

• اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری

بتول زارع، سیده زهرا عمادی، زهرا نقش..... ۳۴۳

• تأثیر مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودانتقادی و شفقت خود دختران نوجوان با سابقه خودزنی

مریم امیری نیا، مهدی ایمانی، محمدعلی گودرزی..... ۳۵۴

• ساخت و هنجاریابی آزمون رایانه‌ای حافظه کاری کودکان

علی‌اکبر شریفی، حسین زارع..... ۳۶۵

• مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی

هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، ماهک نقی‌زاده علمداری..... ۳۷۵

• نقش واسطه‌ای لذت تحصیلی در رابطه میان ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان

مهدی صدری، هادی صمدیه، سمانه دیلمی..... ۳۸۵

• اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درآزادگان مبتلا به

اختلال استرس پس از ضربه

جعفر میرزایی، محمد حاتمی، جعفر حسنی..... ۳۹۵

• مقایسه رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان با و بدون

سابقه طلاق والدین

سارا نادری، مسعود غلامعلی لواسانی، سوگند قاسم‌زاده..... ۴۰۶

• ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون بندرگشتالت در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی

مهدی عرب‌زاده، علیرضا جوشنی..... ۴۱۶

• ویژگی‌های روان‌سنجی سطح درونی پرسشنامه تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی بنجامین (خود-پنداره)

سارا میرزائی فیض‌آبادی، حبیب‌هادیان فرد، سیدمحمدرضا تقوی، مهدی رضا سرفراز..... ۴۲۷

• بررسی فرسودگی شغلی در پزشکان بیمارستان امام حسین (ع) در دوران پاندمی کووید ۱۹

رزینا داوری آشتیانی، شقایق کامیان، مژگان خادمی..... ۴۴۱

• مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و رویکرد پذیرش و تعهد بر تربیت شهروندی در بین کارمندان

یونس قیصی‌زاده، علی پولادی ریشهری، دکتر مولود کیخسروانی، دکتر ناصر امینی..... ۴۵۱

• هیجان‌های معرفتی در طی فعالیت‌های حل مسأله ریاضی در میان کودکان با ناتوانی یادگیری در ریاضی

آزاده پوررزاق، حمیدرضا حسن‌آبادی، مهدی عرب‌زاده..... ۴۶۰

درجه «علمی-پژوهشی» در جلسه مورخ ۱۳۷۸/۱۱/۴ کمیسیون «بررسی نشریات علمی کشور» به «مجله روانشناسی» اعطا گردید. این درجه در تاریخ‌های ۱۳۸۳/۱۰/۱۲، ۱۳۸۹/۲/۱۲ و ۱۳۹۱/۱۰/۲۶ تمدید گردید. همینطور از سوی شورای راهبردی پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۲/۱۸ این شورا، «مجله روانشناسی» به عنوان نشریه نمایه شده ISC و ایران ژورنال مورد تأیید قرار گرفت و دارای «ضریب تأثیر» (IF) است. این مجله همچنین ایندکس APA بر اساس نامه مورخ ۳۱ آگوست ۲۰۰۹ دارد.

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری

Effectiveness of Mindfulness Training on Self-Compassion and Vitality of Mothers with Children with Learning Disabilities

Batool Zare MSc

Seyedeh Zahra Emadi PhD ✉

Zahra Naghsh PhD

بتول زارع^۱
سیده زهرا عمادی^۲
زهرا نقش^۳

Abstract

The aim of the present research was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on self-compassion and well-being in mothers of children with learning disabilities. This study, based on an applied objective, used a quasi-experimental design with pre-test and post-test measurements in a control group. The research population consisted of mothers of children with learning disabilities in Tehran during the first six months of 2021. The research sample included 30 of these mothers, who were selected purposefully and randomly assigned to the experimental and control groups (15 in each group). The groups were assessed using the Self-Compassion Scale by Neff (2003) and the Mental Well-being Questionnaire by Ryan and Frederick (1997). After 10 sessions of 90-minute mindfulness-based cognitive therapy for the experimental group, the participants completed the research questionnaires again. The findings showed that mindfulness-based cognitive therapy significantly increased self-compassion and well-being in the experimental group ($p < 0.001$). Therefore, it can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy can be used to enhance the self-compassion and well-being of mothers of children with learning disabilities.

Keywords: Self- Compassion, Vitality, Mindfulness-based Cognitive Therapy

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری بود. این پژوهش بر اساس هدف از نوع کاربردی با طرح نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، مادران دارای کودک با اختلال یادگیری شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این مادران بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌ها با مقیاس شفقت خود نف (۲۰۰۳) و پرسشنامه سرزندگی ذهنی ریان و فردریک (۱۹۹۷) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش، مجدداً شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. یافته‌های به‌دست آمده نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معناداری باعث افزایش شفقت خود و سرزندگی در گروه آزمایش شده است. لذا می‌توان گفت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند جهت افزایش شفقت خود و سرزندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: شفقت خود، سرزندگی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۹/۱۵ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۲/۲۴

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

● مقدمه

یادگیری را می‌توان بنیادی‌ترین فرآیندی دانست که در نتیجه آن، موجودی ناتوان و ناقص طی زمان و در تعامل و رشد جسمی به فردی رشد یافته تبدیل می‌شود که توانایی‌های شناختی و قدرت اندیشه او محدودیتی را نمی‌شناسد. اما برخی افراد در روند عادی یادگیری و آموزش ممکن است دچار نقص شوند (اعظمی و همکاران، ۱۴۰۲). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا تهیه شده است، اختلال یادگیری خاص (specific learning disorder) نوعی از اختلال عصبی-رشدی است که معمولاً در کودکان ابتدایی در سن مدرسه تشخیص داده می‌شوند، اگرچه ممکن است تا بزرگسالی تشخیص داده نشوند. علائم آن نارسایی مداومت به مدت حداقل ۶ ماه و حداقل در یکی از سه حوزه اصلی خواندن، نوشتن و ریاضی است (بناسی و همکاران، ۲۰۲۲؛ افتخاری و همکاران، ۱۴۰۲). زمانی می‌توان کودک را دچار اختلال یادگیری در نظر گرفت که از نظر آموزشی به‌طور تقریبی تفاوت معناداری بین ظرفیت هوشی و عملکرد واقعی در مدرسه وجود داشته باشد (مکتامت و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس آخرین گزارش انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳، ۵ تا ۱۵ درصد کودکان در سنین مدرسه با اختلال‌های یادگیری دست و پنجه نرم می‌کنند که شیوع آن در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف ۴/۵۸ درصد بوده است (بناسی و همکاران، ۲۰۲۲). در ایران نیز شیوع اختلال یادگیری خاص در پسران ۱۳ تا ۱۷ درصد و در دختران ۱۰ تا ۱۲ درصد در میان دانش‌آموزان کشور به‌دست آمده است (عباسی و غیرتی، ۱۴۰۱). بنابراین اختلال‌های یادگیری یکی از معضلات جدی آموزشی در عصر مدرن محسوب می‌شود که تبعات فردی و اجتماعی زیادی در پی دارد و بر موفقیت، افت تحصیلی، ادامه تحصیل، بهداشت روانی و آینده شغلی دانش‌آموزان تأثیر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ نظری و همکاران، ۱۳۹۱).

این گروه از افراد گاهی علاوه بر مشکلات یادگیری، ممکن است در حوزه‌های مختلف روان‌شناختی و بهداشت روانی، دچار مشکلاتی شوند، به طوری که کودکان و نوجوانانی که دارای این اختلال هستند در مشکلات روانی بسیار آسیب‌پذیرتر بوده (فیلیو و همکاران، ۲۰۲۰) و از مشکلات عاطفی و کنشی بیشتری رنج می‌برند (اپرتو و همکاران، ۲۰۲۰). این موضوع، آرزوها و امیدهای والدین را به یأس مبدل کرده است و کارکردهای روان‌شناختی خانواده را به هم می‌ریزد. باعث اختلال در کیفیت زندگی مرتبط با بهزیستی روانی کودکان می‌شود و به‌طور بالقوه بر کیفیت زندگی و رفاه والدین تأثیر منفی خواهد گذاشت (ماتنوجی و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در پژوهشی نشان داده شد که مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، فشار روانی زیادی از بابت کودکان خود دارند (اعظمی و همکاران، ۱۴۰۲). علاوه بر این، مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری در مقایسه با مادران دارای فرزند با رشد طبیعی، استرس و آسیب روانی بیشتری را تحمل می‌کنند (سابو و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین یکی از ویژگی‌هایی که به مادران در مهار استرس کمک می‌کند، شفقت خود (self-compassion) است که اغلب می‌تواند افراد را از عواقب رویدادهای منفی محافظت کند. شفقت خود یکی از مفاهیم مهم روان‌شناختی است که از عزت نفس مثبت سرچشمه می‌گیرد و به‌عنوان عامل ارتقای سلامت روانی تلقی می‌شود. در واقع این مفهوم پیش‌بینی‌کننده‌ای قدرتمند، برای واکنش‌های هیجانی و شناختی نسبت به رویدادهای منفی زندگی روزمره است (بدخشان و همکاران، ۱۴۰۱).

شفقت خود، یکی از اصلی‌ترین مفاهیم بوداییسم است که در مکاتب روان‌شناسی غربی کمتر مورد توجه قرار گرفته است ولی در پژوهش‌های مرتبط با نگرش به خود، بیشتر مشاهده می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۵). در غرب "دلسوزی" به معنای نشان دادن شفقت به دیگران است، اما در روان‌شناسی بودا، دلسوزی و مهربانی به خود به همان اندازه دلسوزی به دیگران اهمیت دارد. بر این اساس اگر یک فرد دلسوز و مهربان نسبت به احساسات دیگران باز بوده، تلاش خود را برای کاهش دردهای آنها می‌کند، درکی بدون قضاوت از آنان داشته و تمام افراد بشر را جایز‌الخطا می‌پندارد. یک شخص خودشفقت‌ورز نیز احساس مشابهی از مراقبت، مهربانی و درک بدون قضاوت از خود داشته و تجربه خود را به‌عنوان بخشی از تجربه همگانی بشر می‌پذیرد (مهبود و خرمایی، ۱۳۹۷). شفقت خود سه مؤلفه به هم وابسته به نام‌های مهربانی نسبت به خود (self-kindness) در مقابل قضاوت خود، حس تجربه مشترک انسانی در مقابل انزوا (isolation) و بهوشیاری (mindfulness) در مقابل بیش‌هماندسازی (over-identification) دارد که تعیین‌کننده واکنش‌های مشفقانه نسبت به خود در مواجهه با تجارب و رویدادهای منفی هستند (نف، ۲۰۰۳). مهربانی نسبت به خود، بیانگر رفتاری حاکی از فهم نسبت به خود در مواجهه با رنج است. تجربه مشترک انسانی، بیان‌کننده ادراک و طبقه‌بندی تجربیات فرد به‌عنوان بخشی از تجارب مشترک انسانی است و این‌گونه نیست که تجارب فرد جدا از دیگران

باشد. بهوشباری به آگاهی متوازن از احساسات و افکار منفی (و نه بیش همانندسازی با آنها) اشاره دارد. به نظر می‌رسد، مؤلفه‌های منفرد یادشده بر یکدیگر اثر می‌گذارند و چهارچوب ذهنی مشفقانه نسبت به خود را پدید می‌آورند (بدخشان و همکاران، ۱۴۰۱).

شفقت خود به‌عنوان توانایی مقابله با درد و رنج به فرد کمک می‌کند تا مشکل فرد حل شود و در برابر مشکلات روان‌شناختی نسبت به خود دلسوز باشد. شفقت، یعنی توجه به درد و رنج خود و دیگران است. شفقت حساسیت به تجربه درد و رنج را شامل می‌شود و با تمایل قوی تسکین آن همراه است. این نکته به این معنا است که برای تجربه شفقت، نخست باید وجود درد را تصدیق کند. شفقت خود صرفاً شفقتی است که متوجه درون فرد می‌شود. فرد زمانی که با تجربه رنج مواجه می‌شود با خودش به‌عنوان ابژه مراقبت و نگرانی رفتار می‌کند (فروغی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، هرچه افراد شفقت خود کمتری داشته باشند، کمتر قادر خواهند بود که اتفاقات غیرقابل پیش‌بینی را تحمل کنند (سالارحاجی و همکاران، ۱۴۰۰). برعکس، شفقت خود بالا حتی می‌تواند به تحمل دردهای مزمن هم کمک کند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین شفقت خود موجب افزایش کنجکاوی و گشودگی به وقایع زندگی شده و این گشودگی و کنجکاوی موجب افزایش پذیرش و تحمل نسبت به موقعیت‌های مبهم می‌شود (سالارحاجی و همکاران، ۱۴۰۰). لذا فردی که شفقت به خود دارد، خودانتقادی و انزوای کمتری را تجربه می‌کند و در موقعیت‌های دشوار کمتر تحت تأثیر اثرات منفی آن موقعیت قرار می‌گیرد (نف، ۲۰۱۶). شواهد نشان می‌دهد که شفقت خود با سلامت روانی همبستگی مثبت دارد (زسین و همکاران، ۲۰۱۵؛ بارنارد و کوری، ۲۰۱۲) و با آسیب روانی رابطه منفی دارد (مارش و همکاران، ۲۰۱۸).

سرزندگی (vitality)، یکی از سازه‌های مثبت روان‌شناسی است و به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی در بسیاری از نظام‌های پژوهشی مطرح است (پورعبدل، صبحی قراملکی و عباسی، ۱۳۹۴). سرزندگی جنبه پویایی از سلامتی است که با تجربه ذهنی انرژی و حیات مشخص می‌شود. سرزندگی به‌عنوان شاخصی از سلامت با هر دو عامل روان‌شناختی و جسمی ارتباط دارد و بعد شناختی بهزیستی را تشکیل می‌دهد (نامداری و همکاران، ۱۳۸۹). به‌عبارت دیگر، سرزندگی ذهنی احساس داشتن انرژی و حس زندگی است که با تحریک بیرونی اتفاق نیفتاده، بلکه کاملاً درونی است و هنگام سرزندگی، افراد حس اشتیاق، زنده بودن و انرژی درونی را تجربه می‌کنند (پورعبدل و همکاران، ۱۳۹۴). داشتن سرزندگی بالا نشان‌دهنده عملکرد کامل و خودشکوفایی است (شادکام و همکاران، ۱۴۰۰). در حقیقت، وقتی فردی کاری را به‌طور خودجوش انجام می‌دهد نه تنها احساس خستگی و ناامیدی به او دست نمی‌دهد، بلکه احساس می‌کند انرژی و نیروی او افزایش یافته است (شفیعی و روانان، ۱۳۹۹). به‌طور کلی، حس درونی سرزندگی، شاخص معناداری برای سلامت ذهنی است.

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای مشکلات روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و خانوادگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری به‌کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی این افراد می‌تواند به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (cognitive therapy based on mindfulness) اشاره کرد که نقش مهمی در سلامت روانی افراد ایفا می‌کند و منجر به بهزیستی (wellbeing) همه‌جانبه در افراد می‌شود؛ لذا لزوم آن برای بهبود زندگی احساس می‌شود (برغون و همکاران، ۱۳۹۹). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness) نوعی مداخله هستند که در آن به جای این که فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن را به چالش بکشد، در ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را در خود ایجاد می‌کند، این امر منجر می‌شود که فرد نسبت به احساسات، هیجانات و افکار خودش، آگاهی بیشتری به‌دست آورد. ویژگی‌هایی مثل کمک به رشد مهارت‌های فراشناختی، افزایش کنترل و انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی و رفتاری و همچنین ارائه طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت اجرایی (سیگل، ۲۰۱۰)، الگوی ذهن‌آگاهی را در مقایسه با سایر مداخلات شناختی متمایز ساخته است (کرین، ۲۰۱۷). آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکنیک‌های مراقبه مانند تکنیک بررسی بدن برای افزایش درک و آگاهی از نحوه افکار متکی است. این تکنیک برای درک احساسات ارادی بدن مانند غذا خوردن، حرکت و احساسات غیرارادی بدن مانند تنفس؛ برنامه‌ریزی شده است، به طوری که از طریق استفاده از آن می‌توان پاسخ‌های غیرارادی مانند تنش‌ها را کنترل کرد (والکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، محبوب‌ترین روش ذهن‌آگاهی است که توسط کابات-زین بر اساس مکتب درمان شناختی یک توسعه یافته است (بارنهوفر، ۲۰۱۹). مهم‌ترین هدف این درمان، به‌کارگیری و سازماندهی یک دیدگاه یا رابطه تغییریافته با افکار، احساس و هیجان‌های افراد است که دربرگیرنده ایجاد توجه کامل در لحظه و همچنین وجود دیدگاه همسو با پذیرش و جدا از قضاوت است (کوکاوسکی و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های پیشین نشان‌دهنده آن است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای شناختی، روان‌شناختی، هیجانی،

عاطفی و اجتماعی تأثیرگذار است. همان‌طور که نتایج تحقیقات شالیکاری و همکاران (۱۴۰۰)؛ آجدانی و همکاران، (۱۴۰۰)؛ ساکنی و همکاران (۱۳۹۸)؛ نصیری کالمرزی و همکاران (۱۳۹۷)، بلاث و آیزنلوهرمول (۲۰۱۷)؛ گالا (۲۰۱۶) و بلاث و همکاران (۲۰۱۶)، نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی و درمان‌های مبتنی بر آن می‌تواند کیفیت زندگی، سازگاری اجتماعی، شفقت به خود، سرمایه روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان، افسردگی و علائم فیزیولوژیکی بیماری‌های مزمن جسمی را بهبود بخشد. از آنجایی که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ابعاد جسمی و روانی سروکار دارند، در برخی از اختلال‌های بالینی و بیماری‌های جسمی کارایی بالایی دارند (مارتین و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین یافته پژوهش محمدلو و همکاران (۱۴۰۲)، نشان می‌دهد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص، اثر مثبت داشته است. بنابراین ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک حالت روان‌شناختی با ارتقا سلامت روانی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مرتبط است (پسندیده و ابوالمعالی، ۱۳۹۵).

به‌طور کلی با توجه به اینکه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی امروزه محور توجه بسیاری از پژوهشگران است؛ آموزش ذهن‌آگاهی به مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال‌های یادگیری، می‌تواند اثرات سودمندی بر شفقت خود و سرزندگی آن‌ها داشته باشد. بنابراین افراد بر افکار منفی خود مانند خودانتقادی، نشخوار فکری، ترس و نگرانی پی برده و با شفقت خود، از بروز واکنش‌های مخربی جلوگیری می‌کنند (کابات-زین، ۲۰۰۳). در مورد تأثیر ذهن‌آگاهی بر سرزندگی می‌توان به پژوهش‌هایی از قبیل الهی و همکاران، (۱۳۹۸) و تاج‌الدینی و همکاران، (۱۳۹۷) اشاره کرد که همگی تأثیر ذهن‌آگاهی بر افزایش سرزندگی و خودتنظیمی تحصیلی را تأیید کرده‌اند. وو و بوچانان (۲۰۱۹)، لیلند، رز و امرسون (۲۰۱۹)، پری-پاریش و همکاران (۲۰۱۶) و مبارکی، عزت‌پور و احمدیان (۱۳۹۷)، نیز اثربخشی آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر سرزندگی مؤثر گزارش کرده‌اند. بنابراین با توجه به شرایط استرس‌زایی که والدین دارای کودک با اختلال یادگیری تجربه می‌کنند و اهمیت شفقت خود و سرزندگی در این مادران، به‌نظر می‌رسد آموزش ذهن‌آگاهی بتواند منجر به افزایش این سازه‌های مهم شود؛ لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری است.

• روش

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت به خود و سرزندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری بررسی شد. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودک با اختلال یادگیری شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بر این اساس از بین مدارس ابتدایی شهر تهران سه مدرسه انتخاب شد. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال یادگیری که داوطلب حضور در پژوهش بودند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و به‌طور تصادفی انتخاب شدند و سپس این ۳۰ مادر به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. در گام بعد مادران حاضر در گروه آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در طی دو ماه دریافت نمودند، در حالی که گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن فرزند دارای اختلال یادگیری، حداقل سواد سیکل، نداشتن مشکل جسمانی مزمن، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی هم‌زمان و تمایل به شرکت در پژوهش به‌شکل داوطلبانه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، انجام ندادن تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش‌بینی نشده و انصراف از ادامه حضور در پژوهش بود. پس از پایان دوره مداخله، مجدداً هر دو گروه پرسشنامه‌های مذکور را پاسخ دادند و نتایج دو گروه با روش آماری تحلیل واریانس تک‌متغیره مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. همچنین ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد، به‌گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه‌ماندن و استفاده صرفاً پژوهشی از اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل در محیطی آرام و بدون تیندگی، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

• ابزارها

الف) مقیاس شفقت خود (self-compassion scale- SCS): مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۰۳) دارای ۲۶ ماده با ۶ خرده‌مقیاس شامل مهربانی با خود، قضاوت و داوری نسبت به خود، انسانیت مشترک، انزوا، بهشیاری و همانندسازی افراطی را در یک طیف مدرج

۵ نمره‌ای لیکرت از نمره صفر (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌سنجد (خسروی و همکاران، ۱۳۹۲). ضریب همبستگی عامل‌های ۶ گانه این مقیاس و شفقت خود (کل مقیاس) در سطح ۰/۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (نف، ۲۰۰۳). فرم فارسی مقیاس، همانند فرم کوتاه لاتین دارای ۲۶ ماده است که در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. به علاوه، این مقیاس دارای ۶ زیرمقیاس (مهربانی نسبت به خود، قضاوت خود، به‌شیاری، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی و انزوا) است و مجموع نمره در ۶ مقیاس، میزان کلی شفقت به خود را نشان می‌دهد (بدخشان و همکاران، ۱۴۰۱). خسروی و همکاران (۱۳۹۲)، ماتریس همبستگی عامل‌های شفقت خود را گزارش داده و نتیجه گرفته‌اند که همبستگی بین عوامل ۶ گانه در مقایسه با همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل شفقت خود، کمتر است. آنها همچنین، به‌منظور مطالعه اعتبار مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده و برای مقیاس شفقت خود، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند که این میزان گویای همسانی درونی مطلوب ماده‌های مقیاس است. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به‌دست آمد.

ب) پرسشنامه سرزندگی ذهنی (subjective vitality questionnaire- SVQ): پرسشنامه سرزندگی ذهنی توسط ریان و فردریک (۱۹۹۷) ساخته شد و دارای ۷ ماده است که بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) آزمودنی، عددی را که گویای میزان درستی ماده مورد نظر است؛ مشخص می‌کند. این پرسشنامه به صورت تک مؤلفه‌ای است. حداقل امتیاز ممکن ۷ و حداکثر ۴۹ بود. در پژوهشی به‌منظور سنجش اعتبار این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که طبق نتایج، پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده و اعتبار ۰/۸۵ را گزارش کردند (باقری و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر نیز اعتبار این پرسشنامه ۰/۸۴ به‌دست آمده است.

شرح جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این روش مداخله یکی از روش‌های درمانی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی ارائه شده به مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری است (کائو و همکاران، ۲۰۲۱). در ادامه شرح مختصری از مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است. گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (کائو و همکاران، ۲۰۲۱)

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی با افراد، جلب مشارکت والدین و انجام تمرین‌های مقدماتی	آموزش ذهن‌آگاهی را معرفی کنید و آن را تعریف کنید و توضیح دهید که چرا شرکت‌کنندگان این دوره را می‌گذرانند، نحوه برنامه‌ریزی تمرینات ذهن‌آگاهی را توضیح دهید و این تمرینات را در زندگی روزمره، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه در مورد آموزش ذهن‌آگاهی بگنجانید. آگاهی، آموزش و تمرین تمرینات مراقبه ذهن‌آگاهی (نشستن روی صندلی، دراز کشیدن، چهار دست و پا نشستن، وضعیت کامل نیلوفر آبی، وضعیت ایستاده) و تکالیف درسی.
جلسه دوم	کسب آگاهی نسبت به تنفس آگاهانه	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرکز حواس، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در مقابل ذهن آرام با کمک بطری تاج، ارائه تکالیف.
جلسه سوم	آموزش اسکن بدن	در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن‌آگاهی و تکرار تنفس آگاهانه و آموزش اسکن بدن، ارائه تکالیف صحبت کنید.
جلسه چهارم	کسب آگاهی نسبت به زمان حال	تکرار تمرینات تنفسی اولیه و آموزش آگاهی از زمان حال با کمک تمرینات لیوان آب، انجام حرکات هوشیارانه، ارائه تکالیف.
جلسه پنجم	کسب آگاهی نسبت به اعمال پنج حس اصلی بدن	صحبت کردن در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان از تمرینات تمرکز حواس و آموزش حواس پنج‌گانه (غذا خوردن آگاهانه، گوش دادن آگاهانه، لمس آگاهانه، بوییدن آگاهانه، دیدن آگاهانه) با تکرار تمرین تنفس آگاهانه و مشقت را بنویس.
جلسه ششم	کسب آگاهی نسبت به هیجان‌ها	انجام تنفس آرام مقدماتی، تمرین تمرینات ذهن‌آگاهی برای احساسات و نوشتن یادداشت در مورد ذهن‌آگاهی در مورد احساسات، با استفاده از سناریوهای "بازرس مفید و بازرس غیرمفید". ارائه تکالیف
جلسه هفتم	مرور تمرینات تنفسی	بررسی تمرینات تنفسی و اسکن بدن و انجام تمرینات تمرکز حواس برای افکار «مدیتیشن رودخانه جاری». ارائه تکالیف
جلسه هشتم	کسب آگاهی نسبت به عملکرد عضلات	تکرار تمرینات تنفسی اولیه (تنفس آرام) و تمرینات آرام سازی تدریجی عضلات، انجام بازی تغییر کانال. ارائه تکالیف
جلسه نهم	کسب آگاهی نسبت به حرکات بدن	انجام تمرینات تنفسی اولیه (مدیتیشن تنفسی)، انجام حرکات تمرکز حواس، تکرار سناریوی مفید و بی‌فایده بازرس و ارائه تکالیف.
جلسه دهم	به‌کارگیری ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره	تمرینات تمرکز حواس را که در جلسات قبلی و آموزش "ذهن‌آگاهی در فعالیت روزانه" آموزش داده شد را مرور کنید. مراقبه محبت‌آمیز دلسوزانه (آرزوهای دوستانه). ارائه تکالیف

• یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ نفر از مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری با میانگین سنی ۳۵/۶ سال شرکت داشتند. میانگین سن مادران حاضر در گروه آزمایش و گروه گواه به ترتیب، ۳۷/۵ و ۳۳/۷ بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه و در سه دوره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای شفتت به خود و سرزندگی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شفتت به خود	آزمایش	۱۳۴/۵۸	۱۴/۶۶	۱۵۰/۱۵	۱۴/۷۳	۱۴۹/۴۰
	گواه	۱۳۴/۳۵	۱۵/۱۲	۱۳۴/۷۸	۱۵/۷۲	۱۳۴/۷۸
سرزندگی	آزمایش	۱۶۹/۸۳	۲۳/۴۱	۱۸۴/۰۸	۲۸/۵۱	۱۸۳/۰۸
	گواه	۱۷۰/۰۷	۲۷/۴۲	۱۶۸/۷۱	۲۶/۵۳	۱۶۸/۲۸

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک، بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای شفتت به خود و سرزندگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود. این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر شفتت به خود و سرزندگی رعایت شده است ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای شفتت به خود و سرزندگی رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای شفتت به خود و

سرزندگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
شفتت به خود	۹۵۳/۴۳	۲	۴۷۶/۷۱	۷۱/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱
	۲۰۳۸/۱۷	۱	۲۰۳۸/۱۷	۴۶/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	۱۰۶۶/۳۶	۲	۵۳۳/۱۸	۷۹/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
خطا	۳۲۲/۲۳	۴۸	۶/۷۱				
سرزندگی	۶۴۵/۵۰	۲	۳۲۲/۷۵	۱۲/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	۱۹۲۹/۲۴	۱	۱۹۲۹/۲۴	۱۲/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
	۱۰۱۲/۲۷	۲	۵۰۶/۱۳	۱۹/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
خطا	۱۲۳۱/۱۶	۴۸	۲۵/۶۵				

نتایج به‌دست آمده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر اساس ضرایب F در جدول ۳ نشان می‌دهد که عامل زمان یا مرحله ارزیابی، تأثیر معناداری بر نمرات شفتت به خود و سرزندگی داشته است ($P < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۷۲ درصد و ۳۳ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات شفتت به خود و سرزندگی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی بر نمرات شفتت به خود و سرزندگی معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی بر شفتت به خود و سرزندگی تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (آموزش) به ترتیب ۵۴ درصد و ۳۲ درصد از تفاوت در نمرات شفتت به خود و سرزندگی را تبیین می‌کند. در نهایت نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات شفتت به خود و سرزندگی معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی بر شفتت به خود و سرزندگی به میزان ۷۴ درصد و ۴۴ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه است. در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات شفتت به خود و سرزندگی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات شفقت به خود و سرزندگی آزمودنی‌ها

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
شفقت به خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۶۲	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۷/۲۴	۰/۸۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۷/۶۲	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۱/۳۷	۰/۲۱	۰/۲۷
سرزندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۴۴	۱/۷۰	۰/۰۰۳
		پیگیری	-۵/۷۳	۱/۶۴	۰/۰۰۶
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۶/۴۴	۱/۷۰	۰/۰۰۳
		پیگیری	۰/۷۱	۰/۶۰	۰/۷۴

همان گونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای شفقت به خود و سرزندگی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که آموزش توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری شفقت به خود و سرزندگی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر جدول ۴ نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات شفقت به خود و سرزندگی که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان کرد آموزش ذهن آگاهی توانسته منجر به تغییر معنادار میانگین نمرات شفقت به خود و سرزندگی در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثابت خود را حفظ کرده است.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی در مادران دارای کودکان با اختلال‌های یادگیری انجام شد. نتایج به‌دست آمده نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معناداری باعث افزایش شفقت خود و سرزندگی در گروه آزمایش شد.

یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود در مادران دارای کودک با اختلال‌های یادگیری با یافته بلات و آیزنلوهرمول (۲۰۱۷)؛ گالا (۲۰۱۶)؛ بلات و همکاران (۲۰۱۶) و کابات-زین (۲۰۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری به دلیل مشکلات مزمن کودک، نوعی آزرندگی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی ایجاد شده است که مانع از پردازش عاطفی و هیجانی سازنده می‌شود (کوماری و کران، ۲۰۲۰). بنابراین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مادران دارای کودک با اختلال یادگیری اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی خود را بهتر درک کرده و استرس کمتری را تجربه کنند. به‌عبارتی موجب تغییر آگاهی فرد از افکار و احساس خود شده است و دیدگاه جدیدی را در فرد ایجاد می‌کند که به‌گونه‌ای متفاوت با آنها برخورد کند و بتواند به واسطه آنها از الگوهای شناختی ناکارآمد که موجب اختلال در فعالیت‌ها می‌شوند، خود را جدا سازند (مارتین و همکاران، ۲۰۲۰). با این اوصاف می‌توان اذعان داشت که این روش مداخله‌ای به بیماران یاری می‌رساند تا با تغییر دیدگاه نسبت به ارزیابی، تفسیر و معنادهی به رویدادها، خطاهای شناختی از نوع فاجعه‌انگاری و تعمیم بیش از حد را که در ادراک استرس نقش دارند، کاهش دهند و با افزایش توانایی مقابله‌ای سازگار با علائم و نشانه‌های بیماری، رویدادهای تنش‌زا را به گونه‌ای بهتر مدیریت کنند و به دنبال آن استرس کمتری را متحمل شوند. (سگال و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرزندگی در مادران دارای کودک با اختلال‌های یادگیری با یافته تاج‌الدینی و همکاران (۱۳۹۷)؛ مبارکی و همکاران (۱۳۹۷)؛ الهی و همکاران (۱۳۹۸)؛ پری-پاریش و همکاران (۲۰۱۶)؛ نون و هورگان (۲۰۱۸)؛ راملی و همکاران (۲۰۱۸)؛ وو و بوچمن (۲۰۱۹)؛ لیلند و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. زیرا در پژوهش‌های آنان نیز تأثیر ذهن‌آگاهی به‌صورت مستقیم و میانجی بر بهبود مؤلفه سرزندگی در افراد مورد تأیید قرار گرفته است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که سرزندگی به‌عنوان سازش موفقیت‌آمیز فرد با وجود تهدید و شرایط نامطلوب محیطی و یا ظرفیت بازگشت از چالش‌های

اجتماعی، مالی و یا احساسی به تعادل مجدد و بیانگر توانایی فرد جهت سازش یافتگی مجدد در برابر غم، ضربه، شرایط نامطلوب و عوامل تنیدگی‌زای زندگی تعریف شده است (مارتین و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پذیرش یکی از اساسی‌ترین مؤلفه‌های سرزندگی است که این اصل با مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی حاصل می‌شود. در جلسات درمانی پژوهشگر به آزمودنی‌ها یاد داد که بین احساسات و افکار افراد رابطه وجود دارد؛ بنابراین افکار می‌توانند بروز احساسات خاصی را به دنبال داشته باشند و بالعکس. از سوی دیگر در جلسات درمانی، آزمودنی‌ها با الگوهای عادت‌ی و واکنشی خود نیز آشنا شده و یاد گرفتند که افکار واقعی نیستند. سپس مراقبه ذهن‌آگاهی، واری‌افکار و حالات ذهنی آموزش داده شده و آزمودنی‌ها یاد گرفتند که به جای قضاوت اتفاقات بیرونی و درونی تنها نظاره‌گر باشند.

به استناد پژوهش‌های انجام شده شفقت خود و سرزندگی مهارت‌هایی قابل آموختن هستند. یکی از راه‌های کسب این مهارت‌ها آموزش و یا مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. شاید بتوان علت این اثربخشی را این دانست که، تکانه‌های ناگهانی افراد می‌تواند ناشی از وجود باورهای نادرست در آنها باشد؛ بنابراین فرونشانی تکانه‌های ناگهانی نیازمند شناسایی و تغییر باورهای نادرست بنیادی در فرد است. در درمان شناختی بر پذیرش باورها در مقابل چالش با آنها، ذهن‌آگاهی، گسلس شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آنها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز می‌شود (شالکروس و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی ذهن‌آگاهی به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک کند که هیجان‌های منفی جزء اصلی شخصیت ما نیستند. لذا در مداخله‌های مبتنی بر راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به جای تغییر رفتار و محتوای افکار و نگرش‌های ناکارآمد، بر پذیرش، تمرکززدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد، نسبت به افکار خود، به‌عنوان نوعی واقعیت ذهنی، تأکید می‌شود. همچنین در این رویکرد، در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان‌های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه و افزایش تحمل حالت‌های هیجانی، افکار و تصورات منفی، تأکید می‌شود. در مجموع به‌کارگیری تکنیک‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی والدین اثرگذار است. به نحوی که تمرینات ذهن‌آگاهی موجب می‌شود تا مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری نسبت به افکار و احساسات خود هوشیارتر شوند و آنها را به‌صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه جنبه‌هایی از خود. در نهایت، نحوه ارتباط آنها با افکارشان تغییر کرده و باعث می‌شود به مسایل منفی و رویدادهای ناخوشایند که موجب اثرات منفی بر کیفیت زندگی آنها می‌شود، واقع‌بینانه‌تر و با حالتی از پذیرش و به دور از قضاوت پاسخ دهند. همچنین، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری در طی تمرینات ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرند که افکار واقعیت خارجی ندارد و ساخته و پرداخته ذهن آنها است. در نتیجه در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا این تغییر را کسب می‌کنند که با اتخاذ موضع غیرقضاوتی و مشاهده‌گرانه از کنار افکار خود رد شوند و صرفاً به تماشای آنها بپردازند، بدون این که لزوماً طبق آنچه که افکارشان دستور می‌دهد، رفتار کنند. این روند آنان را از درآمیختگی با افکار رهانیده و سبب می‌شود آرامش روانی، هیجانی و شناختی بالاتری را تجربه کرده و بر این اساس شفقت خود و سرزندگی بیشتری را در زندگی تجربه کنند.

در انتها لازم به ذکر است، مطالعه انجام شده دارای محدودیت‌هایی مانند جامعه آماری، نبود انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان، نبود امکان کنترل وضعیت اقتصادی، اجتماعی و تحصیلی شرکت‌کنندگان پژوهش بود که ممکن است در تعمیم‌پذیری نتایج نقش داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق نیز اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری، پژوهش روی سایر گروه‌ها از جمله خانواده‌های کودکان با سایر اختلال‌های رایج عصب-شناختی مانند اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال‌های طیف اتیسم نیز بررسی شود. از این رو شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناسی مرتبط با کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری معرفی شود تا آنها با به‌کارگیری این شیوه درمان، جهت بهبود وضعیت شناختی و روان‌شناختی مادران این کودکان گامی عملی بردارند.

• نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معناداری باعث افزایش شفقت خود و سرزندگی در گروه آزمایش شد. از آنجایی که یکی از دلایل تشدید استرس و تنیدگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های

یادگیری افکار و باورهای ناکارآمد است، ارتقا مهارت‌های شفقت خود و سرزندگی از طریق مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند نقش چشمگیری در پیشگیری و کنترل تکانه‌های ناگهانی و افکار و تصورات منفی آنها ایفا کند. بدین منظور لازم است با شناسایی گروه‌های پرخطر، مداخلات شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مورد نیاز برای آنها اتخاذ شود.

• تعارض منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع نداشته است و نتایج به صورت شفاف بیان شده است.

• تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند به‌خصوص مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ کمال تقدیر و تشکر را داریم.

• منابع

- آجدانی، علی؛ عبدی، حسن؛ آقایی، حکیمه. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس و تعادل در مردان سالمند. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۱). ۱۷۲-۱۸۰.
- اعظمی، محمد؛ صافی، محمد هادی؛ بهجتی اردکانی، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی روی تنیدگی، انعطاف‌پذیری شناختی و استحکام روانی مادران دارای فرزند با اختلال‌های یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۲(۳). ۳۷-۲۲.
- افتخاری، بهاره؛ فردوسی، طیبه؛ جوادی پور، محمد. (۱۴۰۲). تعیین میزان شناخت آموزگاران دوره ابتدایی منطقه ۱۸ استان تهران از علائم اختلال‌های یادگیری خاص و تعیین رابطه بین میزان سابقه کاری آموزگاران با میزان شناخت آنان از علائم اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۲(۴). ۱۸-۶.
- الهی، آمینه؛ اقدسی، علی نقی؛ حسینی نسب، سیدداوود. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مداخله چندبعدی انگیزشی شناختی با آموزش مدیریت استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرزندگی تحصیلی و جهت‌گیری هدف در دانش‌آموزان. *پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۷(۲۶). ۳۴-۲۱.
- باقری، محمد مهدی؛ بهجتی اردکانی، فاطمه؛ رضاپور میرصالح، یاسر. (۱۴۰۱). بررسی نقش واسطه‌ای نشاط ذهنی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و خودمتمایزسازی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه. *پیش در آموزش علوم تربیتی و مشاوره*، ۱۷(۱). ۱۹۱-۲۱۱.
- بدخشان، محسن؛ سرافراز، مهدی رضا؛ ایمانی، مهدی. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله شفقت خود بر تکانشگری دانشجویان دچار شکست عاطفی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۴). ۳۷۶-۳۸۵.
- برغون، ریحانه؛ دمیری، فرنگیس؛ عزیزی، مهدیه. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های درد در کودکان دارای بیماری‌های مزمن. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۴(۵۶). ۴۶-۳۷. پسندیده، راحله؛ ابوالمعالی، خدیجه. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش بهزیستی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۱). ۱۶-۷.
- پورعبدل، سعید؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ عباسی، مسلم. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی اهمال‌کاری تحصیلی و سرزندگی تحصیلی در دانش‌آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۳). ۲۲-۳۸.
- تاج‌الدینی، سعیده؛ توحیدی، افسانه؛ موسوی‌نسب، سید حسین. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرزندگی تحصیلی، خودتنظیمی تحصیلی و ذهن‌آگاهی دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۱۵(۳۱). ۵۹-۸۱.
- خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید؛ یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۳). ۵۹-۴۷.
- رضایی، علی محمد؛ شریفی، طیبه؛ غضنفری، احمد؛ افالکی، الهام؛ بهره دار، محمدجعفر. (۱۳۹۹). نقش ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان‌درمانگری. *مجله روان‌شناسی*، ۲۴(۴). ۴۳۵-۴۵۳.
- ساکنی، زهرا؛ فراهانی، سمانه؛ اسحاقی مقدم، فائزه؛ رفیعی پور، امین؛ جعفری، طیبه؛ لطفی، پریرسا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود تجربه خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۶). ۲۳-۱.

- سالارحاجی، نجمه؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، محمدرضا. (۱۴۰۰). رابطه شفقت خود با تنظیم هیجان به واسطه اجتناب از تجربه و عدم تحمل بلاتکلیفی. *مجله روان شناسی*، ۲۵(۳). ۴۱۲-۴۲۷.
- شادکام، حسن؛ یعقوبی، ابوالقاسم؛ زنگنه مطلق، فیروزه؛ پیرانی، ذبیح؛ محقق، حسین. (۱۴۰۰). تدوین مدل سرزندگی تحصیلی بر اساس معنا در زندگی با میانجی‌گری شادکامی در دانش‌آموزان. *پژوهش نامه روان‌شناسی مثبت*، ۷(۴). ۵۴-۴۱.
- شالیکاری، مرضیه؛ میرزائیان، بهرام؛ پرهون، هادی؛ پرهون، کمال. (۱۴۰۰). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی. *پژوهش پرستاری*، ۱۶(۲). ۲۳-۳۷.
- شفیعی، صابر؛ روانان، مجتبی. (۱۳۹۹). نقش سرزندگی تحصیلی در عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان. *فصلنامه پژوهش و مطالعات علوم اسلامی*، ۲(۱۲). ۷۰-۸۳.
- عباسی، مسلم؛ غیرتی، شمیلا. (۱۴۰۱). رابطه افسردگی مادران با نشانه‌های افسردگی و اضطراب کودکان دارای اختلال یادگیری خاص با واسطه استرس والدینی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۱(۴). ۶۱-۴۶.
- مبارکی، روناک؛ عزت‌پور، عمادالدین؛ احمدیان، حمزه. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی مصرف‌کنندگان مواد افیون. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۵). ۹۲-۱۰۳.
- محمودلو، مریم؛ ستوده اصل، نعمت؛ قربانی، راهب؛ طالع پسند، سیاوش. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی توانبخشی شناختی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۲(۴). ۸۲-۶۶.
- مهدی، مینا؛ خرمایی، فرهاد. (۱۳۹۷). پیش‌بینی سرزندگی تحصیلی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی. *مجله روان شناسی*، ۲۲(۴). ۴۴۸-۴۶۶.
- نامداری، کورش؛ مولوی، حسین؛ ملک پور، مختار؛ کلانتری، مهرداد. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش شناختی ارتقای امید بر توانمندی‌های شخصیتی مراجعین افسرده خو. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳). ۳۴-۲۱.
- نصیری کالمرزی، رسول؛ مرادی، قباد؛ اسمایی مجد، سیروان؛ خان پور، فرزانه. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی مبتلایان به بیماری آسم. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۵). ۱۴-۱.
- نظری، سمیه؛ کوتی، الهام؛ سیاحی، حیدر. (۱۳۹۱). ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های یادگیری در مقیاس هوشی تجدید نظر شده وکسلر کودکان. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱(۱۰۹). ۴۵-۳۶.
- American psychiatric Association. (2013). *Diagnostic Manual Mental Disorder (Fifth Edition) DSM-5*.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303.
- Barnhofer, T. (2019). Mindfulness training in the treatment of persistent depression: can it help to reverse maladaptive plasticity? *Current Opinion in Psychology*, 28, 262-267.
- Benassi, E., Camia, M., Giovagnoli, S., & Scorza, M. (2022). Impaired school well-being in children with specific learning disorder and its relationship to psychopathological symptoms. *European Journal of Special Needs Education*, 37(1), 74-88.
- Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., & Hobbs, L. (2016). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness*, 7(2), 479-492.
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: distinctive features*. Taylor & Francis.
- Filippello, P., Buzzai, C., Messina, G., Mafodda, A. V., & Sorrenti, L. (2020). School refusal in students with low academic performances and specific learning disorder. The role of self-esteem and perceived parental psychological control. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(6), 592-607.
- Foroughi, A. A., Khanjani, S., Rafiei, S., & Taheri, A.A. (2020). (Self-Compassion: Conceptualization, Research, and Interventions (brief overview). *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 6(6), 77-87. (Persian).
- Galla, B. M. (2016). Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal of Adolescence*, 49, 204-217.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Eds.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*, 9-74. London: Routledge.
- Kabat-Zinn, J. 2003. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483.

- Kocovski, N.L., Rebecca, J.E.F., Meagan, A.B., MacKenzie, B., Rose, A.L. (2019). Self-Help for Social Anxiety: Randomized Controlled Trial Comparing a Mindfulness and Acceptance-Based Approach with a Control Group. *Behavior Therapy*, 50(4), 696-709.
- Kumari, S., Kiran, M. (2020). Parenting Stress, Psychological Wellbeing and Social Support in Mothers of Children with Mental Retardation. *International Journal of Scientific Research*, 9(1), 57-60.
- Kuo, J.R., Zeifman, R.J., Morrison, A.S., Heimberg, R.J., Goldin, P.R., Gross, J.J. (2021). The moderating effects of anger suppression and anger expression on cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction among individuals with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 285, 127-135.
- Leyland, A., Rowse, G., & Emerson, L. M. (2019). Experimental effects of mindfulness inductions on self-regulation: Systematic review and meta-analysis. *Emotion*, 19(1), 108.
- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027.
- Martin, M., Henrich, J., & Gjelsvik, B. (2020). Theoretical and therapeutic implications of a randomised clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy for women with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 110063.
- Matteucci, M. C., Scalone, L., Tomasetto, C., Cavrini, G., & Selleri, P. (2019). Health-related quality of life and psychological wellbeing of children with Specific Learning Disorders and their mothers. *Research in Developmental Disabilities*, 87, 43-53.
- Muktamath, V. U., Hegde, P. R., & Chand, S. (2021). Types of Specific Learning Disability. In (Ed.), *Learning Disabilities-Neurobiology, Assessment, Clinical Features and Treatments*. Intech Open.
- Neff, K.D. (2016). Does self-compassion entail reduce self-judgment, isolation, and over-identification? A response to Muris, Ogaar, and Petrocchi. *Mindfulness*, 7(3), 791-797.
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Noone, C., & Hogan, M. J. (2018). Improvements in critical thinking performance following mindfulness meditation depend on thinking dispositions. *Mindfulness*, 9(2), 461-473.
- Operto, F. F., Pastorino, G. M. G., Stellato, M., Morcaldi, L., Vetri, L., Carotenuto, M., & Coppola, G. (2020). Facial emotion recognition in children and adolescents with specific learning disorder. *Brain Sciences*, 10(8), 473.
- Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L., Shields, A. H., & Sibinga, E. M. (2016). Improving self-regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 7, 101-118.
- Ramli, N. H., Alavi, M., Mehrihezad, S. A., & Ahmadi, A. (2018). Academic stress and self-regulation among university students in Malaysia: Mediator role of mindfulness. *Behavioral Sciences*, 8(1), 12.
- Segal, Z., Dimidjian, S., Vanderkruik, R., Levy, J. (2019). A maturing mindfulness-based cognitive therapy reflects on two critical issues. *Current Opinion in Psychology*, 28, 218-222.
- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness solution, everyday practices for everyday problem*. New York: Guilford press.
- Szabó, Z. P., Kun, Á., Balogh, B. E., Simon, E., & Csike, T. (2022). Dark and Strong?! The associations between dark personality traits, mental toughness and resilience in Hungarian student, employee, leader, and military samples. *Personality and Individual Differences*, 186, 111339.
- Wu, I. H., & Buchanan, N. T. (2019). Pathways to Vitality: The Role of Mindfulness and Coping. *Mindfulness*, 10(3), 481-491.
- Walker, L., Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non- mediators: A theoretical and empirical examination", *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.

تأثیر مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودانتقادی و شفقت خود دختران نوجوان با سابقه خودزنی

The Effect of Dialectical Behavior Therapy Skills on Self-Criticism and Self-Compassion of Adolescent Girls with a History of Self-Injury

Maryam Amirinia, MSc

Mahdi Imani, PhD✉

Mohammadali Goodarzi, PhD

مریم امیری نیا^۱

مهدی ایمانی^۲

محمدعلی گودرزی^۱

Abstract

Due to the high rate of self-injury in adolescents in 2022 and its destructive effect, the present study was conducted to evaluate the effect of dialectical behavior therapy on self-criticism and self-compassion of adolescents with a history of self-injury behaviors. The design of the present study is a single-subject experiment with several baselines. The target population was girls who were referred to education centers in 2021. As sample, 3 female adolescents in Shiraz with a history of self-injury behaviors were selected by purposive sampling. Research tools included inventory of statements about self-injury (ISAS) of Klonsky and Glenn (2009), self-criticism questionnaires (FSCRS) of Gilbert et al (2004), Neff) Self-compassion questionnaires (SCS) (2003), and structured clinical interviews for personality disorders (SCID-5 PD) (2014). Each person was randomly assigned to the baseline stage over a period of two, three, or four weeks. Adolescents then received 16 sessions of treatment and also their parents received 5 sessions of therapy and after one month a follow-up was carried out. Dialectical behavior therapy was effective in reducing self-criticism and increasing self-compassion in all three clients after treatment, but the stability of the treatment effect remained only for the first and second clients whose parents involved in therapy regularly. It seems that the application of dialectical behavior therapy skills with the cooperation and support of parents can be associated with a decrease in self-criticism and increased self-compassion in female adolescents with a history of self-injury behaviors.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Self-Criticism, Self-Compassion, Self-Injury

چکیده

با توجه به آمار بالای خودزنی در سال ۱۴۰۰ در نوجوانان و اثر مخرب آن، پژوهش حاضر با هدف تأثیرسنجی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودانتقادی و شفقت خود نوجوانان با سابقه رفتارهای خودزنی انجام شد. پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع تک آزمودنی با چند خط پایه بود. جامعه هدف دختران مراجعه‌کننده به مراکز آموزش و پرورش شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بودند که به عنوان نمونه سه نفر با روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل سیاهه رفتارها و کارکردهای خودجرحی (ISAS) کلونسکی و گلن (۲۰۰۹)، مقیاس خودانتقادی (FSCRS) گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴)، مقیاس شفقت خود (SCS) نف (۲۰۰۳) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (SCID5PD) فرست (۲۰۱۴) بود. هر یک از افراد به‌صورت تصادفی در یکی از دوره‌های دو، سه و یا ۴ هفته‌ای در مرحله خط پایه قرار گرفتند. سپس ۱۶ جلسه درمان برای نوجوانان و ۵ جلسه درمان والدین اجرا شد و در نهایت یک پیگیری یک ماهه اجرا شد. رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود در هر سه مراجع بعد از درمان، مؤثر بود؛ اما پایداری اثر درمان فقط برای مراجع اول و دوم باقی ماند که والدین حضور منظم و فعال در جلسات درمان داشتند. به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در صورت همکاری و حمایت والدین می‌تواند با کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود نوجوانان دختر با سابقه رفتارهای خودزنی همراه باشد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، خودانتقادی، شفقت خود، خودزنی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۳/۹ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۹/۱۵

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

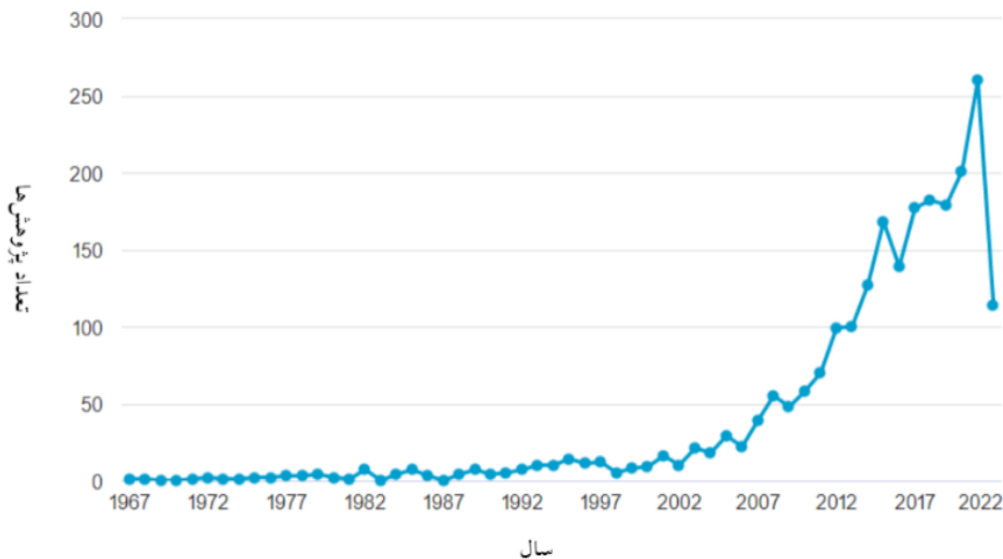
● مقدمه

دوره نوجوانی دوره‌ای است که فرد به صورت هم‌زمان رشد هیجانی، زیستی و اجتماعی زیادی را تجربه می‌کند و از نظر هیجانی به شدت آسیب‌پذیر است (فلدمن و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس الگوی زیستی-اجتماعی (bio-social theory) لینهان بدتنظیمی هیجانی که در نتیجه تعامل مسائل زیستی و محیط نامعتبرساز ایجاد می‌شود، می‌تواند زمینه را برای رفتارهایی مانند خودزنی فراهم نماید تا از این طریق فرد راهی هرچند ناسازگارانه را برای کاهش هیجانات منفی به کار ببرد (برادن و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع مهارت خودتنظیمی به نوجوان کمک می‌کند تا هیجان، رفتار و توجه خود را متناسب با اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت تنظیم کند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۴). نکته جالب توجه این است که وجود رابطه غیرمستقیم میان کودک‌آزاری به عنوان مصداق محیط نامعتبرساز با رفتارهای خودآسیب‌رسان از طریق بدتنظیمی هیجانی به اثبات رسیده است (موسوی‌هندری و همکاران، ۱۳۹۷). رفتار خودزنی یا خودجراحی بدون قصد خودکشی به رفتارهای آسیب به خود اشاره دارد که طی آن فرد قصد کشتن خود را ندارد و بر اساس آن فرد در طی یک سال، ۵ روز یا بیشتر رفتارهایی در قالب بریدن یا خراشیدن پوست بدن، سوزاندن بدن و یا گازگرفتن یا زدن خود را انجام داده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از طرفی در سال ۲۰۲۲ نرخ این رفتارها در نوجوانان با مشکل غیربالینی، ۴ درصد و در نوجوانان با مشکل بالینی، ۵۰ درصد گزارش شده است (مورنر لوانچی و همکاران، ۲۰۲۲). با وجود آنکه چنین رفتارهای خودزنی به قصد پاسخ به موقعیت مشکل‌ساز ابراز می‌شوند، اما مشکل اصلی را حل نمی‌کنند بلکه باعث می‌شوند که فرد خود را مستحق تنبیه بداند. در واقع فرد با خود وارد رابطه خصمانه‌ای می‌شود و شروع به انتقادهای تند از خود می‌کند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۹). همین خودانتقادی نیز می‌تواند منجر به تکرار رفتارهای خودزنی شود (دالی و ویلوفبی، ۲۰۱۹). در واقع، خودانتقادی شامل خودسرزنی ناملایم و حمله به خود همراه با خشم و بیزاری و حتی در بدترین حالت، تنفر مستقیم از خود می‌شود و عموماً هنگامی که افراد در وظایف مهم زندگی خود یا موقعیت‌های دشوار شکست می‌خورند، به انتقاد از خود می‌پردازند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش ناگی و همکاران، (۲۰۲۱) و دالی و ویلوفبی (۲۰۱۹) گزارش شد که خودانتقادی بر خودزنی مؤثر است و می‌تواند یک عامل خطر برای آن باشد، با این حال بیان کردند که ممکن است خودانتقادی نتیجه رفتارهای خودزنی باشد. بنابراین به کار بردن مداخله‌ای جهت اثرگذاری بر خودانتقادی، ممکن است بتواند بر فراوانی رفتارهای خودزنی در نوجوانان مؤثر باشد. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای نشان داده شد افراد با خودانتقادی بالا رفتارهای تکانشی کمتر و رفتارهای خودآسیب‌رسان بیشتری را نشان دادند (محمودی، ۱۳۹۷).

از طرف دیگر، علاوه بر رابطه بین رفتارهای خودزنی و خودانتقادی، رفتارهای خودزنی می‌تواند نشانه آن باشد که فرد در شرایط مشکل‌ساز نسبت به خود مهربان و دلسوز نیست و همین مهربان نبودن با خود باعث می‌شود تا فرد از طریق راهبردهای ناسازگارانه مانند رفتارهای خودجراحی به مشکلات واکنش نشان دهد (جیانگ و همکاران، ۲۰۱۶). شفقت خود یا دلسوزی نسبت به خود شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی فزاینده می‌شود (نف، ۲۰۰۳). بر اساس پژوهش زاویر و همکاران (۲۰۱۶)، خودانتقادی و ترس از شفقت خود می‌تواند فرد را مستعد رفتارهای خودجراحی کند. در بعضی پژوهش‌ها نیز به اثربخشی برخی روش‌ها مانند یوگا (پاتل و موونتان، ۲۰۱۸) و ذهن‌آگاهی (mindfulness) (ترآوست و همکاران، ۲۰۲۱) بر شفقت خود اشاره شده است. بنابراین با توجه به نرخ بالای رفتارهای خودزنی در نوجوانان، استفاده از درمان‌هایی که بتواند بر خودانتقادی و شفقت خود نوجوانان به‌عنوان دو عامل مرتبط با رفتارهای خودزنی تأثیر بگذارند، حائز اهمیت است.

با توجه به نمودار ۱، رشد تعداد پژوهش‌ها در سراسر جهان در سال‌های اخیر در زمینه رفتارهای خودزنی بر اساس پایگاه استنادی اسکوپوس (Scopus) نشان‌دهنده اهمیت بررسی این موضوع در سال‌های اخیر است. از طرفی بر اساس پژوهش تسپاچریستاس و همکاران (۲۰۱۷)، هزینه آسیب‌های ناشی از خودزنی در بیمارستان‌های انگلیس به‌صورت میانگین، ۸۰۹ پوند است که هزینه سنگینی را بر جامعه تحمیل می‌کند. در نتیجه استفاده از روش‌های درمانی برای کاهش هزینه‌های اقتصادی ناشی از خودزنی به‌خصوص در نوجوانان، ضروری به نظر می‌رسد. از میان درمان‌های موجود، رفتاردرمانی دیالکتیک (dialectic behavior therapy) یکی از درمان‌هایی است که می‌تواند برای افرادی با سابقه خودزنی کمک‌کننده باشد. رفتاردرمانی دیالکتیک میلر و راتوس (۲۰۰۷)، بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان (۱۹۹۳)، منطبق با نیازهای نوجوانان طراحی شده است. این درمان به پنج حوزه مشکل‌دار شامل افزایش

ذهن آگاهی و کنترل توجه، تحمل پریشانی و کاهش رفتارهای تکانشی و پذیرش واقعیت، تنظیم هیجان و افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی، کارآمدی بین فردی و حفظ و ایجاد روابط ارزشمند ضمن حفظ احترام به خود و در نهایت مهارت ویژه درمان نوجوانان یعنی راه رفتن بر میانه راه که موجب کاهش تعارضات خانوادگی می شود، می پردازد (راتوس و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر در روند این درمان، والدین نوجوانان نیز در جلسات مجزایی درگیر فرآیند درمان شده و آموزش هایی را می بینند. بنابراین با توجه به کارکردهای این درمان، احتمال تأثیرگذاری درمان بر دو عامل مرتبط با رفتارهای خودزنی در نوجوانان یعنی خودانتقادگری و شفقت خود وجود دارد. در نتیجه، پژوهش حاضر بر آن است تا مشخص کند که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک قادر است بر خودانتقادگری و شفقت خود نوجوانان دختر با سابقه رفتارهای خودزنی تأثیر بگذارد؟



نمودار ۱. روند پژوهش‌های مربوط به خودزنی

• روش

پژوهش حاضر در زمره طرح‌های آزمایشی از نوع تک‌موردی با خط پایه چندگانه است. جامعه هدف، دختران نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز آموزش پرورش شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بودند که ۳ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. این تعداد نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه لازم برای طرح‌های تک‌آزمودنی انتخاب شدند (لین و گاست، ۲۰۱۴). همچنین طبق اصول رویکرد درمانی مورد استفاده یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک ویژه نوجوانان علاوه بر نوجوانان، والدین آنها نیز در قالب ۵ جلسه یک ساعته مجزا، در فرآیند درمان مشارکت داده شدند. در ابتدا جهت توضیح فرایند پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، یک جلسه توجیهی برگزار شد. سپس دختران نوجوان به عنوان آزمودنی‌های مطالعه، به صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند و به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های دو، سه و یا ۴ هفته‌ای در مرحله خط پایه قرار داده شدند. در این روش مطالعه هر مرحله خط پایه در حکم گروه کنترل در نظر گرفته می‌شود. سپس هر یک از آنها در ۱۶ جلسه درمان و یک جلسه پیگیری شرکت کردند. ملاک‌های ورود شامل دانش‌آموز دختر بودن، سن ۱۴ تا ۱۸ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات و سابقه اقدام به خودزنی طی ۱ سال گذشته طی ۵ روز یا بیشتر بود. ملاک خروج نیز، دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی بود. افراد نمونه به ابزار پژوهش در جلسات ۴، ۸، ۱۲ و ۱۶ پاسخ دادند. سن نفر اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۵، ۱۵ و ۱۴ سال بود و با وجود آنکه مدت بیماری آنها به ترتیب ۱ سال، ۲ سال و ۷ ماه بود؛ اما هیچ‌یک از آنها سابقه درمان در یک سال گذشته را نداشتند. رفتار خودآسیب‌رسان مراجعان مورد مطالعه در قالب مراجع اول خراشیدن پوست با تیغ و قیچی، مراجع دوم آسیب به خود با گاز گرفتن خود و مراجع سوم نیز خراشیدن پوست با تیغ بود. از نظر روش تجزیه و تحلیل یافته‌ها، پژوهش حاضر به جای استفاده صرف از روش‌های آماری، از روش‌های بالینی نیز استفاده کرد. چراکه مقیاس‌های آماری، نتایج را به صورت کلی ارائه می‌دهند؛ اما در مورد تغییرات تک‌تک افراد در درمان اطلاعاتی ارائه نمی‌دهند (دورکین و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین استفاده صرف از روش‌های آماری فقط تفاوت از نظر آماری را نشان می‌دهد اما تغییرات ناشی از درمان در زندگی

واقعی را نشان نمی‌دهد. از طرفی لحاظ کردن دقت زیاد برای ورود و خروج افراد نمونه در پژوهش‌هایی با گروه آزمایش و کنترل به دلیل بیشتر بودن حجم نمونه، دشوارتر است؛ اما در صورت انتخاب تعداد کمی از آزمودنی‌ها در طرح تک آزمودنی، امکان کنترل دقیق‌تر این ملاک‌ها وجود دارد. در نتیجه به منظور رسیدن به این هدف، جهت تجزیه و تحلیل از ۴ روش استفاده شد. روش اول، ترسیم دیداری به روش ملاک دوگانه محافظه‌کارانه است (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳) که در نمودار ۲ و ۳ مشهود است. شاخص دوم جهت تجزیه و تحلیل، شاخص تغییر پایا (جکسون و همکاران، ۱۹۹۹) است؛ که به منظور جلوگیری از برخی خطاهای احتمالی در تعیین نقطه برش ناشی از هم‌پوشی و عدم هم‌پوشی توزیع جمعیت بهنجار و نابهنجار و جهت اعتماد بیشتر به داده‌های کارآزمایی بالینی و سنجش بهتر کارایی استفاده می‌شود. سومین شاخص مورد استفاده، بهبود بالینی معنادار است که به صورت درصد بهبودی با توجه به فرمول زیر به دست می‌آید و برگشت کارکرد افراد به سطح افراد بهنجار را می‌سنجد. چهارمین شاخص مورد استفاده، بهبود تشخیصی یعنی نداشتن ملاک‌های اختلال روان‌شناختی است (حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۴)؛ که در پژوهش حاضر با به کارگیری مصاحبه بالینی ساختاریافته مورد بررسی قرار گرفت. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، طرح پژوهش حاضر توسط دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد بررسی قرار گرفت و با دریافت کد اخلاقی IR.SUMS.REC.1401.093 مورد تأیید کمیته اخلاقی این دانشگاه بود.

• ابزارها

الف. مقیاس خودانتقادی/حمله به خود/قوت قلب

forms of self-criticizing/ attacking and self-reassuring scale (FSCRS) این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است و دارای ۲۲ ماده در سه خرده‌مقیاس احساس خود ناقص، تنفر خود و قوت قلب است. در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش رجیبی و عباسی (۱۳۹۰)، ضریب اعتبار آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی واگرایی آن با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، ۰/۳۶ به دست آمد. در پژوهش هالاموا و همکاران (۲۰۱۸) نیز ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۶ و در بررسی روایی هم‌گرا و واگرا نیز همبستگی خرده‌مقیاس خودانتقادی درونی شده LOSC با خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۷ و ۰/۴۵ - گزارش شد.

ب. مقیاس شفقت خود (self-compassion scale- SCS): این پرسشنامه توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شده است و دارای ۲۶ ماده در ۶ خرده‌مقیاس مهربانی با خود، قضاوت و داوری نسبت به خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی است. در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش خسروی و همکاران، (۱۳۹۲) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۷۶ و در پژوهش جانگ (۲۰۲۲) به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۸۶ گزارش شد. در بررسی روایی این مقیاس نیز نتایج تحلیل عاملی (RMSEA=۰/۰۵۰، SRMR=۰/۰۴۱، CFI=۰/۹۴ و TLI=۰/۹۳) در پژوهش کنسو و لیس (۲۰۱۶) مطلوب بود.

ج. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (structured clinical interview for DSM-5 SCID 5 PD)

(personality disorders-) در پژوهش حاضر به منظور تشخیص افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، از این مصاحبه استفاده شد. این مصاحبه توسط فرست و همکاران (۲۰۱۴) بر اساس DSM-5 طراحی شد. نمره‌گذاری آن ۴ تایی و به صورت اطلاعات کافی (۴)، فقدان (۰)، زیر آستانه (۱) و آستانه (۲) است. برای بررسی روایی هم‌گرا، همبستگی این مصاحبه با مقیاس اضطراب فراگیر ۷ سؤالی، ۰/۵۶ به دست آمد (پاپ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین طی تحلیل عاملی تأییدی، شاخص‌های برازش (RMSEA=۰/۱۳۲، CFI=۰/۸۴۳، TLI=۰/۷۴۰) مطلوب بودند و اعتبار بازآزمایی نیز ۰/۷۵ گزارش شد (هوملن و همکاران، ۲۰۲۱).

د. سیاهه رفتارها و کارکردهای خودجرحی (inventory of statements about self-injury- ISAS):

این سیاهه در سال ۲۰۰۹ توسط کلونسکی و گلن ساخته شده است. این سیاهه یک ابزار خودگزارش‌دهی است، فراوانی و عملکرد رفتارهای خود آسیب‌رسان بدون قصد خودکشی را ارزیابی می‌کند. این سیاهه دو بخش دارد. بخش اول فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خودآسیب‌رسانی را که به صورت عمدی اما نه با قصد خودکشی انجام می‌شود شامل: کوبیدن/ زدن، گازگرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بریدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطح خشن، خارش شدید، فروکردن سوزن در بدن و خوردن

مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می‌کند. بخش دوم سیاهه عملکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان غیر خودکشی‌گرا را ارزیابی می‌کند؛ که به دسته عملکرد درون‌فردی و بین‌فردی تقسیم می‌شود. در مطالعه‌ای (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱) ضریب بازآزمایی این مقیاس در یک سال برای عوامل درون‌فردی ۰/۶۰ و برای عوامل بین‌فردی ۰/۸۲ گزارش شده است.

جدول ۱. شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک نوجوانان

جلسه	اهداف	فرآیند درمان و تکنیک‌ها
۱	صورت‌بندی درمان و آشنایی با فرایند درمان	معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک ویژه نوجوانان، ۵ حوزه مداخله و ۵ مجموعه مهارت آن
۲	آشنایی با مهارت‌های ذهن‌آگاهی و منطق آن	معرفی ذهن‌آگاهی، اثربخشی آن و ۳ حالت ذهن
۳	تمرین عملی ذهن‌آگاهی و اکتساب ذهن خردمند	توجه به چپستی ذهن‌آگاهی (مشاهده، توصیف و مشارکت) و چگونگی آن (قضاوت‌نکردن، متمرکزماندن و کارآمدی)
۴	آشنایی با مهارت‌های تحمل‌پریشانی، منطق آن و چگونگی رهایی از بحران	پرت کردن حواس با استفاده از ذهن خردمند
۵	آموزش تحمل‌پریشانی	خودآرام‌سازی با استفاده از حواس ۶ گانه و بهبود لحظه حاضر
۶	آموزش تحمل‌پریشانی	سنجش سود و زیان، کاهش سریع برانگیختگی شدید هیجانی با مهارت‌های انجام حرکات ورزشی سنگین، ریلکسیشن پیشرفت عضلات و تحریک حواس بدن
۷	آموزش تحمل‌پریشانی	پذیرش مطلق
۸	آشنایی با مهارت‌های میانه‌روی و منطق آن	معرفی دیالکتیک‌ها، چگونگی تفکر و عمل دیالکتیکی و سنجش الگوهای رفتاری دیالکتیکی نوجوان و والدین
۹	آشنایی با اعتباربخشی و منطق آن	توضیح چپستی و چگونگی اعتباربخشی، مشخص کردن مواردی که باید اعتباربخشی شوند و بررسی چالش‌های آن
۱۰	آشنایی با تغییر رفتار و منطق آن	مشخص کردن رفتارهای قابل‌تغییر، افزایش رفتارهای مؤثر به‌واسطه تقویت مثبت و منفی، کاهش یا توقف رفتارهای ناکارآمد
۱۱	آشنایی با تنظیم هیجان و منطق آن	شناسایی دقیق هیجانات، عملکرد هیجانات و مدل آن
۱۲	آشنایی با استفاده از فعالیت لذت‌بخش و منطق آن	تعیین فعالیت لذت‌بخش کوتاه‌مدت و فعالیت لذت‌بخش بلندمدت با تمرکز بر ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها، ذهن خردمند و عدم اجتناب
۱۳	آشنایی با مهارت مسلط شدن، ادامه دادن، رعایت بهداشت خواب، عادات سالم غذایی و اجتناب از داروهای تغییر خلق	توضیح چگونگی مسلط شدن، ادامه دادن و بررسی تأثیر متقابل بدن بر ذهن و تأثیر سلامت جسمی بر هیجانات
۱۴	درک ماهیت موجی هیجان، توجه به حقایق و حل مسئله، آشنایی با مهارت عمل متضاد و منطق آن	تمرین ذهن‌آگاهی هیجانات به‌عنوان موج، آموزش حل مسئله، تعیین عمل متضاد با هر هیجان و زمان و چگونگی انجام آن
۱۵	آشنایی با مهارت کارآمدی بین‌فردی و منطق آن، تمرکز بر حفظ روابط مثبت و عوامل مداخله‌گر در آن	توضیح مهارت‌های بین‌فردی و چالش‌های آن، بررسی عوامل مداخله‌گر در کارآمدی بین‌فردی، بازی نقش به‌منظور تسلط درمانجو
۱۶	آموزش چگونگی بیان خواسته‌های خود، حفظ حرمت خود و آماده‌سازی برای پایان درمان	آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی، مباحثه و عذرخواهی و بررسی چالش‌ها در آموزش این مهارت‌ها

جدول ۲. شرح جلسات مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک والدین

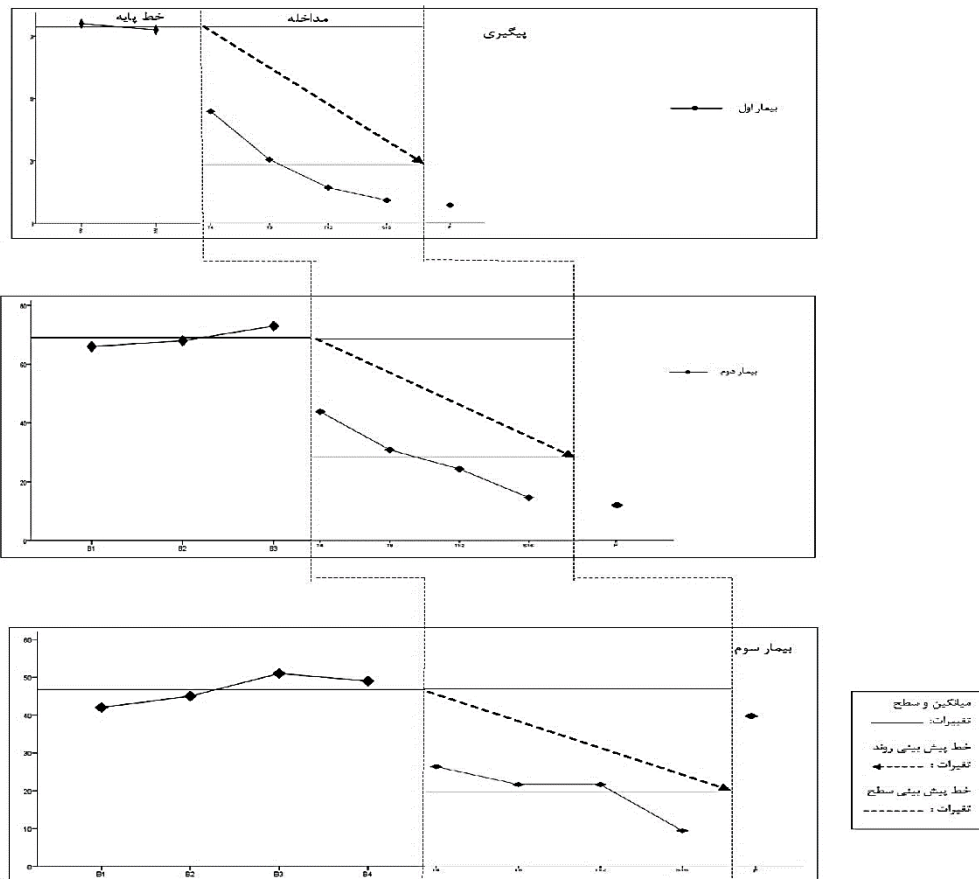
جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک نوجوانان و توضیح تفکر دیالکتیکی و حوزه‌های چالشی بین والدین و نوجوانان و ۵ حوزه مشکل در نوجوانان و مصادیق محیط نامعتبرساز و رابطه آن با علائم نوجوان
دوم	توضیح ذهن‌آگاهی و مهارت تحمل‌پریشانی
سوم	پرداختن به مهارت میانه‌روی و آموزش رفتار اعتباربخش
چهارم	معرفی انواع هیجان و نحوه برخورد با آنها
پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و ایجاد آمادگی برای پایان جلسات

● یافته‌ها

در جداول زیر نمرات شاخص‌های تغییر پایا، درصد بهبودی، بهبودی کلی هر ۳ آزمودنی در گام‌های خط پایه، درمان و پیگیری ذکر شده است. همچنین مقیاس ترسیم دیداری نیز برای متغیرها ترسیم شده است.

جدول ۳. روند تغییر خود انتقادگری در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مرحله درمانی	مراجعه اول	مراجعه دوم	مراجعه سوم
خط پایه اول	۶۴	۶۶	۴۲
خط پایه دوم	۶۲	۶۸	۴۵
خط پایه سوم	-	۷۳	۵۱
خط پایه چهارم	-	-	۴۹
میانگین خط پایه‌ها	۶۳	۶۹	۴۶/۷۵
جلسه چهارم	۴۴	۵۴	۲۸
جلسه هشتم	۲۵	۳۸	۲۳
جلسه دوازدهم	۱۴	۳۰	۲۳
جلسه شانزدهم	۹	۱۸	۱۰
میانگین مرحله درمانی	۲۳	۳۵	۲۱
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۷۵	۳/۴۲	۲/۳۳
درصد بهبودی (درمان)	۶۳/۴۹	۴۹/۲۷	۵۵/۰۸
درصد بهبودی کلی (درمان)		۵۵/۹۴	
پیگیری			
پیگیری بعد از یک ماه	۱۱	۲۰	۳۸
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۴/۸۸	۴/۹۳	۰/۷۹۰
درصد بهبودی (پیگیری)	۸۲/۵۳	۷۱/۰۱	۱۸/۸۲
درصد بهبودی کلی (پیگیری)		۵۷/۴۵	



نمودار ۲. تغییر خودانتقادگری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

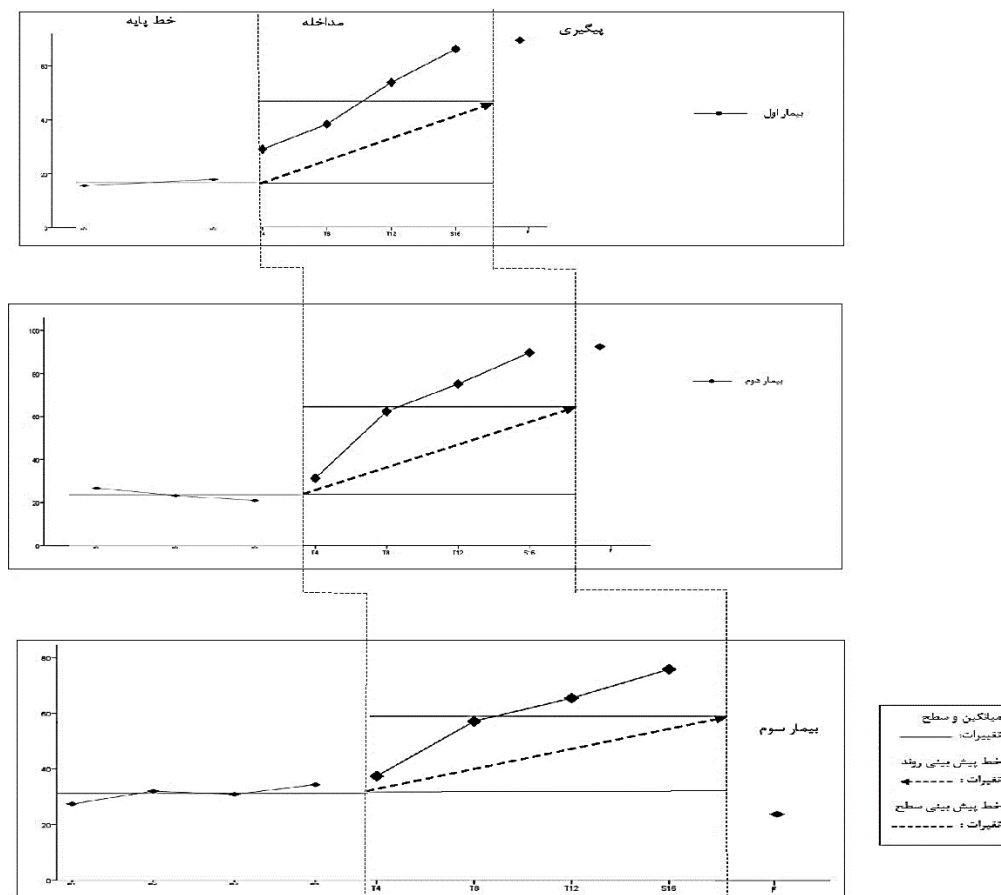
بر اساس نمودار ۲، میانگین و سطح نمره‌های خودانتقادگری مراجع اول و دوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است و در مورد مراجع سوم در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه کاهش اما در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان افزایش پیدا کرده است. همچنین بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۲، تمامی نقطه‌های ترسیم‌شده در زیر خط پیش‌بینی سطح و روند تغییرات در تمامی مراجعین بوده است. پس تغییرات، غیرتصادفی و درمان دیالکتیک نوجوانان، معنادار بوده است. با توجه به نتایج شاخص تغییر پایا در مرحله مداخله و پیگیری در جدول ۲، این شاخص برای هر سه مراجع از مقدار ارزش Z یعنی $1/96$ بیشتر است که نشان‌دهنده تأثیرگذاری درمان بعد از جلسات مداخله و در جلسه پیگیری است که این یافته‌های آماری با یافته‌های ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۲، هم‌نتیجه است. همچنین درصد بهبودی سه مراجع بعد از درمان به ترتیب $63/49$ ، $49/27$ و $55/08$ و در مرحله پیگیری به ترتیب $82/53$ ، $71/01$ و $18/82$ به دست آمد که در مقایسه با نقطه برش 50 درصد، درمان بر مراجع اول و دوم در کاهش خودانتقادگری بعد از جلسات مداخله و در جلسه پیگیری مؤثر بوده است اما برای مراجع سوم در کاهش خودانتقادگری مؤثر نبوده است. همچنین بر اساس نمودار ۲، روند نمره‌های خودانتقادگری در هر سه مراجع در مرحله خط پایه تقریباً ثابت بوده و پس از درمان، کاهش یافته است. همچنین این مقدار کاهش یافته در مرحله پیگیری نیز برای دو مراجع اول و دوم ثابت مانده اما برای مراجع سوم افزایش یافته است. این امر نشان‌دهنده این است که درمان دیالکتیک نوجوانان بر کاهش خودانتقادگری دو مراجع اول و دوم تأثیرگذار بوده اما بر مراجع سوم تأثیرگذار نبوده است.

جدول ۴. روند تغییر شفقت خود در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مراحل درمانی	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خط پایه اول	۱۴	۲۳	۲۴
خط پایه دوم	۱۶	۲۰	۲۸
خط پایه سوم	-	۱۸	۲۷
خط پایه چهارم	-	-	۳۰
میانگین خط پایه‌ها	۱۵	۲۰/۳۳	۲۷/۲۵
جلسه چهارم	۲۸	۳۲	۳۶
جلسه هشتم	۳۷	۶۴	۵۵
جلسه دوازدهم	۵۲	۷۷	۶۳
جلسه شانزدهم	۶۴	۹۲	۷۳
میانگین مرحله درمانی	۴۵/۲۵	۶۶/۲۵	۵۶/۷۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۱۱	۲/۰۷	۲/۵۰
درصد بهبودی (درمان)	۶۶/۸۵	۶۹/۳۱	۵۱/۹۸
درصد بهبودی کلی (درمان)		۶۲/۷۱	
پیگیری بعد از یک ماه	۶۱	۸۹	۳۳
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۳/۲۲	۳/۱۰	۰/۲۹
درصد بهبودی (پیگیری)	۷۵/۴۰	۷۷/۱۵	۱۷/۴۲
درصد بهبودی کلی (پیگیری)		۵۶/۶۶	

بر اساس نمودار ۳، میانگین و سطح شفقت خود مراجع اول و دوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است و برای مراجع سوم در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه افزایش اما در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان کاهش پیدا کرده است. همچنین بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۳، تمامی نقطه‌های ترسیم‌شده در بالای خط پیش‌بینی سطح و روند تغییرات در تمامی مراجعین بوده است. پس تغییرات، غیرتصادفی و تأثیر درمان دیالکتیک بر شفقت خود، معنادار بوده است. با توجه به نتایج جدول ۳، شاخص تغییر پایا بعد از درمان برای هر سه مراجع از مقدار ارزش Z یعنی $1/96$ بیشتر است که نشان‌دهنده تأثیرگذاری درمان بعد از جلسات مداخله است؛ اما در جلسه پیگیری برای مراجع اول و دوم بیشتر از ارزش Z و برای مراجع سوم، کمتر از این ارزش است که این نشان‌دهنده تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مراجع اول و دوم و بی‌تأثیر بودن آن بر مراجع سوم در جلسه پیگیری است. این یافته‌های آماری با یافته‌های ملاک دوگانه محافظه‌کارانه در نمودار ۲، هم‌نتیجه است. همچنین درصد بهبودی سه مراجع بعد از درمان به ترتیب $66/85$ ، $69/31$ و $51/98$ و در مرحله پیگیری به ترتیب $75/40$ ، $77/15$ و $17/42$ به دست آمد. در

مقایسه با نقطه برش ۵۰ درصد، درمان بر هر سه مراجع در افزایش شفقت خود بعد از جلسات مداخله مؤثر بوده است اما در جلسه پیگیری، درمان بر مراجع اول و دوم مؤثر بوده اما برای مراجع سوم در افزایش شفقت خود مؤثر نبوده است. همچنین بر اساس نمودار ۲، روند نمره‌های شفقت خود در هر سه مراجع در مرحله خط پایه تقریباً ثابت بوده و پس از درمان، میزان شفقت خود مراجعین افزایش یافته است. همچنین این مقدار افزایش یافته در مرحله پیگیری نیز برای دو مراجع اول و دوم ثابت مانده اما برای مراجع سوم کاهش یافته است. این امر نشان‌دهنده این است که درمان دیالکتیک نوجوانان بر افزایش شفقت خود مراجع اول و دوم تأثیرگذار بوده اما بر مراجع سوم تأثیرگذار نبوده است.



نمودار ۳. تغییر شفقت خود در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

• بحث

پژوهش حاضر با هدف سنجش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودانتقادگری و شفقت خود دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودزنی در شهر شیراز انجام شد. نتایج به دست آمده بر اساس سه آزمودنی در طرح تک‌آزمودنی با توجه به پیشینه‌های موجود، قابل تبیین هستند.

در اولین نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر، رفتاردرمانی دیالکتیک برای مراجع اول و دوم در کاهش خودانتقادگری با موفقیت درمانی همراه بوده است؛ اما در مورد مراجع سوم گرچه در سنجش پس از درمان، درصد بهبودی موفقیت‌آمیز بوده و حتی نمره خودانتقادگری در پیگیری نسبت به خط پایه کاهش داشته است اما از نظر درصد بهبودی که ملاک قضاوت محقق جهت تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در این پژوهش بوده، این درمان برای مراجع سوم با شکست همراه بوده است. بنابراین نتیجه این درمان قادر نبوده است که سطح خودانتقادگری مراجع سوم را به سطح افراد بهنجار برساند. نتایج به دست آمده مبنی بر کاهش خودانتقادگری هر سه مراجع در ارزیابی پس از درمان می‌تواند با نتایج پژوهش بکائیان و همکاران (۱۴۰۰)، همسو باشد که اثربخشی دو نوع درمان بر کاهش خودانتقادی دانشجویان را نشان دادند. نتیجه به دست آمده بر اساس مهارت ذهن‌آگاهی به کار برده شده در رفتاردرمانی دیالکتیک قابل انتظار است. چراکه در این مهارت، فرد یاد می‌گیرد که بدون قضاوت خود، افکار و هیجان‌اتش را تنها مشاهده و توصیف نماید

(راتوس و همکاران، ۲۰۱۵) که این با ارزیابی انتقادی نسبت به خود در تعارض است. از سوی دیگر در این درمان والدین ضمن آگاهی از ذهن خردمند و روش دستیابی به آن، از انتقاد و برجسب‌زنی به نوجوان خود با سابقه رفتارهای خودجراحی پرهیز می‌کنند. در نتیجه به دلیل ارتباط بین رابطه والد-فرزندی با رفتارهای خودزنی و خودکشی (لیو و همکاران، ۲۰۲۲؛ اقدامی و فولادچنگ، ۱۴۰۱) احتمالاً خودانتقادی در نوجوان با سابقه رفتارهای خودزنی نیز کاهش می‌یابد. همچنین در طی آموزش مهارت کارآمدی بین فردی بر اساس تکنیک‌هایی مانند جرأت‌ورزی مراجع یاد می‌گیرد روابط خود را به گونه‌ای تنظیم نماید که موردانتقاد و نامعتبرسازی قرار نگیرد و یا در صورت مواجهه با چنین شرایطی پاسخ مناسبی به محیط بیرون خود بدهد. از سوی دیگر در قالب مهارت‌های تحمل‌پریشانی می‌آموزد هیجانات خود را به درستی بشناسد و پیام آن را دریافت کند؛ لذا به این طریق پاسخ مناسبی به هیجانات خود در دوران بدهد. با توجه به نظریه زیستی اجتماعی لینهان، قرار نگرفتن در محیط نامعتبرساز و مواجهه صحیح با هیجان به تنظیم هیجان منجر می‌شود (برادن و همکاران، ۲۰۲۲) که این خود نیز می‌تواند به کاهش خودانتقادی این نوجوانان مربوط بوده باشد. پایدار ماندن اثربخشی درمان بر کاهش خودانتقادی مراجع اول و دوم در دوره پیگیری می‌تواند به محیط خانوادگی آرام‌تر و حمایت‌کننده‌تر آنها اشاره داشته باشد. چراکه بر اساس نظریات سنتی خانواده‌درمانی، خانواده می‌تواند در تداوم مشکلات اعضای خود نقش داشته باشد (گولدنبرگ و گولدنبرگ، ۱۳۹۴). بنابراین با توجه به این نظریات می‌توان تبیین نمود که در مورد مراجع اول و دوم، پایداری نتایج علاوه بر تکنیک‌های آموزش داده به خود مراجعین، می‌تواند به همکاری والدین در روند درمان و حمایت آنان پس از درمان نیز مربوط باشد و عدم پایداری نتایج درمان برای مراجع سوم در مرحله پیگیری می‌تواند به نبود همکاری و نبود حمایت والدین در حین درمان و محیط پرآشوب خانواده بعد از جلسات درمان از جمله طلاق والدین و زندانی شدن برادر مربوط باشد که باعث شده مشکل فرد دوباره عود کند و تداوم یابد. همچنین در تبیین این نتیجه می‌توان به پژوهش امرمن و برون (۲۰۱۸) استناد کرد که بیان کردند افرادی که به خودجراحی می‌پردازند آسیب‌پذیری‌های خاصی مانند ناتوانی در تنظیم هیجانات منفی دارند که منجر به پاسخ‌های ناکارآمد به وقایع استرس‌زای زندگی مانند اختلاف و طلاق والدین می‌شود؛ که متعاقباً عوامل میانجی که منجر به خودجراحی می‌شود، به‌خصوص خودانتقادی را در فرد تقویت می‌کند.

نتیجه دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمد، مشابه با نتیجه اول، رفتاردرمانی دیالکتیک برای مراجع اول و دوم در جهت افزایش شفقت خود سه مراجع با موفقیت درمانی همراه بوده؛ اما در مورد مراجع سوم گرچه در سنجش پس از درمان، درصد بهبودی موفقیت‌آمیز بوده و حتی نمره شفقت خود در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش داشته است؛ اما از نظر درصد بهبودی که ملاک قضاوت محقق جهت تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در این پژوهش بوده، این درمان برای مراجع سوم با شکست درمانی مواجه شده است. در نتیجه، این درمان قادر نبوده است که سطح شفقت خود مراجع سوم را به سطح افراد بهنجار برساند. نتیجه به دست آمده از افزایش شفقت خود در مراجع اول و دوم بر اساس نتایج پژوهش‌های پاتل و موونتان (۲۰۱۸) و تر آوست و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند روش‌های مداخله‌ای مانند یوگا و ذهن‌آگاهی قادر به افزایش شفقت خود در افراد هستند، قابل‌انتظار است. اما اثربخش نبودن رفتاردرمانی دیالکتیک بر مراجع سوم در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش وستفال و همکاران (۲۰۱۶)، قابل تبیین است که بیان کردند شفقت خود با نامعتبرسازی هیجانی، ارتباط منفی دارد. چراکه محیط خانواده برای مراجع سوم نیز یک محیط نامعتبرساز و همراه با آشفتگی‌ها و تنش‌های هیجانی زیاد از جمله طلاق والدین و زندانی شدن برادر بود و همین منجر به عدم همکاری والدین در درمان نوجوان شده بود. همین مسأله، عدم پایداری موفقیت درمان برای افزایش شفقت خود نوجوان سوم را تبیین می‌کند.

• نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر به صورت کلی نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود در هر سه مراجع در بعد از درمان، مؤثر بوده است؛ اما پایداری اثر درمان در مرحله پیگیری برای مراجع اول و دوم باقی ماند اما برای مراجع سوم با توجه به تبیین‌های ذکر شده، اثربخشی درمان پایدار باقی نماند.

با توجه به اینکه هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد و پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست می‌توان ذکر کرد که ابزارهای به‌کارگرفته شده جهت سنجش خودانتقادی و شفقت خود در پژوهش حاضر، مختص دوره نوجوانی نیست. لذا شاید به‌کارگیری

ابزارهای متناسب با این دوره سنی، نتایج دقیق‌تری به‌دست دهد. لذا با توجه به تغییرات هیجانی شدید در این دوره پیشنهاد می‌شود که در طی یک پژوهش کیفی در آینده، ابزارهای مختص نوجوانان طراحی گردد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک در صورت همکاری والدین در روند درمان و ارائه حمایت پس از درمان می‌تواند در کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود نوجوانان دختر با سابقه رفتارهای خودجرحی مؤثر باشد.

• تعارض منافع

حمایت مالی و تعارض منافع در پژوهش حاضر وجود نداشته است.

• تشکر و قدردانی

از همه مشارکت‌کنندگان که در روند انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، تشکر می‌کنیم.

• منابع

- اقدامی، زهرا؛ و فولادچنگ، محبوبه. (۱۴۰۱). پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس کنترل روان‌شناختی والدین: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. *مجله روانشناسی*، ۱۰۱، ۲۶، ۱۱-۱.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* ویراست پنجم. مترجم: یحیی سید محمدی (۱۳۹۷). تهران: نشر روان.
- بکائیان، مهدی؛ بلقان‌آبادی، مصطفی؛ اصغری نکاح، سید محسن؛ و باقرزاده گل‌مکانی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی روان‌نمایشگری و درمان شناختی رفتاری گروهی بر ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خودانتقادی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی. *مجله روانشناسی*، ۱۰۰، ۲۵، ۵۸۱-۵۷۱.
- حمیدپور، حسن؛ صاحبی، علی؛ و طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۴). مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴۲، ۲، ۱۶۳-۱۵۰.
- خسروی، صادقی، مجید؛ و یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). *مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴، ۱۳، ۵۹-۴۷.
- رجبی، غلام‌رضا؛ و عباسی، قدرت‌اله. (۱۳۹۰). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی‌شده در دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲، ۱، ۱۷۱-۱۸۲.
- کیانی، مسعود؛ حجازی، الهه؛ اژه‌ای، جواد؛ غلامعلی‌لوسانی. (۲۰۱۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه خودتنظیمی نوجوانی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *مجله روانشناسی*، ۸۱(۲۱)، ۳-۲۲.
- گولدنبرگ، هربرت و گولدنبرگ، آیرین. (۱۹۸۰). *خانواده‌درمانی*. مترجم: مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۴). تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- محمودی، هیوا. (۲۰۱۹). رابطه سبک‌های دلبستگی و گرایش به خودکشی با نقش تعدیل‌کنندگی خودانتقادی و وابستگی در دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۹۲(۲۳)، ۴۲۴-۴۳۹.
- موسوی‌هندری، طلیعه؛ محمودعلیلو، مجید؛ مدنی، یاسر. (۲۰۱۸). روابط ساختاری کودک‌آزاری و بد تنظیمی هیجانی با نشانه‌های شخصیت مرزی. *مجله روانشناسی*، ۸۶(۲۲)، ۱۸۸-۲۰۱.

- Ammerman, B. A. & Brown, S. (2018). The mediating role of self-criticism in the relationship between parental expressed emotion and NSSI. *Current Psychology*, 37(1), 325-333.
- Braden, A., Redondo, R., Ferrell, E., Anderson, L., Weinandy, J. G., Watford, T., Barnhart, W. R. (2022). An Open Trial Examining Dialectical Behavior Therapy Skills and Behavioral Weight Loss for Adults With Emotional Eating and Overweight/Obesity, *Behavior Therapy*, In press.
- Daly, O., & Willoughby, T. (2019). A longitudinal study investigating bidirectionality among nonsuicidal self-injury, self-criticism, and parental criticism. *Psychiatry research*, 271, 678-683.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Ader, D. N. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain*, 9(2), 105-121.
- Feldmann, L., Zsigo, C., Piechaczek, C., Schröder, P. T., Wachinger, C., Schulte-Körne, G., & Greimel, E. (2022). Visual attention during cognitive reappraisal in adolescent major depression: Evidence from two eye-tracking studies. *Behavior Research and Therapy*, 104099.

- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of applied behavior analysis*, 36(3), 387-406.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*, 1, 195-214.
- Halamová, J., Kanovský, M., Gilbert, P., Troop, N. A., Zuroff, D. C., Hermanto, N., & Kupeli, N. (2018). The factor structure of the forms of self-criticizing/attacking & self-reassuring scale in thirteen distinct populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40 (4), 736-751.
- Hummelen, B., Braeken, J., Buer Christensen, T., Nysaeter, T. E., Germans Selvik, S., Walther, K., & Paap, M. C. (2021). A psychometric analysis of the structured clinical interview for the DSM-5 alternative model for personality disorders module I (SCID-5-AMPD-I): Level of personality functioning scale. *Assessment*, 28(5), 1320-1333.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(3), 300.
- Jang, E. (2022). Mediating role of self-compassion in the association between moral injury and depression among Korean youths. *Heliyon*, e09429.
- Jiang, Y., You, J., Hou, Y., Du, C., Lin, M. P., Zheng, X., & Ma, C. (2016). Buffering the effects of peer victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The role of self-compassion and family cohesion. *Journal of Adolescence*, 53, 107-115.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PloS one*, 11(4), e0152880.
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological rehabilitation*, 24(3-4), 445-463.
- Liu, C. R., Wan, L. P., Liu, B. P., Jia, C. X., & Liu, X. (2022). Depressive symptoms mediate the association between maternal authoritarian parenting and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents. *Journal of affective disorders*, 305, 213-219.
- Mürner-Lavanchy, I., Koenig, J., Lerch, S., van der Venne, P., Höper, S., Resch, F., & Kaess, M. (2022). Neurocognitive functioning in adolescents with non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*.
- Nagy, L. M., Shanahan, M. L., & Baer, R. A. (2021). An experimental investigation of the effects of self-criticism and self-compassion on implicit associations with non-suicidal self-injury. *Behaviour research and therapy*, 139, 103819.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Paap, M., Heltne, A., Pedersen, G., Germans Selvik, S., Frans, N., Wilberg, T., & Hummelen, B. (2021). More is more: Evidence for the incremental value of the SCID-II/SCID-5-PD specific factors over and above a general personality disorder factor. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13 (2), 108-118.
- Patel, N. K., Nivethitha, L., & Mooventhan, A. (2018). Effect of a yoga based meditation technique on emotional regulation, self-compassion and mindfulness in college students. *Explore*, 14(6), 443-447.
- Rathus, J. H., Wagner, D., & Miller, A. L. (2015). Psychometric evaluation of the life problems inventory, a measure of borderline personality features in adolescents. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 5(4), 1-9.
- Ter Avest, M. J., Schuling, R., Greven, C. U., Huijbers, M. J., Wilderjans, T. F., Spinhoven, P., & Speckens, A. E. M. (2021). Interplay between self-compassion and affect during Mindfulness-Based Compassionate Living for recurrent depression: An Autoregressive Latent Trajectory analysis. *Behaviour research and therapy*, 146, 103946.
- Tsiachristas, A., McDaid, D., Casey, D., Brand, F., Leal, J., Park, A.-L., & Hawton, K. (2017). General hospital costs in England of medical and psychiatric care for patients who self-harm: a retrospective analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 759-767.
- Westphal, M., Leahy, R. L., Pala, A. N., & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry research*, 242, 186-191.
- Xavier, A., Gouveia, J. P., & Cunha, M. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence: The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Paper presented at the Child & Youth Care Forum*.

ساخت و هنجاریابی آزمون رایانه‌ای حافظه کاری کودکان The Constructing and Normalization of Computerized Children's Working Memory Test

Ali Akbar Sharifi PhD[✉]

Hossein Zare PhD

علی اکبر شریفی^۱

حسین زارع^۲

Abstract

In the case of working memory in children, due to the basic challenges in evaluating it, there are few tools. The present study was conducted with the aim of developing and standardizing a computerized working memory test for children. The method of this research is a descriptive study and test development. Among the first to sixth grade students of Shahrekord, 324 students were selected by multi-stage cluster sampling method and were measured by computerized working memory test for children. The results of exploratory factor analysis using principal component analysis with varimax rotation showed that 9 subscales explained 86.54% of the variance of the data. The first, second, third, and fourth factors explained 29.42, 19.78, 18.86, and 18.49 percent of variance, respectively. Also, the test-retest reliability coefficient of 0.814 was obtained for the whole test and the correlation between Working Memory Test Battery for Children and the computerized working memory test for children in the range of 0.513 to 0.791. In total, the findings of the research showed that computerized working memory test for children has satisfactory psychometric properties in the Iranian children's population, which can be used to measure children's working memory.

Keywords: Normalization, Working Memory Test for Children, Validity, Reliability

چکیده

در مورد حافظه کاری در کودکان به دلیل چالش‌های اساسی در ارزیابی آن، ابزارهای اندکی وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف ساخت و هنجاریابی آزمون رایانه‌ای حافظه کاری برای کودکان انجام شد. روش این پژوهش، توصیفی و از نوع آزمون‌سازی است از میان دانش‌آموزان پایه‌های اول تا ششم ابتدایی شهرکرد، ۳۲۴ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد و با برنامه سنجش حافظه کاری کودکان مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریمکس نشان داد که ۹ خرده‌مقیاس ۵۴/۸۶ درصد از واریانس داده‌ها را تبیین می‌کنند. عامل اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب ۲۹/۴۲، ۱۹/۷۸، ۱۸/۸۶ و ۱۸/۴۹ درصد از واریانس را تبیین کردند. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۱۴ برای کل آزمون به دست آمد و همبستگی بین مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان (حافیک) و برنامه سنجش حافظه کاری کودکان در دامنه ۰/۵۱۳ تا ۰/۷۹۱ بود در مجموع یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه رایانه‌ای سنجش حافظه کاری کودکان، ویژگی‌های روان‌سنجی رضایت‌بخشی در جامعه کودکان ایرانی دارد و می‌توان از آن در سنجش حافظه کاری کودکان استفاده کرد. **واژه‌های کلیدی:** هنجاریابی، آزمون حافظه کاری کودکان، روایی، اعتبار

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۹/۲۱ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۲/۲۴

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

● مقدمه

حافظه کاری (working memory)، توانایی ذخیره‌سازی موقتی و تبدیل اطلاعات برای پشتیبانی از سایر کارکردهای شناختی است. حافظه کاری یک سیستم با ظرفیت محدود است که به فرد امکان نگهداری و دست‌کاری ذهنی اطلاعات دریافتی در حین انجام تکالیف شناختی را می‌دهد (گری و همکاران، ۲۰۱۷). بدلی (۲۰۱۲) چهار مؤلفه برای حافظه کاری مطرح می‌کند که عبارت هستند از واحد مجری مرکزی (central executive) که مسئول تمرکز، تغییر توجه و تقسیم توجه است و پیوند حافظه بلندمدت و حافظه کاری را برقرار می‌کند. صفحه دیداری فضایی (visuospatial sketchpad) که اطلاعات دیداری و فضایی را نگه می‌دارد و اجازه اندوزش موقت و دست‌کاری اطلاعات فضایی و دیداری را می‌دهد. حلقه واج‌شناختی (phonological loop) یک انباره آوایی است که اطلاعات کلامی و صوتی را نگه‌داری می‌کند و میان‌گیر چندبخشی یا حافظه موقت رویدادی (episodic buffer) یک حافظه موقت چندوجهی که قادر به یکپارچه کردن اطلاعات از حلقه واج‌شناختی و صفحه دیداری-فضایی در انباره حافظه درازمدت است و تعامل بین مؤلفه‌های حافظه کاری را برقرار می‌کند و اطلاعات زیرسیستم‌های حافظه کاری و حافظه بلندمدت را به هم ارتباط می‌دهد.

حافظه کاری جزئی از الگوی شناختی پردازش اطلاعات است (زارع و همکاران، ۱۳۹۸) و برای تمام کارکردهای شناختی که متکی به کنترل شناختی هستند، بسیار مهم است از جمله یادگیری زبان (بدلی، ۲۰۱۷). درک زبان (ووگز و همکاران)؛ توانایی خواندن (ژانگ و مالانتشا جوشی، ۲۰۲۰)؛ ریاضیات (بال و لی، ۲۰۱۴) و استدلال (گری و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات زیادی گزارش کرده‌اند که کودکان با نمرات حافظه کاری بالا، خلاقیت نمایشی بالاتری دارند (طولابی و متولی‌زاده، ۱۴۰۰)، مهارت‌های اجتماعی بیشتری را نشان می‌دهند (مک کواد و همکاران، ۲۰۱۳). رفتارهای هدفمند موفق‌تر (مارکوویچ و همکاران، ۲۰۱۰)، پذیرش و مشارکت بیشتر در کلاس و فعالیت‌ها و دستاوردهای بیشتر در ریاضیات و خواندن دارند (فیتزپاتریک و پاگانی، ۲۰۱۲). از طرف دیگر ضعف در حافظه کاری در کودکان با اختلال در خواندن (ناجی و همکاران، ۱۳۹۹) و ضعف در ریاضیات (سودرکویست و برگمن ناتلی، ۲۰۱۵)، پیشرفت ضعیف در مدرسه (رابرتز و همکاران، ۲۰۱۶)، مشکل در حل مسئله (ویلی و یاروس، ۲۰۱۲) و اختلال‌ها در حفظ و تداوم توجه (فریدمن و همکاران، ۲۰۱۸) همراه است. حافظه کاری اغلب به دلیل نقش اصلی آن در پردازش زبان، اندیشه و عمل به‌عنوان "میز کار ذهنی" یا "فضای کاری" محسوب می‌شود. به دلیل اهمیت آن برای عملکرد شناختی، سال‌ها مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان شناختی و رشدی قرار گرفته است (رومان و همکاران، ۲۰۱۴).

ظرفیت حافظه کاری به موازات افزایش سن تا حدود ۲۰ سالگی افزایش می‌یابد، پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که به خاطر تغییر ساختارهای مغزی و کسب توانایی بهتر در یادآوری و شیوه‌های به خاطر سپاری و همچنین افزایش توانمندی‌ها در سایر کارکردهای شناختی مانند انعطاف‌پذیری شناختی، ظرفیت توجه، سرعت پردازش اطلاعات و ... با افزایش سن، ظرفیت حافظه کاری افزایش می‌یابد (بهارادواج و همکاران، ۲۰۱۵).

تفاوت‌های فردی در حافظه کاری بر عملکرد شناختی، تحصیلی و حرفه‌ای بزرگسالان و کودکان تأثیر می‌گذارد (کاوان، ۲۰۱۴). در حال حاضر در مورد حافظه کاری در کودکان به دلیل چالش‌های اساسی که در ارزیابی این فرایندها در این محدوده سنی وجود دارد، شناخت کمی وجود دارد. هرچند کودکان دانش عمومی محدودی دارند، از نظر کلامی مهارت کمتری دارند و ممکن است تکانشی‌تر عمل کنند، ارزیابی حافظه کاری در کودکان امکان‌پذیر است و پیشینه رو به رشد از اعتبار و اهمیت اندازه‌گیری این فرایندها در کودکان پشتیبانی می‌کند. بول و همکاران (۲۰۰۸)، نشان دادند که چندین جنبه شناخت از جمله کنترل اجرایی، حافظه کاری، حل مسئله و هوش را می‌توان در کودکان از سن ۲۶ ماهگی ارزیابی کرد. کارلسون (۲۰۰۵) داده‌های مربوط به بیش از ۶۰۰ کودک، از سن ۲۲ تا ۸۳ ماهگی را بر اساس ۹ مطالعه با استفاده از مجموعه تکالیف کارکردی، مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. وی دریافت که بیشتر کودکان اکثر وظایف کارکردی را با موفقیت انجام می‌دهند.

علی‌رغم اهمیت بسیار زیاد سنجش حافظه کاری، ابزارهای تشخیص کمی برای ارزیابی جامع حافظه کاری در کودکان وجود دارد (کیچ و همکاران، ۲۰۱۷). آزمون‌های هم که وجود دارد حاوی تکالیفی هستند که به وضوح عملکرد در یک مؤلفه خاص را منعکس نمی‌کنند و بین مؤلفه‌های حافظه کاری تفکیک نمی‌گذارند. شناخته‌شده‌ترین مجموعه آزمون‌های حافظه کاری که در حال حاضر مورد

استفاده قرار می‌گیرند، عبارت هستند از ارزیابی خودکار حافظه کاری (automated working memory assessment): تریسی پاکام (آلوی، ۲۰۰۷) و شاخص حافظه کاری در مقیاس هوش و کسلر کودکان (نا و برنز، ۲۰۱۶) علاوه بر این، برخی از مقیاس‌های مربوط به حافظه کاری مانند مقیاس رتبه‌بندی حافظه کاری (working memory rating scale؛ آلوی و گدرکول، ۲۰۰۸) و پرسشنامه رتبه‌بندی رفتاری کارکرد اجرایی (behavior rating inventory of executive function؛ جیویا و همکاران، ۲۰۰۰) آزمون‌های شناختی نیستند بلکه پرسشنامه‌هایی هستند که به‌طور عمده برای غربال دانش‌آموزان طراحی شده‌اند. با توجه به پاسخ معلمان به پرسشنامه‌ها، محققان می‌توانند تشخیص دهند که آیا حافظه کاری دانش‌آموزان دچار نقص هست یا خیر. با این حال، نتایج این روش تحت تأثیر احساسات ذهنی معلمان است و بنابراین منعکس‌کننده پتانسیل حافظه کاری دانش‌آموزان نیست (آلوی و همکاران، ۲۰۰۹).

آزمون‌های سنتی کاغذ و مدادی محدودیت‌هایی از نظر دقت، قابلیت اطمینان و عدم جذابیت برای کودکان دارند. علاوه بر این، فرآیند امتیازدهی دستی می‌تواند زمان‌بر و مستعد خطای انسانی باشد. آزمون‌های رایانه‌ای، پتانسیل غلبه بر این محدودیت‌ها و ارزیابی کارآمدتر و عینی‌تر از توانایی‌های حافظه کاری در کودکان را ارائه می‌دهند. با توجه به خلاء آزمون‌های رایانه‌ای استاندارد برای سنجش حافظه کاری، نیاز به توسعه فرآیندهای استاندارد برای ساخت و هنجاریابی آزمون‌های رایانه‌ای وجود دارد. لذا این پژوهش با هدف ساخت و هنجاریابی آزمون رایانه‌ای حافظه کاری کودکان طراحی و اجرا گردید و به این منظور برنامه سنجش حافظه کاری که زیرمجموعه آزمون‌های حافظه کودک (ماحک) است که برای سنجش حافظه کاری در کودکان بر اساس مدل حافظه کاری بدلی و همکاران (۲۰۱۲) توسط نویسندگان مقاله طراحی و ساخته شده است. برنامه سنجش حافظه کاری شامل ۸ تکلیف حافظه است که مؤلفه‌های مجری مرکزی، صفحه دیداری فضایی، حلقه واج‌شناختی و سیستم پیونددهنده حافظه کاری (حافظه موقت رویدادی) را می‌سنجد و در بخش ابزار پژوهش کامل توضیح داده شده‌اند.

• روش

این پژوهش، توصیفی و از نوع آزمون‌سازی است آزمودنی‌های پژوهش ۳۲۴ دانش‌آموز پایه‌های اول تا ششم دبستان شهر شهرکرد بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی - چندمرحله‌ای از میان دانش‌آموزان کلاس‌های اول تا ششم انتخاب شدند. برای انجام آن نخست از ۲ ناحیه آموزش و پرورش شهرکرد، ۱۲ دبستان (شش دبستان دخترانه و شش دبستان پسرانه) به تصادف انتخاب شد. سپس از هر دبستان یک کلاس به تصادف انتخاب و مورد سنجش قرار گرفتند.

• ابزارها

الف) آزمون حافظه فعال برای کودکان (working memory test battery-children- WMTBC): مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان، حافظه کاری کودکان سنین ۵ تا ۱۵ سال را می‌سنجد. این آزمون توسط پیکرینگ و گدرکول (۲۰۰۱) تهیه و تنظیم شده است و در ایران توسط ارجمندنیا (۱۳۹۶) هنجاریابی شده است. این آزمون ۹ خرده‌مقیاس برای سنجش ۳ مؤلفه اصلی حافظه کاری، حلقه واج‌شناختی (یادآوری رقم، تطبیق لیست لغت، یادآوری لیست لغت و یادآوری لیست هجاهای بی‌معنی) صفحه دیداری فضایی (یادآوری مکعب و حافظه مازها) و مجری مرکزی (یادآوری شنیدن، یادآوری شمارش و یادآوری رقم رو به عقب) دارد. مجموع نمره عملکرد فرد در این سه مؤلفه نیز بهره حافظه کاری را مشخص می‌سازد. اعتبار خرده‌آزمون‌ها نسخه اصلی در دامنه ۰/۴۳ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. در ایران اعتبار کل آزمون به روش بازآزمایی، ۰/۸۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۳۸ تا ۰/۸۳ گزارش شده است همچنین روایی کل آن ۰/۷۹ محاسبه شده است. در این آزمون به هر پاسخ درست یک نمره تعلق می‌گیرد و با سه خطای متوالی، آزمون متوقف می‌شود با احتساب جمع نمرات و با رجوع به جدول نمرات استاندارد و رتبه‌های درصدی، وضعیت آزمودنی مشخص می‌شود.

ب) نرم‌افزار سنجش حافظه کاری (working memory measurement software): برنامه سنجش حافظه کاری زیرمجموعه آزمون‌های حافظه کودک است که به‌منظور سنجش حافظه کاری در کودکان بر اساس مدل حافظه کاری بدلی و همکاران (۲۰۱۲)، ساخته شده است. برنامه سنجش حافظه کاری شامل ۸ تکلیف حافظه است که مؤلفه‌های مجری مرکزی، صفحه دیداری

فضایی، حلقه واج‌شناختی و سیستم پیونددهنده حافظه کاری (حافظه موقت رویدادی) را می‌سنجند. این تکالیف حافظه در قالب بازی با گرافیک و محیطی جذاب برای کودکان طراحی شده‌اند.

حلقه واج‌شناختی مسئول نگهداری و دست‌کاری اطلاعات کلامی و شنیداری است و از طریق تکالیف بازنشاسی اعداد به دو شکل بازنشاسی مستقیم و معکوس و تکرار ناواژه‌ها سنجیده می‌شود. در تکلیف بازنشاسی اعداد، نرم‌افزار یک سری اعداد تک‌رقمی تصادفی را می‌خواند و آزمودنی باید اعداد را به همان ترتیب گفته‌شده تکرار کند. سری اعداد ابتدا با دو رقم شروع می‌شود و بعد از هر بار ارائه، یک رقم به زنجیره اضافه می‌شود تا زنجیره، حداکثر ۹ رقم شود. پس از اتمام خواندن هر سری، ۱۰ ثانیه به آزمودنی فرصت می‌دهد تا اعداد را دقیقاً به همان ترتیبی که شنیده است با انتخاب اعداد نمایش داده شده در صفحه‌نمایش، یادآوری کند. آزمون بعد از دو شکست متوالی قطع می‌شود. نمره کل بر اساس تعداد کل سری‌هایی که به‌درستی یادآوری شده‌اند؛ محاسبه می‌شود. بازنشاسی اعداد به دو صورت می‌تواند انجام شود، الف) مستقیم، یعنی اگر مثلاً اعداد ۸، ۳، ۸ برای آزمودنی خوانده شد، کاربر در مرحله بازنشاسی باید به همین ترتیب ابتدا عدد ۴ سپس ۸ و در نهایت عدد ۳ را انتخاب کند. ب) معکوس یعنی کاربر باید ابتدا عدد ۳ سپس ۸ و در نهایت عدد ۴ را انتخاب کند. در تکلیف تکرار ناواژه‌ها، نرم‌افزار یک سری ناواژه را تصادفی می‌خواند و آزمودنی باید ناواژه‌ها را به همان ترتیب گفته شده، تکرار کند. سری ناواژه‌ها ابتدا با یک ناواژه شروع می‌شود و بعد از هر بار ارائه، یک ناواژه به زنجیره اضافه می‌شود تا زنجیره، حداکثر نه ناواژه شود. پس از اتمام خواندن هر سری، ۱۰ ثانیه به آزمودنی فرصت می‌دهد تا ناواژه‌ها را دقیقاً به همان ترتیبی که شنیده است با انتخاب ناواژه‌های نمایش داده شده در صفحه‌نمایش، یادآوری کند. آزمون بعد از دو شکست متوالی قطع می‌شود. نمره کل بر اساس تعداد کل سری‌هایی که به‌درستی یادآوری شده‌اند محاسبه می‌شود.

صفحه دیداری فضایی مسئول نگهداری و دست‌کاری اطلاعات دیداری و فضایی است و از طریق تکالیف چراغ‌های چشمک‌زن و یادآوری ترتیب اشکال هندسی مورد سنجش قرار می‌گیرد. در تکلیف چراغ‌های چشمک‌زن، ماتریسی از چراغ‌ها به رنگ‌های مختلف به کاربر نشان داده می‌شود و به‌صورت تصادفی چند چراغ به‌نوبت روشن می‌شود و کاربر باید ترتیب و محل روشن شدن آنها را به خاطر بسپارد و سپس در مرحله یادآوری به ترتیب روشن شدن چراغ‌ها در مرحله قبل، روی آنها کلیک نماید. آزمون بعد از دو شکست متوالی قطع می‌شود و نمره کل بر اساس تعداد پاسخ‌های درست، محاسبه می‌شود.

در تکلیف یادآوری ترتیب اشکال هندسی، یک سری اشکال هندسی به‌صورت تصادفی به مدت چند ثانیه به کاربر نشان داده می‌شود و کاربر در مرحله بازنشاسی باید اشکال نمایش داده شده را از میان اشکال هندسی بازنشاسی نماید. آزمون بعد از دو شکست متوالی قطع می‌شود و نمره کل بر اساس تعداد کل اشکال هندسی که به‌درستی یادآوری شده‌اند محاسبه می‌شود.

مجری مرکزی که مسئول برقراری پیوند حافظه بلندمدت و حافظه کاری است و عهده‌دار تمرکز، تغییر توجه و تقسیم توجه است که توسط تکالیف n-back شنیداری و دیداری سنجیده می‌شود. تکلیف n-back یک تکلیف به‌روزرسانی است که در آن زنجیره‌ای از محرک‌ها ارائه می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود قضاوت کند که آیا محرک ارائه شده شبیه به محرک‌های ارائه شده قبلی است. در تکلیف شنیداری صدای پرندگان با تن متفاوت پخش می‌شود مثلاً در سطح ۱ آزمودنی باید به صدای پرندگوش دهد و در صورت مشابه بودن صدا با صدای قبلی، روی دکمه «مشابه» کلیک کند. در تکلیف n-back دیداری تصویر پرندگوش با رنگ و شکل متفاوت به آزمودنی نشان داده می‌شود و آزمودنی باید به شکل و رنگ پرندگوش توجه کند و هرگاه تصویر ارائه شده با تصویر قبلی مشابه بود، روی دکمه «مشابه» کلیک کند.

حافظه موقت رویدادی یک حافظه موقت چندوجهی است که اطلاعات حلقه واج‌شناختی و صفحه دیداری- فضایی را یکپارچه و تعامل بین مؤلفه‌های حافظه کاری را برقرار می‌کند برای سنجش این مؤلفه از تکلیف ناواژه- صدا و فراخوانی پیوند دیداری استفاده می‌شود. در تکلیف ناواژه- صدا، نرم‌افزار یک سری جفت ناواژه- صدا را پخش می‌کند و آزمودنی باید جفت ناواژه- صدا را به خاطر بسپارد. سری جفت ناواژه- صدا ابتدا با یک جفت شروع می‌شود و بعد از هر بار ارائه، یک جفت به زنجیره اضافه می‌شود تا زنجیره، حداکثر ۹ جفت شود. در سطح اول، یک صدای غیر گفتاری (مثلاً صدای بوق) با یک ناواژه (مثلاً "لاب") توسط نرم‌افزار ارائه می‌شود و آزمودنی باید آن را به خاطر بسپارد و در مرحله یادآوری با شنیدن صدای غیر گفتاری که نرم‌افزار پخش می‌کند، ناواژه مرتبط را از میان ناواژه‌های ارائه شده در صفحه نمایش انتخاب کند. در تکلیف پیوند دیداری ابتدا در یک جدول ۴*۴ تعدادی چندضلعی نشان

داده می‌شود بعد از نمایش آخرین چندضلعی در هر کوشش، تعدادی چندضلعی در کنار یک جدول خالی ۴*۴ در صفحه‌نمایش ظاهر می‌شود. کودک باید چندضلعی‌ها را یکی‌یکی انتخاب و در جای مناسب در جدول قرار دهد. تعداد چندضلعی‌ها از ۱ تا ۶ عدد است تکلیف پیوند دیداری ابتدا با یک چندضلعی شروع می‌شود و بعد از هر بار ارائه، یک چندضلعی اضافه می‌شود تا حداکثر ۶ چندضلعی ارائه می‌شود. هر مرحله شامل دو کوشش است

• یافته‌ها

جدول ۱ آماره‌های توصیفی در مورد نمونه پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود ۵۰/۶ درصد آزمودنی‌ها پسر (۱۶۴) و ۴۹/۴ درصد دختر (۱۶۰) هستند. همچنین این جدول نسبت سنی آزمودنی‌ها را برحسب ماه نشان می‌دهد به‌عنوان مثال همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، در گروه سنی ۷۲-۸۳ ماه، ۲۵ نفر پسر و ۲۱ نفر دختر وجود داشته است. جدول ۲ و ۳ میانگین و انحراف استاندارد دانش آموزان پسر و دختر را به تفکیک سن در ۹ خرده‌مقیاس نشان می‌دهد.

جدول ۱. فراوانی و درصد آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت و گروه سنی

گروه سنی به ماه	پسر	دختر
۷۲-۸۳	۲۵(۱۵/۲)	۲۱(۱۳/۱)
۸۴-۹۵	۲۹(۱۷/۷)	۲۶(۱۶/۳)
۹۶-۱۰۷	۲۹(۱۷/۷)	۲۸(۱۷/۵)
۱۰۸-۱۱۹	۲۵(۱۵/۲)	۳۱(۱۹/۴)
۱۲۰-۱۳۱	۲۹(۱۷/۷)	۳۰(۱۸/۸)
۱۳۲-۱۴۲	۲۷(۱۶/۵)	۲۴(۱۵)
کل	۱۶۴(۵۰/۶)	۱۶۰(۴۹/۴)

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد دانش آموزان پسر به تفکیک سن در ۹ خرده‌مقیاس

خرده‌آزمون	۷۲-۸۳		۸۴-۹۵		۹۶-۱۰۷		۱۰۸-۱۱۹		۱۲۰-۱۳۱		۱۳۲-۱۴۲	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
بازشناسی اعداد مستقیم	۲/۱۷	۸/۳۲	۲/۶۹	۱۰/۳۴	۳/۱۱	۱۰/۴۱	۲/۶۴	۳/۱۲	۲/۸۸	۱۲/۶۹	۲/۸۸	۱۴/۴۸
بازشناسی اعداد معکوس	۱/۸۶	۶/۸۸	۲/۱۸	۸/۵۹	۳/۲۵	۸/۶۶	۲/۶۹	۱۰/۷۲	۳/۲۵	۱۱/۲۴	۲/۶۳	۱۲/۲۴
تکرار ناواژه‌ها	۲/۲۷	۷/۹۲	۲/۶۳	۹/۴۱	۳/۱۸	۹/۵۵	۲/۹۹	۱۱/۵۶	۳/۱۱	۱۱/۹۷	۲/۴۱	۱۳/۱۲
چراغ‌های چشمک‌زن	۳/۱	۱۱/۱۲	۲/۶۳	۱۰/۹۷	۲/۶	۱۱/۹	۲/۶۷	۱۲/۰۴	۲/۸۸	۱۱/۹	۲/۸۹	۱۲/۸۹
اشکال هندسی	۳/۰۴	۹/۲	۲/۶۸	۹/۰۳	۲/۵۶	۹/۲۸	۲/۹	۹/۶	۳/۰۹	۱۰/۱۴	۱۱/۰۴	۱۱/۰۴
n-back شنیداری	۲/۲۵	۸/۶۴	۲/۳۵	۸/۴۱	۱/۹۸	۹/۱۴	۲/۲۹	۹/۸	۲/۹۵	۱۰/۳۱	۲/۹۵	۱۰/۰۹
n-back دیداری	۳/۱۵	۹/۴	۲/۹۶	۸/۷۶	۱/۸۸	۹/۷۲	۲/۰۹	۹/۷۲	۲/۹۷	۱۰/۳۴	۲/۹۷	۱۰/۱۵
ناواژه- صدا	۲/۱۲	۸/۶۸	۱/۶۷	۸/۲۸	۲/۱۴	۸/۹	۲/۱۴	۹	۲/۴۵	۱۰/۳۱	۲/۴۵	۱۰/۵۲
پیوند دیداری	۲/۱۲	۷/۸۴	۱/۶۴	۷/۵۵	۱/۵۳	۷/۹۳	۲/۱۷	۸/۶۸	۲/۲۸	۹/۴۱	۲/۲۸	۹/۵۶

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد دانش آموزان دختر به تفکیک سن در ۹ خرده‌مقیاس

خرده‌آزمون	۷۲-۸۳		۸۴-۹۵		۹۶-۱۰۷		۱۰۸-۱۱۹		۱۲۰-۱۳۱		۱۳۲-۱۴۲	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
بازشناسی اعداد مستقیم	۲/۷۹	۱۰/۴۸	۲/۸۷	۱۰/۶۵	۳/۰۵	۱۳/۰۷	۲/۹۷	۲/۸۳	۲/۷۹	۱۳/۵۷	۲/۷۹	۱۴/۲۱
بازشناسی اعداد معکوس	۲/۵۶	۸/۱۴	۲/۸	۸/۶۲	۳/۰۷	۱۱/۸۲	۲/۹۸	۱۰/۹۴	۳/۰۳	۱۱/۶۷	۲/۲۱	۱۲/۲۱
تکرار ناواژه‌ها	۲/۲۵	۹/۳۸	۲/۵۵	۹/۷۷	۲/۸۹	۱۲/۵	۲/۹۳	۱۲/۱۶	۳/۰۴	۱۲/۷۷	۲/۲۹	۱۳/۲۲
چراغ‌های چشمک‌زن	۳/۱۴	۱۱/۳۳	۳/۳	۱۱/۶۹	۲/۹۴	۱۱/۱۱	۲/۴۵	۲/۵۹	۲/۴۹	۱۲/۲۷	۲/۶۷	۱۲/۵۵
اشکال هندسی	۲/۴۱	۹/۲۹	۲/۶۷	۸/۳۵	۲/۵۳	۹/۲۱	۲/۹۷	۲/۵۱	۳/۰۱	۱۰/۴۷	۲/۴۱	۱۰/۳۳
n-back شنیداری	۳/۱	۹/۷۱	۲/۵۳	۹/۴۲	۱/۳۷	۹/۳۹	۲/۳۴	۹/۹۷	۱۰/۳	۲/۳۴	۲/۶۴	۸/۹۶
n-back دیداری	۲/۶۴	۱۰/۱	۲/۷۳	۹/۷۳	۳/۰۹	۹/۶۸	۲/۳۷	۱۰/۳۲	۱۰/۴۷	۲/۳۷	۲/۲۹	۹/۴۶
ناواژه- صدا	۲/۱۷	۸/۲۹	۲/۳	۹	۱/۳۱	۸/۱۱	۲/۲	۹/۶۱	۱۰/۲۳	۲/۳۷	۱۰/۱۷	۲/۰۶
پیوند دیداری	۲/۰۶	۷/۳۸	۲/۱۸	۸/۴۶	۲/۳۵	۸/۸۹	۲/۷۸	۸/۶۸	۲/۲۸	۹/۶۷	۲/۲۸	۱۰/۲۱

برای بررسی روایی سازه آزمون از روش تحلیل عوامل اکتشافی استفاده شد. ابتدا برای بررسی کفایت نمونه‌گیری و پیش‌فرض کروییت داده‌ها، آماره‌های KMO و بارتلت محاسبه شد. مقدار KMO معادل ۰/۷۴۷ به دست آمد که بالاتر از ۰/۷ است و کفایت نمونه‌گیری را نشان می‌دهد همچنین مجذور کای آزمون بارتلت ۱۵۶۰/۱۸، محاسبه گردید که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود و مفروضه کروییت داده‌ها تأیید شد.

نتایج تحلیل عامل اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریمکس در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار ویژه (eigenvalue) ۴ عامل، قابل توجه است و ۹ خرده‌مقیاس ۵۴/۸۶ درصد از واریانس داده‌ها را تبیین می‌کنند. عامل اول ۲۹/۴۲ درصد، عامل دوم ۱۹/۷۸ درصد، عامل سوم ۱۸/۸۶ درصد و عامل چهارم ۱۸/۴۹ درصد از واریانس را تبیین می‌کنند. به‌منظور بررسی انطباق عوامل به دست آمده در تحلیل عوامل با چهار مقیاس مشخص شده آزمون، از نتایج حاصل از ماتریس چرخش‌یافته عوامل با چرخش واریمکس استفاده گردید. جدول ۴ نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس‌های بازشناسی اعداد مستقیم، بازشناسی اعداد معکوس و تکرار ناواژه‌ها روی عامل اول قرار می‌گیرند، همچنین خرده‌مقیاس‌های چراغ‌های چشمک‌زن و اشکال هندسی روی عامل دوم قرار می‌گیرند و عامل سوم، خرده‌مقیاس‌های ناواژه- صدا و پیوند دیداری را در برمی‌گیرد. عامل چهارم، خرده‌مقیاس‌های n-back شنیداری و n-back دیداری را در برمی‌گیرد. بر اساس محتوی خرده‌مقیاس‌های، عامل اول، حلقه واج‌شناختی؛ عامل دوم صفحه دیداری فضایی؛ عامل سوم، حافظه موقت رویدادی و عامل چهارم، مجری مرکزی را می‌سنجد.

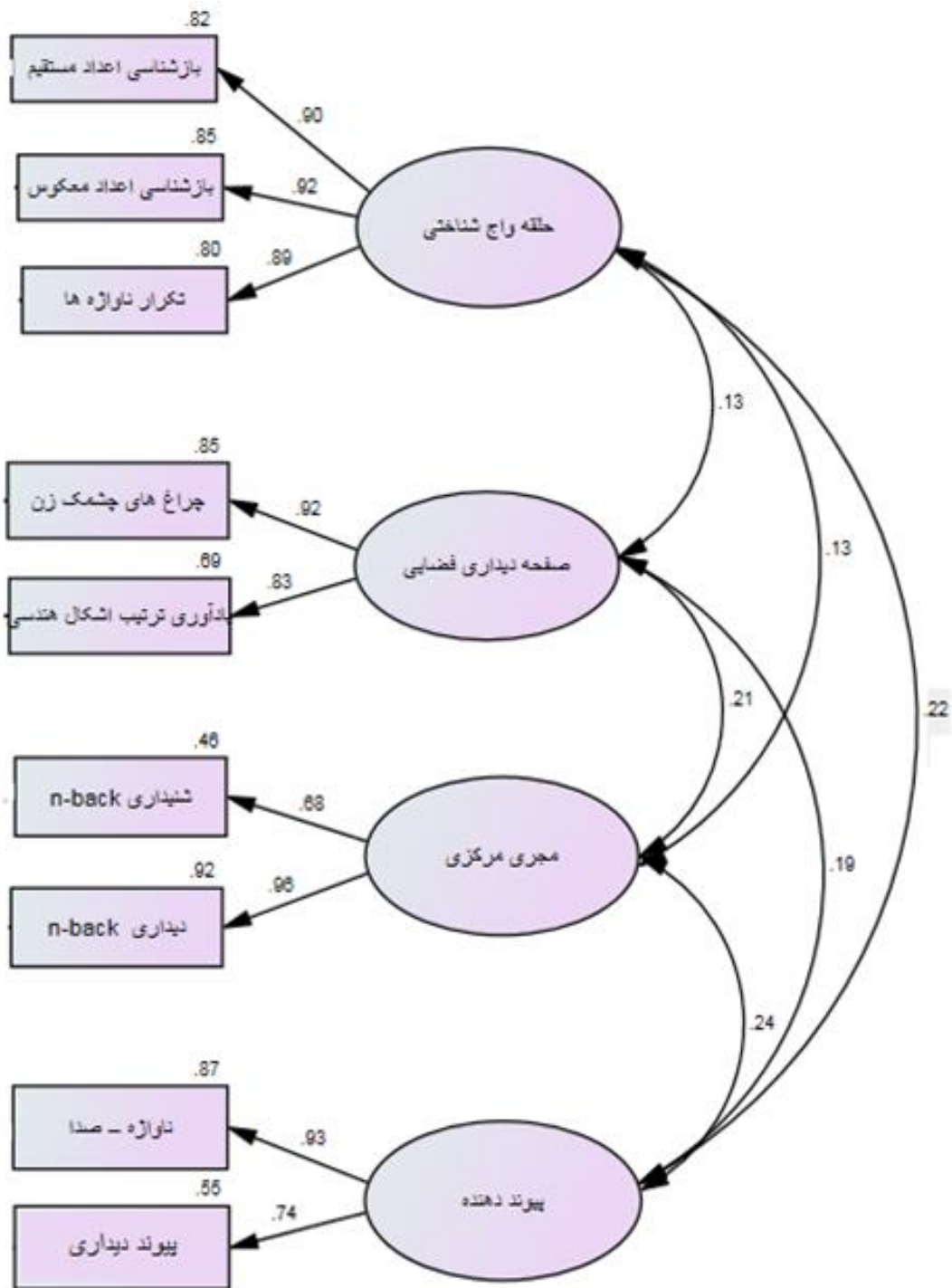
با استفاده از نرم‌افزار Amos-21، تحلیل عوامل تأییدی انجام شد. به استناد شاخص نیکویی برازش (goodness of fit -GFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (comparative fit index- CFI)، شاخص برازندگی نرمال شده (normed fit index- NFI)، شاخص توکر-لویز (Tucker-Lewis index- TLI) و ریشه خطای میانگین مجذور تقریب (Root Mean Square Error of Approximation- RMSEA) در جدول ۵ نشان داده شده است مدل ۴ عاملی با داده‌ها به‌خوبی برازش دارد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌گردد مقدار شاخص‌های GFI، CFI، NFI و TLI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ است و مقدار RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۵ است که برازش خوب مدل با داده‌ها را نشان می‌دهد. همچنین نمودار ۱، بارهای عاملی و خرده‌آزمون‌های بار شده بر چهار سازه آزمون را نشان می‌دهد. مستطیل‌ها، خرده‌مقیاس‌ها و بیضی‌ها، متغیرهای مکنون یا خطا را نشان می‌دهند. ارزش‌های نوشته شده روی پیکان‌ها، میزان بار عاملی هر گویه بر سازه مورد اشاره را نشان می‌دهند همچنین مقادیر نوشته شده در کنار مستطیل‌ها میزان واریانس خرده‌آزمون که توسط عامل تبیین می‌گردد را نشان می‌دهند.

جدول ۴. عوامل استخراج شده برنامه سنجش حافظه کاری کودکان به شیوه تحلیل عوامل با چرخش واریمکس

عوامل				خرده‌مقیاس‌ها
عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	
			۰/۹۰	بازشناسی اعداد مستقیم
			۰/۹۲	بازشناسی اعداد معکوس
			۰/۸۹	تکرار ناواژه‌ها
		۰/۹۲		چراغ‌های چشمک‌زن
		۰/۸۳		اشکال هندسی
	۰/۶۸			n-back شنیداری
	۰/۹۶			n-back دیداری
۰/۹۳				ناواژه - صدا
۰/۷۴				پیوند دیداری

جدول ۵. شاخص‌های نیکویی برازش مدل چهار عاملی حافظه کاری

χ^2	P	GFI	CFI	NFI	TLI	RMSEA
۴۸۵/۶۱	>۰/۰۰۱	۰/۹۳۶	۰/۹۰۹	۰/۸۸۲	۰/۸۸۶	۰/۰۴۸



تصویر ۱. ضرایب استاندارد ساختار عاملی برنامه سنجش حافظه کاری کودکان

برای بررسی اعتبار آزمون از روش بازآزمایی استفاده شد. آزمون در دو نوبت و تحت شرایط مشابه برای یک گروه واحد اجرا گردید و همبستگی بین نمرات دوباره اجرای آزمون محاسبه گردید و ضریب همبستگی ۰/۸۱۴ برای کل آزمون به دست آمد. همچنین از روش آزمون‌های هم‌تا برای محاسبه اعتبار استفاده گردید برای این منظور مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان (حافیک) اجرا شد و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های مجموعه آزمون حافظه فعال و برنامه سنجش حافظه کاری کودکان محاسبه شد جدول ۶ این محاسبات را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌کنید بیشترین همبستگی (۰/۷۹۱) بین خرده‌مقیاس صفحه دیداری فضایی و خرده‌آزمون یادآوری اشکال هندسی است. در مجموع آزمون‌های برنامه سنجش حافظه کاری کودکان و زیرمقیاس‌های مجموعه آزمون حافظه فعال همبستگی قابل توجهی داشتند این همبستگی‌ها در دامنه ۰/۵۱۳ تا ۰/۷۹۱ بود.

جدول ۶. ضرایب همبستگی بین برنامه سنجش حافظه کاری کودکان و مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان (حافیک)

مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان (حافیک)				برنامه سنجش حافظه کاری کودکان
مجری مرکزی	صفحه دیداری فضایی	حلقه واج‌شناختی	نمره کل حافظه	
		۰/۷۷۱**	۰/۷۶۹**	بازشناسی اعداد مستقیم
		۰/۷۸۵**	۰/۷۸۱**	بازشناسی اعداد معکوس
		۰/۶۷۱**	۰/۶۶۵**	تکرار ناواژه‌ها
	۰/۷۶۶**		۰/۷۲۶**	چراغ‌های چشمک‌زن
	۰/۷۹۱**		۰/۷۱۲**	اشکال هندسی
۰/۶۹۴**			۰/۶۸۳**	n-back شنیداری
۰/۶۲۳**			۰/۶۷۱**	n-back دیداری
۰/۵۱۳**			۰/۵۲۸**	ناواژه- صدا
۰/۵۸۶**			۰/۵۹۱**	پیوند دیداری

• بحث

از آزمون‌های شناختی در گستره وسیعی هم برای سنجش افراد بهنجار و هم در موقعیت‌های بالینی برای سنجش اختلال‌های شناختی استفاده می‌شود. از این ابزارها برای سنجش توانایی‌های شناختی مختلف، پیش‌بینی نتایج درمانی، تخمین شدت آسیب‌ها و طراحی برنامه‌های درمانی استفاده می‌شود (ویلوبی و همکاران، ۲۰۱۲). اولین گام در ارزیابی توانایی‌های شناختی، تهیه و اعتباریابی ابزارهای سنجش توانمندی‌های شناختی است، یکی از توانمندی‌های شناختی بسیار مؤثر و کلیدی، حافظه کاری است. حافظه کاری در واقع نظامی برای پردازش، ذخیره‌سازی و دست‌کاری اطلاعات لازم برای تکالیف شناختی مختلف است. حافظه کاری، ارتباط نزدیکی با موفقیت تحصیلی دانش آموزان در سال‌های مدرسه دارد. بین حافظه کاری و موفقیت در خواندن، ریاضیات و درک زبان همبستگی قابل توجهی وجود دارد (فرست و هیتچ، ۲۰۰۰) و همچنین بیان شده که میزان حافظه کاری در کودکان بهترین پیش‌بینی‌کننده موفقیت آنها در توانایی‌های تحصیلی سه سال بعد آنها است (آلوی و همکاران، ۲۰۰۶).

این پژوهش، با هدف ساخت و هنجاریابی آزمون رایانه‌ای حافظه کاری برای کودکان انجام شد. نتایج مربوط به محاسبه ضرایب اعتبار و روایی آزمون نشان داد که این آزمون از روایی و اعتبار خوبی برخوردار است. نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه سنجش حافظه کاری کودکان از اعتبار مناسب و روایی هم‌زمان مناسبی با مجموعه آزمون حافظه فعال برای کودکان (حافیک) برخوردار است. همچنین نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این آزمون چهار عامل حافظه کاری را می‌سنجد. خرده‌مقیاس‌های بازشناسی اعداد مستقیم، بازشناسی اعداد معکوس و تکرار ناواژه‌ها روی عامل اول و خرده‌مقیاس‌های چراغ‌های چشمک‌زن و اشکال هندسی روی عامل دوم قرار می‌گیرند و عامل سوم، خرده‌مقیاس‌های ناواژه- صدا و پیوند دیداری و عامل چهارم، خرده‌مقیاس‌های n-back شنیداری و n-back دیداری را در برمی‌گیرد. که این عوامل منطبق با مؤلفه‌های حافظه کاری در نظریه بدلی (۲۰۱۲) است.

ظرفیت حافظه کاری در طی دوران کودکی و نوجوانی دستخوش رشد و تحول می‌شود (احمد و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس نظر آلوی و همکاران (۲۰۰۶)، حافظه کاری ظرفیت محدودی دارد که قسمتی از آن به پردازش و قسمتی هم به اندوزش اختصاص دارد. لذا به موازات رشد کودک و مهارت بیشتر در پردازش و دست‌کاری اطلاعات، نیاز به میزان منابع لازم برای پردازش، کمتر شده و ظرفیت بیشتری به ذخیره اطلاعات تخصیص داده می‌شود. رشد و تحول حافظه کاری در کودکان تا حدود سن ۱۵ سالگی ادامه دارد و پس از آن به ظرفیتی همانند بزرگسالان می‌رسد. لذا برای سنجش حافظه کاری در کودکان به ابزارهای تخصصی و استاندارد مناسب سن آنها نیاز است. لازم به یادآوری است که آزمون‌های رایانه‌ای در مقایسه با آزمون‌های قلم و کاغذی سنتی، خطای آزمونگر را از طریق به‌کارگیری الگوریتم‌های نمره‌دهی خودکار و دستورالعمل‌های اجرایی استاندارد شده، کاهش می‌دهند. با این وجود اجرای آزمون‌های رایانه‌ای به سبب دشواری در ساخت و احتمالاً کاهش تطبیق‌پذیری با نیازهای ویژه افراد و درک آنها، دشوار هستند. این محدودیت‌ها گاهی اوقات منجر به افزایش نسبت داده‌های از دست‌رفته برای آزمون‌های رایانه‌ای نسبت به روش‌های کاغذی استاندارد می‌شود (رجیستر- میهالیک و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین از آنجایی که آزمون‌های رایانه‌ای نسبت به آزمون‌های کاغذی، انتزاعی‌تر هستند، افراد دارای اختلال شدید ممکن است در درک و فهم الزامات آزمون مشکل داشته باشند (ایورسون و همکاران، ۲۰۰۹).

• نتیجه‌گیری

با توجه به روایی و اعتبار بسیار خوب برنامه سنجش حافظه کاری کودکان، می‌توان از این آزمون برای سنجش حافظه کاری در کودکان بهنجار ۷۲ تا ۱۴۴ ماه در موقعیت‌های مختلف پژوهشی و بالینی استفاده کرد. این پژوهش مانند هر کار پژوهشی دیگر محدودیت‌هایی دارد که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. این پژوهش روی دانش آموزان پایه اول تا ششم شهر شهرکرد انجام گرفته است و تعمیم نتایج به دانش آموزان دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود این آزمون برای گروه‌های سنی دیگر از جمله کودکان پیش‌دبستانی اجرا شود. همچنین محدودیت دیگر این پژوهش، عدم استفاده از گروه کودکان دارای نقص حافظه کاری برای محاسبه روایی تشخیصی است و پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، روایی تشخیصی آزمون با استفاده از گروه‌های بالینی محاسبه شود.

• تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان پژوهش حاضر وجود ندارد.

• تقدیر و تشکر نویسندگان

از تمام شرکت‌کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند؛ تشکر می‌شود.

• منابع

- زارع، حسین، شریفی، علی اکبر، و نعمی، اشواق. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی توجه و حافظه بر فراخنای حافظه کاری واجی و رشد زبان بیانی و دریافتی کودکان کاشت حلزون شده. *مجله روان‌شناسی*، ۳(۲۳) (پیاپی ۹۱)، ۲۵۴-۲۶۸.
- طولابی، سعید، متولی زاده، نرجس. (۱۴۰۰). تاثیر آموزش خلاقیت نمایشی بر حافظه کاری و درگیری با تکالیف دانش‌آموزان دوره ابتدایی. *مجله روان‌شناسی*، ۳ (۲۵)، ۴۴۲-۴۵۷.
- ناجی، الهام سادات، شکوهی یکتا، محسن، حسن‌زاده، سعید، حجازی، الهه، اژه‌ای، جواد. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه آموزشی حافظه فعال واج محور بر بهبود توانایی خواندن دانش‌آموزان نارساخوان. *مجله روان‌شناسی*، ۳ (۲۴)، ۲۹۹-۳۱۶.
- Ahmed SF, Ellis A, Ward KP, Chaku N, Davis-Kean PE. Working memory development from early childhood to adolescence using two nationally representative samples. *Developmental Psychology*. 2022 Oct;58(10):1962-73.
- Alloway, Tracy Packiam, & Gathercole, Susan E. (2008). Working Memory Rating Scale (WMRS): Manual[M]. Pearson Education.
- Alloway, Tracy Packiam, Gathercole, Susan Elizabeth, Kirkwood, Hannah, & Elliott, Julian. (2009). The working memory rating scale: A classroom-based behavioral assessment of working memory. *Learning and Individual Differences*, 19(2), 242-245.
- Alloway, Tracy Packiam, Gathercole, Susan Elizabeth, & Pickering, Susan J. (2006). Verbal and Visuospatial Short-Term and Working Memory in Children: Are They Separable? *Child Development*, 77(6), 1698-1716.
- Baddeley, Alan. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 1-29.
- Baddeley, Alan D. (2017). Modularity, working memory and language acquisition. *Second Language Research*, 33(3), 299-311.
- Bharadwaj, Sneha V., Maricle, Denise, Green, Laura, & Allman, Tamby. (2015). Working memory, short-term memory and reading proficiency in school-age children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79(10), 1647-1653.
- Bull, Rebecca, Espy, Kimberly Andrews, & Wiebe, Sandra A. (2008). Short-Term Memory, Working Memory, and Executive Functioning in Preschoolers: Longitudinal Predictors of Mathematical Achievement at Age 7 Years. *Developmental Neuropsychology*, 33(3), 205-228.
- Bull, Rebecca, & Lee, Kerry. (2014). Executive Functioning and Mathematics Achievement. *Child Development Perspectives*, 8(1), 36-41.
- Cabbage, Kathryn, Brinkley, Shara, Gray, Shelley, Alt, Mary, Cowan, Nelson, Green, Samuel, Kuo, Trudy, & Hogan, Tiffany P. (2017). Assessing working memory in children: The comprehensive assessment battery for children-working memory (CABC-WM). *Journal of Visualized Experiments*, 124.
- Carlson, Stephanie M. (2005). Developmentally Sensitive Measures of Executive Function in Preschool Children. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 595-616.

- Cowan, Nelson. (2014). Working Memory Underpins Cognitive Development, Learning, and Education. *Educational Psychology Review*, 26(2), 197–223.
- Fitzpatrick, Caroline, & Pagani, Linda S. (2012). Toddler working memory skills predict kindergarten school readiness. *Intelligence*, 40(2), 205–212.
- Friedman, Lauren M., Rapport, Mark D., Orban, Sarah A., Eckrich, Samuel J., & Calub, Catrina A. (2018). Applied Problem Solving in Children with ADHD: The Mediating Roles of Working Memory and Mathematical Calculation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 491–504.
- Fürst, Ansgar J., & Hitch, Graham J. (2000). Separate roles for executive and phonological components of working memory in mental arithmetic. *Memory & Cognition*, 28(5), 774–782.
- Gioia, Gerard A., Isquith, Peter K., Guy, Steven C., & Kenworthy, Lauren. (2000). TEST REVIEW Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235–238.
- Gray, S., Green, S., Alt, M., Hogan, T., Kuo, T., Brinkley, S., & Cowan, N. (2017). The structure of working memory in young children and its relation to intelligence. *Journal of Memory and Language*, 92, 183–201.
- Iverson, Grant L., Brooks, Brian L., Ashton, V. Lynn, Johnson, Lynda G., & Gualtieri, C. Thomas. (2009). Does familiarity with computers affect computerized neuropsychological test performance? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31(5), 594–604.
- Marcovitch, Stuart, Boseovski, Janet J., Knapp, Robin J., & Kane, Michael J. (2010). Goal Neglect and Working Memory Capacity in 4- to 6-Year-Old Children. *Child Development*, 81(6), 1687–1695.
- McQuade, Julia D., Murray-Close, Dianna, Shoulberg, Erin K., & Hoza, Betsy. (2013). Working memory and social functioning in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 115(3), 422–435.
- Na, Sabrina D., & Burns, Thomas G. (2016). Wechsler Intelligence Scale for Children-V: Test Review. *Applied Neuropsychology: Child*, 5(2), 156–160.
- Pickering, Susan, & Gathercole, Susan. (2001). *Working Memory Test Battery for Children*. Psychological Corporation.
- Pickering, Susan, & Gathercole, Susan. (2017). *Working Memory Test Battery for Children (WMTB-C)* [A.A Arjmandnia, Trans Persian] (A. A. Arjmandnia (trans.). Roshd-e Farhang.
- Register-Mihalik, Johna K., Kontos, Daniel L., Guskiewicz, Kevin M., Mihalik, Jason P., Conder, Robert, & Shields, Edgar W. (2012). Age-Related Differences and Reliability on Computerized and Paper-and-Pencil Neurocognitive Assessment Batteries. *Journal of Athletic Training*, 47(3), 297–305.
- Roberts, Gehan, Quach, Jon, Spencer-Smith, Megan, Anderson, Peter J., Gathercole, Susan, Gold, Lisa, Sia, Kah-Ling, Mensah, Fiona, Rickards, Field, Ainley, John, & Wake, Melissa. (2016). Academic Outcomes 2 Years After Working Memory Training for Children With Low Working Memory. *JAMA Pediatrics*, 170(5), e154568.
- Roman, Adrienne S., Pisoni, David B., & Kronenberger, William G. (2014). Assessment of Working Memory Capacity in Preschool Children Using the Missing Scan Task. *Infant and Child Development*, 23(6), 575–587.
- Söderqvist, Stina, & Bergman Nutley, Sissela. (2015). Working Memory Training is Associated with Long Term Attainments in Math and Reading. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Tracy Packiam Alloway. (2007). *Automated Working Memory Assessment*. Pearson.
- Vugs, Brigitte, Knoors, Harry, Cuperus, Juliane, Hendriks, Marc, & Verhoeven, Ludo. (2016). Interactions between working memory and language in young children with specific language impairment (SLI). *Child Neuropsychology*, 22(8), 955–978.
- Wiley, Jennifer, & Jarosz, Andrew F. (2012). *How Working Memory Capacity Affects Problem Solving* (pp. 185–227).
- Willoughby, Karen A., Desrocher, Mary, Levine, Brian, & Rovet, Joanne F. (2012). Episodic and Semantic Autobiographical Memory and Everyday Memory during Late Childhood and Early Adolescence. *Frontiers in Psychology*, 3, 36–44.
- Zhang, Shuai, & Malatesha Joshi, R. (2020). Longitudinal relations between verbal working memory and reading in students from diverse linguistic backgrounds. *Journal of Experimental Child Psychology*, 190, 104727.

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Short-term Solution-focused Therapy on the Quality of Life and Resilience of Teenage girls with Heart Disease

Hadi Smkhani Akbarinejhad PhD[✉]

Mahak Nagizadeh Alamdari PhD Candidate

هادی اسمخانی اکبری نژاد^۱

ماهک نقی زاده علمداری^۲

Abstract

In addition to addressing the physical problems of patients with heart disease, special attention should be paid to their psychological problems, the best of which is using psychological interventions. Therefore, this study aims to compare the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and short-term solution-focused therapy (SSFT) on quality of life and resilience in patients with heart disease. The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of this study consisted of all Female students with heart disease the second secondary school in Jolfa in the academic year 2019-2020. In total, 45 Female students were selected by purposive sampling method, who were randomly divided into three groups (Each group 15 people). Members of both experimental groups received their treatment, respectively, in 8 and 6 sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Measuring instruments were quality of life and Connor and Davidson's resilience questionnaire. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test. Both treatments compared to the control group, increased quality of life and resilience in patient after the test. In the follow-up phase, the effect of these two treatments on quality of life and resilience was lasting. The effect of these two treatments on quality of life and resilience at posttest and follow-up was not different. It seems that these two therapies can increase the acceptance of the disease in heart patients, so they can probably be considered as a useful treatment strategy to improve the mental status of heart patients.

Keywords: Mindfulness, Solution Focused Brief Therapy, Quality of Life, Resilience, Heart Disease

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی صورت گرفت. روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانش آموزان دختر مبتلا به بیماری قلبی دوره متوسطه دوم مدارس شهر جلفا در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را به ترتیب در ۸ و ۶ جلسه دریافت کردند. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای اندازه گیری، پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون بودند. داده ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت در مقایسه با گروه کنترل، کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی را در پس آزمون افزایش داد. در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر کیفیت زندگی و تاب آوری ماندگار بود. تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری بیماران قلبی در مراحل پس آزمون و پی گیری یکسان بود. به نظر می رسد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت می توانند سبب افزایش پذیرش بیماری در بیماران قلبی شوند، از این رو احتمالاً می توانند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران قلبی تلقی شوند.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، درمان کوتاه مدت راه حل محور، کیفیت زندگی، تاب آوری، بیماری قلبی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۴/۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۱۲

۱. گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، پردیس بین المللی ارس دانشگاه تبریز، جلفا، ایران.

● مقدمه

بیماری قلبی (heart disease) از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر در اکثر جوامع است. موارد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در کشورهای در حال توسعه سیر صعودی دارد و در بین نوجوانان ایرانی نیز شایع است (رحمانی و همکاران، ۲۰۲۱). بیماری قلبی با محدودکردن فعالیت‌های روزمره، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (باهال و همکاران، ۲۰۲۰). این امر ندر نهایت سبب تضعیف روحیه (پدرسن و همکاران، ۲۰۱۷)، و کاهش تاب‌آوری (resilience) (ماریا مارتینز دلموس و همکاران، ۲۰۱۷) می‌شود.

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد (دالی و همکاران، ۲۰۲۰). بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلال‌های جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (اربابی و همکاران، ۱۴۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران قلبی پایین است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱).

تاب‌آوری سبب سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود (ابراهیمی و عابد، ۱۴۰۱) و نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیزگی و توانایی ایجاد مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست (اسبرایگیا و همکاران، ۲۰۲۱). تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین از فرد محافظت می‌کند (وو و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به سبب مقابله مؤثر کاهش می‌یابد (بائوئر و همکاران، ۲۰۱۶).

بیماران قلبی درگیر مراجعات مکرر به پزشک، هزینه‌های زیاد درمان و عوارض ناشی از آن هستند که این امر بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد (ماریا مارتینز دلموس و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین علاوه بر لزوم پرداختن به مشکلات جسمانی این بیماران، می‌بایست به مشکلات روان‌شناختی آنها نیز توجه کرد که کاربرد مداخلات روان‌شناختی از جمله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (short-term solution-focused therapy) از جمله آنها است.

تمرین‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). این درمان به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران‌های به‌علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند (فومرو و همکاران، ۲۰۲۰). اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است (بورگس و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان بر کیفیت زندگی (امیدی و همکاران، ۱۳۹۵)، اضطراب (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲) و تاب‌آوری (هرزندجدید، ۱۳۹۹) بیماران قلبی مؤثر است.

درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت اعتقاد دارد که واقعیات از نظر اجتماعی ساخته می‌شوند و به‌جای این که یک واقعیت بیرونی محسوس وجود داشته باشد، چندین راه‌حل و واقعیت وجود دارد. این مدل مددجویان را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل نمایند (چن، ۲۰۲۰). فرض اساسی و زیربنایی این درمان این است که مشکل یا مسئله موجود که فرد را به سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست. زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نبوده و درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر آنها را به کار خواهند گرفت (چوی، ۲۰۲۱). این درمان بر کیفیت زندگی (جمعیان و همکاران، ۱۳۹۷) و تاب‌آوری (میرهاشمی و نجفی، ۱۳۹۳؛ اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۰) بیماران مؤثر است.

امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد (اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۰)؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر

داشته باشد و در عین حال، فرضیه‌های اساسی آنها را که معتقدند این دو درمان بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مؤثر هستند، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که کدام‌یک از آنها، روش مناسب‌تری برای کیفیت زندگی و تاب‌آوری این بیماران است. در خصوص مقایسه اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته تا بتوانیم تناقضات موجود را بررسی کنیم؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی است.

• روش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به بیماری قلبی دوره متوسطه دوم مدارس شهرستان جلفا بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین و دانش‌آموزانی که به‌دلیل درگیربودن با مشکلات قلبی، توسط مربیان بهداشت مدارس شناسایی شده (با توجه به اطلاعات مندرج در پرونده سلامت دانش‌آموزان و تأییدشده توسط متخصصین قلب و عروق) و به اداره آموزش و پرورش شهرستان جلفا معرفی شده بودند، از دانش‌آموزان مبتلا جهت بررسی میزان آمادگی آنها برای مشارکت در پژوهش و جلسات درمانی، توسط پژوهشگران مصاحبه به‌عمل آمد. سپس با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۱۵ تا ۱۷، ابتلا به بیماری قلبی بیش از ۵ سال، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از بیماری قلبی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی)، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری کانر و دیویدسون در بین ۱۱۳ نفر از آنها که مایل به شرکت در پژوهش بودند، اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان و در حضور پژوهشگران پُر شدند). سپس از بین آنهایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۶۸ نفر)، ۴۵ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار G پاور (۰/۰۵، α ، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین شد. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آنها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شدند شامل سن، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، مدت زمان استفاده از داروهای قلبی، شغل پدر و مقطع تحصیلی بود.

• ابزارها

الف: پرسشنامه کیفیت زندگی (quality of life questionnaire- QLQ): این پرسشنامه شامل ۳۶ ماده با پاسخ‌های چندگزینه‌ای ضعیف (یک) تا عالی (پنج) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتی شخصی می‌سنجد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه سوالاتی چون "به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. این پرسشنامه دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی و نشاط است؛ که ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده برای آنها و کل پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۸۳ بوده که نشان‌گر ثبات درونی خوب این ابعاد و کل پرسشنامه است (فرانس و پاورز، ۱۹۹۲). مقیاس‌های گونه‌فارسی این پرسشنامه به جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد اعتبار در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. روایی هم‌گرایی نسخه فارسی این پرسشنامه برای ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی، نشاط و کل پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش شده است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به‌دست داد

که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از اعتبار و روایی لازم برخوردار است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). اعتبار این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است.

ب: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor and Davidson resilience scale- CDRS): کانر و دیویدسون با مرور

منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ ماده دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است. هرچه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بالا باشد، نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر وی است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). روایی و اعتبار این مقیاس روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد؛ که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸ و اعتبار کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (آهنگرزاده رضایی و رسولی، ۱۳۹۴). در پژوهش سامانی و همکاران (۲۰۰۷)، اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه و میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد. اعتبار این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی سگال و همکاران (۲۰۱۳)، دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت به صورت گروهی طبق برنامه درمانی دشاژر (۱۹۹۴) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر جلفا توسط یک متخصص مشاوره با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری روان‌شناسی برگزار شد. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آنها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس تربیتی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر جلفا برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با از همه آنها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسات
اول	هدف: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آنها.
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام‌گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن اینکه بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل‌خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهنده تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی.

جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت

جلسه	شرح جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون - هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت. تکلیف: شرکت‌کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف‌های موردنظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به‌گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به‌تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
دوم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به‌صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف‌های دیگری را که از خود و زندگی‌شان دارند به‌صورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند.
سوم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا دریابند که از یک واقع‌تعبیر متفاوتی وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش‌آمده را به‌شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آنها تا به‌قابلیت‌ها و منابع خود پی‌برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به‌هیچ وجه از خود ابراد نگیرند و در عوض هر کار و فعالیت مثبتی که از خودشان می‌بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به‌جلسه بیاورند.
چهارم	هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی خود را تشخیص داده و بر این اساس در خودشان امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به‌سوالات مطرح‌شده بیشتر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به‌جلسه بعد بیاورند.
پنجم	هدف: برهم‌زدن الگوهای رفتاری مختلی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده‌اند با استفاده از پرسش معجزه‌آسا. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح‌شده در جلسه، در منزل فکر کنند و پاسخ‌ها را برای جلسه بعد بیاورند.
ششم	هدف: کمک به‌اعضا برای اینکه راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به‌جای آنچه الان انجام می‌دهند را پیدا کرده و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به‌جای جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و تعیین اینکه آیا اعضا به‌اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون

• یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون t مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در جدول ۳، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، مدت زمان استفاده از داروهای قلبی، شغل پدر و مقطع تحصیلی آزمودنی‌ها آورده شده است. سطوح معناداری به‌دست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهند که بین سه گروه از نظر سن، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی، مدت زمان استفاده از داروهای قلبی، شغل پدر و مقطع تحصیلی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش ۱	گروه آزمایش ۲	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	۱۶/۰۶ \pm ۰/۸۵	۱۵/۸۳ \pm ۱/۰۱	۱۵/۹۲ \pm ۰/۸۸	۰/۸۸۷ .
مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی (میانگین \pm انحراف معیار)	۵/۴۵ \pm ۰/۶۵	۵/۷۲ \pm ۰/۸۰	۵/۴۹ \pm ۰/۶۳	۰/۵۸۷ .
مدت زمان استفاده از داروهای قلبی (میانگین \pm انحراف معیار)	۵/۴۵ \pm ۰/۶۵	۵/۷۲ \pm ۰/۸۰	۵/۴۹ \pm ۰/۶۳	۰/۵۸۷ .
شغل پدر (تعداد (درصد))				
کارمند	۹ (۰/۶)	۸ (۰/۵۳)	۷ (۰/۴۶)	۰/۵۱۶ ..
آزاد	۶ (۰/۴)	۷ (۰/۴۶)	۸ (۰/۵۳)	
مقطع تحصیلی (تعداد (درصد))				
دهم	۵ (۰/۳۳)	۴ (۰/۲۶)	۵ (۰/۳۳)	۰/۳۴۷ ..
یازدهم	۶ (۰/۴)	۵ (۰/۳۳)	۵ (۰/۳۳)	
دوازدهم	۴ (۰/۲۶)	۶ (۰/۴)	۵ (۰/۳۳)	

آزمون: تحلیل واریانس یک‌راهه • و مجذور کای ••. * $p < 0/05$ اختلاف معنادار

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح $(p > 0/05)$ معنادار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای کیفیت زندگی ($F=2/86$) و تاب‌آوری ($F=3/62$) به ترتیب در سطح $0/38$ و $0/56$ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ($0/55$) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده شده ($0/40$) و مقدار کرویت موخلی ($0/67$) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده شده ($0/56$) معنادار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد ($P < 0/001$). علاوه بر این تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در دختران نوجوان مبتلا به بیماری قلبی پس از ۴ ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های درمانی بیشتر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره کیفیت زندگی و تاب‌آوری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت متفاوت از یکدیگر نیست؛ بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین	سطح معناداری تغییرات بین گروهی	سطح معناداری تغییرات داخل گروهی
کیفیت زندگی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	39/91 \pm 4/76	51/06 \pm 5/33	51/16 \pm 4/94	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت کنترل	38/47 \pm 4/53	50/13 \pm 4/52	50/17 \pm 4/34	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
		40/73 \pm 4/11	41/27 \pm 3/85	40/90 \pm 4/78	$P > 0/876$	$P > 0/876$
تاب‌آوری	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	51/44 \pm 7/05	75/17 \pm 4/74	74/55 \pm 4/13	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت کنترل	50/83 \pm 6/78	76/61 \pm 1/74	76/31 \pm 1/56	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
		51/93 \pm 7/08	52/10 \pm 7/17	51/78 \pm 7/29	$P > 0/903$	$P > 0/903$

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $p < 0/05^*$ اختلاف معنادار

با توجه به این که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها است، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ در مورد متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله، تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر کیفیت زندگی ($0/40$) نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر تاب‌آوری بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین

بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل؛ تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر تاب‌آوری ($0/40$) نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از تغییرات متغیر تاب‌آوری مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	زمان	۰/۹	۸/۱۲	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	زمان*مداخله	۰/۹	۱۲/۶۷	۴/۰	۵۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
تاب‌آوری	زمان	۰/۹	۲/۵۸	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	زمان*مداخله	۰/۹	۱۱/۷۱	۴/۰	۵۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰

$p < 0/05$ * اختلاف معنادار

نتایج جدول ۶ برای مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P < 0/001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنادار نیست ($P > 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت با کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی بیشتر از نمره گروه کنترل است؛ اما نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

جدول ۶. مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در مقایسه با گروه کنترل	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت
کیفیت زندگی	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
	۹/۸۰	۸/۹۰	۰/۹۰
تاب‌آوری	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
	۲۳/۰۰	۲۴/۵۰	۱/۵۰

$p < 0/05$ * اختلاف معنادار

● بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی انجام شد. نتایج از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور بر افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی حمایت کرد. همچنین، نتایج نشان داد که تأثیر این دو درمان بر افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیست. تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل نوین بودن درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و از طرفی به سبب در دسترس نبودن مقایسه اثربخشی دو درمان بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو است. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

امیدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی به این نتیجه دست یافتند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی اثربخش است. فرهادی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش تحت عنوان تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر اثربخش است.

و همچنین، هرزنجید (۱۳۹۹) در تحقیق خود با عنوان تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد مؤثر است؛ که نتایج این پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

در راستای اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت نیز می‌توان به نتیجه پژوهش جمعیان و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اشاره کرد که در پژوهش خود نشان دادند درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است. میرهاشمی و نجفی (۱۳۹۳) در پژوهشی با موضوع اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) به این نتیجه دست یافتند که درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران ام‌اس اثربخش است. همچنین، اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری (۱۴۰۰) در کار خود با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن نشان دادند که درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارد؛ که نتایج این پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

دلیل اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی ناشی از آن است که در این درمان، تمرین‌هایی به بیماران ارائه می‌شود که آنها قادر می‌شوند آگاهی را در فعالیت‌های روزانه تمرین نمایند تا حدی که بدانند چه اتفاقی در حال رخ دادن است و بتوانند از این طریق ماهیت تجربه خودشان را تغییر دهند. توجه به این‌که هدف از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران، تقویت ذهن‌آگاهی روشن و غیرقضاوتی بودن درباره آنچه در لحظه قابل درک است؛ بوده است، می‌تواند تغییرات قابل مشاهده‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای روان‌شناختی آنها ایجاد کند و با توسعه ساز و کارهای دفاعی و کنارآمدن و پذیرفتن درد ناشی از بیماری به ارتقا تاب‌آوری بیماران کمک کند (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹).

اهداف درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در مسیر تغییر به‌گونه‌ای است که تغییر در توانمندی حل مسأله را می‌طلبد. شواهد نیز نشان می‌دهد که تمرکز بر راه حل و حل مسأله با افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری همراه است (چن، ۲۰۲۰).

• نتیجه‌گیری

به‌نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت می‌تواند سبب افزایش پذیرش بیماری در بیماران قلبی شوند، از این‌رو احتمالاً می‌تواند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران قلبی تلقی شوند. با توجه به نقش مهم دختران در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری دختران نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی استفاده شود.

لازم به ذکر است نمونه پژوهش حاضر را دانش‌آموزان دختر مجرد ۱۵ تا ۱۷ ساله مبتلا به بیماری قلبی شهر جلفا تشکیل داد که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به دختران مبتلا به بیماری قلبی جوان‌تر و مسن‌تر و همچنین دختران و زنان متأهلی که از حمایت همسر برخوردار هستند را دشوار می‌سازد. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

• تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

• تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

• منابع

- آهنگرزاده رضایی، سهیلا و رسولی، مریم. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی "مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون" در نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳(۹): ۷۳۹-۷۴۷.
- ابراهیمی، گلنوش و عابد، نازنین. (۱۴۰۲). پیش‌بینی تاب‌آوری از سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای تجربه سوگ همسر. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷(۲): ۲۱۵-۲۲۳.
- اربابی، فائزه؛ سراوانی، شهرزاد؛ زینلی‌پور، مژگان و هاشمی‌سنجانی، امیر. (۱۴۰۱). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۲): ۱۴۰-۱۴۹.
- اسمعیلی، نازیلا؛ عسگری، پرویز؛ سراج‌خرمی، ناصر و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر افزایش تاب‌آوری و کاهش سردرد در بیماران مبتلا به میگرن. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۳): ۲۳۵۰-۲۳۵۸.
- اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی و نقی‌زاده علمداری، ماهک. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن. *بیهوشی و درد*، ۱۲(۲): ۱-۱۸.
- امیدی، عبدالله؛ مومنی، جواد؛ رایگان، فریبا؛ اکبری، حسین و طلیقی، انیسه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۲): ۷-۱۶.
- جمعیان، دلارام؛ حسین ثابت، فریده و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۳): ۱۳-۲۲.
- رفیعی، نرگس؛ شریفیان ثانی، مریم؛ رفیعی، حسن؛ بهنام‌پور، ناصر و فروزش، کیان. (۱۳۹۳). ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۶): ۷۵-۸۳.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳): ۲۹۰-۲۹۵.
- فرهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ کریمی‌نژاد، کلثوم و موحدی، معصومه. (۱۳۹۲). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۲(۴): ۶-۱۴.
- محمدی، اعظم؛ رضائی، علی و ایزدی، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مدیریت استرس و مهارت‌های حل مسئله مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۴): ۳۹۶-۴۰۵.
- میرهاشمی، مالک و نجفی، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس). *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*، ۲۴(۳): ۱۷۵-۱۸۱.
- هرزندجدید، یاسمن. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و حساسیت اضطرابی مبتلایان به بیماری قلبی حاد. دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش، تهران.
- Bahall, M., Legall, G., & Khan, K. (2020). Quality of life among patients with cardiac disease: the impact of comorbid depression. *HQLO*, 18(1): 1-10.
- Bauer, H., Emeny, R T., Baumert, J., & Ladwig, K-H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *EJP*, 20(8): 1253-1265.
- Burgess, EE., Selchen, S., Diplock, BD., & Rector, N A. (2021). A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. *Int J Cogn Ther*, 20: 1-19.
- Chen, S. (2020). An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1): 403.
- Choi, JJ. (2021). The Role of the Solution-Focused Brief Therapist in Client-Led Problem Talks. *AJFT*, 49(1): 1-17.
- Conner, K M., & Davidson, J R. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale(CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2): 76-82.
- Daly, LE., Dolan, RD., Power, DG., Ní Bhuachalla, É., Sim, W., Cushen, S J., & et al. (2020). Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer*, 126(12): 2872-2882.
- De, Shazer S. (1994). *Words were originally magic*. Ind ed. New York: Norton; 1994. p 30.
- Ferrans, CE., & Powers. MJ. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*, 15(1): 29-38.
- Fumero, A., Peñate, W., Oyanadel, C., & Porter, B. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. *EJIHPE*, 10(3): 704-719.
- Maria Martins de Lemos, M., William Moraes, D., & Campos Pellanda, L. (2016). Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. *Arq Bras Cardiol*, 106(2): 130-135.

- Pedersen, S S., von Kanel, R., Tully, P J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*, 24(3): 108-115.
- Rahmani, F., Asgari, S., Khalili, D., Habibi Moeini, A S., Tohidi, M., Azizi, F., & et al. (2021). National trends in cardiovascular health metrics among Iranian adults using results of three cross-sectional STEP wise approaches to surveillance surveys. *Scientific Reports*, 11(1): 58.
- Sbragia, E., Colombo, E., Pollio, C., Cellerino, M., Lapucci, C., Inglese, M., & et al. (2021). Embracing resilience in multiple sclerosis: a new perspective from COVID-19 pandemic. *Psychol Health Med*, 13(9): 1-9.
- Segal, ZV., Williams, JM., & Teasdale, JD. (2013). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. 3rd ed. New York: The Guilford Press, p 86.
- Wu, Y., Sang, Z-Q., Zhang, X-C., & Margraf J. (2020). The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Front Psychol*, 11: 108.
- Zhang, J., Lyu, S., Yin, H., Ma, J., Chen, Z., Cui, M., & et al. (2021). Investigation of the quality of life of patients with coronary heart disease during COVID-19 and analysis of influencing factors. *Psychol Health Med*, 24: 1-12.

نقش واسطه‌ای لذت تحصیلی در رابطه میان ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان

The Mediating Role of Academic Enjoyment in the Relationship Between Satisfaction of Psychological Needs and Students' Agentic engagement

Mahdi Sadri, PhD Student

Hadi Samadieh, PhD[✉]

Samaneh Deilmi, PhD Student

مهدی صدری^۱

هادی صمدیه^۲

سمانه دیلمی^۳

Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of academic enjoyment in the relationship between satisfaction of psychological needs and students' agentic engagement. The present study is a basic research in terms of purpose with descriptive-correlational method. The study population included all students of Birjand University during the academic year 2021-2022. In total, 400 students were selected based on convenience sampling method to complete the Academic Emotions Questionnaire (AEQ) (Pekrun et al., 2005), the Basic Needs Satisfaction Scale in BNS-RS (LaGuardia et al., 2000) and the Agentic Engagement Scale (SAGE, Mameli and Passini, 2019). AMOS-22 and SPSS-24 softwares were used to analyze the data. The results showed significant positive relationships between the variables of academic enjoyment, satisfaction of psychological needs and agentic engagement ($P < 0.01$). Satisfaction of psychological needs (Need for autonomy and Need for relatedness) has a direct and significant effect on student's academic enjoyment and agentic engagement ($P < 0.001$) and academic enjoyment also has a positive and significant effect on students' agentic engagement ($P < 0.001$). Satisfaction of psychological needs (relatedness through academic enjoyment has an indirect and significant effect on agentic engagement ($P < 0.01$). Therefore, the model has a good fit and it can be concluded that academic enjoyment has a mediating role in the relationship between the satisfaction of psychological needs and students' agentic engagement.

Keywords: Academic Enjoyment, Psychological Needs, Agentic Engagement

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای لذت تحصیلی در ارتباط میان ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان بود. پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های بنیادی و از لحاظ روش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه بیرجند در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. از میان افراد جامعه ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های هیجان‌های تحصیلی (AEQ)، پکران و همکاران، (۲۰۰۵)، مقیاس ارضای نیازهای بنیادین در روابط (BNS-RS)، لاگواردیا و همکاران، (۲۰۰۰) و مقیاس درگیری عاملی (AES)، ماملی و پسینی، (۲۰۱۹) پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار AMOS-22 و SPSS-24 استفاده شد. نتایج نشان داد که بین متغیرهای لذت تحصیلی، ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی روابط مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). به گونه‌ای که ارضای نیازهای روان‌شناختی (خودمختاری و شایستگی) اثری مستقیم و معنادار بر لذت تحصیلی دانشجویان و درگیری عاملی دارند ($P < 0.001$) و لذت تحصیلی نیز اثری مثبت و معنادار بر درگیری عاملی دانشجویان دارد ($P < 0.001$). همچنین ارضای نیازهای روان‌شناختی (شایستگی) از طریق لذت تحصیلی اثری غیرمستقیم و معنادار بر درگیری عاملی دارد ($P < 0.01$). بنابراین مدل از برازش مطلوبی برخوردار است و می‌توان نتیجه گرفت لذت تحصیلی در رابطه میان ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان نقش واسطه‌ای دارد.

واژه‌های کلیدی: لذت تحصیلی، نیازهای روان‌شناختی، درگیری عاملی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۸/۲۸ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۲/۲۴

۱. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

● مقدمه

مطابق با نظریه خودتعیین‌گری (self-determination theory) (دسی و رایان، ۱۹۸۵؛ رایان و دسی، ۲۰۲۰)، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی (basic psychological needs) یکی از پیشایندهای مهم آموزشی است (رایان و دسی، ۲۰۱۸؛ آلن و اندرسون، ۲۰۱۸). دسی و رایان (۲۰۰۱) در نظریه خودتعیین‌گری عنوان می‌کنند که انسان‌ها از سه نیاز بنیادین روان‌شناختی شامل نیاز به خودمختاری، نیاز به ارتباط و نیاز به شایستگی برخوردارند. از آنجایی که محیط‌های آموزشی از بافت‌های اصلی زندگی تحصیلی محصلان است، پژوهشگران به اهمیت ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در این محیط بی‌توجه نبوده‌اند (کانات-مایمون و همکاران، ۲۰۱۵). در همین راستا و بر اساس نظریه خودتعیین‌گری، تیان و همکاران (۲۰۱۴) بیان می‌کنند که سه نیاز بنیادین روان‌شناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) برای دانش‌آموزان و دانشجویان وجود دارد. نیاز به خودمختاری زمانی است که فراگیر در انجام امور مدرسه یا دانشگاه خود، تمایل به شروع فعالیت و تنظیم رفتار خود دارد. به بیانی دیگر، فرد خود را منبع و علت رفتار خود در نظر می‌گیرد. نیاز به شایستگی به آن بخش از خواسته‌های فراگیران مربوط است که به وسیله آن می‌توانند فرصت‌هایی برای بیان توانایی‌های فردی خود و در نتیجه احساس کارآمدی داشته باشند. نیاز به ارتباط خواسته‌هایی را شامل می‌شود که در آنها فراگیران احساس تعلق خاطر به مدرسه یا دانشگاه را تجربه می‌کنند. به عبارتی یک پیوند عاطفی نزدیک که باعث ایجاد یک شبکه اجتماعی حامی متشکل از استاد و همکلاسی‌ها می‌شود و به فرد احساس ارزشمندی می‌دهد و تعاملات مثبت در برقراری ارتباط را موجب می‌شود (رازک و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین تجربه پاسخگویی یا نبود پاسخگویی به نیازهای بنیادین روان‌شناختی محصلان، می‌تواند تأثیرات درازمدتی بر هیجان‌ها و بهزیستی آنان داشته باشد؛ چرا که ایجاد محیطی سالم، بهزیستی افراد را افزایش می‌دهد (نعمت‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). به این صورت که ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی باعث عملکرد بهینه می‌شود (دسی و رایان، ۲۰۱۷). بنابراین برآورده شدن نیازهای بنیادین روان‌شناختی در افراد، پیامدهای مثبتی به همراه خواهد داشت که در وهله اول موجب دستیابی به راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان خواهد شد و در وهله دوم درگیری تحصیلی را به ارمغان خواهد آورد. لذا طبق پژوهش‌های انجام شده لذت تحصیلی و درگیری تحصیلی در ارتباط با نیازهای روان‌شناختی است (معصومی و همکاران، ۱۴۰۰؛ گونز و کازو، ۲۰۱۵). همچنین ادعا شده است که ناکامی در ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی باعث نارضایتی در زندگی و پرخاشگری (شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۸) و اختلال در مشارکت و درگیری تحصیلی می‌شود (صادقی و برزگر بفروری، ۱۳۹۹).

لذا دانشگاه‌ها، سعی دارند آموزش‌های خود را مطابق با نیازهای دانشجویان و جامعه ارائه دهند. یکی از مهمترین شاخص‌های نشان‌دهنده کیفیت آموزش، درگیری تحصیلی (academic engagement) دانشجویان است. درگیری تحصیلی سازه‌ای است که اولین بار برای تبیین شکست و افت تحصیلی به‌کار گرفته شد و به‌عنوان پایه و اساس برای اقدامات اصلاح‌گرایانه در زمینه تعلیم و تربیت مطرح شد (فردریکس و همکاران، ۲۰۱۷). درگیری تحصیلی به عنوان یک اصل اساسی در پیشرفت تحصیلی، میزان، سرعت، نرخ اتمام تحصیل و رفتارهایی با ضریب خطر پایین‌تر بیان شده است. به طور کلی درگیری تحصیلی، اشاره به یک حالت عاطفی و مثبت ذهنی دارد که با ویژگی‌هایی مانند سطوح بالای انرژی، علاقه و غرق شدن در فعالیت‌ها به‌گونه‌ای که فرد متوجه گذر زمان نشود، مشخص می‌شود (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۹). نظریه‌پردازان حوزه درگیری تحصیلی در سال‌های اخیر، بُعد جدیدی به نام درگیری عاملی (agentic engagement) را مطرح کردند که در مقایسه با ابعاد دیگر که بیشتر جایگاهی منفعلانه برای یادگیرنده قائل هستند، نقش فعال در جریان آموزش را مورد تأکید قرار می‌دهند. به بیانی دیگر درگیری عاملی نوع فعالانه و تبادلی منحصر به فرد درگیری است. فعالانه به این معنا است که یادگیرندگانی که به‌صورت عاملی درگیر هستند، قبل از شروع فعالیت یادگیری، کنش‌هایی دارند و تبادلی به معنا آن است که برای ایجاد محیط یادگیری حمایت‌کننده‌تر انگیزشی، با استاد وارد بحث می‌شوند. بنابراین نه تنها سعی در یادگیری دارد بلکه تلاش می‌کند محیط یادگیری حمایت‌کننده‌تری، از لحاظ انگیزشی، برای خود خلق کند (ریو و شین، ۲۰۱۹). در پژوهشی جانوسز و همکاران (۲۰۰۸)، نیز نشان دادند که درگیری تحصیلی ارتباط نزدیکی با عوامل دانشگاهی از جمله لذت تحصیلی دارد، به‌طوری که حتی دانشجویان علاقه‌مند به تحصیل تحت تأثیر عوامل منفی دانشگاهی ترک تحصیل می‌کنند. در نتیجه به مقوله درگیری تحصیلی باید توجه بیشتری کرد تا بتوان با شناخت آن، توانایی‌ها و شایستگی‌های دانشجویان را بارور کرد و عواملی که با درگیری

تحصیلی رابطه دارند، شناسایی کرد تا بدین طریق با درگیر شدن در تکالیف میزان پیشرفت تحصیلی شان نیز افزایش یابد.

امروزه هیجان‌های تحصیلی (academic emotion) نیز متغیری مهم و اساسی در تعلیم و تربیت به شمار می‌آید و به موضوع مورد علاقه محققان تربیتی تبدیل شده است که این امر به دلیل اهمیتی است که این سازه مهم در موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان دارد؛ زیرا هیجان‌های انطباقی (adaptive emotions)، به تصور صحیح اهداف و چالش‌ها کمک نموده و ذهن را برای حل مسأله خلاقانه آزاد می‌کند و هیجان‌های منفی تأثیرات مخرب بر فرایند یادگیری داشته و به شدت می‌تواند مانع یادگیری دانش‌آموزان شوند (برزگربروی و همکاران، ۱۳۹۸). منظور از هیجان تحصیلی، هیجاناتی است که به‌طور مستقیم در ارتباط با فعالیت‌های تحصیلی است و می‌توان آنها را بر اساس دو بُعد ارزش (مثبت در برابر منفی) و بُعد فعالیت (فعال در برابر انفعال) طبقه‌بندی کرد و بدین ترتیب ۴ نوع هیجان معرفی می‌شود، مثبت فعال (مانند لذت)، مثبت غیرفعال (مانند آرامش)، منفی فعال (مانند خشم) و منفی غیرفعال (مانند خستگی) (پکران و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارتی دیگر روان‌شناسان معتقدند فراگیران در طی آموزش نه تنها به کسب دانش و مهارت‌های شناختی نائل می‌شوند، که هیجان‌های خوشایند و ناخوشایند مرتبط با یادگیری و پیشرفت را نیز تجربه می‌کنند. هیجان‌ها و احساس‌ها از جمله عوامل شخصیتی فراگیران هستند که در سراسر فرایند یادگیری حضور دارند. بنابراین لذت ناشی از یادگیری، استفاده از منابع، انگیزش، حمایت عاطفی ادراک‌شده و امید با هیجان‌ها و لذت تحصیلی ارتباط دارد (گوئتز و همکاران، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های پیشین نیز حاکی از آن است که تنظیم هیجان و هیجان تحصیلی مثبت نقش مهمی در سلامت روانی و ارضای نیازهای روان‌شناختی افراد دارد (آزبورن و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر آن، وجود هیجان مناسب در محیط آموزشی شرایط بهینه‌ای را برای رشد دانش‌آموزان در ابعاد مختلف ایجاد کرده و به آزادی، مسئولیت فردی و محیطی، رشد شخصیت و انگیزش منتج شده و یادگیری بهتر، تعامل مناسب‌تر و بهزیستی روانی آنها را تسهیل می‌کند (پتريچ، ۲۰۰۴). هرچند تاکنون پژوهشی با عنوان نقش واسطه‌ای لذت تحصیلی با ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی صورت نگرفته است (یوسفی و بردبار، ۱۳۹۵، چن و ریو، ۲۰۱۴)، اما مطالعات پراکنده گوئتز و کازو (۲۰۱۵) و هنری و همکاران (۲۰۱۲)، بیانگر نقش مهم درگیری تحصیلی در متغیرهای ذکر شده هستند و این عملکرد بهینه به فرد این امکان را می‌دهد تا در موقعیت‌های هیجانی از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده کند (محمدی و فولادچنگ، ۱۳۹۸) و به ارضای نیازهای روان‌شناختی پردازد (حسینی‌ایرج و همکاران، ۱۳۹۹؛ هرناوندز و همکاران، ۲۰۱۶). افروز و همکاران (۱۳۹۸) نیز بدین نتیجه رسیدند که درگیری تحصیلی برای دانش‌آموزان ایرانی شامل ۵ مؤلفه درگیری شناختی، درگیری رفتاری، درگیری هیجانی، درگیری انگیزشی و عاملیت است.

لذا ضرورت انجام این مطالعه از این رو بود که با توجه به اینکه هیجان‌های تحصیلی، از جمله عوامل تأثیرگذار در برنامه‌ریزی و اقدامات مناسب آموزشی است، بررسی نقش واسطه‌ای آن می‌تواند در طراحی برنامه درسی به‌منظور ایجاد اشتیاق کمک‌کننده باشد (بالن و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین معرفی و بسط متغیرهای جدید در حیطه درگیری تحصیلی باعث گسترش مرزهای دانش در این زمینه و موجب کاربرد عملی آن در افزایش یادگیری دانشجویان می‌شود. بنابراین باتوجه به تحقیقات اندکی که در این زمینه و در گروه دانشجویان انجام شده است و با در نظر داشتن اهمیت تحصیلات دانشگاهی و تقاضای روزافزون از دانشگاه‌ها برای ارتقای کیفیت آموزشی و بهبود عملکرد تحصیلی دانشجویان، هدف مطالعه حاضر تعیین متغیر لذت تحصیلی در رابطه میان ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان بود.

• روش

روش پژوهش حاضر از حیث گردآوری اطلاعات جزء پژوهش‌های توصیفی-همبستگی و از حیث هدف جزو پژوهش‌های بنیادی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه بیرجند بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. با توجه به نظر (میرز و همکاران، ۲۰۰۶)، تعداد ۴۰۰ نفر نمونه با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین با آموزش مجازی پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در سامانه پرسا طراحی و در شبکه‌های اجتماعی (واتساپ و تلگرام) در بازه زمانی دی ۱۴۰۰ تا فروردین ۱۴۰۱ در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل نداشتن اختلال روان‌شناختی، مشغول به تحصیل بودن در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در دانشگاه بیرجند، معدل بالای ۱۸ و علاقه‌مند بودن به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز

شامل ناقص بودن پاسخها، عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، داشتن اختلال و تعارض در خانواده و وضعیت تحصیلی بد (با توجه به سابقه تحصیلی) بود. پس از توضیح اهداف پژوهش و آشنایی شرکت‌کنندگان با نحوه پاسخگویی به سوالات، پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در اختیار آنها قرار گرفت. در پژوهش حاضر سعی بر آن بود که ملاحظات اخلاقی مانند داوطلبانه بودن مشارکت و محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین ملاحظات مربوط به پژوهش آنلاین مانند آشنایی با اهداف تحقیق، وجود امکان ارتباط با پژوهشگر و آشنایی با پژوهشگر رعایت شود. در نهایت داده‌های مربوط به ۴۰۰ نفر نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 جهت بررسی آماره‌های توصیفی (میانگین، واریانس، کجی و کشیدگی و...) و نرم‌افزار Amos-22 برای تحلیل مسیر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

• ابزارها

الف) پرسشنامه هیجان‌های تحصیلی (achievement emotions questionnaire- AEQ): پکران و همکاران (۲۰۰۵) برای مطالعه هیجان‌های پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان ابزار پژوهش را طراحی کردند. در هر قسمت ۸ زیرمؤلفه وجود دارد؛ زیرمؤلفه‌های مربوط به کلاس، که ۸۰ ماده دارد، هیجان را در ۸ بخش اندازه‌گیری می‌کند: لذت از کلاس، امیدواری، افتخار، خشم، اضطراب، شرم، ناامیدی و خستگی. همچنین در هر زیرمؤلفه، بعد هیجانی، شامل عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی در نظر گرفته شده است. لذت تحصیلی ۶ ماده داشت. پکران و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند آلفای کرونباخ محاسبه شده، برای زیرمؤلفه‌های پرسشنامه از ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ است که اعتبار قابل قبول این ابزار را نشان می‌دهد. همچنین روایی سازه ابزار از طریق همبستگی نمره ابعاد مذکور بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش کردند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. در ایران نیز این پرسشنامه توسط کدیور و همکاران (۱۳۸۸) هنجاریابی شد و نتایج نشان داد پرسشنامه هیجان‌های تحصیلی همسانی درونی قابل قبول و از روایی سازه ۰/۸۱ برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ در زیرمؤلفه‌های آن میان ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ است. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهند ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و همه شاخص‌های نیکویی برازش، مدل را تأیید می‌کنند. در پژوهش حاضر از زیرمؤلفه لذت استفاده شد و آلفای کرونباخ برای آن برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

ب) مقیاس ارضای نیازهای بنیادین در روابط (basic need satisfaction in relationships scale- BNS-RS): بررسی نیازهای بنیادین روان‌شناختی در روابط با معلمان، مدیران و دوستان با مقیاس ارضای نیازهای بنیادین در روابط لاگواردیا و همکاران (۲۰۰۰) انجام شد. این مقیاس با ۹ ماده سه زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و احساس تعلق را در طیف لیکرت از اصلاً درست نیست (۷) تا کاملاً درست است (۱) می‌سنجد و می‌توان آن را در ارتباط با گروه‌های مختلف به کار برد. روایی سازه مقیاس ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ برای این مقیاس از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (لانگدون و همکاران، ۲۰۱۸). تنهای رشوانلو و همکاران (۱۴۰۲) در بررسی روایی و اعتبار این مقیاس در نمونه‌ای از دانشجویان، روایی عاملی اکتشافی و تأییدی و روایی سازه مطلوب ۰/۸۲ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

ج) مقیاس درگیری عاملی (agentic engagement scale- AES): نسخه جدید مقیاس درگیری عاملی توسط ماملی و پسینی (۲۰۱۹) تدوین شد. این مقیاس دارای ۹ ماده با طیف لیکرت ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) است. بالاترین نمره ۶۳ است که نشان‌دهنده درگیری عاملی در تمام ابعاد است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۵ و روایی سازه مطلوب ۰/۷۳ گزارش شده است (ماملی و پسینی، ۲۰۱۹). در بررسی روایی سازه این مقیاس در این پژوهش شاخص‌های معناداری مدل اندازه‌گیری مطلوب به دست آمد. همچنین همه سوالها دارای بار عاملی مناسب و بزرگتر از ۰/۴۰ بودند. میزان آلفای کرونباخ مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

• یافته‌ها

بررسی شاخص‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از افراد شرکت‌کننده در پژوهش تعداد ۱۰۴ نفر پسر و ۲۹۶ نفر دختر بودند. از لحاظ وضعیت سنی میانگین سن شرکت‌کنندگان ۲۲/۶۷ و انحراف معیار آن ۵/۸۸ بود و ۸ نفر (۲ درصد) در مقطع کاردانی، ۳۱۳ نفر (۷۸/۳ درصد) در مقطع کارشناسی، ۵۳ نفر (۱۳/۳۲ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۲۶ نفر (۶/۵۱ درصد) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. بررسی مقادیر گمشده نشان داد با توجه به اینکه پاسخ به تمامی سوالات اجباری در نظر گرفته شده بود، داده‌ها دارای تعداد اندکی

مقدار گمشده بودند که با روش جایگزین کردن میانگین، جایگزین شدند. همچنین جهت بررسی داده‌های پرت تک‌متغیری از نمودار جعبه‌ای استفاده شد و نتایج نشان داد که داده‌ها دارای نمره پرت افراطی نیستند. برای بررسی داده‌های پرت چندمتغیری نیز با توجه به نظر میرز و همکاران (۲۰۰۶)، از ماتریس نمودار پراکندگی متغیرهای پیوسته استفاده شد که مطابق آن داده‌ها دارای داده پرت چندمتغیری نبودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی و همبستگی میان متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱ قابل مشاهده است.

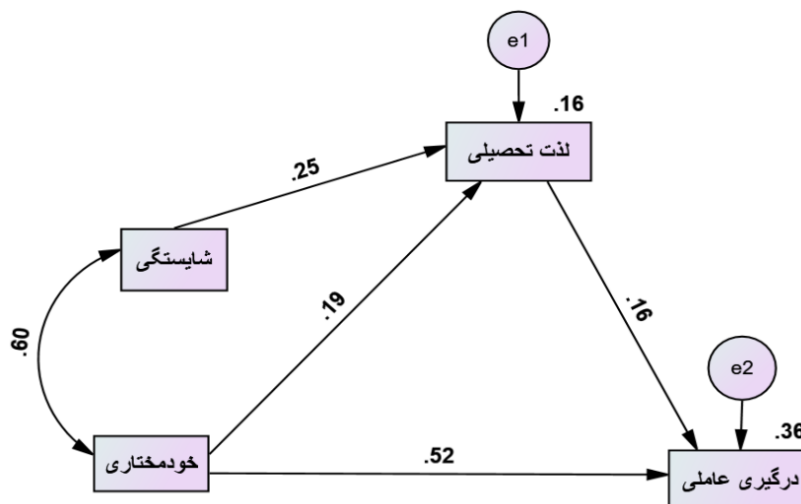
جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- لذت تحصیلی	۱				
۲- درگیری عاملی	۰/۳۳**	۱			
۳- خودمختاری	۰/۳۴**	۰/۵۷**	۱		
۴- شایستگی	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۰/۶۰**	۱	
۵- احساس تعلق	۰/۲۱**	۰/۲۷**	۰/۴۲**	۰/۳۹**	۱
میانگین	۳۸/۶۶	۲۶/۶۸	۱۲/۸۸	۱۳/۶۰	۱۱/۶۱
انحراف معیار	۶/۴۸	۶/۱۲	۳/۳۶	۳/۲۰	۳/۴۶
کجی	-۰/۶۸	-۰/۴۸	-۰/۰۷	-۰/۳۰	۰/۵۱
کشیدگی	۱/۵۷	۰/۲۲	-۰/۳۲	-۰/۱۴	-۰/۴۸

**p < ۰/۰۱ *p < ۰/۰۵

با توجه به جدول ۱ می‌توان گفت که همبستگی میان متغیرهای پژوهش مثبت و معنادار است. همچنین نظر به شاخص‌های کجی و کشیدگی گزارش شده در جدول ۱ و نظر کلاین (۲۰۱۵)، که قدر مطلق کجی کمتر از ۳ و کشیدگی کمتر از ۱۰ را نشان نرمال بودن داده‌ها می‌داند، می‌توان گفت که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار هستند. جهت بررسی برقراری مفروضه‌های اساسی متغیرهای پژوهش از لو هم خطی چندگانه بررسی شدند. جهت بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین از آماره‌های تحمل (tolerance) و عامل تورم واریانس (variance inflation factor) استفاده شد، مقدار آماره تحمل برای هر دو متغیر ۰/۸۵ بود که با توجه به بزرگ‌تر از ۰/۱ بودن آن می‌توان گفت این آماره در وضعیت مناسبی قرار دارد، عامل تورم واریانس نیز برابر با ۱/۱۷ به دست آمده که مقدار آن کوچکتر از ۱۰ بود و وضعیت این آماره نیز مناسب است و در نتیجه می‌توان بیان داشت که عدم هم خطی چندگانه میان متغیرها برقرار است. جهت بررسی استقلال خطاها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد و مقدار آن برابر ۱/۹۳ به دست آمد که با توجه به نزدیک بودن به ۲ بیانگر برقراری استقلال خطاهاست.

پس از بررسی برقرار بودن مفروضات مدل مفهومی پژوهش با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی مورد بررسی قرار گرفت. بررسی ضرایب مسیر در مدل اولیه نشان داد که احساس تعلق با درگیری عاملی و لذت تحصیلی و همچنین احساس شایستگی با لذت تحصیلی رابطه معناداری ندارد ($P > ۰/۰۵$). بر همین اساس این مسیرها حذف و مدل اصلاح شد. در شکل ۱ مدل اصلاح شده پژوهش و در جدول ۲ روابط مستقیم، غیرمستقیم و کل با روش بوت استرپ (bootstrap) گزارش شده است.



شکل ۱. مدل برازش‌یافته پیش‌بینی درگیری عاملی

با توجه به شکل ۱ که مدل مسیر را در حالت ضرایب استاندارد نشان می‌دهد، می‌توان نتیجه گرفت که ۰/۱۶ از واریانس لذت تحصیلی به وسیله شایستگی و خودمختاری تبیین می‌شود. همچنین ۰/۳۶ از واریانس درگیری عاملی توسط سه متغیر لذت تحصیلی، شایستگی و خودمختاری تبیین می‌شود. در ادامه ضرایب استاندارد و غیراستاندارد در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. ضرایب مسیر استاندارد و غیراستاندارد و معناداری مدل ساختاری در مدل پژوهش

مسیر	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	سطح معناداری
شایستگی ← لذت تحصیلی	۰/۲۵	۰/۵۱	$P < ۰/۰۰۱$
لذت تحصیلی ← درگیری عاملی	۰/۱۶	۰/۱۵	$P < ۰/۰۰۱$
خودمختاری ← لذت تحصیلی	۰/۱۹	۰/۳۷	$P < ۰/۰۰۱$
خودمختاری ← درگیری عاملی	۰/۵۲	۰/۹۶	$P < ۰/۰۰۱$
خودمختاری ← لذت تحصیلی ← درگیری عاملی	۰/۱۳	۰/۱۷	$P < ۰/۰۰۱$
شایستگی ← لذت تحصیلی ← درگیری عاملی	۰/۱۶	۰/۲۱	$P < ۰/۰۰۱$

بررسی ضرایب مسیر مستقیم در جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب مسیر شایستگی به لذت تحصیلی ($\beta = ۰/۲۵$, $P < ۰/۰۰۱$)، لذت تحصیلی به درگیری عاملی ($\beta = ۰/۱۶$, $P < ۰/۰۰۱$)، خودمختاری به لذت تحصیلی ($\beta = ۰/۱۹$, $P < ۰/۰۰۱$) و خودمختاری به درگیری عاملی ($\beta = ۰/۵۲$, $P < ۰/۰۰۱$) همگی مثبت و معنادار هستند. بررسی ضرایب غیرمستقیم و کل نشان می‌دهد که رابطه غیرمستقیم خودمختاری به واسطه لذت تحصیلی با درگیری عاملی مثبت و معنادار است ($\beta = ۰/۱۳$, $P < ۰/۰۰۱$). رابطه غیرمستقیم شایستگی به واسطه لذت تحصیلی با درگیری عاملی نیز مثبت و معنادار به دست آمد ($\beta = ۰/۱۶$, $P < ۰/۰۰۱$). در مجموع خودمختاری رابطه بیشتری با درگیری عاملی داشت. میزان واریانس تبیین شده لذت تحصیلی بر اساس شایستگی و خودمختاری ۰/۱۶ به دست آمد که بیانگر این است که ۱۶ درصد از تغییرات لذت تحصیلی برحسب احساس شایستگی و خودمختاری است. همچنین میزان واریانس تبیین شده درگیری عاملی بر اساس لذت تحصیلی، خودمختاری و شایستگی ۰/۳۶ به دست آمد که بیانگر این است که ۳۶ درصد از تغییرات درگیری عاملی برحسب لذت تحصیلی، خودمختاری و شایستگی است. در ادامه جهت بررسی برازش مدل، شاخص‌های برازش مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص نیکویی برازش	مقدار به دست آمده	مقدار مطلوب	وضعیت
X^2/df	۲/۳۸	$۳ >$	مطلوب
CFI	۰/۹۱	$۰/۹ <$	مطلوب
GFI	۰/۹۲	$۰/۹ <$	مطلوب
IFI	۰/۹۱	$۰/۹ <$	مطلوب
RMSEA	۰/۰۶	$۰/۰۸ >$	مطلوب

مطابق جدول ۳ مقدار شاخص خی‌دو برابر با $\chi^2 = ۲/۳۸$ ، شاخص برازش تطبیقی (comparative fit index) برابر با ۰/۹۱، شاخص نیکویی برازش (goodness of fit index) برابر با ۰/۹۲، شاخص برازش افزایشی (incremental fit index) برابر با ۰/۹۱ و شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (mean square error of approximation) برابر با ۰/۰۶ به دست آمده است. در رابطه با مقدار خی‌دو می‌توان گفت که مقدار کمتر از ۳ نشان از وضعیت مناسب این شاخص دارد (کلاین، ۲۰۱۱). شاخص دیگر، شاخص برازش تطبیقی (CFI) است. شاخص‌های برازش تطبیقی نشان‌دهنده موقعیت نسبی مدل بین بدترین برازش (صفر) و بهترین برازش (یک) هستند و مقدار بالای ۰/۹۱ برای آنها قابل قبول است. مطابق نظر صاحب‌نظران GFI باید بزرگ‌تر یا مساوی با ۰/۹۰ باشد تا مورد قبول واقع شود. همچنین مقدار بالاتر از ۰/۹۱ برای شاخص برازش افزایشی (IFI) و مقادیر کمتر از ۰/۰۸ برای شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) مطلوب و قابل قبول در نظر گرفته می‌شود (کلاین، ۲۰۱۱).

● بحث

هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای لذت تحصیلی در ارتباط میان ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان بود. نتایج نشان داد که بین متغیرهای لذت تحصیلی، ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی روابط مثبت و معناداری وجود دارد. به گونه‌ای که ارضای نیازهای روان‌شناختی به‌ویژه زیرمقیاس‌های شایستگی و خودمختاری اثری مستقیم و معنادار بر لذت تحصیلی دانشجویان دارد. این یافته با پژوهش‌های آربورن و همکاران (۲۰۱۷)، صادقی و برزگربرویی (۱۳۹۹)، در خصوص تأثیر ارضای نیازهای روان‌شناختی و لذت تحصیلی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درگیری با فعالیت‌های یادگیری، کمک گرفتن از دیگران احساس لذت می‌برند و این لذت سلامت و رضایت از یادگیری و پیشرفت را در آنها بالا می‌برد و به تبع آن، هیجانات مثبتی را در محیط دانشگاه دارند. نیاز به خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران در حوزه تحصیلی، دانشجویان را قادر می‌سازد تا به اهداف پیشرفت و صمیمیت و ارتباط با اساتید پایند باشند و نسبت به فرایند یادگیری نگرش و احساسات مثبت داشته باشند و احساس رضایت‌مندی خود را بالا ببرند (صادقی و برزگربرویی، ۱۳۹۹). پژوهشگران در این زمینه معتقدند دانشجویان با احساسات مثبت تحصیلی تمایل بیشتر به سرمایه‌گذاری در یادگیری دارند و سطح بالاتری از مشارکت یادگیری را تجربه می‌کنند (اوزان، ۲۰۱۴).

یافته دوم پژوهش حاضر، بیانگر ارتباط مثبت و معنادار لذت تحصیلی بر درگیری عاملی دانشجویان بود. این یافته با پژوهش‌های معصومی و همکاران (۱۴۰۰)، گونز و کازو (۲۰۱۵) و هنری و همکاران (۲۰۱۲) در خصوص ارتباط درگیری تحصیلی و هیجانات تحصیلی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درگیری عاملی نوع فعالانه و تبادلی منحصر به فرد درگیری است. فعالانه به این معنا است که یادگیرندگانی که به‌صورت عاملی درگیر هستند، قبل از شروع فعالیت یادگیری، کنش‌هایی دارند و تبادلی به معنای آن است که برای ایجاد محیط یادگیری حمایت‌کننده‌تر انگیزشی، با استاد وارد بحث می‌شوند (بردبار و صمدیه، ۱۳۹۹). بنابراین در این بُعد یادگیرندگان به‌صورت منفعل به فعالیت‌های یادگیری واکنش نشان نمی‌دهند، بلکه فعالانه شرایط را بهبود می‌بخشند و غنی می‌کنند (رمضانی و خامسان، ۱۳۹۶)؛ همچنین ارتباط بین متغیرهای محیطی و فردی با پیامدهای مثبت تحصیلی را به طور کامل واسطه‌گری می‌کند (ریو، ۲۰۱۲)، لذا موجب شکل‌گیری احساسات مثبت در فراگیران می‌شود. اگر هیجان‌های مثبت دانشجویان بیشتر باشد، مشتاقانه به مطالعه درس تحصیلی خود می‌پردازند، از مطالعه در زمینه تحصیل لذت می‌برند، دائماً وقت خود را با مطالب درسی پر می‌کنند و همچنین با کنترل خشم و نگرانی در هنگام مواجه شدن با مشکلات تحصیلی و نیز کنترل سطح اضطراب امتحان، هیجان‌های منفی خود را کاهش می‌دهند؛ زیرا لازمه درگیری در امر تحصیل آن است که فرد انگیزه و هیجان‌های مؤثر و کارآمدی در این زمینه داشته باشد. این هیجان‌ها، چه مثبت و چه منفی، بر درگیری تحصیلی مؤثر هستند (معصومی و همکاران، ۱۴۰۰).

یافته سوم این پژوهش مربوط به اثر غیرمستقیم و معنادار ارضای نیازهای روان‌شناختی به‌ویژه شایستگی از طریق لذت تحصیلی بر درگیری عاملی بود. نتایج این یافته با پژوهش‌های حسینی‌ایرج و همکاران (۱۳۹۹) و هرناندز و همکاران (۲۰۱۶)، در خصوص اهمیت ارضای نیازهای روان‌شناختی در دوران تحصیلی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نیازهای روان‌شناختی انرژی لازم برای درگیری فعال با محیط، پرورش مهارت‌ها و رشد سالم را فراهم می‌سازند. بر اساس نظریه خودتعیین‌گری، تمایلات روان‌شناختی مشخصی وجود دارند که باید در قالب بافت‌های بین فردی و فرهنگی مرتبط با رشد فرد ارضا شوند. سلامت روانی و عملکرد بهینه با ارضای سه نیاز بنیادین خودمختاری، شایستگی و تعلق قابل پیش‌بینی است (دسی و رایان، ۲۰۱۷). حمایت‌های اجتماعی مناسب از سوی اساتید زمینه تحقق خودمختاری، شایستگی و تعلق را فراهم آورده و موجبات افزایش هیجان‌های مثبت می‌گردد (ایرج‌حسینی و همکاران، ۱۳۹۹). ادعا شده است که احساسات دانشگاهی منفی می‌تواند دامنه شناختی دانشجویان را با تمرکز بر تهدیدات یا شکست‌ها محدود کند و در نتیجه امکان اختلال در مشارکت و درگیری تحصیلی به وجود آورد (صادقی و برزگربرویی، ۱۳۹۹). بنابراین می‌توان گفت دانشجویانی که نسبت به شایستگی‌ها و صلاحیت‌های خود در ارتباط با تحصیل و اساتید اطمینان دارند و هنگام انجام فعالیت‌های خود از استقلال و خودمختاری برخوردار هستند، دارای احساسات مثبت هستند و مشارکت بیشتری در فعالیت‌های تحصیلی دارند.

یافته چهارم پژوهش حاضر مربوط به ارتباط مستقیم و معنادار ارضای نیازهای روان‌شناختی به‌خصوص خودمختاری، اثری مستقیم و معنادار بر درگیری عاملی دانشجویان بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های یوسفی و بردبار (۱۳۹۵) و چن و ریو (۲۰۱۴)، در خصوص ارتباط ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری تحصیلی به‌خصوص خودپیروی همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت همه

افراد از جمله دانشجویان سه نیاز ذاتی و اساسی روان‌شناختی (نیاز به ارتباط، خودپیروی و پیوستگی) دارند و چنانچه این نیازها در محیط تحصیلی مورد توجه قرار گیرد و محیط پاسخگوی این نیازهای ذاتی باشد، ارزیابی‌های فرد از خود (ادراک ارتباطی، ادراک خودپیروی و ادراک پیوستگی) را شکل می‌دهد. این ارزیابی‌ها زودگذر نیست و عقاید راسخ ماندگاری است که کنش را هدایت می‌کند (اسکینر و همکاران، ۲۰۱۴). این ارزیابی‌ها یا فرایندهای نظام، بخش کلیدی نظام انگیزشی فرد است، زیرا تجربه‌های روزمره فرد را در تعامل با محیط اجتماعی شکل می‌دهد و تعیین می‌کند که افراد تا چه حد فعالیت‌های تحصیلی را معنادار، ممکن و خواستنی می‌دانند و در آن درگیر می‌شوند و مهمتر از همه از طریق طرح سؤال، ارائه پیشنهاد و بیان نیاز و علاقه خویش نقش فعالانه و سازنده‌ای (درگیری عاملی) در جریان آموزش اتفاق می‌افتد (ریو، ۲۰۱۲).

• نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بین متغیرهای لذت تحصیلی، ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی روابط مثبت و معناداری وجود دارد. به‌گونه‌ای که ارضای نیازهای روان‌شناختی (خودمختاری و شایستگی) اثری مستقیم و معنادار بر لذت تحصیلی دانشجویان و درگیری عاملی دارند و لذت تحصیلی نیز اثری مثبت و معنادار بر درگیری عاملی دانشجویان دارد. همچنین ارضای نیازهای روان‌شناختی (شایستگی) از طریق لذت تحصیلی اثری غیرمستقیم و معنادار بر درگیری عاملی دارد. بنابراین مدل از برازش مطلوبی برخوردار است و می‌توان نتیجه گرفت لذت تحصیلی در رابطه ارضای نیازهای روان‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان نقش واسطه‌ای دارد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. از آنجا که دسترسی به تعداد فراوانی از دانشجویان دانشگاه بیرجند که مایل به همکاری باشند و به این پرسشنامه پاسخ دهند، دشوار بود، محقق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده کرد. لذا در تعمیم‌دهی به سایر جوامع باید احتیاط نمود. بنابراین احتمال دارد پاسخ آزمودنی‌ها واقعی نباشد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات نیز استفاده شود تا یافته‌های عمیق‌تری حاصل شود. محدودیت بعدی این است که ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای پژوهش به‌طور گسترده در مقالات دیگر مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به ابزارهای اشاره شده بیشتر پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود جوامع آماری با سنین و دانشگاه‌های مختلف و در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی در پژوهش‌ها بررسی شود.

• تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان پژوهش حاضر وجود ندارد.

• تقدیر و تشکر

نویسندگان از دانشجویان شرکت‌کننده که ما را در انجام پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌نمایند.

• منابع

- افروز، حمیدرضا؛ ازه‌ای، جواد؛ حجازی، الهه و مقدم‌زاده، علی (۱۳۹۸). درگیری تحصیلی در دانش‌آموزان دبیرستانی ایرانی: یک مطالعه کیفی، *مجله روان‌شناسی*، ۲۳(۴)، ۷۰-۹۰. [HTTP://WWW.IRANAPSY.IR/FA/ARTICLE/21660](http://www.iranapsy.ir/fa/article/21660)
- بردبار، مریم؛ و صمدیه، هادی (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای کنجکاوای معرفت‌شناختی در رابطه بین باورهای معرفت‌شناختی و درگیری عاملی دانشجویان، *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۱۲(۱)، ۸۲-۱۰۲. [DIO:10.22099/JSLI.2020.5783](https://doi.org/10.22099/JSLI.2020.5783)
- برزگرغروی، کاظم؛ هاشمی، اکرم‌السادات و زارعی‌محمودآبادی، حسن (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش راهبردهای خودتنظیمی در یادگیری بر هیجان‌های تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی، *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۱۸(۱)، ۲۶-۴۲. [DIO:10.22098/JSP.2019.794](https://doi.org/10.22098/JSP.2019.794)
- تنهای رشوانلو، فرهاد؛ سعیدی رضوانی، طلیعه؛ صمدیه، هادی و کارشکی، حسین (۱۴۰۲). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارضای نیازهای بنیادین در روابط با دوستان در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۴(۲)، ۱۱۰-۱۲۵.

- حسینی ایرج، جلال؛ مهدیان، حسین؛ و جاجرمی، محمود (۱۳۹۹). بررسی رابطه نیازهای بنیادین روان‌شناختی در روابط با احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی اجتماعی، فصلنامه پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۴(۵۰)، ۱۹۱-۲۰۴. DOI: [10.22034/JIIRA.2020.220872.2214](https://doi.org/10.22034/JIIRA.2020.220872.2214)
- رمضانی، ملیحه و خامسان، احمد (۱۳۹۶). شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه درگیری تحصیلی ریو ۲۰۱۳: با معرفی درگیری عاملی، فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۸(۲۹)، ۱۸۵-۲۰۴. DIO: [10.22054/JEM.2018.22660.1555](https://doi.org/10.22054/JEM.2018.22660.1555)
- شیخ‌الاسلامی، راضیه؛ یزدانی، فرزانه و رضوی اضطهباتانی، زینب‌السادات (۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارضا و ناکامی نیازهای بنیادین روان‌شناختی، مجله روان‌شناسی، ۲۳(۱)، ۳۵-۲۰. [HTTP://WWW.IRANAPSY.IR/FA/ARTICLE/21429](http://www.iranapsy.ir/fa/article/21429)
- صادقی، مسعود و برزگربرویی، مهدی (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای هیجانات تحصیلی در رابطه‌ی نیازهای بنیادی روان‌شناختی و رضایت تحصیلی دانشجویان، مجله پژوهش در آموزش علوم پزشکی، ۱۱(۲)، ۳۲-۴۳. <http://rme.gums.ac.ir/article-1-743-fa.html>
- کدیور، پروین؛ فرزاد، ولی‌الله؛ کاوسیان، جوادو نیکدل، فریبرز (۱۳۸۸). رواسازی پرسشنامه هیجان‌های تحصیلی پکران، فصلنامه نوآوری‌ها آموزش، ۳۲(۸)، ۷-۲۵. http://noavaryedu.oerp.ir/article_78909.html
- محمدی، حمیده و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای نیازهای اساسی روان‌شناختی در رابطه بین ارزش‌های فرهنگی (فردگرایی - جمع‌گرایی) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. مجله روان‌شناسی، ۲۳(۱)، ۱۹-۳۵. <http://www.iranapsy.ir/Article/21426>
- معصومی، فاطمه؛ جدیدی، هوشنگ؛ یاراحمدی، یحیی و اکبری، مریم (۱۴۰۰). تدوین مدل درگیری تحصیلی براساس خود‌نظم‌جویی و هیجان‌های تحصیلی با نقش واسطه‌ای خودناتوان‌سازی تحصیلی: اثربخشی برنامه مستخرج از مدل بر فرسودگی تحصیلی، مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۲(۱)، ۳۶۹-۳۸۷. DIO : [10.22059/JAPR.2021.278531.643539](https://doi.org/10.22059/JAPR.2021.278531.643539)
- میرز، لاورنس؛ گامست، گلن و گارینو، اجی (۲۰۰۶). پژوهش چندمتغیری کاربردی. ترجمه پاشاشرفی، حسن؛ فرزاد، ولی‌الله؛ رضاخانی، سیمین؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ ایزاندو، بلال و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۹). انتشارات رشد. <https://www.roshdpress.ir/product-890->
- نعمت‌زاده، آناهیتا؛ باقری، فریبرز و ابوالمعالی، خدیجه (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین رابطه والد- فرزند و پرخاشگری. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۷(۶۸)، ۶۲-۴۵۳. <http://psychologicalscience.ir/article-1-181-fa.html>
- یوسفی، فریده و بردبار، مریم (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای فرایندهای نظام خود و هیجان‌های تحصیلی در رابطه بین محیط حامی خودپیروی و درگیری تحصیلی، روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۳(۴۹)، ۱۳-۲۸. http://jip.azad.ac.ir/article_526835.html
- Allen, J. J., & Anderson, C. A. (2018). Satisfaction and frustration of basic psychological needs in the real world and in video games predict internet gaming disorder scores and well-being. *Computers in Human Behavior*, 84, 220-229. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.02.034>
- Balon, S., Lecoq, J. & Rime, B. (2012). Passion and personality: Is passionate behavior a function of personality. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 63(1), 59-65. DOI: [10.1016/j.erap.2012.06.001](https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.06.001)
- Cheon, S. H., & Reeve, J. (2014). A classroom-based intervention to help teachers decrease students' amotivation. *Contemporary Educational Psychology*, 3, 24-37. <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/75502.pdf>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The what and why of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Fredericks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H (2017). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational; Research*, 74 (1), 59109. <https://doi.org/10.3102/00346543074001059>
- Goetz T, Pekrun R, Hall N. (2006). Academic Emotions from a Socialcognitive Perspective: Antecedents and Domain Specificity of Students. *J of Edu Psych*, 76: 289-308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16719965/>
- Gunuc, S., & Kuzu, A (2015). Confirmation of CampusClass-Technology Model in student engagement: A path analysis. *Computers in Human Behavior*, 48 (2), 114-125. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.01.041>
- Henry, K. L., Knight, K., & Thornberry, T. (2012). School disengagement as a predictor of dropout, delinquency, and problem substance use during adolescence and early adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 156-166. DOI: [10.1007/s10964-011-9665-3](https://doi.org/10.1007/s10964-011-9665-3)
- Hernandez, L., Oubrayrie-Roussel, N., & Prêteur, Y. (2016). Educational goals and motives as possible mediators in the relationship between social support and academic achievement. *European Journal of Psychology of Education*, 31(2), 193-207. DOI: [10.1007/s10212-015-0252-y](https://doi.org/10.1007/s10212-015-0252-y)
- Janosz M, Archambault I, Morizot J, Pagani LS. (2008). School Engagement Trajectories and the Their Differential predictive Relations to Dropout. *Journal of social Issues*. 64(1): 21-40. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2008.00546.x>
- Kanat-Maymon, Y., Benjamin, M., Stavsky A., Shoshani, A., & Roth G. (2015). The role of basic need fulfillment in academic dishonesty: A self-determinism theory perspective. *Contemporary Educational Psychology*, 43, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2015.08.002>
- Kline, R. B. (2011). *Convergence of structural equation modeling and multilevel modeling*. New York: McGraw Hill. DOI: [10.4135/9781446268261.N31](https://doi.org/10.4135/9781446268261.N31)

- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. New York: McGraw Hill. <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/RexKline/9781462523344>
- LaGuardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment, self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 367-384. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.367>
- Langdon, J., Sturges, D., & Schlote, R. (2018). Flipping the Classroom, Effects on Course Experience, Academic Motivation, and Performance in an Undergraduate Exercise Science Research Methods Course. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 18(4), 13-27. DOI: <https://doi.org/10.14434/josotl.v18i4.22729>
- Mameli, C., & Passini, S. (2017). Measuring four-dimensional engagement in school: An Italian validation of the Student Engagement Scale and of the Agentic Engagement Scale. TPM—Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 24, 527-541. [doi:10.4473/TPM24.4.4](https://doi.org/10.4473/TPM24.4.4)
- Martnez, I. M., Youssef-Morgan, C. M., Chambel, M. J., & Marques-Pinto, A. (2019). Antecedents of academic performance of university students: academic engagement and psychological capital resources. *Educational Psychology*, 39(8), 1047–1067. <https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1623382>
- Osborne, K. J., Willroth, E. C., DeVlyder, J. E., Mittal, V. A., & Hilimire, M. R. (2017). Investigating the association between emotion regulation and distress in adults with psychotic-like experiences. *Psychiatry Research*, 256, 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.011>
- Pekrun, R., Elliot, A., Maier, M. (2009). Achievement Goals and Achievement Emotions: Testing a Model of Their Joint Relations with Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*, 101, 1, 115-135. DOI: [10.1111/cdev.12704](https://doi.org/10.1111/cdev.12704)
- Pekrun R, Lichtenfeld S, Marsh HW, Murayama K, Goetz T. (2017). Achievement emotions and academic performance: longitudinal models of reciprocal effects. *Child Dev*. 88(5): 1653–1670. DOI: [10.1111/cdev.12704](https://doi.org/10.1111/cdev.12704)
- Pintrich, P. R. (2004). A conceptual framework for assessing motivation and self-regulated learning in college students. *Educational Psychology Review*, 16(4), 385-407. <http://dx.doi.org/10.1007/s10648-004-0006-x>
- Skinner, E. A., Pitzer, J., & Brule, H. (2014). *The role of emotion in engagement, coping, and the development of motivational resilience*. In R. Pekrun, & L. Linnenbrink-Garcia (Eds.), *International handbook of emotions in education* (pp. 331-347). New York: Routledge. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Role-of-Emotion-in-Engagement%2C-Coping%2C-and-the-Skinner-Pitzer/be87430bf138921973a563ab0ce36aca930b18da>
- Reeve, J., & Shin, S. H. (2019). How teachers can support students' agentic engagement. *Theory Into Practice*, 59, 150-161. <https://doi.org/10.1080/00405841.2019.1702451>
- Reeve, J. (2012). A self-determination theory perspective on student engagement. In S. New York: Springer. DOI: [10.1007/978-1-4614-2018-7_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2018-7_7)
- Ruzek, A. E., Hafen, C. A., Allen, J. P., Gregory A., Mikami, A.Y., & Pianta, R. C. (2016). How teacher emotional support motivates students: The mediating roles of perceived peer relatedness, autonomy support, and competence. *Learning and Instruction*, 42, 95-103. DOI: [10.1016/j.learninstruc.2016.01.004](https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2016.01.004)
- Ryan, R. M., & Deci. E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, R. M., & Deci. E. (2018). *Handbook of self-determination theory Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York: The Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary educational psychology*, 61, 101860. <https://psycnet.apa.org/record/2020-25644-001>
- Tian, L., Han, M., & Huebner, E. S. (2014). Preliminary development of the Adolescent Students' Basic Psychological Needs at School Scale. *Journal of Adolescence*, 37(3), 257-267. DOI: [10.1016/j.adolescence.2014.01.005](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.01.005)
- Uzman E. (2014). Basic psychological needs and psychological health in teacher candidates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 116: 362 9 -3635. DOI: [10.1016/j.sbspro.2014.01.814](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.814)

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آزادگان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Emotion Efficacy, Cardiovascular Reactions, Quality of Sleep and Psychological Flexibility in Prisoners of War with Post Traumatic Stress Disorder

Jafar Mirzaee PhD

Mohammad Hatami PhD✉

Jafar Hasani PhD

جعفر میرزایی^۱

محمد حاتمی^۲

جعفر حسینی^۳

Abstract

This study has been done with aim of effectiveness transdiagnostic therapy based on emotion efficiency, cardio-vascular reactions, sleep quality and psychological flexibility of the prisoners with PTSD. The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and the control group with monthly period follow-up. The statistical population included all patients referred to Sadr psychiatry hospital in Tehran in the years 1400-1401, from which 24 people were selected in an accessible and purposeful manner and randomly assigned to experimental (n=12) and control (n=12) groups. In order to gathering data, efficiency emotion scale, depression, anxiety and stress scale, psychological flexibility form and Pittsburgh sleep quality index and estimate vital signs by pressure gauge device were used. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The result of analysis showed that, there was significant difference between the experimental group and control group in terms of dependent variable in pre-test phase towards post-test in monthly period follow-up. The examination of the follow-up periods showed that, there was no significant difference between monthly follow-up and post-test periods. Therefore, this shows, the persistence of the treatment effect over time and a month after end of meetings from the above findings, it can be concluded that, transdiagnostic therapy on emotion efficiency has been a remarkable effect on decrease of PTSD symptoms, psychological flexibility and cardiovascular reactions.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder, Transdiagnostic Therapy, Emotion Efficacy, cardio-vascular Reactions, Sleep quality, Psychological Flexibility, Prisoners of War

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آزادگان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شد. روش این پژوهش روش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی بنیاد شهید تهران با تشخیص روان‌پزشکی PTSD در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند. نمونه شامل ۲۴ نفر که به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) که پس از همگن‌سازی انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس کارآمدی هیجانی، فهرست اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی نسخه پنجم، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ و ارزیابی علائم حیاتی و فشارخون به وسیله دستگاه فشارسنج استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و گروه گواه از نظر متغیرهای وابسته در مرحله پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی دوره پیگیری نیز نشان داد که بین پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتایج نشان‌دهنده آثار پایدار درمان در طول جلسه و یک‌ماه پس از پایان جلسات است. همچنین درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی-عروقی، بهبود کیفیت خواب، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم PTSD تأثیر قابل توجه و معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، درمان فراتشخیصی، کارآمدی هیجان، واکنش‌های قلبی-عروقی، کیفیت خواب، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، آزادگان

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۴ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۸/۱۹

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

● مقدمه

از نظر تاریخی تروما از بدو پیدایش بشر، با حوادث و بلایا همراه انسان بوده است. یکی از حوادث ساخته دست بشر پدیده منفور جنگ و بیماری‌های ناشی از آن شامل طبقه‌بندی‌هایی در دو سده اخیر است؛ نوروژ وحشت توسط کریپلین (۱۸۶۰)، جنگ داخلی آمریکا (۱۸۶۱) با سندرم داکوستا، نوروژ اضطراب فروید در ۱۸۹۴، جنگ روسیه و ژاپن در ۱۹۰۴ با استرس ناشی از موج انفجار، جنگ جهانی اول (۱۹۱۴) با نشانگان قلب سرباز، جنگ جهانی دوم در (۱۹۳۹) با سندرم تلاش، جنگ کره در (۱۹۵۰) با نشانگان خستگی نبرد، جنگ ویتنام در (۱۹۶۴) با استرس پس از سانحه، جنگ عراق علیه ایران در (۱۹۸۰) با (PTSD)، جنگ خلیج فارس در (۱۹۹۰) با سندرم خلیج فارس شناخته شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۵؛ میرزایی و همکاران (۱۳۸۶)). اختلال استرس پس از ضربه (posttraumatic stress disorder) به‌عنوان اختلالی که پدیده‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی را متأثر می‌سازد؛ شناخته شده است (سارین و همکاران، ۲۰۲۱). PTSD با افزایش استرس و اضطراب پس از مواجهه فرد با یک رخداد استرس زا همراه می‌شود و باید این عامل به اندازه‌ای شدید باشد که موجب تهدید وضعیت روان‌شناختی و جسمانی در فرد شده و تقریباً بتواند هر فردی را تحت تأثیر قرار دهد. طبق تعریف راهنمای پنجم تشخیصی و آماری اختلال‌ها روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا PTSD شامل علائم افکار مزاحم، اجتناب از افکار و موقعیت‌ها، تغییر منفی در خلق و شناخت و برانگیختگی مستمر است. این علائم باید حداقل به مدت یک ماه تداوم یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). با مروری بر پژوهش‌ها و ادبیات تحقیق در حوزه درمان مبتلایان به PTSD، نتایج نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری (cognitive behavior therapy) به‌خصوص درمان‌های مبتنی بر مواجهه‌سازی و پردازش شناختی درمان خط اول است (پترسون و همکاران ۲۰۲۳؛ میرزایی و ابهری ۱۳۸۱؛ میرزایی و میرزایی، ۲۰۰۴). میرزایی و همکاران (۱۳۸۶) و همکاران (۱۳۸۶) پروتکل درمانی (CBT) فوآ و دابسون را که شامل فنون آرام‌سازی عضلانی، مواجهه درمانی و بازسازی شناختی که به شکل گروه درمانی ارائه شد را روی جانبازان مبتلا به (PTSD) بررسی کرده و اثربخشی قابل توجهی در کاهش عود علائم افسردگی، اضطراب، افکار مزاحم، اجتناب را گزارش کردند. جاسبی، میرزایی و همکاران (۲۰۱۸)، اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) را روی جانبازان (PTSD) به صورت گروهی بررسی کرده و بیشترین اثربخشی برافسردگی، تجربه مجدد و اجتناب بوده و کمترین اثرروی برانگیختگی مستمر بوده است. راه‌نجات و همکاران (۱۳۹۳)، در مقایسه مواجهه درمانی بلندمدت با درمان فراشناختی در مورد کاهش علائم مبتلایان به PTSD به ترتیب کاهش یادآوری، اجتناب و اشتغالات فکری را مؤثر گزارش کردند. نتیجه مطالعه سیستماتیک مروری بر درمان‌های روان‌شناختی (PTSD) با رویکرد (CBT) نشان دهنده آن است که مدیریت استرس، مواجهه درمانی ممتد و بازسازی شناختی مورد توافق بیشتر متخصصین بالینی بوده است (میرزایی، ۱۳۹۹)، نتایج مطالعه مرور نظام‌مند بر درمان‌های موج سوم و فرا تشخیصی نشان می‌دهد که علی‌رغم آنکه درمان مبتنی بر مواجهه‌سازی خط اول درمان است اما ریزش درمانی آن تا ۳۶ درصد گزارش شده است (وارکر و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین به نظر می‌رسد درمان یکپارچه فراتشخیصی به‌دلیل استفاده از رویکردهای موج سوم و فنون متعدد (CBT) و کار روی هیجان از مقبولیت بیشتری در اختلال‌ها هیجانی برخوردار است و هنوز در ابتدای راه برای درمان (PTSD) است (میرزایی و همکاران ۱۴۰۰). یکی از درمان‌هایی که بیش از یک اختلال را با سایر هم‌ابتلائی‌ها (comorbidities) مد نظر قرار می‌دهد، درمان فراتشخیصی (transdiagnostic therapy) است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). درمان کارآمدی هیجان (emotion efficacy therapy) با ادغام مؤلفه‌های پنج‌گانه آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله ذهن‌آگاهانه در بافت مبتنی بر مواجهه است، به مراجعین یاد می‌دهد تا پریشانی خود را تحمل کنند و در صورت نیاز هیجانات خود را کاهش دهند و انتخاب‌های هم‌سو با ارزش‌ها داشته باشند (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). با انجام درمانی مبتنی بر پردازش هیجانی، انگیزتگی هیجانی پس از افزایش آن در طی درمان، کاهش یافته و درمان به صورت پویاتداوم می‌یابد (گرینبرگ، ۲۰۱۶). این رویکرد در مقابل برخی از درمان‌های دیگر قرار دارد که هدف اولیه آنها تنظیم یا کاهش هیجان است (توما و مک‌کی، ۲۰۱۵) رویکرد EET یافته‌های حاصل از علوم مربوطه به هیجان‌ها و عواطف، درمان شناختی رفتاری سنتی، موج سوم CBT و نظریه یادگیری را یکپارچه می‌سازد. EET بر اساس چندین رویکرد درمانی شکل گرفته و مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی (dialectical behavior therapy) را با درمان مبتنی بر مواجهه (exposure based therapy) ادغام می‌کند (بارلو و فارشیون، ۲۰۱۸؛ مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). بنابراین یکی از دلایلی که منجر به شکل‌گیری درمان فراتشخیصی شد؛ هدف قرار دادن

چندین اختلال به طور هم‌زمان و درمان عوامل مشترک اختلال‌های هیجان است (بارلو، فارشیون ۲۰۱۱؛ بارلو و فارشیون، ۲۰۱۸). PTSD یکی از اختلال‌هایی است که بالاترین میزان هم‌ابتلائی را با اختلال‌های افسردگی، خلقی، اضطرابی و مصرف مواد دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). از آنجایی که PTSD با اختلال‌های جسمانی نیز هم‌ابتلائی دارد این پژوهش به دنبال درمانی اثربخش و امن است که هدف آن یافتن خلا موجود در درمان‌های خط اول و با ریزش درمانی کم در مبتلایان به PTSD است. بسیاری از محققان معتقدند استرس بیشترین سهم را در بروز فشارخون بالا دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌ها وجود هم‌زمانی PTSD با مشکلات قلبی عروقی به خصوص انفارکتوس میوکارد و سکته مغزی را گزارش کرده‌اند (سارین و همکاران، ۲۰۲۱). درباره متغیر واکنش‌های قلبی و عروقی پژوهش آقایوسفی و همکاران، (۲۰۱۵) با درمان پردازش شناختی (cognitive processing therapy) به زیست‌نشان‌گرهای قلبی - عروقی، فشارخون، ضربان و دمای بدن مبتلایان به PTSD نشان داده که این درمان در بهبود شاخص‌های بیش برانگیختگی قلبی - عروقی مؤثر است (آقایوسفی و همکاران ۲۰۱۵). نتیجه پژوهش میرزایی (۱۴۰۲)، با درمان گروهی (CPT) روی جانبازان جنگ مبتلا به PTSD نشان داد؛ علایم تجربه مجدد، اجتناب و تغییر در خلق و شناخت بیشتر از تحریک‌پذیری مستمر تحت تأثیر درمان قرار گرفتند. یکی از مشکلات ویژه سلامتی مرتبط با سطوح بالای استرس مانند فشارخون و سردردهای تنشی و مشکلات قلبی عروقی به نظر می‌رسد با تمرکز ذهنی و آرام‌سازی بهبود می‌یابد (هوگت و همکاران، ۲۰۱۴). راهبردهای آرام‌سازی در (DBT) برای هدف قراردادن بدنتظیمی هیجانی و افزایش کارآمدی و مقابله ذهن آگاهانه به کار برده می‌شوند (هافمن و هیز، ۲۰۱۸). آرام‌سازی عضلانی موجب کاهش برانگیختگی فیزیولوژیایی می‌شود و با اضطراب ناسازگار است (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۹). در زمینه اختلال‌های خواب یکی از مهمترین آشفتگی‌ها مربوط به کیفیت خواب، کابوس شبانه و وحشت شبانه است. این اختلال موجب خستگی، بدکاری شناختی، افسردگی، اضطراب و افت عملکرد شغلی می‌شود. هم‌ابتلائی PTSD و اختلال‌های مربوط به خواب و کیفیت آن ۷۰ تا ۹۱ درصد گزارش شده است (سارین و همکاران، ۲۰۲۱؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). پژوهشگران معتقدند درمانی که بتواند علی‌رغم علائم همراه PTSD، مشکلات خواب را بهبود بخشد، موجب تنظیم هیجانی بیماران شده و افسردگی کاهش می‌یابد (بیگز و همکاران، ۲۰۲۰). برخی پژوهش‌ها بر این دلالت دارد که مداخلات مبتنی بر افزایش انعطاف‌پذیری و ذهن آگاهی (mindfulness) در مبتلایان به PTSD ارزش درمانی مضاعف دارد (کیت و همکاران، ۲۰۱۵). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با هدف تقویت توانایی تماس با لحظات زندگی، تغییر و تثبیت رفتار است. رفتارهایی که به مقتضیات موقعیت هم‌سو با ارزش‌های فرد است (هیز، ۲۰۰۴). پژوهش دورتا و ساده (۲۰۱۸)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را عامل مهمی در کاهش علائم PTSD و رفتارهای پرخاشگرانه سربازان بازگشته از جنگ گزارش می‌کند. نتایج پژوهشی که قصد مقایسه انواع درمان‌های (CBT) را داشته درمان‌های مؤثر و قوی را مواجهه طولانی‌مدت و شناخت‌درمان گزارش کرده و درمان‌های خوب اما نه چندان پایدار را شامل حساسیت‌زدایی از طریق پردازش مجدد حرکات چشم (EMDR) و درمان مواجهه‌سازی روایتی و درمان‌های نه چندان مؤثر را آموزش آرام‌سازی و مشاوره حمایتی معرفی کرده است (واکر و همکاران، ۲۰۲۱). با مروری بر درمان‌های موج سوم (CBT)، EET به‌عنوان بسته درمانی ارائه شده است. پژوهش دیندو نشان داد (ACT) در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای موجب بهبود و کاهش علایم شده است (دیندو و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۹۸) تأثیر (ACT) در آزادگان مبتلا به PTSD بر روی اجتناب تجربه‌ای، یادآوری مجدد، استرس و اضطراب را مؤثرتر از علایم افسردگی و تحریک‌پذیری مستمر گزارش کردند. DBT در جهت ذهن آگاهی، ارتباط بین فردی مؤثر، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی اقدام می‌کند (لینهان ۱۹۹۳). مرکز توجه درمان (DBT) روی روابط موجود بین افکار، احساسات و رفتارهای جاری، پذیرش، تحمل آشفتگی و تغییر الگوهای رفتاری است (بارلو، ۲۰۰۸). از طرف دیگر مطالعات فراتحلیل PE را درمان خط اول مبتلایان به PTSD گزارش کرده است (ناتاشا و همکاران، ۲۰۲۱). ACT هنوز در درمان PTSD دارای شواهد بالینی قوی نبوده است (گزارش نیروی هوایی آمریکا، ۲۰۱۵) و از طرفی (DBT) به تنهایی قادر به بهبود قابل توجه بیماران PTSD گزارش نشده است (بوهوس و همکاران، ۲۰۲۰)، درمان فراتشخیصی در مبتلایان PTSD هنوز به صورت مطالعه کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی (RCT) مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است و مکانیسم‌های تغییر آن چندان مشخص نیست. در واقع بیشترین پژوهش‌ها بر سایر اختلال‌های هیجانی مانند اختلال‌های افسردگی، اضطراب و خوردن بوده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). EET به‌عنوان یک درمان نوظهور این توان را دارد که بسیاری از مشکلات سازگاری، انعطاف‌پذیری، اجتناب تجربه‌ای، نگرانی

و نشخوار فکری را پوشش دهد (کرینگ و اسلوان، ۲۰۱۰) و می تواند تعدد مشکلات هیجانی و هم‌ابتلائی را در مبتلایان به PTSD هدف قرار دهد. (EET) دو برانگیزاننده فراتشخیصی دخیل در کارآمدی پایین هیجان را هدف قرار می‌دهد (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). از این‌رو محققان بر آن شدند تا به این پرسش پاسخ دهند که آیا درمان فراتشخیصی می‌تواند بر کارآمدی هیجان‌علایم مبتلایان به PTSD، بهبود کیفیت خواب، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و واکنش‌های قلبی عروقی مؤثر باشد.

● روش

این پژوهش از نظر روش‌شناختی، طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه است. جامعه آماری شامل تمام آزادگان مراجعه‌کننده به درمانگاه یکی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی بنیاد شهید تهران در سال ۱۴۰۰ - ۱۴۰۱ که دارای تشخیص روان‌پزشکی (PTSD) بر اساس کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران بودند. روش نمونه‌گیری مطالعه حاضر به صورت هدفمند بود. پرونده ۴۰۰ جانباز آزاده که در درمانگاه پرونده درمانی داشتند، مورد بررسی و غربالگری قرار گرفت و از بین آنها ۵۰ نفر که واجد شرایط اولیه ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و در نهایت ۳۲ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. با استفاده از نرم‌افزار (G-Power) حداقل حجم هر گروه بر اساس گروه‌های درمانی تعداد ۱۶ نفر محاسبه شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به اختلال‌ها خلقی، روان‌پریشی، اعتیاد به مواد و آسیب مغزی بوده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل تکمیل فرم رضایت‌مندی آگاهانه به‌وسیله جانبازان بود. سایر معیارها شامل تشخیص قطعی (PTSD) با هم‌ابتلائی اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، وسواس و اضطراب فراگیر... و غربالگری آنها با داشتن نمره برش ۳۸ در فهرست علائم (PTSD)، تحصیلات دیپلم، تأهل و سنین ۵۲ الی ۵۹ صورت گرفت. افراد شرکت‌کننده به دلیل همه‌گیری کرونا و حضور در جلسه اول درمان با مسله ریزش در درمان مواجه شده و به ۲۴ نفر تقلیل یافتند که در دو گروه ۱۲ نفره پس از همگن‌سازی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن، تحصیلات، تأهل، درمان سرپایی و مصرف داروها، هم‌تاسازی شدند. روش پژوهش در این مطالعه به این صورت بود که شرکت‌کنندگان در یک فهرست شمارش تصادفی توسط همکار درمانگر به دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. پیش از شروع مداخله تمامی شرکت‌کنندگان در دو جلسه توسط متخصص داخلی برای ویزیت از نظر واکنش‌های قلبی- عروقی و کنترل فشارخون مورد بررسی قرار گرفتند و نمره ۱۳/۸ را به‌عنوان فرد دارای مشکلات پیش از پرفشاری به پژوهشگر معرفی شد. برای گروه درمان (آزمایش) طبق شیوه‌نامه درمان کارآمدی هیجان‌مک‌کی و وست (۲۰۱۶) در ۱۰ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای را به صورت هفتگی یک‌بار دریافت کردند که محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. در جلسه اول پیش‌آزمون، تکمیل پرسشنامه‌ها، ارائه منطق درمان و معرفی اعضای گروه به همراه آموزش آرام‌سازی عضلانی صورت گرفت و همچنین در اول و آخر جلسات درمان ارزیابی فشارخون توسط پرستار بخش صورت می‌گرفت. پس از آخرین جلسه در بهمن ۱۴۰۱ دوره پیگیری یک‌ماهه به صورت ارزیابی و اجرای پرسشنامه‌ها، فشارخون، اجرای آرام‌سازی و مروری بر جلسات و پاسخ دادن به سؤالات روزمره آنها صورت گرفت. بعد از پایان جلسات گروه آزمایش، برای گروه کنترل نیز مداخله (EET) برای ایشان در ۸ جلسه اجرا گردید. فرضیه‌های پژوهش در این مطالعه شامل درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان، کاهش علائم (PTSD)، واکنش‌های قلبی عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثر بودند. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیره با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار (SPSS) داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

● ابزارها

الف) فهرست اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی نسخه پنجم - PTSD checklist -5 military version (PCL-M-5): این فهرست توسط ودرز، لیتز و همکاران (۲۰۱۵) برای ارزیابی، غربالگری و کمک تشخیصی بیماران PTSD طراحی شده است. فهرست (PTSD) خودگزارشی است که دارای ۲۰ ماده برای ارزیابی علائم (PTSD) مبتنی بر (DSM-5) است، فهرستی که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است و ۴ دسته کلی (PTSD) را که شامل دسته افکار مزاحم، اجتناب، خلق و شناخت منفی و برانگیختگی مستمر را مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی (PTSD-5) است مورد بررسی قرار می‌دهد. ودرز و همکاران نمره

برش آن را برای تعیین (PTSD) نمره ۳۸ و با روایی هم‌گرا ۰/۸۹ برای نمونه‌های نظامی گزارش کردند (ودرز و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش صادقی و همکاران (۱۳۹۵)، در ویژگی‌های روان‌سنجی متغیر (PCL-5)، همسانی درونی روایی همگرا ۰/۶۸ و ضریب بازآزمایی آزمون ۰/۷۷، آلفای کرونباخ را بالاتر از ۰/۷۹ گزارش کردند. گزینه‌های مقیاس لیکرت شامل اصلاً (صفر) خیلی کم (۱) متوسط (۲) زیاد (۲) و خیلی زیاد (۴) هستند و به شیوه نمره‌گذاری معیارهای DSM نمره گذاری می‌شوند (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹).

ب) مقیاس افسردگی - اضطراب و استرس (DASS-21): این مقیاس توسط لوی باند و لوی باند در سال ۱۹۹۵ برای ارزیابی عاطفی منفی ارزیابی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. این مقیاس خودگزارشی برای بررسی شدت نشانه‌های اصلی عاطفه منفی تهیه شده است. از آنجایی که این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم در طول هفته‌های مختلف فراهم کند، می‌توان از آن برای ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان استفاده کرد. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار داده که نتایج آن نشان‌دهنده ارزش ویژه عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۸۹/۲ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۲ بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران انجام شده که نشان‌دهنده اعتبار بازآزمایی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای (DASS) به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده است (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶).

ج) شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): این شاخص توسط بویس و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شد که شامل ۱۸ ماده در ۷ بخش (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، کارایی و مؤثر بودن خواب، اختلال‌های خواب، داروهای خواب‌آور، عملکرد نامناسب در طول روز) با مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای با دامنه نمرات ۰ تا ۲۱ است و مجموع میانگین نمرات این ۷ جزء را تشکیل می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۳، حساسیت و ویژگی‌های بازآزمایی آزمون به ترتیب ۰/۸۹/۶، ۰/۸۶/۵ و ۰/۸۷ و روایی شاخص ۰/۸۹/۶ را گزارش کردند (بوئیس و همکاران، ۱۹۸۹). در مطالعه ایرانی آن حساسیت این پرسشنامه ۰/۸۸/۵، ویژگی ۰/۸۷/۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است (ابراهیمی و صادق نیت و همکاران، ۱۳۹۳).

د) پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive Flexibility Inventory (CFI): این پرسشنامه توسط دنیس و نادرول در سال (۲۰۱۰) طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ ماده است. پرسشنامه CFI برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کارهای بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر اختلال‌های روانی به کار می‌رود. روایی CFI هم‌زمان با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۹۳ - و روایی همگرای آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۵۷ به دست آوردند. در ایران پژوهشی ضریب بازآزمایی کل مقیاس ۰/۵۰ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۳۱ گزارش نمودند (شاه و همکاران، ۱۳۹۲).

ه) مقیاس کارآمدی هیجان (Emotion Efficacy Scale (EES-2): این مقیاس اولین بار توسط وست (۲۰۱۶) به‌عنوان ابزاری برای سنجش پیامد درمان کارآمدی هیجان طراحی شده است و براساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری شده است. مقیاس اصلی کارآمدی هیجان توسط مکس شانون مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن نشان می‌دهد که (EES-2) (2) متشکل از ۵ خرده‌مقیاس آگاهی ذهن: آگاهانه، پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها، مقابله ذهن آگاهانه و کارآمدی کلی هیجان است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس حاکی از همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱) و همچنین قدرت ابزار در تمایز نمونه‌های بالینی و غیربالینی با استفاده از آزمون t است. روایی همگرا از طریق همبستگی منفی (EES-2) با مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان (۰/۵۱-) و پرسشنامه پذیرش و عمل (۰/۵۰) تأیید شده است. لازم به ذکر است که شاخص حساسیت از طریق بررسی حساسیت مقیاس نسبت به درمان کارآمدی هیجان نیز مورد تأیید واقع شده است (مک کی و وست ۲۰۱۶).

و) معاینه داخلی: ارزیابی معاینه و بررسی سوابق مشکلات قلبی- عروقی و فشارخون و علائم حیاتی در ابتدا توسط متخصص داخلی در درمانگاه بیمارستان صدر انجام شده و افراد بالای فشارخون ۱۳۸ معرفی و وارد درمان شدند. همان‌طور که ذکر شد در اول و آخر هر جلسه ارزیابی فشارخون و علائم حیاتی توسط پرستار بخش بیمارستان انجام می‌شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان EET

جلسات	درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان
اول	مشاهده و پذیرش: آگاهی از هیجان
دوم	مشاهده و پذیرش: پذیرش ذهن آگاهانه، موج سواری بر روی هیجان، تمرین مهارت مبتنی بر مواجهه
سوم	مشاهده و پذیرش و عمل مبتنی بر ارزشها (۱): عمل مبتنی بر ارزشها و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
چهارم	مشاهده و پذیرش و عمل مبتنی بر ارزشها (۲): عمل مبتنی بر ارزشها و آموزش مهارتهای مبتنی بر مواجهه
پنجم	مشاهده و پذیرش و انتخاب مقابله ذهن آگاهانه: مقابله ذهن آگاهانه از طریق تن آرامی، خود آرام سازی و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
ششم	مشاهده و پذیرش و انتخاب مقابله ذهن آگاهانه: مقابله ذهن آگاهانه از طریق افکار مقابله ای، پذیرش بنیادین و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
هفتم	مشاهده و پذیرش و انتخاب مقابله ذهن آگاهانه: مقابله ذهن آگاهانه از طریق توجه برگردانی و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه
هشتم	تثبیت، رفع اشکال و جمع بندی: آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش، مقابله ذهن آگاهانه و تمرین مهارتهای مبتنی بر مواجهه

● یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دامنه سنی آزادگان ۵۲ تا ۵۹ سال و میانگین سنی آنها ۵۶ با انحراف استاندارد ۱/۹۳ سال بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که دو گروه از نظر شدت علائم و سن تفاوت معناداری با هم ندارند و از این نظر همگن هستند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در این پژوهش شامل این موارد بود: تمام افراد متأهل بوده و از نظر تحصیلات ۷ نفر (۵۹ درصد) دارای دیپلم ۳ نفر (۲۵ درصد) فوق دیپلم ۲ نفر (۱۶ درصد) لیسانس گروه آزمایش و در گروه کنترل ۹ نفر (۷۵ درصد) دیپلم و ۲ نفر (۱۶ درصد) فوق دیپلم و یک نفر (۹ درصد) لیسانس قرار داشتند. میانگین سن مجروحیت ۱۹ سال و دارای حداقل ۲ فرزند بودند.

بر اساس جدول ۲ در گروه فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی (EET) کاهش میانگین در متغیر فشار خون و مشکلات خواب بر اساس پیش‌آزمون تا پس‌آزمون دیده می‌شود. نمرات میانگین این متغیرها برای گروه (EET) از پس‌آزمون تا پیگیری افزایش می‌یابد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه			
		EET	کنترل		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
فشار خون	پیش‌آزمون	۱۲۸/۷۵	۷/۴۲	۱۲۷/۵۰	۴/۵۲
	جلسه چهارم	۱۱۹/۵۸	۹/۱۵	۱۲۶/۶۶	۴/۹۲
	پس‌آزمون	۱۱۰/۰۰	۹/۵۳	۱۲۴/۱۶	۷/۹۲
	پیگیری	۱۱۹/۱۶	۷/۹۲	۱۲۶/۲۵	۶/۳۵
	پیش‌آزمون	۱۹	۳/۸۳	۱۹/۱۶	۳/۲۹
	جلسه چهارم	۱۶/۶۶	۳/۰۵	۱۹/۳۳	۲/۶۴
مشکلات خواب	پس‌آزمون	۱۲/۲۵	۲/۰۱	۱۹/۷۵	۳/۰۷
	پیگیری	۱۶/۵۸	۲/۵۰	۱۹/۰۰	۲/۷۳
	پیش‌آزمون	۳۴/۳۳	۲/۳۴	۳۳/۵۸	۱/۳۱
	جلسه چهارم	۳۴/۱۶	۱/۴۶	۳۲/۶۶	۱/۱۵
	پس‌آزمون	۳۸/۷۵	۲/۲۶	۳۲/۲۵	۲/۸۶
	پیگیری	۳۵/۵۰	۱/۵۶	۳۲/۵۰	۱/۲۴
کارآمدی هیجان	پیش‌آزمون	۷۴/۸۳	۸/۰۷	۷۲/۰۸	۷/۳۹
	جلسه چهارم	۸۱/۵۸	۷/۳۷	۷۳/۳۳	۱۰/۲۳
	پس‌آزمون	۹۰/۷۵	۹/۰۱	۷۳/۲۵	۸/۹۱
	پیگیری	۸۲/۰۰	۷/۶۰	۷۱/۱۶	۹/۵۶

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیری به‌منظور مقایسه متغیرهای پژوهش در (EET) و کنترل در چهار مرحله پژوهش

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
فشارخون	اثر اصلی گروه	۱۱۰۰/۲۶	۱	۱۱۰۰/۲۶	۲۷/۰۷	۰/۰۱	۰/۵۶
	اثر اصلی زمان	۱۴۶۷/۴۴	۳	۴۸۹/۱۴	۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۲۸
	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۱۵/۳۶	۳	۲۳۸/۴۵	۳/۹۸	۰/۰۲	۰/۱۶
مشکلات خواب	اثر اصلی گروه	۲۴۳/۸۴	۱	۲۴۳/۸۴	۱۰/۵۶	۰/۰۱	۰/۳۳
	اثر اصلی زمان	۱۱۷/۶۱	۱/۵۱	۷۷/۵۹	۱۰/۲۴	۰/۰۱	۰/۳۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۷۱/۵۳	۱/۵۱	۱۱۳/۱۶	۱۴/۹۳	۰/۰۱	۰/۴۱
کارآمدی هیجان	اثر اصلی گروه	۲۸۳/۵۹	۱	۲۸۳/۵۹	۴۷/۲۴	۰/۰۱	۰/۶۹
	اثر اصلی زمان	۳۷/۱۱	۱/۸۲	۲۰/۲۹	۴/۶۳	۰/۰۲	۰/۱۸
انعطاف پذیری روانشناختی	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۰۰/۷۸	۱/۸۲	۵۵/۰۹	۱۲/۵۷	۰/۰۱	۰/۳۷
	اثر اصلی گروه	۲۴۴۰/۱۶	۱	۲۴۴۰/۱۶	۸/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۹
	اثر اصلی زمان	۸۹۹/۲۵	۲/۲۸	۳۹۳/۷۷	۴۰/۷۰	۰/۰۱	۰/۶۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۶۶۰/۲۵	۲/۲۸	۲۸۹/۱۱	۲۹/۸۸	۰/۰۱	۰/۵۸

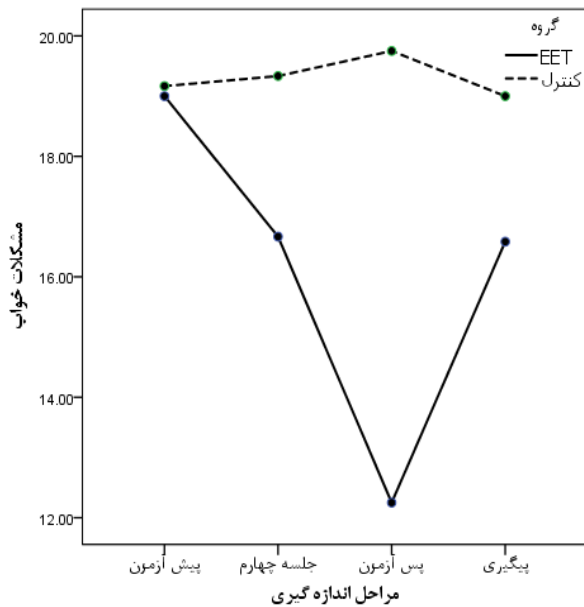
با توجه به جدول ۳ اثر اصلی گروه بر فشارخون بیماران معنادار است ($F(2, 16) = 0.16, p < 0.05$). همچنین اثر اصلی زمان بر فشارخون بیماران نیز معنادار است ($F(2, 16) = 0.16, p < 0.05$). اثر تعاملی گروه× زمان بر فشارخون بیماران معنادار است تفاوت‌های مشاهده شده در مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه درمان اندازه‌گیری (EET) از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که کاهش فشارخون بیماران در گروه درمان در جلسه چهارم نسبت به پیش‌آزمون معنادار و کاهش فشارخون در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون معنادار است. روند تغییرات مربوط به فشارخون بیماران در دو گروه درمان و کنترل در شکل ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. آزمون بنفرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش در چهار مرحله پژوهش در گروه درمان EET

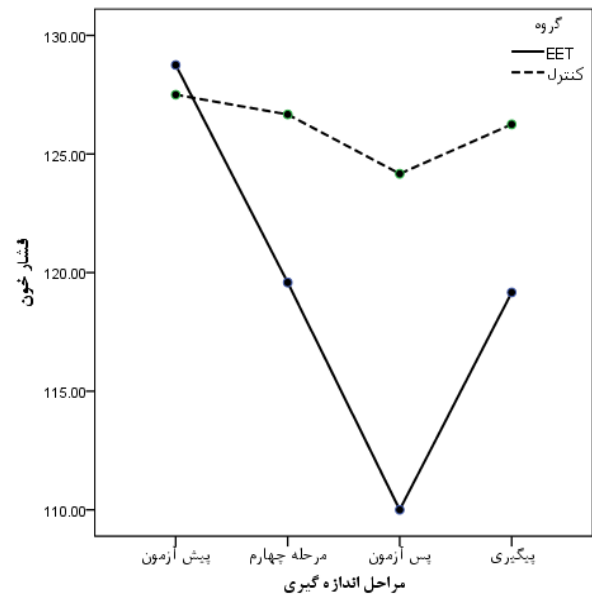
متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین (I - J)	معناداری
فشارخون	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	۹/۱۶	۰/۰۶
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	۱۸/۷۵	۰/۰۱
		پیگیری	۹/۵۸	۰/۱۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۹/۵۸	۰/۲۲
		پیگیری	۰/۴۲	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۹/۱۶	۰/۰۹
مشکلات خواب	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	۲/۳۳	۰/۰۴
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	۶/۷۵	۰/۰۱
		پیگیری	۲/۴۱	۰/۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۴۱	۰/۰۱
		پیگیری	۰/۰۹	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۳۳	۰/۰۱
کارآمدی هیجانی	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	-۱/۸۳	۰/۱۶
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	-۴/۴۱	۰/۰۱
		پیگیری	-۱/۱۶	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۵۸	۰/۰۱
		پیگیری	۰/۶۷	۰/۱۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۲۵	۰/۰۱
انعطاف پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	جلسه چهارم	-۶/۷۵	۰/۰۱
	جلسه چهارم	پس‌آزمون	-۱۵/۹۱	۰/۰۱
		پیگیری	-۷/۱۶	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۹/۱۶	۰/۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۲	۰/۰۱	
پس‌آزمون	پیگیری	۸/۷۵	۰/۰۱	

برای پاسخ به فرضیه پژوهش مبنی بر بررسی اثربخشی درمان (EET) بر کیفیت خواب بیماران نیز از تحلیل واریانس تک‌متغیری آمیخته (اندازه‌گیری مکرر بین گروهی) ۲*۴ استفاده شد. نتایج آزمون موخلی برای بررسی پیش فرض کرویت ماتریس کواریانس‌ها برای مشکلات خواب حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود. بنابراین در گزارش نتایج از آزمون گرین‌هاوس گیسر استفاده شد.

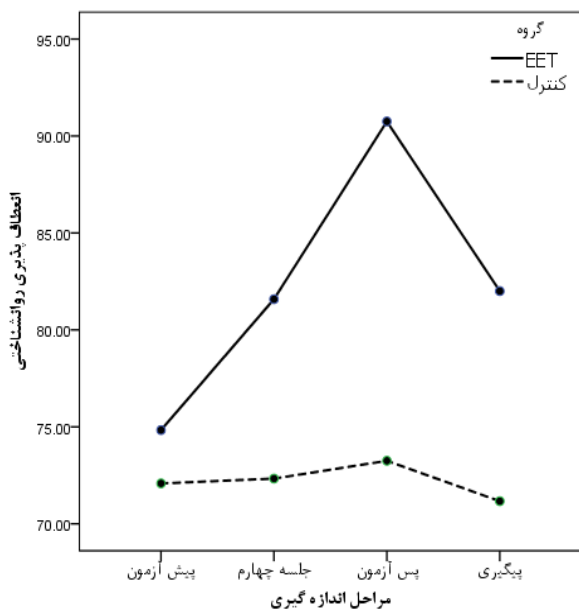
در شکل ۱، روند تغییرات مربوط به فشار خون بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده می‌شود و در شکل ۲، روند تغییرات مربوط به مشکلات خواب بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده می‌شود. در شکل ۳، روند تغییرات مربوط به کارآمدی هیجان بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده شده و در شکل ۴، روند تغییرات مربوط به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران در دو گروه درمان و کنترل مشاهده می‌شود.



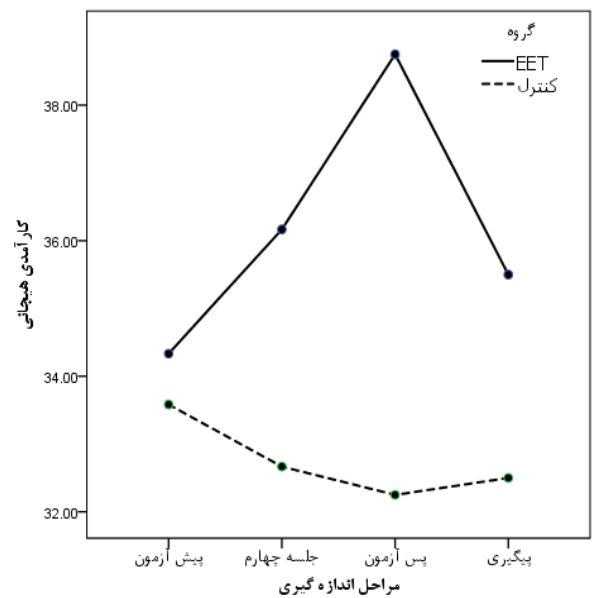
شکل ۱-۴-۱- مقایسه روند تغییرات فشارخون برای گروه درمان EET و گروه کنترل



شکل ۲-۴-۲- مقایسه روند تغییرات مشکلات خواب برای گروه درمان EET و گروه کنترل



شکل ۳-۴-۳- مقایسه روند تغییرات کارآمدی هیجانی برای گروه درمان EET و گروه کنترل



شکل ۴-۴-۴- مقایسه روند تغییرات انعطاف پذیری روانشناختی برای گروه درمان EET و گروه کنترل

• بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجانی، واکنش‌های قلبی-عروقی، کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آزادگان مبتلا به (PTSD) انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی بر کارآمدی هیجان اثر داشته و این پژوهش در درمان اضطراب، افسردگی به‌عنوان بالاترین هم‌ابتلائی با (PTSD) موثر بوده است. یکی از مهمترین فنون فراتشخیصی مواجهه فرد با علائم اضطرابی و افسردگی فرد است. در واقع درمان فراتشخیصی با به‌کارگیری پذیرش هیجان‌ها، اعتبار بخشیدن به هیجان‌ها، پذیرش و عدم قضاوت آنها و صرفاً مشاهده، منجر به کاهش نشانه‌های بیماری می‌شود (بارلو فارشیون، ۲۰۱۸). یکی از یافته‌های این مطالعه این بود که درمان فراتشخیصی منجر به بهبود کیفیت خواب و کاهش کابوس شبانه آنها شده که با مطالعه آرنی و همکاران (۱۴۰۰)، ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱)، دوس‌علی‌وند و همکاران (۱۳۹۷) همخوان است. اجتناب موجب برانگیختگی فیزیولوژیک و انواع مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و استرس شده و از پیامدهای آن مشکلات مربوط به خواب است. درمان فراتشخیصی با هدف قرار دادن میزان تحمل فرد نسبت به ابهام و کاهش اجتناب و افزایش سطح تحمل پریشانی می‌تواند راهبردها و مهارت‌های جدید شناختی، هیجانی و رفتاری را به افراد آموزش دهد که منحصر به کاهش هیجانات ادراک شده که زیربنای مشکلات خواب بیماران است را بهبود می‌بخشد (بارلو و همکاران ۲۰۱۱؛ بارلو و همکاران، ۲۰۱۸). دیگر یافته پژوهش حاضر بر واکنش‌های قلبی-عروقی است و از آنجایی که آرام‌سازی از مؤلفه‌های مهم کاهش استرس است، این روش موجب کاهش فشارخون مبتلایان شده که با پژوهش آقاییوسفی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. درمان (EET) از سایر رویکردها و فنون درمان‌های موج سوم مانند (DBT، EBT، ACT) استفاده می‌کند، در واقع با فراخوانی هیجانات ناشی از یادآوری خاطرات در جلسات درمان به وسیله مواجهه‌سازی موجب افزایش انگیزتگی هیجان‌شده (واکر جونز و همکاران، ۲۰۲۱) و با مهارت قابل توجهی مانند تحمل و کاهش پریشانی و درک هیجان (لینهان، ۱۹۹۳؛ بارلو، ۲۰۰۸) و پذیرش هیجان و ماندن در کنار آن و انجام رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها (هیز و هافمن، ۲۰۱۸)، به درمان (EET) شکل یکپارچه داده و مراجع با این رویکرد با انجام تکالیف در درمان می‌ماند و با آنها زندگی می‌کند. طبق دیدگاه (ACT) با استفاده از مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که موجب می‌شود فرد نسبت به تقاضاهای محیطی در حال تغییر، آگاه و حساس شود و شکل‌گیری این مدل موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد می‌شود (سیاروچی و بیلی، ۲۰۰۸). بیماران با انجام تکالیف روزانه و به چالش کشیدن هیجان‌های خود، از پیامدهای آن بیشتر آگاه شوند (الدائو و همکاران، ۲۰۱۵). مزایای گروه‌درمانی به اشتراک گذاشتن تجارب مربوطه به واقعه آسیب‌زا و حمایت از سایر اعضای گروه هستند و اجرای گروهی آن به‌خصوص در کهنه‌سربازان و بازماندگان وقایع فاجعه‌بار موفقیت‌آمیز بوده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). در آخر می‌توان اذعان کرد (EET) برای اولین بار در مورد آزادگان مبتلا به (PTSD) مزمن ناشی از جنگ اجرا شد و نتایج درمانی و اثربخشی آن از جلسه چهارم تا یک‌ماه پس از پایان درمان تداوم داشت.

• نتیجه‌گیری

به‌طور کلی می‌توان اذعان کرد نتایج این پژوهش نشان می‌دهد (EET) از آنجایی که بر ایجاد و مؤلفه‌های مهم هیجان کار می‌کند و نتایج آن موجب شده علائم (PTSD) بهبود کیفیت خواب، کاهش واکنش‌های قلبی-عروقی به‌خصوص فشارخون و متغیر انعطاف‌پذیری تحت تأثیر درمان قرار گیرد. (EET) در مورد این گروه از بیماران مزمن درمانی اثربخش بود چرا که از رویکردها و تکنیک‌های متعدد (CBT) درمان‌های موج سوم بهره برده است. پیشنهاد می‌شود به‌عنوان پروتکل درمانی جانبازان مزمن معرفی و در مورد زنان (PTSD) نیز اثربخشی آن کارآزمایی شود.

• تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

برخود لازم می‌دانم از جانبازان محترم شرکت‌کننده در این پژوهش، ریاست و مدیریت بیمارستان، مسول گروه روان‌شناسی، پرستاران محترم و همکاران درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر تقدیر و تشکر نمایم.

• منابع

- ابراهیمی، محمد حسین، صادق نیت، خسرو و همکاران (۱۳۹۳) بررسی کیفیت خواب و تصادف جاده ای در رانندگان شهرستان شاهرود، نشریه طب کار دوره ۶ شماره ۴
- بارلو دیوید؛ دوراند مارک و همکاران (۲۰۱۸)، آسیب شناسی روانی با رویکرد یکپارچه ترجمه فیروزبخت و همکاران ۱۳۹۸، نشر رسا.
- بارلو، دیوید، فارشیون، تد (۲۰۱۸)، کاربرد پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی ترجمه علیلو و همکاران ۱۴۰۰، نشر ابن سینا.
- بارلو، دیوید، فارشیون، تد و همکاران (۲۰۱۱)، پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی (راهنمای درمانگر)، ترجمه ابوالفضل محمدی و همکاران، انتشارات ابن سینا.
- بارلو، دیوید (۲۰۰۸)، رفتار درمانی دیالکتیکی ترجمه امیر هوشنگ مهریار و همکاران (۱۳۹۵)، نشر روان شناسی و هنر.
- توما، ناتان؛ مک کی، دین (۲۰۱۵)، پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری ترجمه محمدخانی و همکاران ۱۳۹۳، نشر ارجمند.
- دوس علی وند، هدی؛ حبیبی، مجتبی و همکاران (۱۳۹۸)، مروری بر مدل های سبب شناسی بی خوابی از دیدگاه شناختی - رفتاری مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۷، شماره ۳
- راه نجات، امیر محسن، سلیمی، سید حسن، فتحی آشتیانی، علی و همکاران (۱۳۹۳)، مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و مواجهه سازی طولانی مدت بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) مزمن ناشی از جنگ، مجله طب نظامی دوره، ۲۲ شماره، ۲۲ اسفند:
- راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، متن بازنگری شده DSM-5-TR ترجمه رضاعی، فرزین و همکاران (۱۴۰۲)، انجمن روانپزشکان آمریکا، نشر ویرایش
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام (۱۳۸۶)، بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی، علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، شماره ۲۶ (۳)، پیاپی ۲.
- سیاروچی، جوزف؛ بی لی، آن (۲۰۰۸)، یکپارچه سازی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ترجمه شهرام محمدخانی و همکاران ۱۳۹۷، نشر ابن سینا.
- شاره، حسین، سلطانی اسماعیل و همکاران (۱۳۹۲) نقض انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک های مقابله ای و تاب آوری با افسردگی، مجله پژوهنده، سال ۱۸، شماره ۲، پی در پی ۹۲ ص ۸۸ تا ۹۶.
- صادقی، میثم، تقوای، ارسیا و همکاران (۱۳۹۵)، روایی و اعتبار نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه در جامعه جانبازان ناشی از جنگ، مجله طب جانباز، شماره ۲۳، صفحه ۲۴۴ تا ۲۴۹.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۵)، آسیب روانی ناشی از جنگ. نشر رسانه. چاپ اول
- کاپلان، سادوک (۲۰۲۲)، خلاصه روان پزشکی بالینی ج ۲ ترجمه سادات و همکاران ۱۴۰۰، نشر ابن سینا.
- کریمی، محسن، دباغی، پرویز و همکاران (۱۳۹۹)، ویژگی های روان سنجی مقیاس PTSD بر اساس پنجمین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی در نظامیان شرکت کننده در جنگ مجله طب جانباز، شماره ۴۷، بهار، ص ۱۱۶ تا ۱۲۴.
- کرینگ، آن؛ اسلوان، دنیس (۲۰۱۰)، تنظیم هیجانی و آسیب شناسی روانی ترجمه حسنی و همکاران (۱۳۹۸)، نشر ارجمند.
- گرینبرگ، لسلی (۲۰۱۶)، فرآیند تغییر در درمان روان شناختی ترجمه حبیبی سال ۱۳۹۶، نشر کوی کوثر.
- لواف آرانی، محمد جواد، صادقی، سعیده و همکاران (۱۴۰۱)، اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب، تنظیم هیجانی در بیماران PTSD، مجله رویش روان شناسی، سال ۱۱، شماره ۱۰، صفحه ۲۰۲-۱۹۳.
- میرزایی، جعفر، احمدی ابهری، سید علی، (۱۳۸۱)، مروری بر رفتار درمانی شناختی در PTSD ارایه شده در کنگره روان پزشکی درمان های غیر دارویی اسفند ماه، تهران
- میرزایی، جعفر، کرمی، غلامرضا و همکاران (۱۳۸۶ a)، راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه، نشر پژوهشکده علوم پزشکی جانبازان، تهران
- میرزایی، جعفر، اصلانی، مهری (۱۳۸۶ b)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به PTSD، دوره اول، شماره ۳، فصل نامه روان شناسی کاربردی، دانشگاه رودهن
- میرزایی، جعفر، محمد خانی، پروانه (۱۳۸۶ c)، بررسی درمان CBT گروهی به عنوان روشی برای پیشگیری از عود افسردگی در جانبازان PTSD، چهارمین سمپوزیوم عوارض عصبی ناشی از جنگ، دانشگاه بهزیستی

میرزایی، غزل، میرزایی، جعفر، و همکاران (۱۳۹۸)، تاثیر درمان ACT بر کاهش علائم آزادگان PTSD، ارایه شده در هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران

میرزایی، جعفر، (۱۳۹۹)، درمان‌های روان شناختی در PTSD، فصلنامه علمی ترویجی روانشناسی و هنر شماره ۲۲ سال ۱۳

میرزایی، جعفر، سعادت نژاد، مریم (۱۴۰۰)، مروری سیستماتیک بر درمان‌های تشخیصی و موج سوم CBT در PTSD فصلنامه علمی ترویجی روان شناسی و هنر شماره ۲۷ سال ۱۴

میرزایی، جعفر، (۱۴۰۲) اثربخشی درمان CPT بر کاهش علائم PTSD، افسردگی و اضطراب در آزادگان مبتلا به PTSD، ارایه شده در سی و نهمین کنگره انجمن روان‌پزشکان ایران، تهران.

مک کی، اشلمن؛ الیزابت و همکاران (۲۰۱۹)، فنون آرمیدگی و کاهش استرس ترجمه فیروزبخت سال ۱۳۹۹، نشر ارسباران.

مک کی، متیو؛ وست، آپریلیا (۲۰۱۶)، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی ترجمه محمدخانی و همکاران ۱۳۹۷، نشر ابن سینا.

هافمن، استفان؛ هیز، استیون (۲۰۱۸)، درمان شناختی- رفتاری فرآیندمدار، ترجمه محمدخانی و همکاران، سال ۱۳۹۸، انتشار ابن سینا.

- Aghayosefi A, Amirpour. B. etal (2015) Effect of cognitive processing therapy on cardiovascular biomarker of veterans with PTSD. Quarterly of Iranian of war & public health N (7), p 43-8.
- Benefer Natasha, spritzer, Elizabeth and etal (2021) Efficacy of third ware conative behavioral therapies in treatment of PTSD: A metanalysis study. Anxiety Disorder 35 (6): p 502-514.
- Biggs, Q, Ursano, R. end etal (2020) PTSD variation associated with sleep characteristic. BMC psychiatry (20) 174.
- Bohus M, Klienin Dienst N, etal (2020) DBT for PTSD compared with cognitive processing therapy in complex presentations of PTSD in woman survivors of Childhood abuse (A Randomized Clinical Trial)
- Buysse, JD., Reynolds, EF etal (1989) The Pittsburgh sleep quality index. Psychiatry research vol 28, Issus 2 p. 193-213.
- Dennis, JP, Van der Wal (2010) the cognitive Flexibility Inventory: cognitive therapy and research 34 p. 241-253.
- Dindo, L., Van Liew, and etal (2017) Acceptance and Commitment therapy: A Trans diagnostic Behavioral Intervention for mental health and medical conditions Neurotherapeutic 14: p 546-553
- Durta. JS., Sudeh, N. (2018) psychological Flexibility mitigate effects of PTSD symptoms and negative urgency on aggressive behavior in trauma expose. Personality disorder 9 (4) p: 315-230.
- Eldao, A, Sheppes, G. and etal (2015) Emotion regulation flexibility. Cognitive therapy and Research 39 (3) 263-278
- Jasbi, M., Mirzaee, J. and etal (2018) Influence of Adjuvant MBCT on Symptoms of PTSD in Veterans jour of CBT vol47 issues 5 P:431-446
- Hayes SC, Strosahl KD. (2004) A practical guide to ACT: An experiential approach to behavior change. New York Guilford press.
- Huguet, A, Mcgrath, P. and et.al (2014). Efficacy of psychological treatment for headaches. Systematic reviews. Clinical Journal of Pain 30(4), 353-369.
- Keith, J; Velezmor, R. (2015) correlates of cognitive flexibility in veterans seeking treatment for PTSD the jour of Nervous and mental disease 203 (4).
- Linehan MM. (1993 a) cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder. New York.
- Lovibond P, F, Lovibond Sh. (1995) Manual for the Depression, Anxiety stress scale (2nd. Ed) Sydney: psychology Foundation.
- Mirzaee, J., Mirzamani, M. (2004) Comprehensive Psychotherapies of PTSD with CBT.2 nd Asian Psychotherapy congress Tehran.
- Peterson, Al, Blount TH, Foa EB. and etal (2023) Massed intensive outpatient prolonged exposure for combat related PTSD JAMA Network open 6 (1) p:1-14.
- Sareen J, stein M. etal (2021) PTSD in Adult: literature Neurosis science (12) P. 258. Psychological flexibility in a military sample (2015) www.elsevier.com/open-access/
- Varker, T, Jones, K, and etal (2021) Dropout from guideline – recommended psychological treatments for PTSD: A systematic review and meta – analysis. Jour of Affective disorders report 4 (100093). JAMA Psychiatry 77 (12) P. 1235-1245
- Weathers, F. W, Litz, B and etal (2015) PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). National center for PTSD. <http://traumadissociation.com/pcl5-ptsd>

مقایسه رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان با و بدون سابقه طلاق والدین

A Comparison of the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Psychological Well-Being and the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Teenagers with and Without a History of Parental Divorce

Sara naderi, MSc student

Masoud Gholamali Lavasani, PhD[✉]

Sogand Ghasemzadeh, PhD

سارا نادری^۱

مسعود غلامعلی لواسانی^۲

سوگند قاسم‌زاده^۳

Abstract

The aim of the present study was comparing the relationship between early maladaptive schemas and psychological well-being and the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in two groups of teenagers with and without a history of parental divorce. The descriptive research method was the correlation type and based on the applied goal. The statistical population of the research included all teenage girls in the second secondary school in Tehran in the academic year 1400-1401. 240 students were selected to complete the questionnaires using random cluster sampling. The research tools included Rijekboar and Debo Children's Schema Questionnaire (SIC), Garnofsky and Kraij's Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire (CERQ) and Riff's Psychological Well-Being Scale (RSPWB). Structural equation modeling method was used for data analysis. The findings showed that the relationship between early maladaptive schemas and psychological well-being was negative and significant. Also, the relationship between early maladaptive schemas and positive strategies for cognitive regulation of emotion is negative and significant, and the relationship between early maladaptive schemas and negative strategies for cognitive regulation of emotion was positive and significant. The relationship between positive emotion regulation strategies and psychological well-being was positive and significant. these schemas had an inverse and significant effect on psychological well-being through positive cognitive regulation strategies ($\beta=-0.2, p<0.001$). Also, there was a significant difference between the relationship between the early maladaptive schemas and the positive and negative strategies of cognitive emotion regulation and psychological well-being in two groups. **Keywords:** Early maladaptive schemas, psychological well-being, cognitive emotion regulation strategies, teenagers

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناخت مقایسه‌ای رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه نوجوانان با و بدون سابقه طلاق والدین است. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و بر اساس هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش تمامی نوجوانان دختر دوره متوسطه دوم شهر تهران در سال تحصیلی بودند. ۲۴۰ نفر دانش‌آموز با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، برای تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش سیاهه طرحواره کودکان ریجکبوآر و دیو (SIC)، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گارنوفسکی و کرایج (CERQ) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB) بودند. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. همچنین رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان منفی و معنادار و رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان نیز مثبت و معنادار بودند. رابطه راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی نیز مثبت و معنادار بود. طرحواره‌های ناسازگار از طریق راهبردهای مثبت تنظیم شناخت اثری معکوس و معنادار بر بهزیستی روان‌شناختی داشت ($\beta=-0.2, P < 0.001$). همچنین بین رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه، تفاوت معناداری وجود داشت.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بهزیستی روان‌شناختی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نوجوانان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۶/۶ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

۱. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

● مقدمه

خانواده، به عنوان مهم‌ترین و اصلی‌ترین نهاد اجتماعی و فرهنگی، اثرات پایداری بر هر یک از اعضای خویش دارد؛ به گونه‌ای که باورها، عواطف و رفتارهای افراد عمیقاً تحت تأثیر این نهاد قرار می‌گیرد (خدادادی و همکاران، ۱۳۹۹). همه سازه‌های مربوط به خانواده با زندگی فرزندان ارتباط تنگاتنگی دارد و آسیب کارکردهای خانواده، سلامت روانی فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میشل و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی که خانواده ممکن است با آن رو به رو شود، پدیده طلاق والدین است. طلاق پدیده‌ای است که نه تنها بهزیستی و تعادل روانی دو انسان، بلکه تعادل فرزندان و اطرافیان را نیز بر هم می‌زند (عبدی و همکاران، ۲۰۱۳). از طرفی، از آنجا که نوجوانی دوره‌ای است که امکان تجربه عوامل تنش‌زا در حوزه‌های مختلف زندگی وجود دارد (لیسی و همکاران، ۲۰۲۰) و بسیاری از تغییرات مهم روان‌شناختی نیز در این دوره رخ می‌دهد، پدیده طلاق والدین در این دوره اهمیت مضاعف پیدا می‌کند (دلپا و کرانسنی، ۲۰۱۸).

یکی از عمده‌ترین مشکلاتی که فرزندان خانواده‌های طلاق با آن روبه‌رو هستند، برهم خوردن بهزیستی روان‌شناختی (psychological well-being) است (گرچین‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). ریف (۲۰۱۴)، بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای محقق ساختن توانایی‌های بالقوه‌اش در نظر می‌گیرد. امروزه اهمیت بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی در مطالعات بسیاری مورد توجه قرار گرفته است. بدین صورت افرادی که از نظر روانی احساس رضایت بیشتری می‌کنند، هیجانات مثبت بیشتری را نیز تجربه کرده و زندگی خود را به گونه‌ای مثبت ارزیابی می‌کنند (لومان، ۲۰۱۷). مدل ریف (۱۹۹۵)، از مهم‌ترین مدل‌های حوزه بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناسی از ۶ مؤلفه پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط، تعامل مثبت با دیگران و خودمختاری تشکیل می‌شود (ریف، ۲۰۱۴).

یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجانی (emotion regulation) است که به عنوان فرایند تعدیل پاسخ‌های هیجانی در نظر گرفته می‌شود (گروس، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر، تنظیم هیجان فرایند حفظ، تعدیل، تغییر و مدیریت هیجانات در به سرانجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (کالوو و همکاران، ۲۰۱۸). گراس و تامپسون (۲۰۰۷)، برای تنظیم هیجان راهبردهای شناختی و رفتاری را در نظر می‌گیرند. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به نحوه تفکر افراد در رویارویی با واقعه آسیب‌زا اشاره دارد. در همین راستا گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۱)، ۹ راهبرد برای تنظیم شناختی هیجان در نظر می‌گیرند: سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، دیدگاه‌پذیری، برنامه‌ریزی، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران؛ که از این میان، راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌سازی تحت عنوان راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان و راهبردهای پذیرش، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، دیدگاه‌پذیری و برنامه‌ریزی تحت عنوان راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان طبقه‌بندی می‌شود. پژوهش‌ها حاکی از این است افرادی که در شرایط پرفشار و استرس‌آور از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان استفاده می‌کنند سطوح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (قره‌داغی و همکاران، ۱۳۹۹).

یکی از عوامل مؤثر بر به کارگیری راهبردهای منفی تنظیم هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه (early maladaptive schemas) هستند (شینر و گلدمارک، ۲۰۱۵). به گونه‌ای که پژوهش‌ها حاکی از این است که با تشدید طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انتخاب راهبردهای مثبت تنظیم هیجان توسط فرد کاهش و اتخاذ راهبردهای منفی افزایش می‌یابد (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساختارها و الگوهای خودآسیب‌رسانی هستند که به دلیل ارضا نشدن ۵ نیاز اساسی دل‌بستگی ایمن، خودگردانی، خودانگیختگی، آزادی در بیان نیازها و محدودیت‌های واقع‌بینانه در دوران کودکی به وجود می‌آیند (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۹). شواهد بسیاری حاکی از این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط عمیقی با مشکلات روان‌شناختی دارند (وان ویک-هربرینک و همکاران، ۲۰۱۸). از آنجا که طرحواره‌ها عمیق‌ترین سطوح شناختی افراد را در بر دارند، نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی و بهداشت روانی آنان ایفا می‌کنند (اورنگ و همکاران، ۱۳۹۶).

اگرچه در پژوهش‌های متعددی به مقایسه ویژگی‌های روان‌شناختی فرزندان با و بدون تجربه طلاق والدین پرداخته شده است، اما پرداختن به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بهزیستی روان‌شناختی این دو گروه همچنان نوظاست. از طرفی نوجوانی دوره‌ای است

که فرد با تغییرات سریع احساسی، فیزیکی و اجتماعی مواجه می‌شود (اکستریمر و همکاران، ۲۰۱۷)؛ حال اگر با فشارها و تغییرات مضاعف دیگری مانند طلاق والدین رو به رو شود، زمینه برای بروز مشکلات روان‌شناختی فراهم خواهد شد. به همین دلیل است که در این پژوهش به مقایسه دو گروه نوجوانان با و بدون تجربه طلاق والدین پرداخته شد تا بتوانیم تفاوت‌های مشاهده شده در گروه نوجوانان با تجربه طلاق والدین را به تأثیرات پدیده طلاق والدین در مورد فرزندان نسبت دهیم، نه به تغییرات طبیعی دوره نوجوانی. نتایج پژوهش‌ها در این موضوع می‌تواند به والدین، معلمان، مشاوران و دست‌اندرکاران سلامت روانی کمک کند تا با آگاهی بیشتر در این زمینه، به نوجوانان در راستای بهبود سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی از طریق طرحواره درمانی و جایگزین کردن راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به جای راهبردهای منفی اقدام نمایند. بنابراین با توجه به اهمیت این دوره و نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، در این پژوهش به شناخت مقایسه‌ای رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در دو گروه نوجوانان با و بدون سابقه طلاق والدین پرداخته‌ایم.



شکل ۱. مدل مفهومی بررسی مقایسه‌ای رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در دو گروه نوجوانان با و بدون سابقه طلاق والدین

• روش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی است. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، از روش‌های توصیفی-همبستگی و برای بررسی آثار مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش از روش معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر دوره متوسطه دوم در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. ۲۴۰ نفر دانش‌آموز با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، برای تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب شدند و در نهایت ۲۴۰ نفر باقی ماندند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: دانش‌آموزان در دوره متوسطه دوم مشغول به تحصیل باشند. دانش‌آموزان ساکن شهر تهران باشند. ۳ حداقل ۵ سال از طلاق والدینشان گذشته باشد. تمایل به همکاری در پژوهش داشته باشند و سابقه ابتلا به اختلال‌ها خلقی و رفتاری نداشته باشند. پس از مشخص شدن نحوه پاسخ‌گویی به سوالات و اهداف پژوهش، افراد با پرسشنامه‌ها آشنا شدند.

برای اجرای پژوهش ابتدا معرفی‌نامه از دانشگاه تهران دریافت و به مدارس منتخب در شهر تهران مراجعه شد. در ادامه هدف از پژوهش مورد نظر به مسئولان ذی‌ربط توضیح داده شد و شفاف‌سازی‌های لازم به عمل آمد. سپس با موافقت مسئولان مدارس این فرصت داده شد که فرم‌های اطلاع‌رسانی را پخش کرده و با افرادی که تمایل داشتند تا در تکمیل پرسشنامه شرکت کنند، صحبت شود و اطلاعات لازم در اختیار آنها قرار گیرد. در مرحله بعد مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج پژوهش تعدادی دانش‌آموز انتخاب شد و پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان داده شد تا تکمیل نمایند. اطلاعات به‌دست آمده وارد نرم‌افزار آماری شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها رقم خورد.

• ابزارها

الف) سیاهه طرحواره کودکان (SIC- schema inventory for children): سیاهه طرحواره کودک شامل ۴۰ ماده است (ریچکبوار و دبو، ۲۰۱۰) و ۱۱ طرحواره را در کودک می‌سنجد. سوال‌ها برای کودکان سنین ۱۳-۸ سال طراحی شده و به تجربیات مشترک در زندگی کودکان اشاره می‌کند. سیاهه حاضر در نتیجه تحلیل عاملی پرسشنامه ۷۵ ماده‌ای طرحواره یانگ به‌دست آمده است. هشت طرحواره از ۱۵ طرحواره پرسشنامه یانگ در کودکان نیز ردیابی شد. ترکیب طرحواره باقی مانده، منجر به شکل‌گیری ۳ طرحواره

جدید به نام‌های تنهایی، آسیب‌پذیری و سلطه‌پذیری در کودکان شد. طرحواره تنهایی در نتیجه ترکیب دو طرحواره محرومیت هیجانی و انزوای اجتماعی به دست آمد. طرحواره جدید دیگر در کودکان در نتیجه ترکیب طرحواره‌های رهاشدگی و آسیب‌پذیری در پرسشنامه یانگ به دست آمد و با نام طرحواره آسیب‌پذیری مشخص شد. سومین طرحواره جدید در کودکان با نام طرحواره سلطه‌پذیری مشخص شد که در نتیجه ترکیب ۳ طرحواره اطاعت، بازداری هیجانی، و وابستگی/بی‌کفایتی به دست آمده است. در سیاهه حاضر ۱۱ خرده‌مقیاس به منظور بررسی ۱۱ طرحواره در کودکان به در نظر گرفته شده است. خرده‌مقیاس‌ها شامل این موارد هستند: تنهایی (۵ ماده)، سلطه‌پذیری (۵ ماده)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (۳ ماده)، نقص (۳ ماده)، شکست (۳ ماده)، آسیب‌پذیری (۶ ماده)، خود تحول نیافته (۳ ماده)، ایثار (۳ ماده)، معیارهای سرسختانه (۳ ماده)، استحقاق/بزرگ‌منشی (۳ ماده) و خویش‌ن‌داری ناکافی (۳ ماده). خرده‌مقیاس تنهایی از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۱۰، ۱۵، ۱۹، ۳۰ و ۴۰ خرده‌مقیاس آسیب‌پذیری از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۴، ۹، ۱۶، ۱۷، ۲۳ و ۲۷ خرده‌مقیاس بی‌اعتمادی/بدرفتاری از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۲۰، ۳۱ و ۳۵ خرده‌مقیاس نقص از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۲، ۳ و ۱۱ خرده‌مقیاس شکست از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۱۸، ۳۶ و ۳۸ خرده‌مقیاس سلطه‌پذیری از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۷، ۲۱، ۲۲ و ۲۹ خرده‌مقیاس معیارهای سرسختانه از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۵، ۲۶ و ۲۹ خرده‌مقیاس ایثار از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۱۳، ۲۸ و ۳۳ خرده‌مقیاس خود تحول نیافته از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۱، ۸ و ۱۲ خرده‌مقیاس استحقاق/بزرگ‌منشی از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۲۴، ۳۲ و ۳۴ و خرده‌مقیاس خویش‌ن‌داری ناکافی از حاصل جمع نمرات ماده‌های ۶، ۱۴ و ۳۷ در پرسشنامه به دست می‌آید. هر ماده، توسط مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۱ = کاملاً غلط، ۲ = تقریباً غلط، ۳ = تقریباً درست، ۴ = کاملاً درست). در پژوهش ریجکبوار و دبو (۲۰۱۰)، اعتبار به روش بازآزمایی محاسبه شد و متوسط همبستگی ۰/۶۷ برای تمام خرده‌مقیاس‌ها به دست آمد. روایی در پژوهش غمخوارفرد و همکاران (۱۳۹۱)، از طریق روش روایی هم‌زمانی با پرسشنامه تجدید نظر شده خلق و خوی اولیه نوجوانان (EATQ-R؛ ایس و روتهاپارت، ۲۰۰۱)، محاسبه و ارتباط معناداری بین متغیرهای درونی دو پرسشنامه (به استثنای خرده‌مقیاس‌های ایثار و خود تحول نیافته) دریافت شد. آلفای کرونباخ در این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

ب) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (cognitive emotion regulation questionnaire- CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶)، یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در مواجهه با رویدادهای تهدیدکننده زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت (از هرگز تا همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، دیدگاه‌پذیری، برنامه‌ریزی، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۶ و ۱۰ است. هر چه نمره بالاتر باشد بیانگر استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در این پرسشنامه به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی و راهبردهای غیرانطباقی تقسیم می‌شوند. راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌سازی تحت عنوان راهبردهای شناختی غیر انطباقی و راهبردهای پذیرش، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، دیدگاه‌پذیری و برنامه‌ریزی تحت عنوان راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان طبقه‌بندی می‌شود. همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای ۰/۸ تأیید شده و اعتبار بازآزمایی نیز ثبات نسبی راهبردها را گزارش می‌کند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در ایران نیز بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) اعتبار بازآزمایی (از ۰/۷ برای سرزنش خود تا ۰/۸۳ برای برنامه‌ریزی)، آلفای کرونباخ (از ۰/۷۳ برای سرزنش خود تا ۰/۹ برای فاجعه‌سازی) و همسانی درونی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند. آلفای کرونباخ در این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۲ بود.

ج) فرم کوتاه شده مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff Scale of Psychological Wellbeing-Short Form): نسخه اصلی این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد که در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. ماده‌های ۹، ۱۲ و ۱۸، عامل استقلال؛ ماده‌های ۱، ۴ و ۶، عامل تسلط بر محیط؛ ماده‌های ۷، ۱۵ و ۱۷، عامل رشد شخصی؛ ماده‌های ۳، ۱۱ و ۱۳، عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ ماده‌های ۵، ۱۴ و ۱۶، عامل هدف‌مندی در زندگی و ماده‌های ۲، ۸ و ۱۰، عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای لیکرت از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" پاسخ داده می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از بین کل سوالات، ۱۰ ماده به صورت مستقیم و ۸ ماده به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود (سفیدی

و فرزاد، ۲۰۱۲). همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی ۶ عاملی این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر ۰/۷۳، ۰/۷۲، ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد. آلفای کرونباخ در این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۰ بود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، پاسخ به سوالات و دستیابی به اهداف پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مانند: انحراف استاندارد، میانگین، فراوانی و درصد فراوانی، همبستگی پیرسون و آزمون هم‌خطی استفاده شد. همچنین جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 (بررسی آمار توصیفی و استنباطی) و نرم‌افزار Amos-24 (رسم مدل) استفاده شد.

• یافته‌ها

در این پژوهش جهت بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی اعم از پایه تحصیلی شرکت‌کنندگان، وضعیت تأهل والدین، تحصیلات پدر و مادر از شاخص‌های توصیفی فراوانی و درصد فراوانی استفاده شد. جهت بررسی سن شرکت‌کنندگان نیز از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. یافته‌های مرتبط با متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که از ۲۴۰ نفر نمونه پژوهش، بیشترین شرکت‌کنندگان در پژوهش در پایه دهم (۴۵/۸ درصد) مشغول به تحصیل بوده‌اند. از نظر وضعیت تأهل والدین از هر دو گروه (والدین با هم، والدین جداشده از هم) به یک اندازه نمونه گرفته شده است. تحصیلات اغلب مادران و پدران نیز دیپلم بود. همچنین بررسی متغیر سن نشان داد که میانگین سنی افراد حاضر در پژوهش ۱۶/۶۲ با انحراف استاندارد ۰/۷۲ است.

مطابق جدول ۱ همبستگی میان تمامی متغیرهای پژوهش مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بیشترین میانگین و انحراف استاندارد مربوط به طرحواره‌های ناسازگار بوده و کمترین میانگین و انحراف استاندارد مربوط به راهبردهای منفی تنظیم شناخت است. در مورد دو شاخص کجی و کشیدگی (پاشاشریفی و همکاران، ۱۳۹۹) که مقدار قدر مطلق کجی کمتر از ۳ و قدر مطلق کشیدگی کمتر از ۱ را نشان نرمال بودن داده‌ها می‌داند، می‌توان بیان کرد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. طرحواره‌های ناسازگار	۱			
۲. راهبردهای منفی تنظیم شناخت	۰/۴۰**	۱		
۳. راهبردهای مثبت تنظیم شناخت	-۰/۴۷**	-۰/۴۱**	۱	
۴. بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۶۶**	-۰/۱۶*	۰/۱۴*	۱
میانگین	۹۵/۷۷	۲۴/۶۱	۲۸/۹۲	۷۱/۳۱
انحراف استاندارد	۱۶/۷۴	۴/۹۵	۵/۷۶	۱۲/۶۵
کجی	۰/۱۶	-۰/۴۴	-۰/۱۶	-۰/۲۴
کشیدگی	-۰/۳۷	۰/۶۸	۰/۵۷	-۰/۷۷

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

در ادامه، برقرار بودن مفروضه‌های اساسی هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها بررسی شد. جهت بررسی هم‌خطی چندگانه از عامل تورم واریانس و آماره تحمل استفاده شد. مقادیر مجاز برای آماره تورم واریانس بیشتر از ۰/۱ و برای آماره تحمل کمتر از ۱۰ می‌باشد و چنانچه مقادیر این دو آماره از مقادیر گفته شده تخطی کند، بیانگر وجود هم‌خطی چندگانه است. بنابراین، مطابق مقادیر جدول زیر، می‌توان بیان داشت که شرط عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها برقرار است.

جدول ۲. شاخص‌های هم‌خطی چندگانه

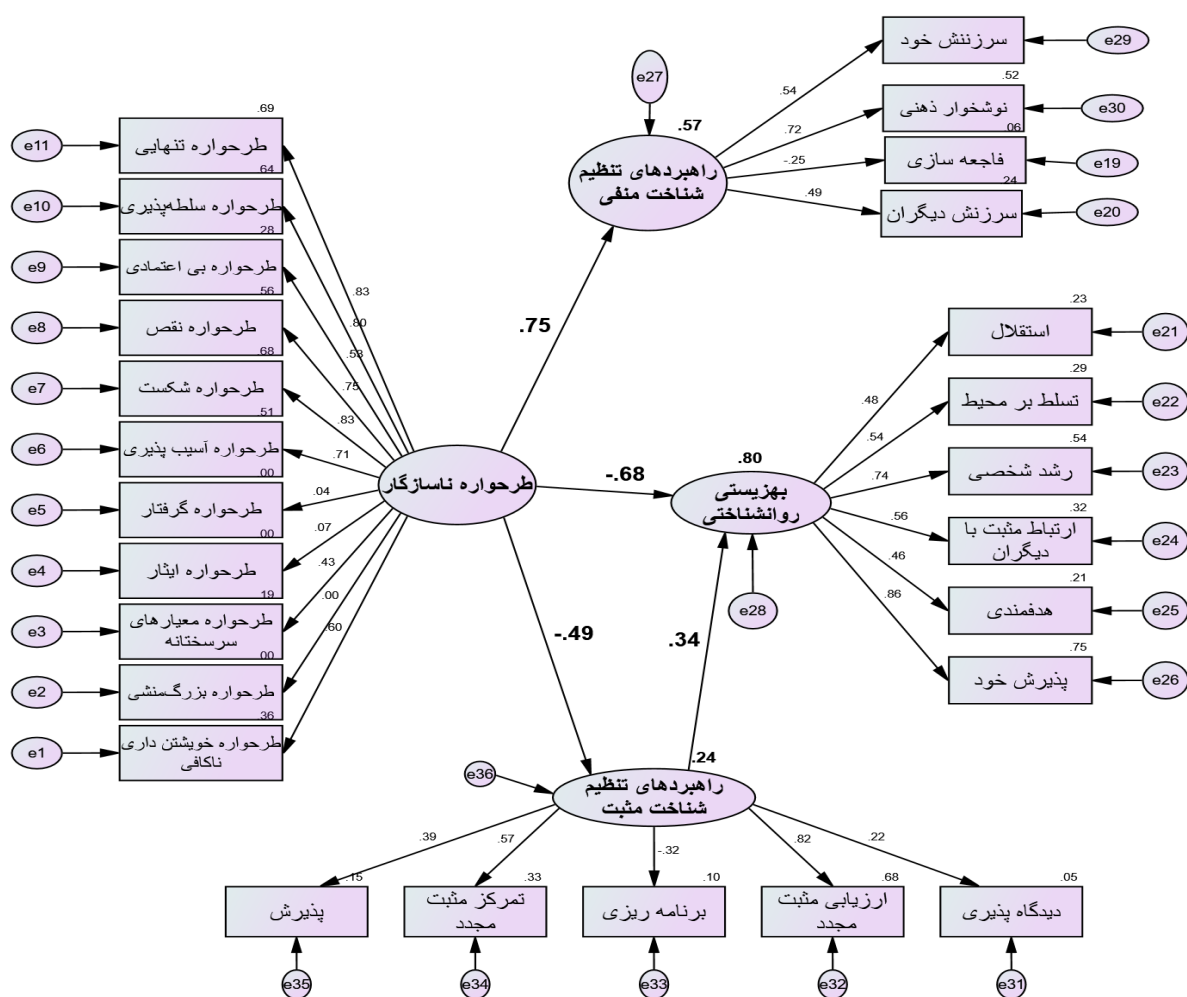
عامل	VIF	Tolerance
طرحواره‌های ناسازگار	۱/۲۲	۰/۸۲
راهبردهای منفی تنظیم شناخت	۱/۴۶	۰/۶۸

سپس شاخص‌های برازش مدل بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقدار بدست آمده	مقدار مطلوب	وضعیت
خی‌دو	۳/۲۸	۵-۱	مطلوب
RMSEA	۰/۰۶۴	< ۰/۰۸	مطلوب
GFA	۰/۹۲	> ۰/۹	مطلوب
AGFA	۰/۹۳	> ۰/۹	مطلوب
CFI	۰/۹۱	> ۰/۹	مطلوب
IFI	۰/۹۲	> ۰/۹	مطلوب

باتوجه به جدول ۳ و مقادیر به دست آمده مطابق نظر کلاین (۲۰۱۵) مقدار مناسب شاخص خی دو بین ۱ تا ۵ است. همچنین برای شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد مقدار کمتر از ۰/۰۸ را مناسب می‌داند. برای شاخص نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده، شاخص برازش تطبیقی و شاخص برازش افزایشی نیز مقدار بیش از ۰/۹ را مناسب می‌داند. لذا می‌توان بیان داشت که مدل پژوهش دارای برازش مناسبی است.



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد

در ادامه جهت بررسی مدل بین این دو گروه از آزمون مولتی گروپ (multi-group test) استفاده شد که در جدول ۴ گزارش شده است. مطابق جدول ۴، مسیر طرحواره‌های ناسازگار به راهبردهای تنظیم مثبت و معنادار است. همچنین مسیر طرحواره‌های ناسازگار به بهبودی روانشناختی و راهبردهای مثبت تنظیم شناخت، منفی و معنادار است. لازم به ذکر است تمامی این سه مسیر در

دو گروه تفاوت معنادار و آشکاری دارد. مسیر غیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار نیز در دو گروه معنادار بوده و تفاوت دو گروه در این مسیر نیز معنادار است.

جدول ۴. نتایج آزمون مولتی گروپ

والدین جدا شده		والدین با هم		Z	P	Estimate	P	Estimate		
P	Estimate	P	Estimate							
۰/۰۰۱	۱/۴۵	۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵	←- راهبردهای منفی تنظیم شناخت	طرحواره ناسازگار
۰/۰۰۱	-۱/۳۴	-۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۹۷	۰/۰۰۱	-۰/۹۷	←- راهبردهای مثبت تنظیم شناخت	طرحواره ناسازگار
۰/۰۰۱	-۱/۴۲	-۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۹۷	۰/۰۰۱	-۰/۹۷	←- بهزیستی روان‌شناختی	طرحواره ناسازگار
۰/۰۰۱	-۰/۹۴	-۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۵۸	۰/۰۰۱	-۰/۵۸	←- بهزیستی روان‌شناختی	طرحواره ناسازگار (میانجی‌گری راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان)
۰/۰۰۱	-۰/۴۳	۰/۰۹	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۴۱	-۰/۴۳	←- بهزیستی روان‌شناختی	راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان
۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۱/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳	←- بهزیستی روان‌شناختی	راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان

***P<۰/۰۰۱،**P<۰/۰۱

مطابق جدول ۴، مسیر طرحواره‌های ناسازگار به راهبردهای منفی تنظیم شناخت مثبت و معنادار است. همچنین مسیر طرحواره‌های ناسازگار به بهزیستی روان‌شناختی و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، منفی و معنادار است. مسیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به بهزیستی روان‌شناختی نیز مثبت و معنادار است. لازم به ذکر است تمامی این مسیرها در دو گروه تفاوت معنادار و آشکاری دارد. اثر غیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان نیز در دو گروه معنادار بوده و تفاوت دو گروه در این مسیر نیز معنادار می‌باشد.

• بحث

هدف پژوهش حاضر شناخت مقایسه‌ای رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی و نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه نوجوانان با و بدون سابقه طلاق بود.

در رابطه با یافته اول پژوهش، یافته‌ها حاکی از این است که با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بهزیستی روان‌شناختی کاهش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نتیجه تجارب ناگوار زندگی شکل گرفته و به شدت ناکارآمد هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) و همچنین گاهی آنقدر نیرومند می‌شوند که افکار خودآیند منفی را تحریک می‌کنند و فرا می‌خوانند (رایت و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، با تداوم در طول زندگی روی بهزیستی روان‌شناختی و سلامت ذهنی افراد تأثیر می‌گذارند. از این رو، پر واضح است افرادی که طرحواره‌های ناسازگار بیشتر، شدیدتر و عمیق‌تری را تجربه می‌کنند، از سطوح پایین‌تری از بهزیستی روان‌شناختی برخوردار باشند. از طرف دیگر قوی‌تر بودن این رابطه در نوجوانان با تجربه طلاق والدین نیز بیانگر این است که فرزندان تحت تأثیر تغییر ناگهانی محیط خانوادگی خود و همچنین تأثیرات روند طلاق والدین قرار می‌گیرند. این شرایط بر وضعیت روانی فرزندان از جمله ایجاد مشکلات رفتاری، خودپنداره منفی، مشکلات اجتماعی، مشکلات در روابط با والدین و شکل‌گیری طرحواره‌ها تأثیر می‌گذارد.

در رابطه با یافته دوم و سوم پژوهش، رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان منفی و معنادار و با راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان مثبت و معنادار است. به عبارتی با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان کاهش می‌یابد و با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان افزایش می‌یابد. همچنین این رابطه در گروهی که تجربه طلاق والدین را داشته‌اند به طور معناداری قوی‌تر است. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش میرزایی و همکاران (۱۴۰۰) است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد از آنجایی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در موقعیت‌های استرس‌زا فعال می‌شوند، باعث می‌شود فرد نتواند به خوبی هیجانات خود را کنترل کرده و یا راهبردهای مثبت را اتخاذ نمایند. از طرف دیگر افرادی که از طرحواره‌های ناسازگار بیشتری برخوردار باشند، به جای راهبردهای مثبت از راهبردهای منفی استفاده کرده تا بتوانند آشفتگی درونی خود را کاهش دادند. در مورد تفاوت این رابطه در دو گروه نوجوانان با و بدون تجربه طلاق نیز می‌توان همین‌گونه تبیین کرد. بدین صورت که نوجوانانی که تجربه جدایی والدین را دارند، طرحواره‌های ناسازگار بیشتری در آنان شکل گرفته است و

لذا کمتر از نوجوانان عادی توانایی مهار و کنترل هیجانات خود را دارند. آنان طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند تا در موقعیت‌های پرفشار فعال شود؛ از این رو، در چنین شرایطی آشفتگی بیشتری را تجربه کرده و کمتر می‌توانند راهبردهای مثبت را اتخاذ کنند. یافته بعدی پژوهش بدین‌گونه است که رابطه راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی مثبت و معنادار است. به عبارتی با افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی افزایش می‌یابد. همچنین این رابطه در گروهی که تجربه طلاق والدین را نداشته‌اند به طور معناداری قوی‌تر است. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش قره داغی و همکاران (۱۳۹۹) است. افرادی که در شرایط پرفشار و استرس‌آور از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان استفاده می‌کنند سطوح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌نمایند. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که در شرایط بحرانی و استرس‌زا توانایی مدیریت و مهار هیجانات خود را دارند و می‌توانند شرایط را تحت کنترل خود در آورند، سازگاری بیشتری با محیط پیدا کرده و برداشت درست‌تری از شرایط ایجاد شده دارند. از طرف دیگر، فرد با اتخاذ راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، فشار روانی و احساسات منفی خود را کاهش می‌دهد و به دنبال آن احساس رضایت و بهزیستی را تجربه می‌کند. در تبیین تفاوت دو گروه نیز می‌توان چنین بیان کرد که به طور طبیعی نوجوانانی که جدایی والدین را تجربه می‌کنند با تغییرات، فشار و استرس بیشتری روبه‌رو می‌شوند. بنابراین بیشتر از سایر نوجوانان با شرایط عادی در موقعیت‌های بحرانی قرار می‌گیرند. از این رو، اگر این نوجوانان توانایی کنترل هیجانات و استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را کسب کرده باشند، می‌توانند تا حد بسیار زیادی بهزیستی روان‌شناختی خود را در سطح مطلوب نگه دارند.

در رابطه با یافته آخر پژوهش، طرحواره‌های ناسازگار از طریق راهبردهای مثبت تنظیم شناخت اثری معکوس و معنادار بر بهزیستی روان‌شناختی دارد. همچنین این تفاوت در گروهی که تجربه طلاق والدین را داشته‌اند به طور معناداری قوی‌تر است. همان‌طور که گفته شد، بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان رابطه معناداری وجود دارد. بدین صورت که هرچه فرد طرحواره‌های ناسازگار بیشتر و عمیق‌تری داشته باشد، محدودیت‌های درونی بیشتری را تجربه کرده و قادر به کنترل و مهار هیجانات خود نیست. چنین فردی در موقعیت‌های فشارآور که طرحواره‌هایش فعال شده است، برای کاهش فشار درونی و کنترل هیجانات خود از راهبردهای منفی تنظیم هیجان استفاده می‌کند. اما افرادی که طرحواره‌های ناسازگار کمتری دارند، در موقعیت‌های بحرانی می‌توانند با بررسی دقیق موقعیت و تمرکز بر نکات مثبت، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را اتخاذ کنند. از طرف دیگر بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی نیز رابطه معناداری وجود دارد. فردی که در موقعیت‌های بحرانی، توانایی مهار و کنترل هیجانات خود را دارد و می‌تواند راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را اتخاذ کند، ناراحتی و فشار روانی حاصل از آن موقعیت را به نحو مطلوبی کاهش داده و باعث بالا نگه داشتن سطوح بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. چنین فردی می‌تواند به مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی نظیر پذیرش خود، تسلط بر محیط، خودمختاری و دست پیدا کند.

• نتیجه‌گیری

همان‌طور که در قبل گفته شد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی را در دو گروه نوجوانان با و بدون سابقه طلاق والدین میانجی‌گری می‌کند. از طرف دیگر، نوجوانانی که تجربه طلاق والدین را دارند، طرحواره‌های ناسازگار بیشتر و عمیق‌تری دارند، موقعیت‌های استرس‌زای بیشتری را تجربه کرده و کمتر از سایرین قادر به اتخاذ راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان هستند و به همین خاطر سطوح پایین‌تری از بهزیستی را نیز تجربه می‌کنند. آسیب‌های ناشی از شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان و به‌ویژه نوجوانان با تجربه جدایی والدین، باعث می‌شود تا آنان در شرایط بحرانی و فشارآور توانایی ارزیابی درست موقعیت را از دست داده و نتوانند راهبردهای مناسبی را برای مهار و کنترل هیجانات خود برگزینند. اگرچه گاه ممکن است انتخاب راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در کوتاه‌مدت باعث تعدیل و کاهش فشار گردد، اما در طولانی‌مدت اثرات مخربی بر سلامت روانی نوجوان خواهد داشت. نتایج بیانگر این نکته است نوجوانانی که طرحواره‌های ناسازگار کمتر و ضعیف‌تری داشتند، بیشتر از نوجوانان با طرحواره‌های ناسازگار قوی، قادر به انتخاب راهبردهای مثبت تنظیم هیجان بودند؛ به همین خاطر، سطوح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر، نتایج پژوهش بیانگر این نکته است که نوجوانان با تجربه طلاق والدین تفاوت معناداری در هر سه مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی، راهبردهای تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

با نوجوانان بدون تجربه جدایی والدین داشتند. از این رو، با توجه به اهمیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پیشگیری از شکل‌گیری این طرحواره‌ها از طریق تأمین نیازهای اساسی اولیه و آگاه بودن به اصول فرزندپروری صحیح، می‌تواند در حکم ایمن‌سازی روانی در برابر بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی عمل کند؛ بنابراین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به مشاوران، معلمان، والدین و سایر دست‌اندرکاران بهداشت و سلامت روانی کمک کند تا با ایجاد آگاهی در این زمینه تا حد امکان از شکل‌گیری و تداوم این طرحواره‌ها جلوگیری نمایند. همچنین می‌توان آموزش‌هایی برای آشنایی با هیجانات و توانایی انتخاب راهبردهایی متناسب برای تنظیم و کنترل آنها را در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و درمانی در نظر گرفت.

در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به دانش‌آموزان شهر تهران بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر دانش‌آموزان در سایر شهرها باید محتاطانه عمل کرد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش این بود که اطلاعات جمع‌آوری شده صرفاً به وسیله گزارش‌های خود دانش‌آموزان به‌دست آمده است، استفاده از منابع چندگانه دریافت اطلاعات از جمله دیگر اعضای خانواده و معلمان به غنی‌تر شدن یافته‌های مطالعه حاضر منجر خواهد شد. دشواری در جلب رضایت برخی دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش و پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود. در راستای رفع محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود دانشجویان و پژوهشگران چنین پژوهش‌هایی را در سایر شهرها تکرار کنند تا شواهدی از روابط به‌دست آمده فراهم شود. پژوهشگران، مدل پژوهش حاضر را بر اساس سنین مختلف و در سایر مقاطع تحصیلی در مدارس و دانشگاه‌ها آزمون کنند. استفاده از مطالعات طولی و سایر روش‌های تحقیق (ترکیبی شامل کیفی و کمی) می‌تواند برای بررسی این مطالعه سودمندتر باشد.

• تعارض منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

• تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی عزیزانی که ما را در این انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

• منابع

- اورنگ، سهیلا؛ هاشمی رزینی، هادی و عبداللهی، محمدحسین. (۱۳۹۶). بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با معنای زندگی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان. *نشریه علمی پژوهشی سالمند*. ۱۲(۳)، ۳۲۶-۳۴۵.
- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *فصلنامه پیشرفت در پرستاری و مامایی*. ۱۴(۸۴)، ۶۱.
- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی و شکری، امید. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۹(۳۲)، ۲۷-۳۶.
- حدادادی، جعفر؛ کلائی، اعظم و گوهری پور، مرتضی. (۱۳۹۹). تدوین الگوی مفهومی رضایت از ازدواج در بستر خانواده سالم: مبتنی بر بافت فرهنگی. *مجله فرهنگ مشاوره*. ۱۱(۱)، ۲۷-۶۰.
- غمخوار فرد، زهرا؛ امراللهی نیا، مونا و آزاد فلاح، پرویز. (۱۳۹۱). بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب دوره کودکی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار کودک و سبک‌های فرزندپروری مادر. *مجله علوم رفتاری*. ۳(۶)، ۲۲۲-۲۵۳.
- قره داغی، علی؛ زمستانی، مهدی و ولیئی، زهره. (۱۳۹۹). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان. *روان‌شناسی مدرسه*. ۹(۲)، ۱۰۸-۱۲۲.
- گرجین پور، فاطمه؛ علی پور، غلامرضا؛ جلوه، مازیار و عبدی، منصوره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر حرمت خود و انعطاف‌پذیری کنشی نوجوانان طلاق. *مجله خانواده درمانی کاربردی*. ۱(۲)، ۱-۲۲.
- مرادی، شهاب و اخانی، الهه. (۱۳۹۸). مقایسه اختلال‌های روان‌شناختی فرزندان طلاق با همتایان عادی. *نشریه رویش روان‌شناسی*. ۸(۱۱)، ۱۱۱-

- میرزانی، شهرزاد؛ رضایی، اذرمیدخت؛ خیر، محمد و سهرابی، نادره. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌گری تنظیم شناختی هیجان برای طرحواره‌های ناسازگار و عواطف منفی در جوانان. *فصلنامه علمی - پژوهشی روشها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۴۳(۱۲)، ۱-۱۳.
- Abdi, M. R., Porebrahim, T., Nazari, A. M. (2013). Effectiveness of Children of Divorce Intervention Program on Children's Adjustment with their Parental Divorce. *Journal of Family Research*. 9(35), 343-358. (Persian)
- Calvo, N., Valero, S., Arntz, A., Andi6n, 6., Matal6, J. L., Navascues, V., & Ferrer, M. (2018). Validation of the Spanish version of the Borderline Personality Disorder Checklist (BPD Checklist) in a sample of BPD patients: Study of psychometric properties. *The European Journal of Psychiatry*. 32(1), 26-35.
- Delia, J., & Krasny, M. E. (2018). Cultivating positive youth development, critical consciousness, and authentic care in urban environmental education. *Frontiers in psychology*. 8, 23 -40.
- Ellis, L. K., & Rothbart, M. K. (2001, April). Revision of the early adolescent temperament questionnaire. In *Poster presented at the 2001 biennial meeting of the society for research in child development, Minneapolis, Minnesota*.
- Extremera, N., Dur6n, A., & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1069-1079.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*. 74(1), 224.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press.
- Lisi, G., Rossi, R., Ribolsi, M., Di Lorenzo, G., Parisi, C., Siracusano, M., & Siracusano, A. (2020). 'Too many BeEPs in our teens!' Behavioral and emotional problems in a large group of Italian adolescents. *Psychological Medicine*. 1-10.
- Luhmann, M. (2017). Using big data to study subjective well-being. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 18, 28-33.
- Mizani, S., Rezaei, A., Khayyer, M., & Shegefti, N. S. (2021). The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation for Maladaptive Schemas and Negative Affects Among Youth. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models Spring*, 12(43). (Persian)
- Mitchell, C., McLanahan, S., Notterman, D., Hobcraft, J., Brooks-Gunn, J., & Garfinkel, I. (2015). Family structure instability, genetic sensitivity, and child well-being. *American Journal of Sociology*. 120(4), 1195-1225.
- Rijkeboer, M. M., & de Boo, G. M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 102-109.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science research*, 35(4), 1103-1119.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 83(1), 10-28.
- Schneier, F., & Goldmark, J. (2015). Social anxiety disorder. In *Anxiety disorders and gender* (pp. 49-67). Springer, Cham.
- Sefidi, F. A. T. E. M. E. H., & Farzad, V. (2012). Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). *Journal of Inflammatory Diseases*, 16(1), 65-71.
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical psychology & psychotherapy*. 26(1), 35-46.
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of abnormal child psychology*. 46(5), 907-920.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy. *New York: Guilford*, 254.
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون بندرگشتالت در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی Psychometric Properties of Bender–Gestalt Test in Primary School Students

Mahdi Arabzade Ph.D

Alireza Joshani MSc[✉]

مهدی عرب‌زاده^۱

علیرضا جوشنی^۲

Abstract

Visual-motor skill is essential for human development and an important part of psychological evaluations and allows a person to have sufficient interaction with her environment. In order to measure this important skill, it is better to use an objective and standard tool. Due to the fact that for each psychological assessment tool, it is necessary to examine the psychometric characteristics. The aim of the current research is to investigate the psychometric properties of Bandar Gestalt visual-motor test (2) in students aged 6 to 12 years. The current research was applied in terms of objective and descriptive research method of correlation type. The statistical population of the present study included all primary school students in the 4 educational districts of Qom in the academic year 1400-1401, which were selected by multi-stage cluster sampling, 374 girls and 444 boys from 8 schools. To check the reliability of the test, re-testing and split-halves methods were used. The reliability coefficient obtained from the retesting of the test in the copy and recall phases was 0.85 and 0.78, respectively, and the average reliability coefficient was 0.67. To measure the validity of the test from 3 methods [calculating the correlation coefficients between the test scores of Bender Gestalt (2) and Andre Ray (copy 0.65; recall 0.60) and the inclusive scoring system and Koppitz (copy 0.78; recall 0.68), comparing the performance of children with and without learning disorders] was used. In general, with a brief look at the results of the reliability and validity research conducted in this research, we can consider the Bender Gestalt test (2) with a global scoring system as a useful tool for measuring visual-motor ability in people aged 6 to 12 years.

Keywords: Validity, Reliability, Bender-Gestalt Test

چکیده

مهارت بینایی-حرکتی برای رشد انسان اساسی و جزء مهم ارزیابی‌های روان‌شناختی است و اجازه می‌دهد که فرد با محیط خود تعامل کافی داشته باشد. جهت سنجش این مهارت مهم بهتر است از ابزاری عینی و استاندارد استفاده کرد. با توجه به اینکه برای هر ابزار سنجش روان‌شناختی نیاز به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی دارد. هدف از پژوهش حاضر تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون دیداری حرکتی بندرگشتالت (۲) در دانش‌آموزان ۶ تا ۱۲ سال است. پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی نواحی ۴ گانه آموزش و پرورش قم در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۳۷۴ دختر و ۴۴۴ پسر از ۸ مدرسه انتخاب شدند. برای بررسی اعتبار آزمون از روش‌های بازآزمایی و تنصیف استفاده شد. ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی آزمون در مراحل نسخه‌برداری و یادآوری به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۸ و همچنین میانگین ضریب اعتبار تنصیف برابر با ۰/۶۷ به دست آمد. برای سنجش روایی آزمون از ۳ روش [محاسبه ضرایب همبستگی بین نمرات آزمون بندرگشتالت (۲) و آندره ری (نسخه‌برداری ۰/۶۵؛ یادآوری ۰/۶۰) و نظام نمره‌گذاری فراگیر و کوپیتز (نسخه‌برداری ۰/۷۸؛ یادآوری ۰/۶۸-)، مقایسه عملکرد کودکان با و بدون اختلال یادگیری] استفاده شد. در مجموع با نگاهی اجمالی به نتایج تحقیقات اعتبار و روایی انجام گرفته در این پژوهش، می‌توان آزمون بندرگشتالت (۲) با نظام نمره‌گذاری فراگیر را به‌عنوان ابزاری سودمند برای سنجش توانایی دیداری-حرکتی در افراد ۶ تا ۱۲ سال به کار برد.

واژه‌های کلیدی: روایی، اعتبار، آزمون بندرگشتالت

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۴/۱۰ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۸/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

مهارت بینایی- حرکتی برای رشد انسان اساسی و جزء مهم ارزیابی‌های روان‌شناختی است و اجازه می‌دهد که فرد با محیط خود تعامل کافی داشته باشد. این مهارت، توانایی هماهنگی بینایی با حرکات بدنی به ویژه دست‌ها را درگیر می‌کند و آن جزء اصلی ارزیابی روان‌شناختی است (سنقوای و همکاران، ۲۰۰۵). طبق نظر پیک و وایر (۱۹۸۸) مهارت دیداری حرکتی نتیجه یک فرآیند بلوغ پیش‌رونده ارگانیک و همچنین نمره تجربه شخصی از جمله آموزش رسمی است. مهارت دیداری- حرکتی برای فرایند یادگیری مدرسه‌ای اساسی است زیرا توسعه مناسب آن برای عملکرد خوب در فعالیت‌های تحصیلی ضروری است (سیستو و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر شناختن، فهمیدن و درک محرک‌ها (درک الگوها، روابط فضایی و سازماندهی طرح‌ها)، این توانایی مستلزم کارگروهی ماهیچه‌هایی است که مسئول اجرای حرکات پیچیده (آرایوجو و همکاران، ۱۹۹۹) مانند خواندن و نوشتن هستند و اجازه می‌دهند که کودک کلمات را از روی تخته سیاه کپی نماید. یادگیری خواندن و نوشتن به توسعه و روابط متقابل طیف وسیعی از شناخت و مهارت‌های روانی- حرکتی بستگی دارد (کوپیتر، ۱۹۶۸؛ سوهریو و سانتوز، ۲۰۰۵)، (به نقل از کپکه و همکاران، ۲۰۱۳).

برای سنجش توانایی‌های دیداری- حرکتی (visual-motor) چند ابزار وجود دارد. یکی از این ابزارها آزمون بندرگشتالت (۲) (چاپ دوم آزمون گشتالت بینایی- حرکتی بندر) است که یکپارچگی (integration) مهارت بینایی حرکتی کودکان و بزرگسالان را از سن ۴ سالگی تا بالاتر از سن ۸۵ سالگی اندازه‌گیری می‌کند، (برانیگان و دکر، ۱۳۸۹) آزمونی که خلاصه‌ای از اطلاعات کلی را در مورد کارکردهای دیداری- ساختاری برای تشخیص بالینی فراهم می‌کند، تکلیفی ساده و سر راست است. آزمون قبلی آن برای نخستین بار در ۱۹۳۸ توسط لورتا بندر تدوین و به‌عنوان وسیله‌ای برای سنجش بالینی به کار بسته شد (پاشا شریفی، ۱۳۹۸). آزمون طرح دیداری- حرکتی بندر که معمولاً به‌عنوان آزمون بندرگشتالت یا فقط آزمون بندر از آن یاد می‌شود در وهله نخست به‌عنوان ابزار غربال‌کردن برای بررسی آسیب مغزی احتمالی از طریق سنجش توانایی‌های دیداری- ساختاری به کار می‌رود (مارنات و رایت، ۱۴۰۰). آزمون بندرگشتالت یکی از شناخته‌شده‌ترین و متداول‌ترین آزمون‌های روان‌شناختی در ایران و جهان است. پس از انتشار اولیه آزمون بود، که کاربرد آن در مورد کودکان توجه دانشمندان را به خود جلب کرد و کم‌کم تحقیقات بسیار بیشتری در این زمینه به انجام رسید. متخصصان کوشش به‌عمل آوردند تا با کمک این آزمون آمادگی کودکان برای ورود به مدرسه سنجیده شود، پیشرفت تحصیلی کودکان را پیش‌بینی کنند، مشکلات خواندن و نوشتن کودکان را تشخیص دهند، مشکلات عاطفی کودکان را ارزیابی کنند، احتیاج فرد به روان‌درمانی را معین کنند، آسیب‌های مغزی را تشخیص دهند و به مطالعه عقب ماندگی ذهنی بپردازند. علاوه بر اینها، آزمون بندر برای تشخیص تفاوت‌های میان بیماران روانی جوانان و جوانان بزهکار، برای تشخیص هوش کودکان دبستانی و به‌عنوان یک آزمون فرافکن (لطف آبادی، ۱۳۷۴)، همچنین باقری و موسی پور (۱۳۹۰)، مهری نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، نظری و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی مشکلات خواندن و نوشتن و اختلال‌های یادگیری کودکان به بهره‌گیری از این آزمون پرداخته‌اند. نظام‌های نمره‌گذاری زیادی برای بندر کودکان و بزرگسالان پرورش یافته است که هر کدام مزایا و محدودیت‌های خاص خود را دارند. مانند نظام نمره‌گذاری پاسکال و ساتل (۱۹۵۱)، هات و بریسکین (۱۹۶۰) و کوپیتر (۱۹۶۳، ۱۹۷۵)، لکس (۱۹۸۴، ۲۰۰۰)، نظام نمره‌گذاری فراگیر (جهانی).

برانیگان و همکاران (۲۰۰۴) در مقاله‌ای تحت عنوان «ویژگی‌های نوآورانه بندرگشتالت و دستورالعمل‌های توسعه یافته برای استفاده از سیستم نمره‌دهی جهانی»، نوشتند که انتشار ویرایش دوم آزمون بندرگشتالت در سال ۲۰۰۳، نشان‌دهنده آخرین سری از نوآوری‌های آزمون دیداری- حرکتی گشتالت در طول ۶۵ سال است. در اقصی نقاط جهان پژوهشگران متعددی از این آزمون با نظام نمره‌گذاری فراگیر بهره برده‌اند که در ادامه به آنها اشاره می‌شود.

روندا و جس‌وینو (۲۰۱۸)، در مقاله‌ای تحت عنوان «سیستم نمره‌دهی تدریجی (B - GSS) برای ارزیابی افراد مبتلا به ناتوانی‌های ذهنی»، ویژگی‌های روان‌سنجی آیت B - GSS در یک نمونه از افراد با رشد معمولی (گروه A، ۱۹۸ نفر، سن بین ۷ تا ۱۰ سال) و در یک نمونه با ناتوانی ذهنی (گروه B، ۲۰۳ نفر، سن بین ۱۱ تا ۳۰ سال) را با توجه به توصیه‌های اخلاقی بررسی کردند. نتایج طرح‌هایی را با عملکرد متفاوت آشکار کرد. شکل ۶ به سمت گروه A و شکل‌های ۷ و ۸ به سمت گروه B سوگیری داشتند.

استریت (۲۰۱۸)، به اختلاف در عملکرد معاینه شنوندگان قفقازی و آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار در آزمون BGT-II پرداخت و بیان

داشت عملکرد در تکلیف کپی یک شکل به طور تجربی با آمادگی مدرسه، یادگیری، شناخت و عملکرد عصب روان شناختی ارتباط دارد. این تکالیف غیرکلامی اغلب برای ارزیابی کودکان جهت به حداقل رساندن سوگیری های ناشی از عواملی مانند زبان، قومیت، فرهنگ یا وضعیت اجتماعی اقتصادی در عملکرد آزمون استفاده می شوند. در این مطالعه آیت های افتراقی ممکن در بین کودکان ۴ تا ۷ سال آفریقایی آمریکایی و قفقازی را بر اساس ویرایش دوم آزمون بندر گشتالت (BGT-II) مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که به طور کلی می توان متغیر قومیت را در میان گروه های این محدوده سنی ثابت در نظر گرفت. این پژوهشگران دلیل انتخاب افراد ۴ تا ۷ سال را این گونه بیان کردند که BGT-II اغلب به عنوان یک ابزار غربالگری رشد در سال های اولیه مدرسه به کار می رود.

نورون ها و همکاران (۲۰۲۰) در برزیل به بررسی نظام های تصحیح آزمون بندرگشتالت پرداختند. از آنجا که ابزار فاقد یک نظام تصحیح استاندارد است، محققان نظام های متفاوتی را جهت نمره دهی طراحی کرده اند و برای این منظور مقالاتی را که شامل تست بندر بودند بررسی، تا پرکاربردترین نظام های تصحیح را شناسایی کنند. معیارهای واجد شرایط شامل کاربرد ابزار در کودکان تا ۱۰ سال با تمرکز بر ارزیابی جنبه های شناختی بود. کوشش ها از طریق پرتال نشریات CAPES که هم برزیل و هم پایگاه های اطلاعاتی بین المللی را پوشش می داد؛ انجام شد. در پایان جستجو ۷۲ مقاله منتشر شده انتخاب و به طور کامل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. چهار نظام تصحیح پرکاربرد عبارت بودند از: نظام کوپیتز، نظام امتیازدهی تدریجی، نظام طبقه بندی کیفی و نظام طبقه بندی جهانی برزیل. اهداف غالب مقالات ارزیابی ویژگی های روان سنجی نظام های تصحیح و استفاده از آزمون بندرگشتالت جهت پیش بینی مشکلات یادگیری، به ویژه خواندن و نوشتن بود. در ایران کریمی و همکاران (۲۰۱۹)، به منظور مقایسه عملکردهای شناختی و ادراکی در بیماران مبتلا به صرع لوب پس سری، بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم در رابطه با نقش تعدیل کننده جنسیت و سطح تحصیلات روی ۹۳ نفر از شهر مشهد دست به پژوهش زدند. در این بررسی برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه دموگرافیک و بندرگشتالت (۲) (برانیگان و دکر، ۲۰۰۳) استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت گروهی معنادار برای خرده مقیاس های کپی، یادآوری، حرکتی و ادراکی آزمون بندر در این نمونه ها وجود دارد که در آن بیماران مبتلا به صرع لوب پس سری و مبتلا به میگرن به طور قابل توجهی نمرات پایین تر از افراد سالم کسب کردند. همچنین بیماران مبتلا به صرع لوب پس سری به طور معناداری نمرات ضعیف تری نسبت به افراد مبتلا به میگرن به دست آوردند. در ضمن جنسیت و سطح تحصیلات تفاوت معناداری را روی متغیرهای وابسته ایجاد نکردند.

تفتی و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه ای به مقایسه قدرت تشخیصی مقیاس (formal elements art therapy scale- FEATS) و آزمون بندرگشتالت در شناسایی دانش آموزان با و بدون اختلال های یادگیری پرداختند. آنها در این بررسی ۴۰ دانش آموز مقطع ابتدایی دارای اختلال یادگیری و ۴۰ دانش آموز غیر SLD که از نظر سنی، جنس و کلاس همسان بودند از مدارس ابتدایی دولتی انتخاب کردند. در مورد آزمودنی، مقیاس هوش و کسلر برای کودکان (WISC-IV) و آزمون ترسیم شخصی که سیب را از درخت برمی دارد، (draw a) (person picking an apple from a tree- PPAT) نمرات چهار مقیاس FEATS برای رسم و آزمون بندر گشتالت اجرا شد. داده ها با استفاده از آزمون t نمونه های مستقل، آزمون همبستگی پیرسون و MANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدین قرار بودند: گروه ها به طور معناداری در آزمون PPAT متفاوت بودند و دانش آموزان دارای SLD میانگین نمره کمتری نسبت به دانش آموزان غیر SLD در سه مؤلفه یکپارچگی، واقع گرایی و درجاماندگی به جز مؤلفه چرخش از خود نشان دادند. همچنین روایی سازی بین SLD ها و مؤلفه های ادغام و از هم پاشیدگی و واقع گرایی و تحریف در هر دو گروه تأیید شد. علاوه بر این آزمون بندر گشتالت نسبت به ۴ مؤلفه FEATS تأثیر بیشتری داشت، اما تفاوت اندک بود. در انتها بیان داشتند که آزمون های PPAT، FEATS و بندر گشتالت در تشخیص کودکان مبتلا به SLD می تواند کمک کند.

اگرچه آزمون بندر اغلب به عنوان ابزاری برای غربال کردن جهت تشخیص آسیب مغزی به کار می رود، پژوهش های مربوط و کاربردهای بالینی آن بسیار فراتر از آن است. در مورد جامعه کودکان، برای غربال کردن افراد از نظر آمادگی ورود به مدرسه، پیش بینی پیشرفت تحصیلی، تشخیص دشواری های خواندن و یادگیری، ارزشیابی مشکلات هیجانی، مطالعه ناتوانی های رشدی و همچنین به عنوان یک آزمون هوشی غیرکلامی به کار بسته شده است. در مورد نوجوانان و بزرگسالان، آزمون بندر برای تشخیص آسیب مغزی (مارلی، ۱۹۸۸؛ لکس، ۱۹۸۴) و به عنوان یک آزمون فرافکنی برای سنجش کارکردهای مختلف شخصیت (هات، ۱۹۸۸؛ آز، ۱۹۸۴؛ رُسینی و

کاسپار، ۱۹۸۷) مفید شناخته شده است. بر خلاف مرورهای دو پهلوی و یافته‌های پژوهشی مبهم، بندر پیوسته یکی از ۵ یا ۶ کاربردترین آزمون‌ها بوده است (شریفی و همکاران، ۱۴۰۰).

با وجود اینکه آزمون گشتالت بینایی - حرکتی که از سال ۱۹۳۸ پدید آمده یکی از پر استفاده‌ترین وسایل روان‌سنجی است، اما پس از تحقیقات بسیار و با توجه به انتقادات وارد شده بر این آزمون، نسخه تجدیدنظر شده این آزمون بندرگشتالت (۲) به انتشار رسید. انتقادات مطرح شده شامل این موارد بود: اگرچه این آزمون برای آزمودنی‌ها در تمام رده‌های سنی به کار رفته است، ولی هنجارهای آزمون بر اساس نمره‌گذاری‌های رشدی در سن ۱۰ سالگی مسطح می‌گردد. بنابر این هدف کلی از تجدیدنظر در آزمون بندرگشتالت علاوه بر روزآمد کردن آزمون با توجه به اصول روان‌سنجی معاصر، تهیه یک بانک هنجاری بزرگ بوده است که در عین حال بتواند ماهیت و سابقه تاریخی و پژوهشی آزمون را حفظ کند (برانیگان و دکر، ۱۳۸۹). سازندگان آزمون اعتبار آزمون را بر اساس روش تنصیف (برای مرحله نسخه‌برداری) ۰/۹۱، همسانی نمره‌گذاران ۰/۸۵، برای مرحله نسخه‌برداری و ۰/۹۲ برای مرحله یادآوری و در روش آزمون - بازآزمون دامنه ضرایب همبستگی با توجه دامنه سنی برای مرحله نسخه‌برداری ۰/۸۰ تا ۰/۸۸ و برای مرحله یادآوری ۰/۸۰ تا ۰/۸۶ و روایی آزمون را بر اساس ضریب همبستگی میان نمرات نظام نمره‌گذاری فراگیر و کوپیتز برای مرحله نسخه‌برداری ۰/۸۰ و برای مرحله یادآوری ۰/۵۱، بین آزمون بندرگشتالت (۲) و فرم تجدیدنظر شده از ویرایش چهارم آزمون رشد یکپارچگی دیداری - حرکتی بیری - باکتینیکا (VMI) در مرحله کپی ۰/۶۵ و در مرحله یادآوری ۰/۴۴، در زمینه مهارت‌های تحصیلی دو تحقیق صورت پذیرفت. در اولین پژوهش ارتباط بین بندرگشتالت (۲) و آزمون پیشرفت وودکاک جانسون (III) مورد بررسی قرار گرفت و ضرایب همبستگی در مرحله نسخه‌برداری بین ۰/۵۳ - ۰/۲۷ و برای مرحله یادآوری بین ۰/۴۹ - ۰/۲۵ به دست آمد. در دومین پژوهش نمرات آزمون بندرگشتالت (۲) با خرده‌آزمون‌های ریاضی، زبان، شفاهی، خواندن، زبان نوشتاری و پیشرفت فردی وکسلر - ویرایش دوم (WIAT-II) مقایسه شد. نتایج، ضریب همبستگی بین آزمون بندر و خرده‌آزمون‌ها را برای مرحله نسخه‌برداری بین ۰/۴۷ - ۰/۲۰ و برای مرحله یادآوری بین ۰/۳۱ - ۰/۱۷ نشان دادند. در ادامه سازندگان آزمون در زمینه توانایی‌های شناختی ۳ پژوهش انجام دادند در اولین پژوهش ارتباط بین بندرگشتالت (۲) و مقیاس‌های هوش استنفورد - بینه ویرایش پنجم (SB5) شامل هوشبهر غیرکلامی (NVIQ)، هوشبهر کلامی (VIQ) و هوشبهر کلی (FSIQ) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین نمرات بندرگشتالت (۲) و نمرات هوشبهر برای مرحله نسخه‌برداری بین ۰/۵۴ - ۰/۵۰ و برای مرحله یادآوری بین ۰/۴۸ - ۰/۴۵ به دست آمد. در سومین پژوهش ارتباط بین بندرگشتالت (۲) و مقیاس هوشی وکسلر بزرگسالان ویرایش سوم (WAIS-III) مورد بررسی قرار گرفت. دامنه ضرایب برای مرحله نسخه‌برداری ۰/۵۲ - ۰/۴۷ و برای مرحله یادآوری بین ۰/۴۰ - ۰/۲۱ به دست آمد. حال با توجه به تغییرات حاصله در این آزمون و توانایی‌هایی مترتب بر آن، نیاز به کاربرد آن در ایران احساس می‌شود. از سویی آزمون‌ها را در صورتی می‌توان به‌عنوان ابزارهای مفید برای ارزیابی و تشخیص به کاربرد که استاندارد بوده و اعتبار و روایی داشته باشند (چگینی، دلاور و غرابی، ۱۳۹۲). به عبارتی قابلیت اعتماد و اعتبار دو ویژگی مهم هر ابزار اندازه‌گیری است. اما با توجه به تأثیرپذیری این آزمون از عوامل فرهنگی، اقلیمی و زمانی، در اختیار داشتن قاعده‌ای بهنجار و منطبق با عوامل نامبرده از این آزمون در ایران ضروری است (طهماسبی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر آشنایی با آزمون‌های روان‌شناختی برای متخصصین روان‌شناسی از اهمیت زیادی برخوردار است و تقریباً ۹۱ درصد از روان‌شناسان شاغل با آزمون‌های روان‌شناختی سر و کار دارند و روان‌شناس باید پیش از استفاده از یک آزمون روان‌شناختی، جهت‌گیری نظری، ملاحظات عملی، مناسب بودن گروه نمونه هنجاریابی و کافی بودن اعتبار و روایی آن را مورد بررسی قرار دهد (آشتیانی، ۱۳۹۲). حال نظر به تحقیقات بسیار اندک صورت گرفته با این آزمون (بندرگشتالت ۲) در ایران (در این رده سنی و با نظام نمره‌گذاری فراگیر و نسخه دوم آزمون فقط در شیراز)، این سوال برای پژوهشگر مطرح گردید که آیا آزمون مذکور در جامعه ایرانی (در سایر نقاط کشور) به‌خصوص در مورد طیف دانش‌آموزان مقطع ابتدایی قابلیت اجرا و کارآمدی دارد و به عبارت دیگر آیا این آزمون از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب در جامعه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی برخوردار است؟ لذا این تحقیق با هدف جمع‌آوری اطلاعات دقیق در خصوص عملکرد این آزمون در کشور و همچنین امکان تطبیق این آزمون با شرایط اجتماعی و فرهنگی کشور و عملیاتی کردن آزمون با پشتوانه علمی و معتبر انجام شد.

• روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی است. چون اساس پژوهش بر همبستگی است، بر اساس فرمول تاباچنیک و فیدل برای نمونه‌گیری حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ برآورد [N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش‌بین (مستقل) است] می‌شود. اما در این تحقیق بیشتر از این تعداد استفاده گردید. نمونه آماری این پژوهش ۷۱۰ نفر شامل ۳۷۴ دختر (میانگین سنی ۹ سال و ۲۸ روز با انحراف معیار ۲/۵۶۲) و ۴۴۴ پسر (میانگین سنی ۹ سال و ۲۵ روز با انحراف معیار ۲/۶۷۶) مقطع ابتدایی ۷ تا ۱۲ سال شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که از ۴ ناحیه آموزش و پرورش به صورت تصادفی دو ناحیه و از هر ناحیه یک مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه و از هر پایه یک کلاس به طور تصادفی انتخاب شد. در این پژوهش از تعدادی دانشجو پس از برگزاری دوره آموزش برای آنها استفاده شد. تصحیح کلیه برگه‌ها توسط شخص محقق صورت پذیرفت. آزمون بندرگشتالت به صورت انفرادی و با رعایت شرایط اجرای آزمون و طی مدت ۳ ماه برگزار شد.

• ابزارها

الف) آزمون بندرگشتالت (Bender gestalt test-II BGT-II): آزمون شامل ۱۶ طرح هندسی است که روی کارت‌های محرک چاپ شده است. این طرح‌ها شامل ۹ طرح اصلی از تست بندرگشتالت نسخه اولیه و ۷ طرح جدید که برای افزایش کاربرد آن در آموزش، روان‌شناسی و ارزیابی عصب روان‌شناختی گنجانیده شده، تشکیل شده است. از طرفی برای اجرای آن از کارت شماره ۱ تا ۱۳ برای افراد ۴ سال تا ۷ سال و ۱۱ ماه و از کارت شماره ۵ تا ۱۶ برای افراد ۸ سال به بالا استفاده می‌شود. بندرگشتالت (۲) همچنین شامل یک فرم مشاهده و همچنین دو فرم آزمایشات تکمیلی تست حرکتی و تست ادراکی است که هدف آن است که به ارزیابی عملکرد آزمون‌شونده کمک کند. نمونه استاندارد بندرگشتالت (۲) بر اساس یک ویرایش طبقه‌بندی طرح نمونه‌گیری تصادفی شامل ۴۰۰۰ نفر با سن ۴ تا ۸۵ سال بود که مطابق با درصد متغیرهای طبقه‌بندی سرشماری سال ۲۰۰۰ ایالات متحده صورت گرفت. هنگام استفاده از نظام نمره‌گذاری فراگیر میانگین اعتبار درونی برای فاز کپی ۰/۹ و برای فاز یادآوری ۰/۹۶ بود. با استفاده از روش دو نیمه‌کردن برای اندازه‌گیری اعتبار درونی، اعتبار کلی برای گروه ۰/۹۱ با میانگین خطای استاندارد ۴/۵۵ که حاکی از اعتبار و ثبات اندازه‌گیری بود. در مطالعات اعتبار بازآزمایی میانگین ضریب تصحیح شده برای فاز کپی ۰/۸۵ و برای فاز فراخوان ۰/۸۳ بود.

آزمون آندره ری (Andreh Ray Test- ART): آزمون «تصاویر هندسی درهم» (حافظه دیداری) را آندره ری در سال ۱۹۴۲ به منظور سنجش نوع فعالیت ادراکی حافظه دیداری به مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی ابداع کرد. آزمون متشکل از دو کارت A و B است که هر یک به‌طور مجزا و به مناسبت، انتخاب و اجرا می‌شوند. کارت A این کارت متشکل از ۱۸ جزء ادراکی است و در مورد افراد ۴ سال به بالا به کار می‌رود. کارایی مؤثر این کارت برای افراد، از هفت سال به بعد است و برای نوجوانان و بزرگسالان عملاً کاربرد بیشتری دارد. کارت B که از ۱۱ جزء هندسی تشکیل شده، مکمل کارت A است و برای کودکان زیر ۸ سال ساخته شده است. نتایج پژوهش احدی و هاشمی (۱۳۸۲) نشان می‌دهد که این آزمون از ضریب روایی ۰/۷۷ در مرحله کپی و ۰/۵۱ در مرحله یادآوری در سطح معناداری ۰/۰۵ و اعتبار ۰/۶۲۴ در سطح ۰/۰۱ برخوردار است. همچنین هاشمی (۱۳۷۱)، در پژوهشی با استفاده از خرده‌آزمون حافظه عددی و کسلر اعتبار آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۲ به دست آورده است که نشان‌دهنده اعتبار قابل قبول است. همچنین پناهی (۱۳۸۳)، به منظور بررسی روایی ملاکی، همبستگی بین نمره‌های مرحله دوم آزمون آندره ری و نمره‌های مرحله سوم آزمون کیم کاراد محاسبه، و برای برآورد اعتبار از روش بازآزمایی استفاده کرد. ضریب روایی ملاکی برابر ۰/۵۰ و ضریب اعتبار ۰/۶۲ به دست آمد که هر دو ضریب یاد شده از نظر آماری در سطح یک درصد معنادار گزارش شده است. نظری (۱۳۸۳) نیز کار مشابه پناهی (۱۳۸۳) را در مورد دانش‌آموزان دختر انجام داده است. ضریب روایی ملاکی در این پژوهش (با استفاده از ملاک مشابه پژوهش پناهی) برابر ۰/۵۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۶۰ گزارش شده است (بهرامی، ۱۳۷۷).

• یافته‌ها

در این قسمت قبل از اینکه به بررسی و آزمودن فرضیه‌های پژوهش پرداخته شود به بررسی نرمال بودن داده‌ها پرداخته شد؛ که نتایج آن در جدول (۱) درج شده است. با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی در هر دو مرحله آزمون بندر گشتالت (۲) و آزمون آندره ری بین مقادیر +۲ و -۲ قرار گرفته است؛ پس فرض نرمال بودن داده‌ها در این دو مرحله و آزمون ری تأیید می‌شود. جهت بررسی اعتبار آزمون از دو روش آزمون و روش تصنیف و روش آلفای کرونباخ بهره‌گیری شد.

جدول ۱. نتایج حاصل از شاخص‌های پراکندگی آزمون‌های بندرگشتالت (۲) و آزمون آندره ری

شاخص پراکندگی	مرحله نسخه‌برداری بندر	مرحله یادآوری بندر	آزمون آندره ری
چولگی	-۰/۳۹	۰/۳۰	-۰/۹۵
کشیدگی	-۰/۲۰	-۰/۴۵	۰/۷۵

روش آزمون- بازآزمون: در این مرحله، آزمون روی هر ۷۱۰ نفر که در مرحله نسخه‌برداری حضور داشتند در فاصله زمانی دو تا سه هفته بعد از اجرای آزمون اول صورت پذیرفت. نتایج نشان داد این آزمون از اعتبار مناسبی برخوردار است. زیرا میزان همبستگی بین نمرات مرحله نسخه‌برداری در آزمون و بازآزمون برابر ۰/۸۵ و نمرات مرحله یادآوری در آزمون و بازآزمون ۰/۷۸ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمد. همچنین به بررسی مقادیر ضریب همبستگی در آزمون و بازآزمون برای هر دو فاز کپی و یادآوری به تفکیک جنسیت پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۲ به نمایش گذاشته شده است.

همانطور که ملاحظه می‌شود بین نمرات مرحله نسخه‌برداری در آزمون و بازآزمون در پسران و همچنین بین نمرات مرحله نسخه‌برداری در دختران ضریب همبستگی به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۵۷ و بین نمرات مرحله یادآوری در آزمون و بازآزمون در پسران و همچنین بین نمرات مرحله یادآوری در دختران ضریب همبستگی به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۶۵ است که این ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. با توجه به مقدار انحراف معیار ۸/۱۷ و میانگین ضرایب همبستگی آزمون مقدار خطای معیار اندازه‌گیری ۴/۶۹ به دست آمد.

جدول ۲. میزان همبستگی بین نمرات مراحل نسخه‌برداری و یادآوری در هر دو مرحله آزمون و بازآزمون به تفکیک جنسیت

جنس	مراحل	آزمون		بازآزمون	
		نسخه‌برداری	یادآوری	نسخه‌برداری	یادآوری
پسر	آزمون	نسخه‌برداری	۱		
		یادآوری	۰/۸۴**	۱	
	بازآزمون	نسخه‌برداری	۰/۴۸**	۰/۴۴**	۱
		یادآوری	۰/۵۱**	۰/۶۱**	۰/۸۴**
دختر	آزمون	نسخه‌برداری	۱		
		یادآوری	۰/۸۱**	۱	
	بازآزمون	نسخه‌برداری	۰/۵۷**	۰/۵۳**	۱
		یادآوری	۰/۵۸**	۰/۶۵**	۰/۸۴**

روش تصنیف: در جدول (۳) ضرایب اعتبار تصنیفی آزمون در گروه‌های سنی ۶ تا ۱۲ ساله گزارش شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود این ضرایب دارای دامنه حداقل ۰/۵۲ برای سن ۶ سالگی تا حداکثر ۰/۷۸ برای سن ۱۱ سالگی در سطح معناداری ۰/۰۰۱ است؛ و این حاکی از اعتبار درونی خوب این آزمون است. بررسی اعتبار آزمون به روش آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۳ را به نمایش گذاشت که این نیز بیان‌کننده اعتبار مناسب این آزمون است. در ادامه برای بررسی روایی آزمون از دو روش روایی هم‌زمان (بررسی ضریب همبستگی بین نظام نمره‌گذاری فراگیر و کوپیتز و آزمون آندره ری)، روایی افتراقی استفاده شد.

همبستگی نظام نمره‌گذاری فراگیر و نظام نمره‌گذاری کوپیتز: در این مرحله از تحقیق تعداد ۷۰ برگه از کودکان به طور تصادفی انتخاب و نسبت به نمره‌گذاری به روش کوپیتز اقدام گردید. ضرایب همبستگی بین نمرات نظام نمره‌گذاری فراگیر و نمرات حاصل از نظام نمره‌گذاری کوپیتز (میانگین ۱۳/۱۴ و انحراف معیار ۷/۲۶)، در مرحله نسخه‌برداری ۰/۷۸- و یادآوری ۰/۶۸- در سطح معنادار

۰/۰۰۱ به دست آمد. با توجه به اینکه در نظام نمره‌گذاری کوپیتز به عملکرد غلط فرد و در نظام نمره‌گذاری فراگیر به عملکرد صحیح آزمون‌دهنده نمره تعلق می‌گیرد لذا این امر سبب منفی شدن ضریب همبستگی بین این دو نظام نمره‌گذاری می‌شود.

جدول ۳. ضرایب اعتبار تنصیفی آزمون در گروه‌های سنی ۶ تا ۱۲

گروه سنی	ضرایب اعتبار (تنصیف)
۶	۰/۵۲**
۷	۰/۵۵**
۸	۰/۶۳**
۹	۰/۷۰**
۱۰	۰/۷۳**
۱۱	۰/۷۸**
۱۲	۰/۷۶**
میانگین کل گروه‌ها	۰/۶۷**
آلفای کرونباخ	۰/۷۳

همبستگی آزمون بندر گشتالت (۲) و آزمون آندره ری: در این بخش برای بررسی روایی آزمون بندرگشتالت (۲)، آزمون آندره ری روی آزمودنی‌ها اجرا شد. در جدول (۳) ضرایب همبستگی بین آزمون بندرگشتالت (۲) و آزمون ری (میانگین ۲۹/۲۶ و انحراف معیار ۷/۵۱) در مراحل نسخه‌برداری و یادآوری، گزارش شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود بین نمرات آزمون بندر گشتالت (۲) و نمرات آزمون ری در هر دو مرحله نسخه‌برداری و یادآوری ضرایب همبستگی قابل قبولی به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۰ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین نمرات نظام نمره‌گذاری فراگیر آزمون بندر گشتالت (۲) و آزمون ری

آزمون آندره ری	یادآوری بازآزمون	نسخه‌برداری بازآزمون	یادآوری آزمون	نسخه‌برداری	مراحل
---	---	---	---	۱	نسخه‌برداری
---	---	---	۱	۰/۵۷**	یادآوری
---	---	۱	۰/۷۲**	۰/۸۵**	نسخه‌برداری بازآزمون
---	۱	۰/۸۸**	۰/۷۸**	۰/۷۲**	یادآوری بازآزمون
۱	۰/۵۶**	۰/۵۶**	۰/۶۰**	۰/۶۵**	آزمون آندره ری

مقایسه عملکرد کودکان مبتلا به اختلال یادگیری و بهنجار: در این قسمت جهت بررسی روایی تشخیصی آزمون بندرگشتالت (۲)، آزمون بر روی ۲۳ نفر کودک دارای اختلال یادگیری (میانگین و انحراف معیار نمرات در مرحله نسخه‌برداری به ترتیب ۲۴/۳۰، ۸/۳۸؛ در مرحله یادآوری میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۱۰/۳۵، ۷/۱۷) پس از هم‌تاسازی با گروه بهنجار (میانگین و انحراف معیار در مرحله نسخه‌برداری به ترتیب ۳۵/۰۴، ۵/۶۲، در مرحله یادآوری میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۲۳/۳۹، ۷/۹۸) صورت پذیرفت. که نتایج این بررسی در دو مرحله نسخه‌برداری و یادآوری در جداول (۴) و (۵) به نمایش در آمده است.

جدول ۴. مقایسه عملکرد کودکان دارای اختلال یادگیری و کودکان بهنجار در مرحله نسخه‌برداری

مرحله نسخه‌برداری	آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها	آزمون t برای برابری میانگین‌ها
	Sig	F
برابری واریانس‌ها	۰/۰۵	۴/۰۹
نابرابری واریانس‌ها	۰/۰۰۰۱	۳۸/۴۶

با توجه به جدول فوق چون سطح معناداری مربوط به آزمون لوین کوچک‌تر از ۵ درصد است در نتیجه فرض برابری واریانس‌ها رد می‌شود. از طرف دیگر با توجه به سطح معناداری آزمون تساوی میانگین‌ها که کمتر از ۵ درصد است فرض صفر رد شده و ادعای عدم تساوی میانگین نمرات مرحله نسخه‌برداری کودکان دارای اختلال یادگیری و بهنجار در سطح خطای ۵ درصد پذیرفته می‌شود (این ادعا در سطح خطای ۱ درصد هم پذیرفته می‌شود).

جدول ۵. مقایسه عملکرد کودکان دارای اختلال یادگیری و کودکان بهنجار در مرحله یادآوری

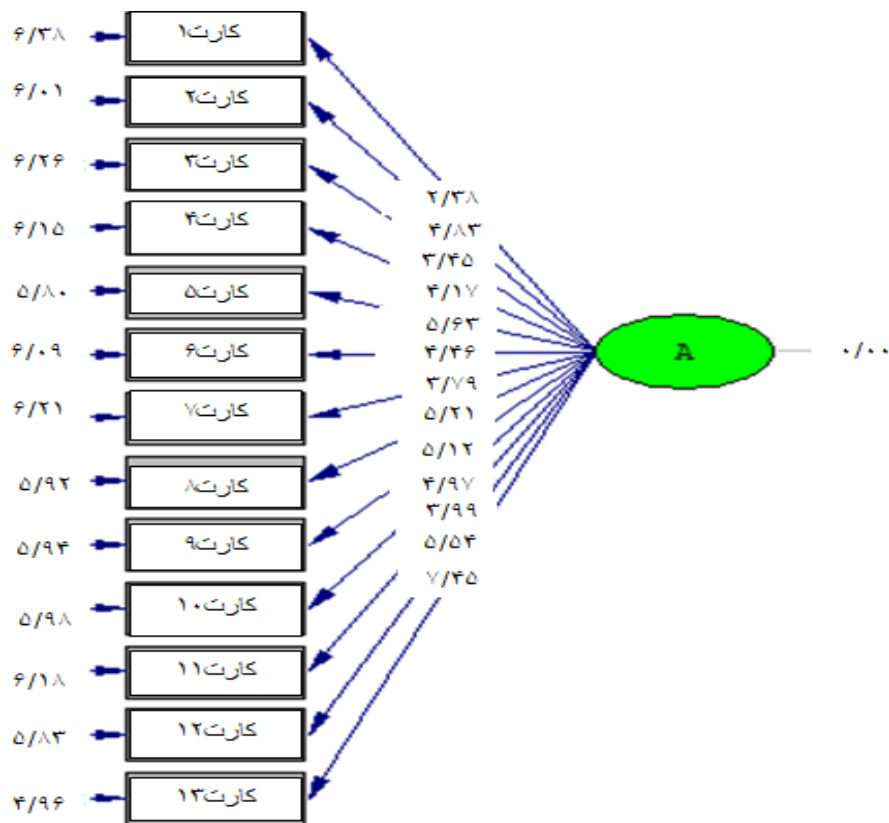
آزمون t برای برابری میانگین‌ها		آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها		مرحله یادآوری
Sig (2-tailed)	df	t	F	
۰/۰۰۰۱	۴۴	-۵/۸۳	۰/۳۱	برابری واریانس‌ها
۰/۰۰۰۱	۴۳/۵۱	-۵/۸۳	۱/۰۴	نابرابری واریانس‌ها

با توجه به جدول (۵) چون سطح معناداری مربوط به آزمون لوین کوچکتر از ۵ درصد است در نتیجه فرض برابری واریانس‌ها رد می‌شود. از طرف دیگر با توجه به سطح معناداری آزمون تساوی میانگین‌ها که کمتر از ۵ درصد است فرض صفر رد شده و ادعای عدم تساوی میانگین نمرات مرحله یادآوری کودکان دارای اختلال یادگیری و بهنجار در سطح خطای ۵ درصد پذیرفته می‌شود (این ادعا در سطح خطای ۱ درصد هم پذیرفته می‌شود).

نتایج تحلیل عامل تأییدی (با استفاده از نرم افزار لیزرل ۸/۵۴) آزمون نشان داده که نسبت مجذور کای (۲) به درجه آزادی برای گروه سنی ۶ تا ۸ سال ۱/۳۵ و برای گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال این نسبت برابر ۳/۴۵ به دست آمده است (جدول ۶). نسبت مجذور کای (۲) به درجه آزادی تحت تأثیر حجم نمونه بالا قرار می‌گیرد (پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به بالا بودن حجم نمونه این پژوهش، از سایر شاخص‌های برازش برای بررسی تحلیل عامل تأییدی استفاده شد. مقادیر این شاخص‌ها در جدول زیر به نمایش گذاشته شده است. مقادیر جدول نشان‌دهنده مطلوب و مقبول بودن شاخص‌های برازش است. مقدار شاخص‌های برازش به دست آمده بیشتر از ۰/۹۰ و مطلوب است (آزگور، ۲۰۲۰؛ حبیبی و همکاران، ۱۳۹۶؛ هومن، ۱۳۹۳ و حسن آبادی و همکاران، ۱۴۰۲). مقدار شاخص‌های برازش به دست آمده نشان می‌دهد که مدل تک عاملی آزمون بندرگشتالت (۲) با داده‌های پژوهش برازش مطلوبی دارد.

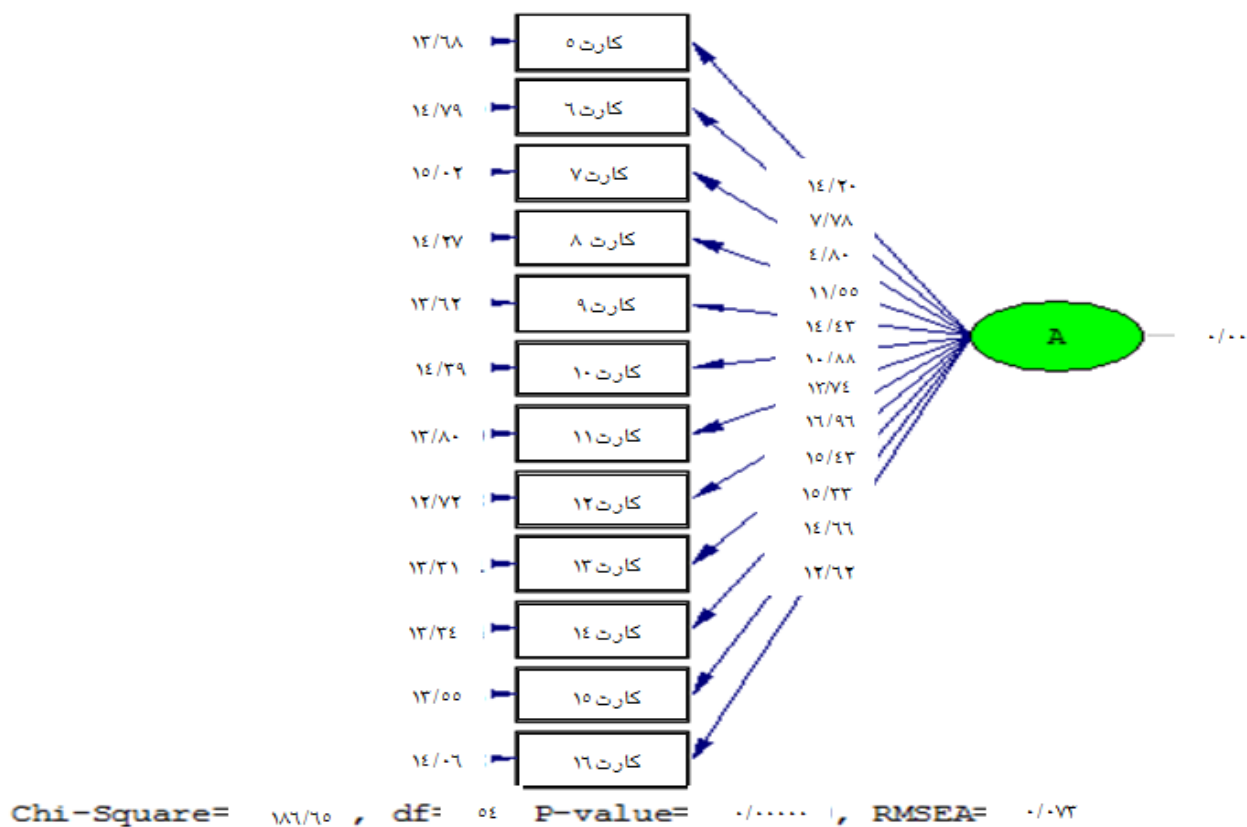
جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل تک عاملی آزمون بندرگشتالت (۲)

RMR	RMSEA	NNFI	NFI	IFI	CFI	GFI	Pvalue	X ² /df	گروه سنی
۰/۰۹۸	۰/۰۶۵	۰/۹۵	۰/۸۴	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۸۶	۰/۰۳۱	۱/۳۵	۶-۸ سال
۰/۰۵۳	۰/۰۷۳	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱	۳/۴۵	۸-۱۲ سال



Chi-Square= ۸۷/۷۸ , df= ۶۵ P-value= ۰/۰۳۱۴۳ , RMSEA= ۰/۰۶۵

مدل تحلیل عامل تأییدی آزمون بندرگشتالت (۲) - گروه سنی ۶-۸ سال



مدل تحلیل عامل تأییدی آزمون بندرگشتالت (۲) - گروه سنی ۱۲ - ۸ سال

• بحث

ساختن دقیق اشیا، مستلزم توانایی‌های درک - دیداری، دیداری- فضایی مؤثر، دیداری- حرکتی و یکپارچه کردن این مهارت‌هاست. برای بررسی این توانایی‌ها ابزارهای گوناگونی وجود دارد که یکی از این ابزارها، آزمون گشتالت دیداری- حرکتی بندر است که به‌عنوان یک ابزار غربالگری برای نقایص نورولوژیکی و سنجش توانایی‌های دیداری سازنده مراجع، به گونه گسترده‌ای به کار رفته است (شریفی و همکاران، ۱۴۰۰). با توجه به اهمیت مترتب بر این آزمون در این پژوهش به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن پرداخته شد. برای این آزمون نظام‌های نمره‌گذاری متفاوتی توسط محققان صورت پذیرفته است که می‌توان به‌طور نمونه به نظام نمره‌گذاری پاسکال و ساتل (۱۹۵۱) که در آن ۱۰۵ مورد انحراف (خطا) تعریف شده است، نظام نمره‌گذاری رشدی کوپیتز (۱۹۶۳، ۱۹۷۵) برای کودکان، که ۳۰ خطای مجزا (از قبیل تحریف، چرخش، درج‌ماندگی و یکپارچگی) در نظر گرفته شده است، هات و بریسکین (۱۹۶۰)، ۱۲ ممیز اصلی برای آسیب مغزی تعریف کردند، دهریش و همکاران (۱۹۶۶)، لکس (۱۹۸۴، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰). اخیراً برانینگان و برنر (۱۹۸۹، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۲) با تصحیح و گسترش این پژوهش یک نظام نمره‌گذاری کیفی را برای آزمون اصلاح شده بندرگشتالت به‌وجود آوردند. از آنجایی که پژوهش‌های بسیار اندکی در خصوص آزمون بندرگشتالت (۲) با نظام نمره‌گذاری فراگیر صورت گرفته است، در این پژوهش به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون با توجه به این نوع نظام نمره‌گذاری پرداخته شد. همانطور که در قسمت تجزیه و تحلیل داده‌ها بیان شد جهت بررسی اعتبار از دو روش آزمون- بازآزمون و روش تصنیف استفاده شد. در روش آزمون- بازآزمون میزان همبستگی بین نمرات مرحله نسخه‌برداری با نمرات مرحله بازآزمایی آزمون ۰/۸۵ و نمرات مرحله یادآوری با نمرات مرحله بازآزمون ۰/۷۸ در سطح ۰/۰۰۱ به‌دست آمد و در تحقیق صورت گرفته توسط بهرامیان و همکاران (۱۳۹۲)، برای مرحله نسخه‌برداری و یادآوری به ترتیب مقادیر ۰/۹۴ و ۰/۷۶ قید شده است. این در حالی است که این مقادیر توسط سازندگان آزمون برای مرحله نسخه‌برداری ۰/۸۵ و برای مرحله یادآوری ۰/۸۳ عنوان شده و بیانگر همخوانی این مقادیر با مقادیر ارائه شده توسط این پژوهش است. برای بررسی همسانی درونی مانند سازندگان آزمون از روش تصنیف استفاده گردید. نتیجه حاصل از پژوهش آنها مقدار ۰/۸۶ برای همسانی درونی و ۴/۵۵ برای خطای اندازه‌گیری را نشان داد، در تحقیق صورت گرفته توسط بهرامیان و همکاران (۱۳۹۲) این مقدار ۰/۸۰، نویسندگان این مقاله برای همسانی درونی مقدار میانگین ۰/۶۷ و برای خطای معیار اندازه‌گیری مقدار ۴/۶۹ را به‌دست آوردند که این همخوانی

خوبی را به نمایش می‌گذارد. در ادامه این تحقیق برای بررسی روایی همزمان این آزمون به محاسبه ضریب همبستگی بین دو نظام نمره‌گذاری فراگیر و کوپیتز، و محاسبه ضریب همبستگی میان نمرات دو آزمون بندرگشتالت (۲) و آندره ری و برای بررسی روایی افتراقی به محاسبه ضریب همبستگی میان نمرات آزمودنی‌های با و بدون اختلال یادگیری و به بررسی روایی سازه از تحلیل عامل تأییدی پرداخته شد. سازندگان آزمون همبستگی بین نمرات دو نظام فراگیر و کوپیتز برای مرحله نسخه‌برداری ۰/۷۰- و برای مرحله یادآوری ۰/۴۹- و بهرامیان و همکاران (۱۳۹۲) برای مرحله نسخه‌برداری مقدار ۰/۸۰- و برای مرحله یادآوری ۰/۵۰- را اعلام کرده‌اند. در این تحقیق مقدار ۰/۷۸- برای مرحله نسخه‌برداری و مقدار ۰/۶۸- برای مرحله یادآوری به دست آمد که این نیز همخوانی خوبی را بیان می‌دارد. در خصوص روایی تشخیصی در دفترچه راهنمای آزمون بندرگشتالت (۲) هادیان‌فرد (۱۳۸۶)، افراد مبتلا به ناتوانایی یادگیری (خواندن، ریاضی، نوشتن) به‌طور معناداری نسبت به گروه همتا در دو مرحله نسخه‌برداری و یادآوری در بندرگشتالت (۲) عملکرد پایین‌تری از خود نشان دادند در تحقیق بهرامیان (۱۳۹۲) نیز به عملکرد به‌طور معنادار پایین‌تر افراد مبتلا به اختلال یادگیری نسبت به گروه عادی همتا در هر دو مرحله آزمون اشاره شده است. در پژوهش پیش رو نیز عملکرد پایین‌تر کودکان دارای اختلال یادگیری نسبت به گروه بهنجار در سطح خطای ۱ درصد مشاهده شد. در ضمن لازم به یادآوری است که در تحقیق صورت گرفته توسط دکتر هادیان‌فرد (۱۳۸۶)، اشاره‌ای به تحلیل عاملی این آزمون نشده است؛ این در حالی است که سازندگان آزمون به تک عاملی بودن آن اشاره کرده‌اند و نتایج پژوهش حاضر نیز با یافته‌های سازندگان آن همخوانی دارد.

• نتیجه‌گیری

در نهایت با توجه به تحقیق صورت گرفته، آزمون مورد بررسی از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است. و از سویی نتایج نشان داد که بین دو نظام نمره‌گذاری کوپیتز و فراگیر، همچنین بین نمرات آزمون بندرگشتالت (۲) و آندره ری همبستگی خوبی وجود دارد. همچنین آزمون در هر دو گروه سنی از یک عامل تشکیل یافته است که همان بررسی حافظه دیداری- حرکتی افراد است. در نتیجه می‌توان از آن بعنوان ابزاری عینی و استاندارد که بر اساس نظام نمره‌گذاری فراگیر، نمره‌گذاری شده است، برای سنجش توانایی حافظه دیداری- حرکتی، تشخیص و پیش‌بینی اختلال‌های یادگیری کودکان ۶ تا ۱۲ سال (کودکان مقطع ابتدایی) استفاده کرد. این مطالعه همانند هر مطالعه دیگری، دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توان به اجرای آن در واحدهای آموزشی دخترانه، اختصاص‌یابی زنگ کلاس‌های درس به انجام آزمون، محدود بودن مطالعه به شهر قم و مقطع ابتدایی اشاره کرد. در ادامه پیشنهاد می‌شود که بررسی روایی آزمون با خرده‌آزمون طراحی مکعب و کسلر ۵، نسخه سوم آزمون پیشرفت وودکاک جانسون، نسخه پنجم مقیاس هوش استنفورد بینه و ویرایش چهارم آزمون رشد یکپارچگی دیداری- حرکتی بیری- باکتینیکا انجام شود.

• تعارض منافع

در قبال نشر این مقاله هیچ مبلغی از منبع مالی دریافت نشده است. نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی در این مطالعه نداشته‌اند.

• تشکر و قدردانی

از مدیران مدارس ابتدایی و همچنین از دانش‌آموزان این مدارس که در این پژوهش کمال همکاری را داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

• منابع

- باقری، فتانه، و موسی پور، نعمت اله. (۱۳۹۲). توان آزمون بندرگشتالت در پیش‌بینی مشکلات دیکته‌نویسی کودکان پیش‌دبستانی. پژوهش‌های آموزش و یادگیری (دانشور رفتار)، ۲۰ (دوره جدید)، (۳)، ۱۴۶ - ۱۳۳.
- بهرامیان، افروز؛ هادیان‌فرد، حبیب؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۲). هنجاریابی آزمون بندرگشتالت ۲ در کودکان ۱۱-۴ ساله شهر شیراز. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۴ (۲۹)، ۱۸۸-۱۶۵.
- چگینی، مریم؛ دلاور، علی و غرابی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۳. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸ (۲۹).

- حسن‌آبادی، حمیدرضا و ترابی، سیدسعید. (۱۴۰۲). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن: عاملی برای پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷ (۳)، ۲۷۳ - ۲۶۳.
- دلاور، علی (۱۳۸۹). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران، انتشارات رشد.
- شریفی، حسن پاشا. (۱۳۹۸). نظریه و کاربرد آزمون‌های هوش و شخصیت، تهران، انتشارات سخن.
- شریفی، حسن پاشا، حبیبی، مجتبی، فرزاد، ولی‌الله، رضاخانی، سیمین دخت، حسن‌آبادی، حمیدرضا و ایزانلو، بلال. (۱۳۹۱). پژوهش چندمتغیری کاربردی (طرح و تفسیر). تهران، انتشارات رشد.
- طهماسبی، سیامک؛ مفاخری باشماق؛ سامان؛ عمادالدین، عاطفه و رضایی، راحله. (۱۳۹۴). هنجاریابی آزمون دیداری- حرکتی بندرگشتالت در گروه کودکان ۷-۴ ساله تهران، *مجله توانبخشی*، ۱۷ (۱).
- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۲). آزمون‌های روان‌شناختی، تهران، انتشارات بعثت.
- کاوه فارسانی، ذبیح‌اله، نظری‌فر، محسن و محمودی نجف‌آبادی، فاطمه. (۱۴۰۲). ارزیابی رابطه بین ذهن آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی با میانجی‌گری باورهای لذت‌بری و قدردانی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷ (۱)، ۹ - ۱.
- لطف‌آبادی، حسین. (۱۳۷۴). آزمون‌های روانی- شناختی کودکان برای مشاوره کودک، مشهد، موسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.
- مهری‌نژاد، سید ابوالقاسم؛ صبحی قراملکی، ناصر و رجبی مقدم، سارا. (۱۳۹۱). بررسی توان پیش‌بینی آزمون بندرگشتالت برای آمادگی ابتلا به ناتوانی‌های خواندن و دیکته در کودکان پیش‌دبستانی، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱ (۳)، ۱۳۰ - ۱۱۸.
- میرهاشمی، مالک و احدی، حسن. (۱۳۸۲). هنجاریابی مقدماتی آزمون درهم ری روی دانش‌آموزان ۷ تا ۱۸ ساله، *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷، ۲۰ - ۱.
- نظری، سمیه؛ سیاحی، حیدری و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ادراک دیداری- حرکتی کودکان دارای اختلال یادگیری و عادی در آزمون بندرگشتالت. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲ (۳)، ۱۳۵ - ۱۱۶.
- هادیان فرد، حبیب. (۱۳۸۶). ساخت و هنجاریابی آزمون خط زنی (فرم فارسی) برای دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶ (۳)، ۲۰۹ - ۱۹۳.
- Brannigan, G., & Decker, S. L. (2003). Visual Motor Gestalt Test: Examiner's manual, Bender Gestalt II: Bender, 2nd ed, c2003.
- Brannigan, G., & Decker, S. L. (2006). The Bender-Gestalt II. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 10 - 12.
- Groth-Marnat, G., Wright, A. J. (2016). Handbook of Psychological Assessment, 6th ed.
- Keppeke, L. F., Cintra, I. P., & Schoen, T. H. (2013). Bender Visual-Motor Gestalt Test in adolescents: relationship between Visual-Motor Development and the tanner stages. *Perceptual & Motor Skills*, (117), 257- 275.
- Noronha, A. P. P., Santos, A. A. A., Rueda, F. J. M., Otoni, F., Ferraz, A. S., Costa, A. R. L., Zuanazzia, A. C., & Jesuino, A. D. S. A. (2020). Correction systems of the Bender Visual - Motor Gestalt Test: A systematic mapping of the literature. *Liberabit*, 26 (2), e392, *Julio-Diciembre*, ISSN: 1729-4827 2223-7666.
- Ozgur, H. (2020). Relationship between teacher' technostress, technological pedagogical content knowledge (TRACK), school support and demographic variables: A structural equation modeling. *Computers in human behavior*, (112), 1 - 9.
- Rueda, F. J. M., & Jesuino, A. D. S. A. (2018). The Bender Gradual Scoring System for Assessment of People with Intellectual Disabilities. *Paidéia*, (28), e2807.
- Strait, J. E., Wright, E. K., & Decker, S. L. (2018). Bender-Gestalt II differential item functioning across Caucasian and African American examinees. *Psychol Schs*, (56), 148 - 158.
- Tafti, M. A., Azizi, Z. R., & Mohamadzadeh, S. (2021). A comparison of the diagnostic power of FEATS and Bender - Gestalt test in identifying the problems of students with and without specific learning disorders. *The Arts in Psychotherapy*, (73), 1-7.

ویژگی‌های روانسنجی سطح درونی پرسشنامه تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی بنجامین (خود-پنداره)

The Psychometric Properties of Benjamin's Structural Analysis of Social Behavior Questionnaire Introject Surface (Self-Concept)

Sara Mirzaei-Feizabadi PhD Condidat

Habib Hadianfard PhD[✉]

Seyed Mohammad Reza Taghavi PhD

Mehdi Reza Sarafraz PhD

سارا میرزائی فیض آبادی^۱

حبیب هادیان فرد^۲

سیدمحمدرضا تقوی^۳

مهدی رضا سرافراز^۴

Abstract

The aim of this study was to investigate the psychometric properties of Benjamin's (1974) Structural Analysis of Social Behavior (SASB) questionnaire introject surface (self-concept) in Ferdowsi University of Mashhad. The study participants were 324 students (185 girls and 139 boys) who were studying in the second semester of 2023 academic year, and completed Benjamin's (1974) Structural Analysis of Social Behavior (SASB) questionnaire introject surface (self-concept), Beck Depression Inventory-II (1996), Beck Anxiety Inventory (1988) and Beck Suicide Scale Ideation (1988). The Data were analyzed using correlation coefficient, Cronbach's alpha coefficient, and confirmatory factor analysis in SPSS-26 and AMOS-25 software. The results show the reliability of this questionnaire through Cronbach's alpha coefficient and Spearman's and Guttman's correlation coefficients in the split-half method, as well as its validity through the convergent coefficients of the dimensions of this questionnaire with other valid tests and finally the construct validity through confirmatory factor analysis confirmed. In general, it can be concluded that Benjamin's SASB-self-concept (Introject) questionnaire has very good reliability and validity in Iranian students.

Keywords: Reliability, Validity, Self-Concept, Structural Analysis of Social Behavior, Depression, Anxiety, Suicide Ideation

چکیده

هدف این پژوهش تعیین ویژگی‌های روانسنجی سطح درونی پرسشنامه تحلیل ساختاری و رفتار اجتماعی بنجامین (خود-پنداره) (۱۹۷۴) در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود. مجموع ۳۲۴ دانشجوی (۱۸۵ دختر و ۱۳۹ پسر) در سال ۱۴۰۱، سطح درونی پرسشنامه تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی بنجامین (۱۹۷۴) برای سنجش خود-پنداره، سیاهه افسردگی بک (۱۹۹۶)، مقیاس افکارخودکشی بک (۱۹۸۸) و سیاهه اضطراب بک (۱۹۸۸) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی، ضریب آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۵ استفاده شد. نتایج، اعتبار این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ (۰/۶۲ تا ۰/۸۵) و ضرایب همبستگی اسپیرمن (۰/۷۱) و گاتمن (۰/۷۱) در روش دو-نیمه‌کردن و همچنین روایی آن از طریق ضرایب همگرایی ابعاد این پرسشنامه با سایر آزمون‌های روا و در نهایت روایی سازه از طریق تحلیل عاملی پرسشنامه تأیید شد. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت سطح درونی پرسشنامه تحلیل ساختاری و رفتار اجتماعی بنجامین از اعتبار و روایی بسیار خوبی در دانشجویان ایرانی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: اعتبار، روایی، خودپنداره، تحلیل ساختاری و رفتار اجتماعی، افسردگی، افکارخودکشی، اضطراب

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۷/۲۷ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۹/۱۵

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۴. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

● مقدمه

بسیاری از روان‌شناسان و محققان معتقدند که مطالعه درباره "خود" با نوشته‌های ویلیام جیمیز (۱۸۹۰-۱۹۴۸) آغاز شد و به موضوعاتی مانند خودشناسی در روش‌های علمی پرداخت (وزنیک، ۲۰۱۸). یکی از موضوعات ریشه‌ای در روان‌شناختی، تعریف و ذهنیتی است که فرد از خود دارد یا به عبارت دقیق‌تر "مفهوم-خود" (self-concept) است (راجرز، ۱۹۴۷). هر روان‌شناس بر اساس رویکردی که دارد، به قسمتی از ابعاد مفهوم-خود (خودپنداره) توجه می‌کند (نیک‌دل و همکاران، ۱۳۹۶). به عنوان مثال، برن (۱۹۹۷) به نگرش‌ها، احساسات و شناخت فرد از ظاهر، توانایی‌ها، مهارت‌ها و پذیرش اجتماعی، خودپنداره می‌گوید؛ یا چارلز (۱۹۷۶) می‌گوید خودپنداره یعنی هر چیزی که ما درباره خودمان باور داریم. به عقیده راجرز، چارچوب ارزشی یا ارزشیابی فرد از خودش که بر اثر تعامل و ارتباط فرد با محیطش شکل می‌گیرد، سازنده و تعیین‌کننده پندار شخص از خودش است (راجرز، ۱۹۴۷). بنجامین در مدل تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی ((structural analysis of social behavior (SASB) برای تعریف خودپنداره از این هم‌پا را فراتر گذاشته و نوع رفتار فرد با خودش را در آن گنجانده است. به عقیده وی رفتار فرد با محیط و عکس‌العمل محیط به او، پایه چهارچوب ارزشیابی شخص از خودش یا همان خودپنداره را تشکیل می‌دهد و از آنجا که مهم‌ترین افراد و ارتباطات برای شخص اعضای خانواده وی هستند، بر این اساس رابطه بین فردی خانوادگی، یک منبع تأثیرگذار مهم و اساسی بر رشد خودپنداره فرد در نظر گرفته شده است (فیدر، ۲۰۱۸؛ کریچفیلد و بنجامین، ۲۰۱۰).

پیش از این نیز ارتباطی بین خودپنداره و رفتار اجتماعی در نظریه‌های بین فردی وجود داشت (لیری، ۱۹۵۷؛ سالیوان، ۱۹۵۳). نظریه‌های بین فردی زیادی وجود دارد که هر کدام به مؤلفه‌هایی خاصی اشاره دارند، یکی از مؤلفه‌های موجود در این نظریه‌ها بیان می‌کند یادگیری‌هایی که در روابط بین فردی اولیه ایجاد می‌شود در شکل‌دهی انتظارات، آرزوها، ترس‌ها و خودپنداره‌هایی که رفتار را در محیط‌های اجتماعی بعدی هدایت می‌کنند، نقش دارد (سالیوان، ۱۹۶۴؛ کریچفیلد و بنجامین، ۲۰۱۰). در مدل تحلیل ساختاری و رفتار اجتماعی (SASB) بنجامین (۱۹۹۶) نیز خودپنداره به عنوان محصول تعاملات بین فردی در نظر گرفته می‌شود (بنجامین، ۱۹۹۳)؛ او یک تصویر دقیق و جامع‌تری از این تعاملات بین فردی می‌دهد به عقیده وی هم ادراک شناختی فرد از خود و هم رفتار درونی شده شخص با خود، محصول تعاملات بین فردی او است (برنت، ۲۰۰۸).

مدلی که بنجامین برای توصیف خودپنداره (بنجامین، ۱۹۷۴) استفاده کرده است از مدل دایره‌ای رفتار والدین شفر (۱۹۶۵) نشأت می‌گیرد (شایانفر، ۲۰۲۲)؛ علاوه بر آن، این مدل مبتنی بر نظریه بین فردی (سالیوان، ۱۹۵۳) و نظریه دلبستگی بولبی (فلورسهایم و همکاران، ۱۹۹۶) نیز است؛ به این صورت که نظریه‌های بین فردی سالیوان و دلبستگی بولبی بر مدل دایره‌ای رفتار والدینی شفر سوار شده است و در نتیجه بر فرضیه ارتباط بین خودپنداره و عملکرد اجتماعی (روابط بین فردی) تأکید دارد (شایانفر، ۲۰۲۲؛ بنجامین، ۲۰۱۸؛ فلورسهایم و همکاران، ۱۹۹۶). در مدل دایره‌ای شفر بیان می‌شود که رفتار والد در دو محور خودمختاری-کنترل (autonomy-control) و پذیرش و طرد (acceptance-rejection) قرار دارد. از سوی دیگر، در نظریه میان فردی سالیوان بیان می‌شود که رشد سالم انسان به توانایی فرد در برقراری رابطه صمیمانه با فردی دیگر وابسته است و در نهایت بولبی (۱۹۷۳) برای توضیح الگوهای ایجادشده از روابط دلبستگی نزدیک اصطلاح "مدل‌های فعال‌ساز درونی" (internal working models) را به کار برد (بولبی، ۱۹۷۳) و این مدل نشان می‌دهد تعاملات کنونی فرد با دیگران به وسیله خاطرات و انتظاراتی که از روابط قبلی درونی شده است، هدایت می‌شود؛ یعنی، مراقب اولیه به عنوان یک نمونه پایه برای روابط آینده عمل می‌کند. بنجامین (۲۰۰۳ و ۲۰۰۶) با تکیه بر ایده‌های شفر، سالیوان و بولبی پیشنهاد کرد که مدل‌های روابط (شناختی و رفتاری) کنونی شخص نه تنها با دیگران بلکه با خودش نیز، همان الگوهای گذشته‌ای است که با دقت قابل توجهی تکرار می‌شود. این فرآیند، که در مدل تحلیل ساختاری رفتاری اجتماعی بنجامین «کپی کردن» نامیده می‌شود، یکی از پیامدهای ظرفیت تکامل‌یافته ما برای مدل‌سازی، تقلید و یادگیری سریع قوانین و ارزشیابی‌های درونی فرد از خود، دیگران و دنیا است (بنجامین، ۲۰۱۸).

در همین راستا، مدل SASB بنجامین (۲۰۰۳) نشان می‌دهد فرآیند روابط اولیه باعث ایجاد الگوهایی می‌شود که این الگوهای تعیین‌شده (کپی‌شده) به شکل طبیعی برای تمام عمر باقی می‌ماند (بنجامین، ۲۰۱۸). فرد برای ایجاد و حفظ نزدیکی، این الگوهای اولیه

را شکل داده و به عنوان یک الگو رفتار ارتباطی در موقعیت‌های دیگر کپی می‌کند؛ بر اساس این الگوها شخص زمانی در یک موقعیت احساس امنیت، رضایت و عادی بودن می‌کند که همان الگو اولیه ارتباطی تکرار شود؛ به عبارت دقیق‌تر، هنگامی که در یک موقعیت جدید الگوهای اولیه ارتباطی تکرار شود، شخص احساس "همه چیز رو به راه است" می‌کند. در مدل SASB خودپنداره شکل گرفته از الگوهای کپی شده روابط اولیه به عنوان "خانواده در سر" (family-in-the-head) و همچنین "هدیه - عشق" (gift-of-love - GOL) نامیده می‌شود (بنجامین و همکاران، ۲۰۱۸). به این معنا که شخص با انگیزه دریافت دوباره عشق و پذیرش از چهره‌های دلبستگی درونی شده خاص، دست به تکرار روش‌ها و ارزش‌های آنها می‌زند (کریچفیلد و همکاران، ۲۰۲۱).

الگوهایی که در زمینه دلبستگی آموخته می‌شوند، احتمالاً تداوم می‌یابند، حتی زمانی که ناسازگار باشند، زیرا به حفظ پیوندهای روان‌شناختی با چهره‌های اولیه کمک می‌کنند و با آرزوی دریافت عشق و پذیرش، تقویت می‌شود (کریچفیلد و بنجامین، ۲۰۱۰). در صورتی که کپی کردن باعث شود فرد در مواجهه با موقعیت فعلی به روش‌های مبتنی بر واقعیت عمل کند، سازگار/ انطباقی و در غیر این صورت ناسازگار است. بنابراین، در این مدل یک رابطه بین فردی انطباقی، با توانایی انعطاف‌پذیری برای درگیر شدن متوسط (درهم‌تنیده) یا جدایی (تمتایز) نسبی از دیگران مشخص می‌شود (بنجامین، ۲۰۰۰)؛ این الگوها منعکس‌کننده دلبستگی ایمن هستند و به خودپنداره انطباقی و تعامل مشترک با جهان منجر می‌شوند (کریچفیلد و بنجامین، ۲۰۱۰). در مقابل، روابط ناسازگار شامل خصومت، درگیری افراطی (کنترل) و یا افراط در تمایز (جدایی کامل) در محیط‌های اجتماعی می‌شود (کریچفیلد و بنجامین، ۲۰۱۰).

خودپنداره انطباقی به افراد در رسیدن به درک درستی از محیط کمک می‌کند که به نوبه خود بهزیستی عمومی را ارتقا می‌دهد (اینگوگلیا و همکاران، ۲۰۱۳). در مقابل، رویدادهای منفی در افرادی با خودپنداره غیرانطباقی به ظهور علائم اضطرابی، افسردگی و تمایل به خودکشی منجر می‌شود (کوهن و همکاران، ۲۰۱۴؛ مک‌کیب و همکاران، ۲۰۱۱). به بیان دقیق‌تر، یک خودپنداره را می‌تواند هم به عنوان عامل خطر مؤثر بر عملکرد اجتماعی و رفتارهای مشکل‌ساز در نظر گرفت که به انواع مختلف مشکلات سلامت روانی منجر می‌شود (پاتا، ۲۰۲۳)؛ هم می‌تواند به عنوان عامل محافظتی که مانع از مشکلات روانی و ارتقای بهزیستی عمومی می‌شود، مورد بررسی قرار داد (گیلمن و هوبنر، ۲۰۰۶؛ مک‌کالو و همکاران، ۲۰۰۰). تعدادی از مطالعات تجربی رابطه یک خودپنداره منفی را به عنوان رفتار پرخاشگرانه (مورتنی و همکاران، ۲۰۰۱)، رفتارهای قانون‌شکنی و بزهکارانه (دونلان و همکاران، ۲۰۰۵)، علائم اضطراب و افسردگی (راتی و همکاران، ۲۰۰۵) و مشکلات خوردن (اودی، ۲۰۰۶) تأیید کردند (تاپا، ۲۰۲۳).

همانطور که در پژوهش‌های متعدد تکرار شده است، رویدادها و موقعیت‌های منفی در افرادی که خودپنداره‌شان را منفی ارزیابی می‌کنند، به ظهور علائم افسردگی منجر می‌شود (کوهن و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد علاوه بر ارتباط مستقیم معنادار بین افسردگی و خطر خودکشی، ارتباط این دو متغیر به طور غیرمستقیم و از طریق خودپنداره منفی نیز معنادار است (مک‌کیب و همکاران، ۲۰۱۱). با این حال، آنچه کمتر به آن توجه شده است، مشخص کردن عواملی که افرادی که دست به خودکشی می‌زنند از افرادی که چنین اقدامی نمی‌کنند را از هم متمایز کند (حمزا، استوارت و ویلویی، ۲۰۱۲). همه افرادی که علائم اضطراب یا افسردگی را تجربه می‌کنند، درگیر خودآزاری یا رفتارهای مرتبط با خودکشی نمی‌شوند، شاید عوامل محافظتی در سطح فردی وجود دارد که به سپری در برابر خطر خودکشی منجر می‌شود. از سوی دیگر، تحقیقات قبلی ارتباط قوی بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و خطر خودکشی را نشان داده است (تاپا، ۲۰۲۳)؛ بنابراین، لازم است از دیدگاه‌های رشدی و ارتباطی برای رسیدن به درک عمیق‌تر این ارتباطات بهره گرفت (نیزک و هلملند، ۲۰۱۹). ارتباط بین تجارب نامطلوب دوران کودکی، تاریخچه یادگیری بین فردی در روابط دلبستگی اولیه و خودکشی در پژوهش‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است و نشان‌دهنده این است که تجارب نامطلوب دوران کودکی یک فرد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده نوع ارتباط بین فردی او با دیگری و با خودش باشد (یعنی آنچه که بنجامین در مدل خود، کپی کردن می‌نامد)، که در افرادی که نسبت به خودکشی آسیب‌پذیری هستند، قابل شناسایی است (کریچفیلد و بنجامین، ۲۰۰۸؛ تاپا، ۲۰۲۳).

با توجه به مدل SASB، بنجامین در سال ۱۹۷۴ پرسشنامه‌ای برای ساختار خودپنداره در سطوح درون‌روانی و بین فردی توصیف می‌کند (وسپا و همکاران، ۲۰۲۲؛ سوارتبرگ و همکاران، ۱۹۹۶). مدل کامل SASB شامل سه سطح دایره‌ای به هم مرتبط است؛ تعاملات در این مدل بر سه نوع توجه یعنی بین فردی - تمرکز بر دیگری (interpersonal-focus on other)، بین فردی - تمرکز بر خود

(interpersonal-focus on self) و درون‌روانی- درون‌فکنی (intrapsychic-interject) متمرکز است. هر کدام از این سه سطح توجه توسط ۳۶ ماده مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در این پژوهش فقط سطح درون‌روانی- درون‌فکنی به عنوان مقیاس خودپنداره (استگارد-یراند و آرملیوس، ۲۰۰۳) مورد مطالعه قرار گرفته است. این ۳۶ ماده ترکیب منحصر به فرد محور عمودی متمایز- درهم‌آمیخته (differentiated-enmeshed) که منعکس‌کننده عزت‌نفس، احساس عاملیت، خودپذیری و اطمینان به خود برای حضور و انطباق با دنیای اجتماعی و به عهده گرفتن امور و تکالیف اجتماعی، در فرد است؛ با محور افقی عشق- نفرت (love-hate) را نشان می‌دهد (بنجامین، ۲۰۱۸؛ بدیکس و همکاران، ۲۰۱۲؛ پینکاس و همکاران، ۱۹۹۸). به این ترتیب ۳۶ رفتار در ۸ خوشه (۴ جهت اصلی و ۴ جهت فرعی) تقسیم می‌شود. این ۸ خوشه سطح درون‌نگری عبارتند از: خودرهایی (self-emancipate)، حمله به خود (self-attack)، خودکنترلی (self-control)، خود-دوستداری فعال (active self-love)، خودغفلتی (self-neglect) حفاصل خودرهایی و حمله به خود، خودسرزنشگری (self-blame) حفاصل حمله به خود و خودکنترلی، محافظت از خود (self-protect) حفاصل خودکنترلی و خوددوستی فعال و خودتأییدی (self-affirm) حفاصل خوددوستی فعال و خودرهایی (بنجامین، ۲۰۱۸).

ابزارهای مختلفی برای سنجش و ارزیابی خودپنداره توسط محققان ساخته شده است. از این میان می‌توان از مقیاس خودپنداره بک (۱۹۷۸) نام برد که دارای ۲۵ سوال در قالب پنج محور توانایی ذهنی، درجه جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی، کفایت کاری و روابط اجتماعی می‌باشد. مقیاس خودپنداره راجرز (۱۹۴۷) نیز تفاوت بین خود آرمانی و خود واقعی را می‌سنجد. مقیاس خودپنداره سارسوت (۱۹۸۱) شامل ۴۸ ماده در ۶ بُعد جداگانه خودپنداره جسمانی، اجتماعی، عقلانی، اخلاقی، آموزشی و خلق و خواست. با وجود استفاده گسترده از این ابزارها، با توجه به تعاریف و رویکردها، مقیاس خودپنداره SASB بنجامین طوری تنظیم شده است که شخص برای پاسخ‌دادن به سوالات لازم است به خودش به عنوان یک شیء تمرکز کند (که با آن چگونه نگاه و رفتار می‌کند)؛ از این رو حداقل سه یافته به دست می‌دهد که عبارتند از: ۱) میانگین نمرات، ۲) منحنی و نیمرخ‌های خودپنداره (مثلاً نیمرخ خودکشی) و ۳) ضرایب الگوهای هر خوشه.

یکی از ویژگی‌های این پرسشنامه، در نظر گرفتن خودپنداره پیوسته است؛ یعنی به جای تفکیک طبقه‌بندی شده، دیدگاهی ابعادی دارد (کریچفیلد و همکاران، ۲۰۰۷؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۱۸). در مدل SASB خودپنداره انطباقی (سبز) از ترکیب مناسب دلبستگی ایمن (مشارکت با دیگران در حین خودمختاری) و عشق است و از سوی دیگر، مفهوم خود ناسازگار (قرمز) شامل رفتارهایی از ترکیب دلبستگی نایمن و نفرت ایجاد و سنجش می‌شود (بجورک و همکاران، ۲۰۰۳).

از دیگر، ویژگی‌های مهم این آزمون کوتاه بودن، داشتن اعتبار و روایی مناسب و مطابقت داشتن کافی با DSM-IV و DSM-V است (وسپا و همکاران، ۲۰۲۲؛ شایان‌فر، ۲۰۲۲). طبق دستورالعمل از مراجع خواسته می‌شود که به این ۳۶ ماده با توجه به اینکه چقدر بیانگر افکار و رفتارشان است، بر اساس یک مقیاس لیکرت ۱۱ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۱۰ (همیشه) رتبه‌بندی کنند (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ بنجامین، ۲۰۱۸؛ شوارتزمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ سوارتبرگ و همکاران، ۱۹۹۶). اعتبار آزمون- آزمون مجدد پرسشنامه برای افراد عادی (میانگین $r=0/87$) و بیماران بستری (میانگین $r=0/92$) بررسی شده است (بنجامین، ۱۹۸۸). همچنین همسانی درونی این ۸ خوشه در میان افراد عادی بالا است ($r=0/90$)، در حالی که در بین بیماران اسکیزوفرنی ($r=0/75$) و مراجعان مرزی ($r=0/67$) تا حدودی کمتر است (سوارتبرگ و همکاران، ۱۹۹۶).

مطالعات در حوزه SASB معمولاً بر موضوعات بالینی متمرکز هستند. به عنوان مثال، یک مطالعه نشان داد پسرانی که در متغیر رفتارهای ضد اجتماعی نمره بالاتر می‌گیرند، رفتارهای بُعد نفرت بیشتر و دلبستگی ایمن کمتری ثبت می‌کنند (فلورشتین و همکاران، ۱۹۹۸). در مطالعه دیگری، دختران نوجوانی که وابستگی به مواد نامتعارف دارند با احتمال بیشتری در طبقه نفرت و تسلیم شدید قرار می‌گیرند (هیومز و هامفری، ۱۹۹۴). همچنین در مطالعه‌ای در مورد زوج‌های غیربالینی نشان داد زوج‌هایی که بیشتر تلاش می‌کردند یکدیگر را وادار به انجام کاری کنند یا یکدیگر را متقاعد کنند، رفتارهای با تمایز یافتگی شدید و سرزنشگری بیشتری از خود نشان می‌دهند (براون و اسمیت، ۱۹۹۲؛ سوارتبرگ و همکاران، ۱۹۹۶). این سیستم می‌تواند برای شناسایی پروفایل‌ها و ویژگی‌های بین فردی افراد و همچنین برای انجام تجزیه و تحلیل دقیق فرآیند درمانی مورد استفاده قرار گیرد (بنجامین و همکاران، ۲۰۰۶؛ هنری، ۱۹۹۶)؛

به‌عنوان مثال، در یک مطالعه نمرات قبل و بعد ۱۳ هزار بیمار سرپایی آلمانی نشان داد که بعد از جلسات روان‌درمانی نمرات خصومت درونی کاهش، خوددوستی و محافظت از خود افزایش یافته است (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ بنجامین، ۲۰۱۸). در این پژوهش مقیاس خودپنداره بنجامین (۱۹۷۹) برای اولین بار در ایران ابتدا بر اساس الگوی وایلد و همکاران (۲۰۰۵) ترجمه و تطابق فرهنگی شد و در نهایت به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن در دانشجویان ایرانی شهرستان مشهد پرداخته شد. این پژوهش به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر است: آیا مقیاس خودپنداره بنجامین در نمونه دانشجویان ایرانی از اعتبار لازم برخوردار است؟ آیا مقیاس خودپنداره بنجامین دارای روایی همگرای مطلوبی است؟ آیا مقیاس خودپنداره بنجامین در نمونه دانشجویان ایرانی دارای روایی سازه است و ساختار عاملی آیت‌های این مقیاس در فرهنگ ایرانی چگونه است؟

• روش

روش پژوهش حاضر یک طرح روان‌سنجی توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه دانشجویان مقاطع مختلف شهرستان مشهد بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند و در گروه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال قرار داشتند. حجم نمونه بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۲۳) یعنی ۲/۵ تا ۵ برابر متغیرها (۴ متغیر) تعیین شد. نمونه‌های شرکت‌کننده در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب که به درب اتاق‌های خوابگاه و کلاس‌های درسی مراجعه و از دانشجویان درخواست می‌شد که در صورت تمایل پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دانشجو بودن در دانشگاه‌های مشهد و مبتلا نبودن به اختلال جسمانی و روان‌شناختی مزمن، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی که به صورت خودگزارشی از شرکت‌کنندگان بود. پرسشنامه خودپنداره تحلیل ساختاری رفتاری اجتماعی، سیاهه کوتاه افسردگی، سیاهه اضطراب و مقیاس افکار خودکشی بک به دو صورت برخط و مدادکاغذی بدون نیاز به نام و حفظ اصل رازداری و فرم رضایت‌نامه کتبی در میان شرکت‌کنندگان توزیع شد. در نهایت پرسشنامه ۳۲۴ آزمودنی (۱۸۵ دختر و ۱۳۹ پسر) مورد تحلیل نهایی قرار گرفت. شرکت‌کننده‌ها از رشته‌های تحصیلی متفاوت در این پژوهش مشارکت داشتند که در چهار مقطع کاردانی، کارشناسی، ارشد و دکتری مشغول به تحصیل بودند. اعتبار ابزار از طریق تعیین همسانی درونی توسط ضرایب آلفای کرونباخ و تعیین هماهنگی درونی بین سوالات برای کل آزمون با روش دو نیمه‌کردن محاسبه شد. بنجامین برای تهیه فرم کوتاه این پرسشنامه از روش دونیمه‌کردن استفاده کرد؛ به این صورت که در فرم متوسط برای هر خوشه دو ماده گنجانده شده است (با حذف ماده‌های مبانی اولیه یعنی ماده‌های ۳۱۰، ۳۲۰، ۳۳۰ و ۳۴۰) از بین ماده‌های هر خوشه فرم متوسط (۳۲ ماده باقی‌مانده) نیمی از ماده‌ها را به صورت تصادفی انتخاب کرده و در فرم کوتاه قرار داد و در انتها اعتبار دونیمه را در یک نمونه ۹۸ نفری ۰/۸۲ به‌دست آورد (بنجامین، ۱۹۷۹؛ همکاران، ۲۰۰۶؛ نابلوگ-فدرز و وینسون، ۲۰۲۰). در این پژوهش نیز از همین روش برای تهیه دونیمه کردن استفاده شد. در مرحله بعدی، به منظور ارزیابی روایی همگرا، از ضرایب همبستگی پرسشنامه خودپنداره با سیاهه‌های افسردگی، اضطراب بک افکار و مقیاس افکار خودکشی استفاده و برای بررسی روایی سازه پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد.

• ابزارها

الف) سطح درونی پرسشنامه تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی بنجامین (خود-پنداره) (structural analysis of social behavior (SASB) questionnaire introject surface (self-concept)): این پرسشنامه توسط بنجامین (۱۹۷۴) با هدف سنجش خودپنداره در سه بخش بین‌فردی- تمرکز بر دیگران، بین‌فردی- تمرکز بر خود و درون‌نگری طراحی شده است. بخش سوم که نگرش‌ها و احساسات شخص نسبت به خود را توصیف می‌کند، برای ارزیابی خودپنداره استفاده می‌شود (شایانفر، ۲۰۲۲؛ بنجامین، ۲۰۱۸). این پرسشنامه شامل ۳۶ ماده خودارجاعی بوده و پاسخ‌ها در مقیاس ۱۰-۰ امتیازی قرار می‌گیرند. پاسخ‌های ۴ یا بالاتر نشان‌دهنده تأیید یا هماهنگی این عبارت با درونیات شخص است (بیورک و همکاران، ۲۰۱۳). این مقیاس در ۸ خوشه خودرهایی، خودتأییدی، خود-دوستداری فعال، محافظت از خود، خودکنترلی، خودسرزنشگری، حمله به خود و خودغفلتی طراحی شده است. هر خوشه فرد (بر اساس ترتیب بالا) دارای ۵ ماده و هر خوشه زوج دارای ۴ ماده هستند (شایانفر، ۲۰۲۲). میانگین هر خوشه به‌عنوان نمره نهایی

محاسبه می‌شود. در مطالعات تجربی اخیر اعتبار آزمون- بازآزمون مقیاس‌های خوشه‌ای SASB از ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ متغیر است (بنجامین، ۲۰۰۰). ضرایب آلفا از کم تا متوسط (۰/۵۰-۰/۶۳) در یک نمونه غیربالینی و برای نمونه بالینی تا حدودی بالاتر (۰/۸۶-۰/۶۰) بود (شایانفر، ۲۰۲۲؛ وسپا و همکاران، ۲۰۲۲؛ بنجامین، ۲۰۱۸؛ بیورک و همکاران، ۲۰۱۳؛ مونسن و همکاران، ۲۰۰۷).

ب) سیاهه افسردگی بک-۲ (Beck depression inventory-II- BDI-II): سیاهه خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای است که توسط بک ساخته شده است و شدت علائم افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (بک، استیر و بروان، ۱۹۹۶). پاسخ‌ها بر اساس یک مقیاس چهارلیکرتی از ۰-۳ نمره می‌گیرند. دامنه نمره کل برای این پرسشنامه بین صفر تا ۶۳ است. در این آزمون نمرات ۰-۱۳ حداقل افسردگی، ۱۹-۱۴ خفیف، ۲۸-۲۰ متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (مردانی و همکاران، ۱۴۰۱). بک، استیر و بروان (۱۹۹۶) همسانی درونی پرسشنامه را (ضریب آلفا) ۰/۹۳ گزارش کردند. رحیمی (۱۳۹۳) نمرات آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بازآزمون آن را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۸ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی در پژوهش حاضر ۰/۸۸ حاصل شد.

ج) سیاهه اضطراب بک (Beck anxiety inventory- BAI): سیاهه خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای است که توسط بک و استیر (۱۹۸۸) به منظور اندازه‌گیری شدت علائم اضطراب افراد ساخته شده است (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷). هر ماده با استفاده از مقیاس چهار لیکرتی از ۰-۳ سنجیده می‌شود. دامنه نمره کل برای این پرسشنامه بین ۰-۶۳ است. در این آزمون نمرات ۰-۷ حداقل اضطراب، ۱۵-۸ اضطراب خفیف، ۲۵-۱۶ اضطراب متوسط و ۶۳-۲۶ اضطراب شدید را نشان می‌دهد (بک و استیر، ۱۹۸۸). بک و استیر (۱۹۸۸) در پژوهش خود ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را (ضریب آلفا) ۰/۹۲ و اعتبار آزمون-بازآزمون برای یک هفته برا ۰/۷۵ گزارش کرد. در ایران نیز ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (کاوایی و موسوی، ۱۳۸۷؛ سالاری و همکاران، ۱۳۹۶). ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی در پژوهش حاضر ۰/۸۵ حاصل شد.

د) مقیاس افکار خودکشی بک (Beck suicide scale ideation - BSSI): یک مقیاس خودگزارشی ۱۹ ماده‌ای است ساخته شده توسط بک، استیر و رانیر (۱۹۸۸) است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه شده است (باسره و مامی، ۱۴۰۲). هر ماده با استفاده از مقیاس چهار لیکرتی از ۰-۲ سنجیده می‌شود و نمره کلی فرد از ۰-۳۸ قرار دارد. در آزمون افکار خودکشی بک ۵ ماده غربال‌گری وجود دارد. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نفعال باشد، آزمودنی بایستی ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. نمرات ۰-۵ داشتن افکار خودکشی، ۱۹-۶ آمادگی جهت خودکشی و ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی. بک، استیر و رانیری (۱۹۸۸) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش کردند. در ایران نیز انیسی و همکاران (۱۳۸۴)، روایی هم زمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی در پژوهش حاضر ۰/۸۸ حاصل شد.

• یافته‌ها

یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه شامل جنس، سن، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل نشان می‌دهد از بین تعداد ۳۲۴ نفر شرکت‌کننده ۱۸۵ نفر دختر و ۱۳۹ نفر پسر که اکثر شرکت‌کننده‌ها در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بودند. شرکت‌کننده‌ها از رشته‌های تحصیلی متفاوت در این پژوهش مشارکت داشتند که در چهار مقطع کاردانی، کارشناسی، ارشد و دکتری مشغول به تحصیل بودند. بیشترین تعداد شرکت‌کننده‌ها (۱۴۵ نفر) در مقطع کارشناسی درس می‌خواندند. در این پژوهش برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش‌های ضریب همسانی درونی و ضرایب همبستگی در روش دو نیمه‌کردن و برای بررسی روایی از روش‌های همگرا و در نهایت، از روایی سازه، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

ترجمه و تطابق فرهنگی: روند ترجمه و تطابق فرهنگی بر اساس الگوی وایلد و همکاران (۲۰۰۵) در ۹ مرحله انجام شد. مرحله اول (آمادگی) شامل تعیین هدف و مشخص کردن پرسشنامه و کسب اجازه از طراح اصلی است. برای این مرحله ابتدا با سایت و ایمیل

طراح پرسشنامه SASB مکاتبه شد و منابع اصلی و کتابچه پرسشنامه بنجامین (۱۹۷۹) از طریق ایمیل برای نویسنده پژوهش حاضر ارسال شد. مرحله دوم ترجمه پرسشنامه از زبان اصلی به زبان مقصد است که حداقل از دو مترجم مسلط به زبان اصلی پرسشنامه استفاده شود که در آن تحقیق پنج مترجم مسلط به زبان انگلیسی به طور جداگانه پرسشنامه را ترجمه کردند. گام سوم شامل ترکیب ترجمه‌ها به یک ترجمه واحد است؛ در پژوهش حاضر این کار توسط مترجم دیگری که به هر دو زبان تسلط دارد، انجام گرفت. در مرحله چهارم از روش ترجمه معکوس (back-translation) استفاده شد. این مرحله شامل برگرداندن نسخه نهایی ترجمه شده از زبان هدف به زبان اصلی است؛ مترجم این مرحله در مراحل قبلی شرکت نداشته است. نکته اصلی این مرحله که باید به آن توجه شود مستقل بودن مترجمان است به این معنی که مترجمان کار اصلی با هم و به نسخه ترجمه دیگران دسترسی و آشنایی نداشته باشند. در گام پنجم نسخه اصلی پرسشنامه با نسخه ترجمه معکوس، مطابقت داده شد. گام ششم شامل کسب اطلاعات شناختی است که برای این منظور پرسشنامه در اختیار گروه کوچک حداقل ۱۰ نفری با هدف قابلیت درک، تفسیر و برداشت افراد و بررسی کلمات جایگزین قرار گرفت. در گام هفتم به اصلاحات املائی و نگارشی احتمالی و جمع‌بندی پرداخته شد. گام هشتم تعیین روایی و اعتبار پرسشنامه است که از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی با سایر آزمون‌های روا، ضریب آلفای کرونباخ، تحلیل عاملی تأییدی و همسانی درونی استفاده شد. گام نهم و آخر در الگوی وایلد و همکاران (۲۰۰۵) گزارش نهایی در قالب مقاله است. در راستای بررسی روایی محتوایی و معرف بودن ماده‌های پرسشنامه، مراحل بالا زیر نظر متخصصین روان‌شناسی بالینی قرار گرفته و روایی محتوایی پرسشنامه توسط آنها تأیید شد.

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، نمره حداقل، نمره حداکثر، کجی و کشیدگی نشان داده شده است. همانطور که نشان داده می‌شود داده‌های به دست آمده توزیع نرمال دارد. (جدول ۱)

جدول ۱. شاخصهای آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، نمره حداقل، نمره حداکثر، کجی و کشیدگی)

متغیر	M	SD	نمره حداقل	نمره حداکثر	کجی	کشیدگی
۱. خودرهایی	۴/۰۸	۱/۲۹	۰/۰۰	۸/۸۰	۰/۹۶۸	۰/۲۱۰
۲. خودتأییدی	۶/۵۱	۲/۱۶	۰/۲۵	۱۰/۰۰	-۰/۶۲۰	-۰/۳۳۷
۳. خوددوستی	۶/۹۴	۲/۰۷	۰/۸۰	۱۰/۰۰	-۰/۵۵۰	-۰/۴۱۷
۴. محافظت از خود	۶/۷۸	۲/۰۶	۰/۵۰	۱۰/۰۰	-۰/۵۰۸	-۰/۳۸۲
۵. خودکنترلی	۵/۴۳	۱/۷۳	۰/۰۰	۱۰/۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۷۹
۶. خودسرزنشگری	۲/۱۲	۱/۹۷	۰/۰۰	۸/۷۵	۰/۲۴۷	۰/۹۷۱
۷. حمله به خود	۱/۸۷	۱/۸۷	۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۶۹۰	۱/۱۵۱
۸. خودغفلتی	۲/۴۸	۱/۸۵	۰/۰۰	۹/۵۰	۰/۴۰۲	۰/۷۱۶

در ادامه پژوهش، ابتدا اعتبار و قابل اطمینان بودن ابزار مورد سنجش قرار گرفت. برای این منظور دو روش ضریب همسانی درونی و دونیمه کردن مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲. ضرایب اعتبار پرسشنامه خودپنداره تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی

تعداد آیتم‌ها	آماره	روش تعیین ضریب اعتبار
۵ (۳۲۸-۳۲۷-۳۱۷-۳۱۸-۳۲۰)	۰/۶۳	۱. خودرهایی
۴ (۳۱۶-۳۱۵-۳۱۴-۳۱۳)	۰/۸۵	۲. خودتأییدی
۵ (۳۴۲-۳۴۱-۳۱۰-۳۱۱-۳۱۲)	۰/۸۴	۳. خوددوستی
۴ (۳۴۶-۳۴۵-۳۴۴-۳۴۳)	۰/۸۲	۴. محافظت از خود
۵ (۳۳۷-۳۳۸-۳۴۰-۳۴۸-۳۴۷)	۰/۶۲	۵. خودکنترلی
۴ (۳۳۶-۳۳۵-۳۳۴-۳۳۳)	۰/۸۰	۶. خودسرزنشگری
۵ (۳۲۲-۳۲۱-۳۳۲-۳۳۱-۳۳۰)	۰/۸۳	۷. حمله به خود
۴ (۳۲۶-۳۲۵-۳۲۴-۳۲۳)	۰/۶۷	۸. خودسرغفلتی
۳۶	۰/۸۰	نمره کل
۳۶	۰/۷۱	ضریب اسپیرمن-برون
۳۶	۰/۷۱	ضریب دونیمه گاتمن

سپس به بررسی همسانی درونی ابعاد خودپنداره در تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی پرداخته شد. برای این منظور همبستگی بین نمره‌های ابعاد با یکدیگر استفاده شد؛ همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آلفای کرونباخ در بررسی اعتبار ابراز برای بُعد خودرهای ۰/۶۳، خودتأیید ۰/۸۵، خوددوستی فعال ۰/۸۴، محافظت از خود ۰/۸۲، خودکنترلی ۰/۶۲، خودسرزنشگری ۰/۸۰، حمله به خود ۰/۸۳ و خودسرغفلی ۰/۶۷ و در نهایت برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد. نتایج حاکی از آن بود بین ابعاد مختلف با یکدیگر همبستگی معناداری وجود دارد به این ترتیب بر اساس دیدگاه متچل و جولی (۲۰۱۲) بیانگر همسانی درونی این مقیاس بود.

همچنین برای محاسبه ضریب اعتبار با روش دو نیمه کردن، سوال‌های یک آزمون را بعد از اجرای آن به دو نیمه تقسیم کرده و سپس بین دو گروه نمره سوال‌های نیمه اول و نمره سوال‌های نیمه دوم ضرایب همبستگی اسپیرمن-پرون و گاتمن برای ارزیابی اعتبار کل آزمون مورد استفاده قرار گرفت. در اینجا، ضرایب اسپیرمن-پرون و گاتمن به ترتیب ۰/۷۱۲ و ۰/۷۱۱ به دست آمد.

در مرحله بعدی جهت ارزیابی روایی همگرا از همبستگی ابعاد این پرسشنامه با ابزارهای افسردگی، افکار خودکشی و اضطراب بک استفاده شد. نتایج تأییدکننده روایی همگرای پرسشنامه بود. نتایج در جدول ۳ نشان داده شد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی خودپنداره و ابعاد آن با افسردگی، افکار خودکشی و اضطراب

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. خودرهای	-									
۲. خود-تأییدی	۰/۳۵**	-								
۳. خوددوستی	۰/۲۹**	۰/۸۱**	-							
۴. محافظت از خود	۰/۲۵**	۰/۷۹**	۰/۷۶**	-						
۵. خودکنترلی	۰/۲۶**	۰/۵۰**	۰/۴۴**	۰/۵۸**	-					
۶. خودسرزنشگری	۰/۱۶**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۰/۴۲**	۰/۰۳	-				
۷. حمله به خود	۰/۱۴*	۰/۴۳**	۰/۴۸**	۰/۳۸**	۰/۰۹#	۰/۷۷**	-			
۸. خودسرغفلی	۰/۲۹**	۰/۳۵**	۰/۳۹**	۰/۴۰**	۰/۰۹#	۰/۷۴**	۰/۶۵**	-		
۹. افسردگی	۰/۰۳	۰/۳۷**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۰/۰۷	۰/۵۱**	۰/۴۸**	۰/۴۴**	-	
۱۰. افکار خودکشی	۰/۰۶	۰/۲۰**	۰/۲۹**	۰/۲۲**	۰/۱۰#	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۲۴**	۰/۶۹**	-
۱۱. اضطراب	۰/۲۱**	۰/۲۷**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۰۵	۰/۵۲**	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۴۸**	۰/۲۸**

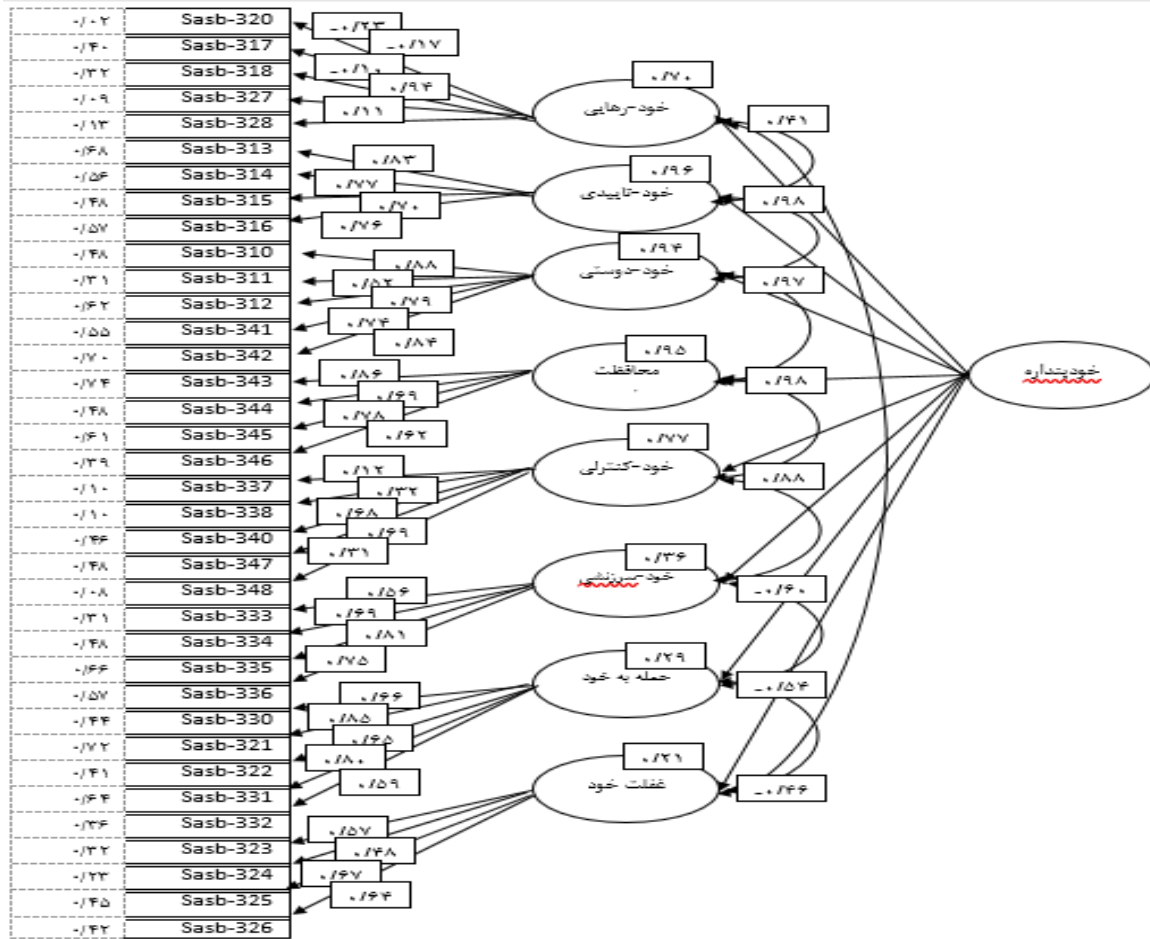
** $P < 0.01$; * $p < 0.05$; # $p \leq 0.051$

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج حاکی از این بود که در اکثر موارد همبستگی معناداری بین ابعاد مختلف خودپنداره با یکدیگر و با پرسشنامه‌های افسردگی، افکار خودکشی و اضطراب وجود داشت که این نتایج همسانی درونی و روایی همگرای پرسشنامه مذکور را نشان می‌دهد.

در نهایت به بررسی روایی سازه این پرسشنامه پرداخته شد. در ابتدا امر تحلیل عاملی اکتشافی صورت گرفت؛ برای این منظور از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بهره گرفته شد و ۸ بُعد پرسشنامه بارزش ویژه بیشتر از ۱ (که به ترتیب ۶/۲۴، ۵/۳۴، ۱/۹۱، ۱/۵۸، ۱/۳۸، ۱/۲۸، ۱/۲۸ و بار بُعد هشتم ۱/۱۲) و با روش چرخش متمایل به دست آمد. همچنین، نمودار اسکری بررسی شده نشان داد که نقطه انحراف منحنی از بُعد هشتم (با ارزش ویژه ۱/۱۲) به بُعد نهم (با ارزش ویژه ۰/۹۸) است که به این معناست حالت ۸ بُعد برای این پرسشنامه، بهترین حالت است. از سوی دیگر، اندازه کایزر میر اولکین، ۰/۹۴۰ و آزمون کرویت بارتلت نیز معنادار بود ($\chi^2 = 6529/868$, $df = 630$) و $P < 0.001$ در مجموع ۸ عامل مذکور ۵۶/۷۰ درصد واریانس را تبیین می‌کند.

در مرحله بعد برای بررسی روایی سازه از طریق تحلیل عاملی تأییدی با ترسیم هشت بُعد این مقیاس از نرم‌افزار AMOS-۲۵ استفاده شد. برای رسیدن به این مدل لازم بود خطاهای خرده مقیاس‌ها بر اساس آنچه در نظریه گفته شد به یکدیگر متصل شوند؛ یعنی به عنوان مثال خطای خرده مقیاس خودتأییدی که بر اساس نظریه حداصل خوددوستی فعال و خودرهای در نظر گرفته شده است به خطای خوددوستی و خودرهای متصل شد و به همین ترتیب خطای محافظت از خود به خطاهای خودکنترلی و خوددوستی، خطای خودسرزنشگری به خطاهای خودکنترلی و حمله به خود و در نهایت خطای خودسرغفلی به خطاهای خودرهای و حمله به خود متصل گردید؛ برای رسیدن به این مدل لازم بود برای مشاوران آماری مدل تئوری بنجامین توضیح داده شود و با توجه به آن در نهایت مدل تحلیل عاملی دو مرتبه‌ای تأییدی بر اساس نظریه بنجامین پیشنهاد و ترسیم شد.

محاسبه‌های آماری، شاخص‌های برازش نشان داد که مدل تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه خودپنداره با داده‌ها برازش دارد (شوماخر و لومکس، ۲۰۰۴). روایی پرسشنامه با ۸ بعد تأیید شد (شاخص‌های اصلاح مدل عبارتند از: $NFI=0/80$ ، $GFI=0/81$ ، $CMIN/Df=2/3$ ، $RMSEA=0/06$ ، $TLI=0/86$ ، $CFI=0/88$ ، $IFI=0/88$). نتایج تحلیل عاملی تأییدی در شکل ۱ آمده است. همانطور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، مقیاس‌های خودپنداره در تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی مدل بنجامین کاملاً مستقل نبوده و برای ترسیم آن در ایموس از متخصصان آمار مشاوره گرفته شد که با توجه به مدل نظری و توضیحات متخصصان آمار مدل زیر ترسیم گردید.



شکل ۱. تحلیل عامل تأییدی خودپنداره تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی

● بحث

مفهوم خودپنداره در طول زمان در نظریه‌های روان‌شناسی و در تحقیقات تجربی مورد توجه زیادی قرار گرفته است. مطالعه حاضر از میان تعاریف و دیدگاه‌های مختلف درباره مفهوم خودپنداره‌ای به تعریف عملیاتی شده‌ای که توسط بنجامین (۱۹۷۴) در مدل SASB (تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی) طراحی شده است، می‌پردازد. این خودپنداره در قالب اصطلاحات رفتاری مفهوم‌سازی می‌شود و به‌عنوان یک ادراک شناختی از رفتار فرد با خودش توصیف می‌شود (مثلاً "من خودم را دوست دارم، خودم را ستایش می‌کنم و به خودم عشق می‌ورزم"، "من آدم بی‌قیدی هستم، هر چه پیش آید خوش آید. از جایگاه امروز و آینده پیشرو راضی هستم"، "فقط به خاطر همین که هستم، خودم را شکنجه می‌کنم، می‌کشم و نابود می‌سازم" و یا "اهدافم را بسیار سنجیده و با دقت انتخاب کرده‌ام و بر اساس این اهداف خودم را کنترل و مدیریت می‌کنم". در عین حال در بسیاری از پژوهش‌ها بیان شده است که خودپنداره عاملی است که در عمل به‌عنوان وسیله‌ای برای مقابله با اثرات اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب مفید است (استانگور و والینگا، ۲۰۱۴). هدف این پژوهش تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه خودپنداره در مدل تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی بنجامین (۱۹۷۴) در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود. یافته‌های این پژوهش از طریق بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ارزیابی اعتبار از طریق محاسبه

ضریب همسانی درونی و روایی از طریق ضرایب همبستگی با آزمون‌های همگرا و در نهایت تحلیل ساختار عاملی مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که این ابزار اعتبار و روایی مطلوبی دارد؛ به این معنا که این ابزار برای سنجش خودپنداره دانشجویان ایرانی می‌تواند مفید باشد.

بعد از انجام ترجمه پرسشنامه از طریق مراحل الگوی وایلد و همکاران (۲۰۰۵) و تأیید ضرایب اعتبار (آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی اسپیرمن-برون و گاتمن دو نیمه سوالات) پرسشنامه خودپنداره مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی آن بود که ضرایب اعتبار هر ۸ بُعد این پرسشنامه قابل قبول و مورد تأیید است. این یافته بدان معنا است که ماده‌های هر یک از ابعاد خودپنداره همبستگی قابل قبولی با یکدیگر دارند و این نتایج به نوبه خود بیانگر معتربودن این ابزار برای سنجش خودپنداره است. این نتایج، با آنچه در پژوهش‌های شایان‌فر که در مورد نمونه ۲۰ نفری با اختلال افسرده در کشور کانادا (۲۰۲۲)، و سپا و همکاران در مورد ۱۴۴ بیمار سرطانی در کشور ایتالیا (۲۰۱۰)، مانتیلا و همکاران برای نمونه ۱۵۰ نفری از بیماران با اختلال خوردن کشور سوئد (۲۰۱۸)، بیورک و همکاران، در یک نمونه ۴۲ بیمار با اختلال پرخوری عصبی در کشور سوئد (۲۰۱۳) و مونسن و همکاران در مورد نمونه ۳۲۰ دانشجوی آمریکایی و آلمانی (۲۰۰۷) برای تأیید اعتبار این پرسشنامه گزارش شده است، همسو است.

همچنین در مرحله بعدی به تأیید روایی پرسشنامه با روش همسانی درونی نیز پرداخته شد. یافته‌های آن نشان‌دهنده مطلوب بودن این نوع روایی است. همبستگی معنادار بین ابعاد مختلف این پرسشنامه و همبستگی بالاتر بین ابعادی که از دید نظری توجیه شده تأییدکننده همسانی درونی این ابزار است. همچنین همبستگی متوسط معنادار بین ابعاد مختلف این پرسشنامه با افسردگی (کمترین همبستگی با خودرهای و بیشترین همبستگی با خودسرزنشگری)، افکار خودکشی (کمترین همبستگی با خودرهای و بیشترین همبستگی با خودسرزنشگری) و اضطراب (کمترین همبستگی با خودکنترلی و بیشترین همبستگی با خودسرزنشگری)، روایی همگرای این پرسشنامه را تأیید کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت مقیاس‌های خودپنداره، مجموعه‌ای از باورهای مثبت و منفی در مورد خود است و جهت‌گیری شناختی و عکس‌العمل رفتاری مثبت و منفی فرد را در مورد موضوعات مختلف تعیین می‌کند (کاستارلی، ۲۰۱۶)؛ که این امر با سلامت روانی و اختلال‌هایی همچون افسردگی و اضطراب رابطه معناداری دارد (مومنی و همکاران، ۱۳۹۹). به بیان دقیق‌تر، این مدل توضیح می‌دهد چگونه خودسرزنشگری، خودسرغفلی و خودتخریبی می‌تواند به‌عنوان یک "هدیه عشق" به بازنمایی‌های درونی مراقبان مهم عمل کرده و به افسردگی اساسی و خودکشی منجر شود (کریچفیلد و همکاران، ۲۰۲۱). یافته‌های این پژوهش نیز در راستای پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که نیمرخ مقیاس در افراد افسرده، نشان می‌دهد آنها در خوشه‌هایی که عشق مثبتی را گزارش می‌دهند (مانند خودتأییدی و خود-دوستداری فعال و محافظت از خود) نمره پایین‌تر و در مقابل نمره آنها در خوشه‌هایی که نفرت (نقطه مقابل عشق مانند خود-خودسرزنشگری، حمله به خود و خودسرغفلی) بالا است (بنجامین و همکاران، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، خودتأیید، خوددوستی فعال، محافظت از خود مانند سپری در مقابل خودکشی عمل می‌کند (هال و همکاران، ۲۰۱۳)؛ سیرویس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کانوکا و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین همبستگی بالا و مثبت بین خوشه‌های خودسرزنشگری و حمله به خود با افکار خودکشی می‌توان گفت وقتی افراد در موقعیت‌های شکست، گرفتار نشخوار فکری‌هایی از نوع حملات خصمانه به خود می‌شود، انگیزه شخص برای فرار از این شرایط و جستجوی راه‌حلی برای پایان دادن به درد روان‌شناختی تجربه شده او را به سمت خودکشی سوق می‌دهد (تاها، ۲۰۲۳). همچنین این مدل توضیح می‌دهد که ویژگی‌هایی مثل خودتأیید، خوددوستی فعال و محافظت از خود که از تجارب کودکی در فرد درونی شده باعث می‌شود؛ شخص خود را «همانطور که هست» و عمیق‌ترین احساسات خود را بپذیرد. احساس عزت‌نفس، استواری، یکپارچگی و انسجام کند که مانع بروز اختلال‌هایی مانند اختلال‌های اضطرابی می‌شود (وسپا و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنجامین، ۲۰۱۸).

در نهایت روایی سازه این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت برای این منظور، از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی برای بررسی روایی سازه پرداخته شد که نتایج، روایی این پرسشنامه را با ۸ بُعد آن تأیید کرد. این نتایج، با آنچه در پژوهش‌های شایان‌فر (۲۰۲۲)، و سپا و همکاران (۲۰۲۲)، بنجامین (۲۰۱۸)، بیورک، اسکاربرگ و انگستروم (۲۰۱۳) و مونسن و همکاران (۲۰۰۷) گزارش شده است، همسو است. بر اساس این نتایج می‌توان گفت ۸ بُعد مذکور به عنوان ابعاد خودپنداره در مدل تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی برای نمونه‌های دانشجویی در ایران قابل استفاده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت هر ۸ بُعد خودپنداره با وجود ارتباط نظری بین

آنها، مستقل بوده که هر بُعد تنها یک بخش از خودپنداره ۸ بُعدی را می‌سنجد. به بیان دقیق‌تر، در این مدل دو بُعد مذکور به شکلی در ارتباط با یکدیگر قرار می‌گیرند که از ترکیب آنها ۸ بُعد پیوستاری حاصل می‌شود. به‌عنوان مثال اگر فردی تجربه عشق را در کودکی درونی کرده باشد، اکنون بر اساس اینکه چه میزان وابستگی-تمایز یافتگی در وی درونی شده باشد از تمایل به پذیرفتن احساسات و نقاط ضعف و قوت (خودتأییدی) تا محافظت و بررسی واقع‌بینانه چارچوب توانایی شخصی (محافظت از خود) را در درون خود تجربه می‌کند. از سوی دیگر، اگر فردی تجربه درونی‌شده‌ای از عشق ندارد و آن سوی پیوستار عشق یعنی نفرت را درونی کرده است، اکنون بر اساس اینکه کجای طیف وابستگی-تمایز یافتگی را درونی کرده است، تجارب درونی‌اش از خودسرزنشگری تا خودسرغفلتی است. با بررسی این ساختار می‌توان نتیجه گرفت که یک سیستم ارزیابی معتبر و قابل اعتماد تأسیس شده است، خود یک مدل تئوری خشتی است که برای هر رویکردی که به الگوهای تعامل می‌پردازد، مفید است. بررسی کاربردها در ابتدای این پژوهش نشان می‌دهد که SASB یک نظام ارزیابی معتبر و قابل اعتماد بوده و با توجه به این که روی ویژگی‌های درونی شخص (خودرهای، خودتأییدی، خود-دوستداری فعال، محافظت از خود، خودکنترلی، خودسرزنشگری، حمله به خود و خودسرغفلتی) تمرکز دارد، از نظر تئوری خشتی بوده و برای رویکردهای مختلف مفید است (بنجامین و همکاران، ۲۰۰۶). خوشه‌های این مدل با طیف گسترده‌ای از زمینه‌های نظری از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان‌کننده‌محور، روان‌پوشی، بین‌فردی، فردی، گروهی و خانوادگی مرتبط بوده است (تاها، ۲۰۲۳).

• نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان گفت ضرایب اعتبار و روایی شاخص‌هایی برای اطمینان استفاده از ابزارهای روان‌سنجی هستند که کنار هم می‌توانند مهر تأییدی برای به کارگیری ابزار مورد نظر باشند. این ضرایب برای پرسشنامه خودپنداره استفاده شده و احراز هر دوی این ضرایب موجب اطمینان بیشتر به این پرسشنامه می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش، نحوه پاسخ‌دهی خودسنجی این ابزار است؛ در نتیجه احتمال خطای پاسخ‌های جامعه‌پسند را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، از آنجا که شرکت‌کنندگان پژوهش تنها نمونه‌ای از قشر دانشجوی دانشگاه فردوسی مشهد بودند؛ قابل تعمیم به این جامعه است و برای تعمیم نتایج به دیگر گروه‌های باید احتیاط شود.

• تعارض منافع

نویسندگان متعهد می‌شوند که هیچ‌گونه تعارض منفعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز است. نویسندگان این مقاله از همه همیاران و شرکت‌کنندگان کمال تشکر و سپاس را دارند.

• منابع

- انیسی، جعفر. فتحی آشتیانی، علی. سلیمی، سید حسین. و احمدی، خدابخش. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان، *مجله طب نظامی*، ۱۷(۱)، ۳۳. magiran.com/p56870###
- رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک-۲ در دانشجویان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۱۲(۱)، ۱۷۳-۱۸۸. <https://dori.net/dor/20.1001.1.23452188.1393.12.1.14.7###>
- سالاری، سعید. رنجبر، علیرضا. و فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۶). اعتباریابی و اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنترل اضطراب. *روانشناسی بالینی*، ۹(۴)، ۴۳-۳۳. <https://doi.org/10.22075/jcp.2018.11010.1073###>
- کاوایانی، حسین. و موسوی، اشرف‌سادات. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲)، ۱۳۶-۱۴۰. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html###>
- مومنی، فاطمه. شایگان منش، زهرا. و آقاجانی، طهمورث. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودپنداره و افسردگی افراد مبتلا به اختلال پرخوری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۶)، ۳۰۸۶-۳۰۹۴. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.17868###>

نیکدل، فریبرز، دهقان، مریم. و نوشادی، ناصر. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای استدلال اخلاقی در رابطه خودپنداره و فراشناخت اخلاقی با رفتار اخلاقی

دانش‌آموزان دبیرستان، فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۱۳(۴۶)، ۱۴۳-۱۲۳. <https://doi.org/10.22054/jep.2018.8479>##

- Andrews, B., Brown, G. W., & Creasey, L. (1990). Intergenerational links between psychiatric disorder in mothers and daughters: The role of parenting experiences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1115-1129. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00850.x>##
- Basereh, M., & Mami, S. (2023). The mediating role of self-criticism in the relationship between narcissism and suicidal thoughts in adolescents. *Journal of Psychology*, 105(1), 87. <http://www.iranapsy.ir/fa/Article/41030>##
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). Beck anxiety inventory (BAI). *Überblick über Reliabilitäts-und Validitätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst-und Fremdbeurteilungsverfahren*, 7. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t02025-000>##
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>##
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, 44(4), 499-505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4%3C499::AID-JCLP2270440404%3E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4%3C499::AID-JCLP2270440404%3E3.0.CO;2-6)##
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Weekly therapist ratings of the therapeutic relationship and patient introject during the course of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 49(2), 231. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028254>##
- Benjamin, L. S. (1979). Use of structural analysis of social behavior (SASB) and Markov chains to study dyadic interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 303. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.88.3.303>##
- Benjamin, L. S. (1996). Introduction to the special section on structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1203. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.64.6.1203>##
- Benjamin, L. S. (2000). Use of structural analysis of social behavior for interpersonal diagnosis and treatment in group therapy. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10378-014>##
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2006). *Interpersonal reconstructive therapy: An integrative, personality-based treatment for complex cases*. Guilford Press. ##
- Benjamin, L. S. (2018). Structural analysis of social behavior: The Rosetta Stone for Interpersonal Reconstructive Therapy case formulation and treatment models. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000090-003>##
- Benjamin, L. S., Critchfield, K. L., Karpiak, C. P., Smith, T. L., & Mestel, R. (2018). Using Interpersonal Reconstructive Therapy to Select Effective Interventions for Comorbid, Treatment-Resistant, Personality-Disordered Individuals. *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 394. ##
- Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C., & Critchfield, K. L. (2006). The use of structural analysis of social behavior (SASB) as an assessment tool. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 83-109. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095337>##
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hällström, T., & Noring, C. (2003). Interpersonal profiles in eating disorders: Ratings of SASB self-image. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 337-349. <https://doi.org/10.1348/147608303770584719>##
- Björk, T., Skärberg, K., & Engström, I. (2013). Eating disorders and anabolic androgenic steroids in males-similarities and differences in self-image and psychiatric symptoms. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1747-597x-8-30>##
- Books, B., & Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. *Separation: Anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books. ##
- Brown, G. L., Mangelsdorf, S. C., Neff, C., Schoppe-Sullivan, S. J., & Frosch, C. A. (2009). Young children's self-concepts: Associations with child temperament, mothers' and fathers' parenting, and triadic family interaction. *Merrill-Palmer Quarterly (Wayne State University. Press)*, 55(2), 184. <https://doi.org/10.1353%2Fmpq.0.0019>##
- Brown, P. C., & Smith, T. W. (1992). Social influence, marriage, and the heart: cardiovascular consequences of interpersonal control in husbands and wives. *Health Psychology*, 11(2), 88. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.11.2.88>##
- Cohen, J. R., Spiegler, K. M., Young, J. F., Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2014). Self-structures, negative events, and adolescent depression: Clarifying the role of self-complexity in a prospective, multiwave study. *The Journal of early adolescence*, 34(6), 736-759. <https://doi.org/10.1177/0272431613503217>##
- Constantino, M. J. (2000). Interpersonal process in psychotherapy through the lens of the Structural Analysis of Social Behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 153-172. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80002-2](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80002-2)##
- CostarelliVD, C. X. (2016). Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport relationship between social anxiety, perfectionism and depression perception of body image and eating disorders among young people. *Journal of Social Psychology*, 9(2), 35-42. [http://dx.doi.org/10.1016/S1728-869X\(09\)60013-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1728-869X(09)60013-7)##
- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2008). Internalized representations of early interpersonal experience and adult relationships: A test of copy process theory in clinical and non-clinical settings. *Psychiatry*, 71(1), 71-92. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.71>##

- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2010). Assessment of repeated relational patterns for individual cases using the SASB-based Intrex questionnaire. *Journal of personality assessment*, 92(6), 480-489. <https://doi.org/10.1080%2F00223891.2010.513286##>
- Critchfield, K. L., Dobner-Pereira, J., & Stucker, E. (2021). The case of Sharon considered from the vantage point of Interpersonal Reconstructive Therapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 17(1), 42-62. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v17i1.2087##>
- Critchfield, K. L., Henry, W. P., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2007). Interpersonal process and outcome in variants of cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 63(1), 31-51. <https://doi.org/10.1002/jclp.20329##>
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological bulletin*, 116(3), 387. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.116.3.387##>
- Eastwick, P. W., Saigal, S. D., & Finkel, E. J. (2010). Smooth operating: A structural analysis of social behavior (SASB) perspective on initial romantic encounters. *Social Psychological and Personality Science*, 1(4), 344-352. <https://doi.org/10.1177/1948550610373402##>
- Ejei, J., Sayadshirazy, M., Lavasani, M. G., & Kasaei Esfahani, A. (2018). Compare the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on reducing anxiety of mothers of autistic children. *Journal of Psychology*, 85(1), 3. <http://www.iranapsy.ir/fa/Article/21263##>
- Feather, N. (2018). Historical background to research on job loss, unemployment, and job search. *Oxford handbook of job loss and job search*, 9-29. ##
- Florsheint, P., Tolan, P., & Gorman-Smith, D. (1998). Family relationships, parenting practices, the availability of male family members, and the behavior of inner-city boys in single-mother and two-parent families. *Child development*, 69(5), 1437-1447. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06222.x##>
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2019). The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. *Frontiers in psychiatry*, 643. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00643##>
- Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L., & Godley, K. R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of psychology*, 147(4), 311-323. <https://doi.org/10.1080/00223980.2012.693138##>
- Hamza, C.A., Stewart, S.L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*, 32 6, 482-95 . <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003##>
- Henry, W. P. (1996). Structural analysis of social behavior as a common metric for programmatic psychopathology and psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1263. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.64.6.1263##>
- Humes, D. L., & Humphrey, L. L. (1994). A multimethod analysis of families with a polydrug-dependent or normal adolescent daughter. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 676. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.103.4.676##>
- Inguglia, C., Ingoglia, S., & Coco, A. L. (2013). The Relation between Emotional Support, Self-Concept, and Social Functioning among School-Aged Children. *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 60(267). ##
- Kaniuka, A. R., Kelliher-Rabon, J., Chang, E. C., Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2020). Symptoms of anxiety and depression and suicidal behavior in college students: Conditional indirect effects of non-suicidal self-injury and self-compassion. *Journal of College Student Psychotherapy*, 34(4), 316-338. <https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1601048##>
- King, A. R., & Russell, T. D. (2017). Psychometric properties of the violent experiences questionnaire. *Child abuse & neglect*, 67, 64-75. <https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1601048##>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. ##
- Knobloch-Fedders, L. M., & Wilson, S. J. (2020). Interpersonal behavior in couple therapy: Concurrent and prospective associations with depressive symptoms and relationship distress. *Psychotherapy Research*, 30(2), 183-194. <https://doi.org/10.1080%2F10503307.2018.1504175##>
- Mardani, M., Bassak Nejad, S., & Mansouri Koryani, R. (2022). Mediating role of differentiation of self in the causal relationship between depression and marital satisfaction in married women. *Journal of Psychology*, 104(4), 358. <http://www.iranapsy.ir/fa/Article/22275##>
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Banfield, S. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression Research and Treatment*, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/548034##>
- Mitchell, M. L., Jolley, J. M., & O'Shea, R. P. (2012). *Writing for psychology*. Cengage Learning. ##
- Monsen, J. T., von der Lippe, A. L., Havik, O. E., Halvorsen, M. S., & Eilertsen, D. E. (2007). Validation of the SASB Introject Surface in a Norwegian clinical and nonclinical sample. *Journal of personality assessment*, 88(2), 235-245. <https://doi.org/10.1080/00223890701268108##>
- Öberg, U. (1996). *Functional assessment system of lower-extremity dysfunction* (Doctoral dissertation, Linköpings universitet). ##
- Östgård-Ybrandt, H., & Armelius, B. Å. (2003). *Self-concept in Adolescence: A study of age and gender differences in groups of normal and antisocial adolescents*. Univ.. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.001##>

- Pincus, A. L., Gurtman, M. B., & Ruiz, M. A. (1998). Structural analysis of social behavior (SASB): Circumplex analyses and structural relations with the interpersonal circle and the five-factor model of personality. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1629. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1629>##
- Rogers, N. (1947). Changes in self concept in the case of Mrs. Ett. *Personal Counselor*, 2, 278-291. ##
- Rubin, K. H., Bukowski, W., Parker, J. G., Damon, W., & Eisenberg, N. (2006). Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development. ##
- Shayanfar, S. (2022). *An Examination of Changes in Therapist Expressed Empathy and Therapist-Client Interpersonal Patterns during and After Alliance Rupture, and Their Contributions to Outcome in the Treatment of Depression* (Doctoral dissertation, University of Toronto (Canada)). ##
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology*, 34(6), 661. <https://doi.org/10.1037/hea0000158>##
- Sullivan, H. S. (1964). The illusion of personal identity: The fusion of psychiatry and social science. <https://doi.org/10.1080/00332747.1950.11022783>##
- Svartberg, M., Seltzer, M., & Stiles, T. (1996). Self-concept improvement during and after short-term anxiety-provoking psychotherapy: A preliminary growth curve study. *Psychotherapy Research*, 6(1), 43-55. <https://doi.org/10.1080/10503309612331331568>##
- Thapa, P. (2023). Investigating the specific links between adverse childhood experiences and vulnerability to suicide: A mixed methods study. <https://commons.lib.jmu.edu/diss202029/102/##>
- Thompson, K., Schwartzman, D., D'Iuso, D., Dobson, K., & Drapeau, M. (2018). Client and therapist interpersonal behaviour in cognitive therapy for depression. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 52(3). <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/issue/view/4554##>
- Vespa, A., Giulietti, M. V., Fabbietti, P., Di Rosa, M., Gattafoni, P., Sarzani, R., ... & Spatuzzi, R. (2022). Structural Analysis of Social Behavior: Using Cluster Analysis to Examine Intrapsychic Personality Traits Associated With Depression in Women With Breast Cancer. *Cancer Control*, 29. <https://doi.org/10.1177/10732748221103327##>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x##>
- Woźniak, M. (2018). "I" and "Me": the self in the context of consciousness. *Frontiers in Psychology*, 9, 1656. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01656##>

بررسی فرسودگی شغلی در پزشکان بیمارستان امام حسین (ع) در دوران پاندمی کووید ۱۹ Evaluation of Burnout Syndrome Among Physicians in Imam Hossein Hospital in Covid-19 Pandemic

Rozita Davari Ashtiani MD

Shaghayegh Kamian, MD[✉]

Mojgan Khademi MD

رزیتا داوری آشتیانی^۱

شقایق کامیان^۲

مزگان خادمی^۱

Abstract

Burnout is a psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. This study evaluated this syndrome in specialist and residents working in Imam Hossein center in Covid wards and other wards.

Maslach Burnout Inventory survey including 22 items in three general scales including emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment was used. Data were analyzed in SPSS with Shapiro-Wilk test, Independent T- Test, and Mann-Whitney U test.

In this study, 78 physicians participated. Irrespective of working in Covid ward, emotional exhaustion was 23.1%, depersonalization was 28.2%, and reduced personal accomplishment was 66.7%. Emotional exhaustion and depersonalization in level 1-2 residents were significantly more than higher levels, but, personal accomplishment was the same in all levels. The only parameter that was significantly different between Covid wards and other wards was reduced personal accomplishment (P value=0.041) and this was again significant different in participants who did not have children (P. Value= 0.021). There was not any difference in other variables.

It was revealed that age under 40 years, female gender, nulliparity, and being resident were related with more burnout syndrome. In participants who were younger than 40-year-old burnout syndrome was more common in all three scales.

Keywords: Burnout syndrome, Covid Pandemic, Medical Staff, Doctor

چکیده

فرسودگی شغلی یک حالت هیجانی است که با خستگی عاطفی و هیجانی، مسخ شخصیت و حس پایین موفقیت شخصی همراه است. این مطالعه به شناخت این سندرم در متخصصان و دستیاران بیمارستان امام حسین (ع) پرداخته است. از سیاهه فرسودگی شغلی مسلش که ترجمه فارسی آن اعتبارسنجی شده و شامل ۲۲ ماده است و به سنجش جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی شامل خستگی عاطفی، پدیده‌های شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی می‌پردازد، استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS وارد و با سه تست independent T- Test, Shapiro-Wilk و Mann-Whitney U test انجام شد. در این مطالعه تعداد ۷۸ پزشک شرکت کردند. بدون در نظر گرفتن ارتباط با کار در بخش کووید ۱۹، میزان شدید بودن خستگی عاطفی ۲۳/۱ درصد، شخصیت‌زدایی ۲۸/۲ درصد و فقدان موفقیت فردی ۶۶/۷ درصد بود. در بین دستیاران سال پایین (سال ۱-۲) میزان خستگی عاطفی شدید و شخصیت‌زدایی به‌طور معنادار بیشتر از سال بالا بود؛ اما فقدان موفقیت فردی در همه دستیاران یکسان بود. در افراد زیر ۴۰ سال که در بخش کووید کار می‌کردند، نسبت به بخش‌های غیرکووید تنها فقدان موفقیت فردی اختلاف معناداری داشت (P. = ۰/۰۴۱). Value) که در کسانی که فرزند نداشتند اختلاف این حیطه باز معنادار بود (P. Value = ۰/۰۲۱). اما در سایر متغیرها اختلاف معناداری مشاهده نشد. نتایج نشان داد که سن زیر ۴۰ سال، جنس زن، نداشتن فرزند و وضعیت دستکاری در قیاس با هیأت علمی با میزان بالاتری از فرسودگی شغلی همراه بودند. در سنین زیر ۴۰ سال فرسودگی شغلی در هر سه حوزه بیشتر بود.

واژه‌های کلیدی: فرسودگی شغلی، پاندمی کووید، کادر درمان، پزشک

دریافت مقاله: تصویب نهایی:

۱. گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. گروه رادیوتراپی انکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

فرسودگی (burnout) به مجموعه‌ای از علائم درگیرکننده افراد تحت فشار مداوم اطلاق می‌شود که مدت‌ها است از زبان محاوره‌ای وارد حیطه روان‌شناسی و علوم اجتماعی شده است. فرسودگی شغلی یک حالت هیجانی است که با خستگی عاطفی و هیجانی (emotional exhaustion)، مسخ شخصیت (depersonalization) و حس پایین موفقیت شخصی (low personal accomplishment) همراه است (مسلش و همکاران، ۱۹۹۶). از سال ۱۹۸۰ مطالعاتی در حوزه فرسودگی شغلی در کارکنان پزشکی انجام شده است (چن و مک‌مورای، ۲۰۰۱؛ مسلش و همکاران، ۱۹۹۶). این سندرم در میان شاغلین حوزه سلامت به‌ویژه در مراقبت‌کنندگان از بیماران به شدت بدحال در حوزه روان‌پزشکی، سالمندان و بخش مراقبت‌های ویژه یک مشکل جدی است. تعدادی از علائم فرسودگی شغلی عبارتند از: احساس درماندگی (frustration)، بدبینی (cynicism)، احساس خستگی و فرسودگی (exhaustion)، سرزنش کردن دائمی خود در محیط کار، از کار دست‌کشیدن و اشکال در شروع به کار کردن، تحریک‌پذیری و نداشتن صبر و تحمل در برخورد با همکاران و مراجعان، نداشتن انرژی برای بهره‌وری، اشکال در تمرکز و نبود رضایت از موفقیت‌ها (کاسیزکو همکاران، ۲۰۱۱).

فشار روان‌شناختی که به این افراد وارد می‌شود کیفیت زندگی آنها را نیز پایین آورده و حتی می‌تواند منجر به سوء مصرف مواد، بیماری‌های طبی، افسردگی و حتی مرگ شود (همین و همکاران، ۲۰۱۱).

پاندمی کووید ۱۹ ابتدا در سال ۲۰۱۹ از شهر ووهان چین شروع شد و سپس خیلی سریع به همه نقاط جهان گسترش پیدا کرد و در ایران نیز این بیماری بعد از مدت کوتاهی در تمام کشور مشاهده شد. پزشکانی که به‌طور مستقیم در تشخیص و درمان بیماری دخالت داشتند با استرس ناتوان‌کننده‌ای روبه‌رو بودند و گزارش‌هایی از خستگی فیزیکی و روانی در کارکنان شاغل در این بخش‌ها وجود دارد (لیپسیچ و همکاران، ۲۰۲۰؛ رألت و همکاران، ۲۰۲۰). تعداد زیاد بیماران، شدت بیماری، نداشتن پروتکل مشخص برای درمان، درد از دست رفتن بیماران و همکاران و اعضای خانواده، چالش‌های اخلاقی بر سر اولویت بستری بیماران به دلیل کمبود تخت و بیم از خطر عفونت برای خود و خانواده از عواملی بود که فشار و استرس زیادی را بر پزشکان شاغل در این بخش‌ها وارد می‌کرد. مطالعات زیادی در مورد فرسودگی شغلی در بین کارکنان و مراقبان سلامت قبل از دوران کووید ۱۹ انجام شده است. از جمله رودریگوس و همکاران (۲۰۱۸)، در مطالعه‌ای قبل از دوران کووید ۱۹، شیوع فرسودگی شغلی را در بین متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی گزارش کردند که در آن شیوع بالا (۴۲/۵ درصد) در رشته‌های جراحی عمومی، زنان، بیهوشی و ارتوپدی، شیوع متوسط (۲۹/۴ درصد) برای رشته‌های طب داخلی، جراحی پلاستیک و کودکان و شیوع پایین برای رشته‌های گوش و حلق و بینی و نورولوژی گزارش شد. در این مطالعه سن به‌عنوان یک عامل حمایتی ظاهر شد. سطح فرسودگی شغلی پزشکان با افزایش سن کاهش یافته بود که احتمالاً به دلیل رویکرد ایده‌آل‌گرا و همدلی‌گرایانه در پزشکان جوان‌تر است (کیتون و همکاران، ۲۰۰۷؛ نیسن و همکاران، ۲۰۰۳؛ شیورر و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسپیکارد و همکاران، ۲۰۰۲).

در دوران کووید تعداد بیشتری از کارکنان و مراقبان سلامت با موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی مواجه بودند و مواجهه بیشتری با عامل بیماری‌زا وجود داشت و شیفت‌های کاری بیش از حد بودند (لئو و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع فرسودگی شغلی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و در دستیاران و پرستاران بالاتر بود.

در یک مطالعه ایتالیایی، میزان فرسودگی شغلی در دستیاران، خانم‌ها و سنین پایین‌تر از ۳۰ سال و در افرادی که به‌طور مکرر وظایف شغلی و روتین‌های خانوادگی‌شان تغییر می‌کرد؛ بیشتر گزارش شد (هادکینسون و همکاران، ۲۰۲۲). یک مطالعه در کره جنوبی که روی ۲۰۰ نفر از کارکنان سلامت (شامل پزشکان و پرستاران) در دوران کووید ۱۹ انجام شده بود، نشان داد که جنس، تأهل، حجم کار درمان بیماران مشکوک به کووید، ترس از عفونت کووید، اضطراب و افسردگی پیش‌بینی‌کننده خستگی عاطفی بود. طبقه شغلی، ماه‌های متوالی کار در این بخش، رضایت از محیط کاری و اضطراب و افسردگی پیش‌بینی‌کننده مسخ شخصیت بودند و پیش‌بینی‌کننده موفقیت شخصی، حجم کاری، تعامل مستقیم با بیماران، وضعیت اجتماعی اقتصادی و استرس شغلی گزارش شد. فرسودگی شغلی در پرستاران بیش از پزشکان بود (جین و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه دیگری در ایران عوامل ارتقا‌تاب‌آوری کارکنان پرستاری در دوران کووید بررسی

شد. رویکرد روش‌شناسی، آمیخته و طرح پژوهش مورد استفاده اکتشافی متوالی (کیفی- کمی) بود. جامعه آماری شامل کلیه کادر درمان پرستاری شامل پرستاران و کمک‌پرستاران بیمارستان خانواده بود که تجربه کار مستمر در بخش درمانی کرونا را داشتند. در مطالعه مشاهده شد که در پرستاران درگیر مراقبت‌های بالینی کووید-۱۹، مهمترین عامل برای ارتقای تاب‌آوری نحوه عمل و توانمندی سرپرستار به‌عنوان مسئول مستقیم و رهبر تیم بود و روابط امن و محیطی آرام، قابل تحمل و دلگرم‌کننده که توسط رهبر تیم (سرپرستار) در موقعیت‌های تنش‌زا در بخش مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ایجاد می‌شد در افزایش تاب‌آوری پرستاران مفید بود (آروند و همکاران، ۱۴۰۰). البته بخشی از این فشارها برای پزشکان شاغل در بخش‌های غیرکووید نیز وجود داشته است، به همین دلیل در این مطالعه بر آن شدید فرسودگی شغلی را در پزشکان شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) در بخش‌های کووید و غیرکووید تعیین و نتایج را با هم مقایسه کنیم.

• روش

پروپوزال این مطالعه ابتدا در واحد توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان امام حسین (ع) مطرح و تصویب گردید و سپس در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.RETECH.REC.1399.1137 مورد تأیید و تصویب قرار گرفت. این تحقیق یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه آماری پزشکان شاغل در مرکز آموزشی، درمانی امام حسین (ع) در تهران بود که شامل کلیه متخصصان و دستیاران تمام رشته‌های تخصصی موجود در بیمارستان بود. هدف مطالعه این بود که پزشکان کلیه بخش‌های بیمارستانی صرف نظر از اینکه در تماس با بیماران مبتلا به کووید بودند یا خیر، در مطالعه مورد بررسی قرار گیرند و سپس آنالیز برحسب محل کار و خدمت‌رسانی به بیماران کووید انجام شود.

• ابزارها

الف. سیاهه فرسودگی شغلی مسلس (Maslach burnout inventory- MBI): ترجمه فارسی این سیاهه که اعتبارسنجی شده و در تمام مطالعات از آن استفاده شده شامل ۲۲ ماده است که به سنجش جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی شامل خستگی عاطفی، پدیده‌های شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی در چارچوب فعالیت حرفه‌ای می‌پردازد و به‌خصوص برای سنجش و پیشگیری از فرسودگی در گروه‌های حرفه‌ای مانند پرستاران و پزشکان به کار برده شده است. مسلس و همکارانش بعد از بررسی‌های مختلف این سیاهه ضریب اعتبار درونی را برای خستگی عاطفی ۰/۹، شخصیت‌زدایی ۰/۷۹ و برای موفقیت فردی ۰/۷۱ گزارش کردند و ما از این سیاهه استفاده کردیم. نحوه نمره‌گذاری ماده‌های این سیاهه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای صورت گرفت که شامل گزینه‌های هرگز، خیلی کم، کم، متوسط، بالای متوسط، زیاد و خیلی زیاد بود. گزینه‌ها طوری مشخص شده‌اند که به هنگام مطالعه این مقیاس توسط آزمودنی، شخص احساس خود را با توجه به گزینه‌های تحت اختیار بیان می‌کند. در حیطه خستگی عاطفی ۹ پرسش، در حیطه شخصیت‌زدایی ۵ پرسش و در حیطه فقدان موفقیت فردی ۸ پرسش قرار داشتند. این سیاهه در مطالعه اکبری و همکاران که در سال ۱۳۹۰ چاپ شده است، ساختار عاملی نسخه فارسی با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی در میان ۵۷۰ معلم زبان انگلیسی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان داد مدل سه عاملی که در اصل توسط مسلس و جکسون ارائه شده، در مورد نسخه فارسی سیاهه فرسودگی شغلی صحت داشته است (اکبری و همکاران، ۱۳۹۰). از آن پس سیاهه فارسی فرسودگی شغلی قابلیت استفاده در تحقیقات فرسودگی شغلی با افراد ایرانی فارسی‌زبان را داشته و در مطالعات مختلف فارسی زبان مورد استفاده قرار گرفته است.

ماده‌های این سیاهه در نرم افزار پرس‌لاین تایپ شده و به کمک این نرم‌افزار برای متخصصان و دستیاران بیمارستان امام حسین (ع) از طریق پیامک از واحد توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان ارسال شد.

در این مطالعه تعداد ۷۸ نفر از متخصصان و دستیاران سال اول تا آخر رشته‌های مختلف در حال کار در بیمارستان امام حسین (ع) شرکت کردند. این تعداد از پاسخ‌دهندگان بعد از سه بار پیامک برای یادآوری پاسخگویی به پرسشنامه جمع‌آوری شد و به علت اینکه بیش از آن نمی‌توانستیم جهت دریافت پاسخ بیشتر وقت بگذاریم با همین تعداد آنالیز آماری انجام شد. نرمالیت داده‌ها در هر سه حیطه

با آزمون Shapiro-Wilk انجام شد. داده‌هایی که نرمال بودند با Independent T- Test و داده‌هایی که نرمال نبودند با Mann-Whitney U test بررسی شدند. چون تمام شرکت‌کنندگان به تمام سوال‌ها پاسخ ندادند، آنالیز داده‌ها در درصدی از افراد که پاسخ کامل در هر حیطة دادند محاسبه و در نتایج ارائه شده است.

• یافته‌ها

در این مطالعه تعداد پاسخ دهندگان به پرسشنامه ۷۸ نفر بود که شامل متخصصان و دستیاران سال اول تا آخر رشته‌های مختلف بالینی شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) بود. محدوده سنی پاسخ‌دهندگان از ۲۶ تا ۶۷ سال بود و میانگین سنی 42 ± 10 سال بود. بعد از جمع‌آوری اطلاعات برای آنالیز آماری پاسخ‌دهندگان در دو دسته سنی پایین‌تر و بالاتر از ۴۰ سال تقسیم‌بندی شدند. از بین آزمودنی‌ها ۶۲/۸ درصد خانم بودند. همچنین ۵۶ نفر (درصد ۷۱) از شرکت‌کنندگان متأهل بودند که ۴۱ نفر (۵۲/۵ درصد) دارای فرزند بودند. از بین شرکت‌کنندگان، ۳۳ نفر دستیار (۴۲/۳ درصد) شامل ۱۱ نفر سال یک تا دو، ۲۲ نفر سال بالاتر و مابقی متخصص بودند که تنها ۴ نفر غیر هیأت علمی بودند و همگی تحت عنوان متخصص تقسیم‌بندی و آنالیز شدند.

پاسخ‌ها در سه حیطة بررسی شدند که شامل خستگی عاطفی، شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی بود. همان‌گونه که قبلاً توضیح داده شد در حیطة خستگی عاطفی ۹ پرسش مطرح شد و برحسب پاسخ سه سطح (کم، متوسط و شدید) برای بیان احساسات در این زمینه در نظر گرفته و تحلیل آماری انجام شد.

خستگی عاطفی در بین ۷۳ نفر (که ۹۳/۶ درصد شرکت‌کنندگان بودند)، ۳۹/۷ درصد خفیف، ۳۰/۸ درصد متوسط و ۲۳/۱ درصد شدید بود. در حیطة شخصیت‌زدایی ۵ پرسش در پرسشنامه وجود داشت که در بین ۷۴ نفر (که ۹۴/۹ درصد شرکت‌کنندگان بودند) به ترتیب ۴۷/۴ درصد، ۱۹/۲ درصد و ۲۸/۲ درصد میزان احساسات‌شان در این زمینه خفیف، متوسط و شدید بود. در حیطة فقدان موفقیت فردی که ۸ پرسش قرار داشت و ۷۴ نفر (۹۴/۹ درصد) به همه سوالات پاسخ دادند احساسات آزمودنی‌ها در این حیطة ۳/۸ درصد کم، ۲۴/۴ درصد متوسط و ۶۶/۷ درصد (اکثر افراد) شدید بود.

نرمالیتة داده‌ها در هر سه حیطة با آزمون Shapiro-Wilk انجام شد. داده‌هایی که نرمال بودند با Independent T- Test و داده‌هایی که نرمال نبودند با Mann-Whitney U test بررسی شدند.

در مورد متغیرهای سن، جنس، تأهل، داشتن فرزند و تحصیلات در هر سه حیطة با توجه به تعداد و درصد بررسی شد که در جدول (۱) به‌طور خلاصه مشاهده می‌شود. در هر ردیف تعداد افراد و درصد آنها مشخص شده است که درصد در داخل پرانتز در زیر تعداد نوشته شده است. تعداد در بین کسانی که به تمام پرسش‌های مطرح شده پاسخ داده بودند؛ محاسبه، که در بالا اشاره شد.

دستیار سال پایین و بالا نیز به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند که میزان خستگی عاطفی شدید در سال پایین (سال ۲-۱) بیشتر از سال بالاتر (سال ۴-۳) بود که به ترتیب ۴۵/۵ درصد در مقابل ۲۷/۳ درصد بود. درباره شخصیت‌زدایی میزان شدید آن باز هم در دستیاران سال پایین ۷۲/۷ درصد در مقابل ۴۵/۵ درصد در دستیاران سال بالا بود. اما میزان شدید فقدان موفقیت فردی در هر دو گروه یکسان بود. (جدول ۱)

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار سه حیطة به‌طور خلاصه آورده شده است. میانگین هر کدام از حیطة‌ها در افراد تحت بررسی که در بخش کووید کار می‌کردند و انحراف معیار آن برحسب متغیرهای سن و جنس، وضعیت تأهل، داشتن فرزند، تحصیلات و تماس با بیماران مبتلا به کووید مشخص شده است. (جدول ۲)

بعد از محاسبه میانگین و انحراف معیار در هر حیطة مشاهده شد که در سن زیر ۴۰ سال فقط فقدان موفقیت فردی معنادار شد (P. Value=0.041). اما تفاوت معناداری از نظر جنسیت و تأهل دیده نشد. فقدان موفقیت فردی در افرادی که در بخش کووید کار می‌کردند و فرزند نداشتند، به‌طور معنادار تفاوت داشت (P. Value=0.021). همچنین فقدان موفقیت فردی در افراد متخصص شاغل در بخش کووید معنادار شد (P. Value=0.076). سپس میزان تأثیر متغیرها در هر سه حیطة از نظر اینکه بسته به متغیر معنادار می‌شود، بررسی و میزان P. Value محاسبه شد. میزان قابل قبول از نظر آماری زیر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد که در جدول شماره ۳ مشخص شده است.

جدول ۱. میزان شدت سه حیطة بر حسب متغیرها

نوع متغیر	دسته بندی	خستگی عاطفی			شخصیت‌زدایی			فقدان موفقیت فردی		
		کم	متوسط	شدید	کم	متوسط	شدید	کم	متوسط	شدید
سن	زیر ۴۰ سال	۱۰	۱۴	۱۲	۱۴	۳	۱۹	۱	۶	۲۹
	(۲۷/۸)	(۳۸/۹)	(۳۳/۳)	(۳۸/۹)	(۸/۳)	(۵۲/۸)	(۲/۸)	(۱۶/۷)	(۸۰/۶)	
جنس	بالای ۴۰ سال	۲۱	۱۰	۶	۲۳	۱۲	۳	۱۳	۱۳	
	(۵۶/۸)	(۲۷)	(۱۶/۲)	(۶۰/۵)	(۳۱/۶)	(۷/۹)	(۵/۳)	(۳۴/۲)	(۶۰/۵)	
وضعیت تأهل	مرد	۱۵	۹	۳	۱۶	۵	۶	۱۱	۱۳	
	(۵۵/۶)	(۳۳/۳)	(۱۱/۱)	(۵۹/۳)	(۱۸/۵)	(۲۲/۲)	(۱۱/۱)	(۴۰/۷)	(۴۸/۱)	
تأمینات	زن	۱۶	۱۵	۱۵	۲۱	۱۰	۱۶	۸	۳۹	
	(۳۴/۸)	(۳۲/۶)	(۳۲/۶)	(۴۴/۷)	(۲۱/۳)	(۳۴)	(۳۴)	(۱۷)	(۸۳)	
وضعیت تأهل	مجرد	۸	۵	۷	۹	۱	۱۰	۳	۱۶	
	(۴۰)	(۲۵)	(۳۵)	(۴۵)	(۵)	(۵۰)	(۵)	(۱۵)	(۸۰)	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳	۱۹	۱۰	۲۸	۱۴	۱۱	۱۶	۳۵	
	(۴۴/۲)	(۳۶/۵)	(۱۹/۲)	(۵۲/۸)	(۲۶/۴)	(۲۰/۸)	(۳/۸)	(۳۰/۲)	(۶۶)	
وضعیت تأهل	بدون فرزند	۱۰	۱۳	۱۲	۱۵	۳	۱۷	۶	۲۸	
	(۲۸/۶)	(۳۷/۱)	(۳۴/۳)	(۴۲/۹)	(۸/۶)	(۴۸/۶)	(۲/۹)	(۱۷/۱)	(۸۰)	
وضعیت تأهل	داشتن فرزند	۲۱	۱۱	۶	۲۲	۱۲	۵	۱۳	۲۴	
	(۵۵/۳)	(۲۸/۹)	(۱۵/۸)	(۵۶/۴)	(۳۰/۸)	(۱۲/۸)	(۵/۱)	(۳۳/۳)	(۶۱/۵)	
وضعیت تأهل	دستیار	۹	۱۳	۱۱	۱۲	۳	۱۸	۵	۲۷	
	(۲۷/۳)	(۳۹/۴)	(۳۳/۳)	(۳۶/۴)	(۹/۱)	(۵۴/۵)	(۳)	(۱۵/۲)	(۸۱/۸)	
وضعیت تأهل	متخصص	۲۲	۱۱	۷	۲۵	۱۲	۴	۱۴	۲۵	
	(۵۵)	(۲۷/۵)	(۱۷/۵)	(۶۱)	(۲۹/۳)	(۹/۸)	(۴/۹)	(۳۴/۱)	(۶۱)	
وضعیت تأهل	تماس با بیمارستان	۸	۵	۵	۱۰	۴	۵	۴	۱۴	
	(۴۴/۴)	(۲۷/۸)	(۲۷/۸)	(۵۲/۶)	(۲۱/۱)	(۲۶/۳)	(۵/۳)	(۲۱/۱)	(۷۳/۷)	
وضعیت تأهل	به کووید	۲۲	۱۹	۱۳	۲۶	۱۱	۱۷	۱۵	۳۷	
	(۴۰/۷)	(۳۵/۲)	(۲۴/۱)	(۴۸/۱)	(۲۰/۴)	(۳۱/۵)	(۳/۷)	(۲۷/۸)	(۶۸/۵)	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سه حیطة

نوع متغیر	دسته بندی	خستگی عاطفی			شخصیت‌زدایی			فقدان موفقیت فردی		
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
سن	زیر ۴۰ سال	۲۴/۴۲ ± ۱۳	۹/۷۴ ± ۷/۲	۲۹/۱۳ ± ۶/۵						
	بالای ۴۰ سال	۱۸/۲۲ ± ۱۱	۵/۹۶ ± ۴/۳	۳۲/۶۵ ± ۴/۷						
جنسیت	مرد	۱۸/۷۳ ± ۱۰/۹	۷/۴۵ ± ۶/۴	۳۳ ± ۶/۴						
	زن	۲۳/۸۸ ± ۱۳/۲	۸/۵۹ ± ۶/۴	۲۹ ± ۵/۲						
وضعیت تأهل	مجرد	۲۳/۳۹ ± ۱۳/۷	۹/۷۸ ± ۷/۴	۳۰/۵۶ ± ۶						
	متأهل	۲۰/۹۷ ± ۱۱/۹	۷/۳۱ ± ۵/۷	۳۰/۶۷ ± ۶/۱						
وضعیت تأهل	بدون فرزند	۲۴/۲۹ ± ۱۳/۲	۹/۷۵ ± ۷/۵	۲۹/۸۹ ± ۶/۹						
	دارای فرزند	۱۹/۰۸ ± ۱۱/۳	۶/۳۸ ± ۴/۴	۳۲/۵ ± ۴/۲						
وضعیت تأهل	دستیار	۲۴/۳۴ ± ۱۲/۴	۹/۹ ± ۷/۳	۲۸/۶۶ ± ۶/۶						
	متخصص	۱۸/۸ ± ۱۲/۱	۶/۰۸ ± ۴/۶	۳۲/۹۲ ± ۴/۴						

هر سه حیطة وقتی با آزمون Independent T- Test در دستیاران سال پایین و بالا مقایسه شدند؛ هیچ کدام از نظر آماری معنادار نبود.

هدف مطالعه تأثیر متغیرهای سن، جنس، تأهل، داشتن فرزند و تحصیلات بر سه حیطة خستگی عاطفی و شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی در افرادی که در بخش کووید کار می‌کردند و مقایسه با افرادی که در بخش‌های غیر کووید کار می‌کردند؛ بود و داده‌ها تحت آنالیز با independent samples test قرار گرفت. نتایج نشان داد، در افراد زیر ۴۰ سال تنها فقدان موفقیت فردی اختلاف معناداری داشت که در کسانی که در بخش کووید کار می‌کردند؛ بیشتر بود (P. Value = ۰/۰۴۱). اما در بالای ۴۰ سال اختلاف معناداری

در هیچ حیطه بین کارکنان بخش کووید با سایر بخش‌ها دیده نشد. وقتی برای جنسیت آنالیز مشابه بین بخش کووید با سایر بخش‌ها انجام شد، در بین آقایان و خانم‌ها تفاوت معنادار آماری در هیچ‌یک از حیطه‌ها دیده نشد. همچنین تأهل یا مجرد نیز در این موارد تفاوت معنادار آماری در بخش‌های مختلف نداشت. اما در کسانی که فرزند نداشتند فقدان موفقیت فردی در افرادی که در بخش کووید کار می‌کردند به‌طور معنادار بیش از افراد بدون فرزند در سایر بخش‌ها بود ($P. Value = 0/021$). این آنالیز یک‌بار برای دستیاران سال بالا و پایین و یک‌بار برای تفاوت بین متخصصان و دستیاران انجام شد. در بین دستیاران سال سه و چهار فقدان موفقیت فردی در بخش کووید به‌طور مرزی از نظر آماری بالاتر بود ($P. Value = 0/055$). اما در سایر حیطه‌ها و نیز دستیاران سال یک و دو تفاوت معنادار نبود. اما تفاوت معناداری بین دستیاران و متخصصان در هیچ‌کدام از حیطه‌ها در بخش کووید با سایر بخش‌ها دیده نشد.

جدول ۳. میزان تأثیر متغیرها در هر سه حیطه مورد بررسی

متغیر	خستگی عاطفی	شخصیت‌زدایی	فقدان موفقیت فردی
سن	۰/۰۱۶	۰/۰۱	۰/۰۲۲
جنسیت	۰/۰۰۸	۰/۵۷۳	۰/۰۰۳
تأهل	۰/۳۳۶	۰/۱۵۸	۰/۸۹۸
داشتن فرزند	۰/۲۹۹	۰/۰۸۵	۰/۰۱۲
تحصیلات	۰/۰۱۹	۰/۰۱	۰/۰۱۱
تماس با بیماران مبتلا به کووید	۰/۹۲۲	۰/۵۴۲	۰/۱۶

• بحث

هدف از انجام این مطالعه شناخت میزان فرسودگی شغلی در میان پزشکان شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) در دوران پاندمی کووید ۱۹ بود. در این مطالعه فرسودگی شغلی در پزشکان در بخش‌های کووید و غیرکووید نیز بررسی و مقایسه انجام شد. نتایج نشان داد که سن زیر ۴۰ سال، جنس زن، نداشتن فرزند و وضعیت دستکاری در قیاس با هیأت علمی با میزان بالاتری از فرسودگی شغلی همراه بودند. اما در اکثر حوزه‌های فوق تفاوتی در میزان فرسودگی شغلی در پزشکانی که درگیری مستقیم در درمان بیماران مبتلا به کووید داشتند با گروهی که در بخش‌های غیرکووید کار می‌کردند وجود نداشت، تنها تفاوت معنادار در فقدان موفقیت فردی در گروه زیر ۴۰ سال و خستگی عاطفی و فقدان موفقیت فردی در افراد بدون فرزند بین دو گروه مشاهده شد. در واقع این مطالعه نشان داد که مواجهه مستقیم با کووید تأثیر قابل ملاحظه‌ای نداشته است. شاید یکی از دلایل این نتیجه آن است که در بخش‌های غیرکووید ترس از مواجهه به دلیل فقدان به‌کارگیری وسایل و پوشش‌های محافظتی که در بخش‌های کووید مورد استفاده قرار می‌گرفت؛ بیشتر باشد.

نتایج این مطالعه در راستای مطالعه اعتصام و همکاران (۲۰۲۱) است که در آنجا نیز میزان فرسودگی شغلی در کادر درمان بخش‌های کووید و غیر کووید تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت. میزان فرسودگی شغلی در مطالعه حاضر کمتر از مطالعه اعتصام بود، البته در مطالعه فعلی بر خلاف مطالعه اعتصام و همکاران، شرکت‌کننده‌ها فقط پزشکان بودند. زمان انجام مطالعه نیز می‌تواند اهمیت داشته باشد، برای مثال شدت اضطراب، مسیر مشخص درمانی، واکسیناسیون و میزان شیفت‌های کاری در اوایل، اواسط و اواخر پاندمی با هم تفاوت دارند که به همان نسبت روی میزان فرسودگی شغلی نیز می‌تواند موثر باشند.

در مطالعه کنونی دستیاران سال اول و دوم میزان خستگی عاطفی شدید و شخصیت‌زدایی بیشتری نسبت به سال‌های سه و چهار تجربه کرده بودند که از نظر آماری هم این اختلاف معنادار بود. اما در مطالعه میون و همکاران در سال ۲۰۲۱ که تأثیر پاندمی کووید را در افزایش فرسودگی پزشکان نشان داد، در دستیاران بیهوشی، فرسودگی شغلی در دوران کووید نسبت به ۱۲ سال قبل از این دوران تفاوتی نداشته است. در سنین زیر ۴۰ سال فرسودگی شغلی در هر سه حوزه بیشتر بوده است، ولی در بخش‌های کووید و غیرکووید افراد زیر ۴۰ سال فقدان موفقیت فردی بیشتری را نشان دادند. به‌نظر می‌رسد که در ماه‌های اولیه شروع پاندمی به‌دلیل نبود وجود پروتکل مشخص درمانی و حجم بالای بیماران و کشیک‌های متراکم و با توجه به تجربه کمتر این گروه سنی تا اندازه‌ای نتوان این نتایج را انتظار داشت. افزایش فرسودگی شغلی در سنین پایین در پزشکان در مطالعه هادکینسون و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان داده شد.

مطالعه حاضر نشان داد که گروه دستیاران بیشترین میزان خستگی عاطفی و شخصیت‌زدایی را داشته‌اند. این نتایج در راستای مطالعه مقبولی و همکاران (۲۰۱۹) است که در آن جنس، وضعیت تأهل و نوع رشته را مد نظر قرار دادند و نتایج نشان داده بود میزان فرسودگی

شغلی در بین تمام دستیاران تخصصی تمام رشته‌ها بالا بوده است.

جنسیت نیز در دو بخش کووید و غیر کووید در میزان فرسودگی شغلی تأثیری نداشت. البته به‌طور کلی میزان فقدان موفقیت فردی در دو گروه در خانم‌ها بیشتر بود؛ ولی در مطالعات قبل از پاندمی در دستیاران (رهنما و همکاران، ۲۰۱۹)، در بُعد خستگی عاطفی زنان تفاوت معناداری را در دستیاران نشان دادند. یک مطالعه ایتالیایی نیز میزان بالاتر فرسودگی شغلی را در زنان نشان داد (هادکینسون و همکاران، ۲۰۲۲).

در این مطالعه داشتن فرزند با خستگی عاطفی و فقدان موفقیت فردی رابطه معناداری را نشان داد که این نتیجه نیز در راستای نتایج مطالعه رهنما و همکاران (۲۰۱۹) است. ولی مطالعه کسمایی و همکاران (۲۰۲۲) در دستیاران نتایج متناقضی را نشان داد که بر اساس آن نداشتن فرزند، عامل حمایتی در مقابل فرسودگی شغلی به ویژه در خانم‌ها بوده است. بنابراین شاید بتوان نتیجه گرفت که این عامل را نمی‌توان چندان مؤثر تلقی نمود.

عوامل ارتقا تاب‌آوری کارکنان پرستاری در مطالعه‌ای در ایران در دوران کووید بررسی شد. رویکرد روش‌شناسی، آمیخته و طرح پژوهش مورد استفاده، اکتشافی متوالی (کیفی - کمی) بود. جامعه آماری در مرحله کیفی، متشکل از مقالات علمی پژوهشی چاپ شده در زمینه استرس و تاب‌آوری روانی کادر درمان در همه گریه‌های ویروسی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ در پایگاه‌های علمی معتبر بود اما برای مرحله کمی جامعه آماری شامل کلیه کادر درمان پرستاری شامل پرستاران و کمک پرستاران بیمارستان خانواده بود که تجربه کار مستمر در بخش درمانی کرونا را داشتند.

بر اساس نتایج پژوهش آروند و همکاران (۱۴۰۰) عوامل ارتقا تاب‌آوری روان‌شناختی کارکنان پرستاری در مبارزه با بحران همه‌گیری کووید ۱۹ در سه مقوله اصلی (بُعد) شامل مسئولیت جمعی، تقویت شایستگی‌های تاب‌آوری و سبک زندگی کاری، ۹ مؤلفه شامل حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی، حمایت روان‌شناختی، کمک‌های اورژانسی اولیه، شایستگی‌های فردی پرستاران، شایستگی سرپرستان در رهبری تیم، عجین شدن کارکنان پرستاری با شغل‌شان، معنویت، خودمراقبتی آگاهانه در کار و محیط کار تیمی سالم و ۳۴ شاخص (مفاهیم) احصا شد. همانگونه که می‌دانیم تاب‌آوری یک فرایند پیچیده‌ای است که تحت تأثیر مؤلفه‌های روان‌شناسی افراد و فیزیولوژی، محیط و آموزش است. در مطالعه مشاهده گردید که مهمترین عامل برای ارتقای تاب‌آوری پرستاران نحوه عمل و توانمندی سرپرستار بود (آروند و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعاتی که در دوران کووید انجام شده است و کادر درمان از منظر حیطه‌های مختلف روان‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفتند همگی حاکی از این است که در پاندمی کووید ۱۹، کادر درمان اعم از پزشک و پرستار درگیر مراقبت‌های سخت‌تر از بیماران مبتلا به کووید بوده‌اند و در عین حال نگران سلامتی خود و انتقال آن به خانواده به علت شدت زیاد سرایت بیماری بوده‌اند نیازهای عاطفی و احساسی بیشتری نسبت به قبل داشته‌اند.

در مطالعه دیگر روی زنان ایرانی شیوع نشانه‌های ملال پیش‌قاعدگی، رابطه آن با دشواری تنظیم هیجانی و نگرش زنان نسبت به قاعدگی طی همه‌گیری کووید ۱۹ بررسی شد. در این مطالعه ۲۸۷ نفر خانم در سنین باروری بررسی و مشاهده شد که تعداد اختلال ملال پیش‌قاعدگی بیشتر از نشانگان پیش‌قاعدگی بود. نشانه‌ها طی دوران کووید در اکثر زنان بدون تغییر مانده بود. دشواری تنظیم هیجان ۱۶ درصد از تغییرات نشانه‌های پیش‌قاعدگی و ابعاد دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند و فقدان وضوح هیجانی با هم ۱۸ درصد از تغییرات آن را نشان دادند. این مطالعه که روی زنان غیرکادر درمان انجام شده بود، نشان می‌دهد که لازم است حتی به مسائل فیزیولوژیک در طی استرس‌های بزرگی همچون پاندمی بیماری‌های ویروسی بزرگ توجه کرد؛ که در کسانی که درگیر درمان بیماران هم هستند و اکثراً ممکن است کشیک‌های طولانی و بیشتر داشته باشند روند قاعدگی حتی تغییر کند و باید به اختلالات خلقی مانند سندرم پیش از قاعدگی نیز در خانم‌های شاغل در کادر درمان توجه شود (موسوی و همکاران، ۱۴۰۱)

جالب است که بدانیم مطالعه در ایام کووید محدود به کادر درمان نبوده و حتی در افراد عادی جامعه و کودکان و نوجوانان نیز بررسی شده است. در یک بررسی که نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان در رابطه با شدت درگیری با کرونا و استرس ناشی از آن در استان هرمزگان بررسی شد، ۲۶۰ نوجوان که به علت نافرمانی آنها والدین درخواست مشاوره کرده بودند؛ مطالعه و مشاهده شد، شدت درگیری و استرس کرونا در والدین می‌تواند به صورت مستقیم و غیرمستقیم و از طریق افزایش پرخاشگری در والدین باعث پیدایش نشانگان اختلال نافرمانی در فرزندان شود. این مطالعه نشان می‌دهد که در افرادی که در محیط کار با بیماران مبتلا به کووید

سرو کار دارند پرخاشگری می‌تواند در محیط خانواده شان باعث ایجاد اختلالات روان‌شناختی در فرزندان شود (کاسبی، ۱۴۰۲). بنابراین به نظر می‌رسد حیطه تأثیرات کووید نه تنها به کادر درمان منحصر نیست بلکه روی رفتار اعضای خانواده از جمله فرزندان هم بی‌تأثیر نیست. لزوم داشتن افکار احساسی مثبت، رفع تنش در محیط کار، توجه به کانون خانواده در افراد شاغل در مراکز درمانی، داشتن زمان‌های استراحت و گذراندن وقت با فرزندان به خصوص در سنین کودکی و نوجوانی از جمله مسایلی است که باید در روزهای پس از پایان پاندمی مورد توجه قرار گیرد. مشکلاتی که کارکنان بهداشتی در ایام همه‌گیری کووید داشتند، صرفاً منحصر به کشیک‌های طولانی و خستگی مفرط در حین کار نبوده و ممکن است تا سال‌ها آثار مخرب روانی آن در فرد شاغل در مرکز درمانی و بهداشتی و خانواده ملموس باشد. بنابراین باید برنامه‌های آموزشی و تقویت روحیه به خصوص برای کسانی که عزیزان خود را در ابتلا به این بیماری از دست داده‌اند ترتیب داد و توجه بیشتری به کادر درمان و خانواده‌های آنها کرد.

• نتیجه‌گیری

در این مطالعه طبق پرسشنامه مسلش سه حیطه شخصیت‌زدایی، خستگی عاطفی و فقدان موفقیت فردی در پزشکان شاغل در یک مرکز در دوران پاندمی کووید بررسی شد. تنها بعضی از فاکتورهای شخصی از جمله جنسیت و تأهل و داشتن فرزند مورد مطالعه قرار گرفت. اما می‌دانیم که درگیری و شاغل بودن در مراکز درمانی منحصر به پزشکان نیست و کلیه کادر درمانی اعم از پرستاران، بهیاران و حتی نیروهای خدماتی نیز می‌توانند در دوران پاندمی‌های ویروسی بسیار آسیب‌پذیر باشند. از همه مهم‌تر این بود که این افراد علاوه بر ترس از ابتلا به کووید، از انتقال آن به افراد خانواده خود و به خصوص فرزندان‌شان بیمناک بودند. همگی این عوامل تنش و اضطراب زیادی را برای آنها به ارمغان آورد.

همچنین آثار روانی کار در مراکز درمانی در این همه‌گیری منحصر به پیک‌های شیوع آن نمی‌شود. خیلی از افراد عزیزان خود را در اثر ابتلا به ویروس کرونا در مدت کوتاهی از دست دادند که همچنان اضطراب و افسردگی آن می‌تواند باقی بماند. بنابراین لازم است در طی سال‌ها بعد مطالعاتی روی میزان اضطراب و افسردگی کادر درمان به خصوص افرادی که در بخش‌های اورژانس، عفونی، داخلی و بیهوشی کار می‌کردند و بیشترین مواجهه را با این بیماران داشتند، انجام شود. شاید بسیاری از این افراد نیاز به درمان روان‌پزشکی و مشاوره‌های روان‌شناسی داشته باشند و بینش کافی نسبت به میزان اضطراب و افسردگی خود نداشته باشند.

با اینکه ما در ابتدای شروع مطالعه درصدد بودیم از کلیه پزشکان شاغل در این بیمارستان برای پرکردن پرسشنامه‌ها کمک بگیریم اما فقط ۷۸ نفر شرکت کردند. هرچند این تعداد هم برای یک مطالعه علی‌مقایسه‌ای می‌تواند کافی باشد، اما می‌توان در آینده طراحی مطالعه برای آثار سوء روان‌شناختی مواجهه با کووید با حجم بیشتر نمونه و یا چندمرکزی و یا روی سایر کادر درمان مانند پرستاران صورت گیرد. یک علتی که می‌توان برای نبود همکاری کلیه پزشکان مرکز در این مطالعه فرض نمود این است که ممکن است افرادی که در پرکردن پرسشنامه‌ها همکاری نکردند میزان فرسودگی شغلی بالاتری داشتند و به همین دلیل انگیزه‌ای برای مشارکت در طرح تحقیقاتی را نداشتند.

زمان انجام مطالعه در پاندمی نیز می‌تواند در نتایج اثر داشته باشد. به‌عنوان نمونه وضعیت پزشکان در مواجهه و درمان این بیماران در اوایل نسبت به اواخر پاندمی متفاوت بود و ترس کادر درمان نیز در مواجهه با این بیماری با گذر زمان تغییر کرده بود. البته ویژگی مثبت این مطالعه مقایسه پزشکان در بخش‌های کووید و غیرکووید بود که در مطالعات قبلی به آن کمتر پرداخته شده بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگر با هدف‌گذاری روی افسردگی، اضطراب و سایر فاکتورهای دموگرافیک انجام گردد.

• تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که در رابطه با انتشار مقاله ارائه شده؛ به‌طور کامل از اخلاق نشر، از جمله سرقت ادبی، سوء رفتار، جعل داده‌ها و یا ارسال و انتشار دوگانه پرهیز کرده‌اند و منافع تجاری در این راستا وجود ندارد. نویسندگان در قبال ارائه اثر خود وجهی دریافت نکرده‌اند و این مطالعه منافع مادی برای آنها نداشته است. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب و پس از آن بدون دریافت هزینه از جانب نویسندگان اجرا شد.

• تشکر و قدردانی

از کلیه دستیاران و متخصصان رشته‌های مختلف بیمارستان امام حسین (ع) که با دقت پرسشنامه را تکمیل کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم. همچنین از مشاور آمار که برای آنالیز داده‌ها بارها زحمت کشیدند هم سپاسگزار هستیم.

• منابع

- آروند، ح.؛ اکبری، ر.؛ غفارثمر، ر.؛ کیانی، غ.؛ و اقتصادی، ا. ر. (۱۳۹۰). اعتبار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه فرسودگی شغلی ماسلاچ نسخه فارسی. دانش و تندرستی، ۱۹(۶)، ۱-۸.
- Chen, S.-M., & McMurray, A. (2001). " Burnout" in intensive care nurses. *Journal of nursing research*, 9(5), 152-164.
- Etesam, F., Akhlaghi, M., Vahabi, Z., Akbarpour, S., & Sadeghian, M. H. (2021). Comparative study of occupational burnout and job stress of frontline and non-frontline healthcare workers in hospital wards during COVID-19 pandemic. *Iranian Journal of Public Health*, 50(7), 1428.
- Hodkinson, A., Zhou, A., Johnson, J., Geraghty, K., Riley, R., Zhou, A., Esmail, A. (2022). Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *bmj*, 378.
- Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., Schildcrout, J. S., Mercaldo, N. D., & Weinger, M. B. (2011). Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 114(1), 194-204.
- Jihn, C.-H., Kim, B., & Kim, K. S. (2021). Predictors of Burnout in Hospital Health Workers during the COVID-19 Outbreak in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11720.
- Kasbi, Z. (1402). The Role of Corona Involvement Severity and Corona Stress in Predicting Oppositional Defiant Disorder Mediated by Parental Aggression. *Journal of Psychology*, 2(27), 224-232.
- Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R., & Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work–life balance, and burnout. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 949-955.
- Książek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., & Książek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 347-350.
- Leo, C. G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., & Mincarone, P. (2021). Burnout among healthcare workers in the COVID 19 era: a review of the existing literature. *Frontiers in public health*, 9.
- Lipsitch, M., Swerdlow, D. L., & Finelli, L. (2020). Defining the epidemiology of Covid-19—studies needed. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1194-1196.
- Maghbouli, N., Sohrabpour, A. A., & Fatehi, F. (2019). The prevalence of burnout in Iranian residents: a cross-sectional study. *Future of Medical Education Journal*, 9(1), 3-8. doi:10.22038/fmej.2019.36980, ۱۲۴۲
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). The maslach burnout inventory-test manual. *Palo Alto*.
- Mion, G., Hamann, P., Saleten, M., Plaud, B., & Baillard, C. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic and burnout severity in French residents: A national study. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 173-180.
- Monsef Kasmaei, V., Haghshenas Bakerdar, F., Asadi, P., Zia Ziabari, S., Khodadadi-Hassankiadeh, N., Kouchakinejad-Eramsadati, L., Kazemzadeh, Z. (2022). Comparative Study of Occupational Burnout between Professors and Residents of Emergency Medicine in Educational-Remedial Centers of Medical Sciences Universities. *Research in Medical Education*, 14(1), 54-63.
- Mousavi, S. Z., & Khorramabadi, R. (1401). Prevalence of premenstrual dysphoric symptoms in Iranian women and its relationship with difficulty in emotional regulation and change in the symptoms during corona virus. *Journal of Psychology*, 1(26), 12-23.
- Nyssen, A. S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M., & De Keyser, V. (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British journal of anaesthesia*, 90(3), 333-337.
- Rahnama, Z., Ahmadi, M., Khalilian, A., & Sefidgarnia Amiri, M. (2019). Comparison of Burnout Syndrome Frequency between General Family Physicians and Other General Physicians, in Mazandaran Province, Iran, in 2018. *Journal of health research in community*, 5(3), 39-51.
- Raoult, D., Zumla, A., Locatelli, F., Ippolito, G., & Kroemer, G. (2020). Coronavirus infections: Epidemiological, clinical and immunological features and hypotheses. *Cell stress*, 4(4), 66.
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., . . . Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(11), e0206840.

- Scheurer, D., McKean, S., Miller, J., & Wetterneck, T. (2009). US physician satisfaction: a systematic review. *Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine*, 4(9), 560-568.
- Spickard Jr, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, 288(12), 1447-1450.
- Abdi, b., askar zad, n., & erteghaei, h. (1400). Resilience Factors of nurses involved in clinical care of Covid-19 patients. *Journal of Psychology*, 4(25), 560-570.

مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و رویکرد پذیرش و تعهد بر تربیت شهروندی در بین کارمندان Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and the Approach of Acceptance and Commitment on Citizenship Education Among the Employees

Younes Gheisizadeh¹, PhD Student

Ali Poladi Rayshari, PhD[✉]

Moloud Keykhosrovani, PhD

Amini, Naser, PhD

یونس قیصی زاده^۱

علی پولادی ریشهری^۲

دکتر مولود کیخسروانی^۱

دکتر ناصر امینی^۱

Abstract

Today, human resources are considered the most vital strategic element and the most fundamental way to increase the effectiveness of the organization. Therefore, increasing citizenship education is an inevitable necessity for any organization. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of the new group reality therapy approach and the approach based on acceptance and commitment on citizenship education among the employees of Bushehr city. The current research method is a semi-experimental type with a pre-test, post-test and control group design. The statistical population was all the employees of Bushehr city in 1400. The sample of the research was 45 employees who were selected by the available sampling method and were randomly placed in experimental groups (acceptance and commitment and reality therapy) and control. The citizenship education questionnaire (Tabesh, 2013) was used to collect data. The collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results of multivariate covariance analysis showed that reality therapy and an approach based on acceptance and commitment increased the citizenship education of the experimental groups compared to the control group ($P < 0.001$). The results of the Bonferroni post hoc test showed that the effect of the approach based on acceptance and commitment on seeking participation, responsibility, self-confidence and citizenship education was significantly more than the education based on reality therapy. It is concluded that both reality therapy methods and acceptance and commitment are effective for improving employee citizenship education and these interventions can be used to increase organizational productivity.

Keywords: Reality therapy, Acceptance and Commitment, Citizenship Education

چکیده

امروزه نیروی انسانی حیاتی‌ترین عنصر راهبردی و اساسی‌ترین راه برای افزایش اثربخشی کارایی سازمان محسوب می‌شود. بنابراین افزایش تربیت شهروندی یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر برای هر سازمان است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تربیت شهروندی در بین کارمندان شهر بوشهر بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه کارمندان شهر بوشهر در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از کارمندان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی (پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی) و کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تربیت شهروندی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که واقعیت درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تربیت شهروندی گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده‌اند ($P < 0.001$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تأثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری، اعتماد به نفس و تربیت شهروندی به طور معناداری بیشتر از آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی بوده است. نتیجه‌گیری می‌شود که هر دو روش واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد برای بهبود تربیت شهروندی کارمندان مؤثر هستند و می‌توان از این مداخلات برای افزایش بهره‌وری سازمانی سود برد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، تربیت شهروندی، واقعیت درمانی

دریافت مقاله: تصویب نهایی:

۱. دانشکده علوم انسانی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور بوشهر، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

کارکنان، نیروی انسانی حیات بخش هر سازمانی هستند که نقش تعیین کننده‌ای در فراهم‌سازی، طراحی، نگهداری و محیط مساعد کاری و افزایش بهره‌وری دارند. در این راستا، متخصصان منابع انسانی باید عوامل مختلفی را که بر حفظ و عملکرد کارکنان اثر می‌گذارد؛ شناسایی کنند، به طوری که این عوامل جنبه‌های سلامت روانی مثل استرس، فرسودگی و افسردگی را که به دلیل ایجاد احساسات منفی می‌تواند باعث عملکرد ضعیف کارمند و حتی ترک سازمان از سوی آنها شوند، دربرگیرند. از سوی دیگر، توجه به عواملی که به توانمندی کارکنان می‌انجامد، می‌تواند عملکرد مثبت کارکنان را در پی داشته باشد (ردنلینگیز و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در افزایش بهره‌وری سازمانی اثرگذار باشد تربیت شهروندی است. تعمیق مفهوم شهروندی به معنای نفوذ آن حتی به سطح زندگی شخصی افراد است (ویگلز، ۲۰۲۰). از نظر کاگان و دریکوت (۲۰۱۴)، بُعد شخصی تربیت شهروندی؛ پرورش مهارت‌ها و توانایی تحلیل انتقادی مسائل و اتخاذ تصمیم‌هایی که از لحاظ اجتماعی مسئولانه هستند، را در برمی‌گیرد. در پژوهش حاضر، تربیت شهروندی با چهار مؤلفه قانون‌گرایی، مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به نفس سنجیده شده است. افراد جامعه در پرتو قانون‌گرایی می‌توانند، علاوه بر بهره‌مندی از زندگی اجتماعی، از حقوق طبیعی خود نیز برخوردار شوند. بنابراین، محور استحکام و انسجام هر جامعه‌ای توجه به قانون و رعایت آن است (دانایی‌فرد، ۱۳۸۹). قانون‌گرایی در سازمان‌ها دارای اهمیت خاصی است و به‌طور عموم از قانون‌گریزی اداری به فساد اداری تعبیر می‌کنند. معنای خاص روحیه مشارکتی در سازمان، متقاعد و درگیر شدن کنش‌گران در مشارکت در فعالیت‌ها و برنامه‌های درون‌سازمانی است (بلوردی و بلوردی، ۱۳۹۱). اعتماد به نفس به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان بر رشد، تکامل و هویت فرد اثرگذار است (هاردکاستل و همکاران، ۲۰۱۵) و اعتماد فرد به توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و قضاوت‌ها؛ یا اعتقاد به اینکه فرد می‌تواند با موفقیت روز به روز با چالش‌ها و خواسته‌های خود روبه‌رو شود، است (لیو و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین افراد برای برخورداری از احساسات بهتر نسبت به زندگی باید مسئولیت‌پذیر باشند، علت اصلی بی‌توجهی به وظایف تحصیلی، شغلی و اجتماعی ناشی از بی‌مسئولیتی یا فرار از مسئولیت و شانه خالی کردن از زیر بار آن است (نسیم، ۱۳۹۸). آماده‌سازی نیروی انسانی در سازمان‌ها برای درک بهتر فعالیت‌های شهروندی، آنها را نسبت به جایگاه اجتماعی و سازمانی خود و نقشی که در قبال فعالیت‌های خود در سازمان و اجتماع دارند، بیشتر آگاه و حساس می‌کند تا در این صورت بتوانند حضور مؤثرتری در سازمان داشته و از مهارت‌های شهروندی در ایفای درست مسئولیت سازمانی متناسب با موقعیت‌های مختلف خود استفاده کنند.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment) رویکرد بافتاری کارآمد، بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی است که مشکلات روان‌شناختی انسان را به‌طور عمده به‌عنوان انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در نظر می‌گیرد که توسط هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی ایجاد شده است. به‌طور کلی، این رویکرد از پذیرش و فرآیندهای توجه آگاهی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (هان و همکاران، ۲۰۲۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که عبارت است از توانایی حضور در لحظه حال با آگاهی کامل و گشودگی نسبت به تجربیات خود و انجام عمل با هدایت ارزش‌ها (هریس، ۲۰۱۹)، با استفاده از شش فرآیند هسته‌ای درون‌رابطه‌ای شامل هم‌جوشی‌زدایی، ذهن‌آگاهی، خودمشاهده‌گری، پذیرش تجربیات درونی، شناسایی ارزش‌های شخصی و اقدام متعهدانه در جهت یک زندگی ارزشمند، انجام می‌گیرد (نایت و ساموئل، ۲۰۲۲). همچنین این رویکرد به دنبال تغییراتی در فرد است که برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی آمادگی داشته باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). ذهن‌آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می‌کند (اربابی و همکاران، ۱۴۰۱) و به دنبال تغییر افکار فرد نیست، بلکه به دنبال تغییر رابطه فرد با افکار است (دهقان و همکاران، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان رویکردی که از بسیاری جهات با مواجهه درمانی همخوانی دارد، بسیار نویدبخش بوده و نگرانی‌های مربوط به کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهد (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طیف وسیعی از سازه‌های روان‌شناختی از جمله شاخص‌های سلامت روانی (هان و همکاران، ۲۰۲۲)، تاب‌آوری (مونز و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش پریشانی روان‌شناختی کارکنان (پرودنزی و همکاران، ۲۰۲۲)، بهبود عملکرد و کیفیت شغلی (داف و همکاران، ۲۰۱۶) و ... اثربخش است.

واقعیت‌درمانی (reality therapy) نیز بر نظریه انتخاب استوار است و گلاسر (۲۰۰۶) آن را برای مسایل و مشکلات روان‌شناختی به کار برد. بر اساس نظریه انتخاب، انسان از ۵ نیاز اساسی برخوردار است: (۱) عشق و تعلق خاطر، (۲) قدرت، (۳) آزادی، (۴) تفریح و (۵) نیاز به بقا. بر اساس این نظریه، هر فرد زمانی می‌تواند احساس خوشنودی و رضایت کند که بتواند نیازهای خود را به‌طور مؤثر برآورده سازد (کاپوتو و همکاران، ۲۰۲۱). در واقعیت‌درمانی 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 رسیدن به هویت موفق، مورد تأکید قرار گرفته است (هاسکینز و اپلینگ، ۲۰۱۷). در این رویکرد رفتار نوعی انتخاب است که توسط فرد صورت می‌گیرد و هر فردی در برابر انتخاب‌هایش مسئول است (یائو و همکاران، ۲۰۱۷). در واقعیت‌درمانی هدف عمده برانگیختن مراجع به اقدامات عملی برای تغییر شرایط کنونی است؛ زمانی که مراجع درمی‌یابد که اعمال و عملکردش با خواسته‌ها و اهدافش هماهنگی ندارد، به این سمت سوق داده می‌شود که اعمال، رفتار و برنامه‌های جایگزین را طراحی کند (یائو و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که واقعیت‌درمانی بر طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی از جمله شاخص‌های سلامت روانی (امیلکامپ و میربروگر، ۲۰۲۱)، کاهش فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی کاری (ووبولدینگ، ۲۰۱۷؛ نانز، ۲۰۲۱) و تعارض کار- خانواده و بهزیستی روان‌شناختی (وینولوگیل و همکاران، ۲۰۲۱) اثربخش است.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در سلامت روانی، رسیدن به زندگی غنی و معنادار از طریق رها کردن قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات گردیده و تحمل افکار و احساسات دردآور، به‌طوری که تأثیر و نفوذ کمتری داشته باشند و همچنین روشن کردن ارزش‌ها در جهت هدایت و برانگیختن افراد برای انتخاب اهداف و انجام اعمالی که زندگی را پربار می‌کند، مؤثر است. در صورتی که واقعیت‌درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل کردن آن به منبع کنترل درونی، به فرد می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آینده آنها نه در اتفاقات گذشته زندگی، بلکه در دستان خود آنهاست و می‌توانند آینده خود را همان‌گونه که دوست دارند؛ رقم بزنند. کانون مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افکار و شناخت‌واره‌ها است در حالی که واقعیت‌درمانی بیشتر بر اعمال و فعالیت فرد تمرکز دارد. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به بررسی فرآیند افکار و تأثیر چسبندگی به افکار ناکارآمد و نقش آن بر هیجان‌ها و رفتارهای فرد می‌پردازد. از این رو تأکید این رویکرد بر فرآیند فکر و فرآورده‌های آن است در حالی که برای واقعیت‌درمانی عمل و اقدامات فرد، کانون مداخلات محسوب می‌شود، بنابراین توجه به مدل انعطاف‌پذیری در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و توجه به مکان کنترل درونی در رویکرد واقعیت‌درمانی، خلا پژوهشی در خصوص اثربخشی و مقایسه این دو رویکرد بر تربیت شهروندی کارکنان و اثرات غیرقابل انکار آنها بر افراد و سازمان‌ها زمینه‌ای شد تا این مطالعه با مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تربیت شهروندی در بین کارمندان شهر بوشهر انجام شود.

• روش

روش انجام پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. رویکردهای مبتنی بر واقعیت‌درمانی و پذیرش و تعهد به‌عنوان سطوح متغیر مستقل و تربیت شهروندی به‌عنوان متغیر وابسته بودند. جامعه آماری پژوهش کلیه کارمندان رسمی، پیمانی و قراردادی شهر بوشهر در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از کارمندان شهر بوشهر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا با انتشار فراخوان در دستگاه‌های اجرایی، کارمندان سازمان‌های که مایل به مشارکت در این پژوهش بودند مشخص شدند. در ادامه ۴۵ نفر از کارمندان در دسترس که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به‌عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: نداشتن اختلالات روان‌شناختی شدید، عدم استفاده از داروهای اعصاب و روان و امضا فرم موافق شرکت در جلسات آموزشی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: نبود همکاری در هر یک از مراحل پژوهش، مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی و مصرف مواد، بیماری جسمی حاد یا مزمن که مانع شرکت در جلسات آموزشی شود، غیبت بیش از دو جلسه متوالی و یا غیرمتوالی. در خصوص انتخاب نمونه، با توجه به طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل که از سری طرح‌های نیمه‌آزمایشی است، با استفاده از نرم افزار

G*Power با توجه به سطح معناداری $\alpha=0/05$ ، احتمال رد فرض صفر خطای $0/95$ ، اندازه اثر $0/60$ ، تعداد گروه‌های مورد مطالعه (۳) و تعداد متغیرهای وابسته، حجم نمونه ۴۵ نفر برآورد شد.

ابزارها

پرسشنامه تربیت شهروندی: برای سنجش تربیت شهروندی از پرسشنامه تربیت شهروندی (تابش، ۱۳۹۱) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۸ ماده است و هدف آن بررسی تربیت شهروندی در افراد از ابعاد مختلف قانون‌گرایی، روحیه مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به نفس است که در طیف لیکرت پاسخ داده می‌شود. در پژوهش تابش (۱۳۹۱)، روایی صوری این پرسشنامه تأیید و اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ تأیید شد. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار (همسانی درونی) پرسشنامه تربیت شهروندی به روش آلفای کرونباخ $0/86$ به دست آمد. همچنین مقادیر ضرایب همسانی درونی متغیرهای قانون‌گرایی $0/75$ ، روحیه مشارکت‌جویی $0/70$ ، مسئولیت‌پذیری $0/72$ و اعتماد به نفس $0/74$ به دست آمد. همان‌طور که گفته شد، اعضای هر سه گروه طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه پژوهش را تکمیل کردند. ضمن اینکه گروه آزمایش (۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش اصول واقعیت‌درمانی (گلاسر، ۲۰۰۶؛ غلامی و همکاران، ۱۳۹۲) و گروه آزمایش (۲) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش اصول رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (فلکس‌من و همکاران، ۲۰۱۳) را مطابق جدول (۱) دریافت کردند. در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی را در زمان انجام پژوهش دریافت نکرد.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (فلکس‌من و همکاران، ۲۰۱۳)

و رویکرد مبتنی بر واقعیت‌درمانی (گلاسر، ۲۰۰۶؛ غلامی و همکاران، ۱۳۹۲)

رویکرد مبتنی بر واقعیت‌درمانی	رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد
معرفی، آشنایی گروه با یکدیگر، بیان اهداف و قوانین گروه. معرفی واقعیت‌درمانی.	جلسه اول: آشنایی گروه با هم، بیان اهداف و قوانین گروه. معرفی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد.
آشنایی اعضا با هویت خود و انواع هویت و ویژگی‌های هویت موفق و هویت شکست. توضیح تئوری انتخاب.	جلسه دوم: معرفی سه موج رفتارگرایی، اهداف اکت، مفهوم کارایی، آشنایی با آسیب‌شناختی مرکزی در اکت.
آشنایی با مفهوم رفتار کامل و چگونگی پذیرش مسئولیت رفتارهای خود و اهمیت مسئولیت‌پذیری در زندگی.	جلسه سوم: آشنایی با ناامیدی‌سازنده، معرفی ۶ فرآیند اصلی اکت، معرفی ذهن‌آگاهی، بیان استعاره‌ها و انجام تمرین‌های آن.
آشنایی با نیازهای اساسی و تأثیر آنها در زندگی. آشنایی با مفهوم دنیای کیفی و دنیای مطلوب و رابطه آن با نیازهای اساسی.	جلسه چهارم: معرفی مبحث پذیرش در اکت، رابطه هم‌جوشی با پذیرش، اهداف پذیرش و تمایل، شکل‌گیری پذیرش و رضایت‌مندی.
آشنایی با طرح‌ریزی حل مشکل و برنامه‌ریزی جهت زندگی حال حاضر خود. توضیح ضرورت ارتباط و تعامل با دیگران، عادت‌های رفتاری و مزایای استفاده از این رفتارها در سازمان.	جلسه پنجم: آشنایی با چگونگی تولید و تأثیر فکر، اجتناب تجربی، چگونگی تضعیف کردن آمیختگی شناختی (هم‌جوشی‌زدایی)، مهارت واقعیت‌زدایی از افکار، تکنیک‌های جداسازی افکار.
آشنایی با شیوه تعهد نسبت به انجام و عمل کردن طرح و برنامه‌ها، مطرح نمودن تربیت شهروندی و تأثیر آن روی سازمان و ارتباط و تعامل با دیگران.	جلسه ششم: آشنایی با انواع خود (خود مفهوم‌سازی‌شده، خود به‌عنوان یک فرآیند، خود به‌عنوان چشم‌انداز)، خودمشاهده‌گری در اکت.
آشنایی با عدم پذیرفتن عذر و بهانه در خصوص اجرای طرح‌ها و برنامه‌های انتخاب شده. به‌کارگیری روش WDEP برای بررسی روند ارضای نیازهای اساسی از طریق رفتار کامل.	جلسه هفتم: تعریف ارزش‌ها، اهداف و تفاوت آن با ارزش‌ها، واضح‌سازی ارزش‌ها، زیستن مطابق ارزش‌ها، فهرست و رتبه‌بندی و آزمون ارزش‌ها در تربیت شهروندی.
خودارزیابی و تمرین یادگیری‌ها، جمع‌بندی مطالب طرح شده. طرح‌ریزی یک رفتار جدید تربیت شهروندی. اجرای پس‌آزمون.	جلسه هشتم: آشنایی با اقدام متعهدانه، رابطه اقدام متعهدانه با ارزش‌ها، تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها در اقدام متعهدانه، مراحل طراحی، الگو و انجام عمل متعهدانه در تربیت شهروندی. جمع‌بندی و پایان کارگاه. اجرای پس‌آزمون.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۶ استفاده شد که این تجزیه و تحلیل اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی به مرحله اجرا درآمد. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار ارائه شد و در سطح استنباطی نیز برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و همچنین آزمون‌های تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

• یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش نشان داد که ۵۳ درصد شرکت‌کنندگان را مردان و ۴۷ درصد را زنان شامل شده‌اند. میانگین و انحراف معیار سنی کارمندان شرکت‌کننده در مطالعه در گروه آزمایشی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۹/۲۶ و ۹/۱۵، در گروه آزمایشی واقعیت‌درمانی ۴۰/۲۶ و ۸/۲۵ و در گروه کنترل ۴۰/۴۶ و ۷/۶۰ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سابقه کاری کارمندان شرکت‌کننده در مطالعه در گروه آزمایشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲/۶۰ و ۷/۵۳، در واقعیت‌درمانی ۱۳/۸۰ و ۸/۲۳ و در گروه کنترل ۱۳/۱۳ و ۷/۸۴ بود.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره کل تربیت شهروندی در گروه آزمایشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش‌آزمون ۶۰/۸۷ و ۹/۰۰ در مرحله پس‌آزمون ۷۸/۸۰ و ۵/۷۱، در واقعیت‌درمانی در مرحله پیش‌آزمون ۶۳/۲۰ و ۶/۰۰ در مرحله پس‌آزمون ۷۵/۲۷ و ۶/۲۹ و در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ۵۷/۸۷ و ۱۱/۶۴ و در مرحله پس‌آزمون ۵۸/۷۳ و ۱۱/۷۶ بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات تربیت شهروندی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در بین کارمندان شهر بوشهر

متغیر	پذیرش و تعهد		واقعیت‌درمانی		کنترل	
	SD	M	SD	M	SD	M
تربیت شهروندی	۶۰/۸۷	۹/۰۰	۶۳/۲۰	۶/۰۰	۵۷/۸۷	۱۱/۶۴
پیش‌آزمون	۷۸/۸۰	۵/۷۱	۷۵/۲۷	۶/۲۹	۵۸/۷۳	۱۱/۷۶
پس‌آزمون						

به‌منظور پاسخگویی به فرضیه این پژوهش که بین واقعیت‌درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد از نظر اثربخشی بر تربیت شهروندی کارمندان شهر بوشهر، تفاوت وجود دارد؛ از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد، بنابراین، پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس چندمتغیره را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. نتایج نشان داد که فرض برابری شیب‌های رگرسیون در پس‌آزمون برای متغیر تربیت شهروندی ($F=۲/۹۴$ ، $sig=۰/۰۹$)، تأیید می‌شود، نتایج آزمون ام باکس نشان داد که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس ($F=۲/۲۹$ ، $sig=۰/۰۰۱$)، تأیید نمی‌کند. آزمون لون نشان داد که فرض برابری خطای واریانس در متغیر تربیت شهروندی در پس‌آزمون ($F=۰/۶۴$ ، $sig=۰/۵۳$)، تأیید می‌شود. بنابراین می‌توان برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد.

حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. نتایج جدول ۳ نشان داد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، تأثیر آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش رویکرد مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر قانون‌گرایی، مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری، اعتماد به نفس و کل تربیت شهروندی معنادار بود. ضریب اتا نشان می‌دهد که ۶۳/۸ درصد واریانس قانون‌گرایی، ۵۷/۸ درصد واریانس مشارکت‌جویی، ۵۳/۹ درصد واریانس مسئولیت‌پذیری، ۴۰/۹ درصد واریانس اعتماد به نفس و ۸۱/۶ درصد واریانس کل تربیت شهروندی توسط آموزش‌های رویکرد پذیرش و تعهد و رویکرد واقعیت‌درمانی قابل تبیین است.

تأثیر رویکرد آموزش پذیرش و تعهد و آموزش رویکرد واقعیت‌درمانی بر نمرات مؤلفه‌های تربیت شهروندی ($P<۰/۰۰۱$)، $F=۸۴/۲۷$ ، $F(۳۸, ۲)$ معنادار است. اندازه اثر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تربیت شهروندی ۷۹ درصد و رویکرد واقعیت‌درمانی ۷۰ درصد بوده است. همچنین نتایج تحلیل بین‌آزمودنی برای مؤلفه قانون‌گرایی ($F(۳۸, ۲)=۳۳/۴۸$ ، $P<۰/۰۰۱$)، مشارکت‌جویی ($F(۳۸, ۲)=۲۶/۰۶۴$ ، $P<۰/۰۰۱$)، مسئولیت‌پذیری ($F(۳۸, ۲)=۲۲/۲۲$ ، $P<۰/۰۰۱$) و اعتماد به نفس ($F(۳۸, ۲)=۱۳/۱۴$ ، $P<۰/۰۰۱$)، به دست آمد که بیانگر آن است که در مؤلفه‌های تربیت شهروندی بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود داشته است. این تفاوت‌ها در ادامه با استفاده از آزمون بونفرونی در گروه‌های آزمایش و گواه در ۲ زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج به‌دست آمده از آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در مرحله پس‌آزمون در نمرات قانون‌گرایی، مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری، اعتماد به نفس و نمره کل تربیت شهروندی بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تفاوت وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). به بیان دیگر، گروه‌های آزمایشی پس از دریافت مداخلات آموزشی در مرحله پس‌آزمون در تربیت شهروندی و مؤلفه‌های آن نمرات بالاتری به‌دست آوردند. همچنین، در مؤلفه‌های مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری، اعتماد به نفس و نمره کل تربیت شهروندی بین

گروه‌های آزمایشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد واقعیت درمانی گروهی نوین تفاوت وجود دارد که بیانگر آن است که آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با آموزش رویکرد مبتنی بر واقعیت درمانی بر روی مؤلفه مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری، اعتماد به نفس و نمره کل تربیت شهروندی تأثیر بیشتری داشته است. همچنین، در مؤلفه قانون‌گرایی بین گروه‌های آزمایشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد مبتنی بر واقعیت درمانی گروهی نوین تفاوت وجود ندارد؛ که بیانگر آن است که این دو رویکرد به یک اندازه بر ارتقا قانون‌گرایی تأثیر داشته‌اند (جدول ۴).

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های تربیت شهروندی در گروه‌های آزمایشی و

گواه در بین کارمندان شهر بوشهر

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	Partial η^2
قانون‌گرایی	۱۵۷/۳۱	۳۸، ۲	۷۸/۶۵	۳۳/۴۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۳	
مشارکت‌جویی	۱۰۳/۲۸	۳۸، ۲	۵۱/۶۴	۲۶/۰۶۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۵۷	
مسئولیت‌پذیری	۹۴/۳۲	۳۸، ۲	۴۷/۱۶	۲۲/۲۲	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۵۳	
اعتماد به نفس	۱۴۹/۸۹	۳۸، ۲	۷۴/۹۴	۱۳/۱۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۱	
				<i>Partial η^2 RT=۰/۶۹</i>		<i>Partial η^2 ACT=۰/۷۹</i>	

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرنی به منظور مقایسه زوجی تربیت شهروندی و مؤلفه‌های آن در پس‌آزمون در بین کارمندان شهر بوشهر

متغیر	گروه	(I-J)	SE	P
قانون‌گرایی	پذیرش و تعهد	۰/۵۹	۰/۶۰	$P < ۰/۹۹۳$
	واقعیت درمانی	۴/۸۱	۰/۶۳	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۴/۲۲	۰/۶۲	$P < ۰/۰۰۱$
مشارکت‌جویی	پذیرش و تعهد	۱/۹۶	۰/۵۵	۰/۰۰۳
	واقعیت درمانی	۴/۲۲	۰/۵۷	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۲/۲۶	۰/۵۷	$P < ۰/۰۰۱$
مسئولیت‌پذیری	پذیرش و تعهد	۰/۸۵	۰/۵۷	$P < ۰/۴۳۲$
	واقعیت درمانی	۳/۸۷	۰/۶۱	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۳/۰۱	۰/۵۹	$P < ۰/۰۰۱$
اعتماد به نفس	پذیرش و تعهد	۰/۹۷	۰/۹۳	۰/۹۰۶
	واقعیت درمانی	۴/۸۴	۰/۹۹	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۳/۸۷	۰/۹۷	$P < ۰/۰۰۱$
تربیت شهروندی	پذیرش و تعهد	۴/۲۸	۱/۵۳	$P < ۰/۰۲۴$
	واقعیت درمانی	۱۷/۲۷	۱/۳۸	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۱۲/۹۹	۱/۳۸	$P < ۰/۰۰۱$

• بحث

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد مبتنی بر واقعیت درمانی بر تربیت شهروندی در بین کارمندان شهر بوشهر بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات تربیت شهروندی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت در مقایسه گروه‌های آزمایشی نیز خود را نشان داد، به طوری که مقایسه زوجی نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین میانگین گروه پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در متغیرهای مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به نفس، تفاوت معنادار وجود داشته است، ولی میانگین نمرات قانون‌گرایی در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر نشان نداد. بر اساس میانگین‌های تعدیل شده، آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به آموزش رویکرد مبتنی بر واقعیت درمانی در تربیت شهروندی اثربخشی بهتری داشته است. به طور مشخص پژوهشی که تا قبل از این، تأثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد مبتنی بر واقعیت درمانی را بر تربیت شهروندی مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. نتایج اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشارکت‌جویی در پژوهش حاضر، با پژوهش بزازیه و همکاران (۱۳۹۷)، هم‌خوانی دارد.

در تبیین این موضوع می‌توان به فرآیند «ارزش‌ها» در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود. مؤلفه‌های تربیت شهروندی چنانچه در لیست ارزش‌های افراد قرار گیرند، تبدیل به عملی مداوم می‌شوند که هیچ‌گاه متوقف نمی‌شوند، و به صورت قطب‌نمای رفتاری افراد درمی‌آیند. افراد به‌دنبال آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد توانستند مشارکت‌جویی را در لیست ارزش‌های خود قرار دهند و سپس روابط رفتار- محیط جدیدی را در محل سازمان مبتنی بر مشارکت‌جویی ایجاد کردند که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در محل کار نیز شد. همچنین انتخاب مؤلفه‌های شهروندی به‌عنوان ارزش‌ها، باعث افزایش مسئولیت‌پذیری افراد شد؛ چرا که در این صورت پذیرفته‌اند توان پاسخگویی و قبول مسئولیت رفتار بر اساس این ارزش‌ها را نیز دارند، در این صورت عمل بر اساس تربیت شهروندی به خود افراد بستگی دارد و نوعی رهابخشی را به آنها می‌دهد؛ چرا که درمی‌یابند توانایی انتخاب مسیرهای مختلف که منجر به نتایج مختلف می‌شود، با قبول مسئولیت عواقب انتخاب این مسیرها را دارا هستند. در این صورت همیشه می‌توانند پاسخگویی اعمال و کردار و رفتار خود باشند. رفتار بر اساس تربیت شهروندی به‌عنوان ارزش‌ها در شرایط و موقعیت‌های مختلف، افراد را درگیر پاسخگو بودن می‌کند و در ارزیابی رفتار خود، متوجه درست و یا انحرافی بودن مسیری که انتخاب کرده‌اند، شده و این مهارت را پیدا می‌کنند حتی زمانی که از مسیر خارج شده‌اند و برخلاف ارزش‌ها گام برداشته‌اند، بتوانند به مسیر درست برگردند. این موضوع باعث افزایش اعتماد به نفس افراد هم می‌شود چرا که شکست، آنها را ناامید نمی‌کند؛ بلکه با پذیرش اینکه به‌خاطر عمل نکردن مطابق ارزش‌ها دچار شکست شده‌اند، مسئولیت شکست خود را پذیرا بوده و با درس گرفتن از شکست، مسیر خود را تصحیح و به راه خود ادامه می‌دهند.

همچنین هم‌جوشی‌زدایی به افزایش اعتماد به نفس کمک می‌کند. با آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد با اجتناب تجربه‌ای و هم‌جوشی با افکار و احساسات آشنا شدند. با آموزش راه‌ها و تکنیک‌های تضعیف‌کردن آمیختگی شناختی (هم‌جوشی‌زدایی)، توانستند از این هم‌جوشی‌ها در زندگی خود فاصله بگیرند و از طریق فاصله گرفتن و صرفاً مشاهده افکار، رابطه خودشان را با آنها تغییر دهند و بدین طریق باعث افزایش اعتماد به نفس خود شوند. به توانایی‌ها، ظرفیت‌ها، قضاوت‌ها و اعتقادات خود در مواجهه صحیح و اصولی با مسائل و مشکلات و چالش‌ها، اعتماد کنند و بدین وسیله انرژی و انگیزه بیشتری برای فعالیت‌های مبتنی بر ارزش‌های خود برای رسیدن به اهدافشان، به‌دست بیاورند.

در پژوهش حاضر شاهد تأثیر آموزش رویکرد مبتنی بر واقعیت‌درمانی روی تربیت شهروندی بودیم، به‌طوری‌که مؤلفه‌های تربیت شهروندی کارمندان پس از این آموزش افزایش یافت. در تبیین این موضوع می‌توان به تئوری انتخاب در تربیت شهروندی اشاره کرد. در تئوری انتخاب، نیازها منبع و سرچشمه نهایی و بنیادین انگیزه انسان هستند که برای برآورده شدن موفقیت‌آمیز این نیازها باید از کنترل بیرونی جدا شده و تحت کنترل درونی قرار بگیرند. از جمله این نیازها عشق و احساس تعلق است. با برجسته شدن این نیاز، حس مشارکت‌جویی و تعلق در افراد ایجاد و تقویت می‌شود. از جمله «احساس تعلق شغلی» آنها تسهیل می‌شود و بدین‌گونه می‌توانند با سازمان و اجتماع، رابطه معنادار و رضایت‌بخشی بوجود بیاورند. همچنین در پی آموزش رویکرد مبتنی بر واقعیت‌درمانی شاهد افزایش اعتماد به نفس افراد نیز بودیم. آنها پس از آشنایی با «نیاز به قدرت» و پیدا کردن درک درستی از آن دریافتند که این نیاز علاوه بر نیاز به کسب قدرت و ثروت، شامل تأثیرگذاری و موفقیت و نیز نیاز به توانایی انجام کارها نیز است. این نیاز همچنین حس موفقیت، پیشرفت، افتخار، اهمیت و خودارزشمندی و خودشکوفایی را نیز شامل می‌شود (صاحبی، ۱۳۹۸). جلب توجه افراد به قابلیت‌ها و توانایی‌های خود در سازمان و اجتماع و توانایی انجام موفقیت‌آمیز فعالیت‌های سازمانی و اجتماعی باعث ارضای نیاز به قدرت در نزد افراد شد و در نتیجه افزایش اعتماد به نفس آنها را فراهم آورد.

همچنین جدا شدن از کنترل بیرونی و آزادی انتخاب، قانون‌پذیری را نیز برای افراد تسهیل کرد چرا که توانستند بین برآورده کردن نیازهای خود و رعایت نیازهای دیگران، تعادل ایجاد کنند و ارضای نیازهایشان را به شکلی دنبال کنند که از ارضای نیازهای دیگران جلوگیری نکند؛ و بدین‌گونه رعایت قانون را به‌منظور ایجاد تعادل نیازهای خود و دیگران، پذیرا باشند.

برای تأثیرگذاری آموزش مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر تربیت شهروندی می‌توان به سیستم ادراکی در واقعیت‌درمانی نیز اشاره کرد. بر این اساس در آموزش واقعیت‌درمانی، نخست اطلاعات مفید و مؤثری درباره تربیت شهروندی از جمله قانون‌پذیری، مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به نفس به گروه داده شد که باعث شناخت اعضا از نیازهایشان گردید و سپس آنها آزادانه روش‌های ارضای

نیازهایشان را شناسایی و مسئولانه با قانون‌پذیری و مشارکت‌جویی و همراه با اعتماد به‌نفس در ارضای این نیازها قدم برداشتند. به عبارتی با اطلاعات داده شده، نخست «دانش کلی» آنها درباره تربیت شهروندی شناسایی و سپس در مرحله «ارزش‌گذاری»، اهمیت آن در شناخت واقعیت بیرونی درک شد. در این صورت است که مؤلفه‌های تربیت شهروندی می‌تواند برای افراد رضایت‌بخش باشد؛ چرا که آنها را با تصاویر دنیای مطلوب‌شان هماهنگ و این دریافت‌ها را در «گنجینه ذهنی» یا «دنیای دریافتی» به‌عنوان ادراکات مطلوب ذخیره می‌کند؛ و آنها را به‌عنوان ارضاکنده نیازهایشان در انبار دنیای مطلوب‌شان نگه می‌دارند.

• نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش رویکردهای واقعیت‌درمانی و پذیرش و تعهد بر تربیت شهروندی کارمندان اثربخش هستند. در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، با قرار گرفتن مؤلفه‌های تربیت شهروندی در لیست ارزش‌های کارمندان و همچنین با به‌کارگیری هم‌جوشی‌زدایی و در نتیجه مواجه شدن کارمندان با افکار و هیجانات، بر قانون‌گرایی، مشارکت‌جویی، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به‌نفس آنان افزوده شد و توانستند این مؤلفه‌ها را به عملی مداوم در محل کار تبدیل کنند. در رویکرد واقعیت‌درمانی؛ تفکیک بین کنترل درونی با بیرونی، شناخت نیازهای اساسی از جمله نیاز عشق و احساس تعلق و نیاز به قدرت و همچنین آشنایی با سیستم ادراکی، کارمندان دریافته‌اند که چگونه می‌توانند از واقعیت‌درمانی به‌منظور افزایش مؤلفه‌های تربیت شهروندی در محیط کار استفاده و با اقدامات عملی در جهت تغییر شرایط کنونی، اعمال و عملکردشان را با خواسته‌های خود در سازمان هماهنگ کنند و با طراحی و اعمال برنامه‌های جایگزین، به هویت موفقی دست یابند.

پژوهش حاضر همراه با محدودیت‌هایی بوده است که از مهم‌ترین آن نبود امکان بررسی متغیرهای دیگر روان‌شناختی در این زمینه، نبود کنترل متغیرهای تعدیل‌کننده و مداخله‌کننده‌های دیگر در حین انجام مطالعه و محدود بودن روش نمونه مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس بودند. همچنین این پژوهش به‌طور خاص در مورد کارمندان شهر بوشهر انجام گرفت و بنابراین باید در تعمیم نتایج محتاط بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران در ادارات برای توانمندسازی کارمندان از رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بهره‌گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود کارایی آموزش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی روی متغیرهای دیگر مربوط به این گروه از افراد بررسی شود.

• تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از یافته‌های پژوهشی رسالهٔ مقطع دکتری رشتهٔ روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر است. از کلیهٔ مسئولان و کارکنان اداره‌های کل استان بوشهر که در انجام پژوهش از هیچ‌گونه کمک و حمایتی دریغ نکردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

• تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع در زمینه تألیف و انتشار این مقاله وجود ندارد.

• منابع

- Ajeya, J; Sayadshirai, M; Lavasani, Massoud; Kasaei, A. (2017). Comparing the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on reducing anxiety symptoms of mothers with autistic children. *Journal of Psychology*, 85, Year 22, Number 1. 3-21. (In Persian)
- Arababi, F; Sarvani, S; Zainlipour, M; Hashemi, A. (2022/1401 s.c.). The effectiveness of mindfulness based on cognitive therapy on psychological well-being, quality of life and resilience in couples with marital conflicts. *Journal of Psychology*, 102, Year 26, Number 2: 149-140. (In Persian)
- Balvardi, T., & Balvardi, Z. (2012/1391 s.c.). Spirit of Partnership among University Students Studying the Influential Factors Case of: Islamic Azad University District Seven of the Country. *Iranian Journal of Sociology*, 13(3), 57-82. (In Persian)
- Bezazieh, Sh. Ahmadi, A; Bafandeh, H (2018/1397 s.c.). The effectiveness of education based on acceptance and commitment on social trust, social health and social boldness in teenagers. Shahid Madani University of Azerbaijan, <https://ganj.irandoc.ac.ir>. (In Persian)
- Cogan, J., Derricott, R., & Derricott, R. (2014). *Citizenship for the 21st century: An international perspective on education*. Routledge.

- Danai Fard, H.; Azar, A.; Salehi, H (2019/1391s.c.). Lawlessness in Iran: Explaining the role of political, economic, legal, managerial, and socio-cultural factors, *Police Knowledge Journal*, 11(3), 11-25. (In Persian)
- Dehghan, A.; Gholam Ali Lavasani, M.; Madani, Y. (2017/1396 s.c.). The relationship between communication beliefs and marital distress: The mediating role of mindfulness. *Journal of Psychology* / 87, year 22, number / 3: 357-344. (In Persian)
- Duff, H., Larsson, A., & McHugh, L. (2016). Evaluations of self-referential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of contextual behavioral science*, 5, 39-47.
- Emmelkamp, P., & Meyerbröker, K. (2021). Virtual Reality Therapy in Mental Health. *Annual review of clinical psychology*, 17, 495-519. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115923>.
- Flexman, P.; Bund F.; Liom, F. (2016/1395 s.c.) Act in the workplace. Translated by Moeen, S; Yazidi, R.; Abedi, M.. Kavashiar Publications, Jungle Publications. (In Persian)
- Gholami Hyderabad, Z; Navani-Najad, S.; Shafi Abadi, A. and Delavar, A. (2013/1392s.c.). Effectiveness comparison of Group Consultation with two approaches: reality therapy and positivism to increase tirelessness of mothers who have blind child. *Educational Administration Research*, 4(15), 57-76. (In Persian)
- Glasser, W. (2006). *Choice Theory*, New York: Harper Collins.
- Glasser, W. (2019/1398 s.c.). *Reality Therapy*. Translated by Sahibi, A. Sayeh Sokhan Publications. Fifth Edition. (In Persian)
- Hardcastle, S. J., Tye, M., Glassey, R., & Hagger, M. S. (2015). Exploring the perceived effectiveness of a life skills development program for high-performance athletes. *Psychology of sport and Exercise*, 16, 139-149.
- Han, J., Zhang, L., Liu, Y., Zhang, C., Zhang, Y., Tang, R., & Bi, L. (2022). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy programmed on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *Journal of nursing management*, 10.1111/jonm.13696. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13696>.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (2nd ed.)*. New Harbinger Publications.
- Knight, L. & Samuel, V. (2022). Acceptance and commitment therapy interventions in secondary schools and their impact on students' mental health and well-being: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 90-105. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.06.006>.
- Liu, X., Xu, Y., & Herrera, F. (2019). Consensus model for large-scale group decision making based on fuzzy preference relation with self-confidence: Detecting and managing overconfidence behaviors. *Information Fusion*, 52, 245-256.
- Moens, M., Jansen, J., De Smedt, A., Roulaud, M., Billot, M., Laton, J., Rigoard, P., & Goudman, L. (2022). Acceptance and Commitment Therapy to Increase Resilience in Chronic Pain Patients: A Clinical Guideline. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(4), 499. <https://doi.org/10.3390/medicina58040499>.
- Nasim, S. (2020/1398 s.c.). The Effect of Problem-Solving Training on the Students Stress Coping Strategies and Responsibility. *Social Cognition*, 8(2), 100-120. doi: 10.30473/sc.2020.47592.2411. (In Persian)
- Nunez, K. (2021, June 17). Reality therapy techniques, benefits, and limitations. Healthline. Retrieved November, 3, 2021, from <https://www.healthline.com/health/reality-therapy#limitations>
- Prudenzi, A., Graham, C. D., Flaxman, P. E., Wilding, S., Day, F., O'Connor, D. B. (2022) A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* 17(4), e0266357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266357>.
- Redelinguys, K., Rothmann, S., & Botha, E. (2019). Flourishing at-Work: The role of positive organizational practices. *Psychological reports*, 122(2), 609-631.
- Tabesh, A. (2012/1391s.c.). Examining and comparing the concepts of citizenship education among student and non-student youth of Bonab city. Payam Noor University, Department of Social Sciences, Bachelor thesis. (In Persian)
- Veugelers, W. (2020). How globalization influences perspectives on citizenship education: from the social and political to the cultural and moral. <https://doi.org/10.1080/03057925.2020.1716307>, 51(8), 1174-1189. <https://doi.org/10.1080/03057925.2020.1716307>
- Vinolo Gil, M. J., Gonzalez-Medina, G., Lucena-Anton, D., Perez-Cabezas, V., Ruiz-Molinero, M., & Martín-Valero, R. (2021). Augmented Reality in Physical Therapy: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR serious games*, 9(4), e30985. <https://doi.org/10.2196/30985>
- Wubbolding, R. E. (2017). *Reality therapy and self-evaluation: The key to client change*. American Counseling Association.
- Yao, Y., Chen, P., Li, C.R., Hare, T.A., Li, S., Zhang, J., Liu, L., Ma, S., & Fang, X. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210-216.

هیجان‌های معرفتی در طی فعالیت‌های حل مسأله ریاضی در میان کودکان با ناتوانی یادگیری در ریاضی

Epistemic Emotions During Math Problem-Solving Among Children with Learning Disability in Mathematics

Azadeh Pourrazagh, MSc

Hamidreza Hassanabadi, Ph.D[✉]

Mehdi Arabzadeh, Ph.D

آزاده پوررزاق^۱

حمیدرضا حسن‌آبادی^۲

مهدی عربزاده^۱

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of the level of difficulty of math questions on epistemic emotions and compare it between students with mathematical disability and high achievement during math problem-solving. The research method was causal-comparative and the statistical population included all the male and female students of 5th and 6th grade in Shiraz, which according to the purpose of the research, 15 students with mathematical disabilities (5 girls and 10 boys) and 15 strong students in mathematic (6 girls and 9 boys) were selected in a three-step process. After presenting mathematical problems at different levels of difficulty to both groups, Pakran et al.'s Epistemically-Related Emotion Scale (2016) was used to measure the types of epistemic emotions of students in connection with the answer to each problem. The results of data analysis using the repeated measurement ANOVA method showed that with the increase in the difficulty of the problems, the negative emotions of anxiety, frustration, and boredom in the group with learning disabilities increased and the emotion of surprise decreased compared to the strong group. But there was no significant difference in the pleasure and curiosity between the two groups. These findings show that the difficulty of the questions is significant, interestingly, the math disabilities, in addition to the level of difficulty, plays significant role in inducing these emotions.

Keywords: Epistemic emotions, Math problem solving, mathematics learning disabilities, elementary school

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه تأثیر سطح دشواری مسئله‌های ریاضی بر هیجان‌های معرفتی و مقایسه آن بین دانش‌آموزان دارای ناتوانی ریاضی و دانش‌آموزان قوی پایه پنجم و ششم در طی حل مسئله ریاضی بود. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر و پسر پایه پنجم و ششم شهر شیراز بود که با توجه به هدف پژوهش ۱۵ دانش‌آموز دارای ناتوانی ریاضی (۵ دختر و ۱۰ پسر) و ۱۵ دانش‌آموز قوی (۶ دختر و ۹ پسر) در یک فرایند سه مرحله‌ای انتخاب شدند. پس از ارائه مسئله‌های ریاضی در سطوح دشواری متفاوت به هر دو گروه، از مقیاس هیجان‌های معرفتی پکران و همکاران (۲۰۱۶)، جهت سنجش انواع هیجان‌های معرفتی دانش‌آموزان در ارتباط با پاسخ به هر مسئله استفاده شد. نتایج تحلیل داده‌ها با روش اندازه‌گیری مکرر نشان داد با افزایش دشواری مسئله‌ها، هیجان‌های منفی اضطراب، ناامیدی و بی‌حوصلگی در گروه با ناتوانی یادگیری نسبت به گروه قوی افزایش و هیجان تعجب کاهش یافته است. اما در هیجان کنجکاوی و لذت بین این دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد. این یافته‌ها در مجموع نشان می‌دهد که دشواری مسئله‌ها نقش بسزایی در هیجان‌های معرفتی دارد. جالب این‌که، علاوه بر سطح دشواری، ناتوانی ریاضی نیز نقش پررنگی در شدت بروز این هیجان‌ها نشان داد.

واژه‌های کلیدی: هیجان‌های معرفتی، حل مسئله ریاضی، ناتوانی ریاضی، کودکان ابتدایی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۷/۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۲/۶

۱. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند افراد با ناتوانی یادگیری ریاضی (mathematic learning disability) علاوه بر مشکلات شدید در فرایندهای شناختی مرتبط با محاسبات و حل مسئله ریاضی (اندرسون، ۲۰۱۰؛ فانگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ گیری، ۲۰۱۰) در واکنش‌های هیجانی نیز مشکلاتی دارند (سیدریدیس و همکاران، ۲۰۰۶؛ لوفی و دارلوک، ۲۰۰۵). در دو دهه گذشته، بررسی هیجان‌های مرتبط با یادگیری رشد و توسعه پیدا کرده است (پکران و همکاران، ۲۰۰۲) و پژوهش‌ها به اهمیت هیجان‌ها در یادگیری پیچیده و عملکرد شناختی (پکران و همکاران، ۲۰۱۶؛ لینبرک-گارسیا و پکران، ۲۰۱۱) و در سلامت روانی و عملکرد تحصیلی (بارانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۷) اذعان کرده‌اند. در همین راستا، شوتر و لین هارت (۲۰۰۲) معتقدند هیجان‌ها به‌طور عمیق تقریباً هر جنبه‌ای از فرایند آموزش و یادگیری را دربرمی‌گیرد و بنابراین، درک ماهیت هیجان‌ها و عواطف در بافت مدرسه ضروری است.

هیجان‌های دانش‌آموزان تنها عوارض یادگیری نیستند؛ بلکه، بخش جدایی‌ناپذیر یادگیری در تعامل نزدیک با فرایندهای رفتاری و شناختی هستند (دتمرس و همکاران، ۲۰۱۱؛ مایر و ترنر، ۲۰۰۶). با توجه به اهمیت انکارناپذیر هیجان‌ها در یادگیری، پکران (۲۰۰۰، ۲۰۰۶) جامع‌ترین چارچوب نظری را تحت عنوان تئوری کنترل - ارزش هیجان‌های پیشرفت مطرح کرد. پکران و همکاران (۲۰۰۲) هیجان‌های پیشرفت را مجموعه‌ای از فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با هم توصیف کردند که شامل عواطف، شناخت و مؤلفه‌های انگیزشی، روان‌شناختی و واکنش‌های فیزیولوژیکی است. با مطرح شدن این نظریه، پژوهشگران اغلب بر بررسی هیجان‌های پیشرفت همچون امیدواری، غرور، اضطراب، یا شرم مربوط به موفقیت و شکست متمرکز بوده‌اند؛ اما اخیراً، نظریه‌پردازان دامنه هیجان‌ها را به هیجان‌های معرفتی (epistemic emptions) گسترش داده‌اند که موضوع تمرکز آن دانش و دانستن است (مویس و همکاران، ۲۰۱۵). در حین مطالعه و یادگیری، افراد دانش جدید را با دانش قبلی خود مقایسه کرده و در صورت وجود تطابق یا تناقض، هیجان‌هایی از قبیل لذت (pleasure)، تعجب (surprise)، کنجکاوی (curiosity)، اضطراب (anxiety)، سردرگمی (confusion)، ناامیدی (frustration) و یا بی‌حوصلگی (boredom) را تجربه خواهند کرد. بنا بر پیشنهاد معرفت‌شناسان، این حالت‌های عاطفی نشان‌دهنده هیجان‌های معرفتی است، زیرا به کیفیت دانش‌زایی فعالیت‌های شناختی مربوط است (براون و همکاران، ۲۰۰۸؛ مورتون، ۲۰۱۰؛ مویس و همکاران، ۲۰۱۵). این هیجان‌ها می‌توانند به‌طور مثبت یا منفی تأثیر بالایی بر یادگیری و عملکرد تحصیلی داشته باشند (پکران و همکاران، ۲۰۱۶؛ دی‌ملو و همکاران، ۲۰۱۴؛ کانگ و همکاران، ۲۰۰۹). به‌ویژه، هیجان‌هایی همچون تعجب، کنجکاوی، یا سردرگمی درباره اطلاعات متناقض که توسط ویژگی‌های شناختی تکالیف ایجاد می‌شود از اهمیت اساسی برای یادگیری و اکتشاف دانش برخوردار است (وگل و همکاران، ۲۰۲۰؛ پکران و همکاران، ۲۰۱۶). به هر حال، هیجان‌های پیشرفت به‌طور وسیعی در زمینه ریاضی و حل مسئله در میان کودکان با/ بدون ناتوانی یادگیری مورد بررسی قرار گرفته است (اشکرافت و کروس، ۲۰۰۷؛ تورنر و همکاران، ۲۰۱۵؛ دوین و همکاران، ۲۰۱۲؛ وو و همکاران، ۲۰۱۴؛ هولم و همکاران، ۲۰۱۶)؛ اما، پژوهش‌های اندکی در زمینه هیجان‌های معرفتی در طی حل مسئله ریاضی صورت گرفته است.

بنابراین، شناسایی هیجان‌های معرفتی و بررسی تأثیر این هیجان‌ها بر چگونگی عملکرد دانش‌آموزان با توانایی‌های متفاوت و مقایسه آنها می‌تواند چشم‌انداز جدیدی در ارتباط با ماهیت این هیجان‌ها و چگونگی کارکرد آنها در موقعیت‌های آموزشی ایجاد کند و افق تازه‌ای برای ابداع روش‌های کاربردی جدید در آموزش برای معلمان بگشاید (شوریه و همکاران، ۲۰۱۹؛ مویس، پکران و همکاران، ۲۰۱۵). به‌ویژه آنکه، اگر ما هیجان را به‌عنوان یک فرایند موقعیتی و پویا در نظر بگیریم (تورنر و همکاران، ۲۰۱۵) هیجان‌های معرفتی نیز دارای پویایی زمانی هستند که همراه با میزان ناسازگاری و پیچیدگی مسئله‌ها متغیر خواهند بود (پکران و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، به نظر می‌رسد درک ماهیت هیجان‌های معرفتی در بافت مدرسه نیاز به بررسی موقعیتی آن دارد.

از زمینه‌های مهم تحصیلی که هیجان‌های معرفتی در آن بروز می‌کند کلاس درس ریاضی است. زیرا ریاضی یک مهارت مهم تحصیلی با پیچیدگی‌های خاصی است که دامنه متعددی از هیجان‌های معرفتی را بر می‌انگیزد. دانش‌آموزان ممکن است از کلاس ریاضی لذت ببرند، در طی آزمون ریاضی احساس ناامیدی کنند یا اینکه نگران باشند که نمره بد در ریاضی بگیرند (فرنزل و همکاران، ۲۰۰۷؛ هولم و همکاران، ۲۰۱۶). به‌ویژه، کودکان دارای ناتوانی یادگیری ریاضی که اضطراب و هیجان‌های منفی بیشتری را در کلاس درس

ریاضی تجربه می‌کنند (هولم و همکاران، ۲۰۱۶) بیشتر در معرض بروز هیجان‌های معرفتی قرار دارند. بنابراین بررسی این هیجان‌های در موقعیت حل مسئله ریاضی می‌تواند دارای مضامین کاربردی مهمی باشد.

هیجان‌هایی که در طی حل مسأله ریاضی برانگیخته می‌شود در مقوله هیجان‌های معرفتی قرار می‌گیرد (مویس و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌های تجربی حاکی از آن است که هیجان‌های معرفتی می‌تواند تأثیرگذاری بالایی بر یادگیری و عملکرد تحصیلی داشته و فرآیند یادگیری را محدود یا تسهیل کنند (پکران و همکاران، ۲۰۱۶؛ دی‌ملو و همکاران، ۲۰۱۴؛ زاهد و چراغی، ۱۴۰۲؛ مویس و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها، بیشتر در زمینه بررسی هیجان‌های معرفتی در خواندن متن‌های پیچیده و یا در بین دانش‌آموزان عادی بوده و تحقیقات کمی در زمینه هیجان‌های معرفتی در موقعیت حل مسأله ریاضی در میان دانش‌آموزان دارای ناتوانی ریاضی صورت گرفته است. پژوهش مویس و همکاران (۲۰۱۵) از معدود مطالعاتی است که در این زمینه روی کودکان پایه پنجم صورت گرفته و نشان داد که هیجان‌های معرفتی می‌تواند راهبردهای شناختی و فراشناختی و حل مسئله را در دانش‌آموزان عادی پیش‌بینی کند.

درحالی که اهمیت هیجان‌ها در میان دانش‌آموزان با توانایی‌های مختلف در یادگیری ریاضی قابل انکار نیست؛ اما، کودکان با ناتوانی یادگیری ریاضی، دشواری بیشتری در حل مسأله ریاضی نسبت به کودکان عادی تجربه می‌کنند و سطح عملکرد پایین‌تری را نشان می‌دهند (فوجس و فوجس، ۲۰۰۲). همچنین، پژوهش‌ها حاکی از آن است که کودکان دارای اختلال یادگیری، سرخوردگی‌های عاطفی بیشتر، خلق پایین‌تر، فقدان روابط نزدیک، احساس تنهایی، اضطراب و نشانه‌های افسردگی بالاتری را نسبت به کودکان عادی تجربه می‌کنند (رجبی و همکاران، ۱۳۹۱). از این رو، با توجه به اهمیت نقش هیجان‌ها در بهزیستی و سلامت روانی افراد (دینر، ۲۰۰۰؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۷) چه بسا که بررسی تجارب هیجان‌های معرفتی در میان کودکان دارای ناتوانی راه‌گشا بوده و دارای مضامین آموزشی در تدریس درس ریاضی باشد و بر اساس آن بتوان این کودکان را در درس ریاضی بیشتر مورد حمایت قرار داد.

در این مطالعه با بررسی و مقایسه هیجان‌های معرفتی کودکان با ناتوانی یادگیری ریاضی و کودکان عادی سعی در درک بهتر ماهیت این هیجان‌ها در دانش‌آموزان با توانایی‌های گوناگون داشتیم و از آنجا که این حالت‌های عاطفی به کیفیت دانش‌زایی فعالیت‌های شناختی مربوط است (براون و همکاران، ۲۰۰۸؛ مویس و همکاران، ۲۰۱۵)، می‌توان تفاوت سطح شناختی این دانش‌آموزان را در چگونگی بروز هیجان‌های معرفتی مورد بررسی قرار داد. همچنین با بررسی اثر متقابل سطح دشواری مسئله‌ها و توانایی یادگیری ریاضی بر بروز این هیجان‌ها می‌توان به شناخت جامع‌تری از پیشایندهای این هیجان‌ها که در تحقیقات جدید بر آن متمرکز شده‌اند (مویس و همکاران، ۲۰۱۸) نایل شد.

در راستای تحقق اهداف پژوهش، این فرضیه‌ها آزمون شدند که هیجان‌های معرفتی منفی (شامل سردرگمی، اضطراب، ناامیدی، بی‌حوصلگی) دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری ریاضی نسبت به دانش‌آموزان قوی در ریاضی در حین حل مسئله ریاضی بیشتر است و میزان افزایش این هیجان‌ها در دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری به سطوح دشواری مسئله مربوط است. از سوی دیگر، فرض بر این بود که هیجان‌های معرفتی مثبت (تعجب، کنجکاوی، لذت) دانش‌آموزان قوی در ریاضی نسبت به دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری ریاضی در حین حل مسئله فارغ از سطح دشواری مسئله بیشتر است.

• روش

روش پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مدارس مقاطع ابتدایی در پایه‌های پنجم و ششم که در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ در کلاس‌های عادی مدرسه مشغول به تحصیل بودند یا با توجه به مشکلات یادگیری به مراکز اختلالات یادگیری شهر شیراز ارجاع داده شده بودند. نمونه‌گیری متناسب با طرح در سه مرحله صورت گرفت (سرمد و همکاران، ۱۳۹۸). نخست برای انتخاب گروه هدف، یعنی دانش‌آموزان با ناتوانی ریاضی، به کلیه مراکز اختلالات یادگیری شهر شیراز در هر چهار ناحیه مراجعه شد و از مراکز درخواست شد دانش‌آموزانی را که بر اساس DSM-5 (شامل داشتن مشکل در پردازش اطلاعات عددی، یادگیری اصول و قواعد ریاضی و صحت و روانی محاسبات و مشکلاتی در استدلال ریاضی که تا ۶ ماه به‌طور انجمنده است) تشخیص اختلال‌های یادگیری ریاضی دریافت کرده بودند؛ معرفی کنند. از آنجا که این کار در اردیبهشت ماه انجام شد بر اساس DSM-5 ملاک نخست برای اختلال یادگیری اختصاصی مبنی بر اینکه بعد از ۶ ماه آموزش فرد همچنان در یادگیری یا به کارگیری مهارت‌های تحصیلی مشکل

داشته باشد برآورده شد. سپس، دانش‌آموزان قوی، در نقش گروه مقایسه، از بین مدارس ۶ دبستان (سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه) شهر شیراز انتخاب شدند. از معلمان این مدارس درخواست شد که دانش‌آموزان قوی در ریاضی را معرفی کنند. این امر در اردیبهشت ماه سال تحصیلی مذکور صورت گرفت و به نظر می‌رسد معلمان آگاهی کافی از عملکرد ریاضی دانش‌آموزان پیدا کرده بودند که به معرفی آنها اطمینان حاصل کنیم. تعداد اولیه گروه هدف ۲۶ نفر بود که مشکلاتی در یادگیری ریاضی یا ریاضی و خواندن داشتند و تعداد اولیه گروه مقایسه ۳۰ نفر بود. در مرحله سوم، مسئله‌های ریاضی به همه افراد دو گروه ارائه شد. در غربال نهایی، افراد گروه هدف با دو ملاک انتخاب شدند: اول اینکه فقط دارای ناتوانی ریاضی و نه همبود باشند و دوم اینکه نمرات آنها کمتر از ۳ باشد که بر این اساس ۱۵ نفر (۵ دختر و ۱۰ پسر) انتخاب شدند. دانش‌آموزانی عادی نیز با دو ملاک انتخاب شدند: یکی اینکه نمرات آنها بیشتر از ۱۴ باشد و دوم اینکه تعداد دختر و پسر در این گروه تقریباً برابر با گروه هدف باشد که در نهایت تعداد ۱۵ نفر به عنوان گروه قوی (۶ دختر و ۹ پسر) انتخاب شدند. از نظر سطح اقتصادی و فرهنگی تقریباً همه مدارس در یک سطح بودند و دانش‌آموزان اکثراً فارسی زبان بودند اما از سایر قومیت‌ها مانند عرب و لر هم در میان آنها وجود داشت. ملاک ورود به مطالعه تحصیل در مقطع ابتدایی، داشتن سلامت ذهنی و روانی و داشتن اختلال یادگیری ریاضی (برای گروه هدف) بر اساس پرونده تحصیلی و رضایت برای شرکت در پژوهش بود.

• ابزارها

الف) مسئله ریاضی: در ابتدا چهار مسئله استاندارد ریاضی متناسب با مباحث درسی پایه‌های پنجم و ششم ابتدایی با همکاری یک معلم ریاضی برای دانش‌آموزان طراحی شد. یکی از مسئله‌ها پس از بازبینی به دلیل مطابقت اندک با مواد درسی پایه‌های مورد نظر حذف شد. از بین سه مسئله باقیمانده، دو مسئله که مطابقت بیشتری با مواد آموزشی پایه‌های پنجم و ششم داشت انتخاب شد و مسئله سوم با مسئله‌ای که مویس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی خود برای بررسی هیجان‌های معرفتی طراحی کرده بودند، شبیه‌سازی شد. مسئله‌ها در پیوست ارائه شده است. سه ملاک بر اساس ایده مویس و همکاران (۲۰۱۵) در طراحی این مسئله‌ها برای برانگیختن هیجان‌های معرفتی مدنظر بود که عبارتند از:

۱) روش مورد نیاز برای حل مسئله موقعیتی واضح و آشکار نباشد؛ زیرا، حل موقعیت مسئله‌دار نیاز به انتخاب بسیاری از مفاهیم و فرآیندهای قبلی ریاضی و استفاده از آنها به روش جدید است،

۲) موقعیت حل مسئله بر مشکلاتی تمرکز داشته باشد که برای حل آن نیاز به راهبردهای یادگیری متفاوتی است،

۳) دستورالعمل‌ها، روشی که باید دنبال شود و یا مفاهیم و فرآیندهای ریاضی که باید مورد استفاده قرار گیرد را پیشنهاد نکند.

ب) مقیاس هیجان معرفتی (epistemically-related emotion scale- EES): این مقیاس توسط پکران و همکاران (۲۰۱۶)

ساخته شده که دارای دو فرم کوتاه و بلند است. فرم کوتاه شامل هفت هیجان و فرم بلند شامل ۲۱ هیجان با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا خیلی زیاد (۵) است. همبستگی مسئله‌ها بالای ۰/۵۳ و اعتبار آن در دامنه $\alpha = 0/76 - 0/88$ بود. همبستگی بین نمرات فرم بلند و نمرات فرم کوتاه در دامنه $r = 0/65$ تا $0/83$ بود که نشان‌گر اعتبار همگرایی پرسشنامه بود. همبستگی‌ها بین مقیاس‌های هیجان‌های مختلف نشان داد که هیجان‌هایی که توسط EES اندازه‌گیری می‌شود با بیشترین همبستگی در دامنه $r = 0/10 - 0/40$ از یکدیگر متمایز هستند. با این حال الگوی همبستگی‌ها از روابطی که برای انواع دیگر هیجان‌های یافت شد نشان‌گر واگرایی (تفاوت) آن است. همچنین نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان‌گر روایی سازه پرسشنامه بود. فرم کوتاه برای اجرای سریع‌تر طراحی شده است (پکران و همکاران، ۲۰۱۶). در این پژوهش فرم کوتاه EES مورد استفاده قرار گرفت که اعتبار آن در این پژوهش $\alpha = 0/68$ محاسبه شد. از آنجا که منشا برانگیختگی هیجان‌های معرفتی تکلیف ارائه شده است (پکران و همکاران، ۲۰۱۶)، شاید مسئله نخست طراحی شده در این مطالعه، تکلیف مناسبی برای سنجش این هیجان‌ها نباشد.

در ابتدا از آنجا که مقیاس هیجان معرفتی به زبان فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در ایران بررسی نشده بود؛ این مقیاس ترجمه و با زبان فارسی انطباق‌دهی شد. پس از پایلوت‌های اولیه که هم در مدارس تهران و هم در مدارس شیراز صورت گرفت، متوجه شدیم که کودکان درک دقیقی از هیجان‌های گوناگون خود ندارند و مفهوم برخی از هیجان‌های ذکر شده را درک نمی‌کنند. بنابراین به

پیشنهاد استاد راهنما و با همفکری با سازنده اصلی آن پکران طی مکاتبات ایمیلی، با مراجعه به لغت‌نامه‌ها تعاریفی برای صفت‌های هیجانی در نظر گرفته شد که برای کودکان قابل درک باشد. از طرفی سه مسئله ریاضی طراحی نیز هم‌زمان با پایلوت مقیاس هیجان‌های معرفتی بررسی شد و نواقص آن بررسی و کیفیت مسئله بهبود یافت.

پس از انتخاب نمونه، آزمون به صورت انفرادی برای هر نفر اجرا شد. به دانش‌آموزان اطمینان داده شد که نمرات این آزمون تأثیری بر عملکرد کلاسی آنها ندارد و از آنها خواسته شد در نهایت آرامش و بدون هیچ استرسی به مسئله‌ها و مقیاس پاسخ دهند. فرایند اجرا بدین صورت بود که سه مسئله خرید، عقربه‌ها و زمین مسابقه با درجات دشواری متفاوت (آسان، متوسط، دشوار) به ترتیب در اختیار دانش‌آموز قرار می‌گرفت که حل هر سوال به طور متوسط ۱۵ تا ۲۰ زمان می‌برد. پس از پاسخ‌دهی به هر سوال، فرم کوتاه هیجان معرفتی در اختیار دانش‌آموز قرار می‌گرفت. برای پاسخ دادن به هر فرم، مقیاس هیجان‌های معرفتی مفهوم هر هیجان توسط پژوهشگر برای دانش‌آموز خوانده می‌شد و سپس دانش‌آموز سطح و شدت هیجان خود را در پاسخ به آن سوال در فرم از اصلاً تا خیلی زیاد علامت می‌زد. مدت اجرا برای هر دانش‌آموز حدود یک ساعت به طول می‌انجامید. در کل، مدت سی روز اجرا به طول انجامید. اصول اخلاقی نیز با دادن حق انصراف از همکاری و پایبندی پژوهشگر به اصل رازداری رعایت شد. در پایان از شرکت کنندگان به دلیل حضور در این پژوهش سپاسگزاری شد و به همه آنها به منظور قدردانی هدیه‌ای تقدیم شد.

• یافته‌ها

در پژوهش حاضر نمره ریاضی گروه قوی در دامنه ۱۴ تا ۱۹ و در گروه ناتوانی ریاضی در دامنه ۰ تا ۳ قرار گرفت و بر این اساس گروه‌ها متمایز شدند. برای آزمون فرضیه‌ها تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با یک عامل بین آزمودنی (گروه‌بندی) و یک عامل درون آزمودنی (سطح دشواری مسئله‌ها) استفاده شد. عامل سطح دشواری مسئله‌های ریاضی با سه سطح دشواری کم (مسئله خرید)، متوسط (مسئله عقربه‌ها) و دشوار (مسئله زمین مسابقه) و عامل گروه با دو سطح (گروه کودکان با ناتوانی یادگیری ریاضی و کودکان با عملکرد ریاضی قوی) به عنوان متغیرهای مستقل و هیجان‌های معرفتی کودکان در مواجهه با سه مسئله به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. نرمال بودن توزیع نمرات از طریق شاخص‌های کجی و کشیدگی بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن در بین گروه‌ها بود. همگنی واریانس‌ها در گروه نیز برقرار بود. نتایج آزمون کرویت موخلی نیز حاکی از برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوریانس بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار هیجان‌های معرفتی دو گروه به تفکیک سطح دشواری مسئله‌ها

گروه‌ها	سطح دشواری	شاخص	سردرگمی	اضطراب	ناامیدی	بی‌حوصلگی	تعجب	کنجکاوی	لذت
آسان	میانگین	۱/۴۷	۱/۴۷	۱/۲۰	۱/۴۷	۱/۴۷	۱/۴۷	۴/۰۷	۳/۸۰
	انحراف معیار	۰/۶۴	۰/۷۴	۰/۴۱	۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۷۴	۱/۱۰	۱/۰۱
متوسط	میانگین	۱/۸۰	۱/۶۷	۱/۶۰	۱/۸۷	۱/۸۷	۱/۹۳	۳/۸۷	۳/۶۷
	انحراف معیار	۰/۷۸	۰/۹۷	۰/۷۴	۰/۹۷	۰/۹۷	۱/۰۳	۱/۳۶	۰/۶۲
دشواری	میانگین	۱/۹۳	۱/۴۷	۱/۵۳	۱/۵۳	۱/۵۳	۱/۸۷	۴/۲۷	۳/۷۳
	انحراف معیار	۱/۱۶	۰/۶۴	۰/۸۳	۰/۶۴	۰/۶۴	۱/۰۶	۰/۸۸	۰/۸۸
آسان	میانگین	۳/۰۰	۲/۱۳	۲/۹۳	۲/۴۷	۲/۴۷	۲/۴۰	۳/۲۷	۳/۴۰
	انحراف معیار	۱/۶۵	۱/۱۲	۱/۴۹	۱/۲۵	۱/۲۵	۰/۹۱	۱/۲۸	۱/۳۵
متوسط	میانگین	۲/۵۳	۱/۷۳	۳/۰۰	۱/۹۳	۱/۹۳	۳/۰۷	۳/۴۰	۳/۴۰
	انحراف معیار	۱/۰۶	۰/۷۰	۱/۴۶	۱/۰۳	۱/۰۳	۱/۱۶	۱/۲۴	۱/۴۵
دشواری	میانگین	۳/۲۰	۲/۹۳	۳/۳۳	۳/۰۰	۳/۰۰	۲/۶۷	۳/۶۰	۳/۱۳
	انحراف معیار	۱/۲۷	۱/۵۸	۱/۳۵	۱/۲۵	۱/۲۵	۱/۳۵	۱/۳۵	۱/۳۶

در مورد این فرضیه که تفاوت معناداری در هیجان‌های معرفتی منفی (سردرگمی، اضطراب، ناامیدی، بی‌حوصلگی) بین کودکان دارای ناتوانی ریاضی و کودکان گروه قوی در سطوح مختلف دشواری مسئله وجود دارد، نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر با یک عامل بین و یک عامل درون (جدول ۲) نشان داد اثر گروه (عامل بین آزمودنی) برای تمام هیجان‌های معرفتی منفی معنادار است. با توجه به جدول ۱ و همچنین شکل ۱ مشخص است که میانگین هیجان‌های سردرگمی، اضطراب، ناامیدی و بی‌حوصلگی گروه دانش‌آموزان با

ناتوانی ریاضی در مواجهه با سه مسئله به‌طور معناداری از کودکان قوی بالاتر است. این نتایج بدین معناست که دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری ریاضی در پاسخ به مسئله‌های ریاضی هیجان منفی بیشتری نسبت به همتایان خود در گروه قوی در ریاضی تجربه کرده‌اند. اندازه اثر ۰/۳۷، ۰/۱۸، ۰/۴۹ و ۰/۲۲ به ترتیب برای سردرگمی، اضطراب، ناامیدی و بی‌حوصلگی بیانگر اندازه‌های اثر بسیار بالا است و نشان می‌دهد ناتوانی ریاضی می‌تواند واریانس بالایی از هیجان‌های معرفتی منفی را تبیین کند.

برای هیجان اضطراب نتایج نشان داد عامل دشواری و اثر متقابل دشواری در گروه معنادار هستند. معناداری عامل دشواری نشان می‌دهد که با افزایش دشواری مسئله‌ها، میانگین اضطراب به‌صورت کلی (در مجموع دو گروه) به‌طور معناداری تغییر می‌کند و دشواری مسئله با اندازه اثر ۰/۱۸۹ می‌تواند نزدیک به ۲۰ درصد واریانس اضطراب را پیش‌بینی کند. همچنین، معناداری اثر متقابل دشواری در گروه برای اضطراب بیانگر این است که روند تغییر میانگین اضطراب با افزایش دشواری مسئله‌ها در گروه کودکان دارای ناتوانی ریاضی و کودکان قوی متمایز است (جدول ۱). برای هیجان بی‌حوصلگی اثر متقابل دشواری در گروه معنادار است. این نتایج نشان می‌دهد روند تغییر میانگین بی‌حوصلگی با افزایش دشواری مسئله‌ها در گروه کودکان دارای ناتوانی ریاضی و کودکان قوی تفاوت دارد (جدول ۱).

در مقابل، سایر نتایج تحلیل (جدول ۲) نشان داد برای هیجان‌های سردرگمی و ناامیدی عامل دشواری و اثر متقابل دشواری در گروه معنادار نیستند. برای هیجان بی‌حوصلگی عامل دشواری معنادار نبود. عدم معناداری عامل دشواری نشان می‌دهد که با افزایش سطح دشواری مسئله‌ها، در میانگین‌های سردرگمی، ناامیدی و بی‌حوصلگی به‌صورت کلی (در مجموع دو گروه) تغییرات معناداری ایجاد نمی‌شود. همچنین، عدم معناداری اثر متقابل دشواری در گروه برای سردرگمی و ناامیدی نشان می‌دهد که روند تغییر میانگین سردرگمی با افزایش دشواری مسئله‌ها در گروه کودکان با ناتوانی ریاضی و کودکان قوی مشابه یکدیگر است.

جدول ۲. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر یک-بین-یک درون برای هیجان‌های منفی

متغیرها	منبع تأثیر	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر
سردرگمی	گروه	31/21	1	31/21	16/45	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	خطای بین آزمودنی	53/11	28	۱/۹۰			
	دشواری	2/76	2	1/38	1/37	۰/۱۳	0/05
اضطراب	اثر متقابل دشواری در گروه	2/49	2	1/24	1/24	0/15	0/04
	خطای درون آزمودنی	۵۶/۰۹	۵۶	۱/۰۰			
	گروه	12/10	1	12/10	6/19	۰/۰۱۹	۰/۱۸
ناامیدی	خطای بین آزمودنی	54/67	28	1/95			
	دشواری	4/20	2	2/10	3/70	۰/۰۳	۰/۱۲
	اثر متقابل دشواری در گروه	7/40	2	3/70	6/53	۰/۰۰۳	۰/۱۹
بی‌حوصلگی	خطای درون آزمودنی	31/73	56	۰/57			
	گروه	60/84	1	60/84	26/58	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطای بین آزمودنی	64/09	28	2/29			
هیجان‌های دیگر	دشواری	2/07	2	1/03	1/38	۰/۲۶	۰/۰۵
	اثر متقابل دشواری در گروه	۰/۶۹	2	۰/۳۴	۰/۴۶	۰/۶۳	۰/۰۲
	خطای درون آزمودنی	41/91	56	۰/۷۵			
هیجان‌های دیگر	گروه	16/04	1	16/04	7/86	۰/۰۱	۰/۲۲
	خطای بین آزمودنی	57/11	28	2/04			
	دشواری	2/29	2	1/14	1/37	۰/۲۶	۰/۰۵
هیجان‌های دیگر	اثر متقابل دشواری در گروه	7/62	2	3/81	4/56	۰/۰۱۵	۰/۱۴
	خطای درون آزمودنی	46/76	56	۰/۸۳			

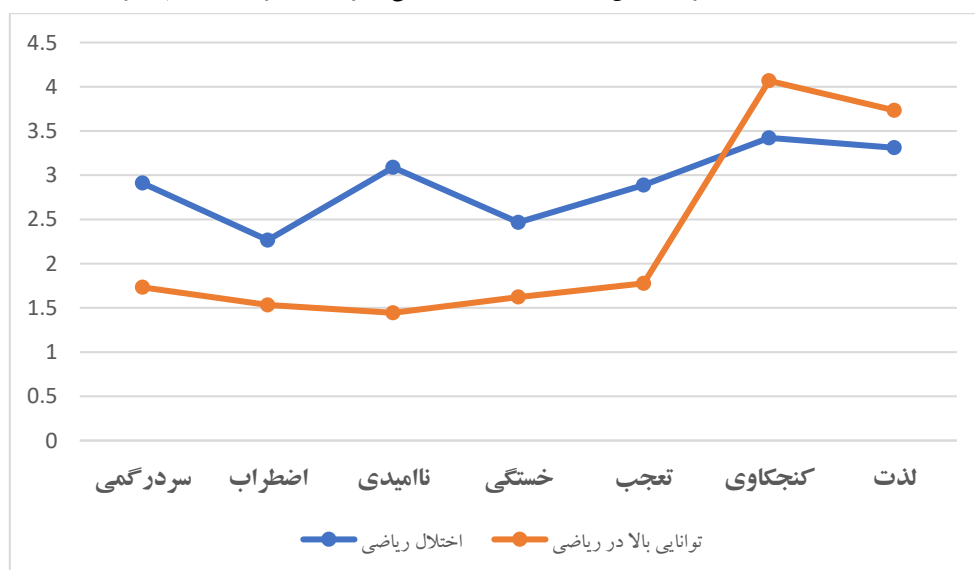
در مورد این فرضیه که در هیجان‌های معرفتی مثبت (تعجب، کنجکاوی، لذت) بین دانش‌آموزان دارای ناتوانی ریاضی و دانش‌آموزان گروه قوی در سطوح مختلف دشواری مسئله‌های ریاضی تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج تحلیل (جدول ۳) نشان داد برای هیجان تعجب عامل گروه و عامل دشواری معنادار هستند و اثر متقابل دشواری در گروه معنادار نیست. میانگین نمرات دانش‌آموزان گروه با ناتوانی یادگیری ریاضی در هیجان تعجب بالاتر از دانش‌آموزان گروه قوی در ریاضی بود. به نظر می‌رسد این هیجان برای گروه با

ناتوانی یادگیری ریاضی کارکرد منفی داشته و آنها در مواجهه با این مسئله‌ها عملکرد منفی تری از خود نشان داده‌اند. ناتوانی ریاضی ۳۰ درصد از واریانس تعجب تبیین کرده است که مقداری قابل توجه و بسیار بزرگ است. معناداری عامل دشواری نشان داد که با افزایش دشواری مسئله‌ها، میانگین تعجب به صورت کلی (در مجموع دو گروه) به صورت معناداری رو به افزایش تغییر می‌کند. اما برای هیجان کنجکاوی و لذت نه عامل دشواری و نه اثر متقابل دشواری در گروه معنادار نبودند. اگرچه، در سطح توصیفی میانگین نمرات این دو هیجان به طور کلی در گروه قوی در ریاضی بالاتر از گروه با ناتوانی یادگیری در ریاضی بود. جالب آنکه هر چه سطح دشواری مسئله افزایش پیدا می‌کرد کنجکاوی نیز افزایش، اما لذت کاهش می‌یافت (جدول ۱).

جدول ۳. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر یک بین - یک درون برای هیجان‌های مثبت

متغیر	منبع تأثیر	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر
تعجب	گروه	20/54	1	20/44	11/93	۰/۰۰۲	۰/۳۰
	خطای بین آزمودنی	48/22	28	1/72			
	دشواری	4/87	2	2/43	2/96	۰/۰۳	۰/۱۰
کنجکاوی	اثر متقابل دشواری در گروه	۰/۴۲	2	۰/۲۱	۰/۲۶	۰/۷۷	۰/۰۱
	خطای درون آزمودنی	46/04	56	۰/۸۲			
	گروه	9/34	1	9/34	2/83	۰/۱۰	۰/۰۹
لذت	خطای بین آزمودنی	92/44	28	3/30			
	دشواری	1/62	2	0/81	10/45	0/24	۰/۰۵
	اثر متقابل دشواری در گروه	0/42	2	0/21	0/38	0/69	۰/۰۱
کنجکاوی	خطای درون آزمودنی	31/29	56	0/56			
	گروه	4/01	1	4/01	1/99	۰/۱۷	۰/۰۷
	خطای بین آزمودنی	56/44	28	۲/۰۲			
لذت	دشواری	0/42	2	0/21	0/21	0/81	۰/۰۱
	اثر متقابل دشواری در گروه	0/42	2	0/21	0/21	0/81	۰/۰۱
	خطای درون آزمودنی	55/16	56	0/98			

در شکل ۱ روند تغییرات میانگین کل مسئله‌ها بر حسب گروه‌ها ترسیم شده است. چنان که از نیمرخ میانگین نمرات آشکار است؛ دانش‌آموزان گروه با ناتوانی یادگیری ریاضی در هر چهار هیجان معرفتی منفی (سردرگمی، اضطراب، ناامیدی و خستگی) و در هیجان تعجب که یک هیجان مثبت تلقی می‌شود، نمرات بالاتری نسبت به هم‌تایان خود در گروه قوی در ریاضی کسب کرده‌اند. اگر نیمرخ را به ترتیب اضطراب، خستگی، تعجب، سردرگمی و ناامیدی ترسیم می‌کردیم، مشخص بود که برای گروه با ناتوانی یادگیری ریاضی روند خطی رو به افزایش می‌داشتیم. این نشان می‌دهد که بیشترین هیجان منفی تجربه شده در این گروه ناامیدی و کمترین مورد اضطراب است. در دو هیجان مثبت لذت و کنجکاوی گروه دانش‌آموزان قوی در ریاضی نمرات بالاتری را کسب کرده‌اند.



شکل ۱. نیمرخ میانگین هیجان‌های معرفتی برای دو گروه با توانایی بالا در ریاضی و با ناتوانی یادگیری ریاضی

● بحث

هدف پژوهش حاضر شناخت هیجان‌های معرفتی دانش‌آموزان دارای ناتوانی ریاضی در مقایسه با دانش‌آموزان گروه قوی در ریاضی بود. بررسی اولیه میانگین‌های هیجان‌های معرفتی سردرگمی، اضطراب، ناامیدی، بی‌حوصلگی، تعجب، لذت و کنجکاوی در گروه‌ها در مواجهه با سه مسئله با سطح دشواری کم، متوسط و دشوار همان طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، در حال افزایش و یا کاهش است. نتایج نشان داد با افزایش دشواری مسئله‌ها میانگین سردرگمی در کودکان قوی به صورت خطی افزایش یافته است و هیجان تعجب کودکان در هر دو گروه در مواجهه با مسئله‌های دارای دشواری کم و دشوار کاهش و در مواجهه با مسئله متوسط افزایش پیدا می‌کند. این یافته‌ها نشان‌دهنده تغییرات و پویایی زمانی هیجان‌های معرفتی است که همسو با یافته‌های پکران و همکاران (۲۰۱۶) است. همچنین، بر اساس مبانی نظری هیجان‌های معرفتی، این هیجان‌ها در طی فعالیت‌های معرفتی ابتدا با بُعد تحریک (یعنی، منشا برانگیختگی) این هیجان‌ها در ارتباط است تا بعد ارزشی آن (یعنی، مثبت و منفی بودنشان) (کانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ پکران و همکاران، ۲۰۱۶)، که یافته‌های این مطالعه در راستای این مبانی نظری قرار دارد.

از آنجا که هیجان تعجب می‌تواند منتج به هیجان مثبت کنجکاوی و یا منفی سردرگمی شود (مویس و همکاران، ۲۰۱۸)، ابتدا به بررسی این هیجان مادر می‌پردازیم. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با افزایش دشواری مسئله‌ها، میانگین تعجب به صورت معناداری تغییر می‌کند. این یافته تأییدی برای تحقیقات فاستر و کین (۲۰۱۵)، است که اظهار می‌دارند، هیجان تعجب در واکنش به اطلاعاتی که غیرمنتظره و نو هستند، بروز می‌کند و تازگی اطلاعات از اولین پیشایندهای هیجان تعجب است. این یافته همچنین در راستای ایده دی ملو و همکاران (۲۰۱۴)، قرار دارد که بیان می‌کنند برانگیختگی هیجان‌های معرفتی را می‌توان نتیجه پدیده‌ای متناقض که موجب ناسازگاری شناختی می‌شود دانسته و به‌عنوان پیشایندهایی برای برانگیختگی این هیجان‌ها قلمداد کرد.

پکران و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان دادند با افزایش ناسازگاری و کشمکش شناختی تعجب افزایش می‌یابد و نتایج ما هم‌راستا با پژوهش مویس و همکاران (۲۰۱۵) شواهدی فراهم می‌کند دال بر اینکه ارزیابی اطلاعات به‌عنوان اطلاعات نو و پیچیده، پیشایندهی - که یکی از چهار بُعد باورهای معرفتی است و در واقع بیشتر هیجان‌های معرفتی در نتیجه این بُعد هستند - برای هیجان‌های معرفتی بوده و باور به پیچیدگی دانش (باور سازنده‌تر) تعجب کمتری را برانگیخته می‌کند (شوریه و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین بر اساس نتایج، میانگین تعجب، تنها در گروه کودکان دارای ناتوانی یادگیری افزایش معناداری با افزایش دشواری مسئله داشته است؛ که می‌توان گفت نارسایی شناختی این کودکان در باورهای معرفتی این کودکان تأثیر داشته و متعاقباً بر هیجان‌های معرفتی آنان تأثیرگذار است.

از طرفی تعجب یک هیجان دوقطبی است که دارای بُعد مثبت و منفی بوده (پکران و همکاران، ۲۰۱۶) و اگر تازگی اطلاعات به اندازه کافی بالا باشد، باعث برانگیختگی هیجان تعجب می‌شود. در قدم دوم، ارزیابی اطلاعات از نظر پیچیدگی، ظرفیت و ارزش صورت می‌گیرد که تعیین می‌کند هیجان تعجب به کنجکاوی (بُعد مثبت) و یا سردرگمی (بُعد منفی) بیانجامد (مویس و همکاران، ۲۰۱۸). چنانچه در پژوهش حاضر مشاهده می‌کنیم در مورد هیجان سردرگمی و کنجکاوی، هر دو در عامل دشواری و اثر متقابل دشواری با افزایش دشواری مسئله معنادار نشدند. دلیل آن می‌تواند تفاوت کم دشواری مسئله‌ها باشد. با این وجود با توجه به میانگین نمرات در جدول ۱ و در آزمون تعقیبی (در جهت کنکاش بیشتر) برای سردرگمی نتایج نشان داد؛ این هیجان در کودکان دارای ناتوانی ریاضی از مسئله متوسط به دشوار به‌طور معناداری افزایش یافته است؛ در حالی که، میانگین سردرگمی در گروه کودکان قوی هیچ تغییری با افزایش دشواری مسئله نداشته است. در حالی که عامل دشواری و اثر متقابل دشواری در گروه برای هیجان کنجکاوی و هیجان لذت - که در نتیجه حل سردرگمی ایجاد می‌شود - تفاوت معناداری با افزایش روند دشواری مسئله نداشته است؛ چرا که با برانگیخته شدن هیجان سردرگمی، احتمالاً هیجان‌های اضطراب و یا بی‌حوصلگی بیشتر تجربه شده است که در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در طی حل مسئله پیچیده، با توجه به اینکه، ریاضیات ناگزیر با اشتباه در راه‌حل و درست کردن این راه‌حل‌ها همراه است، احتمالاً سردرگمی برانگیخته می‌شود. هنگامی که دانش‌آموز اشتباه می‌کند و یا احياناً به خاطر اینکه یک یا چند جنبه از مسئله حل نمی‌شود؛ دچار سردرگمی شده (مویس و همکاران، ۲۰۱۵) و یا اینکه سردرگمی زمانی برانگیخته می‌شود که این ناسازگاری و عدم تجانس حل نشود (پکران و همکاران، ۲۰۱۶؛ دی ملو و همکاران، ۲۰۱۴). از طرفی می‌توان گفت هیجان تعجب به هیجان سردرگمی (بُعد منفی هیجان تعجب) تغییر کرده است. به اعتقاد مویس و همکاران (۲۰۱۸) چنانچه در این سردرگمی شخص

احساس کند دستیابی به هدف معرفتی ممکن نیست؛ به هیجان اضطراب، بی‌حوصلگی و ناامیدی منجر می‌شود. چنان که در پژوهش حاضر عامل دشواری در هیجان اضطراب نیز معنادار شد که می‌توان آن را به دلیل تداوم هیجان سردرگمی به‌خصوص در کودکان دارای ناتوانی ریاضی دانست و یا به این دلیل در دیگر هیجان‌ها معنادار نبود که سطوح دشواری مسئله‌ها تقریباً با یکدیگر یکسان بود.

علاوه بر این، به اعتقاد مویس و همکاران (۲۰۱۸) یکی از پیشایندهای هیجان‌های معرفتی مؤلفه‌های کنترل و ارزش است. وقتی فرد در گزاره‌ای دچار شک می‌شود، چنانچه ارزش تکلیف برای شخص بالا باشد ولی کنترل درک شده پایین، اضطراب معرفتی تجربه می‌شود. اوشیا و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که علاقه و تلاش کودکان دارای ناتوانی یادگیری به درس جبر از کودکان با عملکرد پایین بالاتر بوده است؛ ولی، احتمالاً به دلیل کنترل پایین این کودکان در درس ریاضی است که آنان اضطراب معرفتی بیشتری تجربه می‌کنند. در پژوهش شوریه و همکاران (۲۰۱۹) اشخاصی که باور معرفتی سازنده داشتند در مواجهه با تکلیف پیچیده، اضطراب کمتری تجربه کردند که این نتیجه می‌تواند تبیین دیگری برای یافته‌های این پژوهش مهیا کند؛ مبنی بر اینکه احتمالاً دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری ریاضی در این مطالعه به‌خاطر نقص شناختی، باورهای معرفتی سازنده کمتری نسبت به کودکان قوی در ریاضی در حل مسئله‌ها تجربه کردند.

جالب آنکه میانگین دو هیجان مثبت کنجکاوی و لذت در هر دو گروه تغییر معناداری با افزایش سطح دشواری مسئله یا فارغ از سطح دشواری مسئله نداشت. با الهام از ایده مویس، پکران و همکاران (۲۰۱۵) این یافته را می‌توان این گونه تبیین کرد به‌خاطر توجهی که در حین کار به کودک صورت می‌گیرد؛ که شاید کودک این توجه را با معلم خود در کلاس درس تجربه نمی‌کند، باعث لذت بردن کودکان در هر دو گروه شده است. از آنجا که دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری علاوه بر مشکلات متعدد در زمینه یادگیری در زمینه‌های گوناگون دیگر مثل مشکلات رفتاری در مدرسه، برخوردهای اجتماعی و واکنش‌های هیجانی نیز مشکلاتی دارند (سیدریدیس و همکاران، ۲۰۰۶؛ لوفی و دارلوک، ۲۰۰۵)؛ بنابراین، نیاز بیشتری به توجه و پشتیبانی والدین و معلمان دارند (ویلکات و پنینگتون، ۲۰۰۰) و ممکن است همین مسئله دلیل تجربه هیجان‌های مثبت در دانش‌آموزان با ناتوانی ریاضی همانند هم‌تایان خود در گروه قوی در ریاضی شده باشد.

لازم به ذکر است کنترل و ارزش از پیش‌بین‌های مستقیم هیجان‌های معرفتی هستند، به طوری که سطح بالای کنترل ادراک شده با سردرگمی و اضطراب پایین‌تر، و سطح ارزش بالا، با سطوح بالاتر کنجکاوی و لذت و سطوح پایین‌تر سردرگمی، بی‌حوصلگی، اضطراب و ناامیدی در ارتباط است (مویس و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین و نیز بر اساس مطالعه اوشیا و همکاران (۲۰۱۶)، عدم تفاوت تجربه لذت بین دو گروه را می‌توان علاقه این کودکان نیز دانست. همچنین بر اساس پژوهش مویس و همکاران (۲۰۱۸) هر چه شخص باورهای معرفتی سازنده (دانش، پیچیده و آزمایشی و به‌طور فعال در حال ساخته شدن و ارزیابی است) داشته باشد، احتمال بیشتری دارد که هیجان‌های معرفتی مثبتی را تجربه کند تا باورهای معرفتی غیرسازنده (دانش، ساده و معین است و توسط مسئولان ساخته شده و کورکورانه به‌عنوان حقیقت پذیرفته می‌شود) و احتمالاً رابطه متقابل باورهای معرفتی و کنترل و ارزش شخص، هیجان‌های معرفتی را پیش‌بینی می‌کند. وقتی شخصی ارزش بالایی برای یادگیری درسی قائل است که به‌شدت باورهای معرفتی وی را تهدید می‌کند، آن شخص در مقایسه با شخصی که همان باورها را دارد ولی ارزش کمتری قائل است، سطح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کند. همچنین وقتی شخص سطح بالایی از ارزش و کنترل را دارد، باورهای معرفتی غیرسازنده آنان می‌تواند به تجربه سردرگمی، ناامیدی و یا خشم - که به دلیل ناسازگاری بین طبیعت معرفتی موضوع و باورهای معرفتی آنان است - منجر شود؛ لذا امکان اینکه، این مهم در ارتباط با کودکان دارای ناتوانی یادگیری به‌خاطر کاستی‌های شناختی آنها صدق کند، بسیار است.

مویس و همکاران (۲۰۱۸) تأکید می‌کنند به‌خصوص تحت شرایطی که این نبود اطمینان در دستیابی به هدف ادامه یابد، اضطراب، بی‌حوصلگی و ناامیدی تجربه می‌شود. چنانچه در پژوهش حاضر؛ کودکان دارای ناتوانی یادگیری، بی‌حوصلگی و ناامیدی بیشتری از کودکان قوی تجربه کردند. در حالی که عامل دشواری مسئله در این دو هیجان منفی در گروه کودکان قوی معنادار نشد؛ اما، در میان کودکان دارای ناتوانی یادگیری معنادار بود و بر اساس یافته‌ها ناتوانی یادگیری این کودکان سهم بسزایی در تجربه هیجان‌ها نشان داد. این یافته‌ها می‌تواند شواهدی بر نقش باورهای معرفتی به‌عنوان پیش‌بین هیجان‌های معرفتی باشد. همچنین در ارتباط با نقش جنسیت در مطالعه حاضر، یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری به لحاظ جنسیتی در بروز این هیجان‌ها وجود نداشت. این یافته‌ها با تحقیقات

پیشین تفاوت جنسیتی هیجان‌های معرفتی (پکران و همکاران، ۲۰۱۶) و در زمینه هیجان‌های پیشرفت با پژوهش وو و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. به عبارت دیگر، بین دختران و پسران دو گروه در تجربه هیجان‌های معرفتی متناسب با دشواری مسئله تفاوت معناداری مشاهده نشد.

• نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توان اذعان داشت که دشواری مسئله‌ها نقش بسزایی در بروز هیجان‌های معرفتی دارد، اما آنچه که از یافته‌های این پژوهش قابل توجه است نقش پررنگی است که علاوه بر دشواری، ناتوانی ریاضی در شدت بروز این هیجان‌ها از خود نشان داد و تا آنجا که بررسی شد؛ پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که این هیجان‌ها را در گروه کودکان با ناتوانی ریاضی بررسی کرده و ملاحظه شد که هیجان‌های منفی این کودکان عموماً افزایش یافت. هرچند که باید توجه داشت این هیجان‌ها، صرفاً بر اساس بُعد ارزشی (مثبت و منفی) ارزیابی نمی‌شوند؛ بلکه منشا برانگیختگی این هیجان‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. به هر حال، یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای معلمان و دست‌اندرکاران آموزشی راه‌گشا باشد. با توجه به نقش مهم باورهای معرفتی در پیش‌بینی هیجان‌های معرفتی، بررسی ارزیابی‌های ارزش-کنترل و ارزیابی‌های معرفتی کودکان دارای ناتوانی یادگیری (ریاضی، خواندن، دیکته) و یا سطوح عملکردی دیگر می‌تواند به پیش‌بینی هیجان‌های کودکان کمک کند و در ایجاد بهبود در امر یادگیری کودکان مفید واقع شود. همچنین بررسی خودکارآمدی و سازه‌های انگیزشی کودکان که پیش‌بینی برای ارزیابی‌های کنترل و ارزش هستند، در شناخت و پیش‌بینی این هیجان‌ها و گسترش ادبیات هیجان‌های معرفتی در آینده قابل توجه است. از طرفی از آنجا که این ابزار در میان کودکان انجام شد و بنابر پژوهش‌های گذشته کودکان قضاوت دقیقی از توانایی‌ها و چه بسا هیجان‌های‌شان را نداشته باشند و از آنجا که دستورالعمل مقیاس هیجان معرفتی با تغییر موقعیت، تغییر می‌کند؛ بنابراین می‌بایست در تبیین یافته‌ها محتاط بود و تحقیقات بیشتری در این سنین یا سنین مختلف صورت گیرد.

• تعارض منافع

به اذعان نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این مقاله یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

• منابع

- بارانی، حمید؛ خزمائی، فرهاد؛ شیخ‌الاسلامی، راضیه و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۸). رابطه هیجان تحصیلی امید و بی‌صدافتی تحصیلی: بررسی نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی تحصیلی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۳(۴)، ۳۸۸-۴۰۶.
- رجبی، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس و عباسی، مسلم (۱۳۹۱). نقش عزت‌نفس و اضطراب امتحان در پیش‌بینی رضایت از زندگی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال ریاضی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۳)، ۶۲-۴۶.
- زاهد، سعیده و چراغی، زهرا (۱۴۰۲). تأثیر هیجان‌های معرفتی بر صحت نظارت، صحت تنظیم و عملکرد دانش‌آموزان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۴(۵۴)، ۱۱۵-۱۳۷.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس، حجازی، الهه، (۱۳۹۸). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگه.
- محمدی، لیلا؛ بشارت، محمدعلی؛ رضازاده، محمدرضا و غلامعلی لوسانی، مسعود (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی در رابطه بین معنای زندگی و سلامت روانی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۲(۲)، ۱۷۱-۱۵۷.

Andersson, U. (2010). Skill development in different components of arithmetic and basic cognitive functions: Finding from a 3-year longitudinal study of children with different types of learning difficulties. *Journal of Educational Psychology*, 102(1), 115-134. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016838>.

Ashcraft, M. H., & Krause, J. A. (2007). Working memory, math performance, and math anxiety. *Psychonomic Bulletin & Review*, 14, 243-248.

Brun, G., Doğuoğlu, U., & Kuenzle, D. (Eds.). (2008). *Epistemology and emotions*. Aldershot, UK: Ashgate.

- Chevrier, M., Muis, K. R., Terovers, G. J., Pekrun, R., Sinatra, G. M. (2019). Exploring the antecedents and consequences of epistemic emotions. *Learning and Instruction*, 63, 1-18.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- D’Mello, S. K., Lehman, B., Pekrun, R., & Graesser, A. C. (2014). Confusion can be beneficial for learning. *Journal of Learning and Instruction*, 29, 153–170.
- Dettmers, S., Trautwein, U., Lüdtke, O., Goetz, T., Frenzel, A. C., Pekrun, R. (2011). Students’ emotions during homework in mathematics: Testing a theoretical model of antecedents and achievement outcomes. *Journal of Contemporary Educational Psychology*, 36, 25-35.
- Devine, A., Fawcett, K., Szücs, D., Dowker, A. (2012). Gender differences in mathematics anxiety and the relation to mathematics performance while controlling for test anxiety. *Journal of Behavioral and Brain Functions*, 8, 1-9.
- Foster, M. I., & Keane, M. T. (2015). Why some surprises are more surprising than others: Surprise as a metacognitive sense of explanatory difficulty. *Cognitive Psychology*, 81, 74–116. <https://doi.org/10.1016/j.cogpsych.2015.08.004>
- Frenzel, A. C., Pekrun, R., & Goetz, T. (2007). Girls and mathematics – A “hopeless” issue? A control-value approach to gender differences in emotions towards mathematics. *European Journal of Psychology of Education*, 22, 497–514.
- Fuchs, L. S., Fuchs, D. (2002). Profiles of Students with Mathematics Disabilities with and Without Comorbid Reading Disabilities. *JOURNAL OF LEARNING DISABILITIES* 35(6), 563-573.
- Fung, W. W., Swanson, H. L., Orosco, M. J. (2014). Influence of reading and calculation on children at risk and not at risk for word problem solving: Is math motivation a mediator? *Learning and Individual Differences*, 36, 84-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2014.10.011>.
- Geary, D. C. (2010). Mathematical disabilities: Reflections on cognitive, neuropsychological, and genetic components. *Learning and Individual Differences*, 20(2), 130–133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2009.10.008>.
- Holm, M. E., Hannula, M. S., & Björn, P.M. (2016). Mathematics-related emotions among Finnish adolescents across different performance levels. *An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 36, 1-14.
- Kang, M. J., Hsu, M., Krajbich, I. M., Loewenstein, G., McClure, S. M., Wang, J. T., et al. (2009). The wick in the candle of learning: Epistemic curiosity activates reward circuitry and enhances memory. *Psychological Science*, 20, 963–973.
- Linnenbrink-Garcia, L., & Pekrun, R. (2011). Students’ emotions and academic engagement: Introduction to the special issue. *Contemporary Educational Psychology*, 36, 1–3.
- Lufi, D., Darliuk, L. (2005). The interactive effect of test anxiety and learning disabilities among adolescents. *International Journal of Educational research*, 43, 215-249.
- Meyer, D. K. & Turner, J. (2006). Re-conceptualizing Emotion and Motivation to Learn in Classroom Contexts. *Educational Psychology Review* 18(4), 377-390. DOI: 10.1007/s10648-006-9032-1.
- Morton, A. (2010). Epistemic emotions. In P. Goldie (Ed.), *The Oxford handbook of philosophy of emotion* (pp. 385–399). Oxford: Oxford University Press.
- Muis, K. R., Chevrier, M., Singh, C. A. (2018). The role of epistemic emotions in personal epistemology and self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 1-20
- Muis, K. R., Pekrun, R., Azevedo, R., Sinatra, G., Trevors, G., Meier, E., & Heddy, B. C. (2015). The curious case of climate change: Epistemic emotions mediate relations between epistemic beliefs, learning strategies and learning outcomes. *Learning and Instruction*, 39, 168–183.
- Muis, K. R., Psaradellis, C., Lajoie, S. P., Di Leo, I., Chevrier, M. (2015). The role of epistemic emotions in mathematics problem solving. *Journal of Contemporary Educational Psychology*, 42, 172-185.
- O’Shea, A. Booth, J. L., Barbieri, C., McGinn, K. M., Young, L. K., & Oyer M. H. (2016). Algebra performance and motivation differences for students with learning disabilities and students of varying achievement levels. *Contemporary Educational Psychologist*, 50, 80–96. doi: 10.1016/j.cedpsych.2016.03.003
- Pekrun, R. (2000). A social-cognitive, control-value theory of achievement emotions. In J. Heckhausen (Ed.), *Motivational psychology of human development* (pp.143–163). Amsterdam: Elsevier.
- Pekrun, R. (2006). The Control-Value Theory of Achievement Emotions: Assumptions, Corollaries, and Implications for Educational Research and Practice. *Journal of Educational Psychology Review*, 18, 315- 341.
- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W., & Perry, R. P. (2002). Academic emotions in students’ self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist*, 37, 91–105. doi:10.1207/S15326985EP3702_4.
- Pekrun, R., Vogl, E., Muis, K. R., & Sinatra G.M. (2016). Measuring emotions during epistemic activities: the Epistemically-Related Emotion Scales. *Journal of cognition and emotion*, 30,1-9.
- Schutz, P. A., & Lanehart, S. L. (Eds.) (2002). Emotions in education [Special issue]. *Educational Psychologist*, 37, 67–135.
- Sideridis, G. D., Morgan, P. L., Botsas, G., Padeliadu, S., & Fuchs, D. (2006). Predicting learning disabilities based on motivation metacognition, and psychopathology. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 215–229.
- Tornare, E., Czajkowski, N. O., Pons, F. (2015). Children’s emotions in math problem solving situations: Contributions of self-concept, metacognitive experiences, and performance. *Learning and Instruction*, 39, 88-96.
- Vogl, E., Pekrun, R., Murayama, K. & Loderer, K. (2020). Surprised-curious-confused: Epistemic emotions and knowledge exploration. *American Psychological Association*, 20(4), 625-641.
- Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41, 1039–1048.

Wu, S. S., Willcutt, E. G., Escovar, E., & Menon, V. (2014). Mathematics achievement and anxiety and their relation to internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Learning Disabilities, 47*, 503–514.

• پیوست ۱

مسئله‌های طراحی شده برای مطالعه حاضر عبارت بودند از:

سوال ۱- خرید: مریم $\frac{1}{2}$ پولش را کتاب و $\frac{1}{3}$ پولش را دفتر خرید و $\frac{1}{5}$ باقیمانده پولش را خودکار خرید، اگر باقیمانده پول مریم ۴ هزار تومان باشد:

الف) مریم چه کسری از پولش را برای کتاب و دفتر می‌پردازد؟

ب) چه کسری از پول مریم برای خودکار مصرف می‌شود؟

پ) چه کسری از پول مریم برایش باقی می‌ماند؟

ت) کل پول مریم را بدست آورده و پول کتاب و دفتر و خودکار را هرکدام بدست آورید؟

سطح دشواری این سوال که به‌عنوان سوال ساده تلقی شد ۰/۶۹ بود.

سوال ۲- عقربه‌ها: علی وقتی به ساعت نگاه کرد ساعت ۷:۱۵ دقیقه عصر بود. او با پدر و مادرش بیرون رفت و بعد از ۲ ساعت به

خانه برگشتند.

الف) آنها ساعت چند به منزل برگشتند؟

ب) در این مدت عقربه دقیقه‌شمار و ساعت‌شمار هر کدام چقدر و چند درجه جابه‌جا شده‌اند؟

پ) با توجه به قسمت قبل سرعت عقربه دقیقه‌شمار چند برابر عقربه ساعت‌شمار است؟

ت) اگر او بخواهد بعد از برگشتن به خانه ۳۵ دقیقه کتاب بخواند، عقربه دقیقه‌شمار و ساعت‌شمار چند درجه جابه‌جا می‌شوند؟

ث) علی چند دقیقه دیگر صبر کند تا ۳ ساعت کامل از ۷:۱۵ دقیقه بگذرد؟

ج) اگر زمان خواب علی ۳ ساعت بعد از ۷:۱۵ دقیقه باشد، او چند دقیقه دیگر می‌تواند بیدار باشد؟

چ) علی چه ساعتی باید بخوابد؟

سطح دشواری که به‌عنوان سوال متوسط تلقی شد ۰/۴۷ بود.

سوال ۳- زمین مسابقه: اگر بخواهیم یک زمین بازی طراحی کنیم که یک ۵ ضلعی با محیط ۲۴ متر باشد و سه ضلع آن ۴ متر باشد

و دو زاویه باز ۱۲۰ درجه و یک زاویه تند ۵۰ درجه داشته باشد و دو زاویه و دو ضلع دیگر آن با هم مساوی باشند، آنگاه:

الف) اندازه دو ضلع و دو زاویه دیگر را به‌دست آورید؟

ب) ۵ ضلعی را رسم کنید؟ (برای رسم شکل اضلاع را در مقیاس سانتیمتر رسم نمایید)

پ) اگر بخواهیم دور تا دور این زمین صندلی‌هایی را برای ۴۸ نفر قرار دهیم، در این صورت برای هر صندلی چند سانتیمتر فضا

لازم است؟ (روی شکل مشخص کنید)

سطح دشواری این سوال که به‌عنوان سوال سخت تلقی شد ۰/۳۲ بود.

Editorial Board

M.H. Abdollahi, PhD (Kharazmi Univ)
P. Azadfallah, PhD (Tarbiat Modarres Univ.)
E. Azad, PhD (Baqiyatallah Univ.)
A. Fathi-Ashtiani PhD (Baqiyatallah Univ.)
M.K. Khodapanahi, PhD (Shahid Beheshti Univ.)
M.A. Mazaheri, PhD (Shahid Beheshti Univ.)
A.R. Moradi Ph.D. (Kharazmi Univ)
N. Nazarboland Ph.D. (Shahid Beheshti Univ.)
H.T. Neshatdoust, PhD (Esfahan Univ.)
R. Pourhossein, PhD (Tehran Univ.)
K. Rasoulzadeh-Tabatabaie, PhD (Tarbiat Modarres Univ.)
R. Roshan, PhD (Shahed Univ.)
M. Shahgholian. PhD (Kharazmi Univ.)
F. Sohrabi, PhD (Allameh Tabataba'i Univ.)

Internal manager: Dr. Mahnaz Shahgholian
Site manager: Dr. Fatemeh Ejei
Editor: Dr. Homa Sedghi-Jalal
Layout: Mr. Mustafa Zafari
Journal office: Mrs. Azar Goodarzi

Contents

Effectiveness of Mindfulness Training on Self-Compassion and Vitality of Mothers with Children with Learning Disabilities
Batool Zare, Seyedeh Zahra Emadi, Zahra Naghsh343

The Effect of Dialectical Behavior Therapy Skills on Self-Criticism and Self-Compassion of Adolescent Girls with a History of Self-Injury
Maryam Amirinia, Mahdi Imani, Mohammadali Goodarzi354

The Constructing and Normalization of Computerized Children's Working Memory Test
Ali Akbar Sharifi, Hossein Zare365

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Short-term Solution-focused Therapy on the Quality of Life and Resilience of Teenage girls with Heart Disease
Hadi Smkhani Akbarinejhad, Mahak Nagizadeh Alamdari375

The Mediating Role of Academic Enjoyment in the Relationship Between Satisfaction of Psychological Needs and Students' Agentic engagement
Mahdi Sadri, Hadi Samadieh, Samaneh Deilmi385

Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Emotion Efficacy, Cardiovascular Reactions, Quality of Sleep and Psychological Flexibility in Prisoners of War with Post Traumatic Stress Disorder
Jafar Mirzaee, Mohammad Hatami, Jafar Hasani395

A Comparison of the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Psychological Well-Being and the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Teenagers with and Without a History of Parental Divorce
Sara naderi, Masoud Gholamali Lavasani, Sogand Ghasemzadeh ...406

Psychometric Properties of Bender- Gestalt Test in Primary School Students
Mahdi Arabzade, Alireza Joshani416

The Psychometric Properties of Benjamin's Structural Analysis of Social Behavior Questionnaire Introject Surface (Self-Concept)
Sara Mirzaei-Feizabadi, Habib Hadianfard, Seyed Mohammad Reza Taghavi, Mehdi Reza Sarafraz427

Evaluation of Burnout Syndrome Among Physicians in Imam Hossein Hospital in Covid-19 Pandemic
Rozita Davari Ashtiani, Shaghayegh Kamian, Mojgan Khademi441

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and the Approach of Acceptance and Commitment on Citizenship Education Among the Employees
Younes Gheisizadeh1, Ali Poladi Rayshari, Moloud Keykhosrovani, Amini, Naser451

Epistemic Emotions During Math Problem-Solving Among Children with Learning Disability in Mathematics
Azadeh Pourrazagh, Hamidreza Hassanabadi, Mehdi Arabzadeh.....460