳۹۷). اثربخشی تمرینات نوروفیدبک بر توجه و عملکرد در مهارت پرتاب آزاد بسکتبال. عصب روانشناسی، ۴(۱۳)، ۹۷-۱۰۸.
- کامکاری، سعید. (۱۳۹۶). مقایسه عزت نفس ورزشکاران مؤنث و مذکر رشته های مادر در تیم ملی شنا و شیرجه، دومیدانی و ژیمناستیک، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- محمدزاده، حسن، هلالی، حسن. (۱۳۹۲). تاثیر برنامه ی آموزش هوش هیجانی بر عملکرد ورزشی دانش آموزان ورزشکار، مجله رفتار حرکتی و روان شناسی ورزش، ۸، ۶۱۲-۶۰۸.
- مختاری، پونه. (۱۳۹۷). روانشناسی انگیزه در ورزش، انتشارات کمیته ملی المپیک جمهوری اسلامی ایران، تهران.
- مظفری زاده، مجید. حیدری، فاطمه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و پذیرش بر کاهش اضطراب آسیب ورزشی و بهبود عملکرد ورزشی فوتبالیست‌ها، فصلنامه طب توانبخشی، ۸(۱): ۹۵-۱۰۸.
- مظفری، الهام. (۱۳۹۹). توصیف نگرش و گرایش مردم نسبت به فعالیت های حرکتی و ورزشی در جمهوری اسلامی ایران، طرح تحقیقاتی ملی. فصل نامه المپیک، (۴۹) ۱ : ۶۹-۸۱.
- الوانی، علی، دانائی فرد، محسن. (۱۳۹۱). بررسی عوامل مؤثر در روحیه و رابطه آن با عملکرد کارکنان، انتشارات پارس.

- Carson, H. J., Collins, D. (2016). The fourth dimension: a motoric perspective on the anxiety–performance relationship. *Int. Rev. Sport Exerc. Psychol.* 9, ۲۱-۱.
- Kopp, A., & Jekauc, D. (2018). The Influence of Emotional Intelligence on Performance in Competitive Sports: A Meta-Analytical Investigation. *Sports (Basel, Switzerland)*, 6(4), 175.
- Clore, G. L., Ortony, A. (2018). “Appraisal theories: how cognition shapes affect into emotion,” in *Handbook of Emotions* 3rd Edn, eds Lewis M., Haviland-Jones J. M., Barrett L. F. (New York, NY: The Guilford Press;).
- Di Fronso, S., Aquino, A., Bondár, R. Z., Montesano, C., Robazza, C., Bertollo, M. (2020). The influence of core affect on cyclo-ergometer endurance performance: effects on performance outcomes and perceived exertion. *J. Sport Health Sci.* 9. ۵۸۶-۵۷۸.
- Jekauc, D., Fritsch, J., & Latinjak, A. T. (2021). Toward a Theory of Emotions in Competitive Sports. *Frontiers in psychology*, 12, 790232.
- Russell, J. A. (2018). “My psychological constructionist perspective, with a focus on conscious affective experience,” in *The Psychological Construction of Emotion*, eds Feldman Barrett L., Russell J. A. (New York, NY: Guilford Publications;), 183–208.

- Taylor, J & Wilson, G.S, (2018), intensity regulation and sport performance. IN J.L, Van Raalte & B.W, Brewer (eds), Exploring sport and Exercise psychology, 99 ,۱۳۰-Washington, DC: APA.
- Wagstaff, C. R. (2014). Emotion regulation and sport performance. J. Sport Exerc. Psychol. 36.۴۱۲-۴۰۱ .
- Williams, J. M & Harris, D. V, (2014), Relaxation and energizing techniques for regulation of arousal, In J. M, Williams (ed), Applied sport psychology: Personal Growth to Peak peifonnance (pp. 229 ,(۲۴۹-Mountain View, CA: Mayfield.

اثربخشی آموزش فرزندپروری شفقت محور بر مراقبت والدین و فرسودگی والدگری مادران دانش آموزان دارای اختلال درونی سازی شده

The Effectiveness of Mindful Parenting Training Package on Parental Care and Parenting Burnout of Mothers of Student with Internalizing Disorder

Seyed Alireza Mirzaie

Master's degree, Department of Psychology, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Golestan, Iran.

Mehrangiz Eyvazizadeh Saeedabad

Master's degree, Department of Psychology, Behsahahr Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran.

Maliheh Mehdikhani (corresponding Aouthor)

PhD, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email □ sh.payam94@yahoo.com

Abstract

Aim: The research aimed to determine the effectiveness of compassionate parenting training on parental care and parenting burnout in mothers of students with internalizing disorders.

Method: The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population was all mothers of second-grade elementary school students in Sari, 1403, from which 30 mothers of students with internalizing disorders were purposefully selected and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received the compassionate parenting training program for 8 90-minute sessions once a week, and the control group did not receive training. Participants in both groups responded to the Positive Dimensions of Care (Raff et al., 2004) and Parenting Burnout (Mikolajek et al., 2018) questionnaires in three stages: before training, after training, and two months after the end of the intervention. To analyze the obtained data, repeated measures analysis of variance was used.

Results: The findings showed that compassion-based parenting training was effective on parental care and parenting burnout of mothers of students with internalizing disorders ($p < 0.05$).

Conclusion: it can be stated that the compassion-based parenting training package is effective on parental care and parenting burnout of mothers of students with internalizing disorders.

Keyword: Internalizing disorder, compassion-oriented, parenting, burnout, caregiving.

سیدعلیرضا میرزایی

کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، گلستان، ایران.

مهرانگیز عیوضی زاده سعیدآباد

کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

ملیحه مهدیخانی (نویسنده مسئول)

دکتری تخصصی، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. Email □ sh.payam94@yahoo.com

چکیده

هدف: پژوهش این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزشی فرزندپروری شفقت محور بر مراقبت والدین و فرسودگی والدگری مادران دانش آموز دارای اختلال درونی سازی شده اجرا شد.

روش: پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری کلیه مادران دانش آموزان دوره دوم ابتدایی در شهر ساری، سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنها ۳۰ نفر از مادران دانش آموزان دارای اختلالات درونی سازی شده به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش، برنامه آموزش فرزندپروری شفقت محور را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای یکبار، دریافت کردند و گروه کنترل آموزش شفقت دریافت نکرد. شرکت کنندگان هر دو گروه به پرسشنامه های ابعاد مثبت مراقبت (راف و همکاران، ۲۰۰۴) و فرسودگی والدگری (میکولاجک و همکاران، ۲۰۱۸) در سه مرحله پیش از آموزش، پس از آن و دو ماه پس از پایان مداخله پاسخ دادند. جهت تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. یافته: یافته ها نشان داد آموزش فرزندپروری شفقت محور بر مراقبت والدین و فرسودگی والدگری مادران دانش آموز دارای اختلال درونی سازی موثر است ($p < 0.05$). نتیجه گیری: می توان بیان کرد بسته آموزش فرزندپروری شفقت محور بر مراقبت والدین و فرسودگی والدگری مادران دانش آموز دارای اختلال درونی سازی شده اثر دارد.

کلمات کلیدی: اختلال درونی سازی شده، شفقت محور، فرزندپروری، فرسودگی، مراقبت.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۲

مقدمه

تا کنون طبقه‌بندی‌های متعددی در جهت مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان انجام شده است که از جمله آنها طبقه‌بندی مشکلات کودکان در قالب درونی سازی و برونی سازی است (ودودی و همکاران، ۱۳۹۷). اختلال رفتار درونی سازی شده، به صورت درون فردی است و به شکلی خود را با کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی نمایان می‌شود. در پژوهش‌هایی که اخیراً صورت گرفته است میزان شیوع اختلالات درونی سازی در کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال را از ۳ تا ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۱۴۰۰). به نظر دنیل سون^۱ و همکاران (۲۰۲۱) یکی از برجسته‌ترین عامل در بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزند، محیط خانواده و کیفیت والدگری می‌باشد. از جمله موارد دیگری که حائز اهمیت است، مراقبت والدین است که نوعی تعامل در مادر و کودک را نسبت به هم نشان می‌دهد که این امر در صورتی که در یک فضای امن و روابط مثبت روی دهد، سبب رشد کودک نیز می‌گردد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر، اختلالات درونی سازی شده اثر نامطلوبی را بر فرآیند دلبستگی و درک مادران از مشکلات و درخواستهای مراقبت از فرزند به جای می‌گذارد. مکانیسم استرس-سلامت که نشان می‌دهد مراقبانی که دارای فرزندانی با ابتلا به اختلالات دوران کودکی هستند، استرس بیشتری را نسبت به سایر والدینی که کودک آنها در سلامت کامل به سر می‌برد دریافت می‌کنند و این امر سبب بروز پیامدهای منفی از جمله فرسودگی در والدگری می‌گردد (م. سفیلد^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). برخی از فاکتورهای استرس‌زا در فرآیند والدگری عبارت است از: جستجوی ارزیابی و تشخیص کودکان، انطباق با نقش مراقب و اثر آن بر اشتغال والد و تجربه انگ ناتوانی (لی^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). فرسودگی والدگری در واقع سندرمی است که از قرار گرفتن والدین در برابر استرس مزمن و شدید حاصل می‌گردد و از سه بعد خستگی مفرط وابسته به نقش والدگری، فاصله عاطفی از فرزندان و احساس ناکارآمدی در نقش پدر و مادر است (میکولاجچاک^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

بسیاری از والدین کودکانی که دارای برچسب اختلالات روانشناختی هستند، دارای سوگیری توجه بوده و به صورت انتخابی متوجه ابعاد منفی و ناتوانی فرزند خود هستند (اوربیک^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). از جمله هدف‌های اساسی آموزش والدگری مبتنی بر شفقت محور، که از درمان‌های نسل سوم است، آموزش تکنیک‌هایی که هدف آنها کاهش عواطف منفی از قبیل ترس، اضطراب و خشم است؛ می‌باشد (انگبرستون و همکاران، ۲۰۲۰).

در این نوع از مداخله فرزندپروری، والدین باورها، هیجان‌ها و سایر رفتارها را در لحظه حال و در ارتباط با فرزند خود تغییر می‌دهند (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد این درمان برای مادری که دارای فرزند مبتلا به اختلالات درونی سازی است، مفید و کاربردی است؛ چرا که فاکتورهایی که سبب شکل گرفتن درمان مبتنی بر شفقت شده است، شامل افراد با سطوح بالای خودانتقادی به همراه شرم بوده که مشکلات بسیاری را در

¹ Danielson

² Masefield

³ Lee

⁴ Mikolajczak

⁵ Overbeek

مورد مهربان بودن با خودشان، حس گرمی با خود و شفقت دارند (دانکی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین نشان داده شده است که آموزش فرزندپروری شفقت محور با ساختن یک تجربه مثبت و ایجاد تعاملات حساس و پاسخگو بین والدین و همکاران همراه است (انگبرستون و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پژوهش دیگری نشان داده است که استفاده کردن از شفقت در فرزندپروری با کاهش استرس والدینی و نیز کاهش ادراک خلق و خوی فرزندان همراه است (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر؛ اخیراً پژوهشی نشان داده است که آموزش فرزندپروری شفقت محور نه تنها برای بهبود ارتباط والدین با خود (کاهش انتقاد از خود و افزایش اطمینان از خود)، همچنین برای بهبود سبکهای فرزندپروری نیز موثر می‌باشد (کایربای^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

اگر چه پژوهشها در خصوص فرزندپروری شفقت محور تا حدودی اثربخشی خود را نشان داده‌اند، لیکن نقاط ضعف در پژوهشهای پیشین در خصوص حجم کم نمونه و عدم وجود زمان پیگیری، لزوم مطالعات بیشتر را فراهم می‌کند. فرزندپروری شفقت محور، والدین را هدف قرار می‌دهد و آنها را در جهت تنظیم هیجانات و نیز افزایش کارآمدی قرار می‌دهد. این درمان را می‌توان مجموعه‌ای از رفتارها تصور کرد که در آن تعاملات والد-فرزند در طول دامنه زیادی از موقعیت‌ها توصیف می‌شود و هدفهای زیادی از قبیل تربیت اخلاقی و روانی، شناسایی، رشد و پیشرفت استعدادهای فرزندان را در بر دارد (مهری و همکاران، ۱۳۹۹).

در مجموع می‌توان بیان کرد اثرات و پیامدهای ابعاد مراقبت والدین و فرسودگی والدگری در مادرانی که فرزند مبتلا به اختلال درونی سازی دارند، در بلندمدت خود را نشان می‌دهد. اهمیت دیگری که پژوهش حاضر دارد بهبود مهارت‌های فرزندپروری به صورتی کاملاً ذهن‌آگاه است که کمک شایانی به درک بیشتر والدین از فرآیند مراقبت و اختلال درونی سازی فرزندشان دارد. با توجه به نقش مراقبت والدین و نیز فرسودگی والدگری در ایجاد شدن افسردگی، اضطراب و استرس در کودکان و تاثیر آن بر تشدید اختلال درونی سازی شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فرزندپروری شفقت محور بر مراقبت والدین و فرسودگی والدگری مادران دارای دانش‌آموز دارای اختلال درونی سازی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه مادران دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی (پایه‌های چهارم، پنجم و ششم ابتدایی) دارای اختلال درونی سازی شده شهر ساری در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود که ابتدا به وسیله نمونه‌گیری هدفمند چهار مدرسه در شهر ساری از ناحیه یک انتخاب شد، سپس مادران دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی که در سیاهه رفتاری کودکان (پر سنامه آخنباخ) نمره بالاتر از خط برش (۶۳ و بیشتر) را کسب کردند، غربالگری شده و ۳۰ نفر از مادرانی که براساس نتایج پرسشنامه و تشخیص روان‌شناس بالینی و روانپزشک، دارای فرزند با اختلال درونی سازی شده بودند، انتخاب شدند. ملاکهای ورود به پژوهش شامل مادرانی که دانش‌آموزان آنها از ۹ سال الی ۱۳ سال داشتند، نمره بالاتر از ۶۳ در سیاهه رفتار کودکان، عدم وجود اختلال روانپزشکی حاد همزمان در مادر و

¹ Dunkley

² Kirby

دانش آموز که از طریق م صاحب‌بالینی انجام شد و نیز رضایت‌دا شتن برای شرکت در پژوهش بود. از جمله ملاکهای خروج از پژوهش حاضر، غیبت بیش از دو جلسه متوالی در جلسات آموزشی و نیز انصراف از ادامه پژوهش بود. در پایان به منظور ملاحظات اخلاقی پژوهش، برای گروه کنترل نیز آموزش فرزندپروری شفقت محور انجام شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود، ۳۰ نفر وارد پژوهش شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش فرزندپروری شفقت محور به صورت هفته‌ای یک بار توسط نویسنده مسئول پژوهش، اجرا شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان هر دو گروه، به سوالات پرسشنامه‌های ابعاد مثبت مراقبت و فرسودگی والدگری در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دو ماه پس از انجام مداخله) پاسخ دادند. داده‌های حاصله توسط آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

ابزار

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد به شرح زیر استفاده شد:

۱. سیاهه رفتاری کودکان (CBI)^۱: سیاهه رفتاری کودکان توسط آخنباخ و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین شد و به صورت یک چک لیست از مشکلات کودکان و نوجوانان است که در ۸ عامل با استفاده از ۱۱۳ گویه ارزیابی می‌شود (مینائی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر از خرده مقیاس‌های گوشه‌گیری/افسردگی (WD)، شکایات جسمانی (SC) و مقیاس اضطراب/افسردگی (AD) به منظور سنجش اختلالات درونی سازی شده استفاده شده است. پاسخگویی به گویه‌های مقیاس‌های ذکر شده به صورت طیف لیکرت ۳ درجه‌ای از ۰ تا ۲ است. هر رفتاری که در هرگز در کودک وجود ندارد نمره صفر و در صورتی که گاهی اوقات در کودک رفتار مزبور مشاهده می‌شود نمره یک و اگر بیشتر مواقع یا همیشه رفتار مزبور در کودک مشاهده می‌شود، نمره دو کسب می‌نماید. در خصوص تفسیر نمرات آزمون در صورتی که نمره فرد از ۶۰ کمتر باشد، در محدوده نرمال و غیربالینی قرار دارد و اگر نمره به دست آمده بین ۶۰ الی ۶۳ باشد، فرد در محدوده مرزی بالینی و اگر نمره کسب شده بالاتر از ۶۳ باشد، در محدوده بالینی قرار دارد. ضرایب کلی پایایی فرم‌های سیاهه رفتاری کودک آخنباخ با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار ۰/۹۷ و با استفاده از پایایی بازآزمایی به فاصله ۵ هفته ۰/۹۴ گزارش شد (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). در نمونه ایارنی نیز در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شد. اعتبار بازآزمایی با یک فاصله زمانی هفت هفته و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برونی سازی شده ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات درونی سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش شده است.

۲. پرسشنامه ابعاد مثبت مراقبت (PDCS)^۲: این پرسشنامه به وسیله راف^۳ و همکاران (۲۰۰۴) تهیه شده است و دارای ۹ گویه است که فواید درک شده به طور ذهنی را از مراقبت، ابعاد مثبت آن، یا عواطف مثبت ناشی از مراقبت از کسی که دوستشان دارند، مورد سنجش قرار می‌دهد. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا درجه مخالفت

^۱ . Revised Shyness scale

^۲ . behavioral brain systems Questionnaire

^۳ Roff

یا موافقت خود را با جملاتی مانند (مراقبت کردن در من احساس سودمندی بیشتری ایجاد می‌کند) را تعیین کنند. پاسخ به سوالات به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱=خیلی مخالفم الی ۵=خیلی موافقم، است. نمره کل از ۹ تا ۴۵ متغیر است که هر چه نمره بالاتر باشد به معنای مراقبت مثبت است. یاون و همکاران (۲۰۱۸) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کل پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضریب روایی همزمان آن را با پرسشنامه سلامت عمومی از ۰/۲۸ تا ۰/۴۸ گزارش کردند (یاونن^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). در نمونه ایرانی نیز حیدری و همکاران (۱۳۹۵) این پرسشنامه را بر روی مادران دارای مبتلا به طیف اوتیسم اجرا کردند که ضریب آلفای کرونباخ جهت سنجش روایی این پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد و به منظور روایی نیز نتایج نشان داد مجذور خی نسبی ۱/۹۶ و شاخص نابرازش آن ۰/۴۰ است که نشان دهنده روایی سازه قابل قبول است.

۳. پرسشنامه فرسودگی والدگری^۲ (PBQ): این پرسشنامه توسط میکولاجک و همکاران در سال ۲۰۱۸ تهیه شده است. دارای ۲۳ ماده است و میزان فرسودگی والدین را در انجام وظایف والدگری مورد سنجش قرار می‌دهد. دارای سه بعد خستگی مفرط وابسته به نقش والدگری، فاصله عاطفی از فرزندان و احساس ناکارآمدی در نقش پدر و مادر است. دارای طیف نمره‌گذاری لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱=هرگز تا ۶=هر روز، است. نمره کل از ۲۳ تا ۱۳۸ متغیر است و نمره بالاتر نشان دهنده فرسودگی بیشتر والدین است. میکولاجک (۲۰۱۸) روایی همزمان با پرسشنامه فرسودگی والدگری رزکام و همکاران (۲۰۱۷) را ۰/۵۴ و ضریب پایایی را ۰/۸۵ گزارش کردند. برای ارزیابی پایایی بازآزمایی نیز، پرسشنامه در دو نوبت، با فاصله ۷ روز از هم اجرا شد، ضریب همبستگی بازآزمایی برای تمامی سوالات بین ۰/۸۵ تا ۱ بود. ون باکل^۳ و همکاران (۲۰۱۸) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ به دست آوردند. در پژوهش موسوی (۱۳۹۸) پایایی بازآزمایی این ابزار ۰/۹۳ به دست آمد و روایی آزمون فرسودگی والدگری با رضایت والدین و سلامت روانی به ترتیب ۰/۳۸-۰/۲۸ به دست آمده است.

برنامه آموزشی فرزندپروری ذهن آگاهانه توسط باگلز و رستیفو^۴ (۲۰۱۴) طراحی شده است و شامل ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه است که هفته‌ای یکبار بر روی گروه آزمایش اجرا شد. خلاصه جلسات مداخله در جدول ۱ آمده جدول ۱. جلسات آموزش فرزندپروری شفقت محور باگلز و رستیفو (۲۰۱۴)

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
۱	آشنایی با چارچوب جلسات	معارفه درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر، آشنایی با چارچوب جلسات درمانی، آموزش سه عنصر شفقت، بودن در لحظه حال، ذهن آگاهی، رنج کشیدن بخشی از زندگی است (اصول مشترک بشری و من باید با خود مهربان باشم، مهربانی با خود)، اجرای پیش آزمون
۲	تمرین ذهن آگاهی	در این جلسات آموزش داده شد که ذهن اگر بیکار باشد بر امور گذشته و یا آینده متمرکز خواهد شد و جایی را برای مشغول بودن پیدا خواهد کرد. بنابراین باید چیزی را برای متمرکز شدن پیدا کرد. مانند یک جسم یا تنفس تمرکز بر تنفس بسیار عالی است و باعث کاهش میزان اضطراب و عدم توجه به امور منفی می‌شود
۳	محبت به کودک	در این جلسه شیوه محبت کردن به فرزندشان به آن‌ها آموزش داده شد تا با این کار فضای امن و آرام را برای آن‌ها ایجاد شود. در این روش سرزنش کردن، مقایسه کردن و ... کنار گذاشته شد و تصمیم بر آن شد که بیش از قدرت کودکان از آن‌ها انتظار نداشته باشند
۴	شفقت به کودک	فرصت مناسبی را برای شفقت ورزی به کودکان در نظر گرفته شد و به اشتباهات به چشم جرم نگاه نمی‌شد بلکه فرصتی برای دریافت محبت بیشتر نگاه می‌شد. مثال دریافت محبت‌های لفظی مانند این که

¹ Yuan

² . Social-emotional skills scale

³ Van Bakel

⁴ Bögel, Restifo

من تو را بسیار دوست دارم. می‌دانم که اکنون مشغله ذهنیات بسیار است می‌دانم که انجام این کار اندکی برایت دشوار است. در این مرحله به مادران آموزش داده شد که بر نکات مثبت خود توجه کنند و خود را به خاطر شکست‌ها سرزنش نکنند. توانایی‌ها و نقاط قوت آن‌ها شناسایی شد و برنامه‌هایی به‌منظور تقویت نقاط قوت آن‌ها ترتیب داده شد		
۵	عمیق زندگی کردن	در این جلسه از افراد خواسته شد تا آنچه را که برایشان مهم است را ذکر کنند و بگویند که چه چیزی برایشان ارزش است. افراد درک کردند که بسیاری از اموری که تاکنون برای به انجام رسیدن آن خود و فهرستی از فرزندانشان را مورد آزار و اذیت قرار می‌دادند جز ارزش‌های اساسی آن‌ها نبوده است. علایق آن‌ها توسط خودشان تهیه شد و سعی شد که در جریان درمان بیشتر به این امور پرداخته شود تا از انجام آن لذت ببرند و احساس سرخوردگی نکنند
۶	مدیریت احساسات	در این بخش مرکز عواطف را درک و کنترل شد تا بخش زیادی از انرژی صرف این موضوع نشود تمرینات این جلسه با کاهش درد و افزایش قدرت در افراد است که والدین با القای کالمی تجربه‌های تلخ قبلی را از یاد فرزندشان پاک می‌کردند و به‌جای آن احساس قدرت و اعتماد را به آن‌ها می‌بخشند
۷	تغییر روابط	در این دوره والدین یاد گرفتند که چه خوب چه بد باید فرزندشان را با توانایی‌هایشان بپذیرند و به فرزندشان یاد بدهند که در رویارویی با مشکلات تنها به مشکل توجه نکنند بلکه باید به سایر امور مثبت هم توجه کنند
۸	قبول و پذیرش	

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش (فرزندپروری شفقت محور) به ترتیب ۴۱/۶۳ و ۱/۷ و در گروه کنترل ۴۰/۷۹ و ۰/۸ است. همچنین به لحاظ تحصیلات، ۶ نفر در گروه آزمایش و ۵ نفر در گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم، ۹ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل تحصیلات دانشگاهی داشتند. نتایج آزمون خی‌دو دو متغیره جهت بررسی همگنی فراوانی گروه‌های سنی ($\chi^2=0/365$ و $p > 0/05$) و تحصیلات ($\chi^2=0/213$ و $p > 0/05$) نشان داد که تعداد افراد نمونه در گروه‌های سنی و تحصیلات در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ندارند.

شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در سه مرحله در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه‌ها	آزمایش			کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
مراقبت والدین	۲۵/۳۳	۲۸/۲۹	۲۸/۹۹	۲۶/۴۵	۲۵/۳۱	۲۴/۰۰
	۲/۷	۳/۱	۳/۸	۲/۴	۲/۸	۳/۱۱
فرسودگی والدگری (کل)	۶۱/۷۸	۵۹/۶۹	۵۴/۳۷	۶۰/۹۳	۶۲/۷۹	۶۴/۲۸
	۲/۰۹	۱/۸۹	۱/۷۰	۲/۰۰	۲/۱۹	۲/۳۴
خستگی مفرط وابسته به نقش والدگری	۲۴/۵۵	۲۱/۱۹	۱۹/۴۵	۲۳/۱۱	۲۵/۱۰	۲۹/۱۹
	۲/۱۱	۲/۸۹	۳/۳۳	۲/۴۵	۲/۶۷	۲/۸۹
فاصله عاطفی	۱۹/۲۳	۱۷/۱۱	۱۵/۴۱	۲۰/۲۹	۲۴/۳۳	۲۸/۷۸
	۲/۱۹	۱/۹۷	۱/۵۶	۲/۱۴	۲/۶۸	۲/۹۹
ناکارآمدی	۲۱/۵۵	۱۸/۴۹	۱۴/۱۱	۲۲/۳۱	۲۵/۱۹	۲۸/۲۹
	۲/۰۹	۱/۷۸	۱/۳۴	۲/۳۳	۲/۸۹	۳/۱۱

همان گونه که از نتایج جدول ۲ نمایان است، طبق یافته‌های توصیفی به دست آمده از میانگین نمرات مراقبت والدین در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشت. همچنین

طبق یافته‌های به دست آمده توصیفی از میانگین نمرات فرسودگی والدگری و ابعاد آن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بالاتری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون به چشم می‌خورد.

پیش از نمایش نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا پیش فرض‌های آزمون پارامتریک مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلک به منظور نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیر مراقبت والدین و در فرسودگی والدگری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل برقرار بوده است ($p > 0/05$).

همچنین پیش فرض لوین نیز مبتنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها برای متغیر مراقبت والدین در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تایید شده است ($p > 0/05$) و در متغیر فرسودگی والدگری (خستگی مفرط، فاصله عاطفی و ناکارآمدی) در پیش آزمون و در بعد ناکارآمدی در پس آزمون و پیگیری تایید شده است ($p > 0/05$)؛ لیکن در ابعاد خستگی مفرط و فاصله عاطفی در پس آزمون و پیگیری رد شده است ($p < 0/05$). همچنین نتیجه آزمون به دست آمده از تحلیل کرویت ماچلی نیز نشان داد پیش فرض کرویت در مورد متغیرهای مراقبت والدین، فرسودگی والدگری و ابعاد آن برقرار نیست ($p < 0/05$). لذا به دلیل عدم برقراری این مفروضه از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد. نتایج آزمون باکس جهت بررسی میزان همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در ابعاد فرسودگی برقرار و تایید شده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون اثر پیلای در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره در ابعاد فرسودگی والدگری نشان داد که اثر اصلی زمان ($F=10/11$ ، $P<0/001$)، عامل زمان و گروه ($F=30/33$ ، $P<0/001$) معنادار است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل اثرات زمان، گروه و تعامل زمان و گروه در متغیرهای مراقبت والدین، فرسودگی والدگری و ابعاد آن با استفاده از آزمون گرین هاوس گیزر در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره آزمون	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مراقبت والدین	گروه	۷۱۷/۳۳	۱	۷۱۷/۳۳	۳/۱۴	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۶۶
	اثر زمان	۴۸/۱۸	۱/۲۳	۴۰/۵۵	۲۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۸
	اثر زمان*گروه	۷۵/۲۲	۱/۲۳	۶۰/۷۷	۳۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
فرسودگی والدگری	گروه	۷۱۱/۸۸	۱	۷۱۱/۸۸	۳/۴۴	۰/۰۴۴	۰/۱۳	۰/۶۹
	اثر زمان	۲۵۵/۴۹	۱/۳۲	۱۹۷/۲۹	۲۳/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
	اثر زمان*گروه	۵۵۹/۱۱	۱/۳۲	۴۱۲/۱۹	۵۹/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
ابعاد فرسودگی والدگری	گروه	۲۴۱/۹۹	۱	۲۴۱/۹۹	۳/۴۴	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۶۷
	اثر زمان	۷۱۴/۸۸	۱/۹۹	۳۶۰/۴۴	۱۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۷	۰/۹۸۸
	اثر زمان*گروه	۱۸۴/۳۳	۱/۳۲	۱۴۰/۸۸	۵۰/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰

طبق نتایج به دست آمده از جدول ۳، میزان آماره آزمون (F) اثر تعامل زمان با گروه در نمرات مراقبت والدین و فرسودگی والدگری و در ابعاد فرسودگی والدگری معنادار است ($P < 0/001$). این نتیجه حاکی از آن است که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای پژوهش (مراقبت والدین و فرسودگی والدگری) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند. میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در مراقبت والدین برابر با ۰/۵۵ در فرسودگی والدگری

۰/۶۹ و در ابعاد فر سودگی والدگری ۰/۶۵ به دست آمده است. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش به تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	معناداری	گروه	متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
مراقبت والدین	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۹۹	۰/۵۵	مراقبت والدین	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۳۲	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۴۵	۰/۴۴			پیگیری	-۳/۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۲۵	۰/۶۴		پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۲۵	۰/۳۰
		پیگیری	-۱/۳	۰/۴۸			پیگیری	۸/۴۶	۰/۰۰۱
فرسودگی والدگری	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۸۶	۰/۴۱	فرسودگی والدگری	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۱	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۴۵	۰/۹۸			پیگیری	۰/۷۲	۰/۱۴
	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۶۶	۰/۹۱		پیش آزمون	پس آزمون	۳/۲۶	۰/۰۰۴
		پیگیری	-۰/۸۶	۰/۸۹			پیگیری	۳/۵۲	۰/۰۰۳
خستگی مغرط وابسته به نقش والدگری	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۱	۰/۹۴	خستگی مغرط وابسته به نقش والدگری	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۲۶	۰/۷۷
		پیگیری	-۰/۳	۰/۱۵			پیگیری	۲/۹۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۵۲	۰/۲۵		پیش آزمون	پس آزمون	۳/۱۲	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۱۲	۰/۹۲			پیگیری	۰/۱	۰/۵۵
فاصله عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۳۲	۰/۹۴	فاصله عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۲۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۴۶	-۰/۹۰			پیگیری	۲/۵۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۱۲	۰/۹۸		پیش آزمون	پس آزمون	۰/۲۶	۰/۴۷
		پیگیری	-۰/۱۲	۰/۹۸			پیگیری	۰/۲۶	۰/۴۷

یافته‌های به دست آمده از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله به تفکیک دو گروه در جدول ۴ نشان داده شده است که تفاوت نمرات مراقبت والدین، فرسودگی والدگری و هر سه بعد آن در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). اما تفاوت میانگین نمرات همه متغیرها در هر سه مرحله یعنی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری، همچنین مرحله پس‌آزمون با پیگیری در گروه کنترل معنادار به دست نیامد ($p > ۰/۰۵$). براساس این نتایج می‌توان گفت آموزش فرزندپروری شفقت محور در افزایش مراقبت والدین و کاهش فرسودگی والدگری و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون اثربخش بود و تاثیر آموزش در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش فرزندپروری شفقت محور بر مراقبت والدین و فرسودگی والدگری مادران دانش‌آموزان دارای اختلال درونی‌سازی انجام شد. نتایج پژوهش در مورد اثربخشی آموزش فرزندپروری شفقت‌محور بر مراقبت والدین مادران دانش‌آموزان دارای اختلال درونی‌سازی نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار است. لذا فرزندپروری شفقت محور بر بهبود مراقبت والدین مادران دانش‌آموزان دارای اختلال درونی‌سازی موثر است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های انگبرستون و همکاران (۲۰۲۰)، فرناندز و همکاران (۲۰۲۲)، دانکی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود.

در تبیین یافته به دست آمده از اثربخشی آموزش فرزندپروری شفقت محور بر مراقبت والدین مادران دانش‌آموزان دارای اختلال درونی‌سازی باید گفت طبق مدل شفقت محور گیلبرت، انسان سه سامانه تنظیم هیجان دارد: تهدید/خطر، برانگیختگی/پیگیری، و آرامش/ایمنی. والدینی که زیر فشار مزمن و خودانتقادگری هستند، بیش‌فعال در سامانه تهدید عمل می‌کنند؛ آموزش فرزندپروری شفقت‌محور، با تمرین‌هایی مثل تصویرسازی شفقت، تنظیمی و گفت‌وگوی شفقت‌آمیز، سامانه آرامش را تقویت و خودانتقادگری/شرم را مهار می‌کند. پیامدهم مستقیمش برای «مراقبت والدین» عبارت است از: افزایش حساسیت و گرمی، تحمل هیجان‌های کودک، و کاهش واکنش‌های اجتنابی/تنبیهی، به‌ویژه وقتی کودک نشانه‌های درونی‌سازی (اضطراب/افسردگی) دارد که معمولاً با والدگری بیش‌حمایتگر یا کم‌گرم بدتر می‌شود. پژوهش انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد آموزش فرزندپروری شفقت محور در کاهش علائم اضطراب/افسردگی و ارتقای شاخص‌های مبتنی بر شفقت مؤثر است (انگبر ستون و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین؛ والدگری گرم/حمایتگر در کاهش علائم درونی‌سازی نقش دارد؛ در برابر، اضطراب/افسردگی والد و سبک‌های نامنطبق با افزایش علائم درونی‌سازی کودک مرتبطاند (میلارد^۱ و همکاران، ۲۰۲۳؛ رن^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

همچنین؛ در تبیین یافته به دست آمده از اثربخشی آموزش فرزندپروری شفقت محور بر فرسودگی والدگری مادران دانش‌آموزان دارای اختلال درونی‌سازی باید بیان کرد فرسودگی والدگری، یک سندرم ناشی از استرس مزمن نقش والد است؛ نظریه برجسته میکولاژسکو-سکام تو ضیح می‌دهد وقتی «تقاضاهای والدگری» (فشار زمانی/هیجانی، کمال‌گرایی والدگری، تضاد نقش‌ها) از «منابع» (حمایت، مهارت‌های تنظیم هیجان، خود شفقتی) پیشی بگیرد، والد به فرسودگی می‌لغزد (خستگی عمیق، فاصله‌گیری هیجانی از فرزند، احساس ناکارآمدی/از دست دادن لذت) (جفرسون^۳، ۲۰۲۰). آموزش فرزندپروری شفقت‌محور دقیقاً در دو جبهه عمل می‌کند: اول: کاهش تقاضاهای ادراک شده: مهار کمال‌گرایی و خودانتقادگری، بازتعریف انتظارات واقع‌بینانه از «والد کافی»، کاهش نشخوار/شرم—پس بار ذهنی والد پایین می‌آید. این دقیقاً همان مسیری است که چارچوب نظری فرسودگی والدگری برای مداخله پیشنهاد می‌کند و دوم: افزایش منابع خود شفقتی، پذیرش هیجان، ذهن‌آگاهی در نقش ولد، معنا/همدلی نسبت به خود و کودک، و طلب کمک بدون شرم؛ که طبق مرورها با کاهش فرسودگی مرتبطاند (کوین^۴ و همکاران، ۲۰۲۲).

با اجرای بسته آموزش فرزندپروری شفقت‌محور، انتظار می‌رود (الف) شاخص‌های «مراقبت والدین» مانند گرم‌گرویی، حساسیت، تنظیم هیجان در تعامل با کودک دارای اختلال‌های درونی‌سازی شده بالا برود، و (ب) نمرات «فرسودگی والدگری» کاهش یابد؛ زیرا منابع درونی/بین‌فردی والد تقویت و حلقه شرم و خودانتقادگری که سوخت فرسودگی والدگری است، تضعیف می‌شود.

¹ Millard

² Ren

³ Jefferson

⁴ Cwinn

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدودیت حجم نمونه پایین و روش نمونه‌گیری بود که به صورت هدفمند انجام شد؛ لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی تصادفی و با تعداد بیشتری از افراد تکرار گردد و نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

منابع مالی

مقاله حاضر بدون حمایت مالی صورت گرفته است.

منابع

- حیدری، س؛ سجادیان، ا؛ و حیدریان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و مراقبت مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، کنگره بین‌المللی مطالعات رفتاری جامعه و سبک زندگی سالم، تهران.
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۴۰۰). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی. جلد اول. ترجمه فرزین رضائی، تهران، انتشارات ارجمند.
- مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. کودکان استثنایی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱(۱۶)، ۵۲۹-۵۸۸.
- ودودی، س؛ قاسمی، س؛ و یزدی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله خانواده محور بر تعاملات والد کودک و مشکلات برونی‌سازی شده کودکان با سندرم داون. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۳(۱۶)، ۲۵۵-۲۶۸.
- هری، م؛ نادی، م؛ و سجادیان، ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی فرزندپروری ذهن آگاهانه با رویکرد ایرانی اسلامی با فرزندپروری مثبت بر خودتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی مادران. مجله سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۴(۲)، ۳۸-۴۹.

- Bögels, S., Restifo, K. (2014). Effects of the Mindful Parenting Course. In: Mindful Parenting. Mindfulness in Behavioral Health. Springer, New York, NY
- Cwinn, E., Guillen, K. (2022). Compassion-Focused Caregiver Protocol: Pilot Study, Canadian Journal of Community Mental Health, 41(2), 91-96.
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Charania, S. N., Claussen, A. H., McKeown, R. E., ... & Flory, K. (2021). Community-based prevalence of externalizing and internalizing disorders among school-aged children and adolescents in four geographically dispersed school districts in the United States. Child Psychiatry & Human Development, 52(3), 500-514
- Dunkley-Smith, A. J., Sheen, J. A., Ling, M., & Reupert, A. E. (2021). A scoping review of self-compassion in qualitative studies about children's experiences of parental mental illness. Mindfulness, 12(4), 815-830.
- Jefferson, F., Shires, A., McAloon, J. (2020). Parenting Interventions Including Self-Compassion: Systematic Review & Meta-analysis. 11, 2067-2088.

- Kirby, J. N., Hoang, A., & Ramos, N. (2023). A brief compassion focused therapy intervention can help self-critical parents and their children: A randomised controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(3), 608-626
- Masefield, S. C., Prady, S. L., & Sheldon, T. A. (2020). The caregiver health effects of caring for young children with developmental disabilities: A meta -analysis. *Matern Child Health Journal*, 24, 561 –574
- Mikolajczak, M., Raes, M. -E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Exhausted parents: sociodemographic, child -related, parent -related, parenting and family -functioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 602 -614
- Millard, L., Wan, M., Smith, D., Wittkowshi, A. (2023). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy: Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168-192.
- Ren, X., Cai, Y., Wang, J., Chen, O. (2024). Systematic Review of Parental Burnout and Related Factors. *BMC Psychology*, 376, 218-230.
- Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L. N., Nichols, L., Chaplin, W. & Hardin, J. M. (2004). Positive aspects of Alzheimer's Caregiving: The Role of Race. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59(4), 185 -190.
- Van Bakel, H. J. A., Van Engen, M. L., & Peters, P. (2018). Validity of the parental burnout inventory among dutch employees. *Frontiers in Psychology*, 9, 697-702.
- Yuan, Q., Zhang, Y., Samari, E. & et al. (2022). The impact of having foreign domestic workers on informal caregivers of persons with dementia – findings from a multi -method research in Singapore. *Journal of BMC Geriatr*, 22(305), 202.

اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر نشانگان ضربه عشق، انعطاف پذیری
روانشناختی و تاب آوری زنان دچار طلاق عاطفی مراجعه کننده به مراکز مشاوره
خانواده در شهر اهواز

*The effectiveness of choice theory-based therapy on love trauma syndrome,
psychological flexibility, and resilience of women experiencing emotional divorce
referring to family counseling centers in Ahvaz.*

Parnian Mohammadi Moghadam
Master of Family Counseling, Ahvaz Branch, Islamic
Azad University, Ahvaz, Iran

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of the treatment based on the theory of choice on the symptoms of love trauma, psychological flexibility and resilience of women with emotional divorce who referred to family counseling centers in Ahvaz. The research method was a semi-experimental design with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population included all women with emotional divorce who referred to family counseling centers in Ahvaz in 1404. For this purpose, 30 people were selected by purposive sampling and randomly placed in two experimental groups (15 people) and control (15 people). To collect data, questionnaires were used, Ross's Love Trauma Syndrome (1999), Bond et al.'s Psychological Flexibility (2011) and Conroe-Davidson's Resilience (2003). Treatment based on the theory of choice was implemented in 8 90-minute sessions for the experimental group, and the control group was not given training. Multivariate analysis of covariance (MANOVA) and univariate analysis of covariance (ANOVA) were used to analyze the data. The results showed that treatment based on choice theory was effective in improving love trauma syndrome, psychological flexibility, and resilience in women referring to family counseling centers ($p < 0.001$). Therefore, it is suggested that treatment based on choice theory in family counseling centers be investigated on women experiencing emotional divorce.

Keyword: Emotional divorce, love trauma syndrome, psychological flexibility, resilience, treatment based on choice theory.

پرنیان محمدی مقدم

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
ایران

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر نشانگان ضربه عشق، انعطاف پذیری روانشناختی و تاب آوری زنان دچار طلاق عاطفی مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده در شهر اهواز بود. روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دچار طلاق عاطفی مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده در شهر اهواز در سال ۱۴۰۴ بودند. به این منظور تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه های، نشانگان ضربه عشق راس (۱۹۹۹)، انعطاف پذیری روانشناختی بوند و همکاران (۲۰۱۱) و تاب آوری کانرویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. درمان مبتنی بر نظریه انتخاب طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایشی اجرا شد و به گروه کنترل، آموزشی داده نشد. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانوا) و تحلیل کواریانس تک متغیری (آنوا) استفاده شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر بهبود نشانگان ضربه عشق، انعطاف پذیری روانشناختی و تاب آوری در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده اثربخش بود ($p < 0.001$). از این رو پیشنهاد می شود که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در مراکز مشاوره خانواده بر زنان دچار طلاق عاطفی مورد بررسی قرار گیرد.

کلمات کلیدی: طلاق عاطفی، نشانگان ضربه عشق، انعطاف پذیری روانشناختی، تاب آوری، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۸/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۲۳

مقدمه

خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی است که تکوین و پرورش شخصیت افراد در آن شکل می‌گیرد. برای این‌که خانواده بتواند کارکردهای اصلی خود را به خوبی ایفا نماید، لازم است امنیت و آرامش در کانون آن رخنه کند. در صورتی که افراد از حقوق و تکالیف خود در روابط اجتماعی آگاهی داشته باشند، با تلاش برای حفظ حقوق خود، نسبت به رعایت حقوق دیگران و انجام تکالیفی که جامعه بر عهده‌ی آن‌ها قرار داده است، احساس مسئولیت می‌کنند و به این ترتیب جامعه مسئولیت‌پذیر می‌گردد و هر فرد در هر جا و هر مقام به ایفای مسئولیت خود می‌پردازد (مولر و وتسler، ۲۰۲۳).

پدیده ازدواج بسیاری از نیازهای فردی اجتماعی زن و مرد را در غالب روابط روانی اجتماعی و جسمانی و آداب دیگر عرفی و اجتماعی برآورد می‌کند (بزینا و کامیلری^۱، ۲۰۲۲). به عبارتی دیگر، هنگامی که کانون خانواده در برگیرنده محیط سالم و سازنده، روابط گرم، تعامل بین فردی و صمیمی باشد، می‌تواند رشد و پیشرفت اعضای خانواده را موجب شود. در مقابل، ریشه بسیاری از مشکلات زناشویی در نوع تفکرات زوجین درباره یکدیگر و روابطشان نهفته است (امیریان، ۱۳۹۷). در نظام خانواده، افراد به وسیله علایق و دلبستگی‌های هیجانی نیرومند، دیرپا و متقابل با یکدیگر پیوند یافته‌اند. ممکن است از شدت این علایق و دلبستگی‌ها در طی زمان کاسته شود، اما باز هم علایق مزبور در سراسر زندگی به بقای خود ادامه خواهند داد. ازدواج معمولاً اصلی‌ترین و مهم‌ترین زمینه‌ای است که عملکرد و اثر صمیمیت و روابط اجتماعی رشد یافته در آن تجلی پیدا می‌کند. هدف از ازدواج، برطرف شدن نیازهای طرفین است و اگر نیازهای زوجین برطرف نشود و به راه‌حل مثبتی جهت دستیابی به نیازهایشان نرسند، استرس، ناکامی، سرخوردگی، خشم و در نهایت مشکلات روانی بروز پیدا می‌کند، در این حالت طلاق عاطفی در بین زوجین حکم فرما می‌گردد (متز، اسپروت و برایت وایت^۲، ۲۰۲۳).

والر^۳ (۱۹۸۳) اولین محقق بود که پیشنهاد داد طلاق ممکن است ریشه در سرخوردگی زوجین داشته باشد. سرخوردگی و جدایی عاطفی زناشویی، کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (کانتر، پرولکس و مونک^۴، ۲۰۱۹). در یک ازدواج سرخورده یکی یا هر دو زوج ضمن تجربه احساس گسستگی از همسر و کاهش علایق و ارتباطات متقابل، نگرانی‌های قابل توجهی در خصوص تخریب فزاینده رابطه و پیشروی به سمت جدایی و طلاق دارند (براسیلو^۵، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش هاریس^۶ (۲۰۱۸) نشان داد پس از وقوع طلاق، افراد متقاضی طلاق در مقایسه با مردان،

¹. Bezzina & Camilleri

². Metts, Schrod, & Braithwaite

³. Waller

⁴. Kanter, Proulx & Monk

⁵. Brassiolo

⁶. Harris

با تغییرات و چالش‌های مضاعفی در زندگی روبه‌رو خواهند شد. این پیامدها گاه بلافاصله پس از طلاق و گاه با فاصله زمانی طولانی‌تری بر زندگی فرد تأثیر خواهد گذاشت.

عوامل بسیاری وجود دارد که طلاق عاطفی را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهد، یکی از این عوامل، نشانگان ضربه عشق^۱ است. بسیاری از وقت‌ها عشق آنگونه می‌آید که کمتر انتظار آن را داریم. در این موقعیت‌ها آنچه انجام می‌دهیم؛ فقط برخورد با فردی است که با تصویر ما از محبوب منطبق شود؛ تصویری که همگی در عوالم مطلوب خویش داریم. در واقع، وقتی از آن طرف توافقی دیده می‌شود؛ عشق آغاز می‌شود؛ اما گاهی این توافق به هم می‌خورد و جدایی صورت می‌پذیرد (قلی‌پور فیروزجائی، دوکانه‌ای فرد و جهانگیر، ۱۴۰۲). جدایی از عشق می‌تواند برای هر فردی ضربه‌ای بزرگ محسوب شود و تبدیل به یکی از غم‌انگیزترین حادثه‌ها و تلخ‌ترین دوره‌های زندگی فرد شود؛ اما باید پذیرفت که ناپایداری بخشی از ماهیت شیدایی عشق است (رضوانی عبدالآباد^۲ و منظری توکلی، ۱۴۰۰). یکی از شایع‌ترین و عمیق‌ترین تجربه‌های فقدان و سوگ مربوط به ناکامی ناشی از فروپاشی روابط عاشقانه و عمدتاً عشق است (مالهرب^۳، ۲۰۲۱).

ضربه عشق در زنان می‌تواند با افکار خودکار منفی^۴ در آنها همراه باشد. نظریه‌های شناختی افکار خودکار منفی و دید منفی نسبت به خود، دنیا و آینده را دلیل افسردگی، دوام و عود آن می‌دانند. افکار خودکار منفی برداشت منفی و بدبینانه و بدون منطق درباره خود است که به صورت غیرعمدی و خارج از اراده فرد به ذهن خطور می‌کند (بورگر^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). افکار خودکار منفی پدیده‌ای گذرا هستند. طول عمر این افکار فقط تا زمانی است که فرد نسبت به آنها هوشیار است. افکار خودکار بقایای سایر فرایندهای شناختی هستند (وب^۶ و همکاران، ۲۰۲۲).

انعطاف‌پذیری روانشناختی^۷، به معنای توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و بهره بردن از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود حضور رویدادهای روانشناختی چالش‌انگیز یا ناخواسته می‌باشد (هایس^۸ و همکاران، ۲۰۲۵)؛ و به شکلی فرآیند تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (فرانسیسکو و همکاران^۹، ۲۰۲۴). به نوعی، میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط است که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (زانگ و دیگران، ۲۰۲۰). انعطاف‌پذیری روانشناختی، همچنین، عملکرد افراد در

1. love trauma syndrome

2. Malherbe

3. Sense of connection

4. Burger

5. Webb

6. Psychological flexibility

7. Hayes & All

8. Farchione & All

تکالیف چالش برانگیز شناختی محسوب می‌شود (فرچ^۱ و همکاران، ۲۰۲۴)؛ و بسیاری از پژوهش‌های روانشناسی، نقش آن را در انواع گوناگون مشکلات روانشناختی مورد تأیید قرار داده‌اند (هایس و همکاران^۲، ۲۰۲۵).

تاب‌آوری، محصول توانایی افراد برای تعامل با محیط و فرآیندهایی است که بهزیستی آنان را بالا می‌برد و همچنین فرد را بر علیه مغلوب شدن در برابر عوامل خطر محافظت می‌کند (زاتورا، هال و موری^۳، ۲۰۲۰). تاب‌آوری در بیشتر موارد مربوط به مشکلات و آسیب‌های روانشناختی به عنوان میانجی و پیامدهای مربوط به سلامتی و بهزیستی عنوان می‌شود (اسمیت^۴ و همکاران، ۲۰۲۵).

مطالعات نشان داده افراد دارای تاب‌آوری بالا، در حوزه‌های شناختی و رفتاری از عملکرد بهتری برخوردار هستند (کارولی و رولمن^۵، ۲۰۲۰). تمرکز بر موقعیت کنونی، بهره‌بردن از فرصت‌ها، در انعطاف‌پذیری، تقویت خود مشاهده‌گر به جای خود مفهوم سازی شده در استرس، پذیرش رویدادهای درونی به جای کنترل آن‌ها و گسترش انعطاف‌پذیری افراد در زمان تقاضاهای محیطی، راهکارهایی هستند که می‌توانند کارکنان بیمارستان‌ها را در مسیر سلامت حفظ کنند. لذا ما در آموزش، به نوعی درمان نیاز داریم تا بتوانیم این نوع مفاهیم و ویژگی‌ها را پوشش دهیم.

در این راستا، افزایش طلاق عاطفی و نارضایتی زناشویی از یکسو و تقاضای همسران برای پرباری و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان‌دهنده نیاز همسران به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است (دهقانی و نیک‌نژادی، ۱۴۰۱). از این‌رو، رویکردهای متعددی جهت درمان مشکلات خانواده‌ها و زنان دچار طلاق عاطفی ارائه شده‌اند، یکی از رویکردهای درمانی که نقش مهمی در این رابطه دارد، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب^۶ است (دیووراک^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). نظریه انتخاب گلاسرها^۸ یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روان‌شناسی شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود (گاردنر^۹، ۲۰۲۰). در این شیوه درمان مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست بودن و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه نیل به هویت توفیق که ارتباط مستقیمی با عزت نفس دارد مورد تأکید است (هولند و والکر^{۱۰}، ۲۰۱۸). به طور کلی، نظریه انتخاب مجموعه‌ای از فنون، روش‌ها و ابزارهایی است که برای کمک به افراد، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب

1. Farach & All

2. Wilson, Gofford, Follette & Strosahl

3. Zautra, Hall & Murray

4. Smith & All

5. Karoly & Ruehlman

6. Treatment based on choice theory

7. Dvorak

8. choice theory Glasser

9. Gardner

10. Holland & Walker

به سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود مورد استفاده قرار می‌گیرد. به باور گلاس، افراد، چه سالم و چه بیمار بر اساس تصمیم‌گیری‌هایی رفتار خود را انتخاب می‌کنند (لاینگستاد، ۲۰۲۲). بر اساس مطالب عنوان شده و با توجه به مسائل روانی زنان دچار طلاق عاطفی، پژوهش حاضر قصد دارد بررسی کند که آیا درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر نشانگان ضربه عشق نشانگان ضربه عشق، انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری زنان دچار طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده در شهر اهواز اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده شد. درمان مبتنی بر نظریه انتخاب به عنوان متغیر مستقل (مداخله) و متغیرهای وابسته نیز شامل نشانگان ضربه عشق، انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری است و یک گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای در طی پژوهش دریافت نکرد، بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زنان دچار طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده در شهر اهواز در سال ۱۴۰۴ بودند. در پژوهش حاضر، به روش نمونه‌گیری هدفمند ۲ مرکز مشاوره خانواده انتخاب شدند. در این مطالعه افرادی بر اساس معیارهای ورود (شامل کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه‌های نشانگان ضربه عشق افکار خودکار منفی، کسب رضایت کتبی از حضور در پژوهش، عدم حضور در دوره‌ها و درمان‌های هم‌زمان) و معیارهای خروج (شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله، پرسش‌نامه‌ها را ناقص تحویل دادن، جدایی از همسر و عدم رضایت از ادامه حضور در جلسات درمانی)، به عنوان نمونه انتخاب شدند. به این ترتیب، ۳۰ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس از مفروضه‌های خطی بودن، عدم همخطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها، همگنی کوواریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای تحلیل فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنوا) و تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانوا) و برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد. هم‌چنین سطح معنی‌داری $P > 0/05$ در نظر گرفته شد. در ادامه مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها آورده شده است.

جدول ۱: توزیع آزمودنی‌ها بر حسب سن

گروه سنی (سال)	فراوانی	گروه آزمایش	گروه کنترل
۴۲-۳۴	۱۲	۵	۷
۳۳-۲۷	۱۵	۸	۷
۲۶-۲۰	۳	۲	۱
زیردیپلم	۴	۲	۲
دیپلم	۱۰	۵	۵
کارشناسی	۱۰	۵	۵
کارشناسی ارشد	۵	۲	۳
دکتری	۱	۱	۰

همان طوری که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، آزمودنی‌های گروه سنی ۲۰-۲۶ سال با فراوانی ۳ نفر کمترین تعداد آزمودنی و آزمودنی‌های گروه سنی ۲۷-۳۳ سال با فراوانی ۱۵ نفر بیشترین تعداد آزمودنی را در خود جای دادند. در ادامه توزیع آزمودنی‌ها بر حسب مدرک تحصیلی آورده شده است. آزمودنی‌های دارای مدرک دکتری با فراوانی ۱ نفر کمترین فراوانی و آزمودنی‌های دارای مدرک دیپلم با فراوانی ۱۰ نفر، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. در تحقیق حاضر، جهت جمع‌آوری اطلاعات، از ابزار پرسش‌نامه استاندارد استفاده شد. در ادامه به توضیحات هر پرسشنامه پرداخته شده است.

پرسشنامه نشانگان ضربه عشق

پرسشنامه نشانگان ضربه عشق^۱ توسط راس^۲ (۱۹۹۹) جهت اندازه‌گیری شدت ضربه عشق تهیه شد و شامل ۱۰ عبارت چهار درجه‌ای می‌باشد و فرد می‌بایست بر اساس تجربه ضربه عشقی خود، گزینه مناسب را انتخاب کند. این پرسشنامه از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرد یک ارزیابی کلی انجام می‌دهد. حداقل نمره آزمودنی در این آزمون ۰ و حداکثر نمره آن ۳۰ می‌باشد. سؤال اول و دوم به طور معکوس نمره گذاری می‌شود (توسلی، ۱۳۹۲). راس (۱۹۹۹) کسب نمره ۲۰ را به عنوان نقطه برش در این آزمون تعیین نمود (راس، ۱۹۹۹). نمره ۱۰ تا ۱۹ بیانگر این است که نشانگان ضربه عشق وجود دارد اما در حد قابل تحمل‌تری است. نمره بین ۰ تا ۹ نشان می‌دهد که نشانگان ضربه عشق در سطح قابل تحمل و کنترل شدنی است. در پژوهش امان‌اللهی و همکاران (۱۳۹۵) میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش اکبری و همکاران (۱۴۰۰) میزان اعتبار این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه گردید. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

1. Love Trauma Syndrome Inventory

2. Ross

پرسشنامه انعطاف پذیری بوند و همکاران (۲۰۱۱)

این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که به منظور سنجش انعطاف پذیری روانشناختی تدوین شده است. نسخه ۱۰ سؤالی این پرسشنامه توسط هایس و همکاران (۲۰۰۴) ارائه شده است (مقتدایی و خوش اخلاق، ۱۳۹۴). بوند و همکاران (۲۰۱۱) به سبب همسانی درونی پائین این پرسشنامه، سه گویه از نسخه ۱۰ سؤالی را از آزمون هایس و همکاران (۲۰۰۴) حذف نمودند و آزمون نهایی شامل ۷ گویه است که دارای ویژگی‌های روان‌سنجی بهینه‌تری نسبت به پرسشنامه‌ی ۱۰ سؤالی می‌باشد و به عنوان ویرایش دوم پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل (AAQ-II) شناخته شده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از ایمانی، ۱۳۹۵). این پرسشنامه دارای ثبات درونی ۰/۸۷ و پایایی باز آزمایی ۰/۸ است. سؤالات آن در یک طیف هفت درجه ای از ۱ (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۷ (همیشه در مورد من صدق می‌کند) ارزیابی می‌گردند. نمرات پایین تر، تمایل و توانایی بیشتر به عمل و حضور افکار و احساسات منفی و نمرات بالا نشان دهنده‌ی انعطاف پذیری روانشناختی بیشتر می‌باشد (مقتدایی و خوش اخلاق، ۱۳۹۴). کلستر، کلوش، چاکر، هومل و هویر^۱ (۲۰۱۱) در پژوهش خود همسانی درونی این ابزار را در بین افراد چهار نمونه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۷ و ضریب بازآزمایی را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ گزارش نمودند. کلستر و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین این ابزار، مشکلات روانشناختی و ۵ عامل بزرگ شخصیت همبستگی مثبتی گزارش کردند. در پژوهش پاناتو^۲ و همکاران (۲۰۱۳)، ضریب همسانی درونی این ابزار ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی برای ۱۲ ماه ۰/۶۱ گزارش شده است. در ایران، ویژگی‌های روانسنجی فرم ۷ سؤالی این پرسشنامه توسط عباسی، فتحی ملادی و ضرابی (۲۰۱۳) بسیار خوب گزارش شده است. در پژوهش مقتدایی و خوش اخلاق روایی سازه با استفاده از عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی، بررسی شده است و روایی و پایایی بالای آن تأیید گردید (به نقل از ایمانی، ۱۳۹۵). در مطالعه‌ی ایمانی (۱۳۹۵) نیز روایی و پایایی بالایی برای پرسشنامه‌ی فوق گزارش شده است. در پژوهش حاضر، روایی این پرسشنامه به نظر صاحب نظران امر و اساتید مرتبط رسیده و تأیید گردیده است. ضریب پایایی پرسشنامه‌ی انعطاف پذیری، در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است و ضریب ۰/۷۰۱ بدست آمد. از آنجا که ضریب بدست آمده به روش آلفا بزرگتر از ۰/۷ می‌باشد، می‌توان اذعان کرد که پرسشنامه‌ی فوق از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

پرسشنامه تاب آوری کانرودیدسون (۲۰۰۳):

این پرسشنامه که ۲۵ پرسش دارد، توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شده است. روش نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرتی از کاملاً نادرست (۰) تا کاملاً درست (۴) است و برای اندازه‌گیری تاب‌آوری یک نمره‌ی کل محاسبه می‌شود. روایی مقیاس (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در گروه‌های مختلف (عادی و در مخاطره) بدست آمده است. جوکار (۱۳۸۶) در ایران، پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش داده است. در این پژوهش گزارش شده که

^۱ . Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel & Hoyer

^۲ . Pennato

نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی بیانگر وجود یک عامل کلی در مقیاس بوده‌اند. نتایج جوکار (۱۳۸۶) مبنی بر روایی و پایایی بالای این ابزار، با یافته‌های مشابه دیگر از جمله سامانی، جوکار و صحرارگرد (۱۳۸۶) و محمدی (۱۳۸۴) که روایی و پایایی این مقیاس را بررسی نموده‌اند، همسو می‌باشد (به نقل از شجاعی، به پژوه، شکوهی یکتا و غباری، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، روایی این پرسشنامه به تأیید صاحب نظران امر و اساتید مرتبط رسیده و تأیید گردیده است. ضریب پایایی پرسشنامه‌ی تاب‌آوری، در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است و ضریب $0/789$ بدست آمد. از اینرو که ضریب بدست آمده به روش آلفا بزرگتر از $0/7$ می‌باشد، می‌توان گفت که پرسشنامه‌ی مذکور از پایایی قابل قبولی برخوردار است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss نسخه (۲۸) استفاده شد که از روش‌ها و شاخص‌های آماری زیر در آن بهره گرفته شده است: (۱) شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار داده‌ها. (۲) محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه پایایی ابزار پژوهش. (۳) آمار استنباطی شامل: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی شرط نرمال بودن داده‌ها، آزمون لون برای بررسی تجانس واریانس‌ها، شرط همگنی شیب رگرسیون، تحلیل کواریانس (تک متغیره و چند متغیره). همچنین برای بررسی صحت و سقم فرضیه‌های پژوهش سطح معناداری کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

جلسات درمان مبتنی بر نظریه انتخاب

در این پژوهش، منظور از درمان تئوری انتخاب جلسات درمانی است که بر اساس راهنمای عملی تئوری انتخاب گلاسرو (۲۰۱۲) ترجمه صاحبی (۱۳۹۳) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش (۲) صورت پذیرفت. خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان نظریه انتخاب

جلسه	اهداف	محتوا و تکنیک‌ها	تکالیف
اول	آشنایی اعضا با مفهوم تئوری انتخاب و بیان هدف تشکیل جلسات	درگیری عاطفی با اعضا گروه، بیان قوانین مشاوره گروهی. توضیح درباره ارزیابی از خود، یکدیگر، نیازها، هایشان از یکدیگر. ایجاد انگیزه تشویق بر حضور مفید و موثر اعضا بستن قرارداد درمانی با اعضا خواسته	تکلیف: هر یک از اعضا ویزگی مثبت و منفی خود را به طور جداگانه نوشته، عنوان کنند که دوست دارند چه تغییری در رفتارشان ایجاد شود
دوم		ها برای رفتارهای ویژگی هویت موفق، هویت شکست. بررسی تکلیف جلسه قبل. بررسی عذر و بهانه غیرمسئولانه. دادن اطلاعاتی درباره چگونگی افزایش کیفیت زندگی. تشویق اعضا به بحث درباره رفتار کنونی. می‌شود که بر نحوه رفتار افراد در زمان حال تأثیر بیان این که فقط در صورتی به رویدادهای گذشته پرداخته‌های بهتر برای داشته باشد. با این که امکان دارد مشکلات ریشه در زمان گذشته داشته باشد. با یادگیری روش افزایش رضایت، آرامش در زندگیشان باید بیاموزند چگونه در زمان حال به آنها بپردازند. در این جلسه درمانگر می‌دهد. کاهش افکار منفی را به طور خاص مدنظر قرار	تکلیف: روی‌های قابل جنبه تحسین و نکات

اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر نشانگان ضربه عشق...	آشنایی اعضا با هویت خود، انواع هویت.	مثبت رابطه با دیگران تمرکز شد.
سوم	آشنایی اعضا با چگونگی پذیرش و مسئولیت رفتارهای خود	تکلیف: کارهای متفاوت هفته را بنویسند. رفتارشان را با دیگران بیان کنند، اگر فردی درخواست شما را رد کند شما می کنید. چه
چهارم	آشنایی با مقاومت درونی از دیدگاه تئوری انتخاب	تکلیف: هم مهارت بیانی و هم مهارت گوش دادن مورد تمرین قرار دهند و همچنین خواسته شد این تمرین را روی نواری ضبط کنند تا هم خودشان گوش کنند و هم درمانگر در جریان آنها قرار گیرد.
پنجم	آشنایی اعضا با نیازهای اساسی، موثر در زندگی واقعی	تکلیف: چالشی ترین موقعیتی که تا حالا انجان داده اید، چه بوده است و سرسختی و مقاومت درونی شما به چه شکلی بروز شده است.
ششم	آشنایی اعضا با چگونگی طرح ریزی حل مسئله، ریزی جهت برنامه زندگی فعلی و حاضر	تکلیف: خود سنجی، تمرین مهارت های آموخته شده

هفتم	آشنایی اعضا با شیوه تعهد نسبت به انجام عمل کردن طرح و هابرنامه	بررسی مسئولیت پذیری افراد در اجتناب افراد. بررسی عواقب رفتار اجتنابی در مورد بیماری و مشکلات بیماری. راهکارهایی افزایش تعهد و مسئولیت پذیری نسبت به ارزش‌ها و نیازهای اساسی بیماران.	تکلیف: با توجه به نیازهای اساسی عوامل اجتناب در حل چالش‌های خود را الویت بندی کنید.
هشتم	آشنایی اعضا با چگونگی عدم پذیرش عذر، بهانه در خصوص اجرای برنامه طرح انتخاب شده	ها در جلسات قبل. رفع موانع و مشکلات در انجام مهارت‌ها. لزوم بررسی تکلیف جلسه قبل، جمع بندی تمرین به کارگیری مهارت‌ها در زندگی هنگام برخورد با موقعیت‌های تنش‌زا و هیجانی. در این جلسه کمک شد که با توجه به نیازها کنترل هیجان بهبود بخشد.	در این جلسه ضمن توزیع پرسشنامه فرم ارزش‌یابی شرکت کنند و نظرسنجی از آنها، پرسشنامه جهت پس‌آزمون به افراد داده و در پایان از حضور به موقع و همکاری موثر آنان در طول دوره قدردانی و تشکر گردید.

یافته‌های توصیفی

در جدول (۳) یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشانگان ضربه عشق، انعطاف پذیری روانشناختی و تاب‌آوری در گروه‌های مداخله درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای نشانگان ضربه عشق، انعطاف پذیری روانشناختی و تاب‌آوری در گروه آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون و

پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد
		گروه						
نشانگان ضربه عشق	پیش آزمون	آزمایش	۲۲/۱۴	۳/۰۹	۲۰۲	۲۴۰۵۸	۱۵	
		گواه	۲۳/۶۰	۴/۲۵	۲۰۴۵	۲۶۰۳۶	۱۵	
	پس آزمون	آزمایش	۲۴/۵۵	۴/۷۱	۱۰۳۳	۳۶۰۴۵	۱۵	
		گواه	۲۲/۳۲	۳/۵۰	۲۰۵۲	۲۵۰۲۲	۱۵	
انعطاف پذیری روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۱۰۳/۶۹	۳۶/۳۳	۳۴۰۵۶	۱۰۶۰۳۸	۱۵	
		گواه	۱۰۶/۱۱	۳۷/۶۴	۳۲۰۲۳	۱۱۵۰۳۶	۱۵	
	پس آزمون	آزمایش	۱۱۳/۸۲	۳۱/۱۹	۲۹۰۲۵	۱۱۵۰۸۷	۱۵	

۱۵	۱۰۸.۴۷	۱۹.۳۳	۲۲/۲۲	۱۰۴/۴۳	گواه		
۱۵	۶۵	۹	۱۰/۴۱	۵۲/۸۱	آزمایش	پیش آزمون	تاب آوری
۱۵	۶۶	۱۰	۱۲/۳۸	۶۳/۵۸	گواه		
۱۵	۸۰	۱۵	۱۶/۳۲	۷۶/۷۳	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۶۷	۱۱	۱۲/۵۶	۶۴/۳۵	گواه		

همان طور که در جدول (۳) مشاهده می شود در مرحله پیش آزمون، میانگین و انحراف معیار نشانگان ضربه عشق در گروه آزمایش با میانگین (۲۲/۱۴) و انحراف (۳/۰۹) و میانگین نشانگان ضربه عشق در گروه کنترل (۲۳/۶۰) و انحراف معیار (۴/۲۵) است. این نتایج نشان می دهد که میانگین نشانگان ضربه عشق گروه آزمایش در پیش آزمون کمتر از میانگین نشانگان ضربه عشق گروه کنترل است. همچنین مشاهده می شود در میانگین نشانگان ضربه عشق در گروه آزمایش با میانگین (۲۴/۵۵) و انحراف (۴/۷۱)؛ و میانگین نشانگان ضربه عشق در گروه کنترل با میانگین (۲۲/۳۲) و انحراف (۳/۵۰) است. این نتایج نشان می دهد که میانگین نشانگان ضربه عشق گروه آزمایش در پس آزمون بیشتر از از میانگین صمیمیت زناشویی زوجین گروه کنترل است.

در مرحله پیش آزمون، انعطاف پذیری روانشناختی در گروه آزمایش با میانگین (۱۰۳/۶۹) و انحراف (۳۶/۳۳) و میانگین انعطاف پذیری روانشناختی در گروه کنترل (۱۰۶/۱۱) و انحراف معیار (۳۷/۶۴) است. این نتایج نشان می دهد که میانگین انعطاف پذیری روانشناختی گروه آزمایش در پیش آزمون کمتر از از میانگین انعطاف پذیری روانشناختی گروه کنترل است. همچنین در مرحله پس آزمون، مشاهده می شود در میانگین انعطاف پذیری روانشناختی در گروه آزمایش با میانگین (۱۱۳/۸۲) و انحراف (۳۱/۱۹)؛ و میانگین انعطاف پذیری روانشناختی در گروه کنترل با میانگین (۱۰۴/۴۳) و انحراف (۲۲/۲۲) است. این نتایج نشان می دهد که میانگین انعطاف پذیری روانشناختی گروه آزمایش در پس آزمون بیشتر از از میانگین انعطاف پذیری روانشناختی گروه کنترل است.

در مرحله پیش آزمون، تاب آوری در گروه آزمایش با میانگین (۵۲/۸۱) و انحراف (۱۲/۴۱) و میانگین تاب آوری در گروه کنترل (۶۳/۵۸) و انحراف معیار (۱۲/۳۸) است. این نتایج نشان می دهد که میانگین تاب آوری گروه آزمایش در پیش آزمون کمتر از از میانگین تاب آوری گروه کنترل است. همچنین در مرحله پس آزمون، مشاهده می شود در میانگین تاب آوری در گروه آزمایش با میانگین (۷۶/۷۳) و انحراف (۱۶/۳۲)؛ و میانگین تاب آوری در گروه کنترل با میانگین (۶۴/۳۵) و انحراف (۱۲/۵۶) است. این نتایج نشان می دهد که میانگین تاب آوری گروه آزمایش در پس آزمون بیشتر از از میانگین تاب آوری گروه کنترل است.

تعیین توزیع نرمال بودن

پیش از انتخاب آزمون آماری و استفاده از آزمون های پارامتریک پیش فرض هایی باید مورد بررسی قرار گیرد. هرگونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده ها صورت می گیرد باید از نرمال بودن داده ها اطمینان حاصل شود. همچنین آزمون

تصادفی بودن داده‌ها نیز محاسبه شده است. در این مطالعه از روش‌های زیر برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شده است:

*آزمون کولموگروف-اسمیرنف^۱

*بررسی چولگی^۲ و کشیدگی^۳ داده‌ها

آزمون کولموگروف-اسمیرنف در سطح خطای ۵٪ آزمون می‌شود؛ بنابراین اگر مقدار معناداری بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۰۵ بدست آید، در این صورت توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود. فرض‌های آماری به صورت زیر تنظیم می‌شود:

$$\begin{cases} H_0: Z \geq 0.05; \text{ توزیع داده‌ها نرمال است} \\ H_1: Z < 0.05; \text{ توزیع داده‌ها نرمال ن} \end{cases}$$

چولگی معیاری از تقارن یا عدم تقارن تابع توزیع می‌باشد. کشیدگی نشان دهنده ارتفاع یک توزیع است. به طور کلی اگر چولگی و کشیدگی در بازه (۲، -۲) باشد، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند.

نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای متغیرهای پژوهش در جداول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنف				گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنف			
		چولگی	کشیدگی	آماره	معنی داری		چولگی	کشیدگی	آماره	معنی داری
نشانگان ضربه عشق	آزمایش	-۰/۷۴۲	۰/۰۲۸	۰/۷۴۱	۰/۷۷۰	گواه	-۰/۷۶۴	۰/۰۲۶	۰/۷۲۵	۰/۷۴۶
انعطاف‌پذیری روانشناختی	آزمایش	-۰/۷۶۱	۰/۰۳۱	۰/۷۲۵	۰/۷۹۲	گواه	-۰/۷۲۲	۰/۰۲۴	۰/۷۲۰	۰/۷۶۵
تاب آوری	آزمایش	-۰/۷۹۸	۰/۰۳۳	۰/۷۳۹	۰/۷۹۶	گواه	-۰/۷۶۵	۰/۰۲۶	۰/۷۲۸	۰/۷۶۶

جدول (۴) نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف در ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای نشانگان ضربه عشق و افکار خودکار منفی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس

1 Kolmogorov-Smirnov

2 Skewness

3 kurtosis

در این بخش، قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، همخطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها، همگنی کوواریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون و نرمال بودن توزیع متغیرها مورد بررسی قرار گرفتند، که به ترتیب ذکر شده‌اند.

۱- خطی بودن

بنیادی‌ترین فرض برای تحلیل کوواریانس خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی (کواریت)^۱ است. از مفروضات آزمون کوواریانس این است که باید بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته رابطه خطی باشد. در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های نشانگان ضربه عشق و افکار خودکار منفی به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن‌ها، به عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند.

جدول ۵: مفروضه خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون‌های نشانگان ضربه عشق، انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری با پس‌آزمون‌های آنها

شاخص‌های آماری متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
نشانگان ضربه عشق	۱۱۴/۰۰۶	۱	۱۱۴/۰۰۶	۶/۱۲۸	۰/۰۲۷
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۱۴۳/۸۷۲	۱	۱۴۳/۸۷۲	۲/۳۲۵	۰/۰۰۸
تاب‌آوری	۱۵۲/۳۵۲	۱	۱۵۲/۳۵۲	۲/۳۹۹	۰/۰۰۴

نتایج یافته‌های جدول (۵) نشان دهنده رابطه بین متغیر نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشند ($p < ۰/۰۵$)، از این رو، مفروضه خطی بودن رعایت شده است.

۲- همخطی چندگانه

در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت) تلقی شدند. ضرایب همبستگی بین نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری برابر $r = ۰/۵۴۰$ است و از آنجایی که ضریب همبستگی بین متغیرها کمتر از $۰/۹$ به دست آمد، با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، می‌توان گفت که مفروضه عدم همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها)، رعایت شده است.

۳- همگنی واریانس‌ها

تحلیل کوواریانس دارای این مفروضه است که واریانس درون هر خانه از جدول داده‌ها یکسان باشد. اندازه نامساوی خانه مسئله جدی ایجاد نمی‌کند اما نباید مقدار هر خانه چهار برابر کوچکترین خانه باشد. در این پژوهش قبل از تحلیل

¹. covariate

داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون مساوی بودن واریانس‌های لوین^۱ استفاده شد. جدول (۶)، نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها را در متغیرهای وابسته (نشانگان ضربه عشق و افکار خودکار منفی) در گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج همگنی واریانس‌های لوین در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
نشانگان ضربه عشق	۰/۰۵۸	۱	۲۸	۰/۸۱۱
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۱/۷۲۵	۱	۲۸	۰/۳۲۱
تاب آوری	۱/۹۶۵	۱	۲۸	۰/۷۵۱

نتایج یافته‌های جدول (۶) نشان دهنده همگنی واریانس‌ها می‌باشد که با توجه به نتایج جدول فوق ($p > ۰/۰۵$) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد. بدین معنی که گروه‌های آزمایشی و کنترل قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پس‌آزمون) از نظر واریانس‌ها همگن بودند.

۴- همگنی کوواریانس‌ها

از دیگر مفروضات آزمون کوواریانس، همگنی کوواریانس‌ها می‌باشد. برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها، از آزمون باکس استفاده شد. نتایج را در جدول (۸) مشاهده می‌کنید.

جدول ۷: نتایج همگنی کوواریانس‌های باکس در متغیرهای وابسته پژوهش

مقدار باکس	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
۶/۲۰۶	۱/۸۹۵	۳	۱۴۱۱۲۰/۰۰	۰/۲۶۷

نتایج یافته‌های جدول (۷) نشان دهنده عدم معنی‌داری فرض همگنی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس می‌باشد ($F = ۱/۸۹۵$ ؛ $p = ۰/۲۶۷$ ؛ $\text{Box}'s = ۶/۲۰۶$). در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

۵- همگنی شیب‌های رگرسیون

درحالی‌که این فرض وجود دارد که متغیرها در تحلیل کوواریانس در کل داده‌ها باید خطی بودن را نشان دهند، این فرض نیز باید در نظر گرفته شود که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر رگرسیون ناهمگن باشد آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است. در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها، برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد. برای رعایت

¹. Leven's test of equality of variances

پیش فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای تحقیق از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۸) ارائه شده است. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چندراهه (مانکوا) استفاده شد. آزمون مانکوا جزء آزمون‌های پارامتریک بوده و انجام آن مستلزم داشتن پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه، توزیع نرمال داده‌ها در جامعه و همگنی شیب رگرسیون داده‌ها است.

پژوهش دو گروه در جامعه متغیرهای نمرات واریانس‌های تساوی پیش فرض مورد در لوین آزمون نتایج جدول ۸:

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
نشانگان ضربه عشق	۰/۰۰۵	۱	۸	۰/۸۷۴
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۱/۶۶۲	۱	۸	۰/۷۶۲
تاب‌آوری	۱/۹۶۵	۱	۸	۰/۷۹۸

همان‌گونه که در جدول (۸) مشاهده می‌شود، آزمون لوین در متغیرهای نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری معنادار نیست؛ بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری معنادار نیست، در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود و صفر برای تساوی واریانس‌های نمره دو گروه در کلیه متغیرهای نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره متغیرها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

در این بخش فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد.

فرضیه اصلی: درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری در زنان دچار طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده در شهر اهواز اثربخش است.

جدول ۹: نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلاهی	۰/۹۹۹	۳	۹	۳۶۶۲/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۰۱	۳	۹	۳۶۶۲/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱
آزمون اثر هتلینگ	۱۴۲۵/۵۳۸	۳	۹	۳۶۶۲/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۴۲۵/۵۳۸	۳	۹	۳۶۶۲/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۱

با تأیید شدن پیش‌فرض‌های آزمون مانکوا، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از این آزمون استفاده شد که نتایج آن برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌های گروه آزمایش و گواه در جدول (۹) آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقادیر F همگی معنی‌دار هستند و فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند. به عبارت دیگر، با کنترل پیش‌آزمون و نمرات متغیرهای تحقیق در مرحله پس‌آزمون در آزمون‌های گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری بیشتر از نمرات آزمون‌های گروه گواه شده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب به‌طور معنی‌داری موجب افزایش نمره متغیرهای تحقیق، در مرحله پس‌آزمون در آزمون‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. با توجه به معنی‌داری شدن این مقادیر ($F=3662/429$ و $p<0/001$) در آزمون مانکوا، برای مشخص شدن اینکه از لحاظ کدام عامل در دو گروه تفاوت وجود داشته است، میزان تأثیر برابر با $0/99$ می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

فرضیه فرعی اول: درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر نشانگان ضربه عشق در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده اثربخش است.

۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون نشانگان ضربه عشق گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون جدول

شاخص‌های آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
نشانگان ضربه عشق	۱۲۰/۳۸۷	۲	۶۰/۱۹۳	۶۹/۷۳	۰/۰۰۱

همان‌طوری که در جدول (۱۰) مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نشانگان ضربه عشق ($F=69/73$ و $p<0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب با توجه به میانگین نشانگان ضربه عشق گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش نشانگان ضربه عشق گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/99$ می‌باشد. به عبارت دیگر، ۹۹ درصد نشانگان ضربه عشق مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌باشد. بنابراین فرضیه اول فرعی تأیید می‌گردد.

فرضیه فرعی دوم: درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده اثربخش است.

۱۱: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روانشناختی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل جدول

پیش‌آزمون

شاخص‌های آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۶۴/۸۷۵	۲	۱۹/۱۶۶	۵۰/۱۲	۰/۰۰۱

همان‌طوری که در جدول (۱۱) مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ انعطاف‌پذیری روانشناختی ($p < 0/001$ و $F = 50/12$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب با توجه به میانگین انعطاف‌پذیری روانشناختی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/99$ می‌باشد. به عبارت دیگر، 99 درصد انعطاف‌پذیری روانشناختی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌باشد. بنابراین فرضیه دوم فرعی تأیید می‌گردد.

فرضیه فرعی سوم: درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر تاب‌آوری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده اثربخش است.

۱۲: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون جدول

شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
متغیر	۷۶/۳۶۵	۲	۳۶/۹۵۸	۶۳/۱۲	۰/۰۰۱
تاب‌آوری					

همان‌طوری که در جدول (۱۲) مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تاب‌آوری ($p < 0/001$ و $F = 63/12$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب با توجه به میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/99$ می‌باشد. به عبارت دیگر، 99 درصد تاب‌آوری مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌باشد. بنابراین فرضیه سوم فرعی تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در جدول (۱۰) ملاحظه می‌شود مقدار F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر نشانگان ضربه عشق $69/73$ به دست آمد که در سطح $P < 0/01$ معنی دار است، بنابراین، فرضیه ۱ پژوهش تأیید شد و می‌توان گفت درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در مرحله پس‌آزمون موجب بهبود نشانگان ضربه عشق در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های آریاناکیا و همکاران (۱۴۰۲)، اکبری و همکاران (۱۴۰۰)، رضوانی عبدی آباد و همکاران (۱۴۰۰)، توسلی و همکاران (۱۳۹۷)، زامورا-بونیللا (۲۰۲۳) هماهنگ و همخوان بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت ضربه عشق به احساسات عمیق آسیب‌دیدگی و ناامیدی ناشی از عدم تأمین نیازهای عاطفی و احساسی در روابط عاشقانه و عاطفی اشاره دارد. در زوجین دچار طلاق عاطفی، این ضربه ممکن است شامل احساسات شدید بی‌توجهی، طرد و نارضایتی باشد که منجر به احساسات منفی و اختلال در سلامت روان می‌شود (رضوانی عبدی آباد و همکاران، ۱۴۰۰). نظریه انتخاب به عنوان یک رویکرد درمانی به تأثیرات انتخاب‌های فردی بر

رفتار و احساسات می‌پردازد. این نظریه، که توسط ویلیام گلاسر توسعه یافته است، بر این باور است که رفتارهای انسانی نتیجه انتخاب‌های فردی هستند و هدف اصلی درمان، کمک به افراد در انتخاب رفتارهای سالم‌تر و مؤثرتر است. در این چارچوب، درمان به بررسی نیازهای اساسی مانند عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح پرداخته و تلاش می‌کند تا افراد را قادر سازد تا از طریق انتخاب‌های سازنده‌تر به بهبود کیفیت زندگی خود بپردازند. درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند با ارتقاء توانایی افراد در شناسایی و تأمین نیازهای عاطفی خود و دیگران، به بهبود وضعیت روانی و عاطفی آنها کمک کند. درمان مبتنی بر نظریه انتخاب به افراد کمک می‌کند تا نیازهای اساسی خود و شریک عاطفی‌شان را شناسایی کنند. این شناسایی می‌تواند به افراد کمک کند تا بفهمند چه عواملی موجب ضربه عشق شده و چگونه می‌توانند این نیازها را به طور مؤثرتری برآورده کنند (اکبری و همکاران، ۱۴۰۰). درمان بر تغییر رفتارها و انتخاب‌های فردی تمرکز دارد. زوجین می‌توانند با یادگیری انتخاب‌های مؤثرتر و مثبت‌تر در تعاملات عاطفی خود، به کاهش ضربه عشق و بهبود کیفیت رابطه بپردازند. درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند به بهبود ارتباطات بین زوجین کمک کند. با تمرکز بر نیازهای عاطفی و یادگیری روش‌های مؤثر برای بیان احساسات و نیازها، زوجین قادر خواهند بود تا به تعاملات مثبت‌تری دست یابند و ضربه عشق را کاهش دهند. یکی از اصول کلیدی نظریه انتخاب، تقویت مسئولیت‌پذیری فردی است. با ارتقاء احساس مسئولیت در انتخاب‌های فردی و تعاملات عاطفی، زوجین می‌توانند به تغییرات مثبت در رابطه خود دست یابند و بهبود شرایط عاطفی را تجربه کنند (توسلی و همکاران، ۱۳۹۷). به طور خلاصه، تبیین این فرضیه می‌تواند به درک بهتر از نحوه تأثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر ضربه عشق و بهبود روابط عاطفی کمک کند و به توسعه روش‌های درمانی مؤثر برای زوجین دچار طلاق عاطفی منجر شود.

همان‌طور که در جدول (۱۱) ملاحظه شد مقدار F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی $50/12$ به دست آمد که در سطح $P < 0/01$ معنی دار است، بنابراین، فرضیه ۲ پژوهش تأیید شد و می‌توان گفت درمان مبتنی بر نظریه انتخاب موجب بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های نعمتی نیا و همکاران (۱۴۰۱)، شجاع رضوی و همکاران (۱۴۰۰)، نادری (۱۳۹۷)، کلیک و ارتوک (۲۰۲۳)، گروس (۲۰۲۱)، وین و همکاران (۲۰۲۰)، لینر و همکاران (۲۰۲۰)، هالیک و همکاران (۲۰۲۰) هماهنگ و همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، انعطاف‌پذیری یعنی آگاه بودن از تجربیات درونی همچون افکار و احساسات در زمان حال، بدون نیاز به اجتناب یا فرار از آن‌ها و تغییر یا ادامه‌ی رفتار مطابق با موقعیت به گونه‌ای که در راستای دنبال کردن ارزش‌های فرد باشد. در درمان مبتنی بر نظریه انتخاب، عقیده بر آن است که آنچه باعث تداوم رنج‌های انسانی می‌شود، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی می‌باشد. زمانی که این دو فرآیند بر تجربیات فرد غالب باشد، ایجاد انعطاف ناپذیری روانشناختی می‌کنند و هر عامل یا فرآیندی که آن را به تعویق بیندازد، سبب رنج و آسیب فرد می‌شود انعطاف ناپذیری روانشناختی فرد با بافت یک موقعیت و انتخاب رفتار منطبق با ارزش‌های خود مشکل دارد و بخاطر کنترل یا حذف تجربیات ناراحت‌کننده، درگیر رفتارها و احساسات آسیب‌زا می‌گردند. در واقع، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب

با تقویت ذهن آگاهی، سبب افزایش انعطاف پذیری می‌گردد. این درمان مراجعان را تشویق می‌کند تا افکار و دیگر تجارب درونی را تنها رویدادهای ذهنی بدانند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. مراجعان یاد می‌گیرند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. همین تغییر در دیدگاه سبب بالا بردن سطح انعطاف پذیری می‌گردد.

همان‌طوری که در جدول (۱۲) مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تاب‌آوری ($p < 0.001$ و $F = 63/12$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب با توجه به میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۹ می‌باشد. به عبارت دیگر، ۹۹ درصد تاب‌آوری مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌باشد. بنابراین فرضیه سوم فرعی تأیید می‌گردد.

طبق نتایج بدست آمده از این پژوهش: می‌توان گفت درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر تاب‌آوری زنان مؤثر بود. بدین معنی که گروه آزمایش که تحت مداخله درمان مبتنی بر نظریه انتخاب قرار گرفته بودند افزایش معنا داری در تاب‌آوری در مرحله ی پس‌آزمون نشان دادند به گونه ای که در موفقیت‌های متغیر زندگی و ناملایمات و تنش‌ها، از لحاظ سازگاری ایجاد روابط سازنده و صمیمی و برد کردن جنبه‌های خنده دار آن موقعیتها توانمند شد بودند و معتقد بودند که می‌توانند علی‌رغم وجود بحران‌ها و موانع باید بیشترین تلاش خود را در جهت رسیدن به اهداف خود بکار گیرند و تمرکز خود را از دست ندهند تا بتوانند به ایده آل‌های ذهن خود دست یابند آزمون فرضیه فوق و پیشینه‌ی مطالعاتی داخلی و خارجی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد. اثر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و استفاده از تکنیک‌های درمانی آن از جمله ماتریکس درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و تکنیک‌های گسلسی و تجربیاتی که با حواس پنجگانه می‌توانند مشکلات و راه حل‌های مثبت اجرایی را با آن‌ها تداعی کنند و بعد به مرحله ی اجرا و عمل بگذارند تمام اینها در درمان، اثر بخشی این درمان در میزان تاب‌آوری پرسنل بوده است. حرفه‌های بیمارستانی به دلایل مختلفی چالش برانگیز و تنش‌زا هستند. آشفتگی اخلاقی، تاب‌آوری و فرسودگی‌شغلی از مفاهیم مرتبط با شغل در حوزه‌های بیمارستان و درمان است که بر کیفیت زندگی خود آنها و ارائه خدمات بهتر بیماران تأثیر می‌گذارد. شیوه‌ی اصلی درمان درمان مبتنی بر نظریه انتخاب مواجهه سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آنها اجتناب شده است. و بر خلاف سایر درمانها که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارد، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار هیجانات و حواس بدنی) به نفع درگیری در فعالیت‌های معنی‌داری که تغییر مستقیم آنها امکان‌پذیر نیست را در مرکز توجه قرار می‌دهد. هر چند که این کار، درد و استرس زیادی فرا می‌خواند. هدف درمان درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بهبود کارکرد و تاب‌آوری افراد در مقابل چالش‌های زندگی و چالش‌های کاری از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی است. بسیاری از درمانها به درمانجویان کمک می‌کنند تا احساس بهتر را داشته باشند. این درمانها قصد دارند تا در پایان دوره درمان، درمانجو علائم کمتر داشته باشد. اما درمان مبتنی بر نظریه انتخاب با توجه به نتایج این پژوهش تلاش کرد که مراجعان را در جهت داشتن زندگی بهتری هدایت

کند. اگر احساس درد ارتباط و زندگی پویا را ارتقاء ببخشد درمان درمان مبتنی بر نظریه انتخاب تلاش می‌کند مهارت‌های بیشتر و لازم برای تاب‌آوری را ایجاد کند. لذا قابل ذکر است در نمرات تاب‌آوری گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای آموزش بر آنان اجرا نشده بود هیچ گونه تغییری مشاهده نشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان پیشنهادهای زیر را ارائه نمود:

۱- پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج موفقیت آمیز پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر روی مردان دچار طلاق عاطفی هم اجرا گردد و نتایج با یافته‌های حاضر مقایسه گردد.

۲- بروشورهایی در جهت آشنایی با درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در بین زوجین دچار طلاق عاطفی و درمانگران تهیه و توزیع گردد.

۳- آموزش درمانگران در مورد روش‌های مؤثر مبتنی بر نظریه انتخاب و تکنیک‌های خاص برای کاهش ضربه عشق و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری می‌تواند به بهبود نتایج درمانی کمک کند. دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های عملی می‌تواند به این هدف کمک کند.

۴- با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمانگران و متخصصان زوج درمان‌گر می‌توانند از روش درمان مبتنی بر نظریه انتخاب برای مداخله‌های مرتبط با زوج درمانی به ویژه برای بهبود نشانگان ضربه عشق و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری استفاده نمایند.

منابع

- iana Kia, Elmira; Rahimi, Genghis; Mohammadi, Nurullah and Aflak Sir, Abdulaziz (2023). Effectiveness of the Department of therapy on the symptoms of anxiety, depression, and the love of students with adaptation disorder caused by emotional failure. *Psychology Growth*, 10 (8), 174-161.
- bari, Masoumeh; Astronom -friendly, Siavash; Rahimian, Isaac and Amin Bidakhti, Ali Akbar (2021). The effectiveness of the integrated intervention of emotional failure on improving the impact of love impact, academic resilience, academic well-being, and their differentiation in students with emotional failure. *Journal of Educational Psychology Studies*, 18 (44), 104-102.
- niri, Zahra and Sahib, Khadijeh (2019). *Emotional Divorce: Examination of causes, consequences and strategies*. Publisher: Forty.
- nirian, Farzaneh (2018). *Emotional Divorce*. Publisher: Public Culture.
- zzina, K, & Camilleri, M.(2022). Intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in engaging in and responding to extramarital involvement. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 12:101– 30.

- nger, A. M., Van der Does, W., Thayer, J. F., Brosschot, J. F., & Verkuil, B. (2019). Transcutaneous vagus nerve stimulation reduces spontaneous but not induced negative thought intrusions in high worriers. *Biological Psychology*, 142, 80-89.
- hghani, Taherah and Nick Najadi, Farzaneh (2022). The Effectiveness of Online Group Education on Resilience on Milk, Forgiveness, Hope and Cognitive Flexibility in Women with Marital Betrayal Experience. *Psychology Growth*, 1 (1): 1-160.
- orak, A., Landeck, L., Dyer, W., & Spiegel, D. (2022). Dialectical Behavior Therapy Skills Training With Music Therapy Interventions for Adults With Serious Mental Illness: A Quasi-Experimental Nonequivalent Control-Group Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 59(3), 205-238.
- rdner, B. (2020). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health psychology review*, 9(3), 277-295.
- olipour Firouzjai, Mary; Freddie, Farideh and Jahangir, Panthea (2023). Comparison of the effectiveness of reality therapy therapy and meaningfulness on forgiveness and marital confidence in women affected by marital betrayal. *Journal of Psychological Sciences*, 22 (124), 808-791.
- lland, C., & Walker, M. (2018). Choice Theory and Interfaith Dialogue: Building Relationships between Faiths and Embracing Diversity. *International Journal of Choice Theory & Reality Therapy*, 37(2), 17-23.
- nter, J. B., Proulx, C. M., & Monk, J. K. (2019). Accounting for divorce in marital research: An application to growth mixture modeling. *Journal of Marriage and Family*, 81(2), 520-530.
- e, J. (2004). The power of negative thinking. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 6(5), 359-361.
- ngstad, M. (2022). At Home with the Mavericks: Student and Teacher Perspectives of the Transformative Potential of Glasser's Choice Theory at an Alternative Secondary School. *Journal of Transformative Education*, 15413446221130363
- lherbe, N. (2021). Considering love: Implications for critical political psychology. *New Ideas in Psychology*, 61.
- atts, F., Schrod, D., & Braithwaite, C. L. (2023). Marital problems and marital satisfaction among Brazilian couples. *The American Journal of Family Therapy*, 42(2), 153-166.
- ller, N. P., & Vossler, A. (2023). Defining infidelity in research and couple counseling: A qualitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(5), 487-497.
- insch, C. L. (2015). Her support, his support: Money, masculinity, and marital infidelity. *American Sociological Review*, 80(3), 469-495.
- llazadeh, Javad. (2013). Investigating the relationship between marital burnout and general health and intimacy of Tehran couples. The dissertation of the PhD in Educational Psychology of Tarbiat Modarres University of Tehran.
- aderi, Farah (1397). Application of choice theory on negative self -thoughts, deliberate damage and quality of life of people with depression. *Psychological achievements*, 3 (2).
- matinia, Marzieh (2022). Investigating the Effectiveness of the Therapy Based on the Theory of Selection on Resilience and Self -negative Thoughts First Women First Family Families in Saravan. *Family and Health Quarterly*, Course: 12, Number: 3.

- zvani Abdul Abad, Fahimeh and Tavakoli, Vahid (2021). The Effectiveness of Glasser Reality Therapy Training on the Disagreement and Marriage of Couples Referred to Counseling Centers. *Society Health*, 15 (2), 28-21.
- oja Razavi, Parisa Sadat; Askari Zadeh, Qasim and Bagheri, Massoud (1). The Effectiveness of Reality Therapy Based on the Theory of Selection on General Health and Automatic Thoughts of Divorce Women. *Nursing Psychology*, 1 (1): 1-4.
- vassoli, Zahra; Agham Mohammadian Sharbaf, Hamid Reza; Sepehri Shamloo, Zohreh and Shabsavari, Majid. (2017). The Effectiveness of Group Reality Therapy on the Syndroms of Love and the Overall Performance of Emotional Failed People. *Journal of Applied Psychology*, 12 (1), 102-83.
- abb, C. A., Tierney, A. O., Brown, H. A., Forbes, E. E., Pizzagalli, D. A., & Ren, B. (2022). Spontaneous thought characteristics are differentially related to heightened negative affect versus blunted positive affect in adolescents: An experience sampling study. *JCPP Advances*, 2(4), e12110.
- mora-Bonilla, J. (2023). Public Choice versus Social Choice as Theories of Collective Action. *The Oxford Handbook of Philosophy of Political Science*, 141.
- wadzki, M. J., Graham, J. E., & Gerin, W. (2013). Rumination and anxiety mediate the effect of loneliness on depressed mood and sleep quality in college students. *Health Psychology*, 32(2), 212.

