

- تدوین بسته آموزشی رفتار والدینی بر اساس تجارب زیسته والدین دارای فرزند پیش دبستانی تیزهوش
جمیله خدادادی، احمد عابدی، مختار ملک پور، امیر قمرانی ۲۱۲
- ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زود هنگام: یک مطالعه ترکیبی
سید جواد سیفی قوزلو، اسماعیل صدری دمیرچی، علی رضایی شریف، علی شیخ الاسلامی ۲۲۲
- تحلیل روایت خودبخششی در میان دانشجویان ایرانی
سمیرا رستمی، بهرام جوکار، مسعود حسینچاری، محبوبه فولادچنگ، ناصر رشیدی ۲۳۲
- مقایسه تداوی‌های ضمنی و آشکار مربوط به افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال خوردن و افراد سالم
سوسن عزیزاده فردا، مریم زالی زاده، احمد علیپور ۲۴۲
- تحلیل شبکه‌ای حوزه‌بندی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ: نقد پژوهشی
معصومه معصومی، مجید ضرغام حاجی، زینب کرمی نژاد، محمد ربیعی، محمد حسین ضرغامی ۲۵۲
- اثربخشی آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی
نیلوفر نقاش، افروز افشاری، بتول احدی ۲۶۱
- اثربخشی برنامه توالی واجی لیندامود بر کارکرد اجرایی دانش‌آموزان با اختلال خواندن
مینا طهمورث، سمیه سادات ساداتی فیروزآبادی ۲۷۲
- ارتباط طرحواره‌های مقابله با استرس و فضایل در عمل با پریشانی روانشناختی در دوره همه‌گیری کرونا: نقش میانجی تاب‌آوری
محمد مهدوی میدانی، مهناز شاهقلیان، حمید خانی‌پور ۲۸۱
- اثربخشی بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان
مریم سازگار، مولود کیخسروانی، عفت مرقاتی‌خویی، حمیدرضا توحیدی نیک ۲۹۱
- رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در دانشجویان
سجاد طاهرزاده قهفرخی، علی حسن عزیزپوریان، زینب شاکه نیا ۲۹۹

درجه «علمی-پژوهشی» در جلسه مورخ ۱۳۷۸/۱۱/۴ کمیسیون «بررسی نشریات علمی کشور» به «مجله روانشناسی» اعطاء 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.

تدوین بسته آموزشی رفتار والدینی بر اساس تجارب زیسته والدین دارای فرزند پیش دبستانی تیزهوش

Develop an Educational Package of Parental Behavior Based on the Lived Experiences of parents with Gifted Preschool Children

Jamileh Khodadadi PhD Student

Ahmad Abedi PhD[✉]

Mokhtar Malekpour PhD

Amir Ghamarani PhD

جمیله خدادادی^۱

احمد عابدی^۲

مختار ملک پور^۱

امیر قرمانی^۱

Abstract

Considering the importance of intelligence training, sensitive developmental ages, flexibility of the brain and changing intelligence approaches, the purpose of this study was to develop an educational Package of parental behavior based on the lived experiences of parents with gifted preschool children. During 2 years and with the help of Tehran-Stanford IQ scale, the intelligence of many children (46 of 497 children) was measured and finally 20 gifted children with IQ above 130 were selected. The families of these children were interviewed, Interviews were recorded and analyzed by using the Kolaizzi method and the main and sub-themes to have a smart child, were identified. Then, by studying various sources and the results of the research, the parenting package was prepared and presented to seven IQ and child specialists to evaluate the content, formal validity and content validity ratio. The final results indicated 13 main themes and 32 sub-themes with evidence and examples and 13 sessions were designed and approved for Parental Behavior Training Package. According to the approval of this package by experts, the prepared content can be a comprehensive guide for raising the intelligence of children for parents with children under six years old. We hope that these results will be a good gift for the future of the children of Iran.

Keywords: educational package, Parental behavior, lived experience.

چکیده

با توجه به اهمیت پرورش هوش، سنین حساس رشد، خاصیت انعطاف پذیری مغز و تغییر رویکردهای هوشی هدف از این پژوهش تدوین بسته آموزشی رفتار والدینی بر اساس تجارب زیسته والدین دارای فرزند پیش دبستانی تیزهوش بود. با کمک مقیاس هوشی تهران-استنفورد بین هوش کودکان زیادی (۴۶ نفر از ۴۹۷ کودک) در طی دو سال سنجیده و در نهایت ۲۰ کودک تیزهوش با بهره هوشی بالای ۱۳۰ انتخاب شدند. با خانواده‌های این کودکان مصاحبه شد، مصاحبه‌ها ضبط شده و با کمک روش کلاززی تحلیل شدند و مضامین اصلی و فرعی پرورش هوش مشخص شد. سپس با مطالعه منابع متعدد و نتایج حاصل از پژوهش، بسته فرزندپروری برای داشتن فرزند تیزهوش آماده و جهت بررسی روایی محتوایی، صوری و روایی محتوایی کمی در اختیار ۷ متخصص حوزه هوش و کودک قرار گرفت. نتایج پایانی دلالت بر ۱۳ مضمون اصلی و ۳۲ مضمون فرعی همراه با شواهد و مثال را داشت و ۱۳ جلسه برای بسته آموزش رفتار والدین طراحی و تأیید شد. با توجه به تأیید این بسته توسط متخصصان، محتوای تهیه شده می‌تواند راهنمای جامعی برای تربیت هوشی فرزندان برای والدین دارای فرزند زیر شش سال باشد. امیدواریم که این نتایج ارمغان خوبی برای آینده فرزندان ایران باشد. **واژه‌های کلیدی:** بسته آموزشی، رفتار والدین، تجربه زیسته.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۳/۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۷/۱۵

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

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

● مقدمه

امروزه یکی از مهمترین شاخص‌های توسعه در هر جامعه‌ای، توجه به امر آموزش و پرورش است. جامعه‌ای که بخواهد بر رشد خود سرمایه‌گذاری کند به‌ناچار باید روی توسعه منابع انسانی از طریق تعلیم و تربیت و آماده‌سازی نسلی برای آینده کار کند. نسلی که بتواند با جامعه در حال تغییر خود را منطبق کند. تربیت نیروهای متعهد و کوشا می‌تواند مانع از زوال خلاقیت در یک جامعه شود.

برای سرمایه‌گذاری در امر تعلیم و تربیت، علاوه بر سازمان آموزش و پرورش که بانی رسمی این موضوع در هر کشوری است، مهمترین نهاد غیررسمی مسئول، خانواده است. در واقع نقش خانواده بسیار پررنگ‌تر از هر عاملی در این خصوص است. عناصر موجود در خانواده چنانچه اطلاعات لازم و کافی را در این مورد داشته باشند و مشکلات جانبی از قبیل اختلافات زن و شوهر در داخل خانواده نباشد، به‌خوبی می‌توانند از عهده این مسئولیت خطیر برآیند. تحقیقات نشان داده است که آموزش خانواده و مراقبت‌کنندگان از کودک و ایجاد ظرفیت در آنها می‌تواند موقعیت‌های یادگیری را در کودکان ارتقا بخشد (سوانسون، راب و دانست، ۲۰۱۱) و یا اینکه آموزش مادران یک کلید مهم برای ارتقای موفقیت آموزشی کودکان به حساب می‌آید (برینهولت و هولم، ۲۰۲۰) و یا برعکس بیش‌درگیری والدین در امر تربیت کودک می‌تواند باعث رفتارهای غیر مولد تحصیلی شود (مهبد و فولاد چنگ، ۱۳۹۶).

از سویی دیگر در میان سنین رشد، سنین زیر شش سال از اهمیت خاصی برخوردار است. در این سنین که سنین طلایی و حساس نامیده می‌شود، به علت خاصیت انعطاف‌پذیری سلول‌های مغز، به‌شدت می‌توان روی کودکان کار کرد، به‌طوری که نتایج این تلاش‌ها سال‌ها ماندگار خواهد شد. تحقیقات نشان داده است که ظرفیت انعطاف‌پذیری مغز کودکان در مقایسه با بزرگسالان بیشتر است (جونستون، ۲۰۰۳). آموزش‌های زود هنگام در توسعه ابعاد مختلف رشد کودکان اثرات مثبت دارد و ارتباط مثبتی بین حضور در پیش‌دبستانی با موفقیت‌های بعدی از جمله نرخ استخدام، درآمد و غیره (کوکجا، ۲۰۱۹) گزارش شده است. از سویی دیگر برخی تحقیقات به نقش بدرفتاری عاطفی در کودکی در رفتار آینده فرد اشاره کرده‌اند (شید عنبرانی، گل، فرهادیان، طیبی و نامور طباطبایی ۱۳۹۹). رشد مهارت‌های مختلف در کودکی برای رشد مهارت‌های بعدی مهم می‌باشد (برینهولت و هولم، ۲۰۲۰) و والدین در این بین نقش مهمی را ایفا می‌کنند (تز- کینگ، فیشر، لن او و کیلو، ۲۰۲۰)، حتی پیشنهاد شده است که آموزش‌های والدگری از دوره بارداری شروع شود (فریدمن- کراس، برنشتاین و بارنت، ۲۰۱۹).

نکته‌ای که در اینجا جای بررسی دارد این است که آیا با تغییر محیط، می‌توان باعث افزایش هوش‌بهر در کودکان شد؟ در سال‌های اخیر بحث در خصوص برنامه‌های زود هنگام دوره کودکی از تئوری‌های رشدی به سمت تئوری‌های اجتماعی و فرهنگی حرکت کرده است (کاتر- مکنزی و ادوارد، ۲۰۱۴). بحث وراثت در برابر محیط هم یکی از چالش‌های همیشگی در این مورد بوده است. در گذشته اعتقاد بر این بوده که هوش ارثی است، اما در حال حاضر و نظر به تغییر نظریه‌های هوش از طولی به عرضی و از سویی اثر فلین (Flynn effect) (افزایش فزاینده در نمرات هوش)، مثل سابق اعتقاد به ارث وجود ندارد. تحقیقات به نقش متغیرهای اجتماعی از قبیل سطح آموزشی والدین، خانواده و نقش محیط اجتماعی در بهبود توانایی‌های شناختی کودکان و دستیابی آنها به استعدادهای خود اشاره کرده‌اند (میلووانویک و همکاران، ۲۰۲۰، جانگلین، ۲۰۲۰).

از طرفی طبق اثر فلین افزایش نمرات هوشی را نمی‌توان تماماً به ارث نسبت داد و این افزایش قطعاً به عواملی چون بهبود شرایط محیطی، تغذیه بهتر، آموزش بیشتر، افزایش استانداردهای زندگی و غیره ارتباط دارد (ریدرمن، بکر و کویله، ۲۰۱۷).

تحقیقات متعددی در ایران در خصوص نقش متغیرهای مختلف محیطی در افزایش هوش‌بهر انجام شده است اما وقتی این تحقیقات بررسی می‌شوند، نوعی پراکندگی در روش‌های اجرا شده وجود دارد. به عنوان مثال هر تحقیقی تنها

به بررسی یک فاکتور در افزایش هوش پرداخته است. تحقیقی به نقش بازی‌های وانمودی در افزایش هوش دیداری-فضایی (visual-spatial intelligence) (سیفی و سعادت‌مند، ۱۳۹۶)، تحقیقی به بررسی تأثیر حرکات موزون ورزشی (غنائی چمن‌آباد و کارشکی، ۱۳۹۰) و تحقیقی به بررسی نقش قصه‌گویی (علی اکبری، علیپور و درنجفی شیرازی، ۱۳۹۳)، در افزایش هوش‌بهر و غیره پرداخته‌اند. هنرمند، گودرزی و قاسمی (۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان دادند که بازی‌های حرکتی ریتمیک بر میزان توجه و هوش کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه اثر مثبت دارد. احمدی، محمدزاده و حسینی (۱۳۹۹)، در پژوهشی، اثر ایروبیك را بر عملکرد شناختی کودکان پیش‌دبستان بررسی کردند و اثر مثبت آن را بر رشد شناختی گزارش دادند.

در سویی دیگر شکوهی یکتا، پرنده و درگاهی (۱۳۹۵)، در پژوهش خود نشان دادند که آموزش والدین می‌تواند بر سبک‌های تربیتی و تعاملات والد-کودک اثر مثبت داشته باشد و یا هونگ و بومیستر (۲۰۱۳)، در پژوهش خود نشان دادند که سطح آموزشی والدین، تعداد کتاب‌ها، میزان آموزش و درآمد والدین با هوش کودکان ارتباط دارد. گبیز و فورست (۲۰۱۴)، نشان دادند که والدگری حمایتی در رشد شناختی کودکان موثر است. قدرتی، افروز، شریفی درآمدی و هومن (۱۳۹۰)، در پژوهش خود با عنوان «تیین خلاقیت دانش‌آموزان تیزهوش بر مبنای هوش، سن و رضامندی زناشویی والدین» به این نتیجه رسیدند که به ترتیب رضامندی زناشویی، هوش و سن والدین تیین‌کننده خلاقیت دانش‌آموزان می‌باشند. مظلوم و رحیم‌زاده (۱۳۹۹)، در پژوهش خود با عنوان «بازخورد والدین به سواد و مهارت‌های شناختی در کودکان پیش‌دبستانی» به این نتیجه رسیدند که محیط غنی و باسواد در خانواده که شامل اهل مطالعه بودن والدین، داشتن اشتراک مجله و غیره است، می‌تواند ۲۴ درصد از واریانس مهارت‌های شناختی (۱۴ درصد از مهارت خواندن و نوشتن، ۱۰ درصد از مهارت ریاضی) را بعدها در کودکان تیین کند و این دلالت بر نقش محیط بر پرورش توانایی‌های شناختی است.

این تحقیقات بیانگر این امر هستند که با آموزش می‌توان روی هوش اثر گذاشت و همانطور که گفته شد آموزش والدین در این بین بسیار موثر است. در پژوهش گروپینگ، دسی و رایان، ۱۹۹۷ (به نقل از مهدوی مزده، حجازی و نقش، ۱۳۹۷)، آمده است که والدینی که فرزندان خود را بدون قید و شرط می‌پذیرند و با آنها روابط گرم، صمیمی و استواری دارند، در فرزندان‌شان ادراک مثبتی از تعامل به وجود می‌آورند و باعث افزایش انگیزش تحصیلی، ادراک شایستگی، سازگاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی در آنان می‌شوند.

در خصوص اقدامات خانواده‌های دارای فرزند تیزهوش برای پرورش هوش، در داخل کشور تحقیق خاصی صورت نگرفته است. با توجه به موارد بالا تصمیم گرفته شد، خانواده‌های ایرانی که دارای فرزند زیر ۶ سال و تیزهوش هستند مورد بررسی قرار گرفته و در خصوص راه‌کارهای پرورش تیزهوشی با آنها مصاحبه شود، مصاحبه‌ها تحلیل، جمع‌بندی و از دل آنها بسته آموزش والدگری در خصوص پرورش تیزهوشی به زبانی ساده استخراج شود.

• روش

جامعه این پژوهش، والدین دارای کودکان تیزهوش زیر ۶ سال پیش‌دبستانی در شهر اراک در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. ابتدا با مجوز گرفتن از اداره آموزش و پرورش به مراکز پیش‌دبستانی مراجعه شد، سپس با مربی کلاس در خصوص دانش‌آموزان، تیزهوشی و ویژگی‌های کودکان تیزهوش صحبت شد. مربی دانش‌آموزان مشکوک به تیزهوشی را معرفی کرد. رضایت‌نامه بررسی هوش به خانواده داده شد و در صورت رضایت خانواده، کودک مورد ارزیابی هوشی قرار می‌گرفت. چنانچه معیارهای تیزهوشی (بهره هوشی بالای ۱۳۰)، وجود داشت، خانواده دعوت به مصاحبه

می‌شد و به طور آزاد و نیمه ساختاریافته در خصوص تجارب خود صحبت می‌کرد و مورد مصاحبه قرار می‌گرفت، مصاحبه‌ها ضبط و طبق مراحل روش کلایزی (Colaizzi) مورد تحلیل قرار می‌گرفت.

ابزار مورد استفاده برای سنجش هوش:

در این پژوهش از مقیاس هوشی تهران- استنفورد- بینه (Tehran-Stanford-Binet IQ Scale) که در ایران توسط کامکاری هنجار شده، استفاده شده است. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن و اصلاح توسط فرمول اسپیرمن- براون، بالای ۰/۸۰ به دست آمده که معرف تجانس درونی مقیاس است (کامکاری، ۱۳۹۷).

شیوه تحلیل مصاحبه‌ها:

ابتدا مصاحبه‌ها ضبط می‌شدند و سپس روی کاغذ نوشته و طبق مراحل کلایزی و به شرح زیر مورد تحلیل قرار گرفتند:

در مرحله اول، در پایان هر مصاحبه و ثبت یادداشت‌های میدانی، ابتدا صحبت‌های ضبط شده شرکت‌کنندگان چندین بار گوش داده شد. سپس اظهارات‌شان، کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته و جهت درک احساس و تجارب شرکت‌کنندگان چند بار مطالعه شد. در مرحله دوم، پس از مطالعه همه توصیف‌های شرکت‌کنندگان، زیر اطلاعات با معنی و بیان مرتبط با پدیده مورد بحث، خط کشیده و به این طریق جملات مهم مشخص شدند. مرحله سوم که استخراج مفاهیم فرموله بود، بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، سعی شد تا از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بوده، استخراج شود. البته پس از کسب این مفاهیم تدوین شده، سعی می‌شد تا مرتبط بودن معنی تدوین شده با جملات اصلی و اولیه مورد بررسی قرار گیرد و از صحت ارتباط بین آنها اطمینان حاصل شود. بعد از استخراج کدها، مطابق مرحله چهارم کلایزی، پژوهشگر مفاهیم تدوین شده را به دقت مطالعه و بر اساس تشابه مفاهیم آنها را دسته‌بندی کرد. بدین روش، دسته‌های موضوعی از مفاهیم تدوین شده تشکیل شد. در مرحله پنجم، نتایج برای توصیف جامع از پدیده تحت مطالعه به هم پیوند یافته و دسته‌های کلی‌تری را به وجود آوردند. در مرحله ششم، توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه (تا حد امکان با بیانی واضح و بدون ابهام) ارائه شد. مرحله پایانی، اعتباربخشی با ارجاع به هر نمونه و پرسیدن درباره یافته‌ها انجام شد.

پس از تحلیل مصاحبه‌ها و تهیه جدول مضامین اصلی و فرعی، بسته آموزشی تهیه و جهت بررسی روایی محتوایی، صوری و روایی محتوایی کمی (CVR) در اختیار ۷ متخصص در حوزه کودک با مدرک فوق لیسانس و دکتری قرار گرفت و در نهایت جلسات آماده بهره‌برداری شد.

• یافته‌ها

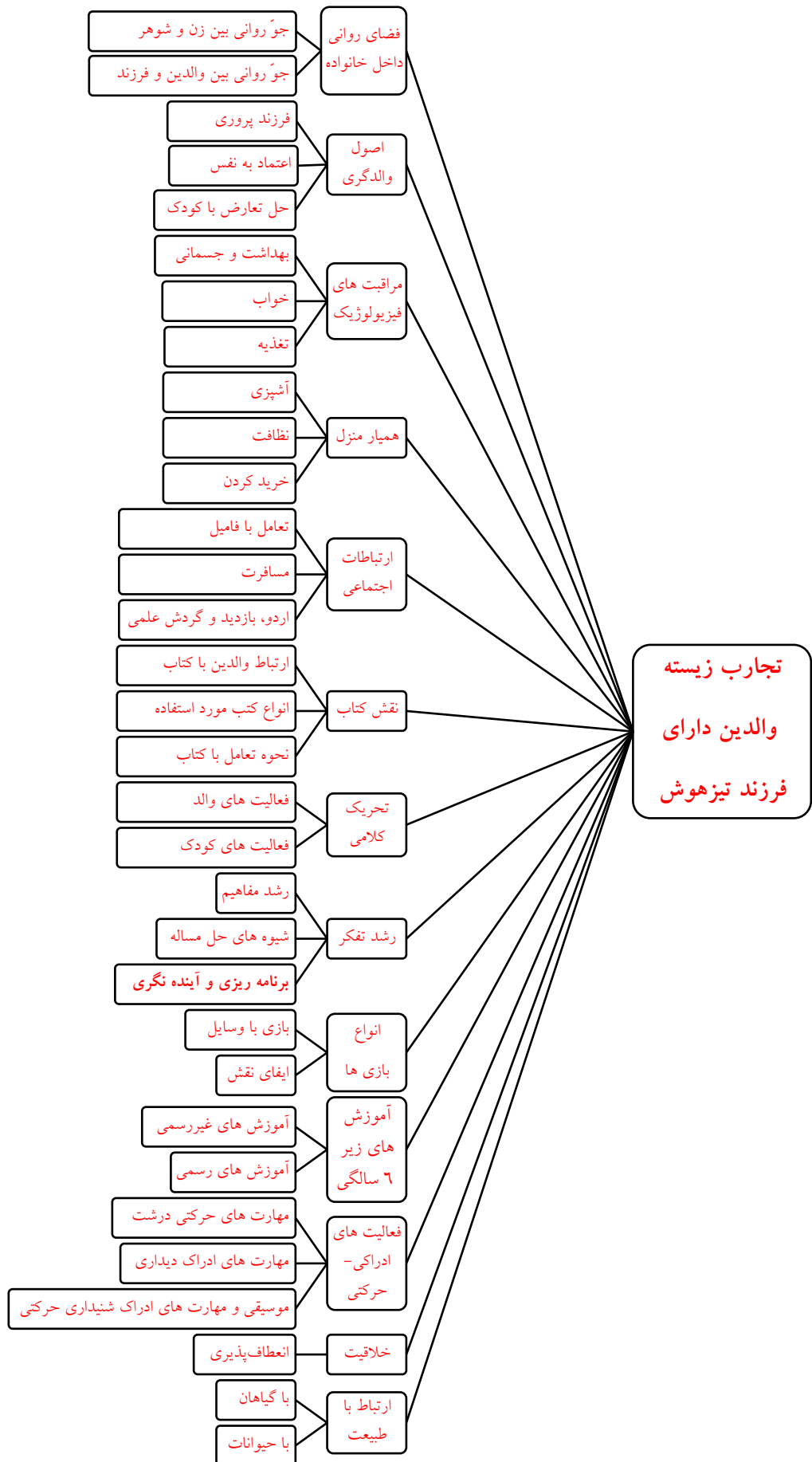
برای پیدا کردن نوآموزان تیزهوش در مقطع پیش دبستان، به ۲۰ مرکز پیش‌دبستانی مراجعه شد. در این مراکز ۴۹۷ نوآموز حضور داشتند و چهار نفر هم به صورت متفرقه برای تست مراجعه نمودند. از این تعداد ۵۶ نفر مشکوک به داشتن هوش بالا بودند. تعداد ۴۶ نفر توسط مقیاس هوشی تهران- استنفورد- بینه مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۱۰ نفر هم به دلایل مختلف همکاری نکردند.

از ۴۶ نفر ارزیابی شده، ۲۰ نفر به عنوان افرادی که شاخص‌های تیزهوشی را داشتند، تشخیص داده شدند و از ۲۰ خانواده دارای فرزند تیزهوش، ۵ خانواده جهت مصاحبه همکاری نکردند و ۱۵ خانواده به صورت مفصل مورد مصاحبه قرار گرفتند. لازم به ذکر است در مصاحبه نهم تقریباً به اشباع حاصل شده بود، اما جهت اطمینان بیشتر مصاحبه‌ها ادامه یافت. پس از تحلیل مصاحبه‌ها و جمع‌بندی آنها ۱۳ مفهوم اصلی و ۳۲ مفهوم فرعی به دست آمد و برای هر مفهوم شواهد و مثال‌ها مشخص شد. تلاش شد تا از تک تک جملات والدین استفاده شود (جدول ۱).

جدول ۱. تجارب زیسته والدین دارای فرزند تیزهوش

مضامین اصلی	مضامین فرعی	شواهد و مثال ها
فضای روانی داخل خانواده	جوّ روانی بین زن و شوهر جوّ روانی بین والدین و فرزند	جلوی بچه دعوا نمی‌کنیم، فضای خانواده شاد و با آرامش است، روابط والدین عاشقانه است، احترام هم را در حضور کودک داریم و اهل مطالعه و پیشرفت هستیم. از بچه‌داری لذت می‌بریم، پدر ارتباط خوبی با بچه دارد و برایش وقت زیادی می‌گذارد، با هم خانوادگی کارهای مشترک انجام می‌دهیم مثل فیلم دیدن و آشپزی کردن. قاطعیت در رفتار، کتک نزدن کودک، به کودک یاد دادیم در جمع هر حرفی را نزنند و بگویند کار خصوصی داریم، نشنیدن حرف‌های بد کودک، همه چیز با اجازه باشد، گاهی استفاده از کمک مادر بزرگ‌ها، در جمع او را دعوا نمی‌کنیم، خوب گوش کردن به حرف‌های او، بازی‌های خشونت‌بار در منزل نداریم (نظارت بر فیلم‌های کودک)، مسائل نگران‌کننده را با کودک مطرح نمی‌کنیم، بی‌جهت به کودک نه نمی‌گوئیم، کنار کودک و دوست او هستیم، احترام کودک را حفظ می‌کنیم
اصول والدگری	اعتماد به نفس	کودک را درگیر وقایع می‌کنیم و از او نظرخواهی می‌کنیم، کارهای کودک را انجام نمی‌دهیم، از استعداد او حمایت و به علایق وی توجه می‌کنیم، واگذاری کار به کودک مطابق با توانایی او، آموزش کلامی کودک، تشویق کودک برای کارهایش (مثلاً برای نقاشی‌های او)، عدم مقایسه کودک با سایر کودکان، مراقب کلام بودن (نگوییم تو عرضه نداری)، نمایش اجرا می‌کنیم و او را در موقعیت قرار می‌دهیم و عملکرد درست را به او یاد می‌دهیم، به او یاد می‌دهیم خودش برود و حرفش را بزند، با سلیقه خودش لباس بخر، در قالب داستان به او یاد دادیم مشکلات را سعی کن خودت حل کنی، خودت باید از حقت دفاع کنی.
حل تعارض با کودک		موقع ناسازگاری رفتاری احساسش را می‌پرسیم و با او حرف می‌زنیم. موقع ناسازگاری کودک را سرگرم می‌کنیم. موقع ناسازگاری یک جایگزین پیدا می‌کنیم. کودک را با دلایل منطقی قانع می‌کنیم، تا حالا او را تنبیه نکرده‌ایم، هیچ بازی خشونت‌باری در منزل نداریم، کودک را ندید می‌گیرم، اگر خرابکاری کنی خودت باید جمعش کنی، تسلیم نشدن در برابر خواسته‌های غیر منطقی، همدردی با کودک در حین مشکل (نفس عمیق کشیدن و...)
مراقبت‌های فیزیولوژیک	بهداشت و جسمانی خواب تغذیه	مراقبت برای جلوگیری از بیمار شدن، اهمیت دادن به بهداشت خوراکی‌ها، اهمیت فراوان به مسواک زدن تمام خانواده‌ها در خواب نظم داشتند و حتی از مهمانی به موقع بر می‌گشتند تا این نظم به هم نخورد. تغذیه طبق نظم، نخوردن چیزهای مضر (مثلاً قبل از خوردن فست فود، کودک را سیر می‌کنند)، استفاده از مغزهای مختلف، استفاده از داروی تقویتی و شربت اشتها (دو نفر)، توجه به هرم غذایی، مصرف میوه و ماهی
همیار منزل	آشپزی نظافت خرید کردن	پخت ژله، کیک، املت، خمیر پیتزا درست کردن، سفره انداختن، رنده کردن، شستن لیوان، لوبیا خرد کردن، برنج پاک کردن، هم زدن، الک کردن، ماکارونی درست کردن، درگیر کردن کودک تی کشیدن، دستمال کشیدن، جارو کردن، ظرف شستن، لباس تا کردن، مرتب کردن اتاق خود، اتو کشیدن اکثر کودکان با والدین خود مسئول خرید بودند و یا با پدر بزرگ و مادر بزرگ و یا برنامه‌ریزی می‌شد که برای غذایی خاص خرید کنیم.
ارتباطات اجتماعی	تعامل با فامیل مسافرت	اکثر خانواده‌ها ارتباط خوبی با فامیل و خانواده همسر خود داشتند و رفت و آمدها خوب بود حتی مسافرت‌های یک روزه و توضیح دادن وقایع مختلف در مسافرت
نقد کتاب	اردو، بازدید و گردش علمی ارتباط والدین با کتاب انواع کتب مورد استفاده	رفتن به مکان‌های چون باغ، فروشگاه، مسجد، موزه، شهر ترافیک، کتابخانه، باغ وحش، باغ پرندگان و جاهایی که در مهد و پیش‌دبستانی می‌برند. ارتباط اعضای خانواده در بیشتر خانواده‌ها با کتاب خوب بود. یکی از والدین می‌گفت: سعی می‌کنم بچه‌ها من را کتاب به دست ببینند، از دو الی سه سالگی برایش کتاب می‌گرفتم، متناسب با سن برایش کتاب می‌گرفتم، کتاب قصه، شعر، رنگ آمیزی، کلیله و دمنه، شاهنامه‌خوانی، کتاب پیدا کردن اشکال در داخل زمینه، داستان‌های قدیم ایران، کتاب حیوانات و میوه‌ها، کتاب‌های می‌می‌نی، سفرهای علمی و کتاب‌های شیمو (معرفی اماکن عمومی)، کتاب‌های حاوی نکات تربیتی، خاطرات خودمان
تحریک کلامی	نحوه تعامل با کتاب فعالیت‌های والد	اغلب والدین کتاب را چند بار می‌خواندند و سپس از کودک می‌خواستند داستان را تعریف کند. و یا از داستان سوال می‌پرسیدند، کلمات جدید را با کودک کار می‌کردند و با هم داستان‌های جدید خلق می‌کردند. از داستان نتیجه‌گیری می‌کردند و آن را تحلیل می‌کردند. گاهی هم عکس‌های کتاب را با دقت بررسی می‌کردند و بعد قصه والدین اغلب اشاره داشتند که زیاد با کودک حرف می‌زدند، برای او قصه می‌گفتند، مسائل را برایش توضیح می‌دادند، آرام حرف می‌زدند و تماس چشمی با کودک داشتند، برای بچه‌ها در حین انجام کارهای منزل شعر می‌خواندند و از آنها می‌خواستند تکرار کنند، هر اتفاق جدیدی را برای کودک تعریف می‌کردند.

مضامین اصلی	مضامین فرعی	شواهد و مثال ها
	فعالیت‌های کودک	با کودک تمرین گویندگی و مجری‌گری داشتند، کودک می‌بایست قصه‌ها را به زبان خود تعریف کند، داستان و فیلم‌ها را تعریف کند و حتی کودک را تشویق می‌کردند از فوتبال گزارش بدهد.
	رشد مفاهیم	برای تقویت طبقه‌بندی از کودکان می‌خواستند که اسباب بازی‌های که قاطی شده است را دسته‌بندی کنند و یا لباس‌ها را باید خودشان دسته‌بندی کنند و یا اشغال‌ها را باید از هم تفکیک کنند.
	شیوه‌های حل مساله	والدین از کودک می‌خواستند که در خصوص اتفاقات نظر و راه حل بدهد و راه حل پیشنهادی او را اجرا می‌کردند. آنها از طریق قصه تلاش می‌کردند فکر کردن را در کودک تقویت کنند و بچه‌ها را ترغیب می‌کردند که برنامه‌های آموزنده نگاه کنند. از کودک می‌خواستند که خودش ابتدا تلاش کند مشکل را حل کند، در حد فهم او به سوالاتش پاسخ درست می‌دادند، او را گول نمی‌زدند، او را تشویق می‌کردند از کودکان موفق الگو بگیرد، با جایزه دادن وی را تشویق به پرسشگری می‌کردند.
رشد تفکر		در قالب داستان به او یاد می‌دادند در این موقعیت چه کار کند، او را تشویق می‌کردند که بیا با هم فکر کنیم و دنبال راه حل بگردیم، حتی مجله‌ها را دور نمی‌انداختند که برای تحقیق از آنها استفاده کنند.
	برنامه‌ریزی و آینده‌نگری	والدین برای تقویت قدرت برنامه‌ریزی این‌گونه با فرزندان خود تعامل داشتند: پسرم به نظرت چه کار کنم که تا فلان وقت این اتفاق بیفتد؟ برای مهمانی و یا سفر چه چیزهایی لازم داری، خودت بردار. آموزش مدیریت زمان بر حسب ساعت (تا عقربه به اینجا برسد باید این کار تمام شده باشد). خود پدر و مادر برنامه روزانه خود را می‌نویسند. جمع کردن وسایل مدرسه توسط خود کودکان. داشتن برنامه روزانه. آموزش آینده‌نگری (مثلا پول‌ها را جمع کن و فلان وسیله را بگیر).
	بازی با وسایل	والدین اغلب وقت زیادی را صرف بازی با کودک خود کرده بودند. بازی‌های حرکتی، قایم باشک، آرد بازی، خمیر بازی، رنگ انگشتی، گواش، شن بازی، نقاشی روی دیوار، بازی‌های فکری، توپ بازی، گل بازی، ماسه‌بازی، برج هیجان، مار و پله، منج، جورچین، خاله‌بازی، بازی‌های ساخت و ساز، بازی‌های تقویت حافظه دیداری
انواع بازی‌ها		اینها نمونه‌ای از بازی‌های والدین است: سایه بازی می‌کردیم خودش متن را می‌گفت و اجرا می‌کرد. اجرای نمایش با عروسک ها. با برق خاموش نمایش اجرا می‌کردیم خاله‌بازی زیاد داشتیم. پانتومیم داشتیم. اجرای کارتون‌های مشاهده شده. رستوران‌بازی. اجرای خوانندگی
	آموزش‌های غیررسمی	نمونه آموزش‌های غیررسمی والدین: کار با ماشین حساب، عددها، مهارت‌های اولیه ریاضی را بهش یاد دادم. ساعت را بهش یاد دادم. شمردن، شکل‌ها، رنگ‌ها و اشکال هندسی را بهش یاد دادیم. از ۲ سالگی فیلم لاتین تماشا می‌کرد. بازی آمیرزا را کار کردیم (بهم چسباندن حروف و ساخت کلمه). جمع و تفریق را کار کردیم. استفاده از کارت‌های بن بن بن. عضویت در کتابخانه
آموزش‌های زیر ۶ سال		مهد کودک (۲ نفر از کودکی). مهد قرآن (۷ نفر). مدرسه طبیعت (دو نفر). چرتکه (۲ نفر) و آی مت (یک نفر). کلاس‌های ورزشی (۴ نفر) (شطرنج، کاراته، باله). کلاس موسیقی (دو نفر). کلاس خلاقیت (یک نفر). کلاس زبان (یک نفر). کلاس رقص (یک نفر). کلاس نقاشی (یک نفر) و کلاس‌هایی که در پیش‌دبستانی تشکیل شده است.
	مهارت‌های حرکتی درشت	والدین برای تقویت فعالیت‌های حرکتی درشت از بازی‌های چون: فوتبال، پارک، پیاده‌روی، توپ‌بازی، کوه، ورزش خانوادگی، اسکیت، ژیمناستیک، شنا و تنیس استفاده می‌کردند.
فعالیت‌های ادراکی - حرکتی		بازی‌های حرکتی ظریف، نقطه‌چین‌ها را به هم وصل کردن، کار با قیچی، استفاده از پازل، از روی کتاب چیزی ساختن، کار با لگو و ساخت وسیله، رانندگی روی پای پدر و استفاده از وسایل خانه‌سازی فعالیت‌هایی بودند که والدین به آنها اشاره کردند.
	موسیقی و مهارت‌های ادراک شنیداری حرکتی	استفاده از حرکات موزون، گوش کردن به رادیو آوا، حرکات موزون با آهنگ‌های مختلف، خواندن لالایی از ابتدا، گوش کردن به موسیقی، خواندن با آهنگ از کارهایی بود که والدین و کودکان با هم انجام می‌دادند.
	انعطاف‌پذیری	برای تقویت این قسمت، والدین از فعالیت‌های زیر استفاده می‌کردند: کار با کاغذ و وسایل دور ریختنی و ساخت چیزهای مختلف، کار با آجرها و ساخت وسایل مختلف، بازهای درست‌کردنی و خراب‌کردنی، استفاده از لوله‌های خانه‌سازی، ساخت وسایل جدید با اسباب بازی‌هایش، دور نریختن مجله‌ها برای کاردستی، استفاده‌های مختلف از وسایل، تهیه جعبه وسایل دور ریختنی، ساخت کاردرستی، استفاده از کتاب‌ها بدین منظور، با جعبه، کارتن و نی نوشابه وسیله درست کردن، باز کردن وسایل با پیچ گوشتی و مجدد بستن آنها
ارتباط با طبیعت		با توجه به آپارتمان‌نشینی، والدین از فعالیت‌های زیر استفاده می‌کردند: رفتن به مدرسه طبیعت، خاک‌بازی و کار با گل بودن در فضای روستا، میوه چینی، آب دادن به گیاهان، کاشت گیاه و درخت
	با گیاهان	غذا دادن به حیوانات، رفتن به باغ وحش و باغ پرندگان، داشتن، مرغ و خروس، شیر دوشیدن
	با حیوانات	



شکل ۱. مضامین حاصل از تجارب زیسته والدین دارای فرزند تیزهوش

پس از تحلیل مصاحبه‌ها و استخراج مضامین، مقالات متعددی در خصوص پرورش هوش کودکان مطالعه و در نهایت بسته زیر در قالب جلسات آموزشی تهیه شد. سپس جهت بررسی روایی محتوایی و صوری در اختیار ۷ نفر از متخصصان حوزه کودک و روانشناسی قرار گرفت. ضریب روایی محتوایی کمی هر جلسه نیز محاسبه و در جدول ۲ نوشته شده است.

جدول ۲. بسته آموزشی رفتار والدینی

شماره	عنوان جلسه	هدف	ضریب CVR
۱	کنترل فضای روانی داخل خانواده	بررسی اهمیت کیفیت تعاملات بین زن و شوهر، آرامش داخل خانواده و ارتباط روانی صحیح والدین با فرزندان	۱
۲	اصول پرورش فرزند	بررسی اصول فرزندپروری به شیوه مثبت، افزایش اعتماد به نفس در کودکان و شیوه‌های حل تعارض با کودکان	۱
۳	اصول مراقبت‌های فیزیولوژیک	بررسی اصول بهداشتی و مراقبت از تغذیه، جسم و خواب کودکان	۱
۴	مسئولیت در خانه	تشریح اهمیت درگیر کردن کودکان در کارهای خانه، نظافت، آشپزی و خرید در راستای افزایش هوش	۱
۵	تقویت ارتباطات اجتماعی	تشریح نقش تعاملات اجتماعی با دوستان، اقوام، سفرهای کوتاه درون شهری در افزایش اطلاعات کودکان	۱
۶	اصول درگیری با کتاب	تشریح اهمیت کتابخوانی خود والدین، انواع کتب مورد استفاده برای کودکان و نحوه استفاده از کتاب در راستای تقویت حافظه کلامی - شنیداری و زبان بیانی و درکی	۱
۷	تقویت کلامی سازی	آموزش چگونگی تحریک کردن کودکان برای حرف زدن، شیوه‌ها و نقش والدین	۱
۸	رشد تفکر و مفاهیم	ارائه بازی‌هایی که به رشد شکل‌گیری مفاهیم کمک می‌کند، آموزش شیوه‌های حل مساله به کودکان، نحوه برنامه‌ریزی و رشد آینده‌نگری در کودکان	۱
۹	بازی‌ها	آموزش والدین در خصوص بازی‌های هیجانی، بازی با انواع وسایل ساده و اجرای نمایش و نقش آن در افزایش هوش	۱
۱۰	آموزش‌های غیررسمی	آموزش والدین با انواع بازی‌ها و روش‌هایی که به صورت غیررسمی پیش‌نیازهای ریاضی، خواندن و نوشتن را تقویت می‌کند	۱
۱۱	فعالیت‌های ادراکی- حرکتی	آموزش والدین در خصوص مهارت‌های حرکتی درشت، ظریف، مهارت‌های ادراک دیداری و شنیداری	۱
۱۲	خلاقیت	آموزش ساخت وسایل مختلف با دورریختنی‌ها به والدین جهت اجرا در منزل	۱
۱۳	طبیعت و نقش آن	پرداختن به اهمیت پرورش گل و گیاهان در منزل، کشاورزی، آشنایی با حیوانات و... به عنوان مثال وقتی بچه‌ها خودشان دانه‌ای را در خاک می‌کارند، ضمن افزایش اطلاعات عمومی، مهارت‌های حرکتی ظریف نیز در آنها تقویت می‌شود.	۱

در هر جلسه با توجه به موضوع و محور آن، بازی‌ها و فعالیت‌ها به والدین آموزش داده و ارتباط آن با افزایش هوش برای خانواده تشریح می‌شود.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته آموزشی رفتار والدینی بر اساس تجارب زیسته والدین دارای فرزند تیزهوش پیش‌دستانی انجام شده است. پس از انجام مصاحبه با والدین دارای فرزند تیزهوش و تحلیل مصاحبه‌ها ۱۳ مضمون اصلی که در دل خود ۳۲ مضمون فرعی را جای داد، به دست آمد و پس از تأیید متخصصان تبدیل به بسته آموزشی رفتار والدینی برای پرورش هوش شد. با توجه به نبود تحقیق مشابه در ایران این بسته و مولفه‌های آن می‌تواند راهنمای خوبی برای والدین باشد.

اثربخشی برخی از مضامین به دست آمده در تحقیقات دیگر نیز اثبات شده است. به عنوان مثال مولفه فضای روانی آرام بین والدین و فرزندان که زمینه را برای پرورش هوش مهیا می‌کند، در تحقیق قدرتی و همکاران (۱۳۹۰) نیز تأیید شده است. وقتی محیط خانواده به دور از تشنج و درگیری باشد، زمینه برای پرورش کودک مهیا می‌شود.

مضمون شماره دو که اصول والدگری را تشریح می‌کند، به نوعی مطرح‌کننده والدگری حمایتی است که در تحقیق گیبز و فورست (۲۰۱۴) نیز تأیید شده است و می‌توان گفت مضمون به دست آمده با نتایج این تحقیق همسو می‌باشد. والدین آگاه در برخورد با فرزند، صحیح عمل نموده و مانع از بروز مشکلات بعدی می‌شوند.

مضمون کتاب و نقش آن در رشد شناختی با تحقیقات هونگ و بومیستر (۲۰۱۳) و مظلوم و رحیم زاده (۱۳۹۹) همسو است. در این تحقیقات نقش کتاب و کتابخوانی و اهل مطالعه بودن والدین در رشد کودکان اثبات شده است. محیط اهل مطالعه و کتاب و حتی تعداد کتاب‌های موجود در منزل و کتاب به دست بودن والدین می‌تواند مهارت‌های شناختی بعدی کودک را پیش‌بینی نماید.

مضامین دیگر مانند بازی‌ها و پرورش حوزه‌های ادراک دیداری و شنیداری با تحقیقات مختلفی همسو می‌باشد. در تحقیقات هنرمند و همکاران (۱۳۹۴)، غنایی چمن‌آباد و کارشکی (۱۳۹۰) و احمدی و همکاران (۱۳۹۹)، به نوعی اثر ریتم و حرکت بر رشد شناختی بررسی و تأیید شده است.

وقت گذاشتن والدین برای فرزندان، احترام به فرزندان، هماهنگی بین پدر و مادر و مسائلی از این دست می‌تواند باعث رشد شخصیت کودک می‌شود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد آرامش داخل خانواده و احساس مسئولیت در برابر فرزندان بیش از تحصیلات دانشگاهی و سطح مالی می‌تواند تضمین کننده موفقیت فرزندان شود.

در خصوص پاسخ به این سوال که این فعالیت‌ها چگونه می‌تواند باعث افزایش هوشبهر شود، نکات زیر می‌تواند تبیین کننده نتایج باشد: وقتی والدین با فعالیت‌های مختلف تلاش می‌کنند که هر نکته‌ای را با طرق مختلف برای کودک توضیح دهند در واقع در حال افزایش اطلاعات عمومی، تقویت خوب صحبت کردن در کودک و در نتیجه افزایش هوش کلامی وی می‌شوند. یا وقتی در فعالیت‌های مختلف آشنایی از او کمک می‌گیرند، مثلاً پیچاندن لقمه، باعث افزایش مهارت‌های دست‌ورزی در کودک می‌شوند و در نتیجه کودک در خرده آزمون‌های که مستلزم استفاده از دست می‌باشد، مهارت و سرعت عمل بیشتری دارد. وقتی با هم شعر تمرین می‌کنند، در واقع در حال تقویت حافظه شنیداری هستند و ...

• نتیجه‌گیری

با توجه به مضامین حاصل از مصاحبه‌ها و همسویی برخی مضامین با تحقیقات مختلف می‌توان از بسته تهیه شده به عنوان راهنمایی برای آموزش والدین در جهت پرورش فرزند تیزهوش استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود در فضاهای مختلف آموزشی از این بسته به عنوان راهنمای آموزش به والدین استفاده شود. همچنین تجارب زیسته والدین دارای فرزند تیزهوش در مناطق مختلف ایران (مناطق دو زبانه) نیز بررسی شود که بتوان از این نتایج برای کل جامعه ایران استفاده کرد. توجه به محدودیت‌های این پژوهش از جمله اینکه این پژوهش در شهر اراک و در گروه سنی پیش از دبستان انجام شده است، می‌تواند راه را برای پژوهش‌های بیشتر در مقاطع سنی پایین‌تر و در نقاط مختلف کشور باز نماید. از این رو به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در مقاطع سنی دیگر و در شهرهای مختلف این پژوهش را ادامه دهند که بتوان بسته‌ای جامع برای کل کشور تهیه کرد.

• منابع

- احمدی، سمیرا، محمدزاده، حسن، و حسینی، فاطمه سادات. (۱۳۹۹). تأثیر ایروبیک بر عملکرد شناختی کودکان پیش دبستان. *رویش روانشناسی*، ۱۷۸، ۱۶۲-۱۵۵.
- سیفی، فرزانه، و سعادت‌مند، زهره. (۱۳۹۶). تأثیر بازی‌های وانمودی بر هوش دیداری- فضایی کودکان پیش دبستانی. *فصلنامه مطالعات پیش دبستان و دبستان*، ۹۳، ۸۳-۹۸.
- شکوهی یکتا، محسن، پرند، اکرم، و درگاهی، محبوبه. (۱۳۹۵). مداخله‌های پیشگیرانه خانواده محور: تأثیر بر روابط والد- کودک و روش‌های تربیتی والدین. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۲۳، ۶۳-۵۵.
- شید عنبرانی، بهناز، گل، علیرضا، فرهادیان، فاطمه، طیبی، زهرا، و نامور طباطبایی، سید سجاد. (۱۳۹۹). نقش بد رفتاری‌های عاطفی دوران کودکی در پیش بینی پرخاشگری بزرگسالی. *مجله روانشناسی*، ۱۲۴، ۷۴-۵۷.
- علی اکبری، مهناز، علیپور، احمد، و درنجفی شیرازی، مهناز. (۱۳۹۳). اثر بخشی قصه گوئی بر مولفه‌های هوش اخلاقی کودکان دختر پیش دبستانی در شهر اصفهان. *دو فصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۶۲، ۳۳-۴۳.
- غنایی چمن‌آباد، علی، و کارشکی، حسین. (۱۳۹۰). تأثیر حرکات موزون ورزشی بر هوش عینی کودکان پیش دبستانی. *پژوهش‌های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۱، ۱۶۷-۱۷۸.
- قدرتی، مهدی، افروز، غلامعلی، شریفی درآمدی، پرویز، و هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۰). تبیین خلاقیت دانش آموزان تیزهوش برمبنای هوش، سن و رضامندی والدین آنان. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۳، ۲۲-۱.

- کامکاری، کامبیز. (۱۳۹۷). روایی تشخیصی نسخه نوین هوش آزمای تهران- استانفورد- بینه در دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۸(۳)، ۱۵-۲۸.
- مهد، مینا، و فولاد چنگ، محبوبه. (۱۳۹۶). رابطه بین بیش درگیری والدین و رفتار غیر مولد تحصیلی فرزندان. *مجله روانشناسی*، ۲۱(۴)، ۴۲۸-۴۴۳.
- مهدوی مزده، مامک، حجازی، الهه، و نقش، زهرا. (۱۳۹۷). رابطه ادراک از سبک‌های والدینی با تاب‌آوری: نقش واسطه‌ای عاملیت انسانی. *مجله روانشناسی*، ۲۲(۳)، ۳۲۶-۳۴۳.
- مظلوم، سیده مرجان، و رحیم زاده، سوسن. (۱۳۹۹). بازخورد والدین به سواد و مهارت‌های شناختی در کودکان پیش‌دبستانی. *روانشناسی تحولی*، ۶(۲۳)، ۲۸۹-۲۹۸.
- هنرمند، هدا، گودرزی، ایرج، و قاسمی، محمد. (۱۳۹۴). میزان اثربخشی بازی‌های حرکتی ریتمیک بر میزان توجه و هوش کودکان پیش‌دبستانی مبتلا ADHD. *کنفرانس بین‌المللی یافته‌های نوین پژوهشی در روانشناسی و علوم تربیتی*.
- Breinholt, A., Holm, A. (2020). Heterogeneous effects of less educated mothers' further education during early childhood on children's educational performance in adolescence. *Research in Social Stratification and Mobility*, 68, on page100506.
- Cutter-Mackenzie, A., Edwards, S. (2014). Everyday environmental education experiences: The role of content in early childhood education. *Australian Journal of Environmental Education*, 30(1), 127-133.
- Friedman-Krauss, A., Bernstein, S., Barnett, W. S. (2019). Early childhood education: three pathways to better health. preschool policy update. National Institute for Early Education Research.
- Gibbs, B. G., Forste, R. (2014). Breastfeeding, parenting, and early cognitive development. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 487-493.
- Johnston, M. V. (2003). Clinical disorders of brain plasticity. *Brain Development*, 26(2), 73-80.
- Junglin, M. (2020). The social and genetic inheritance of educational attainment: Genes, parental education, and educational expansion. *Social Science Research*, 86, on page 102387.
- Kukoja, K. (2019). The effect of early childhood education and care services in latvia. *Journal of Teacher Education for Sustainability*, 21(2), 17-26.
- Milovanovic, I., Gentile, A., Popovic- Stijacic, M., and Krneta, Z. (2020). Relationship between socioeconomic factors and intelligence of preschoolers: A cohort study in the Serbian context. *Current Psychology*, DOI:10. 1007/s12144-020-00781-6.
- Rindermann, H., Hoang, Q. S. N., Baumeister, A. (2013). Cognitive ability, parenting and instruction in Vietnam and Germany. *Intelligence*, 41(5):366-377.
- Rindermann, H., Becker, D., and Coyle, T. R. (2017). Survey of expert opinion on intelligence: The FLynn effect and the future of intelligence. *Personality and Individual Differences*, 106, 242-247.
- Swanson, J., Raab, M., Dunst, C. (2011). Strengthening family capacity to provide young children everyday natural learning opportunities. *Journal of Early Childhood Research*, 9(1), 66-80.
- Tze-king ng, D., Fisher, J., Lan AU, M., and Kailo, S. (2020). Parental perceptions of holistic early childhood education Hong Kong. *Educational Planning*, 27(1), 49-60.

ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام: یک مطالعه ترکیبی

Making and Survey of Psychometric Features of Psychological-Marital Problems Questionnaire (PMPQ) in Women Who Field for a Divorce with a History of Early Marriage: A Mixed Study

Seyed Javad Seifi-Ghozlu, PhD Student

Esmaeil Sadri-Damirchi, PhD✉

Ali Rezaei-Sharif, PhD

Ali Sheykholeslami, PhD

سید جواد سیفی قوزلو^۱

اسماعیل صدری دمیرچی^۲

علی رضایی شریف^۱

علی شیخ الاسلامی^۱

Abstract

The aim of this study was to construct and validate a questionnaire on marriage problems in women who field for a divorce with a history of early marriage. The present research method is an exploratory-confirmatory design and consists of two stages. The first step is the qualitative method and the exploratory method is used to make the tool. For this purpose, while interviewing 15 women applicants for divorce in the form of interviews with focus groups to the theoretical extent of data saturation, the initial form of the questionnaire was prepared. In the second stage of the research, using a quantitative method, the validity and reliability of the Questionnaire were investigated. For this purpose, 160 people were selected by available sampling from among women who field for a divorce with a history of early marriage in Ardabil in 1399, and completed the psychological-marital problems questionnaire and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Hudson Marital Satisfaction Questionnaire (1992). Data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods using SPSS and AMOS software. The results showed that the psychological-marital problems questionnaire contained 28 questions and 7 approved dimensions, which are: Anxiety, depression, confusion, insecurity and pessimism, nostalgia and loss, lack of mutual understanding and marital conflict. Calculation of validity and reliability of the questionnaire showed that this Questionnaire has high validity and reliability. Therefore, it can be used in research and evaluation.

Keywords: Women, Early Marriage, Divorce, Validity, Reliability, Mixed-Method

چکیده

یکی از نیازهای اساسی پژوهشگران برای انجام مطالعات و مداخلات لازم، در دست داشتن ابزاری معتبر و مناسب در آن زمینه است. پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی پرسشنامه مشکلات ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام انجام شده است. روش تحقیق حاضر از نوع طرح اکتشافی - تأییدی بوده و از دو مرحله تشکیل شده است. مرحله اول روش کیفی بوده و از روش اکتشافی برای ساخت ابزار استفاده شده است. بدین منظور ضمن مصاحبه با ۱۵ نفر از زنان متقاضی طلاق به شیوه مصاحبه با گروه‌های کانونی تا حد اشباع نظری داده‌ها، فرم اولیه پرسشنامه تنظیم شد. در مرحله دوم پژوهش، با استفاده از روش کمی، روایی و اعتبار ابزار مورد نظر بررسی شد. به این منظور ۱۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در شهر اردبیل در سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند و پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج (۱۳۹۹) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و شاخص رضایت زناشویی هادسون (۱۹۹۲) را تکمیل کردند. داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج حاوی ۲۸ سوال و ۷ بُعد تأیید شده شامل: اضطراب، افسردگی، سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی، دلنگی و فقدان، عدم درک متقابل و تعارض زناشویی هستند. محاسبه اعتبار و روایی پرسشنامه نشان داد که این پرسشنامه اعتبار و روایی بالایی دارد. از این رو می‌توان از آن در حیطه‌های تحقیق و ارزیابی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: زنان، ازدواج زودهنگام، طلاق، روایی، اعتبار، روش ترکیبی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۷ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۳/۱۰

۱. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

● مقدمه

طلاق با افزایش خطر ابتلا به طیف وسیعی از عوارض سلامتی همراه است (اسبارا و ویسمن، ۲۰۲۲). طلاق پدیده‌ای چند عاملی است که بر فرد و خانواده آثار مخربی دارد و در ابعاد اجتماعی موجب انواع ناهنجاری‌ها می‌شود (برناردی و مارتینز-پاستور، ۲۰۱۱). طلاق یکی از مهمترین آسیب‌های خانوادگی است که فروپاشی فردی، خانوادگی و اجتماعی را در پی دارد (نریمانی، رحیمی و صداقت، ۱۳۹۷). افزایش روز افزون آمار طلاق، آن را به یکی از مسائل اجتماعی جدی تبدیل کرده است به طوری که امروزه دیگر واژه طلاق قبح گذشته را ندارد و افراد آن را به عنوان یک انتخاب فردی در نظر می‌گیرند (شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۸). ورود ارزش‌هایی چون فردگرایی و عقلانیت به جامعه شهری ایران که در تناسب با تغییرات اقتصادی و فرهنگی داخلی قرار دارد، موجب ایجاد تغییر در الگوهای ازدواج و طلاق شده است. وجود میزانی از این تغییرات هرچند طبیعی است، اما افزایش آن در هر دو شکل طلاق عاطفی و رسمی تبعات فردی و اجتماعی فراوانی به همراه دارد (فولادیان و شجاعی قلعه‌نی، ۱۳۹۹). طبق گفته داداک (۲۰۱۳) تبعات طلاق ممکن است تا چند سال پس از طلاق ادامه یابد و موجب ایجاد تغییراتی در رفتار، وضعیت مالی، عادات جنسی و حتی نوع پوشش و آرایش فرد شود. در جوامع امروزی در برخی موارد طلاق راهی برای بهبود وضعیت شخص، رهایی از شریک آزاردهنده و ایجاد ارتباطی جدید و موفق در نظر گرفته می‌شود، اما برای بیشتر افراد با کشمکش، تنش و احساس درماندگی و تنهایی همراه است (فولادیان و شجاعی قلعه‌نی، ۱۳۹۹). در ایران روند طلاق در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته (فرحبخش، خاکی و معتمدی، ۱۳۹۷) است. عوامل متنوع و متعددی مانند فقر مالی، عدم درک متقابل زوجین، عدم تفاهم و همدلی، خیانت یکی از همسران، عدم تناسب سنی، جرم و بزهکاری یکی از زوجین و ... می‌توانند منجر به طلاق شوند. یک از عوامل مهم طلاق که در این پژوهش به آن پرداخته شده ازدواج زودهنگام (early marriage) است که طبق تعریف به ازدواج‌های زیر ۱۸ سال اطلاق می‌شود (یونیسف، ۲۰۱۹). پدیده ازدواج زودهنگام در سرتاسر جهان اتفاق می‌افتد و در ایران نیز امری دیرین و دیرپاست. طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ از مجموع افراد ۱۰ تا ۱۹ ساله که ۱۵/۴ میلیون نفر بودند، ۸۹۰ هزار نفر زیر ۱۹ سال ازدواج کرده‌اند (صفوی و مینایی، ۱۳۹۴). در ایران نرخ واقعی ازدواج‌های زودهنگام خیلی بیشتر از نرخ رسمی اعلام شده است چرا که بعضی خانواده‌ها در خفا این ازدواج‌ها را انجام داده و جایی به ثبت نمی‌رسانند و همین امر نرخ واقعی را از نرخ رسمی اعلام شده متمایز می‌کند (معاونت امور زنان ریاست جمهوری، ۱۴۰۰). آنچه که در گزارش وضعیت فرهنگی و اجتماعی ایران توسط مرکز آمار ایران (۱۳۹۹) آمده، این است که در سال ۱۳۹۸، ۲۸ هزار و ۱۸۹ نفر از دختران بین ۱۰-۱۴ سال، و ۱۴۴ هزار و ۶۸۵ نفر از دختران بین ۱۵-۱۹ سال ازدواج کرده‌اند که این آمار در مدت مشابه در سال ۱۳۹۹ به ۱۶ هزار و ۳۸۱ نفر افزایش پیدا کرده است. در استان اردبیل که تمرکز این پژوهش بر روی زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در این استان بوده است، از مجموع ۱۲ هزار ازدواج در سال ۱۳۹۸ در استان، ۳۷ درصد در سن ۱۰ تا ۱۴ سال و از بین دختران بوده و این در حالی است که ۴۲ درصد از مجموع ازدواج‌های این استان را نیز دختران زیر ۱۹ سال تشکیل می‌دهند. همچنین میزان وقوع طلاق در بین دختران با سابقه ازدواج زودهنگام بیشتر از سایر سنین بوده و ۳۰ درصد از ازدواج‌هایی که در آنها سن دختران پایین‌تر از ۲۰ سال بوده، منجر به طلاق شده است (سایت بهزیستی استان اردبیل، ۱۳۹۸).

نتایج پژوهش‌های صورت گرفته اظهار می‌دارند که اکثر زوجین متقاضی طلاق، در هنگام ازدواج دارای سن پایین بوده‌اند و آن را رایج‌ترین عامل طلاق می‌دانند؛ این ویژگی در زنان بیشتر دیده شده است (صدرالاشرفی، خنکدار طارسی، شمخانی و همکاران، ۱۳۹۱). صفوی و مینایی (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان "تجربه زیسته دختران نوجوان در نقش همسر در شهر آران بیدگل" به این نتایج دست یافتند که این زنان در فرایند انتخاب همسران شان دخیل نبوده‌اند و به رشد کافی عقلی نرسیده بودند و ازدواج آنها در حقیقت توافقی میان والدین دختر و پسر بوده است. مقدادی و جوادیپور (۱۳۹۶) در تحقیقی با عنوان "تاثیر ازدواج زودهنگام بر سلامت جنسی کودکان و سازوکارهای مقابله با آن" به این نتایج دست یافتند که مسائلی مانند فقر، عوامل فرهنگی و اجتماعی، حفظ آبرو و شرف خانوادگی و ... زمینه وقوع ازدواج زودرس را فراهم می‌نماید. در پژوهش فولادیان و شجاعی قلعه‌نی (۱۳۹۹) با عنوان "مطالعه جامعه‌شناختی فرایندهای وقوع طلاق"، مدل ازدواج نابالغ یکی از علل طلاق ذکر شده است. در این مدل اغلب یکی از زوجین و در مواردی هر دو نفر زیر سن ۱۸ سال هستند. در این نوع ازدواج، زوجین به دلیل نداشتن تجربه، دانش و اطلاعات لازم درباره ارتباط موثر و جنبه‌های گوناگون

زندگی خانوادگی، معمولاً مهارت حل تعارض را ندارند. مطالعه سارفو یندورک و نایدو (۲۰۲۰) با عنوان "بررسی اشتراکات بین ازدواج، بلوغ ادراک شده و ازدواج زودهنگام" حاکی از آن است که ازدواج زودهنگام تحت تأثیر باورها و ساختارهای خاص جامعه همراه با فاکتورهای اجتماعی - اقتصادی مانند فقر، بارداری در نوجوانی، و بی‌توجهی والدین قرار دارد. جان و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیقی با عنوان "ازدواج زودهنگام و کیفیت روابط در اتیوپی" نشان می‌دهند که چگونه فقدان حق انتخاب در مورد زمان و فرد مورد نظر برای ازدواج، عدم آمادگی برای رابطه جنسی در سال‌های اولیه ازدواج که غالباً ویژگی ازدواج زودهنگام است، منجر به نارضایتی و به خطر انداختن صمیمیت در ازدواج می‌شود. همچنین تحقیق وودون و میل (۲۰۱۸) با عنوان "تحصیل دختران و ازدواج زودهنگام در غرب و مرکز آفریقا: روندها، تأثیرات، هزینه‌ها و راه حل‌ها" نشان می‌دهد که سطح تحصیلات پایین و ازدواج زودهنگام هر دو عمیقاً بر روند زندگی دختران تأثیر منفی می‌گذارند.

با توجه به اینکه در پژوهش‌های متعدد ارتباط بین طلاق و افزایش آسیب‌های اجتماعی تأیید شده است (کریمی و همکاران، ۱۳۹۵؛ پیپ و همکاران، ۲۰۱۵)، می‌توان گفت که زنان متقاضی طلاق به دلیل شرایطی که تجربه می‌کنند و به خاطر اینکه این شرایط با انتظارات آنها مطابقت ندارد و تا حدی زیادی باید سختی‌ها و مشکلاتی را تحمل کنند باعث می‌شود که از نظر روانی دچار آشفتگی شوند. به گفته نگوین و وودون (۲۰۱۵)، بیشتر مطالعات موجود صرفاً وقوع ازدواج زودهنگام را گزارش می‌کنند، یعنی سهم دخترانی که زود ازدواج می‌کنند؛ بنابراین برای کاهش مشکلات ازدواج زودهنگام، معمولاً مداخلات دیگری لازم است. یکی از این مداخلات سودمند، ساخت و اعتباریابی ابزارهای پژوهشی مناسب در این زمینه است. با توجه به اینکه تاکنون ابزاری پژوهشی مختص بررسی مشکلات روانشناختی - زناشویی زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام ساخته نشده است، هدف اصلی پژوهش حاضر پرداختن به این موضوع بوده است که دخترانی که قبل از ۱۸ سالگی ازدواج کرده‌اند مشکلات منحصر به فرد خودشان را دارند که باید در تبیین علل طلاق و پیشگیری از وقوع آن جداگانه به آنها توجه کرد. بنابراین هدف اصلی این پژوهش ساخت و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام بود.

• روش

روش تحقیق حاضر ترکیبی از نوع طرح اکتشافی - تأییدی است. جامعه آماری تحقیق شامل تمام زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در سال ۱۳۹۹ در شهر اردبیل بودند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس از بین زنانی انجام شد که دادخواست طلاق داده بودند و سابقه ازدواج زودهنگام داشتند. این تحقیق از دو مرحله تشکیل شده است. مرحله اول روش کیفی بوده و از پژوهش داده بنیاد برای ساخت ابزار استفاده شده است و در مرحله دوم پژوهش با روش کمی، روایی و اعتبار ابزار مورد نظر بررسی شده است. در مرحله اول با انجام یک تحقیق کیفی ابتدا ۲۲ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از اطلاع‌رسانی راجع به موضوع پژوهش و فرآیند آن، ۱۵ نفر از این لیست، برای انجام مصاحبه به روش گروه‌های کانونی (focused groups)، زمان لازم را در اختیار پژوهشگر قرار دادند. گردآوری داده‌ها در این پژوهش، با به‌کارگیری مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و پرسش‌ها در گروه‌های کانونی ۵ نفره تا اشباع نظری (theoretical saturation) داده‌ها ادامه یافت. گروه کانونی شیوه‌ای برای جمع‌آوری داده‌های کیفی است که افراد را در یک بحث گروهی غیررسمی (یا چندین بحث) پیرامون موضوعی خاص یا مجموعه‌ای از موضوعات وارد می‌کند (ویلیکینسون، ۲۰۰۴). گروه‌های کانونی برای بسیاری از افراد شرکت‌کننده در پژوهش کمتر تهدیدکننده تلقی می‌شوند زیرا محیط مناسبی را برای بحث درباره ادراک‌ها، ایده‌ها، عقاید و افکار آنان فراهم می‌آورند (کروگر و کیسی، ۲۰۰۰). تعامل بین اعضای گروه، ویژگی کلیدی و مهم این شیوه تحقیقی است. در این موقعیت گروهی، افراد با پویایی و انرژی به دیدگاه‌های یکدیگر واکنش نشان می‌دهند، به طوری که طرح تنها یک پیشنهاد یا موضوع می‌تواند زنجیره‌ای از پاسخ‌ها و واکنش‌ها را از سوی حاضران ایجاد کند. این نوع تعامل با عنوان تأثیر "هم‌نیروزی" (synergistic) توصیف می‌شود که بر همین اساس، برخی پژوهشگران معتقدند در گروه‌های کانونی اطلاعات، به نسبت بیشتری در مقایسه با شیوه‌های پژوهشی دیگر به دست می‌آید (برگ، ۱۹۸۹؛ استوارت و شامداسانی، ۱۹۹۰).

در این پژوهش پس از تشکیل گروه کانونی و قبل از آغاز فرایند جمع‌آوری داده‌ها، هدف تحقیق برای شرکت‌کنندگان توضیح داده

شد و پس از ارائه اطلاعات کافی در ارتباط با ماهیت و اهداف پژوهش از شرکت کنندگان درخواست گردید رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در مصاحبه را امضا کنند. مدت مصاحبه گروهی بین ۹۰ تا ۱۰۵ دقیقه متغیر بود و داده‌ها در طول یک بازه زمانی دو ماهه گردآوری شدند. لازم به ذکر است که تحقیق حاضر دارای کد اخلاق با شناسه IR.UMA.REC.1400.040 از دانشگاه محقق اردبیلی است.

• ابزارها

الف: شاخص رضایت زناشویی هادسون (Index of Marital Satisfaction): این شاخص با هدف اندازه‌گیری مشکلات روابط زناشویی ساخته شده است (هادسون، ۱۹۹۲). این شاخص دارای ۲۵ ماده است و در طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این شاخص زیرمقیاس ندارد و تنها یک نمره کل دارد که می‌توان آن را بر اساس نمرات برش در نظر گرفته و تفسیر کرد. در یک مطالعه خارجی آلفای کرونباخ این شاخص ۰/۹۶ به دست آمد (کوکوران و فیشر، ۱۹۸۷، به نقل از برانوک و همکاران، ۲۰۰۰). در مطالعه‌ای که برای بررسی روایی و اعتبار این شاخص در ایران انجام شد آلفای کرونباخ برای زوج‌های غیرآشفته ۰/۹۷ و برای زوج‌های آشفته ۰/۹۳ به دست آمد (ترکان و مولوی، ۱۳۸۸). در مطالعه دیگر اعتبار این شاخص با استفاده از آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۸۸ و برای زنان ۰/۹۱ به دست آمد (علائی و کرمی، ۱۳۸۶).

ب: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression, Anxiety, and Stress Scale): این مقیاس برای سنجش سازه‌های روانشناختی افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است (لاویبوند و لایبوند، ۱۹۹۵). نسخه اصلی این مقیاس دارای ۴۲ سوال است که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. بعدها، نسخه کوتاه شده این مقیاس به نام DASS-۲۱ توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) ساخته شد. در مطالعه هنری و کرافورد (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ کل مقیاس و سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تأیید کرده است. در مطالعه اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی (با فاصله سه هفته) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰. تمام این یافته‌ها از اعتبار مطلوب این مقیاس حکایت دارد.

• یافته‌ها

الف) بخش کیفی: میانگین و انحراف معیار سن ۱۵ شرکت کننده در مصاحبه‌های کیفی 26.09 ± 8.13 و میانگین و انحراف معیار سن ازدواج 13.14 ± 1.22 بود. در جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمونه‌های بخش کیفی ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۱ مدت ازدواج زنان مشارکت‌کننده عمدتاً بین ۱۱-۱۵ سال بود، بیشتر آنها دارای دو فرزند بودند، از نظر شغلی اکثراً خانه‌دار بودند و تحصیلات پایینی داشتند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمونه‌های بخش کیفی

متغیر	محدوده	تعداد
مدت ازدواج	۵-۱۰	۲
	۱۱-۱۵	۸
	۱۶-۲۰	۴
تعداد فرزندان	۲۱ به بالا	۱
	بدون فرزند	۰
	۱ فرزند	۲
	۲ فرزند	۹
شغل	۳ فرزند	۲
	۴ فرزند	۲
	خانه‌دار	۱۱
	شاغل	۴
	بی‌سواد	۲
تحصیلات	ابتدایی	۹
	سیکل	۳
	دیپلم	۱

با توجه به اهداف پژوهش که شناسایی ابعاد روانشناختی- زناشویی در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام بود، در گدگذاری و بررسی درون‌مایه‌ها یا تم‌های اصلی و فرعی حاصل از مصاحبه، ابتدا ۹۱ کد اولیه شناسایی شد که با ادغام موارد مشترک و حذف موارد تکراری ۱۶ مفهوم اولیه شناسایی شدند. در مرحله بعد با حذف موارد غیر مرتبط با مسائل روانشناختی- زناشویی از قبیل مسائل مربوط به سقط جنین، فقر اقتصادی، زایمان زودرس، عشق نافرجام، فرصت شغلی از دست رفته، فرصت تحصیلی از دست رفته، خشونت اطرافیان، نازایی، دخالت دیگران در زندگی، در نهایت ۷ مفهوم اولیه ذیل ۵ مضمون فرعی و دو مضمون اصلی باقی ماندند که تلخیص آنها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. مشکلات روانشناختی- زناشویی استخراج شده در طی فرایند مصاحبه

مضمون یا درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه یا مقوله‌های فرعی	مفاهیم اولیه
مشکلات روانشناختی	آشفستگی روانی	اضطراب، افسردگی
	دلتنگی و فقدان	دلتنگی برای کودکی
	آسیب شناختی	سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی
مشکلات ارتباطی- زناشویی	مشکلات ارتباطی	عدم درک متقابل
	مشکلات زناشویی	تعارض زناشویی

در مرحله بعد برای هر کدام از مفاهیم اولیه ۴ سوال مرتبط تدوین و در یک پرسشنامه ۲۸ سوالی روایی سازه، روایی صوری و روایی محتوایی آن بررسی گردید.

ب) بخش کمی

۱. **روایی سازه پرسشنامه:** روایی سازه داده‌های پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی به روش بیشینه درست‌نمایی ارزیابی شد. ابتدا بارهای عاملی سوالات بررسی شد. طبق نظر کلاین (۲۰۱۵) چنانچه سوالی بار عاملی منفی یا کمتر از ۰/۴ داشته باشد، حذف می‌شود. در این مرحله هیچ سوالی از پرسشنامه حذف نشد.

۲. **روایی صوری پرسشنامه:** در بررسی روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده گردید. تعیین روایی صوری کیفی، در یک گروه ۵ نفره شامل روانشناسان (دو نفر) و اساتید دانشگاه (سه نفر) برای یافتن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام در عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات انجام گرفت که نظرات آنان به صورت تغییراتی جزئی در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین کمی روایی صوری، نمره تأثیر هر سوال محاسبه شد. برای این منظور، ابتدا برای هر یک از ۲۸ سوال پرسشنامه، طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای اصلاً این طور نیست (۰) تا همیشه این طور است (۴) در نظر گرفته شد. سپس مقیاس مورد نظر جهت بررسی روایی در اختیار ۱۰ نفر از افراد قرار گرفت. پس از تکمیل مقیاس توسط گروه هدف، با استفاده از فرمول تعیین نمره تأثیر سوال، روایی صوری محاسبه گردید و همه سوالات به لحاظ روایی صوری مناسب تشخیص داده شد.

۳. **روایی محتوایی پرسشنامه:** روایی محتوا، به این موضوع می‌پردازد که ماده‌ها تا چه میزان، هدف موضوع را پوشش می‌دهند که به دو صورت کیفی و کمی قابل بررسی است. در بررسی کیفی روایی محتوا از ۵ نفر از اساتید روانشناسی و مشاوره درخواست شد که پس از مطالعه دقیق ماده‌های مقیاس، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت کتبی ارائه نمایند. همچنین خواسته شد که در ارزیابی کیفی روایی محتوا، موارد رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سوالات، قرارگیری سوالات در جای مناسب خود و زمان تکمیل ابزار طراحی شده را مد نظر قرار دهند. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصین، تغییرات لازم در مقیاس، مورد توجه قرار گرفت. سپس برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهمترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (CVR) و برای اطمینان از اینکه سوالات مقیاس به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. برای اندازه‌گیری نسبت روایی محتوا از ۱۲ نفر متخصص روانشناسی و مشاوره خواسته شد تا هر سوال را بر اساس طیف لیکرت سه گزینه‌ای: ضروری نیست (۱)؛ مفید است اما ضروری نیست (۲)؛ و ضروری است (۳) نمره‌گذاری نمایند. بر اساس جدول لاشه (۱۹۷۵) و با توجه به تعداد متخصصان، اگر عدد شاخص از ۶۲ درصد بزرگ‌تر باشد، وجود گویه مربوطه در سطح $p < .05$ ضروری و معنادار است. ضرایب همه گویه‌ها، بالای ۶۲ درصد بود و هیچ گویه‌ای حذف نشد. همچنین شاخص روایی محتوایی (CVI)

بر اساس سه معیار «سادگی و روان بودن»، «مربوط بودن» و «واضح و شفاف بودن» در طیف لیکرت چهار گزینه‌ای: غیر مرتبط (۱)، نیاز به بازبینی جدی (۲)، مرتبط اما نیاز به بازبینی (۳) و کاملاً مرتبط (۴) سنجیده می‌شود (والترز و باسل، ۱۹۸۱) و نمره ماده، باید بیشتر از ۰/۷۹ باشد (مونرو، ۲۰۰۵) در شاخص روایی محتوا نیز، نیاز به اصلاح و یا حذف ماده‌ای نبود.

در مرحله بعد این پرسشنامه ابتدا بر روی ۱۸۰ نفر به صورت در دسترس اجرا شد که با حذف پرسشنامه‌های ناقص در نهایت داده‌های پرسشنامه در مورد ۱۶۰ نفر استخراج شد که بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها $۱۹/۳۶ \pm ۳/۴۵$ بود. همچنین ۲۶ نفر (۱۶/۳ درصد) بدون فرزند، ۷۷ نفر (۴۸/۱ درصد) دارای یک فرزند، ۴۵ نفر (۲۸/۱ درصد) دارای دو فرزند و ۱۲ نفر (۷/۵ درصد) دارای سه فرزند بودند.

برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج به ترتیب از تحلیل عاملی تأییدی، ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی پیرسون استفاده شد. قابل ذکر است که در این مراحل، هیچ سؤالی حذف نشد. در جدول ۳ نتایج شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی ارائه شده است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که ماده‌های پرسشنامه مشکلات ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زود هنگام به خوبی می‌توانند عامل مورد نظر را اندازه‌گیری کنند و از این‌رو دارای همسانی بیرونی (external consistency) هستند. بنابراین، هفت عامل مورد تأیید قرار می‌گیرد. در جدول ۴ نتایج شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است.

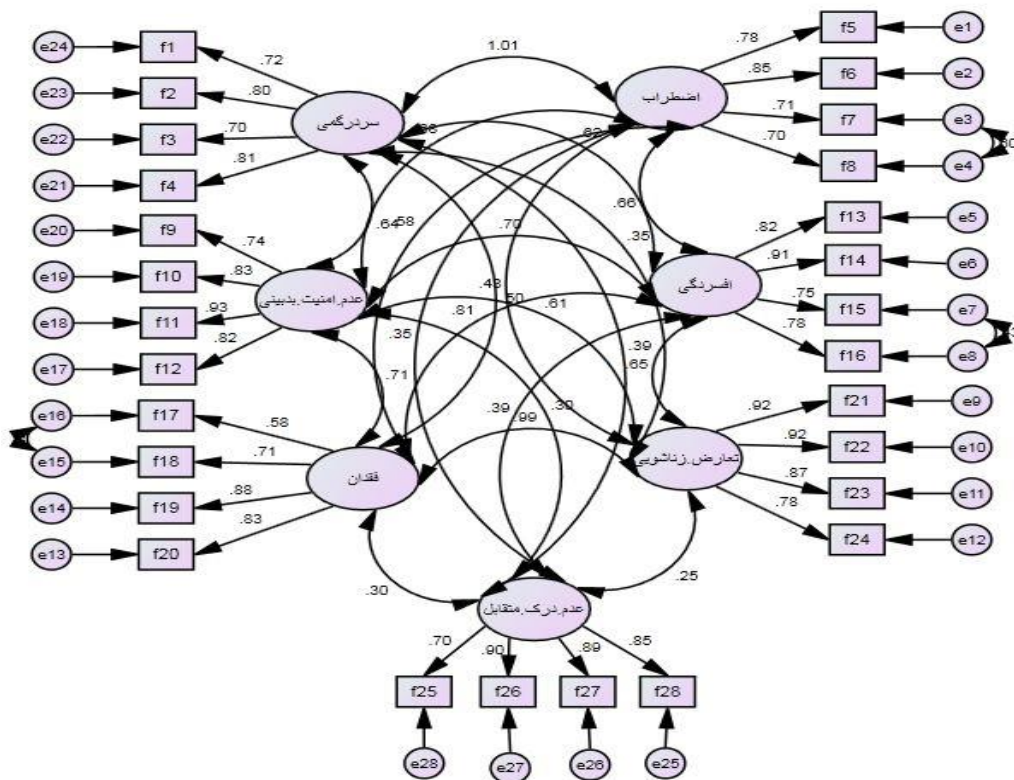
جدول ۳. نتایج شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی

عامل‌ها	گویه‌ها	ضرایب استاندارد	سطح معناداری
سردرگمی	۱. در مورد اینکه طلاق گرفتارم کار درستی هست یا نه، تردید دارم.	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	۲. در مورد اینکه طلاق بگیرم یا خیر به شدت گیج شده‌ام.	۰/۸۰	۰/۰۰۱
	۳. با اینکه نمی‌خواهم ادامه دهم اما تصمیم به جدا شدن برایم مشکل است.	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	۴. نمی‌دانم اگر طلاق بگیرم، چطور خواهد شد.	۰/۸۰	۰/۰۰۱
اضطراب	۵. شب‌ها به سختی می‌خوابم.	۰/۷۷	۰/۰۰۱
	۶. نگرانم اتفاق بدی بیفتد.	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	۷. احساس دلهره و بی‌قراری دارم.	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	۸. اخیراً زود عصبی می‌شوم.	۰/۶۹	۰/۰۰۱
عدم امنیت و بدبینی	۹. نسبت به آدم‌ها احساس بدی دارم.	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	۱۰. از ازدواج می‌ترسم.	۰/۸۳	۰/۰۰۱
	۱۱. به آدم‌ها خوش‌بین نیستم.	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	۱۲. احساس ناامنی می‌کنم.	۰/۸۲	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۳. احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنم.	۰/۸۱	۰/۰۰۱
	۱۴. حوصله هیچ کاری را ندارم و هیچ چیزی خوشحالم نمی‌کند.	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	۱۵. دلم می‌خواهد از دست این زندگی خلاص شوم.	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	۱۶. ساعت‌ها در تخت خواب می‌مانم و دوست ندارم از خانه بیرون بروم.	۰/۷۸	۰/۰۰۱
دل‌تنگی و فقدان	۱۷. حس می‌کنم خیلی چیزها را از دست داده‌ام.	۰/۵۸	۰/۰۰۱
	۱۸. احساس می‌کنم که در زندگی بازنده شده‌ام.	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	۱۹. جای خالی چیزهای زیادی را در زندگی‌ام احساس می‌کنم.	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	۲۰. دوست دارم برای خودم و زندگی‌ام گریه کنم.	۰/۸۲	۰/۰۰۱
تعارض زناشویی	۲۱. با همسرم اختلافات زیادی دارم.	۰/۹۲	۰/۰۰۱
	۲۲. در بسیاری از موارد و حتی در چیزهای جزئی نظر من و همسرم با هم متفاوت است.	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	۲۳. خیلی زود با همسرم بحث‌مان می‌شود.	۰/۸۶	۰/۰۰۱
	۲۴. در رابطه ما دعوا و قهر زیاد اتفاق می‌افتد.	۰/۷۸	۰/۰۰۱
عدم درک متقابل	۲۵. نمی‌توانم کارها و رفتارهای همسرم را درک کنم.	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	۲۶. من و همسرم از دو دنیای متفاوت هستیم.	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	۲۷. من و همسرم نمی‌توانیم به خوبی با همدیگر ارتباط برقرار کنیم.	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	۲۸. همسرم به احساسات من توجهی ندارد.	۰/۸۵	۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج شاخص‌های برازش مدل

شاخص	χ^2	P	χ^2/df	GFI	RMSEA	RFI
دامنه پذیرش	$P > 0.05$		< 3	> 0.9	< 0.1	> 0.9
نتیجه قبل اصلاح	۷۴۷/۵۵	۰/۰۰۱	۲/۲۷	۰/۷۵	۰/۰۸	۰/۷۹
نتیجه بعد اصلاح	۶۳۶/۰۶	۰/۰۰۱	۱/۹۵	۰/۷۹	۰/۰۷	۰/۸۲
شاخص	CFI	TLI	IFI	NFI	PNFI	PCFI
دامنه پذیرش	> 0.9	> 0.9	> 0.9	> 0.9	> 0.5	> 0.5
نتیجه قبل اصلاح	۰/۸۸	۰/۸۷۱	۰/۸۸	۰/۸۱	۰/۷۷	۰/۷۱
نتیجه بعد اصلاح	۰/۹۱	۰/۹۰۳	۰/۹۱	۰/۸۴	۰/۷۲	۰/۷۹

شاخص‌های برازندگی تطبیقی (CFI)، برازندگی هنجار شده (NFI)، برازندگی نسبی (RFI)، شاخص توکر- لوییس (TLI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) و نیکویی برازش (GFI) هر چقدر بالاتر از ۰/۹۰ و نزدیک به یک باشند بیانگر برازش مطلوب الگو است. همچنین شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) بیشتر از ۰/۵۰ باشند مدل برازندگی خوبی دارد. هرچند برای بررسی نیکویی برازش معمولاً از شاخص مجذور خی (CMIN= χ^2) استفاده می‌شود ولی مجذور خی با افزایش حجم نمونه و درجه‌آزادی ارتباط دارد. به همین خاطر هو و بتلر (۱۹۹۹) استفاده از شاخص برازندگی ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA) را توصیه کرده‌اند. همچنین عنوان شده است که اگر شاخص نسبت خی دو به درجه‌آزادی (CMIN/DF) کمتر از ۳ باشد می‌تواند نشان از برازش الگو باشد. به اعتقاد شرملة- انجل، موسبورگر و مولر (۲۰۰۳) مقادیر ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA) بین صفر تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ بیانگر برازش قابل قبول است. با توجه به این توضیحات، در حالت قبل از اصلاح، شاخص نسبت خی دو به درجه‌آزادی (CMIN/DF)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA)، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) نشان از برازش مدل داشتند، برای همین منظور از شاخص بهبود برقراری کوواریانس بین مقادیر خطا که توسط نرم‌افزار ارائه شده بود استفاده شد که نتایج آن نشان می‌دهد، به غیر از شاخص مجذور خی دو (CMIN= χ^2)، شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، برازندگی هنجار شده (NFI) و برازندگی نسبی (RFI)، سایر شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل از برازندگی خوبی برخوردار است و پرسشنامه ساختار عاملی مناسبی دارد. شکل مدل به صورت زیر است:



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

همچنین به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه مشکلات ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مولفه سردرگمی ۰/۸۳، اضطراب ۰/۸۷، عدم امنیت و بدبینی ۰/۸۹، افسردگی ۰/۹۰، دلتنگی و فقدان ۰/۸۵، عدم درک متقابل ۰/۹۰ و تعارض زناشویی ۰/۹۲ و همچنین نمره کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد که دارای همسانی درونی قابل قبول هستند. در جدول ۵ ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی ازدواج ارائه شده است.

جدول ۵. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی ازدواج

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱							
۲	۰/۸۱**						
۳	۰/۵۷**	۰/۶۱**					
۴	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۶۱**				
۵	۰/۴۷**	۰/۵۴**	۰/۶۳**	۰/۷۶**			
۶	۰/۳۳**	۰/۳۹**	۰/۵۸**	۰/۵۹**	۰/۸۱**		
۷	۰/۳۳**	۰/۳۰**	۰/۲۸**	۰/۳۲**	۰/۲۹**	۰/۲۴**	
۸	۰/۷۷**	۰/۸۰**	۰/۸۱**	۰/۸۰**	۰/۸۴**	۰/۷۳**	۰/۵۳**

(p < ۰/۰۵)* (p < ۰/۰۱)**

* راهنمای جدول: ۱- سردرگمی، ۲- اضطراب، ۳- عدم امنیت و بدبینی، ۴- افسردگی، ۵- دلتنگی و فقدان، ۶- تعارض زناشویی ۷- عدم درک متقابل، ۸- نمره کل مشکلات روانشناختی-زناشویی ازدواج.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، تمام مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات ازدواج با همدیگر همبستگی مثبت و معناداری دارند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی قابل قبولی دارد.

در جدول ۶ نتایج همبستگی مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام با پرسشنامه DASS-21 و شاخص نارضایتی زناشویی هادسون (۱۹۹۲) ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۶ بین افسردگی، اضطراب و استرس از پرسشنامه DASS-21 و نمره کل آن و همچنین بین نارضایتی زناشویی با مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی ازدواج مشخص است که بین اکثر آنها همبستگی معناداری وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد که پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی ازدواج دارای اعتبار و روایی مناسبی است.

جدول ۶. نتایج همبستگی مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی ازدواج با پرسشنامه DASS-21 و

شاخص نارضایتی زناشویی هادسون (۱۹۹۲).

مؤلفه‌ها	افسردگی (DASS-21)	اضطراب (DASS-21)	استرس (DASS-21)	نمره کل DASS-21	نارضایتی زناشویی	میانگین	انحراف استاندارد
سردرگمی	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۲۶**	۰/۲۸**	۰/۳۴**	۱۴/۴۶	۴/۰۵
اضطراب	۰/۲۶**	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۳۰**	۰/۴۱**	۱۵/۱۸	۳/۹۹
عدم امنیت و بدبینی	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۲۸**	۰/۳۰**	۰/۴۲**	۱۶/۲۲	۳/۶۸
افسردگی	۰/۳۲**	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۰/۳۲**	۰/۴۵**	۱۵/۶۸	۳/۶۷
دلتنگی و فقدان	۰/۳۷**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۱۵/۵۶	۳/۳۳
تعارض زناشویی	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۰/۳۲**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۱۵/۹۱	۳/۵۵
عدم درک متقابل	۰/۱۶*	۰/۱۵*	۰/۱۰	۰/۱۵	۰/۳۱**	۱۵/۶۰	۳/۸۱
مشکلات زنان متقاضی طلاق	۰/۳۸**	۰/۳۵**	۰/۳۶**	۰/۳۹**	۰/۵۱**	۱۰۸/۶۳	۱۹/۷۴
افسردگی (DASS-21)	۱	-	-	-	-	۶/۴۸	۵/۲۴
اضطراب (DASS-21)	۰/۷۷**	۱	-	-	-	۴/۳۵	۴/۵۴
استرس (DASS-21)	۰/۸۵**	۰/۷۷**	۱	-	-	۷/۴۱	۵/۳۱
نمره کل DASS-21	۰/۹۴**	۰/۹۰**	۰/۹۴**	۱	-	۱۸/۲۵	۱۴/۰۷
نارضایتی زناشویی	۰/۲۴**	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۲۵**	۱	۸۸/۳۷	۱۳/۴۷

(p < ۰/۰۵)* (p < ۰/۰۱)**

• بحث

همان طور که ذکر شد، طلاق پدیده‌ای چند عاملی است که بر فرد و خانواده آثار مخربی دارد و در ابعاد اجتماعی موجب انواع ناهنجاری‌ها می‌شود (برناردی و مارتینز - پاستور، ۲۰۱۱). یکی از علل مهم طلاق که در این پژوهش به آن پرداخته شد ازدواج زودهنگام است که طبق تعریف به ازدواج‌های زیر ۱۸ سال اطلاق می‌شود. پدیده ازدواج زودهنگام در سرتاسر جهان اتفاق می‌افتد و نتایج پژوهش‌های صورت گرفته اظهار می‌دارند که اکثر زوجین متقاضی طلاق، در هنگام ازدواج دارای سن پایین بوده‌اند و آن را رایج‌ترین عامل طلاق می‌دانند؛ و این ویژگی در زنان بیشتر دیده شده است (صدرالاشرفی، خنکدار طارسی، شمخانی و همکاران، ۱۳۹۱). در استان اردبیل که تمرکز این پژوهش در مورد زنان متقاضی طلاق در شهر اردبیل بود در سال‌های اخیر میزان وقوع طلاق در زنانی که سابقه ازدواج زیر ۱۸ سال داشته‌اند رو به افزایش نهاده است (گزارش بهزیستی اردبیل، ۱۳۹۸). مسائل متعددی مانند فقر فرهنگی، فقر اقتصادی، حفظ آبرو و شرف خانوادگی و ... زمینه وقوع ازدواج زودهنگام را فراهم می‌نماید که در مواردی این عجله و شتاب‌زدگی در ازدواج منجر به عواقب بعدی مانند درخواست به طلاق و جدایی می‌شود. زنان متقاضی طلاق مسائل و مشکلات متعددی را در زمینه‌های روانشناختی و زناشویی تجربه می‌کنند؛ ترس از آینده مبهم بعد از طلاق، چگونگی تأمین زندگی، قرار گرفتن در معرض سرزنش‌ها و تهدیدها و موضوعات مربوط به سرپرستی فرزندان و ... آنها را در تصمیم‌گیری دچار تردید می‌کند. تبعات طلاق برای زنان و فرزندان آنها و هزینه‌های مالی و اجتماعی آن بر خانواده و فرزندان طلاق و به تبع آن بر جامعه زیاد است. بنابراین لزوم توجه به مشکلات این قشر از زنان و تدوین و ارائه ابزارهای پژوهشی مناسب جهت استفاده در کارهای پژوهشی و درمانی آتی از ملزومات انجام پژوهش حاضر بوده است.

• نتیجه‌گیری

اغلب پژوهش‌های صورت گرفته در مورد زنان با سابقه ازدواج زودهنگام بیشتر به صورت گزارش کیفی و در مواردی اجرای مداخلات درمانی در مورد این قشر از زنان بوده (وودون، ۲۰۱۵) و تاکنون ابزار پژوهشی مختص این زنان در داخل کشور تدوین و اعتباریابی نشده است، لذا هدف پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام بود. این پرسشنامه حاوی ۲۸ سوال بوده و از ابعاد اضطراب، افسردگی، سردرگمی، دلتنگی و فقدان، عدم امنیت و بدبینی، عدم درک متقابل و تعارض زناشویی تشکیل شده است. این ابعاد از بطن مصاحبه‌های کیفی به شیوه گروه‌های کانونی از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام استخراج گردید و سایر ابعاد غیر مرتبط با موضوعات روانشناختی و زناشویی مانند سقط جنین، فقر اقتصادی، زایمان زودرس، عشق نافرجام، فرصت شغلی از دست رفته، فرصت تحصیلی از دست رفته، خشونت اطرافیان، نازایی، دخالت دیگران در زندگی، با توجه به اهداف پژوهش به دلیل عدم ارتباط با مسائل و موضوعات روانشناختی و زناشویی حذف گردید. محاسبه اعتبار و روایی پرسشنامه نشان داد که پرسشنامه مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام اعتبار و روایی مطلوبی دارد.

با توجه به گستردگی و تنوع قومی، نژادی، فرهنگی، و مذهبی در جامعه ایرانی، این تحقیق در یک محیط جغرافیایی خاص و در مورد زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در شهر اردبیل انجام شده است. تحقیقات آتی می‌توانند با در نظر گرفتن تنوع‌های قومی و فرهنگی و در سطح وسیع‌تر انجام شوند و به یافته‌های جامع‌تر و دقیق‌تر برسد. طبق گفته سارفو، پندورک و نایدو (۲۰۲۰) تحقیقات در زمینه ازدواج زودهنگام که در یک محدوده خاص جغرافیایی در یک کشور انجام می‌شود در کارهای پژوهشی آتی باید روش‌هایی را اتخاذ کنند که حضور نژادی و مذهبی متنوع‌تری از شرکت‌کنندگان را تضمین کند تا تصویری گسترده‌تر از ساختارهای فرهنگی آمادگی برای ازدواج و پیامدهای آنها در مورد ازدواج زودهنگام در سطح ملی فراهم کند. بنابراین این پرسشنامه ابزاری نسبی جهت سنجش مشکلات روانشناختی - زناشویی ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام است که مشاوران و روانشناسان می‌توانند در کارهای پژوهشی به منظور سنجش اثربخشی جلسات درمان و انجام سایر پژوهش‌ها این پرسشنامه را انتخاب کنند.

• منابع

- اصغری مقدم، محمد علی؛ ساعد، فواد؛ دیباج نیا، پروین و زنگنه، جعفر. (۱۳۸۹). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، (DASS) در جمعیت عمومی جامعه. *دانشور رفتار*، ۱۱(۳۱)، ۳۸-۲۳.
- اصغری، فرهاد؛ عیسی پور هفت خانی، خدیجه و قاسمی جوینه، رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر فرسودگی زناشویی و طلاق عاطفی زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۷(۱)، ۲۱-۱۴.

- ترکان، هاجر؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روانسنجی شاخص رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی*، ۱۳ (۱)، ۲۰-۳. سایت بهزیستی استان اردبیل (۱۳۹۸). <http://behzistiardabil.ir/>.
- شاهمرادی، حسین؛ صادقی، مسعود؛ گودرزی، کوروش؛ روزبهرانی، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه حل محور بر کاهش میل به طلاق. *روانشناسی خانواده*، ۲۶(۲)، ۸۶-۷۱.
- صدرالاشرفی، مسعود؛ خنکدارطراسی، معصومه؛ شمخانی، اژدر و یوسفی افراشته، مجید. (۱۳۹۱). آسیب‌شناسی طلاق (علل و عوامل) و راهکارهای پیشگیری از آن. *فصلنامه مهندسی فرهنگی*، ۷(۷۳ و ۷۴)، ۵۳-۲۶.
- صفوی، حنا سادات؛ مینایی، ماه گل. (۱۳۹۴). تجربه زیسته دختران نوجوان در نقش همسر (مطالعه ازدواج زود هنگام دختران آران بیدگل). *ویژنامه پژوهش‌نامه زنان*، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۱(۱)، ۸۷-۱۰۶.
- علائی، پروانه؛ کرمی، ابوالفضل. (۱۳۸۶). ساخت و هنجاریابی مقیاس قصه عشق و بررسی رابطه آن با رضایت زناشویی. *روانشناسی معاصر*، ۲(۲)، ۴۹-۳۷. فرحبخش، کیومرث؛ خاکی، احمد؛ و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله مبتنی بر مدل بوم‌شناسی در کاهش میل به طلاق و تعارض زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۶(۶۲)، ۱۳۹-۱۲۶.
- فولادیان، مجید؛ شجاعی قلعه، مینا. (۱۳۹۹). مطالعه جامعه‌شناختی فرایندهای وقوع طلاق. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۶(۶۲)، ۲۳۱-۲۵۷.
- کریمی، یوسف؛ الماسی، سکینه؛ محمدی، رزگار و فاضلی، حسن. (۱۳۹۵). مطالعه بسترهای طلاق در افراد مطلقه: پژوهشی پدیدارشناسانه. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۷(۲۵)، ۲۱۰-۱۹۱.
- گزارش وضعیت فرهنگی-اجتماعی آمار ایران (۱۴۰۰). <https://www.amar.org.ir/news/ID/16974>.
- مرکز مطالعات امور زنان ریاست جمهوری (۱۴۰۰). <http://women.gov.ir/fa/news/15018>.
- مقدادی، محمد مهدی؛ و جوادپور، مریم. (۱۳۹۶). تاثیر ازدواج زود هنگام بر سلامت جنسی کودکان و سازوکارهای مقابله با آن. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۱۱(۴۰)، ۳۱-۶۰.
- نریمانی، محمد؛ رحیمی، سعید؛ و صداقت، مهرانز. (۱۳۹۷). پیش‌بینی طلاق عاطفی زوجین بر اساس الگوهای ارتباطی خانواده و ساختار انگیزشی. *روانشناسی خانواده*، ۲(۵)، ۳۸-۲۷.
- Berg, B.L. (1989). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*, Allyn and Bacon, Boston.
- Bernardi, F., & Martínez-Pastor, J. I. (2011). Divorce risk factors and their variation over time in Spain. *Demographic Research*, 24, 771-800.
- Brannock, R. G., Litten, M. J., & Smith, J. (2000). The impact of doctoral study on marital satisfaction. *Journal of College Counseling*, 3(2), 123-130.
- Dudak, A. (2013). Fathers Claiming Custody of Their Children Clients of Psychological and Legal Counseling. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1281-1285.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- John, N.A., Edmeades, J., Murithi, L., & Barre, I. (2019). Child marriage and relationship quality in Ethiopia. *Culture, health & sexuality*, 21, 853-66. <https://doi/10.1080/13691058.2018.1520919>
- Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied researchers* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. New South Wales: Psychology Foundation Monograph.
- Male, C., Wodon, Q. (2018). Girls' education and child marriage in West and central Africa: Trends, impacts, costs, and solutions. Forum for Social Economics, Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/07360932.2018.1451771>
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (Vol. 1). lippincott williams & wilkins.
- Nguyen. M. C., & Wodon. Q. (2015). Global and Regional Trends in Child Marriage, *The Review of Faith & International Affairs*, 13(3), 6-11, DOI: 10.1080/15570274.2015.1075756.
- Sbarra, D. A., & Whisman, M. A. (2022). Divorce, health, and socioeconomic status: An agenda for psychological science. *Current Opinion in Psychology*, 43, 75-78.
- Sarfo, E.A., Yendork, J.S., & Naidoo, A.V. (2020). Examining the intersection between marriage, perceived maturity and child marriage: perspectives of community elders in the Northern region of Ghana. *Culture, health & sexuality*, 23(7), 1-15.
- Stewart, D.W. & Shamdasani, P.N. (1990). *Focus Groups: theory and practice*, sage publication, Newbury park, California.
- UNICEF. (2019). "Child Marriage." <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/> [Google Scholar]
- Waltz, C. F., & Bausell, R. B. (1981). *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis*. FA Davis company.
- Wilkinson, S. (2004). Focus group research. In D.Silverman (ed.), *Qualitative research: Theory, method, and practice* (pp. 177-199). Thousand oaks, CA: Sage.
- Yip, P. S. F., Yousuf, S., Hon Chan, C., Yung, T., & Wu, K. C. C. (2015). The Roles of Culture and Gender in the Relationship between Divorce and Suicide risk: A Meta-Analysis. *Social Science & Medicine*, 128, 87-94.

تحلیل روایت خودبخشی در میان دانشجویان ایرانی Narrative Analysis of Self-forgiveness among Iranian Students

Samira Rostami PhD student

Bahram Jowkar PhD[✉]

Masoud Hosseinchari PhD

Mahboubeh Fouladchand PhD

Naser Rashidi PhD

سمیرا رستمی^۱

بهرام جوکار^۲

مسعود حسینچاری^۱

محبوبه فولادچنگ^۱

ناصر رشیدی^۳

Abstract

Genuine self-forgiveness, as an adaptive response to a self who is faced and traumatized with moral misconduct. It consists of the reorganization of feelings, thoughts, and behaviors. Researchers are interested in studying the psychological difficulties experienced during self-forgiveness. In this study, students' self-forgiveness experiences were explored through thematic narrative analysis. The study participants were 6 students who had experienced self-forgiveness. Narrative interviews were used to collect data. By analyzing the interviews based on the theoretical foundations and research literature, three main themes of preservative self-forgiveness, transformative self-forgiveness, and pseudo-self-forgiveness were extracted. Most participants experienced preservative self-forgiveness. The results of this study can elucidate extensive dimensions of cognitive and emotional aspects of people's coping with life's challenges. The various negative emotions that people experience in face of life problems will create the foundations for anxiety and mood disorders in the future. A deeper understanding of how to confront these emotions and self-forgiveness, will facilitate therapy.

Keywords: preservative self-forgiveness, transformative self-forgiveness, pseudo-self-forgiveness, Narrative analysis

چکیده

خودبخشی اصیل واکنشی سازگاران در مواجهه با خودی است که دچار خطای اخلاقی شده است. دشواری‌های روانشناختی در تجربه خودبخشی عمده دلیل علاقه‌مندی پژوهشگران به این حوزه است. در این پژوهش تجربه خودبخشی دانشجویان با رویکرد تحلیل روایت مضمونی مورد کندوکاو قرار گرفت. شرکت‌کنندگان پژوهش ۶ نفر از دانشجویان بودند که تجربه خودبخشی داشتند. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه روایتی استفاده شد. در نتیجه تجزیه و تحلیل روایت‌ها بر پایه ادبیات پژوهش سه مضمون اصلی خودبخشی نگهدارنده، خودبخشی تبدیلی و شبه خودبخشی استخراج شد. در میان اکثر مشارکت‌کنندگان تجربه خودبخشی از نوع نگهدارنده بود. یافته‌های این پژوهش می‌تواند ابعاد گسترده‌تری از جنبه‌های شناختی و عاطفی نحوه برخورد افراد با چالش‌های زندگی را روشن سازد. هیجان‌های منفی مختلفی که افراد در مقابله با مشکلات زندگی تجربه می‌کنند از پایه‌های اساسی بروز اختلال‌های خلقی و اضطرابی در آینده می‌شود. شناخت دقیق‌تر و بیشتر چگونگی مواجهه با این هیجان‌ها و بخشش خود مسیر درمان این اختلال‌ها را تسهیل و تسریع خواهد کرد.

واژه‌های کلیدی: خودبخشی نگهدارنده، خودبخشی تبدیلی، شبه خودبخشی، تحلیل روایت

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۲/۱۴ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۵/۴

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

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

۳. دانشکده ادبیات و علوم انسانی، بخش زبان‌های خارجی و زبان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

● مقدمه

در طول زندگی آدمی خود را در مواجهه با موقعیت‌هایی می‌یابد که خواسته یا ناخواسته موجب رنجش خود یا دیگری شده است. به‌طور معمول نتیجه چنین وضعیتی تجربه هیجان شرم و گناه و به دنبال آن تلاش برای رهایی از این احساسات است. این تلاش‌ها در دو مسیر سازگاران و ناسازگارانه قابل احصا هستند که در سویه سازگاران تلاش برای دریافت بخشش و تسکین احساسات آزردهنده شکل می‌گیرد. بخشش (forgiveness) مترادف با چشم‌پوشی (condoning) یا فراموشی (forgetting) نیست بلکه یک عمل آزادانه و انتخابی برای پایان دادن به رنجش پیش آمده است (تستونی، فرانسسکن، لئو، سانتی و زامپینی، ۲۰۱۹). بخشش در دو سطح خودبخشی (self-forgiveness) و دگربخشی (other-forgiveness) قابل طرح است که تمرکز اصلی پژوهش حاضر بر مفهوم خودبخشی است.

نخستین تلاش‌ها برای نشان دادن مفهوم خودبخشی با ملاحظه بنیادین یافته‌های نظری پیرامون بخشش بین‌فردی صورت گرفته است و اولین تبیین‌های سیستماتیک درباره خودبخشی عمدتاً در میان افکار فلاسفه به چشم می‌خورد (دیلن ۲۰۰۱؛ هولمگرن ۱۹۹۸؛ میلز، ۱۹۹۵؛ اسنو، ۱۹۹۳). بخش عمده‌ای از پیشینه فلسفی خودبخشی شامل تردید در خصوص خودبخشی به عنوان فضیلت و به دنبال آن تلاش برای مشروعیت بخشی به خودبخشی است. در نظر فلاسفه از جمله ضرورت‌های خودبخشی به عنوان یک فضیلت تحقق سه شرط است: احترام به خود به عنوان فاعل اخلاقی، احترام به قربانی و احترام به اخلاق (هولمگرن، ۱۹۹۸). خودبخشی به عنوان شیوه‌ای از مقابله سازگاران کار ساده‌ای نیست چرا که نیازمند تشخیص و ادراک خطا، پذیرش مسئولیت آن و عمل بر احساسات و افکار ناراحت‌کننده مرتبط با خطا و در نهایت تصمیم به تغییر رفتار در آینده است (کرنیش و وید، ۲۰۱۵؛ لی، ۲۰۲۰). با این حال در مواجهه با خطا شیوه‌های مقابله ناسازگاران در قالب سویه‌های خودبخشی غیر اصیل - شامل تنبیه و توجیه خود- نیز وجود دارند (فیشر و اکسلاین، ۲۰۱۰). خودبخشی اصیل به دو شکل تبدیلی یا رادیکال (radical or transformative) و نگهدارنده (preservative) مورد ملاحظه قرار گرفته است. خودبخشی تبدیلی به شکل نوعی تجربه معنوی، غیراستنتاجی و ضمنی (بست و بارنس-هولمز، ۲۰۱۴، به نقل از لانگ، ۲۰۰۷؛ تیبینگ، ۲۰۱۱؛ فینچم و می، ۲۰۲۱) به دلیل ماهیتش کمتر تن به مطالعات تجربی داده و در حوزه فلسفه و دین مورد بررسی قرار گرفته است. در چنین حالتی خودبخشی فراتر از یک رابطه یا حادثه خاص تعریف می‌شود. این شکل از خودبخشی عمیق‌تر بوده و همراه با نوعی تغییر در ادراک و فهم خود، دیگری و جهان است (هالینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از لانگ، ۲۰۰۷). در این حالت فرد ضمن کشف یک حال هستی‌شناسانه بین خود، دیگری و جهان، قادر است تا محدودیت‌های خود، دیگری و جهان را درک کند. اما خودبخشی نگهدارنده به‌خوبی در حوزه علم روان‌شناسی مد نظر قرار گرفته است و خطی بودن و پردازش کنترل شده این شکل از خودبخشی در مدل‌های موجود مشخص است. خودبخشی نگهدارنده، حوزه تقارب و هم‌گرایی شناخت و هیجان است و در نتیجه کارکردهای عالی ذهن، تجربه‌ای پیچیده، زمان‌بر، تلاش‌مند و هدف‌مدار ادراک می‌شود. عمده مدل‌های مطرح در رویکرد نگهدارنده بر فرایندهای دوگانه تجربه بازیابی بین فردی و بازیابی درون‌فردی تأکید دارند. از جمله مدل‌های شاخص در این زمینه، مدل فرایند دوگانه (dual-process model) گرفین (۲۰۱۶) است. به این صورت که در فرایند خودبخشی، واکنش افراد می‌تواند بر اساس دو مولفه مرتبط اما متمایز ارزیابی شود: مولفه تصمیم به خودبخشی که ماهیت آن شناختی بوده و احساس خودبخشی که ماهیت آن عاطفی است (گرفین، ۲۰۱۶).

علی‌رغم اهمیت سازه خودبخشی اصیل در روانشناسی مثبت، مفهوم‌پردازی دقیق و جامعی در این‌باره صورت نگرفته است. مطالعات صورت گرفته در این حوزه نیز بسیار اندک و محدود به مدل‌های نگهدارنده است. در خصوص چگونگی رخداد خودبخشی تبدیلی صرفاً شاهد توضیحات مذهبی و فلسفی هستیم و در حوزه روانشناسی توضیح خاصی در این‌باره گزارش نشده است. انجام تحقیقات تجربی و به‌طور خاص دسته‌ای از تحقیقات کیفی که بر تجربه و رویداد خودبخشی تمرکز دارند منجر به انسجام بخشی به مطالعات پیشین و دستیابی به جزئیات بیشتر درباره تجربه فرایند خودبخشی اصیل می‌گردد. از میان روش‌های کیفی، تحلیل روایت متضمن امکان‌هایی بدیع پیش روی این هدف بوده و با توجه به عمق مطالعات کیفی، این پژوهش منبعی غنی برای تسهیل مداخلات مبتنی بر خودبخشی است. بنابراین پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل روایت، به دنبال تعیین این مسئله است که خودبخشی

اصیل در میان دانشجویان ایرانی چگونه و به کدام یک از شکل‌های توصیف شده تجربه می‌شود؟

• روش پژوهش

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی با روش تحلیل روایت مضمونی (thematic narrative analysis) است. بر اساس تحلیل روایت مصاحبه‌های گردآوری شده مضامین اصلی و سازمان دهنده استخراج شده‌اند.

انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش به شیوه هدفمند بود. از میان داوطلبان دانشجویانی (صرف نظر از رشته، دانشگاه و مقطع تحصیلی) که تصور می‌شد خودبخوشی را تجربه کرده‌اند و از توانایی زبانی، خودآگاهی و ذهنیت روانشناختی (توانایی فرد برای دیدن روابط بین افکار، احساسات و اعمال با هدف یادگیری معانی و دلایل تجربیات و رفتارهای خود) مطلوبی برای بیان تجربیات خود برخوردارند به عنوان شرکت‌کنندگان پژوهش انتخاب شدند. در این بین، داوطلبانی که تجربه خودبخوشی نداشتند یا به دلیل توانایی زبانی و بیانی پایین، عدم خودآگاهی و ذهنیت روانشناختی نامطلوب قادر به اشتراک گذاشتن تجربیات خود نبودند و یا در ارائه مطالب و اطلاعات شخصی‌شان بی‌میل بوده یا مقاومت داشتند، کنار گذاشته شدند. به دلیل کیفی بودن روش پژوهش این مطالعه، در جریان پژوهش با توجه به داده‌های به دست آمده - اشباع نظری - انتخاب شرکت‌کنندگان ادامه داشت (بریان و چارمز ۲۰۱۹). در مجموع افراد داوطلب برای شرکت در طرح پژوهشی حدود ۲۰ نفر بودند که تنها ۶ نفر از آنها به‌طور عمیق و نیمه ساختار یافته مورد مصاحبه روایتی قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان پژوهش

سن	جنس	مقطع تحصیلی	وضعیت تاهل
۲۲	مذکر	کارشناسی	مجرد
۲۰	مؤنث	کارشناسی	مجرد
۳۳	مؤنث	دکترا	مجرد
۴۱	مؤنث	دکترا	متاهل
۳۶	مذکر	کارشناسی‌ارشد	متاهل
۲۷	مؤنث	کارشناسی‌ارشد	مجرد

روش اجرا: جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه روایتی (narrative interview) استفاده شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و به شیوه آنلاین و غیر حضوری، انجام شد. مجموع زمان پرسش و پاسخ‌های هر مصاحبه به طور متوسط ۵ ساعت (غیر متوالی و در روزهای مختلف) بود. لازم به ذکر است که هر مصاحبه به طور میانگین ۳۰ روز به طول انجامید.

ابتدا از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به صورت خودجوش بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای توسط پژوهشگر بازگو کنند و در گام بعد برش‌هایی از زندگی‌شان را که تصور می‌کنند در آن موفق شده‌اند خود را ببخشند را مشخص کرده و با پژوهشگر در میان بگذارند و از میان موارد متعدد یکی از موارد پرچالش را به دلخواه انتخاب کرده تا در ادامه ضمن بازگویی روایت، در خصوص جزئیات آن به پرسش‌های مطرح شده توسط پژوهشگر پاسخ دهند. مطابق با ادبیات پژوهش مشارکت‌کنندگان درباره فرایند خودبخوشی مورد سوال قرار گرفتند. کندوکاو پیرامون فرایند خودبخوشی ابتدا با تمرکز بر ادراک خطا و تعهد به آن آغاز شد. سپس شرکت‌کنندگان درباره محتوای ارزیابی که از خود داشتند و هیجانات و افکاری که نسبت به خود در این باره تجربه کرده بودند مورد پرسش قرار گرفتند. پرسش‌های بعدی بر چگونگی آغاز و انجام فرایند خودبخوشی تمرکز داشت. برای پرداختن عمیق به تجربه خودبخوشی سعی شد تا علاوه بر تشخیص و تمایز انواع احساسات خودآگاه اخلاقی - شرم و گناه و همدلی - سنجش مکانیزم‌های مورد استفاده در تنظیم و حل احساسات خودآگاه اخلاقی، سبک اسناددهی، مکانیزم‌های دفاعی، ادراک شدت خطا، رفتارهای جبرانی و تلاش برای دریافت بخشش نیز مد نظر قرار گیرد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های روایتی پژوهش بر اساس نظر هیلز و سرماک (۲۰۰۸) و با استفاده از الگوی مضمونی و چشم‌انداز مقوله‌ای - محتوایی داده‌های روایتی پیاده‌سازی، عناصر اصلی تعیین و کدهای اصلی در یک توالی سازمان‌دهی شدند. در پایان برای پردازش و سازمان‌دهی داده‌ها در مضامین مشخص، از نرم‌افزار MAXQDA20 استفاده شد.

برای افزایش دقت علمی یافته‌ها تلاش شد ۴ معیار بررسی صحت داده‌ها بر اساس نظر گوبا و لینکلن (۱۹۸۵) مورد بررسی قرار گیرد. در این راستا پژوهشگر با درگیری طولانی مدت و تماس و ارتباط با مشارکت‌کنندگان به جلب اعتماد آنان و درک تجارب آنها اقدام کرده است. تنوع مشارکت‌کنندگان صرف نظر از زمینه‌های فرهنگی و مذهبی خاص، از مقاطع مختلف تحصیلی، جنس و سنین متفاوت مقبولیت داده‌ها (credibility) را افزایش داد. به علاوه از روش‌های مقبولیت داده‌ها با مرور کدهای به‌دست آمده توسط مشارکت‌کنندگان جهت رفع هر گونه ابهام در کدگذاری استفاده شد. از اشباع داده‌ها نیز برای بالا بردن اعتبار استفاده شد. قابلیت تأیید (confirmability) نیز با جمع‌آوری سیستماتیک و با رعایت بی‌طرفی پژوهشگر، توافق اعضای کمیته پژوهشی روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدها برای ساخت طبقات و مقوله‌ها استفاده شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها (dependability) نیز با نسخه‌نویسی بلافاصله، استفاده از نظرات همکاران و مطالعه مجدد کل داده‌ها و در نهایت قابلیت انتقال (transferability) از طریق مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت، ارائه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها و تبیین غنی داده‌ها مورد توجه قرار گرفت.

• یافته‌ها

برای فهم مسئله تحقیق، روایت خودبخشی شرکت‌کنندگان پژوهش به شیوه مقوله‌ای - محتوایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از اطلاعات عمیقی که مشارکت‌کنندگان به اشتراک گذاشته بودند، سه مضمون اصلی خودبخشی نگهدارنده، خودبخشی تبدیلی و شبه خودبخشی استخراج گردید. نتایج حاصل از تحلیل یافته در جدول ۲ ارائه شده است.

خودبخشی نگهدارنده

یافته‌های این پژوهش با تأیید ماهیت خودبخشی نگهدارنده بیش از هر چیز بیان‌گر خطی بودن فرایند خودبخشی نگهدارنده بود. به این صورت که در روایت شرکت‌کنندگان، خودبخشی نگهدارنده در طول زمان و با تلاش و به صورت تدریجی تجربه می‌شود: "این اتفاق‌ها یک ترتیبی داشت برای من و انقدر خودم رو بخشیدم و بخشیدم و گفتم مشکلی نیست، جبران می‌کنم تا بالاخره با خودم کنار اوادم. زمان برد؛ زمان زیادی برد (مشارکت‌کننده ۱)". همچنین مطابق با ادبیات خودبخشی (گرفین، ۲۰۱۶)، فرایند خودبخشی نگهدارنده شرکت‌کنندگان این پژوهش در دو سطح شناختی و عاطفی، به صورت متمایز اما هم‌زمان جریان داشت. مفهوم خودبخشی با مفهوم خطا گره خورده است و خودبخشی تجربه نمی‌شود مگر زمانی که فرد هم‌زمان در سطح شناختی و عاطفی به خطایی که انجام داده متعهد گشته و نسبت به خودی که دچار شکست اخلاقی شده و آسیب دیده احساس تقصیر و مسئولیت نماید (گرفین، ۲۰۱۶): "به خودم اوادم و گفتم شد دیگه، هر چقدر که تو مقصر بودی یا نبودی یا هر کسی که مقصر بود همه اینها اتفاق افتاد و از خودم پرسیدم حالا می‌خواهی چیکار کنی؟" (مشارکت‌کننده ۶). در گام بعد احساسات منفی نسبت به خود تجربه می‌شود. با تجربه احساس شرم فرد درگیر سرزنش یا خشم به خود می‌شود: "به شدت خودمو سرزنش می‌کردم که من دختر ترسوئی بودم من اونقدر ترسو بودم که نایستادم که بخوام، احساس می‌کردم من کاملاً مقصر بودم، با خودم می‌گفتم کاش من به کم زیرکی بیشتری داشتم که مثلاً فلان حرف رو می‌زدم چرا من فلان عکس‌العمل را نشان دادم" (مشارکت‌کننده ۶). در عین حال ممکن است فرد در ارتباط با خطا صرفاً دچار احساس گناه و پشیمانی گردد: "هر چی فکر می‌کردم می‌دیدم من مقصر بودم، اشتباه از من بود، نباید اون حرف رو می‌زدم، پشیمون بودم (مشارکت‌کننده ۳)". در تجربه خودبخشی نگهدارنده افراد برای نظم‌بخشی به احساسات منفی نسبت به خود در قالب فرایندی دوگانه با اراده و آگاهی تصمیم می‌گیرند خود را ببخشند و ارزشمندی و فاعلیت آسیب‌دیده خود را بازیابند: "خیلی تجربه آگاهانه‌ای بود یعنی فرقی با تجربه‌های قبلی این بود و انگار که من با یک خودآگاهی فهمیدم که من نمی‌خوام چیزی رو فراموش کنم من می‌خواهم که خودمو ببخشم و از اول به چیزایی رو شروع کنم و درست پیش ببرم" (مشارکت‌کننده ۶). در همین راستا شفقت و مراقبت از خود با تعهد به انجام اقدامات جدی در این‌باره، ممکن می‌گردد: "در مقطعی از زمان من احساس کردم که جا داره که برگردم و خودم رو در آغوش بگیرم و بگم که باشه همه چی درست می‌شه. به روانشناس و روانپزشک مراجعه کردم. با این نیت که انگار از خودم به مراقبت‌های بیشتری کنم و آسیب‌پذیریم را کمتر کنم" (مشارکت‌کننده ۶). تصمیماتی از این دست به فرد امکان می‌دهد تا با قدرتی بیش از پیش با خطایی که انجام داده و احساسات مرتبط با آن روبه‌رو شود، از احساس شرم و گناه رهایی یافته، ارزشمندی و فاعلیت خود را بازیابد: "زندگی مال منه و برای خودم جبران‌ش می‌کنم هر چیزی رو که از دستش دادم؛ با تمام اون

ناتوانایی‌هایی که از خودم دیده بودم سرزنش‌هایی که به خودم کرده بودم و همه نابلدی‌هام و هر چیزی که بود فکر کردم که دیگه از این به بعدش احتمالاً اونقدری پختگی دارم برای سن الانم" (مشارکت کننده ۶). رفته‌رفته فرد در فرایند خودبخشی از باور مطلق به امور ذهنی دست کشیده و ترجیح می‌دهد خود را از افکار آزردهنده رها کند: "اون چهارچوب‌ها اون قوانین و چیزایی که دور خودم بود به نوعی اون پیله‌ای که دور خودم بود رو الان این احساس رو داشتم که اون پیله‌ها کنار رفتن و من خیلی راحت‌تر شدم. اتفاقی که افتاده بود رهایی از افکاری بود که آزارم می‌دادن" (شرکت کننده ۱). همچنین اسناددهی ساکارانه به معنای پردازش شناختی و باز تعریفی روایت پیشین عامل تعیین‌کننده‌ای در فرایند خودبخشی افراد می‌باشد. پیش از خودبخشی افراد اسنادهای ناسازگارانه‌ای در مورد خود، دیگری و جهان داشته و در فرایند خودبخشی اسناد سازگارانه‌تری نسبت به امور اتخاذ می‌کنند: "خودبخشیم رو در گرو این می‌دونم که متوجه شدم آدم‌ها کامل نیستن ما انسانیم انسان موجودی ناکامه و ممکنه اشتباه بکنه" (مشارکت کننده ۲).

جدول ۲. مضامین اصلی، مضامین سازماندهنده و خرده مضامین خودبخشی نگهدارنده، تبدیلی و غیر اصیل

مضامین اصلی	مضامین سازمان دهنده
	ادراک خطا
	اراده و آگاهی
	خطی، زمان‌بر، تدریجی و تلاش‌مند
	احساسات خودآگاه
مولفه شناختی	رهایی از افکار آزردهنده
	تغییر رفتار
	دریافت بخشش از دیگری
	خودبخشی مبتنی بر نیاز
	بازیابی خود
خودبخشی نگهدارنده	خودشفقت‌ورزی و خودمراقبتی
	رهایی از احساسات منفی
	بخشش خود هم وابسته
	ضرورت کاهش تنش
خودبخشی اصیل	تقدم تصمیم به خودبخشی بر عاطفه خودبخشی
	مشروط بر کاهش احتمال خطا در آینده
تأثیرات ضمنی	جهت‌گیری مشارکتی نسبت به خدا
	باور به بخشندگی خدا و تقلید از آن
	نفوذ مذهب در زندگی روزمره
	غیر خطی
	عدم تجربه تعارض درونی
	فراتر از یک موقعیت
خودبخشی تبدیلی	توضیحات هستی‌شناسانه، معنوی و مذهبی
	بازیابی هویت فردی
	حسن نیت نسبت به خود و دیگری
	شفقت به خود و دیگری
	ادراک خطا
	تجربه هیجانات خودآگاه اخلاقی
	اراده و آگاهی (قصدمندی)
	مکانیزم‌های دفاعی
شبه‌خودبخشی	مطلق پنداشتن درونیات ذهنی خود
	عدم بازیابی خود
	عدم تجربه و پردازش هیجان
	عدم رهایی از احساس شرم

علاوه بر تمام موارد فوق، زمانی که ماهیت خطا بین فردی است ادراک خطا نیازهای روان‌شناختی متفاوتی را در متخلف (نیاز به بازیابی هویت اخلاقی-اجتماعی) و قربانی (نیاز به بازیابی فاعلیت) شکل می‌دهد که با توجه به ماهیت قربانی بودن، به نظر می‌رسد اخلاقاً پذیرش مسئولیت توسط متخلف در اولویت است: "بهم گفت: به مدتی به ما فرصت بده اجازه بده که ما ریکواری بشیم. من احترام گذاشتم به درخواستش. من خیلی ناراحت بودم اما میخوام بگم که من کاملاً حق رو به اون می‌دادم. بعدش که دیدم حالش خوب شده، انگار این فاصله تأثیرگذار بوده، و دیدم که دوباره داریم رفت و آمد می‌کنیم و دوباره مثل قبل با هم دیگه هستیم، اونجا بود که من خودبخوشی رو تجربه کردم" (مشارکت کننده ۳). همچنین در مواجهه با خطای بین فردی دریافت بخشش از دیگری، نه تنها به فرایند خودبخوشی سرعت داده که در پاره‌ای موارد موجب بخشش خود می‌گردد: "واقعاً نمی‌دونم چطور شد که خودم رو بخشیدم شاید چون خود اون منو بخشیده بود چون من یادمه اونجا و اون زمان عاجز بودم از این‌که چه کار می‌تونم بکنم برای این مسئله پیش اومده" (مشارکت کننده ۳).

در برخی روایت‌ها تأثیرات ضمنی متغیرهای بافتی مثل فرهنگ و مذهب شناسایی شد که در ادبیات خودبخوشی نیز مورد بحث قرار گرفته است. برای مثال در فرهنگ جمع‌گرا بخشش خود معادل مصالحه و آشتی با خود هم وابسته ادراک می‌شود: "سعی کردیم در مورد همدیگه پشت سر هم حرف نزنیم و روابط خیلی زود به حالت اول برگشت همه اینها باعث شد که من راحت‌تر بتونم و زودتر بتونم خودم رو ببخشم" (مشارکت کننده ۴). همچنین در فرهنگ جمع‌گرا ضرورت کاهش تنش و ناهماهنگی بخشش خود را تسریع می‌بخشد: "با خودم گفتم اینها افرادی هستند که فقط منتظر هستند ببینند توی فامیل چه اتفاقی می‌وفته و باعث تفرقه و اختلاف بشن. من رفتم بعد با پدر و مادرم صحبت کردم و راضی‌شون کردم که آشتی کنن" (مشارکت کننده ۴). علاوه بر این با تحلیل روایت دانشجویان مشخص شد که کاهش تنش و ناهماهنگی در فرهنگ جمع‌گرا موجب تقدم تصمیم به خودبخوشی بر عاطفه‌ی خودبخوشی می‌گردد: "می‌خوام بگم درسته که اوضاع به حالت اول برگشته بود ولی خودم اون حس خوبی رو که باید نسبت به خودم داشته باشم را تا زمانی که تغییر نکرده بودم نداشتم" (مشارکت کننده ۴). هم راستا با ادبیات خودبخوشی مشخص شد خودبخوشی جمع‌گرا مشروط بر کاهش احتمال خطا در آینده است: "وقتی اوضاع به حالت اول برگشت و همه روابط درست شد به خودم قول دادم که روی خودم کار کنم و همین باعث شد که من بتونم خودم رو ببخشم" (مشارکت کننده ۴).

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد تأثیر مذهب و باورهای مذهبی بر تسریع فرایند خودبخوشی از دیگر تأثیرات ضمنی شناسایی شده بر فرایند خودبخوشی نگهدارنده در این پژوهش بود. هم راستا با مبانی نظری پژوهش جهت‌گیری مشارکتی نسبت به خدا، باور به بخشندگی خدا و تقلید از آن و استفاده در زندگی روزمره شناسایی شدند: "با عنایتی که خداوند بهم کرد تونستم از اون دوران عبور کنم. خودم رو مدیون خدا می‌دانستم چون واقعاً وگرنه اگر تنهایی به دست خودم بود هیچ مشکلی حل نمی‌شد. احساس می‌کردم خدا داره می‌بینه فهمیده که من چه مشکلی دارم. با خودم گفتم خدا منو می‌بخشه و خودم رو ازون عذاب وجدان نجات دادم و بخشیدم. وقتی می‌رفتم نماز می‌خوندم و می‌رفتم مسجد و بر می‌گشتم به انرژی مثبت خیلی خوبی رو داشتم" (مشارکت کننده ۱).

در نهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش پس از تحقق تمام موارد فوق یعنی تلاش و اراده قطعی برای نظم‌بخشی و حل هیجانات شرم و گناه و بازیابی فاعلیت و ارزشمندی خودی که به موجب خطا آسیب دیده است، فرایند خودبخوشی با شرط تغییر رفتار در آینده پایان می‌یابد: "گفتم خب دیگه تمام اون اتفاقاتی که گذشته تموم شده و من دیگه باید ازین به بعد زندگی جدیدی را شروع بکنم و از اشتباهاتم درس بگیرم و اونا رو ببخشم" (مشارکت کننده ۱).

خودبخوشی تبدیلی

در تحلیل روایت خودبخوشی تبدیلی این پژوهش، ویژگی‌ها و مشخصه‌های این نوع از خودبخوشی نیز به خوبی مورد تأیید قرار گرفت که در ادامه یک به یک بیان می‌شود. پیش از هر چیز یافته‌های این بخش موید غیرخطی بودن فرایند خودبخوشی تبدیلی در برابر خطی بودن فرایند خودبخوشی نگهدارنده بود: "تونستم با پاکسازی خیلی راحت آدم‌های اطرافم رو ببخشم. این باعث میشه که من بتونم به آرامش خیلی عمیق و زودرس برسم. با تله‌پاتی هم می‌شه راحت این کار رو انجام داد و واقعاً اثرگذاره. البته اینا باید با حس باشه، یعنی آدم اونقدر مطمئن باشه به چیزی که داره می‌گه و میره توی حس با تمام وجودش این کلمات رو بیان می‌کنه واقعاً به طرف مقابل می‌رسه. اون موقع اتفاقات سخت و ناخوشایند خیلی راحت از زندگی رخت برمی‌بنده و میره و اتفاقات خوب میاد و

جایگزینش می‌شه" (مشارکت‌کننده ۴). از جمله دیگر مشخصه‌های بارز خودبخششی تبدیلی غیر موقعیتی بودن آن است که در تحلیل روایت پژوهش مورد تأیید قرار گرفت: "شاید این بخشش‌ها مقداری کلی باشه. الان نمی‌تونم به لحظه خاص را نام ببرم" (مشارکت‌کننده ۴). بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش بازیابی فاعلیت و ارزشمندی خود در خودبخششی تبدیلی به این صورت است که فرد با تصور این که به امر متعالی متصل است، هویت خود را بازیافته و احساس برتری و ارزشمندی و عاملیت می‌کند: "وقتی اتفاق بادی میافته قبل از هر چیز خودم رو از وجود خداوند می‌بینم این باعث می‌شه که من خودم رو بیش از هر کسی دوست داشته باشم" (مشارکت‌کننده ۴). همچنین پیرو بازیابی و احیای خود، فرد نه تنها به خود عشق می‌ورزد که نسبت به خود و دیگری حسن نیت داشته و خود و دیگری را پذیرفته و مورد شفقت قرار می‌دهد: "با توجه به این که انسان از ذات پاک الهی به وجود اومده پس می‌تونه صفات پاک خداوند رو در خودش ایجاد بکنه همه انسان‌ها می‌تونن اینها رو در خودشون ایجاد بکنن فقط لازمه اش آگاهی و تلاش برای ایجاد کردن این صفات در خودمون" (مشارکت‌کننده ۴).

بر اساس یافته‌های این بخش و هم راستا با مبانی نظری، بصیرت به محدودیت‌های خود و دیگری، بخشش خود و دیگری را در موقعیت‌های بین فردی تسهیل کرده و سرعت می‌بخشد: "یک انسان هستم و ممکنه مرتکب یک اشتباه بشم. یکی از چیزهایی که آدم بتونه خودش و دیگران رو ببخشه همینیه" (مشارکت‌کننده ۴). علاوه بر این گشودگی در برابر ممکنات، از نو طرح ریختن معنای خود، دیگری و جهان نیز از جمله دیگر موارد شناسایی شده در تجربه خودبخششی تبدیلی بود: "من در این تجربه تونستم به تغییر کلی در زندگی خودم ایجاد کنم در رفتار خودم ایجاد کنم و حتی نگاهم نسبت به اتفاقات، خودم و جهانم عوض شد" (مشارکت‌کننده ۴). پس از تجربه خودبخششی تبدیلی در نظر فرد قربانی و متخلف وجود ندارد، در عوض مربی و شاگرد وجود دارد، این مطلب به‌طور واضح در یافته‌های پژوهش قابل مشاهده است: "هر چی رسید از سمت جهان آفرینش رسید من مطیع و فرمانبردارم و با همه وجودم اونو قبول می‌کنم چون اون لازمه رشد منه و می‌دونم که یک مصلحتی برای من توی اون اتفاق هست که این اتفاق باید رقم بخوره" (مشارکت‌کننده ۴).

در روایت خودبخششی تبدیلی این پژوهش توضیحات فرد در خصوص چگونگی روند خودبخششی شامل دسته‌ای از توضیحات هستی‌شناسانه، مذهبی و معنوی بود: "شما خودتون رو در رأس یک دایره یا مدارهای متحدالمرکز در نظر بگیرید من در رأس این دایره‌ها و مدار هستم و روی هر کدوم ازین مدارها تمام چیزهایی که من از زمانی که به دنیا اومدم و تا زمانی که می‌خوام از دنیا برم به ذهن من میاد. هر چقدر بیشتر به موضوعی فکر می‌کنیم اون به ما نزدیک و نزدیک‌تر می‌شه و اون اتفاق برای ما میافته. انسان تو این دنیا می‌تونه در آرامش مطلق با هر اتفاقی زندگی بکنه اگه همیشه بگه سمعاً و طاعتاً، خدایا سمعاً و طاعتاً، یا در جایی می‌گیم ایاک نعبدو و ایاک نستعین" (مشارکت‌کننده ۴).

شبه خودبخششی

یافته‌های پژوهش نشان داد شبه خودبخششی حالتی از تجربه بخشش خود است که همانند اشکال تجربه خودبخششی اصیل شخص به خطایی که انجام داده اذعان داشته و به انجام آن متعهد گشته است و از این بابت احساس تقصیر می‌کند. همچنین پیرو و وضعیت هیجانات منفی نسبت به خودی که دچار خطا شده است، تجربه می‌شود. با این حال علی‌رغم این که شخص آگاهانه تصمیم داشته خود را ببخشد و فاعلیت و ارزشمندی از دست رفته را بازیابد، در این‌باره توفیق نیافته است. از همین رو وجه تمیز این نوع از خودبخششی از اشکال خودبخششی اصیل؛ عدم توفیق شخص در نظم‌بخشی و حل احساسات منفی نسبت به خود می‌باشد. در این پژوهش مشخص شد که عدم تجربه و پردازش شناختی و هیجانی احساسات خودآگاه منفی شرم و گناه منجر به استفاده شخص از مکانیزم دفاعی عقلانی‌سازی برای دفاع از خودی که دچار خطا شده است، می‌گردد: "یکی از راه‌هاش اینه که مدام بهش فکر کنیم عرضم به خدمتتون تجزیه و تحلیلش کنیم که من همین کارو می‌کردم این باعث می‌شد که من به پذیرش این موضوع نزدیک و نزدیک‌تر بشم" (مشارکت‌کننده ۶). در این حالت شخص به جای پرداختن به احساسات خود، با برچسب زدن و پیش‌داوری، در دفاع از خود ذهنیت دیگری را نادیده گرفته و محتویات ذهن خود را مطلق می‌پندارد: "من به واسطه افرادی محاصره شده بودم که چیزی به عنوان همدردی بلد نبودند و فقط تخریب می‌کردند نگاه بدبینانه و پارانوییدی داشتند. مورد بعدی این‌که ببینید توی جامعه ما کلاً مردم اغلب به دنبال این هستن که دیگران رو زیر پای خودشون له کنن خصوصاً دیگرانی رو که فکر می‌کنند از خودشون موفق‌تر هستن، ذهن مردم جامعه

ما متأسفانه خیلی پارانوئید هست" (مشارکت‌کننده ۶). همچنین عدم نظم‌بخشی به هیجان شرم در شخص مانع از بازیابی خود می‌شود. از جمله بازنمودهای احساس شرم اجتناب از موقعیت است: "من تونستم درکش کنم تونستم حرفایی که پشت سرم زده بود رو درک کنم فهمیدم. اینا رو همه فهمیدم ولی برام سخت شد بعد از اون ماجرا دیگه تونستم ببینمش، جاهایی که اون هم قراره بیاد من حاضر نمی‌شم. نمی‌تونم ببینمش. به حس خیلی بدی هنوز دارم" (مشارکت‌کننده ۳).

• بحث

این پژوهش با هدف فهم تجربه خودبخشی دانشجویان انجام شد. مسئله پژوهش این بود که در میان دانشجویان ایرانی چگونه و به چه شکلی خودبخشی تجربه می‌شود؟ یافته‌ها نشان داد در میان اکثر مشارکت‌کنندگان (۴ روایت از میان ۶ روایت) تجربه خودبخشی از نوع نگهدارنده بود.

خودبخشی اصیل به عنوان پاسخی سازگارانه همراه با تلویحات فردی و بین فردی به دو شکل نگهدارنده یا تبدیلی توسط افراد تجربه می‌شود. استفاده از واژه‌هایی مثل فراغ بال، ریکآوری، موقعیتی بدون فکر، تقویت جسمی و ذهنی و حال خوب در روایت شرکت‌کنندگان پژوهش به فرایند خودبخشی ماهیتی نگهدارنده می‌دهد، به این صورت که گویی فرد در تلاش است تا وضع موجود را به حالت قبل از رخ دادن خطا بازگردانده و آن را حفظ کند. فرایند خودبخشی نگهدارنده از ساختاری مشابه داستان و روایت برخوردار است. به این صورت که در آن شاهد سازمان‌دهی خطی رخدادها هستیم. از دیگر مولفه‌های شناسایی شده در روایت خودبخشی نگهدارنده، تدریجی و خطی بودن تجربه خودبخشی در طول زمان است که بیانگر فرایندی بودن خودبخشی نگهدارنده است. فرایند خودبخشی نگهدارنده هم زمان در دو سطح عاطفی-شفقت به خود و رهایی از هیجانات منفی شرم و گناه و سطح شناختی تأمل بر خطا و آنچه نقض شده و تلاش برای تغییر در آینده رخ می‌دهد (فیشر و اکسلاین، ۲۰۱۰). در این پژوهش شبه خودبخشی حاصل عدم توفیق فرد در نظم‌بخشی به احساس شرم و در نتیجه اختلال در پردازش شناختی خطا بود. احساس شرم ماهیتی خودمحورانه دارد، به این صورت که در تجربه احساس شرم خود مرکز ارزیابی منفی و اسناددهی ناسازگارانه قرار دارد (وودیات و ونزل، ۲۰۱۳؛ ولف، کوهن، پانتر و اینسکو، ۲۰۱۰؛ لی، ۲۰۲۰؛ بم، استرلان، پروو، ۲۰۲۱)، و دقیقاً به همین خاطر در روایت شبه خودبخشی این پژوهش فرد به صورت ناسازگارانه‌ای به درون خود عقب‌نشینی کرده و بی‌اعتنا به آنچه در بیرون از خود و در ذهنیت دیگری رخ می‌دهد، باورها و ذهنیت و افکار خود را واقعیت‌هایی مطلق پنداشته و در تلاش است تا با مکانیزهای دفاعی از خودی که آسیب دیده دفاع کند. در مجموع همان‌طور که پیش‌تر در ادبیات خودبخشی اشاره شد (فیشر و اکسلاین، ۲۰۱۰) شبه خودبخشی نوعی از تجربه خودبخشی غیراصیل است که در آن فرد به اشتباه تصور می‌کند که خود را بخشیده است، در حالی که نتایج این پژوهش نیز نشان داد در این حالت عدم پردازش و نظم‌بخشی به هیجانات خودآگاه شرم و گناه مانع از تجربه اصیل خودبخشی گشته و صرفاً فرد با استفاده از مکانیزهای دفاعی از خودی که دچار خطای اخلاقی شده و آسیب دیده دفاع می‌کند. با این حال همان‌طور که در روایت خودبخشی اصیل مشاهده شد چنانچه فرد در تلاش برای نظم‌بخشی به هیجان شرم و در نتیجه بازیابی خود باشد، امکان رهایی از احساس شرم وجود دارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که رهایی از شرم از طریق مصالحه با خود و رفتارهای خودمراقبتی برای جبران ارزشمندی که مورد تهدید واقع شده است، امکان‌پذیر است. علاوه بر این در میان برخی روایت‌ها و هم راستا با مبانی نظری پژوهش جای‌گزینی احساس شرم با احساس گناه به عنوان شکل دیگری از نظم‌بخشی به احساس شرم تشخیص داده شد. به این صورت که باور به ماهیت خطاپذیری خود به عنوان یک انسان (اسناد سازگارانه در احساس گناه) جایگزین قضاوت کلی و تغییرناپذیر درباره خود (اسناد ناسازگارانه در احساس شرم) گشته و فرد از احساس شرم رهایی می‌یابد (فیشر و اکسلاین، ۲۰۱۰؛ لی، ۲۰۲۰؛ بم، استرلان، پروو، ۲۰۲۱).

علاوه بر تمام موارد فوق هم راستا با ادبیات پژوهش تحلیل روایت خودبخشی نگهدارنده نشان داد که متغیرهای بافتی مثل مذهب و الگوی اجتماعی فردگرایی-جمع‌گرایی به صورت ضمنی در این فرایند حضور داشته و بر آن تأثیر می‌گذارد (بیتتر، ۲۰۰۷). در این صورت به لحاظ شناختی و عاطفی بازیابی خود با سهولت بیشتری صورت می‌گیرد. لازم به ذکر است که این مطلب ماهیت خطی، تدریجی و زمان‌بر فرایند خودبخشی نگهدارنده را تغییر نداد و صرفاً فرایند خودبخشی نگهدارنده را سرعت بخشیده است. در

این باره هوک، ورسینگتون و آتسی (۲۰۰۹) بر این باورند که در فرایند خودبخشی جمع‌گرا با بازیابی یک خود هم وابسته روبه‌رو هستیم، خودی که بر پایه ارتباط‌های نزدیک تعریف می‌شود. آسیب به این نوع از ساختار خود، آسیب به یک نفر نبوده و برای بازیابی و ترمیم آن تمام ارتباط‌های ادغام شده در این ساختار مدنظر قرار می‌گیرد. همچنین در فرهنگ جمع‌گرا اگر چه بخشش خود مشروط بر عدم وقوع مجدد خطا بوده و یک تصمیم شخصی است اما در خدمت حذف تنش و بازیابی هماهنگی بین افراد است. بنابراین تجربه خودبخشی در فرهنگ جمع‌گرا ابتدا یک تصمیم است و در نهایت تجربه یک نوع عاطفه مثبت. در این حالت ممکن است پس از تصمیم به خودبخشی فرد همچنان عاطفه مثبت نسبت به خود را تجربه نکرده باشد و یا مدت‌ها بعد آن را تجربه کند (سندیچ، هیل و ونگ، ۲۰۰۳؛ هوک، ورسینگتون و آتسی، ۲۰۰۹؛ حسنی راد؛ خدایاری فرد؛ حجازی، ۱۳۹۹).

بر اساس یافته‌های پژوهش در میان افرادی که به‌طور ویژه مذهب بر زندگی‌شان نفوذ دارد، مذهب در شیوه ارزیابی خطاها به گونه‌ای که منجر به اسناددهی سازگارانه‌تر شود اثرگذار بوده و با فراهم نمودن روش‌های ممتحن و قابل اعتماد مثل دعا کردن و شرکت در مراسم مذهبی خودتنظیمی را در فرایند خودبخشی ارتقا می‌دهد (ورسینگتون و همکاران، ۲۰۱۰). در حالی که معنویت به معنای باور و اعتقاد به وجود امر مقدس و تکریم و احترام به آن است، مذهب در عین حال که مرتبط با معنویت است تا اندازه‌ای از آن متمایز است. به این صورت که مذهب به عنوان جستجوی امر مقدس در یک سنت و جامعه که در آن نوعی توافق کلی در مورد آنچه باور و عمل می‌شود وجود دارد، تعریف می‌شود (داویس، هوک و ورتینگتون، ۲۰۰۸؛ هیل و همکاران، ۲۰۰۰؛ سپهوند، ۱۳۹۸؛ عبدخدایی، شهیدی، مظاهری، پناغی، نجاتی، ۱۳۹۷). در روایت این افراد بیان شده است که در تجربه خودبخشی درست همانند سایر تجارب و اتفاقات نه تنها حضور خداوند را حس کرده‌اند، بلکه برای راهنمایی و کمک و طلب بخشش به خداوند مراجعه کرده و در نهایت با باور به این که خداوند آدمی را می‌بخشد، ترغیب شده‌اند تا مثل او رفتار کرده و خود را ببخشند (فینچم و می، ۲۰۲۱).

• نتیجه‌گیری

تحلیل روایت خودبخشی تبدیلی نشان داد که در این حالت خودبخشی معادل احساس ارزشمندی، نفوق و برتری تجربه می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهش این نوع از خودبخشی به تعاریف فلاسفه از خودبخشی بسیار نزدیک است (دیلن، ۲۰۰۱). طی این تجربه فرد از احساس سرزنش نسبت به خودی که دچار خطا گردیده رهایی می‌یابد و قادر است تا به عنوان یک فاعل اخلاقی به زندگی خود ادامه دهد. با این حال بر اساس یافته‌های پژوهش به‌نظر می‌رسد ادراک خودبخشی تبدیلی همانند خودبخشی نگهدارنده صرفاً در قالب رهایی از احساسات منفی نسبت به خود، کافی نیست و هم‌زمان در دو سطح عاطفی و شناختی تجربه می‌شود. به این صورت که در تجربه خودبخشی تبدیلی هم‌زمان با رهایی از احساسات منفی نسبت به خود، به لحاظ شناختی دستگاه تفکر نیز دستخوش تغییرات جدی می‌شود. با این حال بر خلاف پردازش صریح و خودآگاه خودبخشی نگهدارنده، در خودبخشی تبدیلی پردازش ضمنی بوده و شامل نوع خاصی از توضیحات هستی‌شناسانه، فلسفی، مذهبی یا معنوی درباره خود، دیگری و جهان است. از همین رو خودبخشی تبدیلی فوری، آتی و بلافاصله بوده و خارج از پارامترهای زمان و مکان رخ می‌دهد (تپینگ، ۲۰۱۱). همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش مشخص شد که طی تجربه خودبخشی تبدیلی علاوه بر بخشش خود، هر نوع بخشش دیگر (بخشش موقعیت‌ها و بخشش بین‌فردی) نیز به صورت ضمنی و استنتاجی صورت می‌گیرد. در صورت تجربه خودبخشی تبدیلی، با دسترسی ضمنی به توضیحات هستی‌شناسانه، فلسفی، مذهبی یا معنوی که خودبخشی تبدیلی بر آنها استوار گشته، به‌طور خاص در مواجهه با موقعیت‌های جدید تعارض‌درونی بین نیاز به محکومیت و تمایل به بخشش احساس نمی‌شود، گویی در نظر فرد هیچ خطایی رخ نداده و چیزی برای بخشش وجود ندارد. از همین روست که خودبخشی تبدیلی را غیر موقعیتی می‌خوانند (تپینگ، ۲۰۱۱). به‌صورتی که پس از تجربه این نوع از خودبخشی فرد برای همیشه از موضوع قربانی خارج شده و در نظرش دیگر قربانی و متخلفی وجود ندارد، بلکه تنها مربی و شاگرد وجود دارد. از جمله نتایج حاصل از این پژوهش سنجش تجربی و علمی ماهیت خودبخشی تبدیلی در قالب تحقیق کیفی بود. با توجه به کمبود مطالعات تجربی و توضیحات علمی در خصوص تبیین خودبخشی تبدیلی، به‌نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های بیشتر به فهم عمیق‌تر این سازه کمک خواهد کرد. پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به جزئیات بیشتر در خصوص ماهیت خودبخشی تبدیلی پژوهش‌های آتی خودبخشی تبدیلی را با تمرکز بر ظرفیت‌های مختلف تحولی، روان‌شناختی و محیطی به‌صورت عملیاتی مورد مطالعه قرار دهند.

- حسنی راد، مرجان؛ خدایاری فرد، محمد؛ حجازی، الهه. (۱۳۹۹). طبقه‌بندی توانمندی‌های منش و فضائل با تأکید بر فرهنگ. *مجله روانشناسی*، ۲۴(۴). ۳۷۱-۳۹۴.
- سپهوند، تورج. (۱۳۹۸). نقش معنویت محیط کاری و تاب‌آوری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی کارکنان. *مجله روانشناسی*، ۲۳(۳). ۳۲۰-۳۳۴.
- عبدخدایی، زهرا؛ شهیدی، شهریار؛ مظاهری، محمدعلی؛ پناغی، لیلی؛ نجاتی، وحید. (۱۳۹۷). الگوی معنوی / مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (MS): مطالعه کیفی. *مجله روانشناسی*، ۲۲(۳). ۲۸۷-۳۰۷.
- Beiter, J. (2007). Self-forgiveness: A narrative phenomenological study.
- Bem, J. R., Strelan, P., & Proeve, M. (2021). Roads less travelled to self-forgiveness: Can psychological flexibility overcome chronic guilt/shame to achieve genuine self-forgiveness? *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 203-211.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (Eds.). (2019). *The SAGE handbook of current developments in grounded theory*. Sage.
- Cornish, M. A., & Wade, N. G. (2015). A therapeutic model of self-forgiveness with intervention strategies for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 96-104.
- Davis, D. E., Hook, J. N., & Worthington Jr, E. L. (2008). Relational spirituality and forgiveness: The roles of attachment to God, religious coping, and viewing the transgression as a desecration. *Journal of Psychology & Christianity*, 27(4).
- Dillon, R. S. (2001). Self-forgiveness and self-respect. *Ethics*, 112(1), 53-83.
- Fincham, F. D., & May, R. W. (2021). No type of forgiveness is an island: divine forgiveness, self-forgiveness and interpersonal forgiveness. *The Journal of Positive Psychology*, 1-8.
- Fisher, M. L., & Exline, J. J. (2010). Moving toward self-forgiveness: Removing barriers related to shame, guilt, and regret. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(8), 548-558.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, J. M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the theory of social behaviour*, 30(1), 51-77.
- Hiles, D., & Cermák, I. (2008). Narrative psychology. *The Sage handbook of qualitative research in psychology*, 147-164.
- Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., & Utsey, S. O. (2009). Collectivism, forgiveness, and social harmony. *The Counseling Psychologist*, 37(6), 821-847.
- Holmgren, M. R. (1998). Self-forgiveness and responsible moral agency. *The Journal of Value Inquiry*, 32(1), 75-91.
- Griffin, B. J., Moloney, J. M., Green, J. D., Worthington, Jr, E. L., Cork, B., Tangney, J. P., & Hook, J. N. (2016). Perpetrators' reactions to perceived interpersonal wrongdoing: The associations of guilt and shame with forgiving, punishing, and excusing oneself. *Self and Identity*, 15(6), 650-661.
- Le, V. (2020). Self-Forgiveness: Attending to Shame and Guilt Through Psychological Flexibility.
- Long, W. J. (2017). A Philosophical Exploration of Radical Forgiveness. *Journal of Bhutan Studies* Vol 36 (Summer), 99-119-30.
- Mills, J. K. (1995). On self-forgiveness and moral self-representation. *Journal of value inquiry*, 29(3), 405-406.
- Sandage, S. J., Hill, P. C., & Vang, H. C. (2003). Toward a multicultural positive psychology: Indigenous forgiveness and Hmong culture. *The Counseling Psychologist*, 31, 564-592.
- Snow, N. E. (1993). Self-forgiveness. *The Journal of Value Inquiry*, 27(1), 75-80.
- Tipping, C. (2011). *Radical self-forgiveness: The direct path to true self-acceptance*. Sounds True.
- Testoni, I., Francescon, E., De Leo, D., Santini, A., & Zamperini, A. (2019). Forgiveness and blame among suicide survivors: a qualitative analysis on reports of 4-year self-help-group meetings. *Community mental health journal*, 55(2), 360-368.
- Wolf, S. T., Cohen, T. R., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2010). Shame proneness and guilt proneness: Toward the further understanding of reactions to public and private transgressions. *Self and Identity*, 9(4), 337-362.
- Woodyatt, L., Wenzel, M., & Ferber, M. (2017). Two pathways to self-forgiveness: A hedonic path via self-compassion and eudaimonic path via the reaffirmation of violated values. *British Journal of Social Psychology*, 56(3), 515-536.
- Worthington, E. L., Greer, C. L., Hook, J. N., Davis, D. E., Gartner, A. L., Jennings, D. J., & Toussaint, L. (2010). Forgiveness and spirituality in organizational life: Theory, status of research, and new ideas for discovery. *Journal of management, spirituality & religion*, 7(2), 119-134.

مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار مربوط به افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال خوردن و افراد سالم

Comparing the Implicit and Explicit Associations of Depression, Anxiety and Food Attitudes in People with Eating Disorders and Healthy People

Susan Alizadehfard, PhD 

Maryam Zalizadeh, MSc

Ahmad Alipour, PhD

سوسن علیزاده فرد^۱

مریم زالی زاده^۲

احمد علیپور^۲

Abstract

Eating disorder is a complex psychiatric illness that is chronic and debilitating. In recent decades, the cognitive model of eating disorders has been at the forefront of theorizing, research, and treatment. New research uses two distinct theoretical models for explicit and implicit information processing and evaluation. The aim of the present study was to compare the implicit and explicit associations of depression, anxiety and food attitudes in people with eating disorders and healthy people. The method of study is descriptive and correlational. The statistical population includes people with eating disorders in Tehran who have referred to medical and counseling centers in the first six months of 1399. The sampling method was cluster accessible and purposeful. The sample size was 300 people who were examined with SCL-90 questionnaires, Ahvaz Eating Disorder Inventory (Sharififard, 1998), Food Attitude Scale (Teachman et al., 2003) and computer-based task of implicit association test (Greenwald et al., 1998). Data were analyzed by using analysis of variance, which showed there is a significant difference between people with eating disorders and healthy people in explicit and implicit association of depression, in implicit association of anxiety, and in explicit association of eating attitudes. The results of regression analysis also showed that only explicit and implicit association of depression, and implicit association of anxiety can significantly predict eating disorder. These results confirm the role of implicit and explicit associations in the clinical field; and helps to better understand eating disorder, to be considered in the development of educational programs and psychological interventions.

Keywords: Eating Disorder, Anxiety, Depression, Food Attitude, Implicit Associations, Explicit Associations.

چکیده

اختلال خوردن یک بیماری پیچیده روانپزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است. در دهه‌های اخیر، مدل شناختی اختلال‌های خوردن پیش‌تاز نظریه‌پردازی، تحقیق و درمان بوده است. در تحقیقات جدید دو مدل نظری متمایز برای پردازش و ارزیابی‌های آشکار و ضمنی اطلاعات استفاده می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار مربوط به افسردگی، اضطراب و نگرش به غذا در افراد مبتلا به اختلال خوردن و افراد سالم بود. روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال خوردن شهر تهران بود که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ به مراکز درمانی و مشاوره مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه در دسترس و هدفمند انجام شد. حجم نمونه ۳۰۰ نفر بود که با پرسشنامه‌های SCL-90، سیاه اختلال خوردن اهواز (شریفی فرد، ۱۳۷۷)، مقیاس نگرش به غذا (تیچمن و همکاران، ۲۰۰۳) و تکلیف مبتنی بر رایانه آزمون تداعی ضمنی (گرینوالد و همکاران، ۱۹۹۸) آزمون شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحلیل نشان داد که در تداعی آشکار و ضمنی افسردگی، در تداعی ضمنی اضطراب و در تداعی آشکار نگرش به تغذیه بین افراد مبتلا به اختلال خوردن و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نیز مشخص کرد که تنها تداعی و ضمنی آشکار افسردگی و تداعی ضمنی اضطراب می‌توانند به شکل معنادار اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این نتایج تأیید کننده نقش تداعی‌های ضمنی و آشکار در عرصه بالینی است؛ همچنین در شناخت بهتر اختلال خوردن کمک می‌کند تا در تدوین برنامه‌های آموزشی و مداخله‌های روانشناختی مورد ملاحظه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال خوردن، اضطراب، افسردگی، نگرش به تغذیه، تداعی ضمنی، تداعی آشکار

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۶/۷ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

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

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

● مقدمه

اختلال خوردن (eating disorder) یک بیماری پیچیده روانپزشکی است که اغلب مزمن و ناتوان کننده است. مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) مهمترین نشانگان این اختلال داشتن عادت‌های ناهنجار خوردن است که بر سلامت فیزیکی و روانی فرد تاثیر منفی می‌گذارد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ویراست پنجم، ۲۰۱۳). بر همین اساس دو نوع اصلی این اختلال شامل بی‌اشتهایی روانی (anorexia) و پراشتهایی روانی (bulimia) است. پژوهش‌هایی که در ایران صورت گرفته نشان می‌دهد که شیوع بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی در دانش‌آموزان دختر به ترتیب ۹/۰ و ۲/۳ درصد است (عزیززاده فروزی، محمدعلیزاده، حقدوست، گروسی، شمس‌الدین سعید، ۱۳۸۸).

در بحث سبب شناسی اختلال خوردن عوامل متعددی مانند عوامل زیستی، فرهنگی- اجتماعی، اختلال‌های شخصیت و طرحواره‌ها و باورهای هسته‌ای مطرح شده است (الوارنجا، کوریتار، پیسولارو، مانسینی، کورداس، اسکاگلیوسی، ۲۰۱۴). پژوهش‌های بسیاری نیز به نقش متغیرها و اختلال‌های روانشناختی با اختلال خوردن پرداخته‌اند. اگرچه میزان و نوع شرایط خاص روانپزشکی همراه در مطالعات مختلف به‌طور قابل توجهی متفاوت است (سانتاروسا، وودراف، ۲۰۱۷؛ خدیرزاع، نرگسی، زندگی، مخبری، ۱۴۰۱)، اما شواهد نشان می‌دهند که اختلال‌های خلقی و اضطرابی شایع‌ترین بیماری‌های روانپزشکی در میان بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن است (خیرآبادی، جاجرمی، بخشی پور، ۱۴۰۰). روابط افسردگی و اضطراب با علائم اختلال خوردن، نه تنها به‌صورت همزمان، بلکه حتی پس از بهبودی نیز وجود دارد (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰؛ سرشار، زینالی، ۱۴۰۰).

در دهه‌های اخیر مدل شناختی اختلال‌های خوردن پیشنهاد نظریه‌پردازی، تحقیق و درمان بوده است (وارتانیان، پولیوی، هرمان، ۲۰۰۴). تمرکز این مدل بر شناخت‌هایی است که بر احساسات و رفتار فرد تأثیر می‌گذارند و با تشکیل یک ساختار سازمانی، پردازش اطلاعات را هدایت می‌کنند. این شناخت‌ها ممکن است شامل افکار غیر منطقی مربوط به غذا خوردن، وزن، شکل بدن و همچنین معنای مرتبط با لاغر بودن (مانند کنترل خود، زیبایی) باشد که احتمالاً نتیجه یادگیری‌های فرد هستند (گریلو، وایت، ماشب، ۲۰۱۲). علاوه بر این احتمالاً افراد مبتلا، باورهای اصلی (یا طرحواره‌های) بیشتری در رابطه با افسردگی و اضطراب مانند ترک، نقص / شرم و انزوای اجتماعی را دارا هستند (براهارت، رادولف، هیلبرت، ۲۰۱۴).

محققان تلاش کرده‌اند تا ساز و کار پردازش‌هایی که این افکار را ایجاد و حفظ می‌کنند را روشن سازند. عمده این تلاش بر سه حوزه متمرکز شده است. ابتدا توجه انتخابی نسبت به مواد غذایی و محرک‌های خوردن مورد بررسی قرار گرفت (کوری، بربریان، اسکارپاتو، کرگانی، سانتوس، کلادینو، ۲۰۲۰). حوزه دوم شامل سوگیری حافظه، قضاوت و همچنین تحریف‌های ادراکی بود (کورن، دایتل، هارتمن، ۲۰۱۹). سومین حوزه نیز که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان در بسیاری از زمینه‌های روانشناسی قرار گرفته است بر شناخت‌های ضمنی و فرایندهای شناختی ضمنی به‌عنوان ابزاری برای درک افکار، نگرش‌ها و رفتارهای مردم تمرکز دارد. شناخت‌های ضمنی افکاری هستند که به‌طور خودکار رخ می‌دهند و تحت کنترل آگاهانه نیستند. اندروود و برایت (۱۹۹۶) معتقدند ویژگی تعیین‌کننده افکار و پردازش‌های خودکار این است که آنها تحت کنترل آگاهانه نیستند، بنابراین شناخت‌های ضمنی تحت تأثیر عوامل بیرونی یا سایر سوگیری‌ها قرار نمی‌گیرند. در واقع، افراد نسبت به شناخت ضمنی خود فاقد بینش بوده و نمی‌توانند پاسخ‌های خود را کنترل و فیلتر نمایند (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰؛ پاسالاکیس، شولزن، سامر، کوهن، ۲۰۲۰).

تحقیقات جدید از هر دو مدل نظری شامل دو نظام متمایز پردازش اطلاعات آشکار و ضمنی و ارزیابی‌های آشکار (explicit) و ضمنی (implicit) استفاده می‌کنند (وارتانیان، پولیوی، هرمان، ۲۰۰۴؛ پاسالاکیس، شولزن، سامر، کوهن، ۲۰۲۰). اما نتایج بررسی این دو نظام در بسیاری از موارد همسو با یکدیگر نیست (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰). برای مثال در یک مطالعه جالب، متغیرهای آشکار و ضمنی مربوط به عزت نفس را با هم مورد مقایسه قرار دادند و مشخص شد افرادی که عزت نفس ضمنی و آشکار آنها هر دو بالا است، از عزت نفس واقعی بالایی برخوردارند؛ در حالی که عزت نفس ضمنی پایین اما آشکار بالا، نشان‌دهنده دفاع یا عزت نفس دفاعی است (جوردن، اسپنسر، زانا، ۲۰۰۳).

در همین راستا پژوهش حاضر نیز در نظر دارد تا به مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار افسردگی و اضطراب در اختلال خوردن

پرداخته و مشخص نماید که کدام جنبه می‌تواند به شکل بهتر و مناسب‌تری اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید. این هدف علاوه بر توسعه بینش تجربی در مرزهای دانش، به طراحی مداخلات موثر برای اختلال‌های خوردن نیز کمک می‌نماید.

• روش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال خوردن شهر تهران بودند که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ به مراکز درمانی و مشاوره (مرکز تحقیقات و کلینیک کاهش وزن بیمارستان سینا، کلینیک درمان چاقی بیمارستان طالقانی، مرکز تحقیقات چاقی و عادات غذایی بیمارستان شریعتی) مراجعه کرده بودند. از آنجا که در چنین پژوهش‌هایی تعداد ۱۰۰ نفر نمونه در هر گروه کافی است (فراهانی، عریضی، ۱۳۸۸)؛ گروه نمونه نیز مشتمل بر ۳۰۰ نفر در سه گروه مبتلا به پراشتهایی روانی، کم‌اشتهایی روانی و افراد غیر مبتلا با نمونه‌گیری خوشه در دسترس و مبتنی بر هدف از همین جامعه انتخاب شدند. معیارهای ورود نمونه عبارت بود افراد از سن ۲۰ تا ۵۰ سال، تشخیص ابتلا به اختلال خوردن (کم‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی) توسط پزشک و روانپزشک مرکز درمانی برای افراد گروه نمونه دارای اختلال خوردن، تشخیص عدم ابتلا به اختلال خوردن (افراد گروه غیر مبتلا) بر اساس سیاهه اختلال خوردن اهواز، عدم ابتلا به اختلال‌های شناختی و هوشی، عدم ابتلا به اختلال‌های شدید روان‌شناختی و امضای رضایت‌نامه کتبی توسط آزمودنی‌ها بود.

• ابزارها

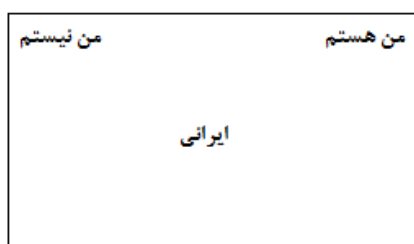
۱) **سیاهه اختلال خوردن اهواز (Ahwaz Eating Disorder Inventory) AEDI**: جهت شناسایی افراد غیر مبتلا و گروه‌بندی افراد نمونه، از سیاهه اختلال خوردن اهواز استفاده شد. این مقیاس توسط شریفی فرد در سال ۱۳۷۶ با تحلیل عوامل پرسشنامه عادات غذا خوردن کوکر و راجر (۱۹۹۰) ساخته شده است (شریفی فرد، نجاریان، شکرکن، ۱۳۷۶). این مقیاس دارای ۳۱ ماده است که به‌صورت درست و نادرست نمره‌گذاری می‌گردد. این مقیاس دو عامل را می‌سنجد، بخش اول بی‌اشتهایی روانی را با ۲۲ ماده و بخش دوم پراشتهایی روانی را با ۹ ماده می‌سنجد. سازندگان میزان اعتبار را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰، بخش اول ۰/۶۸ و بخش دوم ۰/۵۵ محاسبه کردند. همچنین ضرایب بازآزمایی بعد از یک ماه برای کل مقیاس ۰/۸۶، بخش اول ۰/۸۴ و بخش دوم ۰/۸۰ به‌دست آمد (شریفی فرد، نجاریان، شکرکن، ۱۳۷۶).

۲) **فهرست نشانه‌های بالینی SCL-90 (Symptom Checklist-90)**: برای سنجش اضطراب و افسردگی یا به عبارتی برای محاسبه تداعی‌های آشکار اضطراب و پرخاشگری از فهرست علائم بالینی SCL-90 استفاده شد. این فهرست توسط دراگوتیس (۱۹۸۷) ساخته شد و شامل ۹۰ ماده در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای صفر (اصلاً) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود (دراگوتیس، ۱۹۸۷). این فهرست دارای ۹ زیرمقیاس است که در پژوهش حاضر، فقط سوالات مرتبط با اختلال افسردگی و اضطراب مورد استفاده قرار گرفت (اضطراب ۱۰ ماده و افسردگی ۱۳ ماده). سازندگان فهرست اعتبار درونی مناسبی را برای آن گزارش کرده و همسانی درونی زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ محاسبه نمودند. در ایران نیز مدبرنیا، شجاعی و فلاحی (۱۳۸۹) این فهرست را با مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۵؛ ضریب بازآزمایی ۰/۹۳؛ و همبستگی درونی حدود ۰/۶۰ برای کاربرد در جامعه ایران مناسب دانستند. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ به‌دست آمد.

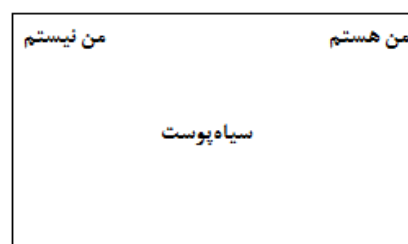
۳) **مقیاس نگرش به غذا (Food Attitude Scale)**: برای بررسی نگرش افراد به غذا یا تداعی آشکار آنها نسبت به غذا از مقیاس نگرش به غذا تیچمن و همکارانش (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس دارای ۵ سوال است که هر سوال با بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. پاسخ بلی دارای یک نمره بوده و نمره آزمودنی در این آزمون بین صفر تا ۵ خواهد بود. کسب نمره بالاتر، نشان‌دهنده نگرش منفی‌تر به غذا است. در این مقیاس از فرد سوال می‌شود که مصرف غذا را تا چه حد خجالت‌آور، ناپسند و نادرست می‌داند. سازندگان آزمون مقدار آلفای ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۶ را برای آن گزارش کرده و همبستگی آن را نتایج آزمون اختلال خوردن EAT-26 بالا و قابل قبول دانسته‌اند (تیچمن، گاپینسکی، برونوول، راولینز، جی‌ارام، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمد و همبستگی آن با آزمون اختلال خوردن اهواز ۰/۸۷ محاسبه شد که مقدار مناسبی است.

۴) **آزمون تداعی ضمنی (Implicit Association Test) IAT**: برای سنجش اضطراب و افسردگی ضمنی از آزمون تداعی ضمنی استفاده شد. این ابزار یک آزمون مبتنی بر رایانه است و بر اساس آزمون تداعی ضمنی گرینوالد و همکاران (۲۰۰۹) طراحی شده و یک تکلیف طبقه‌بندی واژگان در دسته‌های مشخص است که زمان واکنش آزمودنی ثبت می‌گردد. فرض این آزمون بر آن است که حضور هم‌زمان کلماتی که به طبقات مختلف تعلق دارند، موجب تداعی ضمنی مفاهیم یکی بر دیگری خواهد شد. برای این منظور عموماً یکی از این طبقات مربوط به مفاهیم شخصی مربوط به من و هویت فردی است. برای مثال مفاهیمی مانند نژاد، ملیت، تحصیلات، یا شغل که افراد هویت خود را وابسته به آنها می‌دانند. گروه دیگر مربوط به طبقه‌ای است که محقق قصد بررسی آن را دارد (که معمولاً یک مفهوم هیجانی است). در پژوهش حاضر این طبقه مربوط به افسردگی و اضطراب بود. همان‌طور که اشاره شد اساس این آزمون بر این فرض استوار است که قضاوت درباره طبقه هیجانی (مانند افسردگی یا اضطراب) تحت تأثیر تداعی ضمنی و غیر آشکار طبقه هویت فردی که حضور دارد قرار گرفته و زمان واکنش آن کوتاه‌تر خواهد شد؛ به عبارت دیگر فرد آن هیجان مورد نظر را در ارتباط با خود مورد قضاوت قرار می‌دهد (گرینوالد، پولمن، اولمان، باناجی، ۲۰۰۹). در این آزمون چند دسته از واژگان بر صفحه رایانه نمایش داده می‌شوند. قبل از نمایش کلمات دستورالعملی داده می‌شود تا بر اساس خصوصیات دوگانه هر واژه و متناسب با الگوی ارائه شده، آزمودنی دکمه L در سمت راست صفحه کلید، یا دکمه D در سمت چپ را فشار دهد.

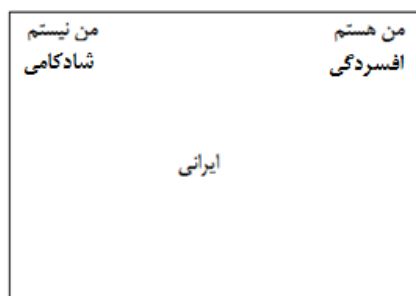
دسته اول ۸ واژه است که در دسته خصوصیات دوگانه "من هستم یا من نیستم" طبقه‌بندی می‌شود. برخی از این کلمات مانند ایرانی (با ارزش اول من هستم) یا سیاه‌پوست (با ارزش دوم من نیستم) مرتبط بود. هر واژه ۲ بار (بدون تکرار پشت هم) ارائه شده و تا زمان فشار دادن دکمه صحیح بر صفحه نمایش باقی می‌ماند.



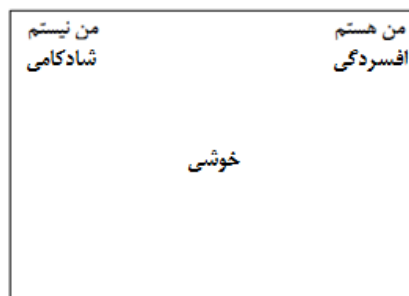
پاسخ صحیح: دکمه سمت راست یعنی L



پاسخ صحیح: دکمه سمت چپ یعنی D



پاسخ صحیح: دکمه سمت راست یعنی L



پاسخ صحیح: دکمه سمت چپ یعنی D

سپس دسته دوم ۸ واژه، با ارزش دوگانه افسردگی / شادکامی ارائه گردید. برخی از این کلمات مانند ناراحتی، دلمردگی (با ارزش اول افسردگی) یا خوشی، شادی (با ارزش دوم شادکامی) بود. در مرحله سوم، ۸ واژه دسته اول و ۸ واژه دسته دوم با یکدیگر ترکیب شده و از آزمودنی درخواست می‌شد تا هر چه سریعتر، بنابر الگوی ترکیبی بالای صفحه نمایش، دکمه راست یا چپ را فشار دهد.

الگوی کلمات بالای صفحه در چهار حالت مختلف ارائه شد که در هر نوبت همه ۱۶ واژه، هر کدام ۲ بار (بدون تکرار پشت هم) ارائه شده و تا زمان فشار دادن دکمه صحیح بر صفحه نمایش باقی می‌ماند. زمان واکنش آزمودنی در هر یک از این مراحل و برای هر پاسخ ثبت به عنوان شاخص پاسخ ضمنی به متغیر افسردگی در نظر گرفته شد. همین مراحل برای متغیر اضطراب (با ارزش دوگانه آرامش / اضطراب) نیز اجرا گردید. برای حفظ تعادل و عدم سوگیری جانبی (counter balance)، همه این مراحل در دو جهت مخالف راست و چپ انجام شد.

برای اجرای این پژوهش ابتدا افراد گروه نمونه مبتلا بر اساس پرونده پزشکی و معیارهای ورود؛ و سپس افراد گروه غیر مبتلا از خانواده‌های آنان و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. در ادامه توضیحات لازم برای همه افراد ارائه شده و رضایت‌نامه شرکت در این پژوهش امضا گردید. سپس همه افراد برای گروه‌بندی به پرسشنامه اختلال خوردن اهواز پاسخ دادند. بر اساس نتایج این آزمون افراد در سه گروه پراشتهایی روانی، بی‌اشتهایی روانی و سالم (غیر مبتلا) تقسیم شدند. سپس هر سه گروه به زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب SCL-90 و نگرش به غذا به‌عنوان آزمون‌های بررسی تداعی آشکار پاسخ دادند. در ادامه آزمون تداعی ضمنی برای شرکت‌کنندگان به‌عنوان آزمون بررسی تداعی ضمنی اجرا شد. در نهایت نتایج حاصل از تداعی آشکار (آزمون‌های کتبی) و تداعی ضمنی افراد سه گروه به شیوه تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون و توسط نرم‌افزار SPSS-24 مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرار گرفت.

• یافته‌ها

ابتدا به بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از گروه نمونه پرداخته شد. میانگین سن سه گروه سالم، کم‌اشتهایی و پراشتهایی روانی به ترتیب ۳۵/۲۰، ۳۳/۹۰ و ۳۳/۳۱ بود که تفاوت معناداری بین سه گروه دیده نشد ($F=0/217$, $sig=0/806$). همچنین از نظر جنس نیز تفاوت معناداری بین سه گروه وجود نداشت ($\chi^2=2710$, $sig=0/873$).

در ادامه نمرات اختلال خوردن در سه گروه سالم، کم‌اشتهایی و پراشتهایی روانی نیز بررسی شد که نتایج آن در جدول ۱ درج شده است. بر اساس نتایج جدول ۱ و آزمون تعقیبی توکی مشخص شد که نمرات اختلال خوردن در سه گروه دارای تفاوت معناداری است، که نشان می‌دهد تقسیم افراد در سه گروه به درستی انجام شده است.

در مرحله بعد جهت بررسی فرضیات پژوهش ابتدا نمرات برآمده از آزمون تداعی آشکار مربوط به سایر متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدول ۲ آمده است. همانگونه که از جدول ۲ مشخص است نمره افسردگی در گروه سالم کمتر از نقطه برش و در دو گروه دارای کم‌اشتهایی و پراشتهایی روانی، بیش از نقطه برش آزمون یعنی مقدار ۱ است. در ضمن نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز نشان می‌دهد که در متغیر اضطراب تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد، اما در متغیرهای افسردگی و نگرش به غذا بین سه گروه تفاوت معناداری است. جهت بررسی این تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره اختلال خوردن آزمودنی‌ها در دو گروه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معناداری
۱ افراد سالم	۱۰۰	۲/۷۰	۰/۶۷		
۲ کم‌اشتهایی روانی	۱۰۰	۱۷/۵۱	۱/۸۴	۳۷۲/۹۹	۰/۰۰۰۱
۳ پراشتهایی روانی	۱۰۰	۶/۱۰	۰/۹۹		

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات تداعی آشکار متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر	سالم	کم‌اشتهایی روانی		پراشتهایی روانی		F	سطح معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
افسردگی	۰/۶۲	۱/۴۴	۰/۳۷	۱/۷۳	۰/۱۳	۵۱/۰۲	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۰/۵۸	۰/۷۲	۰/۱۸	۰/۶۶	۰/۵۱	۱۰/۴۹	۰/۶۱۴
نگرش به غذا	۲/۳۰	۳/۸۱	۰/۶۷	۳/۶۰	۰/۹۶	۲۷/۹۹	۰/۰۰۲

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای معناداری تفاوت سه گروه در آزمون تداعی آشکار

مقایسه گروه‌ها	افسردگی	نگرش به خوردن
	اختلاف میانگین	سطح معناداری
۱ و ۲	۰/۸۲	۰/۰۰۰۱
۱ و ۳	۱/۱۱	۰/۰۰۰۱
۲ و ۳	۰/۲۹	۰/۰۴۵

همانطور که در جداول ۳ مشخص است، در متغیر افسردگی تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد؛ به شکلی که کمترین نمره افسردگی را گروه سالم، بیشترین نمره افسردگی را گروه پراشتهایی روانی دارند. در ضمن در نگرش به تغذیه تفاوت معناداری بین دو گروه کم‌اشتهایی و پراشتهایی دیده نشد، اما هر دو گروه با افراد سالم تفاوت معنادار داشته و نمره نگرش به تغذیه این دو گروه بالاتر از افراد سالم بود.

در ادامه همین بررسی روی نتایج آزمون تداعی ضمنی نیز صورت گرفت. نمرات جدول ۴ حاصل از اندازه‌گیری زمان واکنش در آزمون تداعی ضمنی است و نمرات کمتر (زمان واکنش کوتاه‌تر) نشان‌دهنده گرایش ضمنی بالاتر فرد در آن زمینه است. همانگونه که از جدول ۴ مشخص است نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که در متغیر نگرش به غذا تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد، اما در متغیرهای افسردگی و اضطراب بین سه گروه تفاوت معناداری است. جهت بررسی این تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۵).

همانطور که در جدول ۵ مشخص است، در دو متغیر افسردگی و اضطراب، تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد؛ به شکلی که میانگین زمان واکنش به متغیر ضمنی افسردگی و اضطراب، در دو گروه پراشتهایی و کم‌اشتهایی روانی تفاوت معناداری نداشته ولی هر دو کمتر از گروه سالم بودند.

در ادامه به بررسی قدرت پیش‌بینی اختلال خوردن توسط نمرات حاصل از تداعی آشکار و ضمنی پرداخته و به این منظور از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد. در ادامه نتایج این تحلیل برای هر متغیر در جدول ۶ آمده است با توجه به نتایج جدول ۶، مقدار ضریب تعیین (R^2) این مدل‌ها بین ۰/۲۹ تا ۰/۴۴ است و نشان می‌دهد که متغیرهای افسردگی، اضطراب و نگرش به تغذیه در مجموع حدود ۲۱ تا ۴۷ درصد از تغییرات اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین با توجه به معناداری مقدار آزمون برای همه این مدل‌ها در سطح حداقل ۰/۰۵ می‌توان نتیجه گرفت که این مدل‌های رگرسیونی قادر هستند تا تغییرات متغیر ملاک یعنی اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات تداعی ضمنی متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر	سالم	کم‌اشتهایی روانی		پراشتهایی روانی		F	سطح معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
افسردگی	۷۳۰/۱۱	۲۶/۶۸	۵۴۳/۰۱	۲۸/۷۷	۴۷۹/۰۳	۴۱/۲۶	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۷۲۸/۰۱	۳۳/۲۶	۴۹۱/۷۰	۳۵/۰۲	۵۷۶/۲۰	۴۱/۱۸	۰/۰۰۰۱
نگرش به غذا	۶۸۲/۹۰	۳۱/۶۵	۶۰۶/۶۱	۵۲/۹۰	۶۳۵/۰۸	۲۶/۱۴	۰/۱۴۶

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای معناداری تفاوت دو گروه در آزمون تداعی ضمنی

مقایسه گروه‌ها	افسردگی		اضطراب	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
۱ و ۲	۱۸۷/۱۷	۰/۰۰۰۱	۲۳۶/۳۱	۰/۰۰۰۱
۱ و ۳	۲۵۱/۰۸	۰/۰۰۰۱	۱۸۱/۸۱	۰/۰۰۰۱
۲ و ۳	۶۳/۹۸	۰/۵۹۲	۸۴/۵۲	۰/۱۰۸

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اختلال خوردن توسط نمرات تداعی آشکار و ضمنی متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	sig	R ²	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معناداری
تداعی آشکار	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۶۶	۰/۲۹	۰/۱۸	۲/۲۷	۰/۰۱۳
تداعی ضمنی			-۰/۹۵	۰/۰۳	-۰/۳۸	-۳/۵۲	۰/۰۰۲
تداعی آشکار	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱/۴۶	۲/۰۵	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۸۸۰
تداعی ضمنی			-۰/۰۵	۰/۰۱	-۰/۴۱	-۴/۸۸	۰/۰۰۰۱
تداعی آشکار	۰/۰۳۶	۰/۲۱	۰/۷۷	۰/۱۵	۰/۲۱	۲/۶۵	۰/۰۵۸
تداعی ضمنی			-۱/۰۴	۱/۰۲	-۰/۰۶	-۱/۶۳	۰/۱۱۴

همچنین مشخص است که نمرات تداعی آشکار و پنهان افسردگی و تنها نمرات تداعی ضمنی اضطراب می‌توانند اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید. اما نگرش به تغذیه نمی‌تواند به شکل معناداری این اختلال را پیش‌بینی نماید. بر اساس مقدار ضریب تعیین بتا نیز می‌توان ادعا نمود که به ازای افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیرهای تداعی آشکار افسردگی، تداعی ضمنی افسردگی و تداعی ضمنی اضطراب، به ترتیب به مقدار ۰/۱۸، ۰/۳۸، و ۰/۴۱ انحراف استاندارد اختلال خوردن افزایش خواهد یافت. به علاوه مشخص است که در بین این متغیرها تداعی ضمنی اضطراب قوی‌ترین پیش‌بین و تداعی آشکار افسردگی ضعیف‌ترین پیش‌بین اختلال خوردن هستند.

• بحث

چنانچه گفته شد پژوهش حاضر قصد داشت تا به مقایسه تداعی‌های ضمنی و آشکار در افراد سالم و مبتلا به اختلال خوردن پرداخته و مشخص کند که کدام جنبه می‌تواند به شکل بهتری اختلال خوردن را پیش‌بینی نماید. در این بخش به ترتیب هر کدام از این نتایج به شکل جداگانه مورد بحث و تبیین قرار می‌گیرند.

اول) در تداعی ضمنی و آشکار متغیر افسردگی تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد؛ به شکلی که کمترین نمره افسردگی را گروه سالم و بیشترین نمره افسردگی را گروه پراشتهایی روانی دارند. در ضمن نمرات حاصل از تداعی ضمنی و آشکار افسردگی هر دو می‌توانند به شکل معناداری اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این نتایج در مرحله نخست با سایر پژوهش‌هایی همسو است که همگی تأیید می‌کنند افراد مبتلا به اختلال خوردن نسبت به افراد سالم به شکل معناداری دارای نمرات افسردگی بیشتری هستند (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰؛ خیرآبادی، جاجرمی، بخشی پور، ۱۴۰۰). در تبیین این نتیجه، نظریات و دلایل مختلفی وجود دارد. برای مثال در یک مدل فیزیولوژیک چنین بحث می‌شود که خلُق پایین با کاهش سروتونین همراه است. مصرف و جذب موارد غذایی (به‌خصوص قندی) سبب بالا رفتن ترشح سروتونین و به تبع آن بالا رفتن خلُق می‌گردد. این دلیل اختلال پراشتهایی روانی را اساساً ناشی از خلُق پایین می‌داند و ارتباط افسردگی و پراشتهایی روانی را به این شکل توجیه می‌نماید (هبراس، مارتی، پرسوناز، مرسیر، کراگ، نیلسن و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس دیدگاه شناختی نیز می‌توان چنین تحلیل نمود که در افراد مبتلا به اختلال خوردن یک الگوی شناختی از تداعی‌های خلُق و غذا خوردن مرتبط با هم وجود دارد که در دسترس بودن مواد غذایی و هیجانانگیزی رفتار خوردن را راه‌اندازی می‌کنند (لنزو، باربریس، کانایو، فیلاسترو، وراسترو، کوآتروپانی، ۲۰۲۰). طبق این دیدگاه علاوه بر نشانه‌های آشکار خلُق (افسردگی) در این افراد، تداعی‌های ناآشکار و ضمنی قدرتمندی نیز وجود دارند که به شکلی ناخودآگاه رفتارهای مرتبط با خوردن را برمی‌انگیزند (الران باراک، گلداسمیت، ۲۰۲۰). این الگوهای خلُقی ممکن است به‌صورت ساختارهای شناختی معیوب و ناکارآمدی در شخص وجود داشته باشد؛ مثلاً فرد معیار و الگوی درونی نامناسبی از زیبایی (زیبا بودن یعنی لاغر بودن) داشته باشد و چون خود را از آن معیارهای درونی دور می‌بیند، دچار ناکامی شود (الران باراک، درور، گلداسمیت، تیچمن، ۲۰۲۰). این ناکامی می‌تواند به شکل ناکارآمدی یا عزت نفس پایین جلوه نماید. در این مرحله وجود تداعی‌های ارتباط غذا خوردن، با بالا رفتن خلُق وارد عمل شده و فرد را به سمت خوردن پیش می‌راند (لنزو، باربریس، کانایو، فیلاسترو، وراسترو، کوآتروپانی، ۲۰۲۰). البته ادامه این روند ناکامی ممکن است منجر به بروز رفتارهای دفع و پاکسازی بعد از خوردن شود. در هر صورت نتیجه این بحث توجه به اهمیت افسردگی به شکل آشکار و ضمنی در افراد مبتلا به اختلال خوردن است.

دوم) در تداعی آشکار متغیر اضطراب تفاوتی بین سه گروه وجود نداشت، اما نمرات تداعی ضمنی اضطراب در سه گروه دارای تفاوت معنادار بود؛ به شکلی که کمترین نمره اضطراب را گروه سالم و بیشترین نمره اضطراب را گروه کم‌اشتهایی روانی دارند. در ضمن تنها نمرات حاصل از تداعی ضمنی می‌تواند به شکل معناداری اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این نتایج با برخی از نتایج همسو (براوز، استوارت، انتانوجی، کاپلیکی، تامپسون، تیلور و همکاران، ۲۰۲۰) و با برخی نتایج ناهمسو (ماتر، تیبوود، هاس، سبولا، گودارت، ۲۰۱۲) است. پژوهش‌هایی که در ارتباط با اضطراب و اختلال‌های خوردن صورت گرفته است، دارای نتایج متناقض و گاهی متفاوتی هستند. بیشتر صاحب‌نظران معتقدند که مکانیسم ارتباط اضطراب با اختلال‌های خوردن به‌خوبی مشخص نیست (الران باراک، درور، گلداسمیت، تیچمن، ۲۰۲۰). در واقع افزایش اضطراب در بسیاری از موارد فعالیت‌هایی مانند خوردن را کند یا متوقف می‌سازد

(فرونزا، گالیمبرتی، فادا، فانینی، بلودی، ۲۰۱۱). از این رو ارتباط اضطراب با رفتارهای خوردن تا حدی مبهم است. از طرفی، رابطه خوردن با خلق منفی و پایین مشخص است؛ اما رابطه خوردن با خلق مضطرب تأیید نشده است (ماتر، تیاود، هاس، سبولا، گودارت، ۲۰۱۲). از این رو می‌توان عدم معناداری تداعی‌های آشکار اضطراب را در افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن در این گروه نمونه را تبیین نمود. به این معنی که این افراد خوردن را در پاسخ به اضطراب انتخاب نمی‌کنند. اما بر اساس شواهد موجود، اگر بتوان اضطراب آشکار و نهان را در این افراد جداگانه بررسی نمود، نتایج متفاوت و جالبی به دست می‌آید. در چنین پژوهش‌هایی تأیید شده است که اختلال‌های خوردن، به‌طور کلی و اختلال کم‌اشتهایی روانی، به‌طور خاص با اضطراب پنهان یا اضطراب ضمنی ارتباط دارند (فرونزا، گالیمبرتی، فادا، فانینی، بلودی، ۲۰۱۱؛ تحویل‌داری، جعفری راد، کشاورز، هاشمی، حقیقی زاده، و کیلی، ۱۳۹۶). مطابق با نظریات روان‌تحلیل‌گری، اضطراب بیشتر با تعارضات مراحل بالاتر از مرحله دهانی مربوط بوده و عموماً با رفتارهای اجتنابی همراه می‌گردد. از این رو اضطراب می‌تواند نوعی رفتار وسواسی - اجباری دربارۀ خوردن را فراهم آورد. در عمل نیز بسیاری از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، دچار نوعی رفتار وسواسی - اجباری به شکل اجبار در اجتناب از غذا و حفظ الگوی غذایی و شکل بدنی خود هستند (پاراکاریدو، تیناساک، باراجاس مارکویز و همکاران، ۲۰۲۰). از دیگر سو، افکار ناخودآیند، ساختارهای شناختی معیوب و نگرش‌های نامناسب مانند تصویر بدنی تحریف شده، یا سوگیری‌های افراطی دربارۀ شکل بدن نیز در این افراد یکی از وابسته‌های اصلی به‌شمار می‌روند (اسکاندون نایجل، پرو، گراو، سویانو، فیسکس، ۲۰۱۸). چنان‌که مشخص است این موارد همگی به تداعی‌ها و مجموعه ناخودآگاه و ضمنی مربوط هستند. از این رو می‌توان نتایج این پژوهش مبنی بر معناداری تداعی ضمنی مرتبط با اضطراب را در افراد مبتلا به اختلال خوردن را تبیین و تفسیر نمود.

سوم) در تداعی ضمنی نگرش به تغذیه و خوردن نیز تفاوتی بین سه گروه دیده نشد، اما نمرات تداعی آشکار نگرش به تغذیه در سه گروه دارای تفاوت معنادار بود؛ به شکلی که کمترین نمره اضطراب را گروه سالم و بیشترین نمره اضطراب را گروه کم‌اشتهایی روانی داشتند. در ضمن نمرات حاصل از تداعی آشکار یا ضمنی این متغیر نمی‌توانست اختلال خوردن را پیش‌بینی نمایند. این بخش به شکل مستقیم به نگرش‌های این افراد پرداخته است. تمامی افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، از رفتارهای خوردن خود ناراضی بوده و اساساً خوردن را امری مذموم می‌پندارند (صالح، سالامه، اییان و همکاران، ۲۰۱۸). این همان نتیجه‌ای است که در بررسی تداعی آشکار آنها روشن شده است. اما نکته مهم نگرش ضمنی آنهاست که تفاوت معناداری با سایر افراد ندارد و نه تنها غذا را بد و ناپسند نمی‌دانند بلکه آن را مانند سایر افراد (سالم) حتی مطلوب نیز می‌بینند (پنجبید، پاتزر، ۲۰۱۸). این همان نتیجه‌ای است که ارزش بررسی نگرش‌های ناخودآگاه و ضمنی را مورد تأکید قرار می‌دهد. در واقع، ما نه بر اساس آنچه می‌گوییم، بلکه بر اساس آنچه در ناخودآگاه خود باور داریم عمل می‌کنیم. به همین دلیل بیشتر این افراد در کنترل طولانی مدت رفتارهای خوردن با شکست رو به رو می‌شوند؛ زیرا کنترل ارادی و آگاهانه کاری سخت، زمان‌بر و مستلزم صرف منابع شناختی بسیاری است و به زودی فرد هدایت را به دست سکان ضمنی و غیرارادی شناختی خود می‌سپارد (فیسک، تیلور، ۲۰۱۷). این نتیجه نشان می‌دهد که نگرش واقعی (ضمنی) این افراد به غذا و خوردن اصلاً منفی و اجتنابی نیست. بنابراین، روشن می‌گردد که توجه به تغییر نگرش‌های آشکار در دراز مدت اثربخشی چندانی نخواهند داشت.

• نتیجه‌گیری

در مجموع، این نتایج نشان می‌دهند که افسردگی هم به‌صورت ضمنی و هم به‌صورت آشکار عامل مهم و قدرتمندی است؛ و توجه به کنترل خلق باید در مداخلات مربوط به درمان اختلال‌های خوردن مورد توجه قرار گیرد. همچنین باید کنترل اضطراب و توجه به عواملی که موجب اضطراب ناآشکار می‌شوند؛ در رئوس مداخلات اختلال‌های خوردن قرار گیرند. همچنین تمرکز بر شیوه‌های تغییر نگرش‌های ضمنی بیش از پیش صورت گرفته و مهمتر از نگرش‌های آشکار دیده شود.

همچنین لازم است تا کنترل اضطراب و توجه به عواملی که موجب اضطراب ناآشکار می‌شوند در رئوس مداخلات اختلال‌های خوردن قرار گیرند. در انتها نیز تمرکز بر شیوه‌های تغییر نگرش‌های ضمنی مورد تأکید قرار گرفته و مهمتر از نگرش‌های آشکار دیده شود.

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت روبه‌رو بود. برای مثال نمونه‌گیری این کار در شهر تهران انجام گرفت؛ لذا پیشنهاد می‌شود تا در سایر شهرها و مناطق نیز اجرا شود. در ضمن همه نمونه‌ها از سه مرکز درمانی انتخاب شدند که ممکن است نتایج را با خطای نمونه‌گیری بالایی همراه کرده باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد تا این پژوهش در سایر زمینه‌های بالینی و غیر بالینی اجرا شود. همچنین شایسته است تا رابطه سایر متغیرهای روان‌شناختی (علاوه بر افسردگی و اضطراب) نیز با اختلال‌های خوردن مورد بررسی قرار گیرد.

• منابع

- تحویلداری، نازنین؛ جعفری راد، سیما؛ کشاورز، علی؛ هاشمی شیخ‌شبانی، اسماعیل؛ حقیقی زاده محمدحسین؛ و وکیلی، مهدیس. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط اضطراب با رفتارهای غذا خوردن در دانشجویان درحال تحصیل در شهرهای تهران و اهواز. *علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۱۲(۲)، ۳۵-۴۴.
- خدیرزراع، مریم؛ نرگسی، فریده؛ زندی، فرزاد؛ و مخبری، علیرضا. (۱۴۰۱). هنجاریابی پرسشنامه شناخت‌هایی درباره بدن و سلامتی (کابا). *مجله روانشناسی*، ۱(۲۶)، ۶۷-۷۵.
- خیرآبادی، هادی؛ جاجرمی، محمود؛ و بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۰). مدل یابی ارتباط ساختاری استرس و اختلال خوردن با میانجی‌گری معنای زندگی و اجتناب تجربی. *مجله روانشناسی*، ۴(۲۵)، ۵۰۹-۵۱۸.
- سرشار، مهدیه؛ و زینالی، شیرین. (۱۴۰۰). سبک دل‌بستگی، غذاخوردن ذهن آگاهی و باورهای مادر با غذا خوردن هیجانی کودک: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان کودک. *مجله روانشناسی*، ۲(۲۵)، ۲۷۳-۲۸۹.
- شریفی فرد، امل؛ نجاریان، بهمن؛ و شکرکن، حسین. (۱۳۷۶). بررسی رابطه اختلالات تغذیه با عزت نفس و افسردگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانهای اهواز، خلاصه مقالات نخستین کنگره انجمن روانشناسی ایران، ۱۲۳-۱۲۲.
- عزیززاده فروزی، منصوره؛ محمدعلیزاده، سکینه؛ حقدوست، علی اکبر؛ گروسی، بهشید؛ و شمس‌الدین سعید، ناهید. (۱۳۸۸). ارتباط تصویر ذهنی از بدن با اختلالات خوردن، پژوهش پرستاری، ۴(۱۵)، ۳۳-۴۳.
- فراهانی، حجت‌اله؛ عریضی، حمیدرضا. (۱۳۸۸). *روش‌های پیشرفته پژوهش در علوم انسانی*. اصفهان، دانشگاه اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی.
- فیسک، سوزان؛ و تیلور، آشلی. (۲۰۱۷). *شناخت اجتماعی: از مغز تا فرهنگ*. مترجم: علیزاده فرد، سوسن؛ زارع، حسین؛ و رافضی، زهره. تهران: انتشارات آبیژ.
- مدیرنیا، محمدجعفر؛ شجاعی تهرانی، حسین؛ فلاحی، مهناز؛ و فقیرپور، مقصود. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون SCL-R 90 در دانش‌آموزان دبیرستانی، پیش‌دانشگاهی استان گیلان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵)، ۵۸-۶۵.
- Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordás, T. A., Scagliusi, F. B. (2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology & behavior*, 28; 131: 99-104.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association: 329-354.
- Brauhardt, A., Rudolph, A., Hilbert, A. (2014). Implicit cognitive processes in binge-eating disorder and obesity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2): 285-290.
- Burrows, K., Stewart, J. L., Antonacci, CH., Kuplicki, R., Thompson, K., Taylor, A., Teague, T. K., Paulus, M. P. (2020). Association of poorer dietary quality and higher dietary inflammation with greater symptom severity in depressed individuals with appetite loss. *Journal of Affective Disorders*, 263: 99-106.
- Cury, M. E. G., Berberian, A., Scarpato, B. S., Kerr-Gaffney, J., Santos, F. H. and Claudino, A. M. (2020). Scrutinizing Domains of Executive Function in Binge Eating Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 11:288.
- Deragatis, L. R. (1987). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version*. Clinical Psychometric Research; Baltimore MD.
- Elran-Barak, T., Goldschmidt, A. B. (2021). Differences in severity of eating disorder symptoms between adults with depression and adults with anxiety. *Eating and Weight Disorder*, 26(5):1409-1416.
- Elran-Barak, R., Dror, T., Goldschmidt, A. B. and Teachman, B. A. (2020). The Implicit Association of High-Fat Food and Shame Among Women Recovered from Eating Disorders. *Frontiers in Psychology*, 11:1068.
- Escandón-Nagel, N., Perú, M., Grau, A., Soriano, J., Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1): 52-59.

- Fronza, S., Galimberti, E., Fadda, E., Fanini, F., Bellodi, L. (2011). Implicit associations in eating disorders: An experimental study with the “self-esteem” implicit associations test. *European Psychiatry*, 26(1): 719.
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2012). Significance of overvaluation of shape and weight in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Behavioral Research and Therapy*, 50, 298e303.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M.R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 17-41.
- Hebras, J., Marty, V., Personnaz, J., Mercier, P., Krogh, N., Nielsen, H., Aguirrebengoa, M., Seitz, H., Pradere, J. P., Guiard, B. P., Cavaille, J. (2020). Reassessment of the involvement of Snord115 in the serotonin 2c receptor pathway in a genetically relevant mouse model. *Elife*, 5(9): e60862.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P. (2003). *I Love Me, I Love Me Not: Implicit self-esteem, explicit self-esteem, and defensiveness*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Korn, J., Dietel, F. A. & Hartmann, A. S. (2019). An experimental Study on the Induction of an Eating Disorder -Specific Interpretation Bias in Healthy Individuals: Testing the Interpretation Modification Paradigm for Eating Disorders (IMP-ED). *Cognitive Therapy and Research*, 43: 1097–1108.
- Lenzo, V., Barberis, N., Cannavò, M., Filastro, A., Verrastro, V., Quattropani, M.C. (2020). The relationship between alexithymia, defense mechanisms, eating disorders, anxiety and depression. *Review of Psychiatry*, 55(1):24-30.
- Mattar, L., Thiébaud, M. R., Huas, C., Cebula, C., Godart, N. (2012). Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200, 513–517.
- Parra Carriedo, A., Tena-Suck, A., Barajas-Márquez, M. et al. (2020). When clean eating isn't as faultless: the dangerous obsession with healthy eating and the relationship between Orthorexia nervosa and eating disorders in Mexican University students. *Journal of Eating Disorders*, 8(54).
- Paslakis, G., Scholz-Hehn, A. D., Sommer, L. M., Kuhn, S. (2021). Implicit bias to food and body cues in eating disorders: a systematic review. *Eating and Weight Disorder*, 26, 1303–1321.
- Pengpid, S., Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorder*, 23, 349–355.
- Saleh, R. N., Salameh, R. A., Yhya, H. H. et al. (2018). Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: a cross-sectional study. *Journal of Eating Disorder*, 6(16).
- Santarossa, S., & Woodruff, S. J. (2017). Social Media: Exploring the Relationship of Social Networking Sites on Body Image, Self-Esteem, and Eating Disorders. *Social Media & Society*: 1-10.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22, 68-78.
- Underwood, G. & Bright, J. E. H. (1996). Cognition with and without awareness. In "Implicit Cognition". Oxford University Press.
- Vartanian, L. R., Polivy, J., & Herman, C. P. (2004). Implicit cognitions and eating disorders: their application in research and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 160e167.

تحلیل شبکه‌ای حوزه‌بندی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ: نقد پژوهشی Network Analysis of Young's Early Maladaptive Schemas: A Research Critique

Masoumeh Masoumi, PhD student

Majid Zargham-Hajebi, PhD[✉]

Mohammad Rabi'ei PhD

Mohammad Hossein Zarghami PhD

معصومه معصومی^۱

مجید زرغام حاجبی^۲

محمد ربیعی^۳

محمد حسین زرغامی^۴

Abstract

The aim of the present study was Network Analysis of Young's Early Maladaptive Schemas. sampling method was non-random with maximum variation, the sample size was 849 people and research tool were Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire (YSQ-L3). Network analysis, R software and Qgraph package were used for data analysis. The results showed that according to the shape of the drawing network, only the schemas of one domain (disconnection and Rejection) correspond to Young's domain and There are differences in the other 4 domains (Impaired Autonomy and Performance, Impaired limits, Other- directedness and Over vigilance/Inhibition). The importance of these findings is on the one hand in the field of clinical and schema therapy approach and on the other hand in the field of psychometrics and localization of diagnostic tools.

Keywords: Network Analysis, Early Maladaptive Schemas, Research Critique

چکیده

هدف پژوهش حاضر تحلیل شبکه‌ای حوزه‌بندی یانگ در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. روش نمونه‌گیری، غیرتصادفی با تغییرات بیشینه، حجم نمونه ۸۴۹ نفر و ابزار پژوهش فرم کوتاه (۹۰ سؤالی) پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-L3) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل شبکه، نرم‌افزار R و بسته Qgraph استفاده شد. نتایج نشان داد، طبق شکل شبکه ترسیمی، فقط طرحواره‌های یک حوزه (بریدگی و طرد) مطابق با حوزه‌بندی یانگ بوده و در ۴ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی زیاد/بازداری، تفاوت وجود دارد. اهمیت این یافته‌ها از یک سو در حوزه بالینی و رویکرد طرحواره درمانی و از سوی دیگر در حوزه روان‌سنجی و بومی‌سازی ابزارهای تشخیصی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تحلیل شبکه‌ای، نقد پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱/۱۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۵/۴

۱. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۴. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

● مقدمه

از زمانی که یانگ با ارائه مدل خود در سال ۱۹۹۳، بر مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه (early maladaptive schemas) به مثابه ساختار کلیدی در پیدایش آسیب روانی تأکید کرد، روانشناسی، شاهد به‌کارگیری طرحواره به عنوان مفهوم هسته‌ای در مدل‌های شخصیت، آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی بوده است (هدایتی و همکاران، ۱۳۹۹). طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش به وجود آمده، درون‌مایه‌های روانشناختی - که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند - را مد نظر قرار می‌دهد و به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیمار را دقیق‌تر تعریف کرده و آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کند. در این رویکرد درمانی، درمانگر با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی در مبارزه با طرحواره‌ها با بیمار هم پیمان می‌شود. وقتی بیمار الگوهای ناکارآمد رفتاری مبتنی بر طرحواره‌هایش را تکرار می‌کند، درمانگر آنها را به شیوه‌ای همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر، روبه‌رو می‌کند و به علت به‌کارگیری بازوالدینی حد و مرزدار در برابر نیازهای ارضا نشده دوران کودکی بسیاری از بیماران، در حکم یک پادزهر نسبی عمل می‌کند. این نیازها عبارتند از: دل‌بستگی ایمن به دیگران (شامل نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش)، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی، تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری. به باور آنها فردی که از سلامت روان برخوردار است، می‌تواند این نیازهای هیجانی اساسی را به طور سازگارانه‌ای ارضا کند. گاهی اوقات تعامل بین خلق و خوی فطری کودک و محیط اولیه، به جای ارضا این نیازها، منجر به ناکامی آنها می‌شود. (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱).

به باور رفائلی و همکاران (۲۰۱۱)، از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار که به دلیل برآورده نشدن نیازهای اساسی در ابتدای زندگی شکل می‌گیرند، برای بقای خود تلاش می‌کنند، در بزرگسالی نیز به جلوگیری از برآورده نشدن همان نیازها ادامه می‌دهند. هدف طرحواره درمانی این است که به بیماران کمک کند تا راه‌های سازگارانه‌تری برای ارضا این پنج نیاز هیجانی بیابند (فرجی، ۱۳۹۶).

تاکنون ۱۸ طرحواره ناسازگار شناسایی شده که طبق ۵ نیاز هیجانی ارضا نشده، در ۵ حوزه تقسیم می‌شوند. این حوزه‌ها عبارتند از: حوزه اول: قطع رابطه و طرد که شامل ۵ طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص / شرم و انزوای اجتماعی / بیگانگی است. حوزه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل که شامل ۴ طرحواره وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار و شکست است. حوزه سوم: محدودیت‌های مختل که دو طرحواره استحقاق / بزرگ‌منشی و خودانضباطی / خویش‌داری ناکافی را شامل می‌شود. حوزه چهارم: دیگر جهت‌مندی که سه طرحواره اطاعت، ایثار، تأیید طلبی / تصدیق‌جویی را در برمی‌گیرد. حوزه پنجم: گوش به‌زنگی زیاد / بازداری که شامل ۴ طرحواره منفی‌گرایی / بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و تنبیه است (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱).

با توجه به این که مبنای این حوزه‌بندی، نوع نیاز ارضا نشده است، یکی از اهداف طرحواره درمانی که درمانگر باید به آنها دست یابد، کمک به مراجعان برای درک نیازهای هیجانی اصلی خود و آموزش شیوه‌های سالم برای برآورده کردن این نیازها به گونه‌ای سازگار است که مستلزم تغییر الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی است. با توجه به این که طرحواره‌های ناسازگار، هنگامی به وجود می‌آیند که این نیازها برآورده نشوند و برآورده نشدن درست هر یک از آنها، منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار مربوط به یکی از حوزه‌های مذکور می‌شود، بنابراین تشخیص درست نیاز برآورده نشده، از اهمیت زیادی برخوردار است.

فرآیند درمان در رویکرد طرحواره درمانی شامل دو مرحله سنجش و تغییر طرحواره‌هاست. در مرحله سنجش، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا طرحواره‌های خود را بشناسد. از جمله ابزارهایی که به شناسایی طرحواره‌های بیمار کمک می‌کند پرسشنامه طرحواره یانگ است که در حال حاضر به ویرایش سوم رسیده و بیشترین کاربرد را نسبت به دیگر پرسشنامه‌ها دارد (فرجی، ۱۳۹۶).

گراث - مارنات (۲۰۰۳) بر این باور است که از آنجا که روانشناسی، وابسته به فرهنگ است، بنابراین علایم و معنای رفتارها و افکار فرد نیز وابستگی زیادی به فرهنگ وی دارد. در این راستا آزمون‌های روانی نیز که وابستگی به فرهنگ دارند در هر جامعه معنای متفاوتی دارند. به این منظور زمانی که از این آزمون‌ها استفاده می‌شود، باید صحت و سقم کافی را داشته باشند (غیائی و همکاران، ۱۳۸۸). بر این اساس به منظور بومی‌سازی ابزارهای روان‌سنجی مختلف، از روش‌های مختلفی از جمله تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی که در ایران نیز کاربرد زیادی دارد استفاده می‌شود. غیائی و همکاران (۱۳۹۰) نیز به بررسی ساختار عاملی نسخه سوم پرسشنامه طرحواره یانگ -

که در پژوهش حاضر مورد نظر است- پرداخته‌اند. بر اساس نتایج این پژوهش، طی تحلیل عامل، ۱۵ طرحواره از ۱۸ طرحواره‌ای که توسط یانگ فرض شده، به دست آمد و در مجموع، ۲۴ ماده از ۹۰ ماده پرسشنامه به دلیل عدم بارگذاری آنها بر عامل‌های حاصل شده و یا انجام بارگذاری آنها به طور مشترک در چند عامل، حذف شدند. این در حالی است که در ایران همچنان پرسشنامه ۹۰ سؤالی طرحواره یانگ، هم در حوزه پژوهش و هم در حوزه درمان به عنوان یک ابزار پژوهشی و تشخیصی در حال استفاده است.

با توجه به این که رویکرد طرحواره درمانی از جمله رویکردهای مورد علاقه درمانگران در کشورهای مختلف از جمله ایران است و پژوهش‌های متعددی در خصوص اثربخشی این شیوه درمانی انجام شده است و با توجه به این که یکی از ابزارهای مورد استفاده، جهت تشخیص و قضاوت بالینی درست درمانگر که در قالب ارزیابی اولیه صورت می‌گیرد، پرسشنامه است، اهمیت بررسی نسخه سوم پرسشنامه طرحواره یانگ با استفاده از روش‌های مختلف مشخص می‌شود.

تحلیل داده‌های شبکه‌ای در حوزه روانشناسی جدیدترین روش‌شناسی است که با استفاده از ویژگی‌های مختلف آن می‌توان اهداف پژوهشی گوناگونی را دنبال کرد.

به باور کارینگتون، اسکات و واسرمن این روش امکان مطالعه همزمان چندین هدف را میسر می‌سازد. این موضوع، روان‌سنج‌ها را ترغیب می‌کند تا در سنجش سازه‌ای انسانی از شبکه، که ابزاری است برای نشان دادن عناصر یک سیستم و ارتباط درونی آن، استفاده نمایند (عراقی و همکاران، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر هدف تحلیل شبکه، کشف الگوهای ارتباطی بین اعضای شبکه است. برای توصیف شبکه با توجه به هدف هر پژوهش از ویژگی‌های مختلف آن استفاده می‌شود. یکی از ویژگی‌های شکل شبکه، همسایگی گره‌ها - در ادبیات شبکه به هر متغیر، یک گره گفته می‌شود- است که نشان‌دهنده ارتباط بالا بین آنها است. به عبارتی فاصله اقلیدسی کمتر، به معنای ارتباط بیشتر مفهومی، بین گره‌ها (متغیرها) است که از این ویژگی گراف، گاهی با هدف بُعدیابی استفاده می‌شود.

بررسی‌های پژوهشگر نشان داد که تاکنون پژوهشی با استفاده از روش تحلیل شبکه به بررسی پرسشنامه طرحواره یانگ با هدف ارزیابی صحت و سقم حوزه‌بندی یانگ نپرداخته است. لذا پژوهش حاضر با هدف تحلیل شبکه‌ای حوزه‌بندی پنج گانه یانگ از ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه و به منظور پاسخ به این پرسش که «آیا حوزه‌بندی یانگ از ۱۸ طرحواره ناسازگار، در مدل شبکه‌ای تأیید می‌شود؟»، انجام شد. پاسخ به پرسش مذکور می‌تواند مطالب کاربردی مفیدی را در اختیار پژوهشگران این حوزه و به ویژه، طرحواره درمانگران قرار دهد.

• روش

روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. از آنجا که تنها شرط ورود به این پژوهش "دانشجو بودن" بود، لذا جامعه آماری، را می‌توان کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ایران در سال ۱۳۹۸ دانست. روش نمونه‌گیری، غیر تصادفی با تغییرات بیشینه بود که از جمله روش‌های نمونه‌گیری هدفمند است، یعنی انتخاب افراد به گونه‌ای که بیشترین تغییرات را داشته باشند.

بر اساس قواعد جدول کوکران، در روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، حداکثر حجم نمونه ۳۸۴ نفر است (حسن‌زاده، ۱۳۸۳)، اما با توجه به این که روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، غیرتصادفی با تغییرات بیشینه ((maximum variation) بود، جهت پوشش دادن مسائل ناشی از این نوع نمونه‌گیری، حجم نمونه‌ای بیش از دو برابر حداکثر تعداد حجم نمونه روش نمونه‌گیری تصادفی در نظر گرفته شد. لذا داده‌های مورد نیاز پژوهش حاضر از ۸۴۹ دانشجو جمع‌آوری گردید.

• ابزارها

الف. فرم کوتاه (۹۰سؤالی) پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire: YSQ-L3): این پرسشنامه که توسط یانگ (۲۰۰۵) ساخته شده است، قادر است ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را در افراد شناسایی کند. هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. ۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست. به باور رفائلی، برنستین و یانگ (۲۰۱۱)، نمرات بالا (۴، ۵، ۶) به تنهایی به شناخت غالب‌ترین طرحواره‌ها کمک می‌کند، اگرچه دیگران استدلال می‌کنند که معدل کلی تمام نمرات برای هر طرحواره بهتر است (فرجی، ۱۳۹۶). بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه در ایران، توسط غیائی و همکاران (۱۳۹۰)

انجام شده است که میزان ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۲ عامل حاصل شده را ۰/۹۴ و میزان روایی هم‌زمان برای عوامل استخراج شده را ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. بر اساس نتایج این پژوهش، طی تحلیل عامل، ۱۵ طرحواره از ۱۸ طرحواره یانگ، به دست آمد و در مجموع، ۲۴ ماده از ۹۰ ماده پرسشنامه حذف شدند. در آمریکا نیز یانگ و همکاران (۱۹۹۵) اعتباریابی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را انجام داده و مقادیر ۰/۹۵ و ۰/۸۱ را به ترتیب برای روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی گزارش کرده‌اند.

شیوه گردآوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا مراحل اداری و هماهنگی‌های لازم، با مسئولین دانشگاه آزاد قم انجام و پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین - از طریق گوگل داکس - در اختیار دانشجویان قرار گرفت و توسط تعدادی از دانشجویان مقطع کارشناسی رشته روانشناسی این دانشگاه که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، تکمیل شد و در ادامه قرار شد هر یک از دانشجویان، در صورت تمایل، لینک پرسشنامه را در اختیار دانشجویانی که به نحوی با آن‌ها سر و کار دارند، قرار دهند و آنها نیز به نوبه خود همین روند را تکرار کنند. دلیل این امر این بود که با توجه به روش نمونه‌گیری - غیرتصادفی با تغییرات بیشینه - سعی پژوهشگر بر آن بود که تا حد امکان از رشته‌ها، مقاطع، دانشگاه‌ها، شهرها، فرهنگ‌ها، طبقات اجتماعی و سنین مختلف و از هر دو جنس اطلاعات جمع‌آوری شود، تا نتایج تحلیل از اعتبار بیشتری برخوردار گردد. به منظور ایجاد انگیزه جهت مشارکت حداکثری دانشجویان به ایشان قول داده شد که تفسیر پاسخنامه‌ها به آدرس الکترونیکی افراد ارسال شود. با توجه به این که پاسخ به پرسشنامه‌های پژوهش به خودشناسی افراد کمک می‌کرد، دانشجویان مشارکت قابل تقدیری در این خصوص داشتند و به این ترتیب تعداد ۸۴۹ پرسشنامه تکمیل شد.

• یافته‌ها

بیان ویژگی‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی پژوهش این امکان را برای سایر پژوهشگران فراهم می‌آورد تا بتوانند نتایج استنباطی را با ملاحظات موجود در تحلیل‌های توصیفی استفاده کنند.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، زنان (۶۷ درصد)، مردان (۳۳ درصد)، متأهل (۱۳ درصد) و مجرد (۸۶ درصد) و مطلقه (۱ درصد) بودند. افراد شرکت‌کننده دارای سطح تحصیلات کاردانی (۸/۵ درصد)، کارشناسی پیوسته (۷۱/۸ درصد)، کارشناسی ناپیوسته (۹/۹ درصد)، کارشناسی ارشد (۶/۴ درصد)، دکتری تخصصی (۱/۴ درصد) و دکترای حرفه‌ای (گروه پزشکی، ۲ درصد) و نحوه ورود آنها به دانشگاه، با آزمون (۵۳/۲ درصد)، بدون آزمون (۴۵/۸ درصد)، استعدادهای درخشان (۰/۴۱ درصد) و با استفاده از سهمیه (۰/۵۹ درصد) بود.

ترسیم شبکه ارتباط متغیرها

در این پژوهش ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه، متغیرهای پژوهش بودند. برای ترسیم شبکه ارتباط متغیرها، از داده‌های مربوط به پاسخ‌های افراد به پرسشنامه طرحواره‌ها استفاده شد. تعداد ۸۴۹ نفر داده معتبر، فراوانی نهایی داده‌های مورد نظر این پژوهش بود. برای تحلیل شبکه‌ای به ماتریس مجاورت به عنوان ماتریس اولیه ورودی نیاز است. در پژوهش حاضر، از آنجا که مقادیر، مربوط به جمع نمرات مقیاس‌های لیکرت بود، از ماتریس همبستگی پیرسون به عنوان ماتریس ورودی تحلیل استفاده شد. همبستگی از آنجا که به ارتباط اشاره دارد، یک شاخص مجاورت است. این ماتریس تحت نرم‌افزار R استخراج و تنظیم نهایی آن، از طریق نرم‌افزار اکسل انجام شد. این ماتریس در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

مقادیر همبستگی نشان داده شده در این ماتریس، مقادیر همبستگی بین هر دو متغیر مورد پژوهش است. این ماتریس، ورودی تحلیل شبکه بود.

تحلیل استنباطی

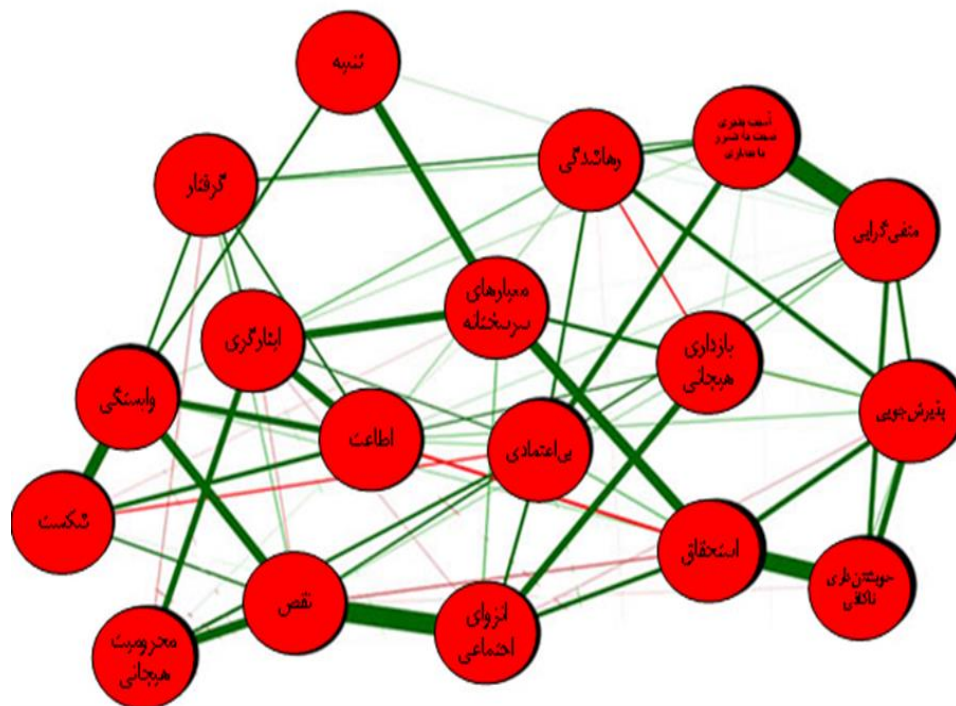
ترسیم شبکه ارتباط متغیرها از طریق برنامه‌نویسی و بسته نرم‌افزاری Qgraph تحت نرم‌افزار R انجام شد. پرسش این پژوهش عبارت بود از این که: آیا حوزه‌بندی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ در مدل شبکه‌ای تأیید می‌شود؟ جهت پاسخ به این پرسش از ویژگی «همسایگی» شبکه استفاده شد.

ابتدا راهنمای مربوط به حروف اختصاری داخل شبکه در قالب جدول شماره ۲ ارائه می‌شود:

در گراف زیر - شکل شماره ۱ - شبکه بر اساس ماتریس همبستگی تفکیکی یا به عبارت دیگر شبکه ارتباط خالص بین متغیرها (طرحواره‌ها) ترسیم شده است.

جدول ۱. ماتریس ورودی تحلیل شبکه

تنبیه	منفی گرایی	پذیرش جویی	خویشن داری ناکافی	استحقاق	معیارهای سرسختانه	بازداری هیجانی	ایثار	اطاعت	گرفتار	آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	وابستگی	شکست	نقص	انزوای اجتماعی	بی اعتمادی	رها شدگی	محرومیت هیجانی
۱	۰/۳۸	۰/۲۷	۰/۲۴	۰/۲۷	۰/۴۰	۰/۲۸	۰/۳۰	۰/۳۱	۰/۲۵	۰/۳۴	۰/۳۶	۰/۲۹	۰/۳۴	۰/۳۳	۰/۳۷	۰/۳۴	۰/۳۰
۰/۳۸	۱	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۳۴	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۳۴	۰/۵۸	۰/۴۵	۰/۷۱	۰/۳۵	۰/۴۸	۰/۵۲	۰/۴۹	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۴۳
۰/۲۷	۰/۵۳	۱	۰/۵۴	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۴	۰/۳۷	۰/۴۴	۰/۴۰	۰/۳۲	۰/۳۵	۰/۳۱	۰/۴۲	۰/۵۱	۰/۳۴
۰/۲۴	۰/۵۴	۰/۵۴	۱	۰/۳۴	۰/۴۲	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۱	۰/۱۹	۰/۲۰	۰/۳۱	۰/۴۱	۰/۴۲	۰/۴۴	۰/۳۶
۰/۲۷	۰/۳۴	۰/۳۷	۰/۳۴	۱	۰/۳۲	۰/۲۴	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۳۱	۰/۲۱	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۳۸	۰/۴۰	۰/۳۱	۰/۳۰
۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۳۲	۱	۰/۳۴	۰/۲۵	۰/۴۵	۰/۳۳	۰/۴۴	۰/۳۷	۰/۳۸	۰/۴۹	۰/۵۵	۰/۴۶	۰/۳۲	۰/۳۴
۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۱	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴
۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۳۴



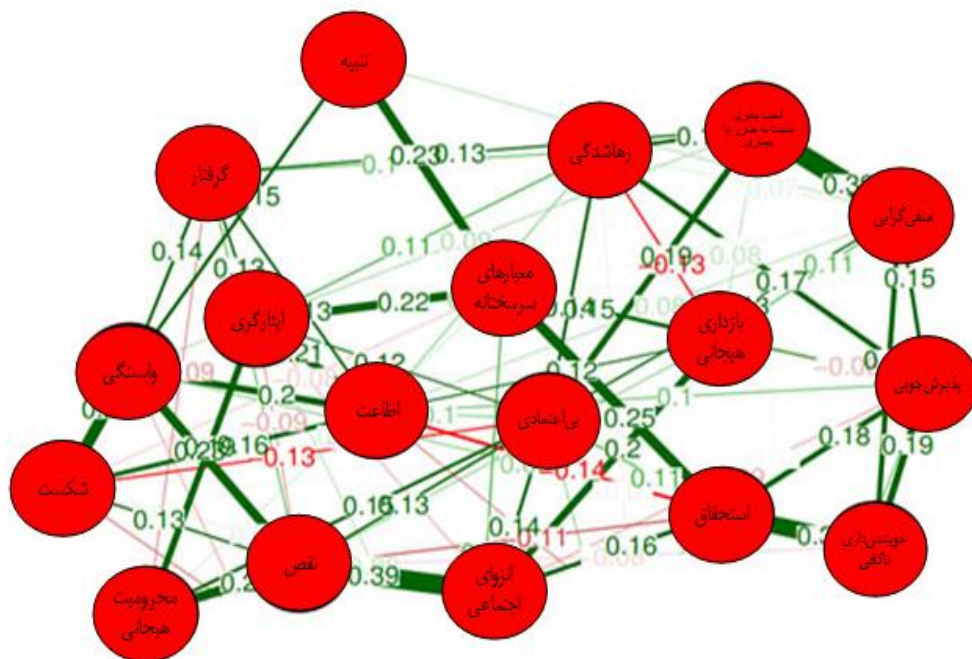
شکل ۱. گراف ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه بر اساس همبستگی‌های تفکیکی (ارتباطات خالص) یاها

یکی از ویژگی‌های شکل شبکه، همسایگی (proximity) گره‌ها است که نشان‌دهنده ارتباط بالا بین آنها است. به عبارتی فاصله اقلیدسی کمتر به معنای ارتباط بیشتر مفهومی، بین آنها است که از این ویژگی گراف، گاهی با هدف بُعدیابی استفاده می‌شود. با توجه به این که یانگ ۱۸ طرحواره را در قالب ۵ حوزه که هر یک در اثر اشکال در میزان برآورده شدن یکی از نیازهای اساسی پنج‌گانه ایجاد می‌شود طبقه‌بندی کرده است، شکل ترسیم شده امکان بررسی از منظر حوزه‌بندی پنج‌گانه طرحواره‌ها را میسر می‌کند که

در ادامه به آن پرداخته می‌شود:

حوزه اول طرحواره‌ها با عنوان قطع رابطه و طرد شامل ۵ طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص / شرم و انزوای اجتماعی / بیگانگی است. همانطور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، همه این ۵ طرحواره در کنار هم قرار گرفته‌اند. بنابراین مدل به دست آمده در این پژوهش نیز قرار گرفتن این طرحواره‌ها در قالب یک حوزه که به ارضا نشدن نیازهای همگانی اولیه برای امنیت، مراقبت، ثبات، محبت، همدلی، پذیرش، احترام و در میان گذاشتن احساسات ربط دارد را تأیید می‌کند.

حوزه دوم تحت عنوان خودگردانی و عملکرد مختل شامل ۴ طرحواره وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتار / خود تحول نیافته و شکست است. همانطور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود سه طرحواره وابستگی، گرفتار و شکست در کنار هم قرار گرفته‌اند، اما طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، با فاصله زیادی از سه طرحواره مذکور قرار گرفته است. با توجه به این که بر اساس ویژگی همسایگی گره‌ها - در ادبیات شبکه به هر متغیر، گره گفته می‌شود - فاصله اقلیدسی کمتر، به معنای ارتباط مفهومی بیشتر بین گره‌هاست و از آنجا که طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری در همسایگی بیشتر با دو طرحواره رها شدگی در حوزه یک و منفی‌گرایی / بدبینی در حوزه ۵ قرار گرفته، به نظر می‌رسد گنجاندن این طرحواره در یکی از حوزه‌های یک یا ۵ صحیح‌تر باشد. این مسأله را می‌توان با استناد به ویژگی «ضخامت یال‌ها» در شکل - منظور از یال خطوط ترسیم شده بین دو گره است - حل نمود. ضخامت یال‌ها نشان دهنده شدت ارتباط معنادار بین دو متغیر، بر اساس همبستگی است. لذا هر چه این ارتباط بیشتر باشد، یال بین دو گره (متغیر) قطورتر می‌شود و هر چه قطر یال نازک‌تر باشد، شدت ارتباط معنادار کمتر است. در شکل ۲ وزن یال‌ها قابل مشاهده است. مطابق این شکل وزن یال بین دو گره مربوط به طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و منفی‌گرایی / بدبینی برابر با $0/3$ و وزن یال بین دو طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و رها شدگی برابر با $0/1$ شده است. بنابراین ارتباط معنادار بین دو طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و منفی‌گرایی / بدبینی بیشتر است. بر این اساس به نظر می‌رسد جای مناسب برای طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری حوزه ۵ - گوش به زنگی زیاد / بازداری - باشد.



شکل ۲. گراف ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه بر اساس همبستگی‌های تفکیکی (ارتباطات خالص) با وزن یال‌ها

حوزه سوم که با عنوان محدودیت‌های مختل نامگذاری شده است شامل دو طرحواره استحقاق / بزرگ‌منشی و خودانضباطی و خویشتن‌داری ناکافی است که همانطور که در شبکه ترسیمی، مشاهده می‌شود این دو طرحواره در همسایگی هم قرار گرفته‌اند.

حوزه چهارم با عنوان دیگر جهت‌مندی، بر اساس طبقه‌بندی یانگ سه طرحواره اطاعت، ایثار، پذیرش جویی / تأییدطلبی را شامل می‌شود، اما همانطور که در شبکه ترسیمی مشاهده می‌شود، دو طرحواره ایثار و اطاعت، در کنار هم بوده و طرحواره پذیرش جویی، با فاصله زیاد از این دو، در همسایگی دو طرحواره خویشتن‌داری ناکافی در حوزه سه و منفی‌گرایی در حوزه ۵ قرار گرفته است. لذا به

نظر می‌رسد گنجاندن طرحواره پذیرش‌جویی در حوزه سه یا ۵ بهتر باشد. برای حل این مسأله مجدداً از ویژگی «ضخامت یال‌ها» استفاده می‌کنیم. همانطور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، وزن یال بین دو گره مربوط به طرحواره‌های پذیرش‌جویی و خویش‌نمایی ناکافی برابر با ۰/۱۹ و وزن یال بین دو گره مربوط به طرحواره‌های پذیرش‌جویی و منفی‌گرایی، برابر با ۰/۱۵ شده است. بر این اساس به نظر می‌رسد جای مناسب برای طرحواره پذیرش‌جویی حوزه سه محدودیت‌های مختل باشد.

حوزه پنجم که با عنوان گوش به زنگی زیاد/ بازداری نامگذاری شده، بر اساس طبقه‌بندی یانگ شامل ۴ طرحواره منفی‌گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی و تنبیه می‌باشد که در شبکه ترسیمی نیز این چهار طرحواره در همسایگی هم قرار گرفته‌اند.

• بحث

هدف از این پژوهش، تحلیل شبکه‌ای حوزه‌بندی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و مقایسه گراف حاصل از پژوهش حاضر با حوزه‌بندی یانگ بود. یافته‌ها نشان داد که بین این دو، شباهت‌ها و تفاوت‌هایی وجود دارد. طرحواره‌هایی که طبق حوزه‌بندی یانگ، در حوزه اول قرار گرفته بودند، در گراف ترسیمی پژوهش حاضر نیز در همسایگی هم قرار گرفته، فلذا این حوزه‌بندی در مورد حوزه مذکور در مدل شبکه نیز تأیید شد. بنابراین حوزه اول - مشابه حوزه‌بندی یانگ - شامل ۵ طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/ شرم و انزوای اجتماعی/ بیگانگی می‌باشد.

اما گراف ترسیمی، بیانگر تغییراتی در حوزه‌بندی یانگ نیز بود که در ادامه به آنها پرداخته می‌شود:

حوزه دوم: طبق حوزه‌بندی یانگ شامل ۴ طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتار/ خود تحول نیافته و شکست است، اما بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری از این حوزه حذف می‌شود و بر این اساس حوزه دوم شامل سه طرحواره وابستگی/ بی‌کفایتی، گرفتار/ خود تحول نیافته و شکست می‌شود.

حوزه سوم طبق حوزه‌بندی یانگ شامل دو طرحواره استحقاق/ بزرگ‌منشی و خودانطباقی و خویش‌نمایی ناکافی است، اما بر اساس نتایج پژوهش حاضر طرحواره پذیرش‌جویی نیز در این حوزه قرار می‌گیرد. لذا حوزه سوم، ۳ طرحواره را شامل می‌شود.

حوزه چهارم بر اساس طبقه‌بندی یانگ سه طرحواره اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی/ تأییدطلبی را شامل می‌شود، اما بر اساس نتایج پژوهش حاضر طرحواره پذیرش‌جویی از این حوزه حذف می‌شود یعنی این حوزه شامل دو طرحواره اطاعت و ایثار می‌شود.

حوزه پنجم بر اساس طبقه‌بندی یانگ شامل ۴ طرحواره منفی‌گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی و تنبیه می‌باشد، اما بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری نیز به این حوزه اضافه می‌شود. یعنی این حوزه ۵ طرحواره را شامل می‌شود.

اگرچه یافته این پژوهش را می‌توان به عنوان نقدی بر حوزه‌بندی یانگ مطرح نموده و به بررسی دلایل این تفاوت‌ها در پژوهش‌های آتی پرداخت، اما اهمیت این تغییر در حوزه روان‌درمانی و مربوط به درمان‌گرانی است که در ایران با رویکرد طرحواره‌درمانی به درمان مراجعین خود می‌پردازند. چرا که طرحواره‌درمانی به طور مشخص با شکل‌گیری (سبب‌شناسی) علایم کنونی سروکار دارد و نه صرفاً با عوامل تداوم بخش آن. همچنین یکی از اهداف طرحواره‌درمانی که درمانگر بایستی به آنها دست یابد، کمک به مراجعان برای درک نیازهای هیجانی اصلی خود و آموزش شیوه‌های سالم برای برآورده کردن این نیازها به گونه‌ای سازگار است که مستلزم تغییر الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی می‌شود. با توجه به این که طرحواره‌های ناسازگار، هنگامی به وجود می‌آیند که این نیازها برآورده نشوند و برآورده نشدن هر یک از آنها منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌شود، بنابراین تشخیص درست نیاز برآورده نشده، مانند تابلوی راهنمایی است که در یک جاده نصب شده و جهت حرکت به مقصد درمان را به درمانگر نشان می‌دهد. به بیان دیگر، تشخیص اشتباه نیاز برآورده نشده، درست مانند این است که به فرد گرسنه، آب و به فرد تشنه، غذا بدهند. درست است که اقدامی صورت گرفته، اما چون این اقدام متناسب با نیاز فرد نبوده، بنابراین فرد همچنان به رفتارهایی جهت رفع نیاز خود ادامه می‌دهد. بنابراین، اشتباه در تشخیص نیاز اولیه برآورده نشده توسط درمانگر، می‌تواند منجر به شکست طرح درمان او در اتاق درمان شود. بر این اساس، تغییر در ۴ حوزه از ۵ حوزه طرحواره‌ها را می‌توان یافته مهمی در حوزه روان‌درمانی برشمرد.

• نتیجه‌گیری

از آنجاکه داده‌های این پژوهش داده‌های واقعی بوده و از حجم نمونه بالا و قابل اعتمادی (۸۴۹ نفر) به دست آمده‌اند، بر اساس یافته‌های پژوهش که در قسمت بحث به آنها اشاره شد، شاید بتوان این گونه استنباط کرد که به راحتی نمی‌توان طبقه‌بندی‌ها، حوزه‌بندی‌ها و یا به طور کلی‌تر، ابزارهایی که بر مبنای مطالعات انجام شده در یک اقلیم خاص بنا یا ساخته شده‌اند را به ایران تعمیم داد و یا از آنها استفاده کرد. شاهد مثال این مسأله نتایج پژوهشی با عنوان «تحلیل داده‌های شبکه‌ای در فرآیند تحلیل سؤال» است که عراقی و همکاران در سال ۱۳۹۶ انجام داده‌اند. از جمله یافته‌های این پژوهش، حذف تیپ قراردادی در مدل ترسیم شده بوده است، یعنی شش ضلعی تیپ‌های شخصیتی هالند به ۵ ضلعی تبدیل شده و تیپ قراردادی با تیپ متهور آمیخته شده است. این نوع یافته‌ها بیانگر اهمیت و حتی لزوم توجه داشتن به ویژگی‌های بوم‌شناختی خاص ایران در مطالعات است. لذا به کمک تحلیل شبکه می‌توان به مناسب بودن یا نبودن ابزارهای مطالعه‌ای ساخته شده بر مبنای فرهنگ کشورهای دیگر و استفاده از آنها در ایران پی برد. همچنین بر این اساس می‌توان به معتبر بودن نتایج پژوهش‌های انجام شده، با استفاده از ابزارهای غیر بومی، به دیده تردید نگریست و مقایسه نتایج این پژوهش‌ها با سایر کشورها به منظور ارزیابی همسو یا غیر همسو بودن آنها را به چالش کشید. البته این مسأله مختص ایران نبوده و نمونه‌های آن در سایر کشورها نیز به چشم می‌خورد از جمله چین که علی‌رغم وجود پرسشنامه انطباق‌پذیری ساویکاس، برای ارزیابی انطباق‌پذیری مسیر شغلی دانشجویان هنگ‌کنگ، فرم چینی مقیاس انطباق‌پذیری مسیر شغلی (CAAS-China) را طراحی نموده است.

تاکنون پژوهش‌های متعددی در داخل و خارج از ایران در خصوص طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام شده است، اما اغلب این پژوهش‌ها، به بررسی روابط این متغیر با سازه‌های نصیری جونقانی و همکاران (۴۰۰)، معصومی و همکاران، ۱۴۰۰، گل و همکاران (۱۳۹۹)، امینی و خوش‌روش (۱۳۹۹)، موسوی و همکاران (۱۳۹۷)، شعبانی (۱۳۹۶)، شیلدر و همکاران (۲۰۲۱)، کارارارسلان و همکاران (۲۰۲۱)، گانگ و چان (۲۰۱۸) و مامد و همکاران (۲۰۱۷)، پرداخته‌اند که به دلیل تفاوت بنیادی به لحاظ روش‌شناسی، بین این پژوهش‌ها و پژوهش حاضر، امکان مقایسه بین نتایج آنها و بررسی همسو بودن یا همسو نبودن آنها میسر نشد. به عبارت دیگر از جمله محدودیت‌های این پژوهش فقدان پیشینه بود که امید است با پژوهش‌های آتی این شکاف پژوهشی پر شود. با این وجود، پژوهش گیائی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان «بررسی ساختار عاملی پرسشنامه طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) در شهر تهران»، تنها پژوهشی است که اگرچه به دلیل تفاوت بنیادی آن از منظر روش‌شناسی نمی‌توان به مقایسه نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر پرداخت، اما بیان نتایج آن می‌تواند نوعی صحه‌گذاری بر نتایج این پژوهش مبنی بر عدم تناسب پرسشنامه ۹۰ سؤالی طرحواره یانگ با جامعه ایران، باشد. در این پژوهش که به روش تحلیل عامل تأییدی انجام شده است، ۱۲ عامل (شامل ۱۵ طرحواره) حاصل شده که فقط سه عامل با عامل‌های ۱۸ گانه یانگ مطابقت کامل داشته و عامل‌ها (طرحواره‌ها) خویشتن‌داری ناکافی، فدا کردن (ایثار) و بدبینی در این تحلیل حاصل نشده‌اند و در مجموع، ۲۴ ماده از ۹۰ ماده پرسشنامه طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) به دلیل بارگذاری آنها بر عامل‌های حاصل شده و یا انجام بارگذاری آنها به‌طور مشترک در چند عامل، از تحلیل حذف شده است. از آنجا که عراقی و همکاران (۱۳۹۶) طی پژوهشی با عنوان «تحلیل داده‌های شبکه‌ای در فرآیند تحلیل سؤال» دریافته‌اند که می‌توان از تکنیک تحلیل داده‌های شبکه‌ای به خوبی در حوزه تحلیل سؤالات چه به صورت مستقل و چه در کنار شیوه‌های مرسوم تحلیل سؤال (مانند ضریب پایایی، ضریب تمیز، مقدار آگاهی بر اساس نظریه سؤال- پاسخ و تحلیل عاملی سؤالات) استفاده نمود و مزایای کاربرد تکنیک تحلیل شبکه‌ای را علاوه بر سادگی فهم، تفسیر و شناسایی سؤالات مناسب و نامناسب، نقشه ارتباطی بین سؤالات برشمرده‌اند که می‌تواند در تحلیل ابعاد زیربنایی سؤالات استفاده شده و تمام نتایج تحلیلی را به‌صورت یکپارچه و یکجا ارائه دهد، پیشنهاد می‌شود تحلیل سؤالات پرسشنامه طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) با استفاده از تکنیک تحلیل شبکه‌ای نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود، پژوهش حاضر در مورد سایر جوامع آماری نیز انجام گردد. بدیهی است چنانچه نتایج پژوهش‌های دیگر نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوان و موافق باشند، این یافته چالش‌برانگیز علاوه بر این که گامی در جهت رشد علم روانشناسی در مورد حوزه‌بندی طرحواره‌های ناسازگار اولیه از جانب محققین ایرانی محسوب می‌گردد، در حوزه درمان و پژوهش نیز کمک ارزنده‌ای به طرحواره درمانگران و پژوهشگران این حوزه می‌نماید. همچنین با توجه به اهمیت نتایج پژوهش حاضر در حوزه‌های طرحواره درمانی و روان‌سنجی، پیشنهاد می‌شود نتایج این

پژوهش توسط محققان حوزه‌های مذکور به بوته آزمایش گذاشته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از روش تحلیل شبکه در سنجش ابزارهای پژوهشی دیگر نیز استفاده شود.

• منابع

- امینی، زهرا؛ و خوش روش، وحید (۱۳۹۹). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی شغلی با نقش میانجی سرمایه روانشناختی. *فصلنامه مدیریت و چشم انداز آموزش*. ۲ (۳). صص. ۱۳۳-۱۶۳.
- حسن زاده، رمضان (۱۳۸۲). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری (راهنمای عملی تحقیق)*. تهران. ساوالان.
- رفائلی، اشکول؛ برنستین، دیوید؛ و یانگ، جفری. ای (۱۳۹۶). *تندآموز طرحواره درمانی: مجموعه تندآموز رفتار درمانی شناختی (ترجمه م. فرجی)*. تهران. ارجمند.
- شعبانی جعفر. ۱۳۹۶. پیش‌بینی اضطراب امتحان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش آموزان متوسطه دوم شهر گرگان. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. صص. ۴۷-۵۷.
- عراقی، لادن؛ طاهری، آزاده؛ جزء رضائی، زهرا؛ عباسپور، افروز؛ و زرغامی، محمدحسین (۱۳۹۶). تحلیل داده‌های شبکه‌ای در فرآیند تحلیل سؤال، *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*. ۲۸. صص ۲۰۷-۲۴۰.
- غیاثی، مهناز؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ و صلواتی، مژگان. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی پرسشنامه طرحواره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه) در شهر تهران. *مجله دستاوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روانشناسی) دانشگاه شهید چمران اهواز*. ۴ (۱). صص ۹۳-۱۱۸.
- گل، علیرضا؛ شید عنبرانی، بهناز؛ آقامحمدیان شرعباف، حمیدرضا؛ نامور طباطبائی، سجاده؛ و خاکشور کامه علیا، محمد. (۱۳۹۹). نقش صفات مرضی، روان بنه‌های ناسازگار اولیه و هیجانی در پیش بینی اختلالات شخصیت خوشه C. *مجله روانشناسی*. ۲۴ (۹۵). صص ۲۶۵-۲۸۲.
- محمدبیگی، علی؛ بختیاری، مریم؛ محمدخانی، شهرام؛ و صادقی، زهره (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناکارآمد با اهمال‌کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران*. ۹۷. صص. ۲۶-۳۴.
- معصومی، معصومه؛ زرغام حاجبی، مجید؛ ربیعی، محمد؛ و زرغامی، محمدحسین (۱۴۰۰). نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در انطباق‌پذیری مسیر شغلی دانشجویان. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*. ۱۲ (۴۴). صص. ۱۲۱-۱۳۲.
- موسوی، سید ولی الله؛ رضائی، سجاده؛ عاطفی کرجوندانی، ستاره؛ و جوان پرست، حمید. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای منبع کنترل در رابطه بین روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی نوجوانان. *مجله روانشناسی*. ۲۲ (۸۶). صص ۱۷۲-۱۸۷.
- نصیری جونقانی، مهناز؛ اصغری، فرهاد؛ و پورصفر، علی. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تمایز یافتگی خود و عملکرد جنسی با تمایل به روابط فرازناشویی. *مجله روانشناسی*. ۲۵ (۹۹). صص ۳۲۹-۳۴۹.
- هدایتی، مریم؛ زرانی، فریبا؛ نجاتی، وحید؛ موتابی، فرشته؛ و حیدری، محمود. (۱۳۹۹). شبکه معنایی طرد و بریدگی: تدوین واژگان فارسی و بررسی ارتباط آنها با طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه طرد و بریدگی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۴. صص ۱-۱۵.
- یانگ، جفری. ای؛ کلسکو، زانت؛ و ویشار. مارجوری (۱۳۹۱). *طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. (ترجمه ح. حمید و... و ز. اندوز). تهران. ارجمند.
- Gong, J., & Chan, R. C. K. (2017) Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 259, pp. 493-500.
- Karaarslan, C., Eldogan, D., Yigit, I. (2021) Associations between early maladaptive schema domains of parents and their adult children: The role of defence styles. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 28(5), pp.1043-1054.
- Mammad, K., Ahami, A., Azzaoui, F. Z., Boulbaroud, S., Idrissi, W., Karjouh, K., & Fofana, L. (2017) Diagnosis of anxiety disorders in university students through the early maladaptive schemas and beck's inventory. *Psychology*. 8, pp. 2114 -2125.
- Norman B. Schmidt, Thomas E. Joiner Jr., Jeffery E. Young & Michael J. Telch. (1995) The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 19, p.p 295-321.
- Schilder, D.L.C., van Wijk-Herbrink, M.F., Groenman, A.P., van den Hoofdakker, B.J. (2021) The mediating role of externalising and healthy schema modes in the relationship between early maladaptive schemata and overt behaviours in adolescent boys with offending behaviours, and a comparison of their early schemata with those of typically developing boys. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 31(2), p.p 109-119.
- Tracy, H., Mantak, Y., & Gaowi, C. (2018) Career adaptability, self-esteem, and social support among Hong Kong University students. *The Career Development Quarterly*. 69, pp. 94-106.

اثربخشی آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی

The Effectiveness of Self-Advocacy Training on Communication Skills of Adolescents with Chemotherapy/ Radiotherapy induced Alopecia

Niloofer Naghash, MSc

Afroz Afshari, PhD ✉

Batool Ahadi, PhD

نیلوفر نقاش^۱

افروز افشاری^۲

بتول احدی^۱

Abstract

The aim of this study was determining the efficacy of self-advocacy training on communication skills of adolescents with chemotherapy/ radiotherapy induced alopecia. The method of present study was quasi experimental single-subject with pre-test, post-test and two-week and one-month follow-ups. The statistical population of the study consisted of all adolescents aged 12-15 years with chemotherapy/ radiotherapy alopecia in Tehran in 1400. The sample group consisted of 4 adolescents with chemotherapy/ radiotherapy alopecia, who were selected by available sampling method and taking into account the inclusion criteria. The self-advocacy training intervention program was implemented in 5 sessions and the participants responded to the communication skills questionnaire (Attarha, 2007) in two stages, the baseline (A) and the experimental stage (B). SPSS and T test were used for data analysis, and t-test results illustrated the significant effect of self-advocacy training on communication skills and its subscales in adolescents with alopecia due to chemotherapy/ radiotherapy. Therefore, it can be concluded that self-advocacy training due to self-awareness, communication skills and leadership training can lead to the promotion of communication skills of adolescents with alopecia due to chemotherapy/ radiotherapy.

Keywords: Adolescents, Alopecia, Cancer, Communication Skills, Self-Advocacy

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به سرطان با عارضه ریزش مو انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی تک آزمودنی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو هفته و یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی نوجوانان ۱۲-۱۵ سال مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند و گروه نمونه شامل ۴ نوجوان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، انتخاب شدند. برنامه مداخله آموزش خودحمایتی طی ۵ جلسه اجرا شد و افراد نمونه در دو مرحله خط پایه A و مرحله آزمایشی B به پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی (عطارها، ۱۳۸۶) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد و نتایج آزمون t نشان داد که آموزش خودحمایتی اثر ماندگاری بر ارتباط مؤثر و مؤلفه‌های آنها برای نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی دارد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودحمایتی به دلیل آموزش خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی و رهبری می‌تواند منجر به ارتقای ارتباط مؤثر نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی شود.

واژه‌های کلیدی: خود حمایتی، سرطان با عارضه ریزش مو، مهارت‌های ارتباطی، نوجوانان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۲/۲۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۵/۴

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران.

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

● مقدمه

امروزه سرطان (cancer) یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و این بیماری شامل یک گروه از بیماری‌هاست که با رشد کنترل نشده و گسترش سلول‌های غیر طبیعی همراه است (مورهان و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸، سرطان شایع‌ترین و دومین علت مرگ قبل از سن ۷۰ سالگی در ۹۱ کشور از بین ۱۷۲ کشور جهان بوده است (بری و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران نیز سرطان، دومین بیماری شایع غیر واگیر پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و شایع‌ترین عامل مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی-عروقی، تصادف‌ها و سوانح است (فرهود و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین سرطان، در بین بیماری‌های مزمن دوران کودکی اهمیت زیادی یافته است، زیرا شیوع بالایی دارد و تأثیر بسیار زیادی بر زندگی کودک و خانواده می‌گذارد (پترسون و کازنشتین، ۲۰۱۸).

سرطان در کودکان یک مشکل سلامت قابل توجه و جهانی (مدی و کلیتون، ۲۰۱۸) و همچنین یک بیماری شایع است. یکی از مهم‌ترین درمان‌های طبی سرطان، شیمی‌درمانی (chemotherapy) است که می‌تواند اثرات منفی بر روند درمان به دنبال داشته باشد (نیکخواه بیدختی و همکاران، ۱۳۹۸). برخی از انواع سرطان موجب تغییرات مهم در ظاهر (تغییر در چهره، قطع اندام، ریزش شدید موها) می‌شود. بیمارانی که پس از شیمی‌درمانی با تغییرات ظاهری از جمله قطع عضو و ریزش مو روبه‌رو می‌شوند با مشکلات روانشناختی مختلف نیز مواجه هستند (زینالی، ۱۳۹۷). ریزش مو (alopecia) یکی از عوارض جانبی رایج داروهای شیمی‌درمانی است که بار روانی زیادی بر بیماران تحمیل می‌کند (میرباقر و نصرآبادی، ۱۳۹۹). «مو» نمادی از زندگی و هویت است (ویلز و همکاران، ۲۰۱۹). به‌ویژه موی سر که بیشتر از آنکه اهمیت بیولوژیکی داشته باشد به لحاظ اجتماعی و روانی دارای اهمیت است (کش ۲۰۰۱). فقدان مو می‌تواند باعث مشکلات روانی بیمار شود تا حدی که بیمار از انجام و ادامه درمان سرپیچی کند (کارگر و خجسته، ۱۳۸۳) و به خاطر عدم پذیرش ریزش مو رفتارهای پرخطرانه‌ای از خود نشان دهد (اوتامی و پودجیاتی، ۲۰۱۹). نتایج یک پژوهش نشان داد که در کل ۵۶/۴ درصد بیماران بیان کردند که ریزش مو بدترین عارضه شیمی‌درمانی است و ۷۲ درصد از بیماران گفتند ریزش مو بر زندگی اجتماعی آنها تأثیر دارد (ساراس و همکاران، ۲۰۱۹).

همان‌طور که گفته شد از دست دادن مو می‌تواند به ویژه برای کودکان و نوجوانان ویران‌کننده باشد و از نظر روانی بر اعتماد به نفس، اجتماعی شدن و ارتباطات آنها تأثیر بگذارد (ولف و هندسون بکر، ۲۰۱۸). مخصوصاً در نوجوانان، زیرا نوجوانی دوره‌ای بسیار حساس از رشد است (موسوی شریف، نقش و قاسم‌زاده؛ ۱۴۰۱) که با تغییرات عمده جسمانی مشخص می‌شود و زمانی که فرد درصدد است تا روابطش را شکل دهد مواجهه با سرطان در این دوره از زندگی می‌تواند به‌طور خاصی چالش‌آفرین باشد (بلیر، ۲۰۰۲).

همچنین باید گفت که با تشخیص بیماری سرطان در فرد بحران ایجاد می‌شود، اعتماد به نفس به مخاطره می‌افتد، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود (تان، ۲۰۰۷) و فرد مبتلا به سرطان به دلیل طول زمان بیماری غالباً با پدیده بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص، عود بیماری و بستری مجدد همراه است و در پی آن مهارت‌ها، توانایی‌ها و فرصت‌های بیماران محدود شده و مشکلات بین فردی و ارتباطی در آنان به وجود می‌آید. از طرف دیگر از آنجایی که «مو» در ارتباطات اجتماعی و در بعد روانی به‌عنوان نمادی از جوانی، سلامت و باروری مد نظر قرار می‌گیرد، از دست دادن مو در طی درمان‌های بیماری سرطان، تأثیر قابل توجهی بر اعتماد به نفس، روابط بین فردی و موقعیت اجتماعی افراد دارد (اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۰).

هنر برقراری ارتباط مؤثر از مهارت‌های اولیه‌ای است که چنانچه فرد به آن مجهز باشد، می‌تواند بسیاری از هیجانات مخرب را از خود دور ساخته و از سلامت روانی بیشتری برخوردار شود (خنیر و پورحسینی، ۱۳۹۱). در واقع فردی که دارای مهارت‌های ارتباط بین‌فردی است، به احساسات و هیجانات دیگران حساس است (پنینگتون و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین چگونگی برقراری ارتباط با سایر افراد و سازگاری اجتماعی از جمله ابعاد مهم اجتماعی شدن، که خود یک فرآیند دوجانبه ارتباطی بین فرد و جامعه است، است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۶). در نتیجه می‌توان گفت اکتساب این مهارت به‌طور مستقیم در کاهش تعاملات آسیب‌زا با دیگران موثر است (کادیش، گلاسر و گیتنر، ۲۰۰۷ به نقل از ملکی، محقق و نبی‌زاده ۱۳۹۸)

با توجه به موارد گفته شده همراه با مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده، خودحمایتی به‌عنوان یک مهارت ضروری برای بهبودیافتگان از سرطان لازم است (والش، ۱۹۹۹). خودحمایتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و بهبودیافتگان به‌عنوان یک مجموعه مهارتی دیده می‌شود که می‌تواند از طریق آموزش ایجاد شود (کلارک و استوال، ۱۹۹۶). خودحمایتی به رفتارهایی گفته می‌شود که نمایانگر باورها و عقاید فرد است (کامبریک، ۲۰۱۹). در واقع خودحمایتی به این معناست که افراد بتوانند از طرف خود صحبت کنند و از حقوق خود آگاه باشند تا بتوانند برای زندگی خود تصمیم‌گیری کنند (پوتز، ۲۰۰۳). این مهارت می‌تواند موجب افزایش توانایی فرد در جستجو، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات به‌منظور گسترش و ترفیع سلامت گردد (اسمیدت و همکاران، ۲۰۱۹) به‌صورت کلی خودحمایتی شامل ۴ مؤلفه اصلی است که عبارتند از: دانش درباره خود (خودآگاهی)، آگاهی از حقوق شخصی، ارتباطات، رهبری (پرایس، ۲۰۱۸).

۲۵ پژوهش بررسی شده در زمینه مداخلات خودحمایتی نشان دادند که هر یک از مداخلات و برنامه‌های آموزشی، مهارت‌های خودحمایتی را در افراد دارای ناتوانی بهبود می‌بخشد. این یافته‌ها کاربرد بالقوه حمایت از خود را در زمینه بهبود بیماری سرطان تایید می‌کند (سید و همکاران، ۲۰۰۹)

آموزش خودحمایتی در افراد دچار آسیب‌های مغزی (هاولی، گربر و موری، ۲۰۱۷)، دانش‌آموزان دارای معلولیت (دریدن، دسمارایس و آرسنالت، ۲۰۱۷) و افراد مبتلا به اوتیسم (پاردیز و همکاران، ۲۰۱۸) نیز نتایج امیدوارکننده‌ای را از خود به جای گذاشته است.

با توجه به تمامی مطالب گفته شده می‌توان نتیجه گرفت که ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی (radiotherapy) باعث کاهش اعتماد به‌نفس و حس بدشکلی در افراد مبتلا به سرطان به‌ویژه در کودکان و نوجوانان شده و این مسئله خود مسبب مشکلاتی اعم از کاهش حضور در اجتماع و کاهش روابط می‌شود. اگر کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان نسبت به بیماری، توانایی‌ها و حقوق‌شان آگاهی داشته باشند می‌توانند عزت‌نفس خود را افزایش داده و در جامعه بیشتر حضور یابند، از حقوق‌شان دفاع کنند و خواسته‌های خود را بیان نمایند، لذا آموزش این مهارت برای افراد مبتلا به سرطان ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین محقق درصدد برآمد تا به بررسی تأثیر آموزش خودحمایتی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و خرده‌مقیاس‌های آن در نوجوانان مبتلا به سرطان با عارضه ریزش مو بپردازد. بررسی‌ها نشان داد فقط دو پژوهش داخلی در این حوزه ثبت شده‌اند که آنها نیز به بررسی اثربخشی آموزش خودحمایتی نمی‌پردازند.

• روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی است و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها در دسته پژوهش‌های شبه آزمایشی تک آزمودنی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو هفته و یک ماهه است. در این پژوهش آموزش خودحمایتی به‌عنوان متغیر مستقل و مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه نوجوانان ۱۵-۱۲ ساله مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی در سال ۱۴۰۰ شهر تهران بود؛ که از این بین به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴ نفر با رعایت ملاک‌های ورود و خروج پژوهش برای شرکت در دوره آموزش انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: کسب رضایت آگاهانه برای ورود پژوهش، سن تمامی بیماران در بازه ۱۲ تا ۱۵ سال باشد، بیماران فقط دچار ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی و فاقد هر گونه اختلال دیگر و ناتوانی‌های ذهنی باشند، سه سوال از شرکت‌کنندگان پرسیده شد و در صورت پاسخ مثبت به آنها فرد وارد نمونه قرار می‌گرفت. (این سه سوال عبارتند از: به دلیل ریزش موی ناشی از درمانم از رفتن به جمع‌ها کناره‌گیری می‌کنم. به دلیل ریزش موی ناشی از درمانم احساس خجالت می‌کنم. به دلیل ریزش موی ناشی از درمانم احساس می‌کنم اعتماد به‌نفسم کاهش یافته است.) ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم حضور به منظور انجام پس‌آزمون‌ها، عود بیماری بود.

• ابزارها

الف. پرسشنامه مهارت ارتباطی (Communication Skills Questionnaire): ساخت و هنجاریابی این پرسشنامه توسط عطاری (۱۳۸۶) انجام شده است؛ که برای ساخت این پرسشنامه از الگوی مهارت‌های ارتباط میان‌فردی هارجی و مارشال (۱۹۸۶) و دیکسون^{۲۸} و همکاران (۱۹۹۳) استفاده نمودند و سه عامل مدیریت هیجان‌ها (۱۲ ماده)، ادراک دیگران (۱۲ ماده) و ابراز وجود (۱۰

ماده) را با توجه به این الگو مشخص کردند. این پرسشنامه شامل ۳۴ ماده است که با مقیاس لیکرت (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، معمولاً=۴ و همیشه=۵) سنجیده می‌شود. نمره‌دهی در برخی ماده‌ها (۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۳۴) به صورت معکوس انجام می‌گیرد. در پژوهش خزائی و نیلی (۱۳۹۴) اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به دست آمد و روایی آن با استفاده از نظر متخصصین و معلمان کودکان کم‌شنوا تأیید شد. ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مدیریت هیجان‌ها ۰/۷۳، ادراک دیگران ۰/۶۳ و ابراز وجود ۰/۵۵ و در محاسبه اعتبار با روش بازآزمایی ضریب همبستگی، خرده‌آزمون مدیریت هیجان‌ها ۰/۸۳، خرده‌مقیاس ادراک دیگران ۰/۷۰ و خرده‌آزمون ابراز وجود ۰/۵۷ گزارش شده است (عطارها، ۱۳۸۶).

ب. آموزش خودحمایتی. پروتکل خودحمایتی برای اختلال‌ها یادگیری، ناتوانی ذهنی و سایر اختلال‌ها وجود دارد. پژوهشگر با استفاده از پروتکل‌های ذکر شده و کتب مربوطه مانند راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی (رادفر و حمیدی، ۱۳۸۷)، راهنمای آموزش خودحمایتی در نوجوانان، کتاب خودآگاهی و خودحمایتی (کتلی^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۵) جلسات آموزشی خودحمایتی (جدول ۱)، را طراحی و متناسب با گروه نمونه را بومی‌سازی نمود.

جدول ۱. پروتکل آموزش خودحمایتی

جلسات	اهداف	شرح جلسات	زمان
مقدماتی	۱. آشنایی شرکت‌کننده با پژوهش و پژوهشگر. ۲. هماهنگی زمان برگزاری کلاس.	۱. شرح دادن هدف پژوهش حاضر و آموزش خودحمایتی برای شرکت‌کننده و والدینش. ۲. آشنایی بیشتر والدین و شرکت‌کننده با پژوهشگر	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
اول	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. خودحمایتی را تعریف کند و اجزای آن را نام ببرد. ۲. موقعیت‌هایی که نیاز به خودحمایتی است را نام ببرد. ۳. مفهوم رهبری را شرح دهد.	در ابتدای جلسه توضیحی اجمالی درباره‌ی خودحمایتی و زیر شاخه‌های آن داده می‌شود. به همین منظور «کاربرگ خودحمایتی» توزیع شده و با استفاده از منشور حقوق بیمار و کلیبی کوتاه درباره‌ی رهبری به توضیح مفهوم رهبری و آگاهی از حقوق پرداخته می‌شود. به‌عنوان تکلیف برای جلسه آینده «کاربرگ تکمیلی خودحمایتی» توزیع می‌شود.	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
دوم	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. درباره حقوق خودش به‌عنوان یک شهروند و یک نوجوان صحبت کند. ۲. مسئولیت‌های خود در موقعیت‌های مختلف را شناسایی کند.	ابتدا تکلیف جلسه گذشته بررسی و مفهوم خودحمایتی دوره می‌شود. سپس آموزش جدید که درباره‌ی آگاهی از حق و حقوق است شروع شده و برای درک بهتر شرکت‌کننده از منشور حقوق کودک و نوجوان و منشور حقوق شهروندی استفاده می‌شود. به‌عنوان تکلیف جلسه آینده «کاربرگ آگاهی از حقوق و مسئولیت» در اختیار شرکت‌کننده قرار می‌گیرد.	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
سوم	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. مفهوم خودآگاهی را شرح دهد. ۲. به عزت‌نفس و خودپنداره مثبت و تصویر خود واقع‌بینانه دست یابد. ۳. صریح و واضح در مورد ارزش‌های خود صحبت کند.	ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شده و ابهامات احتمالی شرکت‌کننده برطرف می‌گردد. سپس آموزش جدید که درباره خودآگاهی و افکار اتوماتیک شروع می‌شود. به این منظور از کلیبی کوتاه درباره‌ی خودآگاهی و «کاربرگ نقاط قوت» استفاده کرده و به‌عنوان تکلیف «کاربرگ مصاحبه‌ای درباره‌ی من» و «کاربرگ آنچه مرا خاص می‌کند» توزیع می‌گردد.	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
چهارم	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. ارتباط مؤثر را تعریف و نحوه برقراری آن را شرح دهد. ۲. به مهارت برقراری روابط بین فردی دست یابد. ۳. ابراز وجود کند و به نظرات بقیه احترام بگذارد.	ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس آموزش شروع می‌شود. این جلسه به آموزش و بررسی مفهوم ارتباط، ارتباط کلامی و غیر کلامی، توضیح استراتژی SHARE (Sit/ stand up straight, Have Share a pleasant tone of voice, Activate your thinking, Relax, Engage in eye communication). موانع ارتباط و قاطعیت پرداخته می‌شود. همچنین برای درک بهتر شرکت‌کننده از «کاربرگ پل‌ها و موانع ارتباط صحیح» استفاده می‌شود	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
پنجم	جمع‌بندی مباحث، مرور مفهوم خودحمایتی، دریافت بازخورد از شرکت‌کننده در خصوص جلسات و ختم دوره		۳۰ تا ۴۵ دقیقه

شیوه اجرا:

پژوهشگر دوره‌های آموزشی مرتبط را زیر نظر اساتید مجرب طی کرد و پس از تکمیل و آماده‌سازی پروتکل درمانی و دریافت کد اخلاق، اثربخشی آن را روی دو نوجوان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی و همچنین یک نوجوان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی، تحت نظارت استاد راهنما، ارزیابی نمود. پیش از شروع پژوهش موضوع و روند اجرا به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، رضایت‌نامه کسب شد و همانطور که اخلاق در پژوهش بر اصل امانت‌داری تاکید می‌کند؛ پژوهشگر این اطمینان را به شرکت‌کنندگان داد که تمامی پاسخ‌های آنان و اطلاعات شخصی‌شان محرمانه خواهد ماند و نتایج در صورت تمایل برای ایشان تفسیر خواهد شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش به صورت حضوری و طی ۵ جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) در معرض آموزش خودحمایتی در بیمارستان امام خمینی قرار گرفتند، بدین ترتیب که جلسات آموزشی با تمرکز بر ایجاد احساس توانمندی اعضا و با استفاده از پروتکل آموزش خودحمایتی که توسط پژوهشگر طراحی شده بود، برگزار شد. شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و بعد از اتمام آموزش، در پس‌آزمون و پیگیری دو هفته‌ای و یک ماهه به پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی پاسخ دادند.

• یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون t استفاده شد. شاخص مهارت‌های ارتباطی بر اساس پرسشنامه عطارها (۱۳۸۶) دارای سه عامل مدیریت هیجان، ادراک دیگران و ابراز وجود است. در این قسمت علاوه بر نمره کلی مهارت‌های ارتباطی، نمره عوامل این مهارت نیز مورد بررسی قرار گرفتند. شاخص‌های توصیفی مهارت‌های ارتباطی و عامل‌های آن در جدول ۲ ارائه شده است. در جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات در جلسه نهایی نسبت به آزمون خط پایه ۱ تغییر داشته است. بدین صورت که میانگین نمرات عامل مدیریت هیجان از ۳۶/۲۵ به ۳۹/۷۵، ادراک دیگران از ۳۵/۷۵ به ۳۹/۷۵، ابراز وجود از ۳۰/۷۵ به ۳۲/۷۵ و نمرات کلی مهارت‌های ارتباطی از ۱۰۲/۷۵ در خط پایه به ۱۱۲/۲۵ در پیگیری یک ماهه رسیده است. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل مدیریت هیجان در جدول ۳ ارائه شده است.

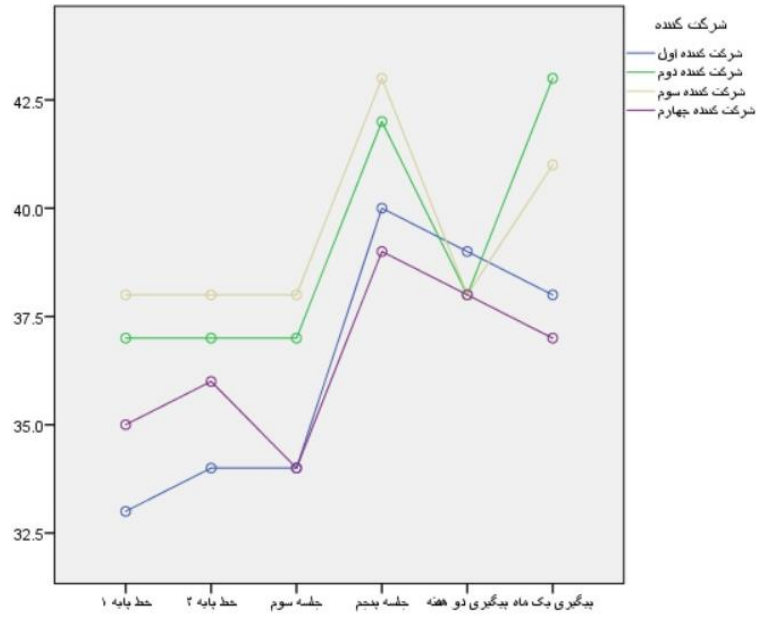
جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های ارتباطی و سه عامل آن

مهارت‌های ارتباطی	ابراز وجود	ادراک دیگران	مدیریت هیجان		
۱۰۲/۷۵	۳۰/۷۵	۳۵/۷۵	۳۶/۲۵	میانگین	خط پایه ۱
۲/۶۵	۱/۷۰	۳/۰۹	۱/۹۴	انحراف استاندارد	
۱۰۳/۷۵	۳۱/۰۰	۳۶	۳۶/۵۰	میانگین	خط پایه ۲
۲/۵۰	۱/۴۱	۳/۰۰	۱/۷۰	انحراف استاندارد	
۱۰۳/۰۰	۳۰/۷۵	۳۶/۵۰	۳۵/۷۵	میانگین	جلسه سوم آموزش
۲/۹۴	۱/۷۰	۱/۵۰	۲/۰۶	انحراف استاندارد	
۱۱۵/۵۰	۳۳/۰۰	۴۱/۵۰	۴۱/۰۰	میانگین	جلسه پنجم آموزش
۲/۶۴	۱/۴۱	۳/۱۰	۱/۸۲	انحراف استاندارد	
۱۰۸/۲۵	۳۱/۰۰	۳۹/۰۰	۳۸/۲۵	میانگین	پیگیری دو هفته
۲/۷۵	۱/۴۱	۱/۱۵	۰/۵۰	انحراف استاندارد	
۱۱۲/۲۵	۳۲/۷۵	۳۹/۷۵	۳۹/۷۵	میانگین	پیگیری یک‌ماهه
۴/۰۳	۲/۲۱	۱/۲۵	۱/۷۵	انحراف استاندارد	

جدول ۳. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل مدیریت هیجان

شرکت‌کننده‌ها	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم	مراحل آموزش
۳۸	۳۵	۳۸	۳۴	۳۸	خط پایه ۱
۳۹	۳۵	۳۹	۳۳	۳۹	خط پایه ۲
۴۰	۳۷	۳۹	۳۰	۴۰	جلسه سوم
۴۴	۴۲	۴۳	۳۷	۴۴	جلسه پنجم
۳۸	۴۰	۴۰	۳۸	۳۸	پیگیری دو هفته
۴۱	۴۰	۴۰	۳۸	۴۱	پیگیری یک ماه
۵/۱۲	۱۴/۲۸	۲/۵۶	۱۵/۱۵	۵/۱۲	درصد بهبودی

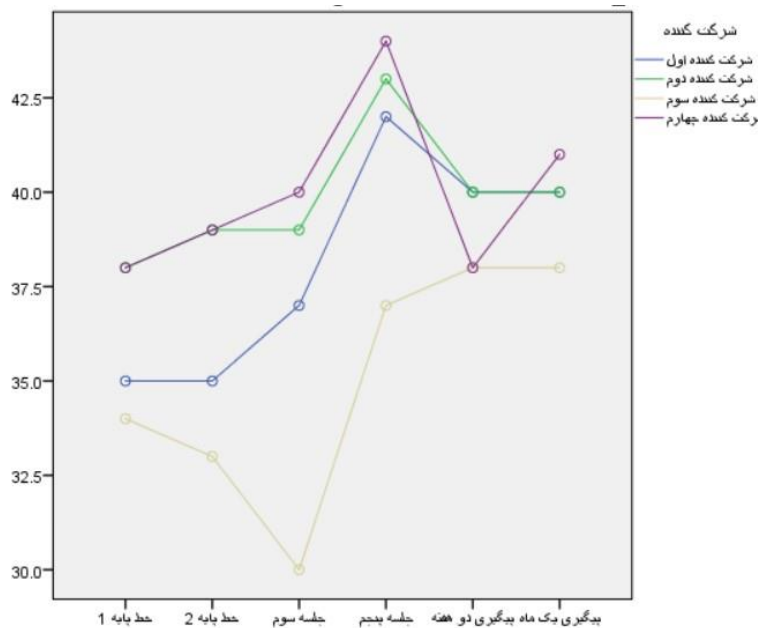
مطابق با نمودار ۱ نمرات هر ۴ شرکت‌کننده در خرده مقیاس مدیریت هیجان روند افزایشی و صعودی دارد. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل ادراک دیگران در جدول ۴ ارائه شده است.



نمودار ۱. نمرات مدیریت هیجان در مراحل آموزش

جدول ۴. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل ادراک دیگران

شرکت‌کننده‌ها				
مراحل آموزش	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم
خط پایه ۱	۳۳	۳۷	۳۸	۳۵
خط پایه ۲	۳۴	۳۷	۳۸	۳۶
جلسه سوم	۳۴	۳۷	۳۸	۳۴
جلسه پنجم	۴۰	۴۲	۴۳	۳۹
پیگیری دو هفته	۳۹	۳۸	۳۸	۳۸
پیگیری یک ماه	۳۸	۴۳	۴۱	۳۷
درصد بهبودی	۱۱ / ۷۶	۱۶ / ۲۱	۷ / ۸۹	۲ / ۷۷



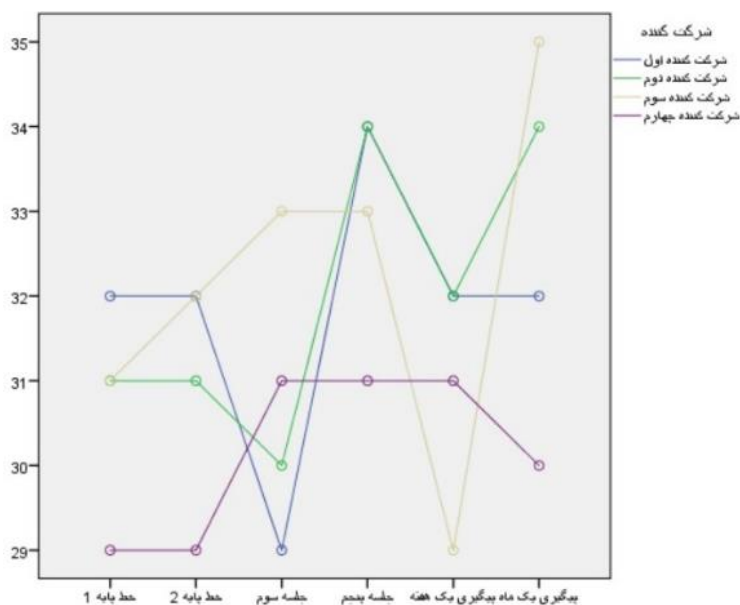
نمودار ۲. نمرات ادراک دیگران در مراحل آموزش

مطابق با نمودار ۲ نمرات هر چهار شرکت کننده، افزایش ادراک دیگران در این موقعیت را نشان می‌دهد و این به معنای روند صعودی نمودار و بهبود در متغیر وابسته است. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در عامل ابراز وجود در جدول ۵ ارائه شده است.

مطابق با نمودار ۳ نمرات هر چهار شرکت کننده، افزایش ابراز وجود در این موقعیت را نشان می‌دهد و این به معنای روند صعودی نمودار و بهبود در متغیر وابسته است. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در نمره کل مهارت‌های ارتباطی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در عامل ابراز وجود

شرکت کننده‌ها				
مراحل آموزش	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده چهارم
خط پایه ۱	۳۲	۳۱	۳۱	۲۹
خط پایه ۲	۳۲	۳۱	۳۲	۲۹
جلسه سوم	۲۹	۳۰	۳۳	۳۱
جلسه پنجم	۳۴	۳۴	۳۳	۳۱
پیگیری دو هفته	۳۲	۳۲	۲۹	۳۱
پیگیری یک ماه	۳۲	۳۴	۳۵	۳۰
درصد بهبودی	۰	۹/۶۷	۹/۳۷	۳/۴۴



نمودار ۳. نمرات ابراز وجود در مراحل آموزش

جدول ۶. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در نمره کل مهارت‌های ارتباطی

شرکت کننده‌ها				
مراحل آموزش	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده چهارم
خط پایه ۱	۱۰۰	۱۰۶	۱۰۳	۱۰۲
خط پایه ۲	۱۰۱	۱۰۷	۱۰۳	۱۰۴
جلسه سوم	۱۰۰	۱۰۶	۱۰۱	۱۰۵
جلسه پنجم	۱۱۶	۱۱۹	۱۱۳	۱۱۴
پیگیری دو هفته	۱۱۱	۱۱۰	۱۰۵	۱۰۷
پیگیری یک ماه	۱۱۰	۱۱۷	۱۱۴	۱۰۸
درصد بهبودی	۸/۹۱	۹/۳۴	۱۰/۶۷	۳/۸۴

مطابق با نمودار ۴ نمرات هر چهار شرکت‌کننده، افزایش مهارت‌های ارتباطی در این موقعیت را نشان می‌دهد و این به معنای روند صعودی نمودار و بهبود در متغیر وابسته است.

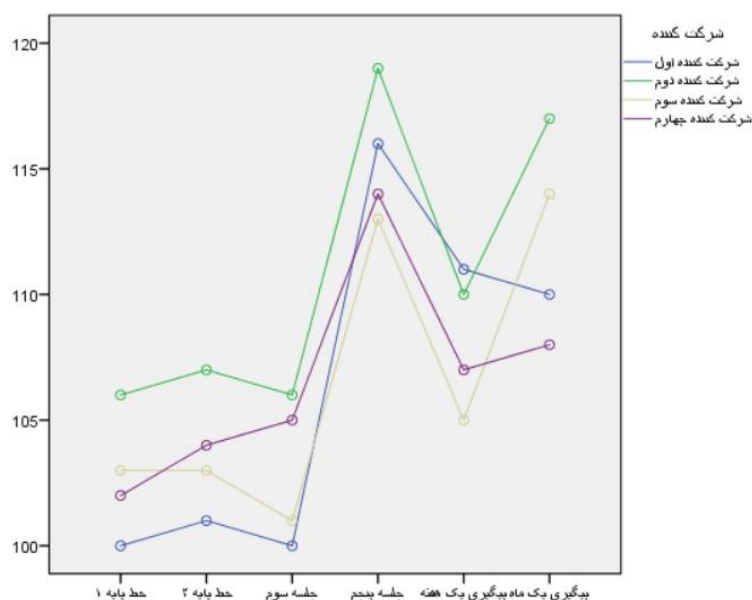
همان‌طور که از جدول ۳ قابل مشاهده است نمرات کسب شده در عامل مدیریت هیجان، بیانگر سیر صعودی مدیریت هیجان در فرآیند آموزش در مرحله پیگیری یک ماهه است که این روند بهبود ۱۴/۲۸ درصد برای شرکت‌کننده اول، ۲/۵۶ درصد برای شرکت‌کننده دوم، ۱۵/۱۵ درصد برای شرکت‌کننده سوم و ۵/۱۲ درصد برای شرکت‌کننده چهارم را نشان می‌دهد.

همچنین تغییرات در عامل ادراک دیگران در جدول ۴، افزایش نمرات ادراک دیگران را در تمام شرکت‌کننده‌ها نشان می‌دهد و درصد بهبودی برای شرکت‌کننده اول ۱۱/۷۶ درصد، برای شرکت‌کننده دوم ۱۶/۲۱ درصد، شرکت‌کننده سوم ۷/۸۹ و برای شرکت‌کننده چهارم ۲/۷۷ درصد است.

جدول ۵ نمرات شرکت‌کننده‌ها در عامل ابراز وجود را نشان می‌دهد و میزان درصد بهبودی برای شرکت‌کننده اول صفر درصد، برای شرکت‌کننده دوم ۹/۶۷ درصد، شرکت‌کننده سوم ۹/۳۷ و برای شرکت‌کننده چهارم ۳/۴۴ درصد می‌باشد.

به‌طور کلی یافته‌های به‌دست آمده در جدول ۶ نشان دادند که میزان بهبودی کلی در مهارت‌های ارتباطی برای شرکت‌کننده اول ۸/۹۱ درصد، برای شرکت‌کننده دوم ۹/۳۴ درصد، شرکت‌کننده سوم ۱۰/۶۷ درصد و برای شرکت‌کننده چهارم ۳/۸۴ درصد بود.

در جدول ۷ نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین نمرات آزمون نهایی و پیگیری نهایی، برای بررسی ماندگاری اثر آموزش خودحمایتی آمده است؛ نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت میانگین جلسه نهایی و جلسه پیگیری نهایی در نمره کل مهارت‌های ارتباطی و سه عامل مدیریت هیجان، ادراک دیگران و ابراز وجود بالاتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) و نشان می‌دهد که نتایج جلسه نهایی و پیگیری نهایی تفاوت معناداری نداشته و آموزش خودحمایتی اثر ماندگاری بر مهارت‌های ارتباطی و خرده مقیاس‌های آن برای نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی دارد.



نمودار ۴. نمرات مهارت‌های ارتباطی در مراحل آموزش

جدول ۷. نتایج آزمون‌های t همبسته برای مقایسه میانگین نمرات جلسه آزمون نهایی و پیگیری نهایی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	T	Df	P-Value
مدیریت هیجان	۱/۲۵	۱/۵۰	۰/۷۵	۱/۶۶	۳	۰/۱۹۴
ادراک دیگران	۱/۷۵	۱/۸۹	۰/۹۴	۱/۸۴	۳	۰/۱۶۲
ابراز وجود	۰/۲۵	۱/۷۰	۰/۸۵	۰/۲۹	۳	۰/۷۸۹
مهارت‌های ارتباطی	۳/۲۵	۳/۴۰	۱/۷۰	۱/۹۱	۳	۰/۱۵۲

● بحث

در بررسی پژوهش مبنی بر اینکه «آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی مؤثر است»، نتایج این پژوهش با یافته‌های پارادیز و همکاران (۲۰۱۸)، والش-بورک و مارکوسن (۱۹۹۹) و نوروزی و کریمی (۱۳۹۶) همسو است.

پارادیز و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این اشاره کردند که برای گسترش توانایی خودحمایتی افرادی که اوتیسم دارند باید اطلاعات دقیقی از نیازها و آرزوهای‌شان به آنها داد. یادگیری مهارت‌های خودحمایتی احتمال ارتباطات آنها با دیگران را افزایش می‌دهد که این قضیه به نوبه خود تأثیر مثبتی بر روابط میان‌فردی آنان می‌گذارد. همچنین نوروزی و کریمی (۱۳۹۶) در پژوهش خود بیان کردند که این برنامه سهم بسزایی در افزایش اعتماد به نفس، رشد مهارت‌های اجتماعی، احساس شایستگی، تقویت خودپنداره و هویت اجتماعی و در نهایت تقویت مهارت‌های شغلی و نیل به استقلال در افراد دارای کم‌توانی ذهنی داشته است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، سرطان باعث می‌شود که مسئولیت‌ها و در مواردی نقش‌های افراد دگرگون شده و شرایط جدیدی فراهم گردد که انطباق و سازگاری با این شرایط یا پذیرش نقش‌ها و مسئولیت‌ها برای افراد مشکل است. از طرفی پیامدهای روانشناختی ناشی از بیماری، مثل اضطراب، افسردگی و استرس نه فقط بیمار بلکه سایر اعضای خانواده را متأثر می‌کند و این می‌تواند در کاهش کیفیت روابط بین فردی افراد مؤثر باشد. بیماری سرطان به دلیل ماهیت مزمن، ناتوان‌ساز تلقی می‌گردد و این بیماران همواره دچار نوعی استرس مزمن هستند و در نتیجه نمی‌توانند ارتباط خوب و مؤثری با دیگران برقرار کنند. این افراد به دلیل خلق افسرده ناشی از بیماری، به انزوا و کناره‌گیری از دیگران گرایش دارند که روابط اجتماعی آنها را مختل می‌کند. از سویی از آنجا که قدرت ابراز در آنها ممکن است به دلایل طبیعی پیش از بیماری پایین باشد و در حین بیماری نیز کاهش بیشتری پیدا کند، این افراد بیش از سایر افراد عادی دچار مشکلات ارتباطی و انتقال افکار و هیجانات خود می‌شوند (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۸).

بنابراین باید گفت یکی از ابعاد خودحمایتی ارتباط مشارکتی و مؤثر با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است. رفتارهای کلیدی مهارت برقراری ارتباط شامل پرسیدن سؤالات، به اشتراک گذاشتن نظرات و ترجیحات، بحث در مورد تجربیات شخصی و بیان علنی نگرانی‌ها است (آلپرت و همکاران^{۳۱}، ۲۰۱۹). افراد ممکن است به دلیل فشارهای زمانی یا ارتباط‌های ضعیف بین فردی ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در برقراری ارتباط با یکدیگر مشکل داشته باشند (هاگان و همکاران، ۲۰۱۷). مهارت‌های ارتباطی می‌تواند زمینه مشترکی را بین افراد مبتلا به سرطان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کند: آنها می‌توانند چالش‌های پیش روی خود را برطرف کنند، نگرانی‌ها متقابلاً رد و بدل می‌شود و در مورد تصمیمات درمانی مذاکره می‌شود (اید و ناهودسرفتی^{۳۲}، ۲۰۱۵). گاهی اوقات این بدان معناست که افراد باید صریحاً آنچه را که نیاز دارند درخواست کنند یا با احترام توصیه‌هایی را که ترجیح نمی‌دهند رد کنند.

در حالی که بعد اول خودحمایتی بر فرد در محیط مراقبت‌های بهداشتی متمرکز است، بعد دیگر بر نحوه خودحمایتی با تقویت قدرت از طریق ارتباط با دیگران تمرکز می‌کند. رفتارهای کلیدی شامل حمایت از دیگران، به اشتراک گذاشتن تجربیات خود در مورد سرطان با دیگران و افزایش آگاهی در مورد سرطان است. این رفتارها در فضاهای درون‌فردی و بین‌فردی رخ می‌دهد. از لحاظ فردی، افراد خود ادراک خود را دوباره ارزیابی می‌کنند، ارزش خود را به‌عنوان فردی مبتلا به سرطان تعیین می‌کنند و از طریق ارتباط با خود قدرت می‌گیرند (توماس و همکاران^{۳۳}، ۲۰۲۱). افراد با حمایت از دیگر افراد مبتلا به سرطان از خود حمایت می‌کنند و اغلب بیماری خود را به‌عنوان فرصتی برای ارتباط با دیگران و افزایش آگاهی در مورد سرطان تفسیر می‌کنند. همان‌طور که موک و مارتینسون (۲۰۰۰) توصیف کردند، "بیماران مبتلا به سرطان وقتی می‌فهمند که یک رابطه مشترک دارند، از یکدیگر قدرت می‌گیرند. در روند به اشتراک گذاشتن احساسات و تجربیات خود در مورد بیماری، در مورد شرایط و رنج خود تجدیدنظر می‌کنند." در حالی که مشارکت در چنین حمایتی از همسالان ممکن است همیشه نتایج افراد را بهبود ندهد و گاهی حتی باعث ناراحتی شود (کوویت و همکاران^{۳۴}، ۲۰۱۹).

● نتیجه‌گیری

مهارت خودحمایتی مهارتی لازم و حیاتی برای افراد مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی است. زیرا پس از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی افراد موی سر خود را از دست داده و به دنبال آن دچار خجالت از ظاهر، ناراحتی و کمبود اعتماد به نفس

می‌شوند در نتیجه تمایل به بودن در اجتماع کاهش می‌یابد و ارتباطشان آسیب جدی می‌بیند. مهارت خودحمایتی به دلیل دارا بودن آموزش‌هایی نظیر مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی و رهبری باعث می‌شود تا مبتلایان به سرطان با حقوق خود آشنا شوند، بتوانند اعتماد به نفس از دست رفته را بازیابند، نسبت به خود و ویژگی‌های‌شان به شناخت درستی برسند و در نهایت در موقعیت‌های مختلف رفتار مناسبی از خود نشان دهند. آموزش این مهارت به نوجوانان بسیار توصیه می‌شود زیرا همانطور که اشاره شد نوجوانی دوره‌ای حساس است و به خودی خود همراه با بحران‌های گوناگونی است. یادگیری این مهارت می‌تواند کمک قابل توجهی به نوجوانان، مخصوصاً نوجوانان آسیب دیده بکند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، کمبود منابع فارسی و کتب ترجمه شده در زمینه آموزش خودحمایتی است. همچنین تحقیق در مورد نوجوانان ۱۵-۱۲ سال مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی در شهر تهران انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. نیز با توجه به شرایط جسمانی شرکت‌کنندگان (به دلایلی اعم از ضعف جسمانی ناشی از شیمی‌درمانی و عمل‌های پیشین و همچنین بی‌حوصلگی به دلیل خستگی ناشی از درمان) امکان برگزاری جلسات بیشتر مقدور نبود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های پیش‌تری در سایر گروه‌ها و جوامع دیگر صورت گیرد تا بتوان در مورد میزان استفاده از آموزش خودحمایتی بهتر قضاوت کرد و نیز در پژوهش‌های بعدی، به بررسی تأثیر آموزش خودحمایتی بر افزایش عزت‌نفس، تنظیم هیجان، تاب‌آوری و سازگاری نوجوانان مبتلا به سرطان بپردازند. از آنجا که آموزش خودحمایتی بر نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی انجام شده و نتایج به دست آمده اثربخشی این آموزش را نشان می‌دهد، لذا به‌کارگیری آموزش خودحمایتی در مراکز درمانی مرتبط با نوجوانان مبتلا به سرطان می‌تواند در جهت بهبود فاکتورهای روان‌شناختی مهم نظیر مهارت برقراری و حفظ ارتباط اثربخش باشد.

• منابع

- اکبرزاده، مرضیه؛ نادری، طاهره؛ دباغ‌منش، محمدحسین؛ زارع، زهرا؛ طباطبایی، حمیدرضا (۱۳۹۰). شیوع آلپسی آندروژنتیک در دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله شهر شیراز. *پوست و زیبایی*. ۲ (۴): ۲۲۱-۲۲۸.
- حسینی، سیدرحمان؛ اژه‌ای، جواد؛ غلامعلی‌لواسانی، مسعود؛ خلیلی، شیوا (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و واقعیت‌درمانگری بر افزایش سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی در نوجوانان. *مجله روانشناسی* ۲۱(۲): ۱۳۲-۱۱۸.
- خنیفر، حسن؛ پورحسینی، مژده (۱۳۹۱). مهارت‌های زندگی. ناشر: مرکز نشر هاجر (وابسته به مرکز مدیریت حوزه‌های علمیه خواران) قم: هاجر.
- زینالی، شیرین (۱۳۹۷). تأثیر ذهن آگاهی شناخت محور بر باورهای ناکارآمد، خودگویی و خودتنظیم‌گری بیماران مبتلا به سرطان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۱۳ (۴۸): ۱۳.
- شفیعی، رضوان؛ صالح‌زاده، مریم؛ دهقانی، فهیمه؛ مرتضوی‌زاده، محمدرضا (۱۳۹۸). نقش ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت بر کیفیت روابط بین فردی بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۱۳ (۲): ۳۳-۴۴.
- عطارها، نعیمه (۱۳۸۶). ساخت و هنجاریابی آزمون مهارت‌های ارتباطی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آن. *انتشارات روان‌سنجی*.
- ملکی، مصطفی؛ حسین، محقق؛ صفدر، نبی‌زاده (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای بازخورد خشم در رابطه بین ناگویی هیجان و مهارت‌های ارتباطی. *مجله روانشناسی*. ۲۳، ۳-۳۰۲-۲۸۶.
- موسوی شریف، سمانه سادات؛ نقش، زهرا؛ قاسم‌زاده، سوگند (۱۴۰۱). رابطه معلم شاگرد و کمک‌طلبی: نقش واسطه‌ای اهداف پیشرفت و انگیزه پیشرفت. *مجله روانشناسی*. ۲۶، ۱۰۰-۱۱۰-۳.
- میرباقر، زهرا؛ نصرآبادی، طاهره؛ نصرالله، سپیده (۱۳۹۹). اثر استفاده از کلاه سرد بر ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه تجربی در تهران. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۱۳ (۱): ۱۷-۲۳.
- نوروزی، قاسم؛ کریمی، عاطفه (۱۳۹۶). معرفی رویکرد خود-وکیلی و بررسی مروری تأثیرات آن به عنوان روشی مناسب برای توانمندسازی افراد دارای کم‌توانی ذهنی. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۶ (۱۴۹): ۴۹-۵۸.
- نیکخواه بیدختی، اسماء؛ نجفی، فرشته؛ قلجایی، فرشته (۱۳۹۸). بررسی تأثیر دلقک درمانی بر افسردگی کودکان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. *مجله پرستاری کودکان*. ۶ (۲): ۴۶-۵۲.

- Bleyer, W. A. (2002). Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology: The Official Journal of SIOP—International Society of Pediatric Oncology (Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique)*, 38(1), 1-10.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424.
- Cash, T. F. (2001). The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clinics in Dermatology*, 19(2), 161–166.
- Cambric, M. (2019). The Relationship between Chronic Health Conditions and Health Literacy, Resiliency and Support/ Self-advocacy in Youth. *University of South Florida*.
- Clark E, Stovall E (1996) Advocacy: the cornerstone of cancer survivorship. *Cancer Prac* 5:239–244
- Dryden, E. M., Desmarais, J., & Arsenault, L. (2017). Effectiveness of IMPACT: Ability to Improve Safety and Self-Advocacy Skills in Students with Disabilities-Follow-Up Study. *Journal of School Health*, 87(2), 83–89. doi:10.1111/josh.12474
- Eid M, Nahon-Serfaty I. (2015). Risk, activism, and empowerment. *Int J Civ Engagem Soc Chang*; 2(1):43–64
- Farhood, B., Geraily, Gh., & Alizadeh, A. (2018). Incidence and Mortality of Various Cancers in Iran and Compare to Other Countries: A Review Articl. *Iran J Public Health*. 47(3), 309–316.
- Hagan T, Rosenzweig M, Zorn K, van Londen J, Donovan H. (2017). Perspectives on self-advocacy: comparing perceived uses, benefits, and drawbacks among survivors and providers. *Oncol Nurs Forum*. 2017; 44(1):52–59.
- Hawley, L., Gerber, D., & Morey, C. (2017). Improving personal self-advocacy skills for individuals with brain injury: A randomized pilot feasibility study. *Brain Injury*, 31(3), 290–296. doi:10.1080/02699052.2016.1250952
- Kowitt SD, Ellis KR, Carlisle V, et al. (2019). Peer support opportunities across the cancer care continuum: a systematic scoping review of recent peer-reviewed literature. *Support Care Cancer*; 27(1):97–108.
- Madi, D., & Clinton, M. (2018). Pain and its impact on the functional ability in children treated at the children's cancer center of Lebanon. *Journal of pediatric nursing*, 39, e11-e20.
- Morhun, J. M., Racine, N. M., Guilcher, G. M. T., Tomfohr-Madsen, L. M., & Schulte, F. S. M. (2021). Health-related quality of life and well-being in parents of infants and toddlers with cancer. *Current Oncology*, 27(2), e206.
- Paradiz V, Kelso S, Nelson. Earl A. (2018). Essential Self-Advocacy and Transition. S373-S377.
- Pennell, R. L. (2001). Self Determination and self-advocacy: Shifting the Power. *Journal of Disability Policy Studies*, 11(4), 223-227.
- Pennington, R. C., Bross, L. A., Mazzotti, V. L., Spooner, F., & Harris, R. (2021). A Review of Developing Communication Skills for Students with Intellectual and Developmental Disabilities on College Campuses. *Behavior Modification*, 45(2), 272-296.
- Peterson, R. K. & Katzenstein, J. M. (2018): Working memory and processing speed among pediatric brain tumor patients treated with photon or proton beam radiation therapy. *Children's Health Care*. 48(2), 131-141.
- Poetz, C. L. (2003). Reflections on 30 years of involvement in self-advocacy. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(1), 84–86.
- Price, R. A. (2018). Teaching Self-Advocacy for Disability Rights to Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities Through a Behavior Skills Training Approach. Michigan State University, *ProQuest Dissertations Publishing*, 2018. 1080868
- Sayed S, Elmiyeh B, Rhys Evans P, et al. Quality of life and outcomes research in head and neck cancer: a review of the state of the discipline and likely future directions. *Cancer Treat Rev*. 2009; 35:397.
- Saraswat, N., Chopra, A., Sood, A., Kamboj, P., & Kumar, S. (2019). A descriptive study to analyze chemotherapy-induced hair loss and its psychosocial impact in adults: Our experience from a tertiary care hospital. *Indian dermatology online journal*, 10(4), 426.
- Schmidt, E. K., Faieta, J., & Tanner, K. (2019). Scoping Review of Self-Advocacy Education Interventions to Improve Care. OTJR: Occupation, *Participation and Health*, 153944921986058.
- Tan, M. (2007). Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 30(6), 498-504.
- Thomas, T. H., Donovan, H. S., Rosenzweig, M. Q., Bender, C. M., & Schenker, Y. (2021). A Conceptual Framework of Self-advocacy in Women with Cancer. *ANS. Advances in nursing science*, 44(1), E1.
- Traustadottir, R. (2006). Learning about self-advocacy from life history: a case study from the United States*. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(3), 175–180.
- Utami, A. R., & Pudjiati, S. R. R. (2019, August). The Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy to Decrease Aggressive Behavior in a Child with Alopecia. In *2nd International Conference on Intervention and Applied Psychology (ICIAP 2018)*. Atlantis Press.
- Walsh-Burke, K., & Marcusen, C. (1999). Self-Advocacy Training for Cancer Survivors. *The Cancer Survival Toolbox. Cancer Practice*, 7(6), 297–301.
- Wils, R., Jacob, A. R., Daniel, E. S., Chacko, R. T., & Reka, S. (2019). Distress and coping in cancer patients experiencing chemotherapy-induced alopecia. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 20(1), 60.
- Wolf, J. J., & Hudson Baker, P. (2018). Alopecia Areata: Factors That Impact Children and Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 074355841876824.
- World Health Organization (2018). Global Health Observatory. Geneva: *World Health Organization*;

اثربخشی برنامه توالی واجی لیندامود بر کارکرد اجرایی دانش‌آموزان با اختلال خواندن Effectiveness of Lindamood Phonological Sequence Program on Executive Function of Students with Dyslexia

Mina Tahmoures MSc

Somayeh-Sadat Sadati-Firoozabadi PhD ✉

مینا طهمورث^۱

سمیه سادات ساداتی فیروزآبادی^۲

Abstract

The purpose of the current research was Evaluation of effectiveness of Lindamood phonological sequence program on Executive function of students with Dyslexia. The method of research was experimental. In order to conduct this research Thirty students with reading disorders who referred to the Learning Disabilities Center of Larsson in the academic year 1399-1400 were selected by convenience sampling method and randomly divided into experimental and control groups. The Executive Functional Behavior Rating Questionnaire (BRIEF) was presented to the experimental group as a pre-test for both groups and the Linda mood phonological sequence program for 16 sessions of intensive intervention. Immediately after the training, both groups participated in the post-test and after one month in the follow-up training analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. Overall, the results of the present study show that the Lindamood phonological sequence program has improved executive function in students with dyslexia. The findings also showed that using of visualizing and verbalizing program in Lindamood phonological sequence program improves cognitive skills in executive function.

Keywords: Dyslexia, Linda Mood Phonological Sequence Program, Executive Function.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه توالی واجی لیندامود بر کارکرد اجرایی دانش‌آموزان با اختلال خواندن انجام شد. روش پژوهش از نوع آزمایشی بود. تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به مرکز اختلال‌های یادگیری شهر لارستان مراجعه کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه درجه‌بندی رفتاری کارکرد اجرایی (بریف) به عنوان پیش‌آزمون هر دو گروه و برنامه توالی واجی لیندامود به مدت ۱۶ جلسه مداخله فشرده به گروه آزمایش ارائه گردید. بلافاصله پس از اتمام آموزش، هر دو گروه در پس‌آزمون و پس از یک ماه در آموزش پیگیری شرکت کردند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در کارکرد اجرایی بین دو گروه وجود دارد. بدین صورت که گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری عملکرد بهتری داشته است. به‌طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه توالی واجی لیندامود منجر به بهبود کارکرد اجرایی در دانش‌آموزان با اختلال خواندن شده است. به این صورت که استفاده از برنامه تجسم و کلام‌سازی در برنامه توالی واجی لیندامود، منجر به بهبود مهارت‌های شناختی در کارکرد اجرایی شده است.

واژه‌های کلیدی: اختلال خواندن، برنامه توالی واجی لیندامود، کارکرد اجرایی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۲/۳۱ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۵/۴

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

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

● مقدمه

یکی از شایع‌ترین انواع اختلال‌های یادگیری (learning disorders)، اختلال در خواندن (reading disorder) یا نارساخوانی (dyslexia) است (صبأغی و همکاران، ۱۳۹۶). بر اساس تعریف DSN-5، اختلال خواندن یکی از مشکلات مهم یادگیری است که با مشکل در درست خواندن کلمات، دقت در خواندن، روان‌خوانی، رمزگشایی ضعیف و املائی ضعیف مشخص می‌شود (اسنولینگ و همکاران، ۲۰۲۰). میزان شیوع اختلال خواندن در بین کودکان دبستان ۱۰ تا ۱۵ درصد برآورد شده است (هالاها و همکاران، ۲۰۱۴؛ ترجمه عزیززاده و همکاران، ۱۳۹۵). اختلال خواندن اصطلاحی گسترده است که می‌تواند در آگاهی واج‌شناختی، رمزگشایی املا، حافظه شنوایی کوتاه‌مدت، نام‌گذاری سریع، درک مطلب (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۰)، کارکردهای اجرایی (پاپاناستاسیوس، ۲۰۱۷)، فدایی و همکاران، ۲۰۱۷، سیاوشی‌فر و همکاران، ۱۳۹۹) و توجه (فری و بوس، ۲۰۱۸) مشکلاتی ایجاد کند.

یکی از مشکلات دانش‌آموزان با اختلال خواندن، کارکرد اجرایی (executive function) است. کارکرد اجرایی شامل مهارت‌های شناختی پیچیده است که هدف آن انجام تکالیف برای رسیدن به هدف، توانایی تأخیر و بازداری پاسخ و برنامه‌ریزی به‌وسیله حافظه کاری است (بریتنی و همکاران، ۲۰۱۸). کارکرد اجرایی دارای مؤلفه‌هایی است از جمله برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل توجه، حافظه کاری کلامی و فضایی که ارتباط نزدیکی نیز با هم دارند (وفا و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال سه مؤلفه اصلی کارکرد اجرایی شامل کنترل مهاری، حافظه فعال و انعطاف‌پذیری شناختی است. در پژوهش ارجمندنیا (۱۳۹۱)، به نقش حافظه فعال به عنوان یکی از مهارت‌های شناختی پایه در کارکرد اجرایی پرداخته شده است که اساس یادگیری است و اثبات شده که می‌تواند بیشتر از بهره هوشی در یادگیری نقش داشته باشد (طولابی و متولی‌زاده، ۱۴۰۰). در نهایت می‌توان نتیجه گرفت کارکردهای اجرایی نقش مهمی در بهبود درک مطلب دارند (باربر و همکاران، ۲۰۲۰). اگر نقص در کارکرد اجرایی در کودکان ابتدایی ادامه یابد و بهبود پیدا نکند، می‌تواند مشکلاتی در تکالیف مدرسه و مهارت‌های اجتماعی به وجود آورد (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۸).

کارکردهای اجرایی به افراد کمک می‌کند تا تکالیف درسی، مشکلات هوشی و تحصیلی را مدیریت و حل کنند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸). مطالعات یادآور می‌شوند که کارکردهای اجرایی با پیشرفت تحصیلی، شغلی و همچنین تعاملات و سازگاری اجتماعی ارتباط معناداری دارند. در کارکرد اجرایی باعث کاهش موفقیت‌های تحصیلی و افزایش رفتارهای پرخطر می‌شود. بنابراین کودکان با اختلال یادگیری خاص نسبت به کودکانی که فاقد این اختلال می‌باشند در کارکردهای اجرایی از قبیل حافظه فعال، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و استدلال نمرات کمتری را به دست می‌آورند (عباسی فشمی و همکاران، ۱۳۹۹).

تحقیقات اخیر از جمله پژوهش پاپاناستاسیوس (۲۰۱۷) نشان می‌دهد کودکان دارای ناتوانی یادگیری در کارکرد اجرایی مشکل عمده‌ای دارند. اسپنسر و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیق خود به بررسی رابطه بین زبان شفاهی، رمزگشایی و دو مؤلفه کارکرد اجرایی (انعطاف‌پذیری شناختی و حافظه کاری) و درک مطلب پرداختند و تأیید شد که کارکرد اجرایی به‌خصوص در بهبود درک مطلب نقش بالقوه‌ای دارد. در پژوهش ناجی و همکاران (۱۳۹۹)، به نقش آموزش حافظه فعال واج‌محور بر بهبود توانایی خواندن در دانش‌آموزان نارساخوان پرداخته شده است. در پژوهش هوروویتس-کراوس و همکاران (۲۰۲۰) مشخص شد که کودکان دارای ناتوانی در خواندن در کارکردهای اجرایی دچار اشکال هستند. در تحقیق ناشون، فرح و هوروویتس-کراوس (۲۰۲۰) گزارش شده است که افرادی که در خواندن مشکل دارند به‌طور قابل توجهی در کارکردهای اجرایی نیز دچار ضعف هستند. همچنین در پژوهشی دیگر به نقش کارکردهای اجرایی بر درک مطلب هنگامی که مهارت رمزگشایی کودکان بهبود یابد، تأکید شده است (ناونز و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به اهمیت مشکلات افراد با اختلال خواندن درمان‌های مختلفی برای کاهش این گونه نقص‌های آنها وجود دارد که شامل آگاهی واج‌شناختی (مرسنیک و پانکوچار، ۲۰۲۰)، قصه‌گویی (شهبازی و همکاران، ۲۰۲۰)، نوروفیدبک و یادگیری چندحسی (ارولو، ۲۰۲۰)، برنامه داوسون-گویش و راهبردهای شناختی (سیاوشی‌فر و همکاران، ۱۳۹۹)، عصب روان‌شناختی، حرکات ریتمیک و توانمندسازی شناختی (رهنما و همکاران، ۱۳۹۹)، موسیقی درمانی (دونگ، ۲۰۲۰) و سایر موارد است.

یکی از رویکردهای نوین موج سومی که امروزه محور توجه بسیاری از پژوهشگران است و اثرات سودمندی را برای دانش‌آموزان

با اختلال خواندن داشته است، رویکرد مبتنی بر توالی واجی لیندامود (Lindamood phonological sequence program) است. برنامه لیندامود بل، توسط نانسی بل، پاتریشیا لیندامود و فیلیس لیندامود توسعه یافته است. فیلیس لیندامود در اواخر دهه ۱۹۶۰، با نام تبعیض شنوایی در عمق (auditory discrimination in depth) ساخته شد و در سال ۱۹۹۸ به لپس تغییر نام یافت. هدف اصلی این برنامه، تحریک آگاهی واج‌شناختی است (تورگسن و همکاران، ۱۹۹۷، ارمن، ۲۰۱۲). همچنین به دانش‌آموزان در گفتار، هجی کردن و خواندن کمک می‌کند. در این رویکرد تلاش دانش‌آموزان بر ادغام اطلاعات حسی (شنیدن، دیدن و احساس)، سپس دریافت بازخورد از این حواس برای کمک به رشد آگاهی واج‌شناختی و رمزگشایی است (لیندامود و لیندامود، ۱۹۹۸، لان، ۲۰۰۶). این رویکرد دارای دو مداخله مبتنی بر آگاهی واج‌شناختی با استفاده از برنامه سینگ استارز (Seeing Stars) و درک مطلب با استفاده از برنامه تجسم و کلام‌سازی (visualizing and verbalizing) است (بیکفورد ریورا، ۲۰۰۷). سینگ استارز، برنامه‌ای مکمل برنامه لیندامود است. دانش‌آموزانی که در رمزگشایی کلمات و روان‌خوانی مشکل دارند برای تبدیل شدن به خوانندگان برتر، تکنیک‌های تجسم و آگاهی از زبان را از طریق تصویرسازی نمادی یاد می‌گیرند. در حالی که لیندامود دستورالعمل‌ها را مستقیماً بر پردازش واجی متمرکز می‌کند، سینگ استارز با تأکید بر سایر سیستم‌های شناختی، مانند زبان و بینایی، از یک استراتژی جبرانی استفاده می‌کند (لیندامود بل، ۲۰۱۳). برنامه تجسم دیداری و کلام‌سازی، تصویرسازی مفهومی را توسعه می‌دهد (بیکفورد ریورا، ۲۰۰۷). در تحقیقات خارج از کشور، کریستودولو و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به یک مداخله فشرده خواندن تحت عنوان برنامه توالی واجی لیندامود پرداخته است. در یک مداخله فشرده هشت هفته‌ای تأثیر مثبتی بر روان‌خوانی، رمزگشایی و درک مطلب دانش‌آموزان دچار مشکلات خواندن داشته است (دونلی و همکاران، ۲۰۱۹). در تحقیقات داخل کشور از جمله پهلوان‌نشان، پهلوان‌نشان و رستمی راوری (۱۳۹۵) دریافتند یکی از مهم‌ترین عواملی که با مشکل در خواندن در ارتباط است، آگاهی واج‌شناختی است. حبیبی کلیبر و همکاران، (۱۳۹۶) در پژوهشی به نقش آگاهی واج‌شناختی بر سرعت، دقت و درک مطلب خواندن دانش‌آموزان اختلال خواندن پرداخته‌اند. همچنین، حریری و همکاران، (۱۳۹۸) بر اهمیت آموزش واج آگاهی بر دانش‌آموزان اختلال خواندن پرداخته‌اند. به همین سبب، می‌توان ادعا کرد که این آموزش در طول سال‌های اول تحصیل بسیار حیاتی است. با توجه به اهمیت مشکلات کودکان دارای اختلال خواندن و کمبود تحقیقاتی که در این زمینه می‌باشد پژوهش حاضر به دنبال این است که اثربخشی برنامه توالی واجی لیندامود را بر کارکرد اجرایی کودکان دارای اختلال خواندن مورد بررسی قرار دهد.

• روش پژوهش

روش اجرای این پژوهش بر اساس طرح تمام آزمایشی دو گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان با اختلال خواندن شهر لارستان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. به این صورت که با مراجعه به مرکز اختلال‌های یادگیری شهر لارستان ۳۰ نفر از کودکان با اختلال خواندن در سنین ۹ و ۱۰ سال انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و گروه آزمایش تحت مداخله برنامه توالی واجی لیندامود قرار گرفت. همچنین، از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی برای خلاصه نمودن و توصیف اطلاعات استفاده شد و برای تحلیل داده‌های استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

• ابزارها

الف. پرسشنامه کارکردهای اجرایی بریف (BEQ) (Brief Executive Function Questionnaire): فرم والدین این پرسشنامه توسط جیویا و ایسکویت، گوی و کنوررتی در سال ۲۰۰۰ تهیه شده است. این ارزیابی دارای دو فرم والدین و معلمین و دارای ۸۶ ماده است و به منظور تفسیر رفتاری عملکرد اجرایی کودکان ۵ تا ۱۸ ساله طراحی شده است (گای و همکاران، ۲۰۰۰). زیرمجموعه‌ها به دو قسمت اصلی مهارت‌های تنظیم رفتار و مهارت‌های فراشناخت تقسیم می‌شود که شامل: الف) مهارت‌های تنظیم رفتار: بازداری، انتقالی، کنترلی هیجان. ب) مهارت‌های فراشناخت:

برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی مواد، نظارت، حافظه کاری، آغازگری. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱) و همیشه (۲) نمره‌گذاری می‌شود (میسویک و سینانویک، ۲۰۱۳، عبدالمحمدی و همکاران، ۱۳۹۶). قابل ذکر است که در پرسشنامه کارکرد اجرایی (بریف)، هر چه میانگین نمرات در پس آزمون کمتر شود، کارکرد اجرایی در دانش آموزان با اختلال خواندن بهتر شده و بهبود خواهد یافت. ضریب اعتبار پرسشنامه، برای نمونه‌های بالینی در فرم والدین آن، ۰/۹۸ - ۰/۸۲ می‌باشد و زمانی که برای ارزیابی جامعه هنجار از آن استفاده شود، این میزان به ۰/۹۷ - ۰/۸۰ می‌رسد، روایی و اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه درجه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرایی (فرم والدین) توسط نعیمی در جامعه در خودمانده انجام شده است (میرزاخانی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش شهابی (۱۳۹۳)، روایی و اعتبار پرسشنامه سنجیده شد که ضریب اعتبار آزمون-بازآزمون خرد مقیاس‌های آزمون رتبه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرایی در کارکرد بازاری ۰/۹۰، جهت‌دهی ۰/۸۱، کنترل هیجانی ۰/۹۱، آغاز به‌کار ۰/۸۰، حافظه فعال ۰/۷۱، برنامه‌ریزی ۰/۸۱، سازمان‌دهی اجزاء ۰/۷۹، نظارت ۰/۷۸، شاخص تنظیم رفتار ۰/۹۰، شاخص فراشناخت ۰/۸۷ و نمره کلی کارکردهای اجرایی ۰/۸۹ به دست آمد. ضریب همسانی درونی برای این پرسشنامه از ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ است که نشان‌دهنده بالا بودن همسانی درونی کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه است (نوده‌ئی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، روایی از طریق همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل به دست آمد که دامنه همبستگی بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۳ بود که این مساله بیانگر روایی این مقیاس است. اعتبار پرسشنامه درجه بندی رفتاری کارکرد اجرایی (بریف) به روش آلفای کرونباخ در کارکردهای اجرایی ۰/۹۷ به دست آمد.

ب. مداخله برنامه توالی واجی لندامود (Lindamood Phonological Sequence Program Intervention): این برنامه مداخله

شامل تمرین‌هایی بود که طی ۱۶ جلسه ۳ ساعته به صورت دو جلسه در هفته با کودکان کار شد. در این پژوهش راهبردهای اساسی در برنامه‌های توالی واجی لندامود، سینگ استارز و تجسم و کلام‌سازی آموزش داده شد. تمرینات به صورت گروهی انجام شد و این خود منجر به تقویت مهارت‌های اجتماعی و سازگاری در این افراد خواهد شد. تعدادی از تمرینات این برنامه بر اساس راهبردهای شرح داده شده در کتاب تمرکز بر لندامود بل در گزارش ارزیابی نهایی پروژه مدرسه، اثر بورک و همکاران، (۲۰۰۵)، مقالات مرتبط با پژوهش در حیطه برنامه توالی واجی لندامود از جمله لندامود، اشمیت (۲۰۰۹)، بل و لندامود (۲۰۱۳)، پروتز (۲۰۰۷) و همچنین تمرینات و مواد آموزشی جهت تمرین و تکرار مداوم با دانش‌آموزان از سایت رسمی لندامود بل که پایه‌گذار آن پاتریشا لندامود و فیلیس لندامود هستند و در اواخر دهه ۱۹۶۰ برنامه لندامود را ابتدا با نام تبعیض شنوایی در عمق طراحی کردند و در سال ۱۹۹۸ به لپس تغییر نام یافت، انتخاب شده است. خلاصه‌ای از جلسات مداخله‌ای در جدول شماره ۱ آورده شده است.

• یافته‌ها

در ادامه به بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش پرداخته شده است. میانگین کارکرد اجرایی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱۰۰/۲۶ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۵۹/۰۶ به دست آمد. همچنین میانگین پیش‌آزمون کارکرد اجرائی در گروه کنترل برابر با ۹۶/۰۶ بود (جدول ۲).

جهت بررسی داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع نرمال داده‌ها در سطح $p > 0/05$ به دست آمد، بدین ترتیب توزیع داده‌ها نرمال بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که هیچ یک از سطوح معنادار مقیاس‌ها معنادار نبودند ($P > 0/05$) و فرضیه‌ی صفر آزمون لوین مبتنی بر همگنی بین گروه‌های هم‌پراش و وابسته تأیید شد. نتایج آزمون باکس با ارزش $F = 0/96$ و $6/52$ در سطح $P > 0/05$ معنادار نبود که بیانگر همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس است. از پیش‌فرض‌های اندازه‌گیری مکرر آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که ارزش موچلی ۰/۹۰ و χ^2 تقریبی ۲/۵۸ به دست آمد که معنادار نبود که این مسأله حاکی از برقرار بودن پیش فرض انجام تحلیل واریانس با تکرار سنجش است. نتایج تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت گروه‌ها در سه سنجش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۱. جدول مداخله درمانی توالی واجی لیندامود (۲۰۰۹)

جلسه	اهداف	شرح جلسه
اول	تنظیم محیط یادگیری، ایجاد ارتباطی صمیمانه، اعتمادی متقابل بین مربی و دانش‌آموزان و آشنایی دانش‌آموزان با روند یادگیری	یادگیری نحوه دیدن، شنیدن و احساس صدا در کلمات، گفتگو درباره وظایف مربی و دانش‌آموزان
دوم	تعامل و سؤال با دانش‌آموزان برای ایجاد تصویرسازی نمادی از حروف، شناسایی و طبقه‌بندی اصوات گفتاری	تمرین جفت کردن حروف صامت و مصوت، تمرین بیان و شنیداری
سوم	تعامل و سؤال برای ایجاد تصویرسازی هجاهای ساده و ردیابی	استفاده از کارت‌های حاوی هجا برای تحریک شنیداری، استفاده از تصاویر دهانی و بلوک‌های رنگی
چهارم	مرور دو جلسه قبل جهت تسلط در دانش‌آموزان	مرور مباحث جلسه دوم و سوم
پنجم	سؤال و تعامل با دانش‌آموزان برای توالی کلمات تک‌هجا، ساده و پیچیده	دست‌کاری کردن حروف و کلمات مانند حذف و جایگزینی توسط مربی و گفتن حروف به ترتیب معکوس توسط دانش‌آموزان
ششم	سؤال و تعامل با دانش‌آموز برای توالی هجا بدون زنجیره، ایجاد تسلط در روان‌خوانی و درک کلمه	مربی هجاهای بدون زنجیره را گفته و دانش‌آموز در حافظه رمزگشایی می‌کند، می‌گوید و در هوا می‌نویسد.
هفتم	سؤال و تعامل با دانش‌آموزان برای هجی کردن کلمات چندهجایی، تصویرسازی و خواندن	آموزش پیشوند و پسوند، تفکیک هجاها، استفاده از بلوک‌های رنگی برای تمرین ردیابی هجاها
هشتم	سؤال و تعامل با دانش‌آموز برای تصویرسازی نمادی از کلمات بینایی، توسعه حافظه بصری و تشخیص سریع کلمات	مربی از تصویرسازی نمادی برای گذاشتن کلمات طبقه‌بندی‌شده در حافظه استفاده کرد.
نهم	مرور سه جلسه قبل جهت ایجاد تسلط و توسعه حافظه بصری	مرور مباحث جلسات ششم، هفتم و هشتم
دهم	تسلط در روان‌خوانی، درک مطلب و اصلاح خود حین خواندن و نوشتن	تقویت دایره شنیداری، دیداری و زبانی جهت تقویت درک مطلب
یازدهم	آشنایی با برنامه تجسم و کلام‌سازی جهت آگاهی دانش‌آموزان، تعامل با دانش‌آموزان جهت ایجاد کلامی روان	توصیف تصاویر ارائه‌شده توسط دانش‌آموزان و توصیف تفاوت‌ها و شباهت‌های تصویر برای تصویرسازی مفهومی
دوازدهم	تعامل با دانش‌آموزان برای تجسم دقیق و کلام‌سازی کلمات	مربی با پرسیدن سؤالات حسی محور از کلمات، توانایی تصویرسازی ذهنی را در دانش‌آموزان تحریک می‌کرد.
سیزدهم	تعامل با دانش‌آموزان برای تصویرسازی از یک کلمه به عبارت و سپس جمله	مطرح کردن جملاتی ساده و آشنا توسط مربی، پرسیدن سؤالاتی از شباهت‌ها و تفاوت‌ها
چهاردهم	تعامل با دانش‌آموزان برای ادغام تصویرسازی ذهنی از یک جمله به یک کل یکپارچه	استفاده از مربع‌های رنگی برای لنگر انداختن تصویرسازی ذهنی هر جمله توسط دانش‌آموزان و سپس مطرح کردن خلاصه‌ای از کل پاراگراف با بدون مربع‌های رنگی
پانزدهم	تعامل با دانش‌آموزان برای تصویرسازی جمله به جمله جهت توسعه تفکر انتقادی و حل مسأله	پرسیدن سؤالاتی از ایده اصلی متن، نتیجه‌گیری، حل مسأله و سؤالات تحلیلی منطبق با تصویرسازی ذهنی دانش‌آموز توسط مربی
شانزدهم	مرور چند جلسه قبل به دلیل فشرده بودن برای دانش‌آموزان جهت تقویت دقت و توجه، درک مطلب، حافظه و تفکر انتقادی	در این جلسه مربی با انتخاب آزاد در فعالیت‌ها انعطاف‌پذیر بود تا دانش‌آموزان قادر باشند جملات را در ذهن تصویرسازی کنند.

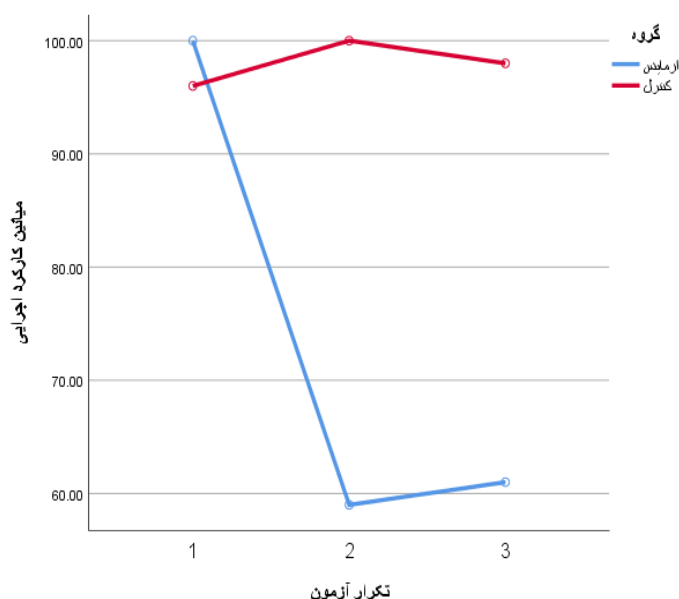
جدول ۲. آمار توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کارکرد اجرایی

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کارکرد اجرایی	آزمایش	۱۰۰/۲۶	۲۳/۸۷	۵۹/۰۶	۱۷/۵۶	۶۱/۲۰
	کنترل	۹۶/۰۶	۱۴/۳۴	۱۰۰/۵۳	۱۴/۵۰	۹۸/۰۶

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر کارکرد اجرایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا
گروه	۱۳۷۳۹/۳۷	۱	۱۳۷۳۹/۳۷	۲۴/۸۳	۰/۰۱	۰/۴۷
خطا	۱۵۴۹۰/۳۵	۲۸	۵۵۳/۲۲			
اثر تکرار	۶۸۰۸/۴۶	۲	۳۴۰۴/۲۳	۵/۴۰	۰/۰۱	۰/۱۶
تعامل گروه با تکرار	۹۴۸۲/۶۸	۲	۴۷۴۱/۳۴	۷/۵۲	۰/۰۱	۰/۲۱

نتایج جدول ۳ گویای آن است که مقدار f برای گروه‌ها $24/48$ است که نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت در سطح $p < 0/001$ وجود دارد با توجه به نتایج جدول توصیفی ۲ مشخص می‌شود که گروه آزمایش با توجه به سیستم نمره‌گذاری مقیاس کارکرد اجرایی که نمره کمتر وضعیت بهتر را نشان می‌دهد گروه آزمایش عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشته است. همچنین نتایج نشان داد که اثر تکرار با میزان $F = 0/4$ در سطح $0/001$ معنادار است که با توجه به جدول مشخص می‌شود وضعیت در پس‌آزمون و اثر تکرار بهتر از پیش‌آزمون بود. اثر تعامل گروه و تکرار میزان $F = 7/52$ را نشان می‌دهد که بیانگر وجود تعامل بین شرایط آزمون (تکرار) با گروه است و این نشانگر آن است که پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه به یک اندازه تغییر نکرده است که با توجه به نمودار شکل ۱ و جدول توصیفی متوجه می‌شویم عملکرد گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری بهتر از گروه کنترل است.



شکل ۱. نمودار میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کارکرد اجرایی

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی برنامه توالی واجی لیندامود بر کارکرد اجرایی دانش‌آموزان با اختلال خواندن تأیید گردید.

• بحث

به‌منظور بررسی تأثیر برنامه توالی واجی لیندامود بر کارکرد اجرائی دانش‌آموزان با اختلال خواندن از تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در کارکرد اجرایی در سطح $(P < 0/001)$ معنادار است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های حریری و همکاران، (۱۳۹۸)، عباسی فشمی و همکاران، (۱۳۹۹)، کارترایز (۲۰۱۲)، فولمر (۲۰۱۸)، گوکولا و همکاران، (۲۰۱۹) و اسپنسر و همکاران (۲۰۲۰) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که کارکرد اجرایی، یکی از توانایی‌های شناختی مهم است که هدف آن انجام تکالیف برای رسیدن به هدف، توانایی تأخیر و بازداری پاسخ، برنامه‌ریزی به‌وسیله حافظه کاری است (بریتنی و همکاران، ۲۰۱۸). از دیگر مهارت‌های شناختی مهم در کارکرد اجرایی، حافظه فعال، حل مسأله، برنامه‌ریزی و بازداری است که در پیشرفت تحصیلی، تعامل و ارتباط با محیط به‌خصوص در مهارت‌های روزمره نقش بالقوه‌ای دارد. کارکردهای اجرایی به افراد کمک می‌کند تا تکالیف درسی، مشکلات هوشی و تحصیلی را مدیریت و حل کنند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸). اگر نقص در کارکرد اجرایی در کودکان بهبود پیدا نکند، می‌تواند مشکلاتی در تکالیف مدرسه و مهارت‌های اجتماعی به وجود آورد (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین می‌تواند رشد خواندن از دوران پیش‌دبستانی را تحت تأثیر قرار دهد؛ چرا که مهارت در خواندن کلمه به حافظه فعال، به‌روزرسانی، تغییر و کنترل نیاز دارد. درک مطلب نیز با برنامه‌ریزی و حافظه فعال ارتباط بسزایی دارد؛ بنابراین، یافته‌ها به نقش کارکرد اجرایی در مهارت خواندن تأکید دارند (کارترایز، ۲۰۱۲). در پژوهش امین و همکاران (۲۰۱۴) نیز به این نکته پرداخته شده است که برای بهبود پیشرفت تحصیلی یادگیرندگان در مقاطع

تحصیلی باید از دوران پیش دبستانی شروع کرد (ملک زاده و همکاران، ۱۳۹۹). در مطالعه عباسی فشمی، اکبری و حسین‌خانزاده (۱۳۹۹)، مشخص شد کارکرد اجرایی با پیشرفت تحصیلی، شغلی و سازگاری اجتماعی ارتباط دارد و هرگونه ناتوانی باعث شکست تحصیلی و افزایش رفتارهای پرخطر می‌شود. همچنین، هالورسون (۲۰۲۰)، استدلال می‌کند که بین کارکرد اجرایی و درک مطلب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در این خصوص، اسپنسر و همکاران (۲۰۲۰)، در تحقیق خود به بررسی رابطه بین زبان شفاهی، رمزگشایی و دو مؤلفه کارکرد اجرایی (انعطاف‌پذیری شناختی و حافظه کاری) و درک مطلب پرداختند و نتیجه گرفتند که کارکرد اجرایی به‌خصوص در بهبود درک مطلب نقش بالقوه‌ای دارد. به‌طور کلی، کارکرد اجرایی بر درک مطلب تأثیر مستقیم و بر رمزگشایی و مهارت‌های زبانی تأثیر غیرمستقیم دارد؛ یعنی هنگامی که مهارت رمزگشایی در کودکان بهبود یابد، درک مطلب نیز در کودکان بهبود خواهد یافت و به دنبال آن بسیاری از مهارت‌های شناختی در کارکرد اجرایی بهبود می‌یابد. تمرینات برنامه توالی واجی لیندامود با استفاده از استراتژی‌های چند حسی به فرد کمک می‌کند تا به درکی از آگاهی واج‌شناختی برسد که به‌سرعت خطای خود را اصلاح کند و پس از تسلط در رمزگشایی و آگاهی واج‌شناختی، به مرحله درک مطلب برسد که در این مراحل، حق انتخاب داستان‌های دلخواه به دانش‌آموزان داده می‌شود تا آن را با صدای بلند خوانده و در ذهن خود تصویرسازی کنند و هم‌زمان از مهارت‌های چندگانه حسی استفاده کنند. همچنین در طول انجام فعالیت‌ها بر نقاط قوت و مثبت افراد توجه می‌شود و هنگامی که پاسخ اشتباهی داده می‌شود؛ به‌جای این که پاسخ را به دلیل غلط بودن رد کنیم، جایی در پاسخ پیدا می‌کنیم که دانش‌آموز در آن درگیر می‌شود. همچنین به دلیل ضعف دانش‌آموزان با اختلال خواندن در حافظه فعال، تمریناتی مانند تجسم و تصویرسازی از داستان‌هایی با پاراگراف‌های کوتاه، ارائه سؤالاتی از ایده اصلی متن و جزئیات جهت آمادگی دانش‌آموزان برای رسیدن به مرحله تفکر انتقادی و حل مسأله داده می‌شود. پس از تسلط فرد بر یک پاراگراف و بخشی از یک داستان، می‌تواند کل داستان را خوانده، تجسم و تصویرسازی کرده و در ذهن خود نگه دارد. حتی استنباط خود را در قالب مقدمه، متن داستان و نتیجه‌گیری به‌طور خلاصه نوشته تا دامنه توجه وی نیز گسترش یابد. عملکرد مغز به صورت لحظه‌ای در صفحه نمایشی نشان داده می‌شود. از این سیستم برای بازتاب‌بخشی و کنترل دقیق‌تر و تمرین روی عملکرد مغز استفاده می‌شود. عملکرد مغز می‌تواند کارکردهای اجرایی را در کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بهبود ببخشد. همچنین می‌تواند به کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کمک کند تا بتوانند امواج مغزی‌شان را تغییر دهند و در نتیجه با این تغییر فرد هوشیارتر می‌شود و عملکرد شناختی بهتری از خود نشان می‌دهد. مجموع این فعالیت‌ها نه‌تنها توجه و حافظه، بلکه کارکرد اجرایی را بهبود ببخشد.

• نتیجه‌گیری

در پایان بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که می‌توان از این مداخله جهت بهبود در کارکرد اجرایی این کودکان بهره برد. همانند بسیاری از تحقیقات دیگر این پژوهش نیز دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به این مورد اشاره کرد که این پژوهش صرفاً بر دانش‌آموزان پایه سوم و چهارم ابتدایی صورت گرفت، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی و پایه‌های تحصیلی احتیاط لازم صورت پذیرد، با توجه به نبود پروتکل مفصل و جامع از برنامه لیندامود، برنامه سینگ استارز و برنامه تجسم و کلام‌سازی کمبودهایی در مواد و وسایل آموزشی وجود داشت، که با توجه به این محدودیت‌ها می‌توان پیشنهاد داد که مداخله مدنظر با سایر گروه‌ها در خارج از کشور، پیشنهاد می‌شود این مداخله در ایران نیز با سایر گروه‌های اختلال‌ها مانند اختلال گفتار و زبان و همچنین اتیسم انجام شود، با توجه به اینکه این مداخله فشرده خواندن جهت انجام تحقیقات علمی نیازمند تمرینات در روزها و ساعت‌های طولانی است، بنابراین پیشنهاد می‌شود از تحقیق کیفی نیز استفاده شود. چرا که یکپارچگی برنامه لیندامود به‌صورت انفرادی زیاد است و در نهایت پیشنهاد می‌شود که با توجه به اینکه الگوهای واج‌شناسی بین زبان‌ها متفاوت است، توصیه می‌شود یک مطالعه با دانش‌آموزان دو زبانه نیز انجام گردد.

• منابع

حبیبی کلپیر، رامین، فرید، ابوالفضل، شبان بسیم، فرناز. (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر آموزش چرخش ذهنی و آگاهی واج‌شناختی بر دقت، سرعت و درک مطلب خواندن دانش‌آموزان دارای نارساخوانی تبریز در سال تحصیلی ۹۵-۹۴. *مجله دانشگاه علم پزشکی اراک*، ۲۰(۲)، ۱۰-۲۱.

حریری، پرستو، صابری، هاید، ابوالمعالی، خدیجه. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش آگاهی واجی بر حافظه کاری در دانش‌آموزان با مشکلات خواندن.

تازه‌های علوم شناختی، ۲۱(۲)، ۵۲-۶۰.

- رنجبر، بشرپور، سجاد، صبحی قراملکی، ناصر، نریمانی، محمد. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی توان‌بخشی شناختی-رایانه‌ای و تمرین‌های عملی عصب‌روان‌شناختی بر بهبود حافظه کاری و توجه پیوسته دانش‌آموزان نارساخوان. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۴)، ۱۱۱-۱۳۵.
- سیاوشی فر، نسیم؛ تجلی، پرینا، شریعت باقری، محمدمهدی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی برنامه داسون گوئیر و آموزش راهبردهای فراشناختی بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۰(۳۷)، ۱-۱۹.
- صبغی، امیر، رضائی، مهدی، میرزاخانی، نوید، ایرانی، اشکان، طباطبایی، سیدمهدی. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش نوروفیدبک بر عملکرد خواندن و حافظه فعال دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن. *فصلنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی*.
- طولابی، سعید، متولی زاده، نرجس. (۱۴۰۰). تاثیر آموزش خلاقیت‌نمایی بر حافظه کاری و درگیری با تکالیف دانش‌آموزان دوره ابتدایی. *مجله روانشناسی*، ۲۵(۳)، ۴۴۲-۴۵۷.
- عباسی فشمی، نازنین، اکبری، بهمن، حسین‌خانزاده، عباسعلی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی توان‌بخشی شناختی و نوروفیدبک بر بهبود کنش‌های اجرایی کودکان مبتلا به نارساخوانی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷(۲)، ۲۹۴-۳۱۱.
- قاسمی، احترام، بادامی، رخساره، مشکاتی، زهره. (۱۳۹۸). اثر تمرینات ریتمیک-موسیقیایی بر ادراک بینایی و کارکرد اجرایی کودکان ۸-۱۰ سال نارساخوان. *مجله تازه‌های علم شناختی*، ۲۱(۲)، ۸۳-۹۳.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۴). *کتاب روانشناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM5*، نشر ساوالان.
- ناجی، الهام سادات، شکوهی یکتا، محسن، حس زاده، سعید، حجازی، الهه، اژه‌ای، جواد. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه آموزشی حافظه فعال واج محور بر بهبود توانایی خواندن دانش‌آموزان نارساخوان. *مجله روانشناسی*، ۲۴(۳)، ۲۹۹-۳۱۶.
- نوده ئی، خدیجه؛ صرامی، غلام رضا و کرامتی، هادی. (۱۳۹۵). رابطه کارکردهای اجرایی و ظرفیت حافظه‌ی کاری با عملکرد خواندن دانش‌آموزان: نقش سن، جنس و هوش. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*، ۴(۳)، ۱-۱۰.
- هالاها، د؛ لوید، ج؛ کافمن، ج؛ ویس، م؛ مارتینز، ا. (۲۰۱۴). *اختلال‌های یادگیری (مبانی، ویژگی‌های و تدریس مؤثر)*. ترجمه علیزاده، ح؛ همتی علمدارلو، ق؛ رضایی دهنوی، ص و شجاعی، س. (۱۳۹۵) تهران: ارسباران.
- ملک زاده، لیدا، حجازی، الهه، تلخایی، محمود، نقش، زهرا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تفکر علمی بر مهارت حل مسئله در کودکان پیش دبستانی: طراحی و کاربست ابزار جدید حل مسئله. *مجله روانشناسی*، ۲۴(۳)، ۳۵۱-۳۶۶.
- Abou El Wafa, H. E. Ghobashy, S. A. E. L. & Hamza, A. M. (2020). A comparative study of executive functions among children with attention deficit and hyperactivity disorder and those with learning disabilities. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 1-9.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Barber, A. T. Cartwright, K. B. Stapleton, L. Klauda, S. L. Archer, C. & Smith, P. (2020). Direct and Indirect Effects of Executive Functions, Reading Engagement, and Higher Order Strategic Processes in the Reading Comprehension of Dual Language Learners and English Monolinguals. *Contemporary Educational Psychology*, 101848.
- Bickford-Rivera, J. (2007). The effects of symbol imagery instruction versus visualizing-verbalizing instruction on the reading comprehension of middle school English language learners with specific learning disabilities.
- Brittany, A.B. Sophia, K.A. Sarah, M.G. Adrian, M.S. & Shelley, C. H. (2018). The Role of Executive Functioning and Academic Achievemen in the Academic Self-Concept of Children and Adolescents Referred for Neuropsychological Assessment. *Children*, 5(83), 1-13.
- Cartwright KB (2012) Insights from Cognitive Neuroscience: The Importance of Executive Function for Early Reading Development and Education. *Early Educ Dev* 23(1):24-3
- Christodoulou, J. A. Cyr, A. Murtagh, J. Chang, P. Lin, J. Guarino, A. J. ... & Gabrieli, J. D. (2017). Impact of intensive summer reading intervention for children with reading disabilities and difficulties in early elementary school. *Journal of learning disabilities*, 50(2), 115-127.
- Dong, Y. (2020). *The Effect of Music on Reading Comprehension* (Doctoral dissertation, University of California, San Diego).
- Donnelly, P. M. Huber, E. & Yeatman, J. D. (2019). Intensive summer intervention drives linear growth of reading skill in struggling readers. *Frontiers in psychology*, 10, 1900.
- Erman, M. L. (2012). *Can the Lindamood-Bell LiPS reading program be used with a student who has autism and has trouble staying on task?* (Doctoral dissertation, California State University, Northridge).
- Eroğlu, G. (2020). *Improving reading abilities in dyslexia with neurofeedback and multi-sensory learning* (Doctoral dissertation).
- Fadaei, E. Tavakoli, M. Tahmasebi, A. Narimani, M. & Shiri, V. (2017). The Relationship between -Executive Functions with Reading Difficulties in Children with Specific Learning Disorder. *Arch Neurosci*, 1(3), 50-59.
- Follmer, D. J. (2018). Executive function and reading comprehension: A meta-analytic review. *Educational Psychologist*, 53(1), 42-60.

- Frey, A. & Bosse, M. (2018). Perceptual span, visual span, and visual attention span: Three potential ways to quantify limits on visual processing during reading. *Visual Cognition*, 26(6), 412–429.
- Gokula, R. Sharma, M. Cupples, L. & Valderrama Valenzuela, J. T. (2019). Comorbidity of auditory processing, attention, and memory in children with word reading difficulties. *Frontiers in psychology*, 10, 2383.
- Horowitz-Kraus, T. DiFrancesco, M. Greenwood, P. Scott, E. Vannest, J. Hutton, J. ... & Farah, R. (2020). Longer Screen Vs. Reading Time is Related to Greater Functional Connections Between the Salience Network and Executive Functions Regions in Children with Reading Difficulties Vs. Typical Readers. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12.
- Huang, C. Liu, N. & Zhao, J. (2020). Different predictive roles of phonological awareness and visual attention span for early character reading fluency in Chinese. *The Journal of General Psychology*, 1-22.
- Laan, A. R. (2006). The effects of the Lindamood Phoneme Sequencing Program on reading fluency and comprehension of at-risk first-graders.
- Lindamood, C. H. & Lindamood, P. C. (1998). *The Lindamood phoneme sequencing program for reading, spelling, and speech*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Lindamood, P. Bell, N. & Lindamood, P. (2013). The roles of concept imagery, phoneme awareness, and symbol imagery in cognitive modifiability. *Lindamood-Bell Learning Processes*.
- Mersnick, D. & Puncochar, J. (2020). Effects of Phonological Awareness on Decoding for Dyslexic Readers.
- Nachshon, O. Farah, R. & Horowitz-Kraus, T. (2020). Decreased Functional Connectivity Between the Left Amygdala and Frontal Regions Interferes with Reading, Emotional, and Executive Functions in Children with Reading Difficulties. *Frontiers in human neuroscience*, 14, 104.
- Nouwens, S. Groen, M. A. Kleemans, T. & Verhoeven, L. (2020). How executive functions contribute to reading comprehension. *British Journal of Educational Psychology*, e12355.
- Papanastasiou, F. (2017). Executive Functions and their role in Learning Disabilities. *Journal of Psychology and Brain Studies*, 1(3), 1-7.
- Shahbazi, S. Keramati, H. & Hashemie, R. H. (2020). The effectiveness of storytelling method in verbal creativity and phonological awareness of dyslexic students.
- Snowling, M. J., Hulme, C., & Nation, K. (2020). Defining and understanding dyslexia: past, present and future. *Oxford Review of Education*, 46(4), 501-513.
- Spencer, M. Richmond, M. C. & Cutting, L. E. (2020). Considering the role of executive function in reading comprehension: A structural equation modeling approach. *Scientific Studies of Reading*, 24(3), 179-199.
- Snowling, M. J. & Hulme, C. (2012). The nature and classification of reading disorders. A commentary_ on proposals for DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 593–607.
- Torgesen, J. K. Wagner, R. K. & Rashotte, C. A. (1997). Prevention and remediation of severe reading disabilities: Keeping the end in mind. *Scientific studies of reading*, 1(3), 217-234.
- Lindamood-Bell. (2013).
- Yeatman, J. D. & Huber, E. (2019). Sensitive periods for white matter plasticity and reading intervention. *bioRxiv*, 346759.

ارتباط طرحواره‌های مقابله با استرس و فضایل در عمل با پریشانی روانشناختی در دوره همه‌گیری کرونا: نقش میانجی تاب‌آوری

The Relationship between the Coping Schemas with Stress and Values in Action with Psychological Distress in the Corona Epidemic Period: The Mediating role of Resilience

Mohammad Mahdavi-Meydani, MA

Mahnaz Shahgholian, PhD✉

Hamid Khanipour, PhD

محمد مهدوی میدانی^۱

مهناز شاهقلیان^۲

حمید خانی‌پور^۳

Abstract

Since the corona epidemic, various studies have examined the psychological and physical effects of this disease and have considered several factors involved in the occurrence, increase and decrease of psychological distress resulting from this epidemic. The aim of this study was to investigate the relationship between coping schemes with stress, virtues in action and resilience with psychological distress during the corona epidemic. 200 students (137 women and 63 men) between the ages of 20-40 were randomly selected and responded online to questionnaires of the Coping Schemas with Stress (CSI-R), Virtues in Action (VIA), Connor and Davidson's Resilience (CD-RISC) and Kessler's psychological distress (K-10). Findings showed that the mediating role of resilience in the relationship between coping schemes with stress and psychological distress is significant. Relationships between coping schemas with stress with virtues in action were also significant. The relationship between virtues in action with psychological distress was not significant. The results of the study indicate that in periods of stress and crisis, such as the Corona epidemic, programs based on promoting resilience is preferred in reducing the level of psychological distress than Programs to change coping schemas with stress and programs to promote positive virtues.

Keywords: Coping Schemas with Stress, Virtues in Action, Resilience, Psychological Distress, Corona Epidemic

چکیده

از زمان همه‌گیری کرونا، مطالعات مختلفی به بررسی اثرات روانشناختی و جسمانی این بیماری پرداخته‌اند و عوامل متعددی را در بروز، افزایش و کاهش پریشانی روانشناختی حاصل از این اپیدمی دخیل دانسته‌اند. این پژوهش با هدف تعیین رابطه طرحواره‌های مقابله با استرس، فضایل در عمل و تاب‌آوری با پریشانی روانشناختی در دوره همه‌گیری کرونا انجام شد. تعداد ۲۰۰ دانشجو (۱۳۷ زن و ۶۳ مرد) بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به سیاهه‌های طرحواره‌های مقابله با استرس (CSI-R)، فضایل در عمل (VIA)، تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC) و پریشانی روانشناختی کسلر (K-10) به صورت آنلاین پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد که نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین طرحواره‌های مقابله با استرس و پریشانی روانشناختی معنادار می‌باشد. همچنین ارتباط طرحواره‌های مقابله با استرس با فضایل در عمل معنادار بود. ارتباط معناداری میان فضایل در عمل با پریشانی روانشناختی به دست نیامد. نتیجه پژوهش حاضر حاکی از آن است که در دوره‌های فشار و بحران مانند دوره همه‌گیری کرونا، در کاهش میزان پریشانی روانشناختی افراد، برنامه‌های مبتنی بر ارتقای تاب‌آوری بر برنامه‌های تغییر طرحواره‌های مقابله با استرس و برنامه‌های ارتقای فضایل مثبت ارجحیت دارند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های مقابله با استرس، فضایل در عمل، تاب‌آوری، پریشانی روانشناختی، همه‌گیری کرونا

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۹/۱۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱/۲۲

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

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

۳. گروه روانشناسی، مؤسسه تحقیقات تربیتی، روانشناختی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

● مقدمه

از جمله مسائل چالش برانگیزی که طی دو سال گذشته انسان‌ها را درگیر خود کرده است بیماری کرونا است. از دسامبر سال ۲۰۱۹، بیماری کرونا و ویروس (کووید-۱۹ و جهش‌های متنوع آن) به صورت خیلی سریع شروع به گسترش در همه کشورهای جهان کرد. سه ماه بعد، سازمان بهداشت جهانی، کووید-۱۹ را یک بیماری همه‌گیر اعلام کرد. این حالت اورژانسی، برای خدمات عمومی و بهداشت روانی به وضعیتی بی‌سابقه تبدیل شد (چن و همکاران، ۲۰۲۰؛ وو و مک گوگان، ۲۰۲۰) و سبب شد سازمان بهداشت جهانی، وضعیت اضطراری سلامت اعلام کند و کشورها اقداماتی سراسری جهت کنترل شرایط انجام دهند (لای و همکاران، ۲۰۲۰). زندگی در چنین شرایطی غیر از سلامت جسمی، سلامت روانشناختی افراد را تهدید کرد. در همین مدت کوتاه مطالعات انجام شده میزان بالایی از مسائل و مشکلات روانشناختی از جمله پرخاشگری، افسردگی، استرس ناشی از احتمال سرایت بیماری و اضطراب حاصل از قرنطینه شدن و در نتیجه پریشانی روانشناختی (psychological distress) را در بین افراد گزارش دادند (برای مثال پژوهش‌های بلندون و همکاران، ۲۰۰۴؛ بروکس و همکاران، ۲۰۲۰؛ راجرز و همکاران، ۲۰۲۰؛ روبین و وسلی، ۲۰۲۰؛ ونگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ لاهو، ۲۰۲۰ را ملاحظه نمایید).

پریشانی روانشناختی در دوره همه‌گیری یک بیماری، نگرانی رو به گسترشی است که تأثیرات منفی بر جای می‌گذارد، اما با وجود اینکه آسیب‌های حاصل از آن برجسته و قابل ملاحظه می‌باشد، اغلب نادیده گرفته می‌شود زیرا اولویت سازمان‌های بهداشتی و دولت‌ها در درجه اول جلوگیری از مرگ افراد است (اوسورنیو، ۲۰۲۰). زمانی که تا حدودی همه‌گیری کنترل می‌شود و تعداد مرگ و میرهای ناشی از بیماری کم می‌شود، آسیب و پریشانی روانشناختی بیش از پیش نمایان می‌شود. با اینکه تعاریف متعددی برای پریشانی روانشناختی ارائه شده است، همه آنها درون مایه مشترکی دارند. پریشانی روانشناختی وضعیت ناراحت‌کننده هیجانی و عاطفی منحصر به فردی است که فرد در مواقع پاسخ به عامل استرس‌زای خاص یا سایر عوامل دشوار تجربه می‌کند و منجر به آسیب دیدن او به صورت موقت یا دایم می‌شود (ریدنر، ۲۰۰۴؛ مارگودمر و همکاران، ۲۰۱۹). این سازه نوعی اختلال واکنشی است که توسط حوادث محیطی یا موقعیت‌های آسیب‌زا مانند بیماری و یا مرگ عزیزان در فرد ایجاد شود (هورویتس، ۲۰۰۷؛ لینکلن و همکاران، ۲۰۱۱؛ ساتو و همکاران، ۲۰۱۸) و از طریق مجموعه‌ای از مؤلفه‌های منفی مانند افسردگی، اضطراب، ترس، خشم، اختلال در عملکرد و مشکلات رفتاری و سازگاری بروز می‌کند (دراپائو و همکاران، ۲۰۱۲؛ هلدن و همکاران، ۲۰۱۰؛ برودی و همکاران، ۲۰۱۵؛ تولا و همکاران، ۲۰۱۵). مدل مقابله همخوان با منبع (consonant coping؛ ونگ و همکاران، ۲۰۰۶)، مدل فضایل در عمل (values in action؛ پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴)، و مدل تاب‌آوری (resilience؛ ریچاردسون و همکاران، ۱۹۹۰؛ کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳) سه مدل رایجی هستند که در مطالعات قبلی به عنوان مدل‌های تبیینی پریشانی روانشناختی مطرح شده‌اند.

در مدل مقابله همخوان با منبع بیان می‌شود که سبک مقابله بایست خلاقانه و متناسب با موقعیت، منابع شخصی، نوع چالش‌ها و مسائل موجود است. شیوه‌ای که این مدل برای مقابله افراد در نظر می‌گیرد از طریق استفاده و بهره جستن از الگوها و طرحواره‌های مقابله‌ای است. طرحواره‌های مقابله با استرس ساختارهای شناختی با ثباتی هستند که در طول زندگی و در حین رویایی با چالش‌ها شکل می‌گیرند و فرد در خلال آنها از طریق تعمیم تجارب گذشته به موقعیت‌های جدید، در جهت سازگاری و انطباق با شرایط مختلف پیش می‌رود (ونگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره‌های مقابله با استرس ۹ مورد شامل طرحواره‌های ابزاری یا موقعیتی (situational؛ فرد با این طرحواره هنگام مواجهه با استرس ابتدا سعی در تغییر موقعیت و شرایط دارد)، طرحواره اصلاح خود (self-restructuring؛ فرد در مقابل چالش‌های موجود سعی در تغییر شناخت و نگرش خود دارد)، طرحواره ابراز فعالانه هیجانی (active emotional؛ این طرحواره بیانگر واکنش هیجانی و بروز هیجان‌ات در برابر استرس می‌باشد)، طرحواره انفعال هیجانی (passive emotional؛ این طرحواره بیانگر سرکوب هیجان‌ات می‌باشد)، طرحواره معنادهی (meaning) و طرحواره پذیرش (acceptance) (فرد با این طرحواره‌ها سعی در معنا بخشی به امور و پذیرش آنها به عنوان بخشی از زندگی دارد)، طرحواره مذهبی (religious؛ در این طرحواره استفاده از باور دینی و گرایش به دعا مشاهده می‌شود)، طرحواره دریافت حمایت اجتماعی (social support؛ این طرحواره یاری گرفتن از دیگران هنگام مواجهه با استرس و شرایط چالش برانگیز است) و طرحواره کاهش تنش (tension reduction؛ در این طرحواره فرد با

انجام فعالیت‌هایی مثل ورزش، ذهن خود را از تمرکز بر تنشی که در آن لحظه با آن مواجه است باز داشته و به موضوع دیگری معطوف می‌کند) است. با توجه به ماهیت این طرحواره‌ها می‌توان انتظار داشت طرحواره‌های مقابله با استرس با پریشانی روانشناختی ارتباط داشته باشند (ونگ و همکاران، ۲۰۰۶).

مطالعات حوزه روانشناسی مثبت نشان داده است که فضایل در عمل یکی دیگر از مکانیزم‌های روانشناختی است که می‌تواند با پریشانی روانشناختی مرتبط باشد (کازالی و همکاران، ۲۰۲۱؛ بلانکا و همکاران، ۲۰۱۸؛ دوان، ۲۰۱۶؛ دلکمن و اردم، ۲۰۱۳). به اعتقاد مک کالوق و اشنایدر (۲۰۰۰) که فضیلت، فرآیند روانشناختی است که فرد را قادر می‌سازد به طور مداوم به گونه‌ای فکر و عمل کند که به نفع خود و جامعه باشد. پترسون و سلیگمن (۲۰۰۴) شش فضیلت را عنوان کرده‌اند. فضیلت شجاعت (به معنای نیرومندی هیجانی است که اراده و ایستادگی در مقابل مشکلات جهت رسیدن به اهداف را شامل می‌شود)، فضیلت عدالت (بیانگر نیرومندی مدنی که زمینه‌ساز زندگی اجتماعی سالم است)، فضیلت انسانیت (نیرومندی بین فردی که روابط اجتماعی معنادار را تقویت می‌کند)، فضیلت اعتدال (نیرومندی را در برمی‌گیرد که از افراط و تفریط جلوگیری می‌کند)، فضیلت خرد (نیرومندی شناختی است که به معنی کسب و استفاده از دانش است) و فضیلت تعالی (نیرومندی که موجب ارتباط با هستی بزرگتر و ایجاد معنی در زندگی می‌شود (همان). برخی مطالعات از نقش فضایل در عمل در کاهش پریشانی روانشناختی حمایت کرده‌اند (گاندر و همکاران، ۲۰۲۰؛ فریدلین و همکاران، ۲۰۱۷؛ لئون توپولو و ترلیووا، ۲۰۱۲).

مدل تاب‌آوری به قابلیت‌های روانشناختی و هیجانی محافظت‌کننده فرد در مقابل استرس‌ها، چالش‌ها و موقعیت‌های آسیب‌زا اشاره دارد (رونن و همکاران، ۲۰۱۶). تاب‌آوری می‌تواند بر افزایش تحمل پریشانی اثر مثبتی داشته باشد (نیلا و همکاران، ۲۰۱۶). اکثر تعاریف، تاب‌آوری را شامل غلبه بر استرس یا مقاومت و تحمل نسبی در برابر خطرات محیطی می‌دانند (باووس و جفی، ۲۰۱۳). به اعتقاد ماستن (۲۰۰۱) تاب‌آوری بعد از وقوع شرایط ناخوشایند و تهدیدآمیز خود را نشان می‌دهد. هنگامی که تاب‌آوری در حال بروز یافتن است، نتایج ناخوشایندی که محیط فراهم می‌کند، اصلاح شده، کاهش یافته و از بین می‌رود و در نتیجه سلامت روان محافظت می‌شود (توگاد و همکاران، ۲۰۰۴؛ فریبرگ و همکاران، ۲۰۰۶).

اغلب نظریه‌پردازان بر تعامل عوامل روانشناختی در افزایش یا کاهش پریشانی روانشناختی تأکید دارند و بیان می‌کنند که رسیدن به تبیین‌های قوی‌تر و دقیق‌تر از پریشانی روانشناختی مستلزم بررسی تعامل عوامل روانشناختی در مقایسه با بررسی یک عامل به تنهایی است (ویند و کومپرو، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد فضایل مثبت با تاب‌آوری رابطه مثبت (دمیرچی و همکاران، ۲۰۱۹؛ مارتینز-مارتی و همکاران، ۲۰۱۷؛ هاچینستون و همکاران، ۲۰۱۰) و با پریشانی روانشناختی رابطه معکوس دارد (کازالی و همکاران، ۲۰۲۱؛ فریدلین و همکاران، ۲۰۱۷؛ دوان، ۲۰۱۶؛ دیساباتو و همکاران، ۲۰۱۴). برخی پژوهش‌ها به صورت کلی نشان داده است طرحواره‌های ناسازگار روی تاب‌آوری اثر گذارند (کی فیتز، ۲۰۱۳؛ فریدلین و همکاران، ۲۰۱۷) اما با جستجو در پیشینه پژوهش در دسترس، یافته صریحی در خصوص طرحواره‌های مقابله با استرس به دست نیامد. برخی پژوهش‌ها نیز از نقش تاب‌آوری به عنوان مکانیسم مرتبط کننده طرحواره‌های ناسازگار با برخی علائم اختلالات روانی حکایت کرده است (مک دانل، ۲۰۱۸). با توجه به محدودیت متغیرهای بررسی شده در پژوهش‌های پیشین، در پژوهش حاضر تعامل عوامل مطرح شده در سه نظریه مهم مرتبط با پریشانی روانشناختی مد نظر قرار گرفت. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط طرحواره‌های مقابله با استرس و فضایل در عمل با پریشانی روانشناختی در دوره همه‌گیری کرونا و بررسی نقش میانجی تاب‌آوری در این ارتباط است.

• روش

طرح پژوهش از نوع همبستگی و بر اساس مدل معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه خوارزمی بودند که در فاصله اسفند ماه ۱۳۹۹ لغایت خرداد ماه ۱۴۰۰ از اپلیکیشن‌های واتس‌آپ یا تلگرام استفاده می‌کردند و در یکی از کانال‌های مجازی دانشگاه خوارزمی (شامل سیمای خوارزمی، باشگاه خبرنگاران، آموزش آنلاین، خوارزمی توییت، کانون فرهنگی، رسانه آنلاین، امور فرهنگی و کارآفرینی خوارزمی و ...) عضو بودند.

از آنجا که در این پژوهش از روش معادلات ساختاری استفاده شد، برای تعیین حجم نمونه بر اساس تاپاچنیک و فیدل (۲۰۰۷) که

برای حداقل حجم نمونه فرمول $n \geq 50 + 8m$ را توصیه می‌کنند، عمل شد. در این فرمول n حداقل نمونه مورد نیاز و m تعداد متغیرهای پیش‌بین است. با توجه به متغیرهای پیش‌بین و زیر مقیاس‌های آنها (۱۷ زیر مقیاس) حداقل نمونه مورد نیاز در پژوهش حاضر ۱۸۶ نفر هستند که در نهایت ۲۰۰ نفر بعنوان نمونه در نظر گرفته شد. با هماهنگی مدیران کانال‌های مجازی دانشگاه خوارزمی، لینک سیاهه‌ها همراه با توضیحی درباره اهداف پژوهش و تأکید بر محرمانه بودن پاسخ‌های شرکت‌کنندگان، در گروه‌ها و کانال‌های موجود و در دسترس توزیع شد و شرکت‌کنندگان به صورت آنلاین به سیاهه‌ها پاسخ دادند. پاسخ‌های ۱۳۷ زن و ۶۳ مرد (میانگین سنی ۲۵/۳ و انحراف استاندارد ۴/۲) وارد تحلیل نهایی شد.

• ابزارها

الف. سیاهه طرحواره‌های مقابله با استرس (Coping Schemas Inventory-Revised (CSI-R): توسط ونگ و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است و دارای ۷۲ ماده در قالب ۹ طرحواره مقابله با استرس (شامل طرحواره‌های موقعیتی، بازسازی خود، ابراز هیجانی فعال، انفعال هیجانی، معنایابی، پذیرش، مذهبی، حمایت اجتماعی و کاهش تنش) است که در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از یک (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. آلفای کرونباخ برای ۹ خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۹۲، ۰/۸۷، ۰/۷۷، ۰/۸۵، ۰/۹۸، ۰/۷۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است و ضریب اعتبار آزمون-بازآزمون خرده مقیاس‌ها نیز در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (ونگ و همکاران، ۲۰۰۶). فراهانی و خانی پور (۱۳۹۵) ساختار عاملی این سیاهه را در ایران بررسی کردند و نشان دادند مدل شش عاملی در تحلیل اکتشافی و تأییدی مناسب‌ترین برازش را با داده‌ها دارد. بنابراین نسخه ایرانی سیاهه، طرحواره‌های مقابله مذهبی، موقعیتی، انفعال هیجانی، پذیرش، حمایت اجتماعی و ابراز هیجانی فعال را شامل می‌شود. در پژوهش فراهانی و خانی پور ضرایب همسانی درونی برای این شش خرده مقیاس بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ گزارش شد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ۶ خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۷۲، ۰/۶۵ و ۰/۶۸ و برای کل سؤالات ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ نسخه ایرانی ۰/۶۴ به دست آمد.

ب. سیاهه فضایل در عمل (Values in Action Inventory (VIA): توسط پترسون و سلیگمن (۲۰۰۴) ساخته شد که دارای ۲۴۰ ماده در قالب ۶ فضیلت (شامل فضیلت‌های خرد، انسانیت، شجاعت، عدالت، میانه‌روی، تعالی) است. به دلیل طولانی بودن نسخه اصلی، نسخه کوتاه ساخته شد که شامل ۷۲ ماده است و در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (بسیار شدید بر عکس من) تا ۷ (بسیار شدید شبیه من) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش پترسون و سلیگمن، فرم کوتاه از ثبات درونی مطلوب ۰/۷۹ و ثبات بیرونی ۰/۸۳ برخوردار است. قربانی و همکاران (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ فرم کوتاه را ۰/۹۳ گزارش کرد و روایی سازه آن را با تحلیل عاملی اکتشافی تأیید نمود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

ج. مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی شد که ۲۵ سؤال در قالب ۵ خرده مقیاس (شامل تحمل عاطفه منفی، تصور از شایستگی فردی، تأثیرات معنوی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و اعتماد به غرایز فردی) دارد و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. کونور و دیویدسون آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۷۸ و روایی آن را ۰/۷۳ گزارش دادند. محمدی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ نشان داد و روایی آن را در نمونه ایرانی تأیید کرد. آلفای کرونباخ مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۶۸ به دست آمد.

د. مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (Kessler Psychological Distress Scale (K-10): کسلر و همکاران (۲۰۰۲) این مقیاس را در دو فرم ۶ و ۱۰ سؤالی تنظیم کردند. در این مقیاس وضعیت روانشناختی افراد را در طول یک ماه اخیر بررسی می‌شود. فرم‌ها در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (تمام اوقات) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش کسلر و همکاران، ساختار عاملی و روایی محتوایی مقیاس تأیید شد و اندازه آلفای کرونباخ مقیاس برای فرم ۶ ماده‌ای ۰/۸۹ و برای فرم ۱۰ ماده‌ای ۰/۹۱ به دست آمد. این مقیاس در ایران توسط یعقوبی (۱۳۹۴) بررسی شد. اندازه آلفای کرونباخ برای دو فرم ۶ و ۱۰ ماده‌ای ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد و روایی محتوایی و صوری و ملاکی مقیاس نیز را در حد مناسب و قابل قبول گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر از فرم ۱۰ ماده‌ای استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ این فرم ۰/۷۹ به دست آمد.

● یافته‌ها

اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش و خرده مقیاس‌های آنها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها

متغیر	خرده مقیاس	M	SD
طرحواره‌های مقابله با استرس	مقابله مذهبی	۳۶/۹۳	۸/۷۵
	مقابله موقعیتی	۳۱/۰۸	۵/۷۲
	مقابله انفعال هیجانی	۳۰/۹۹	۹/۲۰
	مقابله حمایت اجتماعی	۱۵/۴۸	۳/۸۷
	مقابله پذیرش	۱۸/۱۶	۳/۶۵
	مقابله هیجانی فعال	۱۳/۴۲	۳/۴۰
	نمره کل	۱۴۶/۰۷	۱۷/۷۹
فضایل در عمل	خرد	۵۷/۷۱	۸/۲۸
	شجاعت	۴۸/۴۱	۷/۱۸
	انسانیت	۳۵/۹۰	۵/۷۳
	عدالت	۳۵/۷۶	۵/۴۵
	میانروی	۴۷/۴۷	۷/۲۳
	تعالی	۵۸/۶۴	۹/۳۸
	نمره کل	۲۸۳/۹۰	۳۹/۱۸
تاب‌آوری	تصور از شایستگی فردی	۲۸/۹۲	۵/۴۷
	تحمل عاطفه منفی	۲۳/۶۰	۴/۴۶
	پذیرش مثبت تغییر	۱۸/۲۴	۳/۳۴
	کنترل	۱۰/۷۶	۲/۵۲
	تأثیرات معنوی	۷/۵۸	۲/۰۲
پیشانی روانشناختی	نمره کل	۸۹/۱۱	۱۵/۰۸
	نمره کل	۱۶/۴۱	۸/۹۷

در جدول ۲ ضرایب همبستگی متغیرها و در جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش گزارش شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، مدل برازش نسبتاً مطلوبی دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. طرحواره‌ها				
۲. فضایل	۰/۳۹۸**			
۳. تاب‌آوری	۰/۴۳۵**	۰/۵۵۰**		
۴. پیشانی روانشناختی	-۰/۱۰۹	-۰/۲۹۱**	-۰/۴۹۶**	

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

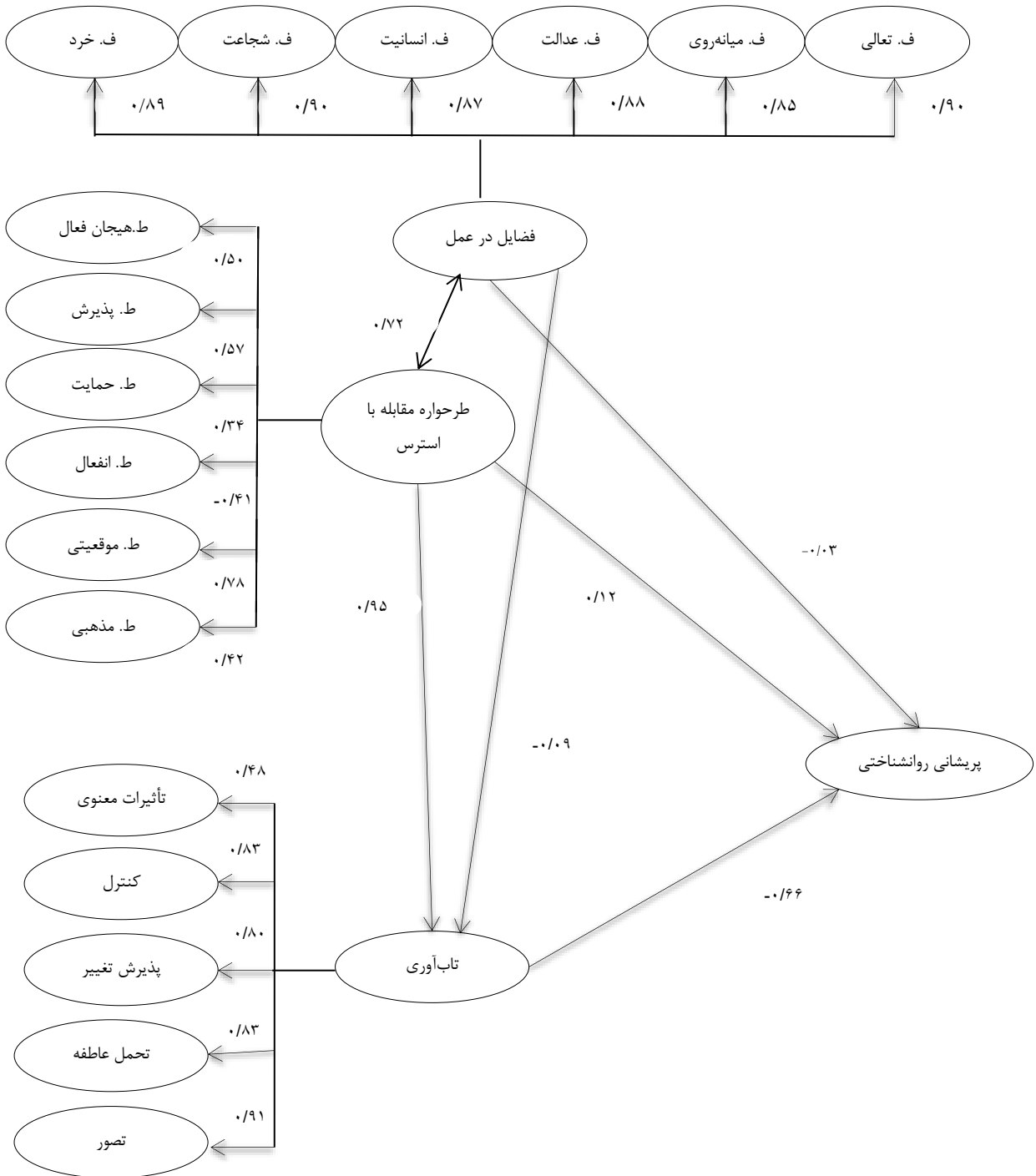
جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

PCFI	PNFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RFI	RMSEA	GFI	χ^2/df	P	χ^2
۰/۸۲۶	۰/۷۶۹	۰/۸۵۹	۰/۹۲۴	۰/۹۱۵	۰/۹۲۴	۰/۸۴۳	۰/۰۷۱	۰/۸۱۴	۱/۹۹	۰/۰۰۱	۶۲۶/۱۸

اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرها در جدول ۴ آمده است. بر اساس نتایج، طرحواره‌های مقابله با استرس با میزان ۰/۹۵ به صورت معنادار تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کند اما نمی‌تواند پیشانی روانشناختی را پیش‌بینی نماید. فضایل در عمل نمی‌تواند تاب‌آوری و پیشانی روانشناختی را پیش‌بینی کند. تاب‌آوری با میزان -۰/۶۶۳ می‌تواند به صورت معنادار پیشانی روانشناختی را پیش‌بینی نماید. یافته‌ها نشان می‌دهد رابطه طرحواره‌های مقابله با استرس با پیشانی روانشناختی کاملاً وابسته به تاب‌آوری است و تاب‌آوری در این رابطه نقش واسطه‌ای کامل دارد. مدل ساختاری پژوهش نیز در شکل ۱ آمده است.

جدول ۳. میزان و سطح معناداری اثرات مستقیم و غیرمستقیم

اثر	مسیر	Beta	B	S. E	t	P
اثر مستقیم	طرحواره‌ها روی پریشانی روانشناختی	۰/۱۱۹	۰/۰۳۱	۰/۰۷۳	۰/۴۲۷	۰/۶۶۹
	فضایل روی پریشانی روانشناختی	-۰/۰۲۹	-۰/۰۰۴	۰/۰۱۵	-۰/۲۵۱	۰/۸۰۲
	طرحواره‌ها روی تاب‌آوری	۰/۹۵۰	۰/۹۵۷	۰/۱۸۷	۵/۱۲	۰/۰۰۱
	فضایل روی تاب‌آوری	-۰/۰۹۵	-۰/۰۴۸	۰/۰۵۲	-۰/۹۱۳	۰/۳۶۱
اثر غیر مستقیم	تاب‌آوری روی پریشانی روانشناختی	-۰/۶۶۳	-۰/۱۷۲	۰/۰۵۸	-۲/۹۷	۰/۰۰۳
	طرحواره‌ها روی پریشانی روانشناختی از طریق تاب‌آوری	-۰/۶۳۰	-	-	-	۰/۰۴۷
	فضایل روی پریشانی روانشناختی از طریق تاب‌آوری	۰/۰۶۳	-	-	-	۰/۵۳۲



شکل ۱. مدل ساختاری طرحواره‌های مقابله با استرس، فضایل در عمل، تاب‌آوری و پریشانی روانشناختی

● بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط طرحواره‌های مقابله با استرس و فضایل در عمل با واسطه تاب‌آوری با پریشانی روانشناختی انجام شد. یافته پژوهش مبنی بر نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین طرحواره‌های مقابله با استرس با پریشانی روانشناختی همسو با یافته‌های ونگ و همکاران (۲۰۰۶) و ونگ (۱۹۹۳) هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در مدل همخوان با منبع (ونگ و همکاران، ۲۰۰۶) بیان می‌شود برای اینکه فرد مقابله مؤثر با محیط داشته باشد، باید منابع مختلفی در اختیار داشته باشد و از این منابع به صورت بجا و مناسب استفاده کند در غیر این صورت نمی‌تواند با شرایط دشوار مقابله کرده و از خود حفاظت کند. همچنین فرد در مقابله با چالش‌ها و استرس‌ها باید به صورت خلاقانه عمل کرده و ضمن استفاده مناسب از منابع، از ابتکار خود نیز برای غلبه و چیره شدن هر چه مؤثرتر بر شرایط استفاده نماید. همخوانی راهکار انتخاب شده با مسأله و چالش ایجاد شده نیز مهم است. بنابراین به نظر می‌رسد که فرد از طریق ارزیابی دقیق محیط، شناسایی منابع ممکن، به کار بستن خلاقیت و در نهایت استفاده از مناسب‌ترین طرحواره می‌تواند عملکرد خود را در مقابل محیط بهبود ببخشد. بهبود در واکنش نسبت به محیط نیز فرآیند پویای تاب‌آوری را تقویت می‌کند، چرا که هر چه واکنش فرد در مقابل چالش‌ها و موقعیت‌های مختلف سازگارانه‌تر باشد، توان تحمل و تاب‌آوری در موقعیت‌های سخت بیشتر خواهد بود.

عدم رابطه مستقیم و معنادار بین طرحواره‌های مقابله با استرس با پریشانی روانشناختی ممکن است مرتبط با وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد در دوره همه‌گیری کرونا باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر داشتن طرحواره‌های مقابله با استرس چه سالم چه غیر سالم به تنهایی اثری روی پریشانی ندارد و در این زمینه عامل تعیین‌کننده ویژگی‌ها و فرآیندهای مرتبط با تاب‌آوری است. یافته دیگر مطالعه از عدم رابطه معنادار بین فضایل در عمل با تاب‌آوری و پریشانی روانشناختی خبر می‌دهد که ناهمسو با پژوهش‌های دمیچی و همکاران (۲۰۱۹)، چریف و همکاران (۲۰۲۰)، ورم والد (۲۰۲۰)، انالاکشمی (۲۰۲۰)، کازالی و همکاران (۲۰۲۱)، فریدلین و همکاران (۲۰۱۷) و دیساباتو و همکاران (۲۰۱۴) است. پترسون و سلیگمن (۲۰۰۴) بیان می‌کنند که برای تجربه اثرات مثبت روانشناختی فضایل در عمل، توجه به چند عامل مهم است. آنها این عوامل را فرهنگ، آگاهی از فضایل درونی خود، سطوح مختلف فضایل و استفاده از فضایل درونی خود در طول زندگی و موقعیت‌های مختلف می‌دانند. از آنجایی که پژوهش حاضر در زمینه فرهنگ ایرانی که از خرده فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلفی بهره‌مند است انجام شده، احتمال دارد که تفاوت‌های فرهنگی بین افراد شرکت‌کننده در نتایج پژوهش حاضر دخیل بوده باشند. نکته مهم دیگر این است که یک فضیلت ممکن است به فرد در جهت شکوفایی کمک کند اما لزوماً تحقق یافتن بهزیستی روانشناختی و شکوفایی در فرد را به صورت جامع و کامل تضمین نمی‌کند، به عبارت دیگر یک فضیلت، یک بخش از احساس بهزیستی روانشناختی و شکوفایی را تشکیل می‌دهد، نه همه ابعاد آن را. به اعتقاد پترسون و سلیگمن (۲۰۰۴) در نظر گرفتن پویایی تعاملات بین فرد و محیط که هر کدام ویژگی‌های خاص و منحصر به خود را دارا هستند، برای رسیدن به نتایجی به مراتب مؤثرتر و کارآمدتر مهم به نظر می‌رسد. فرد و محیط پیوسته در حال تعامل هستند. پس علاوه بر ویژگی‌های فرد، ویژگی‌های خاص هر محیط نیز در این تعامل دو سویه دارای اهمیت است. پژوهش حاضر در دوره همه‌گیری کرونا انجام شد. موقعیت حاصل از کرونا همسو با انواع موقعیت‌های دیگر دارای ویژگی‌های شناخته و ناشناخته‌ای است که هر کدام از این ویژگی‌ها به تنهایی می‌تواند در نتایج حاصل از پژوهش دخیل باشد.

علاوه بر این فضیلت‌ها و نیرومندی‌های شخصیتی الزاماً در همه موقعیت‌ها خود را نشان نمی‌دهند، بلکه بروز هر کدام از فضیلت‌ها و نیرومندی‌ها وابسته به موقعیت‌های خاص ممکن است تغییر کند، برای مثال یک فرد ممکن است تنها در مواقعی که نیاز به تصمیم‌های دشوار باشد ذهنیت باز و خلاقانه خود را بروز دهد. بنابراین در استفاده از فضیلت‌ها، قصد و تصمیم فرد مهم است، چرا که برای به دست آوردن نتایج هر چه مطلوب‌تر، فرد باید شناختی از فضیلت‌های درونی خود داشته باشد و در مواقع مورد نیاز فضیلت‌ها و نیرومندی‌های خود را با خلاقیت خویش به گونه‌ای که متناسب با فرهنگ آن جامعه باشد به کار گیرد (همان). به جز وجود داشتن فضایل در فرد، استفاده کردن از این فضایل نیز حائز اهمیت است. به عقیده ژانگ و چن (۲۰۱۸) اگر فرد از پس موقعیت‌های دشوار برنیاید، لزوماً دلیل بر نبود فضایل در فرد نیست، بلکه می‌تواند به دلیل بهره نبردن از فضایل موجود باشد. بنابراین برای اینکه فضایل در عمل نقش مثبت و محافظتی خود را اعمال کنند، باید هم وجود داشته باشند و هم فرد از آنها استفاده کند. میزان سطوح فضیلت‌ها نیز

مهم است. پروپر و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که این نیرومندی‌ها از یک سو قابل تقویت بوده و از سوی دیگر نیز با تقویت خویش نتایج روانشناختی مثبت را بهبود می‌بخشند. از این رو در افراد با سطوح پایین فضیلت‌ها در مقایسه با افرادی که فضیلت‌ها را در سطوح بالاتری دارند، نتایج روانشناختی کمتر مؤثرتری در موقعیت‌های چالش برانگیز تجربه می‌شود. البته پژوهش‌های آینده می‌توانند در شرایط طبیعی‌تر و در دوره خروج از همه‌گیری کرونا این مطالعه را تکرار و نشان دهند آیا واقعاً فضایل در عمل در حالت‌های طبیعی هم اثری بر پریشانی روانشناختی ندارد؟.

دیگر نتایج حاصل از پژوهش نشان دهنده همبستگی مثبت میان طرحواره‌های مقابله با استرس و فضایل در عمل است. برخورداری از سطوح بالای فضایل در عمل سازگاری روانشناختی و فیزیولوژیکی به مراتب بالاتری را در رابطه با استرس‌ها و دشواری‌ها در پی دارد (لی و همکاران، ۲۰۱۷). فضایل درونی افراد عامل بسیار تعیین‌کننده‌ای در نحوه کنار آمدن و تقابل با مشکلات و مسائل است (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴). رویارویی با سختی‌های متعدد و عبور موفقیت‌آمیز از آنها علاوه بر این که نمایانگر برخورداری از سطوح بالای فضایل در عمل است نقش مؤثری نیز در نحوه شکل‌گیری و استفاده از طرحواره‌های مقابله با استرس ایفا می‌کند (ونگ و همکاران، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر فضایل در عمل و طرحواره‌های مقابله با استرس فرد می‌توانند تقویت‌کننده یکدیگر باشند. برای اینکه تلاش‌های فرد در جهت استفاده مؤثر از طرحواره‌های مقابله‌ای نتیجه‌بخش باشد، نیازمند ارزیابی صحیح موقعیت، شناسایی منابع موجود و استفاده از طرحواره مقابله‌ای مناسب است، از سوی دیگر فضایل در عمل جزئی از منابع درونی فرد به شمار می‌روند. بنابراین اگر فضیلت درونی شناخته و مورد استفاده قرار گیرد، با توجه به ویژگی‌ها مثبت خود می‌تواند فرد را در مراحل که برای نتیجه‌بخش بودن طرحواره‌ها مهم شمرده می‌شوند یاری دهد و زمینه یک مقابله مؤثر را فراهم کند (ژانگ و چن، ۲۰۱۸).

استفاده از ابزار خودگزارشی، اجرای آنلاین سیاهه‌ها، نمونه‌گیری در دسترس و محدود کردن آن به دانشگاه خوارزمی (که اکثر افراد شرکت‌کننده نیز دانشجوی بودند) از محدودیت‌های پژوهش حاضر هستند و پیشنهاد می‌شود ارتباط متغیرها در نمونه‌های دیگر و بالانحص در زمان خروج از همه‌گیری کرونا سنجیده شود.

• نتیجه‌گیری

از زمان شناسایی ویروس کرونا در چین، این ویروس به سرعت به اکثر کشورها منتشر شد، تعداد زیادی از مردم جهان را درگیر کرد و موجب مرگ تعداد قابل توجهی از جمعیت دنیا شد. انتقال آسان و سریع این ویروس، گسترش جغرافیایی و عوارض ناشناخته آن، قرنطینه و انزوای افراد، تعطیلی مشاغل و بدتر شدن شرایط اقتصادی، قرار گرفتن در معرض مداوم اخبار و اطلاعات منفی، جهش‌های پی در پی ویروس، ابهام و بلا تکلیفی نسبت به زمان اتمام همه‌گیری و در نهایت وجود احتمال مرگ از جمله عواملی بود که منجر به افزایش آسیب‌های روانشناختی شد. آمار سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که بیش از ۲۵ درصد از افراد در مقابله و پاسخ به بیماری کرونا تنیدگی روانشناختی با سطوح متوسط تا شدید را تجربه کرده‌اند. متخصصان سلامت این آمار را محافظه‌کارانه و درصد واقعی را بیشتر از این می‌دانند (پریم و همکاران، ۲۰۲۰). از دیرباز در هنگام مواجهه با بحران‌های سراسری مانند قحطی، جنگ، بیماری همه‌گیر و غیره، وجود برخی آمادگی‌ها و درون‌مایه‌های روانشناختی به انسان‌ها جهت رویارویی سازگارانه‌تر با شرایط و عبور از آن بحران کمک کرده است. از دهه ۱۹۷۰، تاب‌آوری، به عنوان مفهومی تعریف شد که اشاره به توانایی افراد در ایجاد تعادل زیستی و روانشناختی خود در شرایط آسیب دارد و سبب بازگشت به تعادل ابتدایی و پیشین و دستیابی به تعادل‌هایی در سطوح بالاتر می‌شود. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر در برنامه‌های پیشگیری و مقابله با پریشانی روانشناختی، ارتقای تاب‌آوری باید بر تغییر شناخت و باورهای مرتبط با طرحواره‌های مقابله با استرس و نیز ارتقای فضایل، اولویت داشته باشد.

• منابع

- فراهانی، محمدنقی؛ و خانی‌پور، حمید. (۱۳۹۵). ساختار عاملی پرسشنامه طرحواره‌های مقابله با استرس در نمونه ایرانی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰(۴)، ۷۶-۹۲.
- قربانی، زهره؛ بنی‌جمال، شکوه السادات؛ عامری، فریده؛ خسروی، زهره؛ و دهشیری، غلامحسین. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه ویژگی‌های روانشناختی مثبت در دانشجویان. فصلنامه روانشناسی مثبت، ۱(۲)، ۱۵-۲۶.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سؤالی سیاهه پریشانی روانشناختی کسلر. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۶(۴)، ۵۷-۴۵.

- Annalakshmi, N. (2020). Character Strengths and Resilience among Graduate Students.
- Blanca, M. J., Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M., & Bendayan, R. (2018). Life satisfaction and character strengths in Spanish early adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 19(5), 1247-1260.
- Blendon, R. J., Benson, J. M., DesRoches, C. M., Raleigh, E., & Taylor-Clark, K. (2004). The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 38(7), 925-931.
- Bowes, L., & Jaffee, S. R. (2013). Biology, genes, and resilience: toward a multidisciplinary approach. *Trauma, Violence, and Abuse*, 14(3), 195-208.
- Brody, C., Chhoun, P., Tuot, S., Pal, K., Chhim, K., & Yi, S. (2015). HIV risk and psychological distress among female entertainment workers in Cambodia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 1-10.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Casali, N., Feraco, T., Ghisi, M., & Meneghetti, C. (2021). Andra tutto bene: Associations Between Character Strengths, Psychological Distress and Self-efficacy During Covid-19 Lockdown. *Journal of Happiness Studies*, 22(5), 2255-2274.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L. & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 15-16.
- Cherif, L., Wood, V., & Wilkin, M. (2020). An Investigation of the Character Strengths and Resilience of Future Military Leaders. *Journal of Wellness*, 3(1), 2.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Demirci, I., Ekşi, H., Ekşi, F., & Kaya, Ç. (2019). Character strengths and psychological vulnerability: The mediating role of resilience. *Current Psychology*, 1-11.
- Dilekmen, M. & Erdem, B. (2013). Depression levels of the elementary school teachers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 106, 793-806.
- Disabato, D. J., Short, J. L., Kashdan, T. B., Curby, T. W., and Jarden, A. (2014). *Do character strengths reduce future depression or does depression reduce character strengths?* American Psychological Association Publish.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. *Mental Illnesses-Understanding, Prediction and Control*, 69, 105-134.
- Duan, W. (2016). The benefits of personal strengths in mental health of stressed students: A longitudinal investigation. *Quality of Life Research*, 25(11), 2879-2888.
- Freidlin, P., Littman-Ovadia, H., and Niemiec, R. M. (2017). Positive psychopathology: Social anxiety via character strengths underuse and overuse. *Personality and Individual Difference*, 108, 50-54.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 213-219
- Gander, F., Hofmann, J., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2020). Character strengths—Stability, change, and relationships with well-being changes. *Applied Research in Quality of Life*, 15(2), 349-367.
- Holden, L., Scuffham, P., Hilton, M., Vecchio, N., & Whiteford, H. (2010). Psychological distress is associated with a range of high-priority health conditions affecting working Australians. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34(3), 304-310.
- Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health*, 11(3), 273-289.
- Hutchinson, A. M. K., Stuart, A. D., & Pretorius, H. G. (2010). Biological contributions to well-being: The relationships amongst temperament, character strengths and resilience. *Journal of Industrial Psychology*, 36(2), 1-10.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Keyfitz, L. (2013). The role of positive schemas in child psychopathology and resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 97-108.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. *Journal of the American Medical Association*, 3(3), 203-205.
- Lahav, Y. (2020). Psychological distress related to COVID-19—the contribution of continuous traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, 277, 129-137.
- Lee, J. H., Seo, M., Lee, M., Park, S. Y., Lee, J. H., & Lee, S. M. (2017). Profiles of coping strategies in resilient adolescents. *Psychological Reports*, 120(1), 49-69.
- Leontopoulou, S. & Triliva, S. (2012). Explorations of subjective wellbeing and character strengths among a Greek University student sample. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 251-270.

- Lincoln, K. D., Taylor, R. J., Watkins, D. C., & Chatters, L. M. (2011). Correlates of psychological distress and major depressive disorder among African American men. *Research on Social Work Practice*, 21(3), 278-288.
- McCullough, M. E., & Snyder, C. R. (2000). Classical sources of human strength: Revisiting an old home and building a new one. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 1-10.
- Margo-Dermer, E., Dépelteau, A., Girard, A., & Hudon, C. (2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *Public health*, 172, 1-7.
- Martinez-Marti, Maria Luisa, and Willibald Ruch. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 12 (2),110-119.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-230.
- Mc Donnell, E. (2018). Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users. *Substance Use and Misuse*, 53(14), 2320-2329.
- Nila, K., Holt, D. V., Ditzen, B., & Aguilar-Raab, C. (2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Mental Health and Prevention*, 4(1), 36-41.
- Osornio, A. C. (2020). *Psychological Distress Trajectories Among Ethnic Minority Mothers and Consequences for Child Psychological Adjustment*. California State University, Long Beach.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford University Press.
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist journal*, 4(1), 13-23.
- Richardson GE, Neiger B, Jensen S, Kumpfer K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21,33-39.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(5), 536-545.
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627.
- Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M., & Mishely-Yarlap, A. (2016). Subjective well-being in adolescence: The role of self-control, social support, age, gender, and familial crisis. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 81-104.
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *British Medical Journal*, 368,45-56.
- Sato, A., Hasimoto, T., Kimura, A., Niitsu, T., & Iyo, M. (2018). Psychological distress symptoms associated with life events in patients with bipolar disorder: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 9(200), 1-9.
- Tabachnick BG, Fidell LS. (2007). *Using Multivariate statistics*. 5th ed. Boston: Pearson Education.
- Tola, H. H., Shojaezadeh, D., Garmaroudi, G., Tol, A., Yekaninejad, M. S., Ejeta, L. T., & Kassa, D. (2015). Psychological distress and its effect on tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia. *Global Health Action*, 8(1), 29019.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.
- Vormwald, L. (2020). *Fostering resilience: integrating positive character strengths with dance making skills to help young children cope with adversity*. University of Northern Colorado. Master's theses.
- Wang, C., Chudzicka-Czupala, A., Grabowski, D., Pan, R., Adamus, K., Wan, X., & Ho, C. (2020). The association between physical and mental health and face mask use during the COVID-19 pandemic: a comparison of two countries with different views and practices. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 901.
- Wind, T. R., & Komproe, I. H. (2012). The mechanisms that associate community social capital with post-disaster mental health: a multilevel model. *Social science & medicine*, 75(9), 1715-1720.
- Wong, P. T. P. (1993). Effective management of life stress: The resource-congruence model. *Stress Medicine*, 9, 51-60.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Peacock, E. J. (2006). *A resource-congruence model of coping and the development of the coping schema inventory*. Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping. New York, NY: Springer.
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239-1242.
- Zhang, Y., & Chen, M. (2018). Character strengths, strengths use, future self-continuity and subjective well-being among Chinese university students. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-14.

اثربخشی بسته بومی غنی سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان the effectiveness of the indigenous package of enriching marital relations on sexual distress of working women

Maryam Sazgar PhD Student

Moloud Keykhosravani PhD ✉

Effat Merghati-Khoei PhD

Hamid-Reza Tohidi-nik PhD

مریم سازگار^۱
مولود کیخسروانی^۲
عفت مرقاتی خویی^۳
حمیدرضا توحیدی نیک^۴

Abstract

Sexual distress is a destructive factor in marital relationships, so if the right interventions are used, this sexual problem can be prevented. The purpose of this study is the effectiveness of the indigenous package of enriching marital relations on sexual distress of working women in Shiraz, 2020-2021. The research method was clinical trial with pre-test and post-test design and 8 and 12 week follow-up with two experimental and control groups. The statistical population of the study consisted of all married women working in several government agencies in Shiraz in 2020. 120 women with sexual dysfunction were selected by purposive sampling method and were divided into experimental and control groups, which resulted in 79 final samples. 40 people were in the experimental group and 39 people were in the control group. All of these women applied to participate in training sessions to enrich couple relationships (4 sessions of 2 hours) which were purposefully selected and randomly divided into two groups. In this study, a sexual distress questionnaire (Dragatis, et al., 2008) was used to collect information. Analysis of statistical data was performed by SPSS22 software at both descriptive and inferential levels. The results showed that there is a significant difference between the scores of sexual distress in the research stages and the native package of enrichment of marital relationships has improved the quality of sexual intercourse and reduced sexual distress in the experimental group compared to the control group ($p > 0.001$). Therefore, the indigenous package of enriching marital relations has played a significant role in promoting women's sexual relations.

Keywords: Enrichment of Marital Relations, Sexual Distress, Working Women

چکیده

پریشانی جنسی یکی از عوامل مخرب روابط زناشویی است بنابراین، اگر مداخلات مناسب به کار برده شود، این مشکل جنسی قابل پیشگیری است. هدف از پژوهش تعیین اثربخشی بسته بومی غنی سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان شاغل شهر شیراز بود. روش پژوهش کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری ۸ و ۱۲ هفته‌ای همراه با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان متاهل و شاغل در چند ارگان دولتی شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد که ۱۲۰ نفر از زنان دارای پریشانی جنسی به صورت روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند که در نهایت ۷۹ نفر نمونه نهایی را تشکیل داد و ۴۰ نفر در گروه آزمایش و ۳۹ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. تمامی این زنان متقاضی شرکت در جلسات آموزشی غنی سازی روابط زوجین (۴ جلسه دو ساعته) بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در این پژوهش از مقیاس پریشانی جنسی (دراگاتیس و همکاران، ۲۰۰۸) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری به وسیله نرم افزار SPSS-22 در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گردید. یافته‌ها نشان داد تفاوت معنادار بین نمرات پریشانی جنسی در مراحل پژوهش وجود دارد و بسته بومی غنی سازی روابط زناشویی موجب بهبود کیفیت ارتباطات جنسی زوجین و کاهش پریشانی جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. بنابراین بسته بومی غنی سازی روابط زناشویی نقش بسزایی در ارتقای روابط جنسی زنان داشته است.

واژه‌های کلیدی: غنی سازی روابط زناشویی، پریشانی جنسی، زنان شاغل

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱/۲۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۵/۴

۱. گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه سکسولوژی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران و گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۴. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان و گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

● مقدمه

خانواده در زمره مهمترین نظام‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج شکل گرفته و به عنوان کوچکترین واحد اجتماعی، اساس تشکیل جامعه و نیز کانون رشد و تکامل اعضایش است. ازدواج، پیوند جنسی و عاشقانه بین دو نفر است (بشیرپور و میری، ۱۳۹۷). بنابراین یکی از نیازهای پذیرفته شده نیازهای جنسی است که از ارکان اساسی هر خانواده است. همان‌گونه که برای جامعه حضور خانواده ارزشمند و مهم می‌باشد رضایت جنسی هم برای بقای خانواده ارزشمند است (پوراکیریان و امین بزدی، ۲۰۱۵).

تشخیص عدم عملکرد جنسی در زنان به‌طور متداول پریشانی جنسی (sexual distress) است (درآگاتیس و همکاران، ۲۰۰۸). ناکارآمدی جنسی زنان (female sexual dysfunction) یا پریشانی جنسی مشکلی دارای چند بُعد و دارای چند علت است که با عوامل روانی، فرهنگی، زیستی و اجتماعی همبسته است و بر بهزیستی و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (قسامی، شعیری، اصغری مقدم و رحمتی، ۱۳۹۳). پریشانی جنسی به معنای تمام احساسات منفی مانند اضطراب، ناامیدی، احساسات و عدم کفایتی که افراد در روابط جنسی خود تجربه می‌کنند. این احساسات نشأت گرفته از پریشانی جنسی می‌توانند در کل زندگی افراد از جمله رفاه و کیفیت زندگی تأثیر منفی بگذارند (قشلاقی، دروایشی، شفیعی و نجف آبادی، ۲۰۱۴).

مشکلات مربوط به میل و ارگاسم بیشترین شیوع را در میان اختلال‌های عملکرد جنسی دارند که با پریشانی جنسی ارتباط دارند (ویدینگ و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین اختلال عملکرد جنسی در زنان شایع است و می‌تواند اثرات زیان‌باری روی کیفیت زندگی آنان بگذارد. پریشانی افراد وابسته به عملکرد جنسی است که در ۲۶ درصد از زنان گزارش شده است (کنپ و همکاران، ۲۰۱۰).

در تحقیقات قبلی از پریشانی جنسی به‌عنوان مزاحمت جنسی یا نگرانی جنسی یاد می‌شود، اما همه این اصطلاحات معادل، اساساً به پریشانی جنسی همان احساسات منفی در مورد عملکرد جنسی و تمایلات جنسی اشاره دارند (سانتوس-ایگلسیاس، محمدم واکر، ۲۰۱۸). پریشانی جنسی نقش مهمی در روابط جنسی، عمومی و زندگی فرد دارد، زیرا وجود آن با عملکرد جنسی ضعیف‌تر (عظیمی نکو و همکاران، ۲۰۱۵؛ استفنسون و مستون، ۲۰۱۰) و رضایت جنسی کمتر (روزن و همکاران، ۱۹۹۷) همراه است. اگر چه پریشانی جنسی در حال افزایش است اما این مفهوم نسبتاً مورد مطالعه قرار نگرفته است و با گنجاندن این معیار در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم (DSM-5) به اهمیت پریشانی جنسی تأکید شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

بانکرافت، لوفتاس و لانگ (۲۰۰۳) و شیفرن و همکاران (۲۰۰۸) بیان کردند که اگر چه مشکلات جنسی در زنان مسن‌تر شایع‌تر است، اما زنان جوان بیشتر از آنها دچار پریشانی جنسی می‌شوند. آمار به دست آمده از تحقیقات نشان می‌دهد که ۵۰ درصد از زوجین در مراحل از زندگی زناشویی خود اختلال جنسی را تجربه کرده‌اند، اما تعداد کمی تحت مشاوره و درمان قرار گرفته‌اند. با ارائه آموزش، مشاوره و اطلاعات مورد نیاز در زمینه فیزیولوژی پاسخ‌های جنسی انسان، به تدریج مشکلات موجود از بین رفته و ناآگاهی جای خود را به اطلاع و آگاهی کامل می‌دهد. این آگاهی‌ها بسیاری از زنان و مردان را قادر می‌سازد تا قدم‌های مؤثر و موفق در مواجهه با مشکلات جنسی و حتی اختلالات زناشویی خود بردارند (ساسان پور، گیایانه شهوردیان و احمدی، ۱۳۹۳). به طور کلی عوامل روانی و فیزیکی و یا ترکیبی از این دو می‌توانند بر افزایش پریشانی جنسی تأثیر بگذارند. هر یک از این عوامل فردی است که بر پاسخ جنسی تأثیر می‌گذارد. با این حال تأثیر دقیق این عوامل در توسعه و پیشرفت پریشانی جنسی ناشناخته است (بانکروف، لوفتاس و لانگ، ۲۰۰۳).

یکی از راه‌های کیفیت رابطه و ایجاد و تقویت رضایت در رابطه زوجین، آموزش به آنهاست که عموماً از آنها با عنوان برنامه‌های غنی‌سازی روابط زناشویی یا برنامه ارتقا رابطه نام برده می‌شود (کارول، وولک و هاید، ۱۹۸۵؛ به نقل از نظری، اعمادی و عابدی، ۱۳۹۸).

تاکنون روش‌های مختلفی جهت افزایش مولفه‌های زندگی زناشویی به‌کار بسته شده است. از جمله روش‌هایی که برای ارتقا کیفیت زندگی زوجین و رضایت زناشویی به‌کار بسته می‌شود، غنی‌سازی روابط است. غنی‌سازی روابط سهم بزرگی را در رشد و بالندگی میلیون‌ها زوج به خود اختصاص داده است. غنی‌سازی حرکت برای رشد رابطه زناشویی است و به تقویت رابطه از طریق ایجاد اهداف و جهت‌هایی برای ازدواج می‌انجامد (امینی و حیدری، ۱۳۹۵).

به‌طور کلی برنامه غنی‌سازی زندگی زناشویی در زمینه ارتباطات زوجین، حل تعارضات بین آنها، مدیریت مالی، رضایتمندی زناشویی، فعالیت‌های زوجین در هنگام فراغت، عقاید مذهبی هر یک از طرفین، رابطه بچه‌ها و والدین، رابطه خانواده و دوستان، انتظارات واقعی هر یک از زوجین از همدیگر، انتظارات جنسی، نقش خویشاوندان در زندگی زناشویی، افزایش صمیمیت زوجین و ... فعالیت می‌کند و در این زمینه‌ها به زوجین آموزش می‌دهد (اولیاء، فاتحی‌زاده و بهرامی، ۱۳۹۰). در بسیاری از برنامه‌های غنی‌سازی ازدواج بر اهمیت تمرین‌های ارتباطی، روشن ساختن محیط‌های عدم توافق، افزایش صمیمیت در بین زوجین، مفهوم انتظارات زوج‌ها از زندگی و تأثیر این انتظارات بر روابط میان آنها تأکید می‌شود (چن، زانگ، ساندرز و ژئو، ۲۰۱۶).

خویی، علوی، معصومی و شیخان (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که شناسایی عناصر رفتارهای جنسی به زنان کمک می‌کند تا رفتارهای جنسی و فاکتورهای متأثرکننده آن را بشناسند. بنابراین علاوه بر غنی‌سازی زندگی جنسی در زنان؛ آنها نیازمند برنامه‌های آموزشی منظم با هدف شناسایی پتانسیل‌های مرتبط جنسی‌شان هستند.

از آنجا که معمولاً در فرهنگ ما تأکید سازنده درباره مسائل جنسی وجود ندارد و پژوهشی نیز در این زمینه صورت نگرفته است و با توجه به این که یکی از مسائل مهم در روابط زوجین، مسائل جنسی است، انجام مسائلی از این دست ضروری می‌رسد (شاهوردی، میرزا بیگی، عزیزی و رازانی، ۱۳۹۹). هدف از این پژوهش، آموزش مفاهیم غنی‌سازی روابط زناشویی و روابط جنسی که شامل مهارت‌آموزی در روابط زناشویی، برقراری ارتباط مؤثر، آناتومی و عملکرد ارگان‌های جنسی و مشکلات جنسی بر اساس فرهنگ رایج کشور است؛ لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی می‌تواند بر پریشانی جنسی زنان شاغل شهر شیراز تأثیر بگذارد؟

• روش

این پژوهش به روش کارآزمایی بالینی تصادفی، با گروه پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۸ هفته‌ای و ۱۲ هفته‌ای همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان متأهل و شاغل در چند ارگان دولتی شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد که براساس فراخوان در ارگان‌ها، متقاضیان شرکت در جلسات آموزشی غنی‌سازی روابط زوجین ثبت نام کردند و نمونه‌ها به‌صورت هدفمند از بین افرادی که ثبت‌نام کرده بودند افراد دارای دیسترس جنسی، انتخاب و وارد پژوهش شدند. در این مطالعه جهت تصادفی‌سازی انتخاب نمونه در گروه‌های مداخله و کنترل، به ترتیب برای شرکت‌کنندگان شماره از ۱ تا ۱۲۰ اختصاص داده شد، سپس با استفاده از روش تخصیص تصادفی بلوکی با بلوک‌های چهارتایی افراد به دو گروه ۶۰ تایی تقسیم‌بندی شدند. جلسات آموزشی بر گروه آزمایش اعمال شد که در نهایت با بررسی ملاک‌های خروج از پژوهش در مجموع ۷۹ نفر در گروه‌های مداخله (۴۰ نفر) و کنترل (۳۹ نفر) باقی ماندند. ملاک‌های ورود به پژوهش سابقه ازدواج و داشتن همسر، سنین ۲۰ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، ساکن شهر شیراز، تمایل فرد به شرکت در مطالعه و عدم استفاده فرد از روان‌درمانی در یک سال گذشته بود و ملاک‌های خروج از پژوهش عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، غیبت در جلسات آموزشی (یک جلسه) و اختلافات شدید زناشویی حداقل در یک سال اخیر (بر اساس خودگزارشی داوطلبین) بود.

• ابزار

مقیاس پریشانی جنسی زنان (Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS) این مقیاس توسط دراگاتیس، کلایتن، لویز دراگوستینو، اندرلیچ و همکاران (۲۰۰۸) جهت ارزیابی پریشانی جنسی ایجاد شده که مشتمل بر ۱۳ ماده است. نمرات در مقیاس لیکرت ۵ نمره‌ای، بین صفر تا ۴ می‌باشد (هرگز = ۰ و همیشه = ۴). نمره کل حاصل، جمع نمره ۱۳ ماده مقیاس و بین صفر تا ۵۲ است و هر چه نمره فرد بیشتر باشد، نشان‌دهنده دیسترس و پریشانی جنسی بیشتر است. نمره مساوی یا بزرگتر از نمره برش ۱۱، مشخص‌کننده زنان دچار پریشانی و دیسترس جنسی است. همسانی درونی مقیاس باضریب α در محدوده ۰/۹۳-۰/۸۶ و همچنین، اعتبار افتراقی با متمایز نمودن زنان دچار ناکارآمدی جنسی از زنان دارای اختلال عملکرد جنسی و اعتبار واگرای مناسب با شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) مطلوب گزارش شده است (عظیمی و همکاران، ۲۰۱۵، روشن چسلی، میرزایی و نیک آذین، ۱۳۹۳). آلفای کرونباخ

پرسشنامه پریشانی جنسی در این پژوهش ۰/۹۵ به دست آمده است.

پروتکل درمانی برگرفته از کتاب همسر من (مهارت‌آموزی در روابط زناشویی و جنسی) و در پژوهش معینی و همکاران (۲۰۱۹) مورد اعتبار قرار گرفته بود (خلاصه جلسات در جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله غنی‌سازی روابط زناشویی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آگاهی اهمیت آموزش جنسی در شکل‌گیری زندگی جنسی صحیح، درک اهمیت تعاملات جنسی مناسب در زندگی زناشویی، مهارت‌آموزی در روابط زناشویی. ارائه تکلیف.
جلسه دوم	آموزش مفهوم ارتباط، آموزش شناسایی گام‌های رو به رشد ازدواج، شناسایی موارد موثر در استحکام یا تخریب روابط، کسب توانایی صحبت کردن با همسر خود درباره مسایل جنسی، توانایی صحبت کردن با همسر خود درباره مسایل جنسی، چگونگی برقراری ارتباط، احساسات و روابط با دیگران مانند همسر، خانواده، و دوستان. تأثیر فرهنگ بر الگوهای ارتباطی، چگونگی رفتار با همسر در رابطه جنسی. ارائه تکلیف.
جلسه سوم	آناتومی و عملکرد ارگان‌های جنسی- باروری در زنان و مردان، آشنایی با عملکرد ارگان‌های جنسی مرد و زن، پاسخ‌های جنسی زن و مرد، عملکرد جنسی مردان و زنان، فاکتورهای مرکزی در تحریک جنسی، هورمون‌های جنسی در زنان و مردان، ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	واژگان و الگوهای پاسخ جنسی انسان، شناسایی واژگان جنسی و مراحل تعامل جنسی بین زن و شوهر

به‌منظور بررسی فرضیه‌ها از آزمون‌های واریانس و t تست در محیط نرم افزار SPSS-22 استفاده شد. این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و توجه به حقوق شرکت‌کنندگان، رازداری و صیانت از اطلاعات آنها و آزادی عمل شرکت‌کنندگان برای خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای و ارائه درمان بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی برای گروه کنترل قبل از پیگیری دوم، بسته سلامت جنسی انجام گرفت. در ضمن این پژوهش با کد اخلاقی IR. BPUMS. REC. 1400. 033 در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد تصویب قرار گرفت.

• یافته‌ها

نتایج جدول ۲ نشان داد میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در پژوهش در گروه آزمایش ۴۱/۰۵ سال و گروه کنترل ۴۲/۶۹ سال و سن همسران در گروه آزمایش ۴۵/۷۴ و در گروه کنترل ۴۶/۵۱ و طول مدت ازدواج در گروه آزمایش ۱۵/۸۲ سال و ۱۴/۷۷ سال بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر دموگرافیک	آزمایش (N=۴۰) (M±Sd)	کنترل (N=۳۹) (M±Sd)
سن	۴۱/۵±۰/۵/۸	۴۲/۵±۶۹/۲۸
سن همسران	۴۵/۷±۷۴/۰۳	۴۶/۶±۵۱/۵۷
طول مدت ازدواج	۱۵/۸۲± ۸/۴۴	۱۴/۷۷± ۸/۵۵

در جدول ۳ میانگین پریشانی جنسی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عملکرد جنسی زنان دارای پریشانی جنسی در دو گروه

متغیر	مراحل پژوهش	عضویت گروهی	میانگین	انحراف معیار
پریشانی جنسی زنان	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۲/۳۷	۹/۸۱
		کنترل	۱۹/۸۷	۸/۳۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۳۵	۱۰/۱۳
		کنترل	۲۱/۳	۱/۹۹
	پیگیری اول	آزمایش	۱۹/۴۲	۸/۲۴
		کنترل	۱۹/۷۶	۸/۲۱
پیگیری دوم	آزمایش	۲۰/۶۲	۷/۶۵	
	کنترل	۲۰/۳	۸/۱۹	

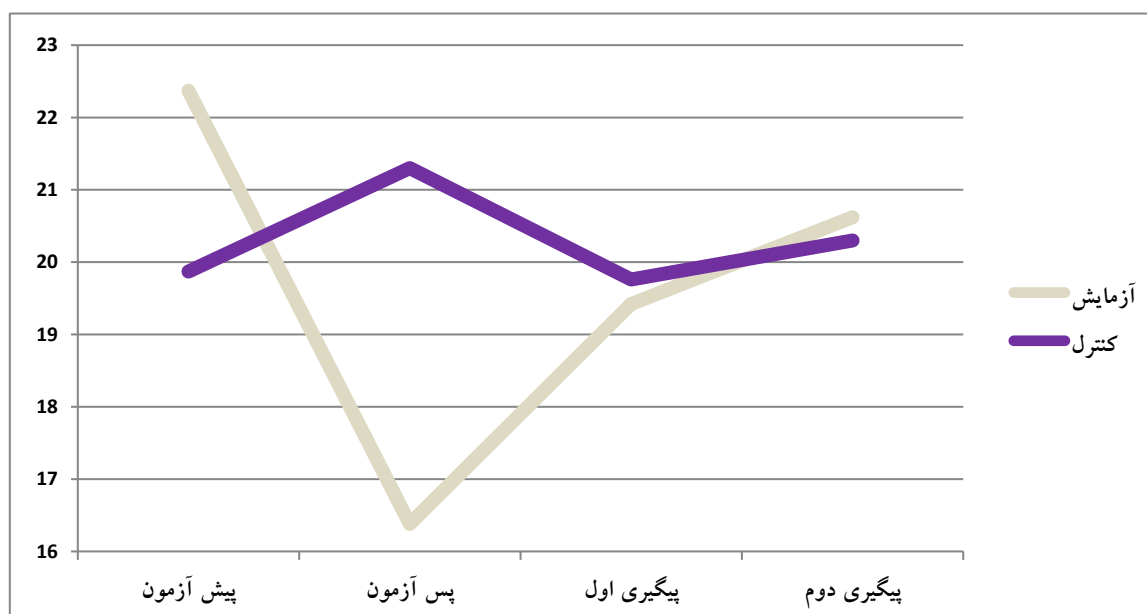
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات دیسترس جنسی در مراحل پژوهش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مرحله اول و مرحله دوم) معنادار است ($P=0/02$). علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی معنادار است. این معناداری نشان می‌دهد روند میانگین گروه آزمایش و گواه از لحاظ سطوح متغیر وابسته با یکدیگر متفاوت است. لذا جهت ردیابی تفاوت گروه‌ها و سطوح متغیر وابسته، از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده می‌گردد و تأثیر آموزش بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر دیسترس جنسی زنان دارای دیسترس جنسی در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود. همچنین قابل ذکر است میانگین کلی نمرات دیسترس جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ندارد ($P=0/74$).

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه مراحل پژوهش در گروه‌ها

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مراحل پژوهش	۲۳۸/۰۱۷	۱/۲۴	۱۹۰/۷۴	۵/۰۵	۰/۰۲*	۰/۰۶	۰/۶۶
خطا	۳۶۲۹/۴۲	۹۶/۰۸	۳۷/۷۷	-	-	-	-
گروه	۳۰/۳۹	۱	۳۰/۳۹	۰/۱۰	۰/۷۴	۰/۰۰	۰/۰۶
خطا	۲۲۲۸۶/۱۰	۷۷	۲۸۹/۴۳	-	-	-	-
تعامل گروه و مراحل پژوهش	۵۸۳/۰۱	۱/۲۴۸	۴۶۷/۲۳	۱۲/۳۶	۰/۰۰۱***	۰/۱۳	۰/۹۶

جدول ۵: آزمون t گروه‌های مستقل متغیر پریشانی جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر پژوهش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری مرحله ۱	پیگیری مرحله ۲
مقدار T	۱/۲۲	-۱/۹۸	-۰/۱۸	۰/۱۷
درجه آزادی	۷۷	۷۷	۷۷	۷۷
معناداری	۰/۲۲	۰/۰۵۰	۰/۸۵	۰/۸۵
تفاوت میانگین‌ها	۲/۵	-۴/۹۵	-۰/۳۴	۰/۳۲



شکل ۱: مقایسه میانگین نمرات پریشانی جنسی زنان شرکت‌کننده در پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

با توجه به شکل انتایج نشان داد که میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری نیستند و پس از آزمون به گروه کنترل میانگین پریشانی جنسی نزولی شده و دسترس جنسی کاهش پیدا کرده است و در گروه کنترل میانگین‌ها روند صعودی داشته است. در مرحله پیگیری اول و دوم در گروه آزمایش تأثیر آموزش بر گروه آزمایش وجود داشته و گروه کنترل میانگین پریشانی جنسی در پیگیری اول به دلیل آموزش بسته سلامت جنسی تا حدودی کاهش داشته است و در پیگیری دوم در گروه آزمایش درمان همچنان ادامه داشته و در گروه کنترل تأثیر آموزش کمتر شده است.

● بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان دارای پریشانی جنسی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بسته غنی‌سازی روابط زناشویی بر کاهش پریشانی جنسی تأثیرگذار بوده است. نتایج این پژوهش می‌تواند نقش بسزایی در ارتقای صمیمیت و روابط عاطفی و همچنین کاهش مشکلات جنسی زوجین داشته باشد. پژوهشی همسو با پژوهش حاضر یافت نشد، اما در تحقیقات قبلی تأثیر این بسته آموزشی غنی‌سازی بر سلامت جنسی تأثیرگذار بوده است معینی و همکاران (۲۰۱۹). همچنین آموزش غنی‌سازی روابط بر رضایت زناشویی (امینی و حیدری، ۱۳۹۵) صمیمیت زناشویی و کیفیت روابط زوجین (نورمحمدی، ۱۳۹۹)، موثر بوده است.

غریزه جنسی از نیازهای انسان است، به طوری که مزلو این نیاز را در رده نیازهای جسمانی یا نیازهای حیاتی اولیه قرار داده است. این غریزه خود نوعی کشش دلبذیر است که زن و مرد را به ازدواج کشانده و بقا و تداوم خانواده را تضمین می‌کند. در سایه ارضاء میل جنسی علاوه بر نیاز جسمانی، فرد از لحاظ اخلاقی، فکری و روانی به آرامش می‌رسد. لذا داشتن رضایت از زندگی جنسی در زوجین، نقش مهمی در زندگی آنان دارد (معصومی، رضائیان و حسینیان، ۱۳۹۶).

فعالیت جنسی بخش مهمی از زندگی زناشویی و در خانواده یک فرایند لذتبخش و آرامبخش است. در حالی که ۳۰ درصد جدایی و طلاق زوجین به علت عدم توافق آنها بر سر مسائل مقاربتی و زناشویی می‌باشد. لذا رضایت از رابطه جنسی، ارتباط تنگاتنگی با رابطه کلی زوجین دارد (امینی، مرادی، مومنی و پوررشیدی، ۲۰۱۵). ارتباطات جنسی همسران فرآیندی دوطرفه است که هرگونه اختلال در آن می‌تواند زمینه‌ای برای بروز مشکلات و متزلزل شدن کانون باشد (شوانی، زهراکار و قاسمی جوبانه، ۲۰۱۵).

نارضایتی از رابطه جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در روابط زوجین و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و نظایر آنها منجر شود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد زوجین به صورت بالقوه و پنهانی تعارضاتی پیرامون مسائل جنسی دارند، اما آن را به‌عنوان یک راز تلقی کرده و از بیان آن اجتناب می‌نمایند (اسکندری و پرندین، ۱۴۰۱).

بنابراین علیرغم سطح نسبتاً بالای سوادآموزی در ایران که راه را برای برنامه‌های آموزشی هموار می‌کند، وجود یک برنامه آموزشی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه (اسدی لاری، سیاری، لکبری و گرای، ۲۰۰۴)، تنظیم خانواده (دجونگ، لاواد، مورتاگی و شپارد، ۲۰۰۵)، بسیار مؤثر و کارآمد است؛ اما در ایران به موضوع آموزش مهارت‌های جنسی به اندازه کافی پرداخته نشده است و باورهای فرهنگی و مذهبی محافظه‌کارانه جامعه منجر به کمبود مواد آموزشی معتبر شده است (معصومی، لامیان، خلج آبادی و منتظری، ۲۰۱۳). یکی از عواملی که بر رضایت جنسی زوجین تأثیر می‌گذارد، آشنایی آنها با مسائل جنسی است (رحمانی، ۲۰۱۱). آموزش جنسی شامل یادگیری در مورد تمایلات جنسی، رابطه جنسی، احساسات، ایجاد باورها، ارزش‌ها و نگرش‌های مثبت (فرنام، ۲۰۰۸)، که به زوج‌ها کمک می‌کند تا روابط جنسی منطقی و مسئولانه‌تری داشته باشند و از اختلال‌های جنسی پیشگیری کنند (کریمی، دادگر، مرقات خوبی و رحیمی، ۲۰۱۳). بر اساس نتایج پژوهش نصیری جونقانی، اصغری و پورصفر (۱۴۰۰)، کاهش در رضایت جنسی باعث کاهش یا عدم تعهد در زوجین شده و کاهش در تعهد زناشویی باعث اختلال‌های جنسی در زوجین و در نتیجه کاهش رضایت جنسی زوج می‌گردد.

● نتیجه‌گیری

در راستای نتایج حاصل از پژوهش که نشان داده بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان تأثیرگذار بوده است می‌توان گفت افراد با شرکت در آموزش غنی‌سازی روابط زناشویی با اصلاح باورها و عقاید غلط و افزایش میزان صمیمیت توانسته‌اند کاهش پریشانی جنسی داشته باشند. در واقع برخی از افراد انتظارات، باورها و تصورات خیالی مربوط به نقش خود و همسرشان را در پیوند زناشویی داخل می‌کنند که متأسفانه بسیاری از انتظارات شدیداً غیر واقع بینانه هستند و از این رو سبب گسترش ناامیدی، بی‌اعتمادی و پرخاشگری می‌شوند؛ که با آگاهی دادن به افراد و اصلاح باورهای غلط و آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتناب از قضاوت‌های غلط پریشانی جنسی زنان کاهش پیدا کرده است. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که بسته بومی‌سازی شده غنی‌سازی روابط زناشویی با بررسی دقیق چگونگی ارتباط و آموزش مهارت‌های زوجین و آگاهی از آناتومی بدن انسان و روند ارگاسم در زنان

ومردان توانسته بر پریشانی جنسی تأثیرگذار باشد. همچنین آموزش مهارت‌ها و نیز تکالیف ارائه شده در زنان دارای پریشانی جنسی باعث شد شرکت‌کنندگان به جستجو درباره عواملی که موجب ایجاد تفاهم و توافق بیشتر در رابطه جنسی‌شان می‌شود، پردازند و به رفع نیازهای یکدیگر تلاش کرده و موجب کاهش پریشانی جنسی و افزایش عملکرد و رضایت در آنها گردید.

از محدودیت‌های پژوهش انجام گرفته دشواری نمونه‌گیری در گروه زنان دارای دیسترس جنسی بود که به دلیل مشخص شدن مسائل شخصی تعداد نمونه مورد نظر کاهش پیدا کرد. همچنین عدم پژوهش در رابطه با بسته‌های بومی‌سازی شده منطبق با فرهنگ اسلامی- ایرانی بود. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش، پیشنهاد می‌شود این بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی که با فرهنگ ایرانیان همخوان است در پژوهش‌های آتی مورد توجه و استفاده بیشتری قرار گیرد و تأثیرگذاری این بسته بومی در دیگر مولفه‌های زناشویی زوجین مورد بررسی قرار گیرد.

• تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری محقق است و برخود لازم می‌دانیم از کلیه مسئولین امور زنان و خانواده استانداری فارس و تمامی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نماییم.

• منابع

- اسکندری، مریم؛ و پرندین، شیما. (۱۴۰۱). پیش‌بینی نگرش به خیانت زناشویی بر اساس مؤلفه‌های رضایت جنسی و صمیمیت در زوجین. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*. ۱۷ (۵۸): ۱۸۳-۱۹۹.
- امینی، مهسا؛ و حیدری، حسن. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بر ارتقاء کیفیت زندگی و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل، *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۳ (۲): ۳۱-۲۳.
- اولیا، نرگس؛ فاتحی زاده، مریم؛ و بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲ (۶): ۱۱۹-۱۳۵.
- بشیرپور، سجاده؛ و میری، میر نادر. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای بی‌اشتیافی اخلاقی در رابطه بین صفات تاریک شخصیت و استعداد خیانت زناشویی. *مجله روانشناسی*. ۲۲ (۳): ۲۷۱-۲۸۶.
- روشن چسلی، رسول؛ میرزایی، صدیقه؛ و نیک‌آذین، امیر. (۱۳۹۳). اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه‌ای از زنان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۲ (۱): ۱۲۹-۱۴۰.
- ساسان پور، مهشید؛ شاهوردیان، گایانه؛ و احمدی، سیداحمد. (۱۳۹۳). تأثیر بازسازی شناختی بر مشکلات جنسی و خرده مقیاس‌های آن در زوجین. *خانواده پژوهی*، ۱۰ (۴۰): ۴۷۵-۴۹۱.
- قسامی، مریم؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ و رحمتی، نرجس. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۶ سؤالی مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSFI-6) در زنان ایرانی. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۲ (۷): ۵۴۳-۵۳۲.
- معصومی، سمیرا؛ رضائیان، حمید؛ و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۶). پیش‌بینی رضایت جنسی براساس الگوهای ارتباطی زوجین. *دو فصلنامه مطالعات زن و خانواده*، ۵ (۱): ۷۹-۱۰۱.
- نصیری جونقانی، مهناز؛ اصغری، فرهاد؛ و علی پور، صفر. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تمایز یافتگی خود و عملکرد جنسی با تمایل به روابط فرازناشویی. *مجله روانشناسی*، ۲۵ (۳): ۳۲۹-۳۴۹.
- نظری، فرحناز؛ اعتمادی، عذرا؛ و عابدی، احمد. (۱۳۹۸). اثربخشی غنی‌سازی روابط زوجین به شیوه اولسون بر صمیمیت زناشویی زوجین. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷ (۳): ۴۴۸-۴۵۶.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amini M, Moradi A, Momeni Kh, Pour Rashidi M. (2013). Effectiveness of Sexual Education Using Cognitive Behavioral Method on the Sexual Self-Concept of Couples. *In The First International Comprehensive Conference of Psychology of Iran. Center for development conferences of Iran*, February 18, Tehran, Iran; 16 pages. [Persian].
- Azimi Nekoo, E., Burri, A., Ashrafi, F., Fridlund, B., Koenig, H. G., Derogatis, L. R., & Pakpour, A. H. (2015). Psychometric properties of the Iranian version of the Female Sexual Distress Scale-Revised in women. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 995-1004.

- Bancroft J, Loftus J, Long JS. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 32: 193-208.
- Carroll JL, Volk KD, Hyde JS. (1985). Differences between males and females in motives for engaging in sexual intercourse. *Archives of sexual behavior.* 1985 Apr 1; 14 (2) :131 -9.
- Chen W , Zhang Y , Sanders K & Xu S. (2016). Family-friendly work practices and their outcomes in China: the mediating role of work-to-family enrichment and the moderating role of gender. *Journal of Occupational Health Psychology.* 13; 1-23.
- Derogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. (2008). Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 5 (2) :357-64.
- Farnam F, Pakgohar M, Mirmohamadali M, Mahmoodi M. (2008). Effect of sexual education on sexual health in Iran. *Sex Education.* 8 (2) :159-68.
- Gheshlaghi F, Dorvashi G, Aran F, Shafiei F, Najafabadi GM. (2014). The study of sexual satisfaction in Iranian women applying for divorce. *Int J Fertility Sterility.* 8 (3) :281.
- Khoei, E. M., Alavi, T., Maasoumi, R., & Sheikhan, F. (2018). Elements associated with Iranian women's sexual behaviours: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine,* 16 (5), 349.
- Knoepp LR, Shippey SH, Chen CCG, Cundiff GW, Derogatis LR, Handa VL. (2010). Sexual Complaints, Pelvic Floor Symptoms, and Sexual Distress in Women over Forty. *J Sex Med.* 7 (11): 3675-82.
- Moeini, B., Merghati Khoei, E., Barati, M., Soltanian, A., Sharma, M., Khadivi, R., & Bagherikholejani, F. (2019). Randomized controlled trial protocol to evaluate the effect of an educational intervention using information, motivation and behavioral skills model on sexual satisfaction of new couples in Iran. *Reproductive Health,* 16 (1), 1-10.
- Pourakbaran, E., & Amin Yazdi, S. A. (2015). A study of sexual functioning and marital satisfaction in women with and without history of labor. *Journal of Fundamentals of Mental Health,* 17(4), 202-208.
- Rahmani, A., Merghati, K. E., Sadeghi, N., & Allahgholi, L. (2011). Relationship between sexual pleasure and marital satisfaction. *IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN).* 24 (70) :82-90.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology,* 49 (6), 822-830.
- Santos-Iglesias, P., Mohamed, B., & Walker, L. M. (2018). A systematic review of sexual distress measures. *The Journal of Sexual Medicine,* 15 (5), 625-644.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & gynecology,* 112 (5), 970-978.
- Showani E, Zaharakar K, Ghasemi Jobaneh R. (2015). Role of Sexual Satisfaction, Spiritual Health, Psychological Distress and Self-Esteem in Marital Commitment of Veterans Wives. *Iran J War Public Health* 2015; 7 (2): 99-105. [Persian].
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010). Differentiating components of sexual well-being in women: Are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *Journal of Sexual Medicine.* 7, 2458-2468.
- Witting K, Santtila P, Varjonen M, Jern P, Johansson A, Von Der Pahlen B. (2008). Couples' Sexual Dysfunctions: Female Sexual Dysfunction, Sexual Distress, and Compatibility with Partner. *J Sex Med.* 5 (11): 2587-99.

رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در دانشجویان The Relationship between Anxiety Sensitivity and Metacognitive Beliefs with Test Anxiety among Students

Sajad Taherzadeh-Ghahfarokhi, PhD

Alihasan Azizpourian, PhD

Zeynab Shakehnia, MSc ✉

سجاد طاهرزاده قهفرخی^۱

علی حسن عزیزپوریان^۱

زینب شاکه نیا^۲

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between Anxiety sensitivity and Metacognitive beliefs with Test Anxiety among students of Ilam Bakhtar University. The research method in this study is descriptive of correlation. The statistical population of this study includes all students of Ilam Bakhtar University that are studying in (1399-1400). Their number is (750). The sample of this study is 256 based on G Power. Students were selected available sampling method. To collect the data, Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ-30), (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), Anxiety sensitivity Questionnaire (ASI-R), (Taylor and Cox, 1998) and Test Anxiety Questionnaire (Spilberger, 1980) were used. Pearson correlation coefficient and multivariate regression were used to analyze the data. Findings showed that there is a significant positive relationship between all components of metacognitive beliefs including worry, concerns about uncontrollability and danger, cognitive confidence, need to control thoughts, cognitive self-awareness with test anxiety. Also, there is a significant relationship between anxiety sensitivity and test anxiety in students of Ilam Bakhtar University ($r=0.57$). Also, the average of regression is significant and the metacognitive beliefs and anxiety sensitivity together can predict 42% of test anxiety. Therefore, it can be concluded that metacognitive beliefs and anxiety sensitivity are important variables in students' test anxiety and the amount of test anxiety increases with increasing anxiety sensitivity and uncontrollability and danger.

Keywords: Anxiety Sensitivity, Metacognitive Beliefs, Test Anxiety

چکیده

تحقیق حاضر با هدف تعیین رابطه حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در بین دانشجویان باختر شهر ایلام انجام شد. روش تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان مشغول به تحصیل مؤسسه آموزش عالی باختر در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به تعداد ۷۵۰ نفر است. تعداد نمونه این پژوهش بر اساس نرم افزار جی پاور، ۲۵۶ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) (ولز و کارترایت، ۲۰۰۴)، شاخص حساسیت اضطرابی - تجدیدنظر شده (ASI-R)، (تیلور و کاکس ۱۹۹۸)، و سیاهه اضطراب امتحان (اسپیلبرگر، ۱۹۸۰) استفاده شد. جهت تحلیل داده ها، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شده است. یافته های پژوهش نشان داد که بین تمام مؤلفه های باورهای فراشناختی شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی ضعیف، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی ضعیف با اضطراب امتحان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین حساسیت اضطرابی و اضطراب امتحان در بین دانشجویان دانشگاه باختر ایلام رابطه معناداری وجود دارد ($r=0.57$). همچنین یافته ها نشان داد که معادله رگرسیون معنادار است و حساسیت اضطرابی و کنترل ناپذیری و خطر با هم ۴۲ درصد اضطراب امتحان را پیش بینی می کنند. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد که حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی از متغیرهای مهم در اضطراب امتحان دانشجویان هستند و با افزایش حساسیت اضطرابی و کنترل ناپذیری و خطر، میزان اضطراب امتحان افزایش می یابد.

واژه های کلیدی: حساسیت اضطرابی، باورهای فراشناختی، اضطراب امتحان

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۹/۲۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱/۲۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه باختر ایلام، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه باختر ایلام، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

اضطراب حالتی روانشناختی است که تقریباً همه انسان‌ها در طول زندگی به درجات مختلف، تجربه می‌کنند، اما زمانی که افزایش می‌یابد و به سطحی می‌رسد که موجب پریشانی و تعارض می‌شود، به‌عنوان یک اختلال شناخته می‌شود (راس و مک‌لین، ۲۰۰۶). دانش‌آموزان و دانشجویان نیز به دلیل مواجهه با چالش‌های مختلف و فشارهایی که در طول تحصیل متحمل می‌شوند، درجاتی از اضطراب به‌خصوص اضطراب امتحان را در طول تحصیل خود نشان می‌دهند. اضطراب امتحان یک پدیده زبازد در دانشگاه است (چاپل و همکاران، ۲۰۰۵؛ جروینگ و همکاران، ۲۰۱۵).

اضطراب امتحان (test anxiety) رابطه تنگاتنگی با عملکرد و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان دارد. اضطراب امتحان وضعیتی روانشناختی است که به دلیل ترس و نگرانی موجب ناراحتی فرد قبل، حین و بعد از امتحان می‌شود (چاپل و همکاران، ۲۰۰۵). بر اساس برآورد پژوهشگران در پژوهش‌های مختلف، میزان شیوع اضطراب امتحان در دانش‌آموزان از ۱۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است. (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۳). اضطراب امتحان سطح استرس ادراک شده را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد (عزیز و صرافی، ۲۰۱۷؛ لیندون و همکاران، ۲۰۱۴).

اسپیلبرگر (۱۹۸۰) دو مؤلفه نگرانی (worry) و هیجان‌پذیری (emotionality) را برای اضطراب امتحان مطرح می‌کند: مؤلفه مهم نگرانی، فعالیت شناختی نامربوط به تکلیف است که شامل دلواپسی شناختی زیاد درباره عملکرد، پیامدهای شکست ناشی از امتحان، افکار مربوط به بد امتحان دادن، ارزیابی توانایی خود در مقایسه با دیگران و انتظارات منفی از عملکرد می‌شود. مؤلفه دیگر، هیجان‌پذیری است که به واکنش‌های عصبی خودمختار و فیزیولوژیکی مانند تپش قلب، آشفته‌گی معده، سردرد و عصبانیت اشاره می‌کند.

فراشناخت (meta-cognition) یکی از متغیرهایی است که در جریان اضطراب امتحان مختل می‌گردد (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۸). به اعتقاد فلاول فراشناخت، دانش یا فرایندی شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت مشارکت دارد و عملکرد شناختی را تنظیم می‌کند (به نقل از ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۸). باورهای فراشناختی به باورها و نظریه‌هایی اشاره دارد که افراد در مورد شناخت خود دارند، نظیر باور در مورد معنای نوع خاصی از افکار و باور در مورد اثربخشی حافظه و کنترل شناختی. در نظر گرفتن دو نوع دانش فراشناختی آشکار و ضمنی به‌ویژه در زمینه اختلال هیجانی مفید است. دانش فراشناختی آشکار، دانشی هشیار است. برای مثال افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته معتقدند که نگران بودن، غیر قابل کنترل و خطرناک است و برخی نیز باور دارند که نگران بودن می‌تواند مزایایی داشته باشد (ولز، ۲۰۰۱).

برخی جنبه‌های ویژه فراشناخت با اختلال روانشناختی ارتباط دارد (ولز، ۲۰۰۰). در همین رابطه ولز (۲۰۰۰) مدل کنش اجرایی خودتنظیمی را ارائه کرده است که علاوه بر تبیین نظری اختلال‌های هیجانی، پیشنهادهاى جالبی نیز در مورد سایر اختلال‌ها می‌دهد. برای مثال افرادی که از باورهای فراشناختی مثل باورهای مثبت در مورد نگرانی یا نشخوار استفاده می‌کنند، نسبت به افرادی که از چنین باورهایی استفاده نمی‌کنند، بیشتر از راهبردهای ناموفق مقابله‌ای (مانند نگرانی یا نشخوار) استفاده می‌کنند. در واقع در نظریه ولز، نگرانی و باورهای مثبت و منفی در مورد آن، یک مؤلفه مورد تأکید است. فراشناخت‌های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل‌ناپذیری بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند (آقایوسفی و بازیاری میمند، ۱۳۹۲).

از جمله سازه‌های روانشناختی مؤثر بر اضطراب که توجه گسترده‌ای در پیشینه مطالعاتی اختلال‌های اضطرابی به خود اختصاص داده است، حساسیت اضطرابی (anxiety sensitivity) است که به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روانشناختی و اجتماعی منجر می‌شود (مک نالی، ۱۹۹۹، به نقل از رکتور زاگون-شیمیزو و ولیمن، ۲۰۰۷).

در رابطه با مفهوم‌سازی موردی و طرح درمان مرتبط با حساسیت اضطرابی دو دیدگاه کلی وجود دارد: نخست دیدگاه رایج شناختی-رفتاری است که حساسیت اضطرابی را به عنوان یک سازه شناختی اختصاصی برای اختلال وحشت‌زدگی در نظر می‌گیرد که به صورت سوءتعبیر اضطراب و علائم مرتبط با آن تظاهر پیدا می‌کند؛ در این دیدگاه اعتقاد بر این است که حساسیت اضطرابی به طور اختصاصی پیش‌بینی‌کننده حمله‌های وحشت‌زدگی است. دوم، دیدگاه جدید فراتشخیصی است که هیجان محور است و حساسیت اضطرابی را با

آستانه تحمل حس‌های بدنی تبیین می‌کند. در این دیدگاه حساسیت اضطرابی یا به دلیل ابعاد مختلفی که دارد و یا به دلیل نوع واکنش مشترک بیماران به اضطراب، به عنوان یکی از عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی شناخته می‌شود (احمدی و همکاران ۱۳۹۹).

رابطه معناداری بین حساسیت اضطرابی و اضطراب اجتماعی وجود دارد و همچنین حساسیت اضطرابی و ذهن‌آگاهی از طریق تنظیم هیجان قادر به پیش‌بینی معنادار اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی هستند (اسماعیلیان و همکاران، ۱۴۰۰). اضطراب امتحان به طور قابل توجهی در بین دانشجویان پزشکی شایع است. به خصوص نگرانی و عدم اعتماد به نفس دلیلی برای اهمیت و بررسی آن در آینده است (بیسچوسفبرگر و همکاران، ۲۰۲۱).

بر اساس موتورهای جستجو، پژوهش‌های اندکی پیرامون حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان انجام شده است. افشاری و هاشمی (۱۳۹۸) این متغیرها را در مورد دانش‌آموزان پسر بررسی نموده‌اند. در این پژوهش، خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی مورد بررسی قرار نگرفته است. بعلاوه، بررسی انتقادی پژوهش‌های انجام شده توسط محقق‌گویای آن است که بررسی رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در بین دانشجویان انجام نشده است. این در حالی است که احساس نگرانی و اضطراب در هنگام امتحان در میان دانشجویان معمول است (پلگ-پوپکو، ۲۰۰۴). استرس که یک دانشجوی در طول تحصیل متحمل می‌شود و در صدر آن اضطراب امتحان، می‌تواند موجب ظهور و ادامه اختلال‌های اضطرابی باشد (برونت و ری، ۲۰۰۸). لذا تعیین رابطه این سازه‌ها در دانشجویان دو جنس، خط سیر تحقیقاتی جدیدی است که نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را آشکار می‌سازد. همچنین مشخص شدن رابطه بین متغیر حساسیت اضطرابی، باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان، پژوهش حاضر می‌تواند ایجاد مکانیسم‌ها و روش‌های بهینه در درمان‌های روانشناختی را تسهیل نماید. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان‌های فراشناختی بر کنترل اضطراب و از جمله اضطراب امتحان تأثیر چشمگیری دارد (امانی و همکاران، ۱۴۰۰). نتایج پژوهش حاضر می‌تواند راهنمای پژوهشگران و درمانگران در ارتباط با اضطراب امتحان باشد. بر این اساس، سؤال اساسی پژوهش حاضر آن است که آیا بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان دانشجویان رابطه وجود دارد؟

• روش

روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه باختر ایلام که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند که تعداد آن‌ها ۷۵۰ نفر ها بود. نمونه این پژوهش، مطابق نرم‌افزار جی پاور، تعداد ۲۵۶ نفر بود که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. با توجه به لیستی که توسط دانشگاه تهیه شد لینک پرسشنامه برای ۳۵۰ نفر ارسال شد و تعداد ۲۵۶ نفر پاسخ دادند. سپس پرسشنامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری و داده‌ها در یک مجموعه تنظیم شدند. اطلاعات استخراج و با برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش، تحصیل در دوره کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد ورودی ۱۳۹۶ و بعد از آن، گذراندن حداقل یک ترم تحصیلی در دانشگاه. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از دانشجویانی که فقط یک ترم تحصیلی خود را در دانشگاه گذرانده یا دانشجوی مهمان بودند.

• ابزارها

الف. پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کارترایت (Metacognition Questionnaire (MCQ-30): این پرسشنامه، یک مقیاس ۳۰ ماده‌ای خودگزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت ۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم، محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده‌مقیاس است: (۱) کنترل‌ناپذیری و خطر (۲) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۳) خودآگاهی شناختی، (۴) اطمینان شناختی (۵) نیاز به کنترل افکار. نمره کلی پرسشنامه از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت (۲۰۰۴) ساخته شده است و شیرین‌زاده و همکاران (۱۳۸۷)، این پرسشنامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است که ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶،

۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ و اعتبار بازآزمایی این آزمون را در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین محمدخانی و مظلوم (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ کل این مقیاس را ۰/۸۰ به دست آورده‌اند.

ب. شاخص حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R): شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ASI-R) توسط تیلور و کاکس در سال ۱۹۹۸ و برای ارزیابی میزان ترس از علائم و پیامدهای اضطراب طراحی شده است. این شاخص، یک مقیاس ۳۶ ماده‌ای خودگزارشی است که دارای یک ساختار مرتبه‌ای چهار عاملی است. این عوامل عبارتند از: ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی، ترس از عدم مهار شناختی. طراحی شاخص بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای با نمراتی به صورت خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد که بر اساس مقیاس لیکرت به ترتیب از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. این شاخص، ماده معکوس ندارد. برای محاسبه امتیاز کلی شاخص، نمره همه ماده‌های شاخص را با هم جمع می‌کنیم. دامنه امتیاز این شاخص بین ۰ تا ۱۴۴ است. هر چه امتیاز شاخص بیشتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر حساسیت اضطرابی خواهد بود و بالعکس.

تیلور و کاکس (۱۹۹۸) در بررسی همسانی درونی این شاخص ضرایب آلفای بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ را گزارش کرده‌اند. این شاخص توسط مرادی منش (۱۳۸۶) در ایران هنجاریابی شد. از ۳۶ ماده، ۶ ماده به دلیل عدم تناسب با عامل‌هایی که در آن قرار گرفته بودند از تحلیل حذف شدند. نتیجه تحلیل عامل تأییدی با استفاده از چرخش واریماکس و بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود ۴ عامل «ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معده‌ای روده‌ای»، «ترس از نشانه‌های تنفسی»، «ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع» و «ترس از عدم مهار شناختی» در این شاخص بود، که در مجموع بیش از ۵۸ درصد واریانس کل آزمون را تبیین کردند. اعتبار این شاخص بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل شاخص به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. همچنین، ضرایب اعتبار خرده‌مقیاس‌ها بر اساس روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی، و تنصیفی محاسبه شد که به ترتیب بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱، ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ و ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ به دست آمد. روایی شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی از طریق اجرای همزمان با فهرست تجدیدنظر شده نشانه‌ها (SCL 90-R) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود.

ج. سیاهه اضطراب امتحان اسپیلبرگر (Spielberger Test Anxiety Inventory (STAD): این سیاهه توسط اسپیلبرگر (۱۹۸۰) ساخته شده و دارای ۲۰ ماده سوال است که واکنش‌های قبل، حین و بعد از امتحان فرد را توصیف می‌کند. سیاهه اضطراب امتحان اسپیلبرگر دارای دو بعد «نگرانی» و «هیجان‌پذیری» است. به اعتقاد اسپیلبرگر، ترکیبی از نمره‌های نگرانی و هیجان‌پذیری بالا است که بر عملکرد امتحان افراد تاثیر می‌گذارد. این سیاهه، ابزاری خودگزارشی است و هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس چهار گزینه‌ای، «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی» و «اغلب» به هر ماده پاسخ می‌گوید. این گزینه‌ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۱ و ۲ و ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره فرد در این سیاهه به ترتیب ۲۰ و ۸۰ خواهد بود. ال‌زهر (۱۹۹۱)، آنتون و همکاران (۱۹۹۱) و بندالوس و همکاران (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه را روی دانش‌آموزان بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند (به نقل از کوشکی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش مهربایی‌زاده و کاظمیان (۱۳۸۶) برای تعیین ضرایب اعتبار سیاهه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برای کل سیاهه، به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۹۶ است.

• یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرها و به دست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، و انحراف معیار و سپس از آمار استنباطی استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است.

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، اکثر دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش، زن هستند. همچنین اکثر آنها دارای مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد و تعداد محدودی از آنها دارای مدرک کاردانی هستند. اغلب دانشجویان شرکت‌کننده، در دامنه سنی ۲۱ تا ۴۰ سال قرار دارند و فقط تعداد محدودی کمتر از ۲۰ سال و بیشتر از ۵۰ سال سن دارند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان بر اساس جنس، مقطع تحصیلی و سن

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۶۵	۶۵/۵۰
	مرد	۹۱	۳۵/۵۰
مقطع تحصیلی	کاردانی	۱۷	۶/۶۰
	کارشناسی	۶۹	۲۷/۰۰
	کارشناسی ارشد	۱۷۰	۶۶/۴۰
	۲۰ سال و کمتر	۹	۳/۵۰
	۲۱-۳۰ سال	۱۰۳	۴۰/۲۰
سن	۳۱-۴۰ سال	۱۰۹	۴۲/۶۰
	۴۱-۵۰ سال	۲۹	۱۱/۳۰
	۵۰ سال و بالاتر	۶	۲/۳۰
	کل	۲۵۶	۱۰۰

جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای مستقل و وابسته، آزمون کولموگروف اسمیرنوف بر روی داده‌ها انجام شد. نتیجه این آزمون معنادار نبوده و داده‌ها دارای توزیع نرمال است. بنابراین امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک وجود دارد. علاوه بر این، جهت بررسی استقلال خطاها که از پیش‌فرض‌های رگرسیون خطی هستند، از آزمون دوربین واتسون استفاده شد. آماره دوربین واتسون بین صفر تا ۴ است. اگر بین خطاها همبستگی وجود نداشته باشد مقدار این آماره باید به دو نزدیک شود. در مجموع اگر این آماره بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد در مورد استقلال خطاها جای نگرانی نیست. با انجام آزمون دوربین واتسون مقدار این آماره برابر ۱/۷۳ به دست آمد که در محدوده بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشته و می‌توان گفت که شرط استقلال خطاها برقرار است.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات برای همه مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی آمده است. همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، کوچکترین نمره پرسشنامه باورهای فراشناختی ۳۳ و بزرگترین نمره ۱۲۰ برآورد شده است. کوچکترین و بزرگترین نمره پرسشنامه حساسیت اضطرابی نیز به ترتیب ۲۳ و ۸۰ برآورد شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای حساسیت اضطرابی، اضطراب امتحان و باورهای فراشناختی

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
حساسیت اضطرابی	۰	۱۴۴	۴۸/۴۳	۳۱/۹۴
اضطراب امتحان	۲۳	۸۰	۴۷/۳۶	۱۳/۳۰
باورهای فراشناختی	۳۳	۱۲۰	۷۵/۰۷	۱۵/۴۸
باورهای مثبت درباره نگرانی			۱۲/۵۹	۴/۵۸
کنترل‌ناپذیری و خطر			۱۵/۶۸	۴/۶۵
اطمینان شناختی			۱۲/۸۳	۴/۵۹
نیاز به کنترل افکار			۱۶/۳۷	۴/۰۶
خودآگاهی شناختی			۱۷/۵۹	۳/۷۲

به منظور تعیین رابطه بین متغیر باورهای فراشناختی و اضطراب امتحان و رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب امتحان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی با اضطراب امتحان

متغیر	اضطراب امتحان	سطح معناداری
باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۲۵	۰/۰۰۱
کنترل‌ناپذیری و خطر	۰/۵۲	۰/۰۰۱
اطمینان شناختی	۰/۳۸	۰/۰۰۱
نیاز به کنترل افکار	۰/۳۶	۰/۰۰۱
خودآگاهی شناختی	۰/۱۵	۰/۰۱۵
حساسیت اضطرابی	۰/۵۷	۰/۰۰۱

با توجه به سطح معناداری به دست آمده در جدول ۳ می‌توان گفت که بین همه مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و اضطراب امتحان، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به سطح معناداری به دست آمده می‌توان گفت بین متغیر حساسیت اضطرابی و اضطراب امتحان همبستگی متوسط و مثبتی وجود دارد.

جهت پیش‌بینی اضطراب امتحان دانشجویان بر اساس هر دو متغیر حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با هم، تعیین میزان سهم هر کدام از متغیرهای مستقل، از رگرسیون چندگانه و به روش ورود همزمان استفاده شد. مقدار R، همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد که مطابق جدول ۴، برابر ۰/۶۵ است که میزان همبستگی خوب و منطقی را بین متغیرهای مستقل (باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی) و متغیر وابسته (اضطراب امتحان) نشان می‌دهد. مقدار ضریب تعیین تعدیل شده (R^2 adjusted) برابر با ۰/۴۲ و این نشان می‌دهد که ۴۲ درصد از کل تغییرات متغیر اضطراب امتحان وابسته به متغیرهای مستقل یعنی باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی است. به بیانی دیگر، متغیرهای مستقل ۴۲ درصد از واریانس متغیر اضطراب امتحان را پیش‌بینی و برآورد می‌کنند.

جدول ۵ معناداری کلی مدل رگرسیون را آزمون می‌کند. مقدار آماره آزمون (F) برابر با ۹۲ است. با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ مدل موجود با اطمینان ۰/۹۹ معنادار بوده و باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی با یکدیگر به خوبی اضطراب امتحان را پیش‌بینی کرده است، بنابراین بر اساس داده‌های موجود، این مدل قادر به بیان تغییرات اضطراب امتحان است.

جدول ۶ نشان می‌دهد که تاثیر دو متغیر مستقل، بر متغیر وابسته معنادار است. مقدار t برای کنترل‌ناپذیری و خطر برابر ۴/۳۲ و برای متغیر حساسیت اضطرابی ۷/۵۸ است. یعنی باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی با یکدیگر قادر به پیش‌بینی اضطراب امتحان هستند. در این معادله به علت معنادار نبودن نمره t برای باورهای مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی، این متغیرها از معادله حذف شدند. با توجه به وزن بتاها، می‌توانیم سهم نسبی هر یک از متغیرهای مستقل را در تبیین تغییرات متغیر اضطراب امتحان مشخص کنیم. به این معنا که هر چه ضریب بتای یک متغیر بیشتر باشد نقش آن در پیش‌بینی متغیر وابسته بیشتر است. بر اساس جدول ۶ ضریب بتا برای متغیر حساسیت اضطرابی ۰/۴۳ و برای باورهای فراشناختی ۰/۳۱ است که نشان می‌دهد متغیر حساسیت اضطرابی پیش‌بین بهتری برای اضطراب امتحان است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون برای متغیرهای مستقل مؤثر بر اضطراب امتحان

مدل	ضریب همبستگی چندگانه	(ضریب تعیین)	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۴۲	۱۰/۱۶

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای متغیرهای مستقل مؤثر در اضطراب امتحان

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۸۹۸۲/۶۸	۲	۹۴۹۱/۳۴		
باقیمانده	۲۶۱۰۰/۵۳	۲۵۳	۱۰۳/۱۶	۹۲	۰/۰۰۱
کل	۴۵۰۸۳/۲۲	۲۵۳	-		

جدول ۶. ضرایب بدست آمده از متغیرهای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد شده		سطح معناداری
	B	خطا از برآورد	Beta	مقدار T	
مقدار ثابت	۲۵/۶۳	۳/۴۹	-	۷/۳۴	۰/۰۰۱
کنترل‌ناپذیری افکار	۰/۸۷	۰/۲۰	۰/۳۱	۴/۳۲	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی	۰/۱۸	۰/۰۲	۰/۴۳	۷/۵۶	۰/۰۰۱

• بحث

بر اساس نتایج پژوهش، فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه بین باورهای فراشناختی و اضطراب امتحان رابطه معناداری وجود دارد، تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۸)، مهدوی و همکاران (۲۰۱۹) و سیلاج و همکاران (۲۰۲۱)، شاهقلیان و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۸)، شاهقلیان و همکاران (۱۳۹۵) و مهدوی و همکاران (۲۰۱۹) به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معناداری بین باورهای فراشناختی مختل، اضطراب و اضطراب امتحان وجود دارد. سیلاج و

همکاران (۲۰۲۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دقت فراشناختی دانش‌آموزان، تحت تأثیر اضطراب امتحان هنگام شرکت در آزمون‌ها قرار می‌گیرد.

از دیگر یافته‌های پژوهش، وجود رابطه مستقیم و معنادار بین دو متغیر حساسیت اضطرابی و اضطراب است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش جنادله و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

همچنین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با یکدیگر به خوبی اضطراب امتحان را پیش‌بینی کرده‌اند. همانطور که بیان شد، مقدار همبستگی بین متغیرها (۰/۶۵) نیز میزان همبستگی خوب و منطقی را بین باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی با اضطراب امتحان نشان می‌دهد. مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۴۲ و این نشان می‌دهد که ۴۲ درصد از کل تغییرات متغیر اضطراب امتحان وابسته به متغیرهای مستقل یعنی باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی است. به بیانی دیگر، متغیرهای مستقل حدود ۴۲ درصد از واریانس متغیر اضطراب امتحان را پیش‌بینی و برآورد می‌کنند. در کل نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش افشاری و همکارش (۱۳۹۸) همسو می‌باشد که نشان دادند با افزایش باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی بر میزان اضطراب امتحان دانش‌آموزان افزوده می‌شود. بر اساس پژوهش حاضر، باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی می‌تواند میزان اضطراب امتحان را در دانشجویان زن و مرد پیش‌بینی نماید. شایان ذکر است که در پژوهش افشاری و همکارش (۱۳۹۸)، به خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی پرداخته نشده است؛ در پژوهش حاضر این خرده‌مقیاس‌ها به تفکیک مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته‌اند.

در تبیین نقش باورهای فراشناختی می‌توان اظهار داشت که باورهای فراشناختی با تنش، نگرانی، تفکر نامربوط به امتحان و حتی علائم بدنی همراه با اضطراب امتحان ارتباط دارد. همچنین، خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار با اضطراب امتحان مرتبط هستند. افرادی که توانایی شناختی پایینی دارند نسبت به اضطراب امتحان آسیب‌پذیرترند. اضطراب امتحان ارتباط نزدیکی با فقدان اعتماد به نفس، ناتوانی حل مسأله و متغیرهای شناختی دارد، باورهای شناختی مختل، عواملی زیربنایی هستند که در تحول و پایداری پریشانی روانشناختی به‌ویژه اضطراب امتحان درگیر هستند و می‌توانند شواهدی برای تأثیر باورهای فراشناختی بر اضطراب امتحان فراهم نمایند. بنابر اظهارات حسن‌وند و همکاران (۱۳۹۲)، باورهای فراشناختی، عاملی برای تقویت، افزایش نگرانی و تجربه اضطراب بیشتر خواهد بود. اگرچه داشتن سطح پایینی از اضطراب برای عملکرد بهینه، مطلوب به نظر می‌رسد اما نگرانی شدیدشونده می‌تواند جنبه تخریبی در عملکرد فرد داشته باشد. باورهای مثبت در مورد نگرانی، تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود.

وقتی که فرد نگرانی خود را به طور مثبتی ارزشیابی می‌کند، سعی در کنترل نگرانی خود ندارد، بلکه ممکن است در جهت حفظ آن نیز تلاش کند. لذا این نگرانی، خود منجر به بروز اضطراب شده و عملکردی منفی را نیز در پی دارد. فرد دارای باور کنترل‌ناپذیری و خطر، خود را قادر نمی‌بیند که نگرانی و افکار نگران‌کننده خود را کنترل کند. حساسیت زیادی بر میزان نگرانی خود و قادر نبودن خود به کنترل آن دارد و نگرانی مضاعف باعث بروز اضطراب فرد در موقعیتی مثل موقعیت امتحان می‌شود. فردی که دارای اطمینان‌شناختی ضعیف است، اطمینان اندکی نسبت به خود و حافظه خود دارد و این باور منفی سبب کاهش اعتماد به نفس فرد شده و منجر به نگرانی و اضطراب فرد در آن موقعیت می‌شود. فرد دارای باور نیاز به کنترل‌پذیری افکار، به شدت خود را نیازمند این می‌بیند که افکار خود را تحت کنترل خود قرار دهد و باور دارد که اگر نتواند آنها را کنترل کند مقصر خواهد بود. این نوع باور، سبب می‌شود که فرد حساسیت نابعایی روی کنترل افکار خود داشته و این دید که اگر نتواند آنها را کنترل کند چه عواقبی دارد منجر به بروز تنش و اضطراب در موقعیت‌های مختلفی از جمله موقعیت امتحان در فرد می‌شود. فردی که فکر می‌کند خودآگاهی شناختی ضعیفی دارد و در خصوص آگاهی در مورد خود و نظارت افراطی بر اعمال و رفتار، نیاز افراطی و مکرر را در خود می‌بیند. این خودآگاهی شناختی ضعیف و ارزیابی نابعایی از خود و افکار خود سبب می‌شود که فرد به خود اطمینان لازم را نداشته و در موقعیت‌هایی از جمله موقعیت امتحان، اعتماد به نفس کافی را نداشته و اضطراب بر وی غلبه کند. این یافته‌ها را می‌توان بر طبق مدل فراشناختی ولز نیز تبیین کرد. طبق این مدل وجود باورهای منفی فراشناختی، آنها را به سمت ارزیابی منفی از نگرانی‌ها و در نتیجه، فرانگرانی سوق می‌دهد.

در تبیین رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب امتحان می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی، نشان‌دهنده پیامدهای روانشناختی، جسمی و اجتماعی اضطرابی است که امری آزردهنده و خطرناک است و در موقعیت‌های مختلف پیامدهای ناگواری را منجر می‌شود.

چون حساسیت اضطرابی به سوگیری فرد در بازیابی و پردازش اطلاعات منجر می‌شود، سبب می‌شود که در موقعیت امتحان، ارزیابی فرد از خود به گونه‌ای منفی باشد و در اندیشه پیامدهای نتیجه آزمون، عملکرد او در آزمون بسیار کمتر از توانایی او باشد. بدین ترتیب در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی از جمله اضطراب اجتماعی، یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه داشته و منجر به افزایش حساسیت اضطرابی در آن‌ها می‌شود (رکتور و همکاران، ۲۰۰۷). این امر باعث مختل شدن عملکرد فرد در موقعیت‌هایی مثل موقعیت امتحان می‌شود.

در تبیین رابطه بین باورهای فراشناختی و حساسیت اضطراب با اضطراب امتحان می‌توان به اظهارات اسپیلبرگر و واگ (۱۹۹۵) اشاره داشت که اظهار داشتند دانش‌آموزانی که اضطراب بیشتری دارند، در زمینه امتحان و عملکرد تحصیلی نیز اضطراب شدیدتری دارند. بنابراین اضطراب امتحان تا حدودی از ویژگی‌های شخصیتی فرد و باورهای اوست که البته اضطراب را نیز در برمی‌گیرد. بعلاوه اسپیلبرگر دو مؤلفه را برای اضطراب امتحان مطرح کرده است که عبارتند از: نگرانی و هیجان‌پذیری. مؤلفه نگرانی که ارتباط مهمی با فعالیت‌های شناختی مربوط به تکلیف دارد و نشان‌دهنده افکار منفی و نگرانی‌های ناشی از پیامدهای امتحان است و این خود به باورهای فرد درباره خود برمی‌گردد. مؤلفه هیجان‌پذیری بیشتر به واکنش‌های عصبی و فیزیولوژیکی بدن مثل عرق کردن، تپش قلب، نفس نفس زدن، علائم معده، عصبانیت و ... مرتبط می‌شود که ترس از این نشانه‌ها از ویژگی‌های اصلی افراد داری حساسیت اضطرابی بالاست. بنابراین وجود حساسیت اضطرابی که همراه با این نشانه‌ها است و همچنین نگرانی‌های فرد که ناشی از افکار منفی درباره خود و توانایی‌هایش است، اضطراب فرد را در موقعیت‌هایی مثل موقعیت امتحان تحت تأثیر قرار داده و منجر به اضطراب امتحان می‌شود. از آنجا که کنترل‌ناپذیری و خطر به باورهای فرد در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و اینکه افکار باید به منظور عملکرد خوب و بهره‌مندی از سلامتی کنترل شوند، مربوط می‌شود؛ لذا کنترل‌ناپذیری و خطر باعث می‌شود افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث می‌شود در مورد شایستگی‌ها و توانایی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند و منجر به افزایش اضطراب در آن‌ها شود.

• نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت علاوه بر اینکه متغیر باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی هر کدام به تنهایی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده اضطراب امتحان باشند، نتایج پژوهش، رابطه همزمان بین حساسیت اضطرابی و کنترل‌ناپذیری و خطر را، به عنوان پیش‌بینی‌کننده اضطراب امتحان در بین دانشجویان مرد و زن نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت با افزایش حساسیت اضطرابی و کنترل‌ناپذیری و خطر، میزان اضطراب امتحان افزایش می‌یابد.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای بهبود بازدهی مؤسسات آموزش عالی مؤثر باشد. با توجه به عوامل تأثیرگذار در حساسیت اضطرابی از جمله عوامل محیطی و نیز توجه به اثربخشی آموزش راهبردهای فراشناختی، می‌توان با آموزش اینگونه راهبردها در آموزشگاه‌ها و دانشگاه‌ها و بررسی همزمان عوامل محیطی و اثربخشی این آموزش‌ها در جهت ارتقای باورهای فراشناختی مطلوب و کاهش حساسیت اضطرابی در جهت کاهش اضطراب امتحان دانشجویان دو جنس، پژوهش و اقدام نمود. همچنین با توجه به اینکه حساسیت اضطرابی در موقعیت اضطراب شدت می‌گیرد و عواقبی را در پی دارد، در آموزشگاه‌ها در جهت رشد اجتماعی افرادی که دارای اضطراب اجتماعی هستند، آنها را در موقعیت‌های سالم اجتماعی به طور سالم با شرایط مشابه با موقعیت امتحان مواجه کرد تا در موقعیت امتحان کمتر دچار اضطراب شده و از شدت گرفتن حساسیت اضطرابی و بازتاب بیشتر علائم اضطراب جلوگیری کرد. با توجه به اینکه در افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، ترس از نشانه‌های هیجان‌پذیری وجود دارد و این سازه ارتباط تنگاتنگی با تنظیم هیجان دارد، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی در رابطه با اثربخشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر حساسیت اضطرابی و رابطه آن با اضطراب امتحان صورت گیرد.

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله اینکه در این پژوهش از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی استفاده شده است که امکان سوگیری در پاسخ‌ها وجود دارد. به دلیل شیوع بیماری کرونا و تعطیلی مراکز آموزشی و دانشگاه‌ها امکان

توزیع حضوری پرسشنامه‌ها فراهم نبود. جامعه آماری این پژوهش محدود و شامل دانشجویان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در دانشگاه باختر بود و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد. همچنین به علت اینکه طرح پژوهش، همبستگی بود از نظر اسنادهای علت‌شناختی قابل اتکا نیست.

• منابع

- آقایوسفی، علیرضا؛ بازیاری میمند، مهتاب. (۱۳۹۲). بررسی سلامت عمومی، تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، طب جنوب، ۱۶ (۲): ۱۱۸-۱۲۷.
- ابوالقاسمی، عباس؛ گلپور، رضا؛ نریمانی، محمد؛ قمری گیوی، حسین (۱۳۸۸). بررسی رابطه باورهای فراشناختی مختل با موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان، *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۰ (۳): ۲۰-۵.
- ابوالقاسمی، عباس؛ هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۸۳). اثربخشی روش درمانی آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی و حساسیت‌زدایی منظم در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان، *مجله روانشناسی*، ۸ (۱): ۶۳-۵۱.
- احمدی، رضا؛ ساعد، امید؛ رضایی، مظاهر؛ احمدی‌زاده، رویا (۱۳۹۹). حساسیت اضطرابی به عنوان سازه‌ای فراتشخیصی در پدیدآیی و تداوم اختلال‌های هیجانی: مطالعه مرور ادبیات تحقیق، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۵ (۳): ۶۰-۴۰.
- اسماعیلیان، مرضیه؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر (۱۴۰۰). الگوی معادلات ساختاری مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی با اضطراب اجتماعی نوجوانان، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۲ (۱): ۱۳۴-۱۲۱.
- افشاری، علی؛ هاشمی، زهره (۱۳۹۸). رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در بین دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۸ (۱): ۲۵-۷.
- امانی، حبیب؛ حبیبی کلپور؛ فرید، ابوالفضل؛ شیخ‌علیزاده، سیاوش (۱۴۰۰). فراتحلیل اثربخشی مداخله‌های درمانی بر کاهش اضطراب امتحان، *مجله روانشناختی*، ۲۳ (۱): ۵۶-۷۹.
- جنادله، خالد؛ بساک‌نژاد، سودابه؛ یونسی، عبدان؛ سعادت‌مند، حدیجه (۱۳۹۷). رابطه حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربی و تاب‌آوری با اضطراب امتحان در دانش‌آموزان، *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۰ (۱): ۷۷-۷۱.
- حسنوند عموزاده، مهدی؛ روشن چسلی، رسول؛ حسنوند عموزاده؛ مسعود. (۱۳۹۲). رابطه باورهای فراشناختی با اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیکی) در جمعیت غیربالینی، *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۳ (۲): ۷۰-۵۵.
- شاهقلیان، مهناز؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۵). اثر پردازش‌های فراشناختی بر فعالیت ناحیه‌ای مغز با توجه به اضطراب و زودانگیزگی، *مجله روانشناسی*، ۲۰ (۳): ۲۴۴-۲۶۲.
- شیرین‌زاده دستگیری؛ صمد؛ گودرزی؛ محمدعلی؛ رحیمی؛ چنگیز؛ نظیری، قاسم (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت، *مجله فصلنامه روانشناسی*، ۱۲ (۴): ۴۶۱-۴۴۵.
- کوشکی، شیرین؛ هومن، حیدرعلی؛ یارمحمدی، پروانه (۱۳۸۹). رابطه اضطراب امتحان و ویژگی‌های شخصیتی با انگیزش پیشرفت در دانش‌آموزان، *تحقیقات روانشناسی*، ۲ (۵): ۷۳-۸۳.
- محمدخانی، شهرام؛ مظلوم، مریم. (۱۳۸۹). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت، *روانشناسی بالینی*، ۵ (۲): ۳۲-۲۳.
- مرادی‌منش، فردین؛ میرجعفری، سیداحمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ محمدی، نوراله (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی، *مجله روانشناسی*، ۱۱ (۴): ۴۴۶-۴۲۶.
- مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ کاظمیان مقدم، کبری (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی روش حساسیت‌دایی منظم بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی، *روانشناسی کاربردی*، ۲ (۵): ۲۳-۳۴.
- Aziz, N., Serafi, A. (2017). Increasing levels of test anxiety and psychological distress with advancing years of medical education. *British Journal of Medical and Health Research*, 4, 3, 41-52.
- Bischofsberger, L., Burgerb, P. H. M., Hammer, A., Paulsen, F., Scholz, M., Hammer, Ch. M., (2021). Prevalence and characteristics of test anxiety in first year anatomy students, *Annals of Anatomy*, 236, 151719.
- Brunt, A. R. Rhee, Y. S. (2008). *Obesity and lifestyle in US college students related to living arrangements*. *Appetite*, 51, 3, 615-21.
- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., MacCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students, *Journal of Educational Psychology*, 97, 268-274.

- Farooqi, Y., Ghani, R., Spielberger, C. (2012). Gender differences in test anxiety and academic performance of medical students. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2, 38–43.
- Lufi, D., Awad, A. (2013). Using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 to develop a Scale to Identify test anxiety among Students with learning disabilities, *Learning Disability Quarterly*, 36, 4, 242–249.
- Lyndon, M. P., Strom, J. M., Alyami, H. M., Y u, T. C., Wilson, N. C., Singh, P. P., Lemanu, D. P., Yielder, J., Hill, A. G. (2014). The relationship between academic assessment and psychological distress among medical students: a systematic review, *Perspectives on Medical Education*, 3, 6, 405–418.
- Mahdavi, A., Hemati Rad, G., Chakeri Hakami, M., Pahlevani, M., Jenaabadi, H. (2019). Investigate the Relation between Metacognitive Beliefs and Cognitive Styles with Test Anxiety among Students Suffering from Cancer, *Journal of Biochemical Technology*, 2, 102-114.
- Peleg-Popko, O. (2004). Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of adolescence*. 27, 6, 645-62.
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity, *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1967-1975.
- Ross, L., McLean, M. L. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review, *Journal of clinical psychiatry*, 67, 8, 1285-98.
- Silaj, K. M., Schwartz, S. T., Siegel, A. L. M., Alan, A. D. Castel (2021). Test Anxiety and Metacognitive Performance in the Classroom, *Educational Psychology Review*, 33, 1809–1834.
- Speilberger, C. D. (1980). *Preliminary Professional Manual for the Test Anxiety Inventory*. Palo Alo, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Vagg, P. R. (1995). *Test anxiety: theory, assessment and treatment*, Taylord Franeis Washangton, DC, US; XV.
- Taylor, S. (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*: Routledge, New York.
- Taylor, S., Cox, B. J. (1998). Anxiety sensitivity: multiple dimensions and hierarchic structure, *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1, 37-51.
- Wells, A., (2000). *Emotional Disorder and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2001). Panic disorder in association with relaxation-induced-anxiety: An attentional training approach to treatment, *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A., Cartwright- Hatton, S. A. (2004). A short form of metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30, *Behaviour Research and Therapy*, 42, 2, 385- 396.

Editorial Board

M. H. Abdollahi, PhD (Kharazmi Univ)
Gh.A. Afrooz, PhD (Tehran 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.)
M. Mehrabzade, PhD (Shahid Chamran Univ.)
A. R. Moradi Ph.D. (Kharazmi Univ)
N. Nazarboland Ph.D. (Shahid Beheshti Univ.)
H. T. Neshatdoust, PhD (Esfahan Univ.)
R. Pourhosein, 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.)

P.O. BOX 13185-619

Tehran, Islamic Republic of Iran

In the Name of Allah

Contents

- **Develop an Educational Package of Parental Behavior Based on the Lived Experiences, with Gifted Preschool Children**
Jamileh Khodadadi, Ahmad Abedi, Mokhtar Malekpour, Amir Ghamarani212
- **Making and Survey of Psychometric Features of Psychological-Marital Problems Questionnaire (PMPQ) in Women Who Filed for a Divorce with a History of Early Marriage: A Mixed Study**
Seyed Javad Seifi-Ghozlu, Esmaeil Sadri-Damirchi, Ali Rezaei-Sharif, Ali Sheykholeslami222
- **Narrative Analysis of Self-forgiveness among Iranian Students**
Samira Rostami, Bahram Jowkar, Masoud Hosseinchari, Mahboubeh Fouladchand, Naser Rashidi232
- **Comparing the Implicit and Explicit Associations of Depression, Anxiety and Food Attitudes in People with Eating Disorders and Healthy People**
Susan Alizadehfard, Maryam Zalizadeh, Ahmad Alipour242
- **Network Analysis of Young's Early Maladaptive Schemas: A Research Critique**
Masoumeh Masoumi, Majid Zargham-Hajebi, Zeinab karaminezhad, Mohammad Rabi'ei, Mohammad Hossein Zarghami.....252
- **The Effectiveness of Self-Advocacy Training on Communication Skills of Adolescents with Chemotherapy/Radiotherapy induced Alopecia**
Niloofer Naghash, Afrooz Afshari, Batool Ahadi261
- **Effectiveness of Lindamood Phonological Sequence Program on Executive Function of Students with Dyslexia**
Mina Tahmoures, Somayeh-Sadat Sadati-Firoozabadi272
- **The Relationship between the Coping Schemas with Stress and Values in Action with Psychological Distress in the Corona Epidemic Period: The Mediating role of Resilience**
Mohammad Mahdavi-Meydani, Mahnaz Shahgholian, Hamid Khanipour281
- **The Effectiveness of Indigenous Enrichment Package of on Sexual Distress of Women**
Maryam Sazgar, Moloud Keykhosravani, Effat Merghati-Khoei, Hamid-Reza Tohidi-nik291
- **The Relationship between Anxiety Sensitivity and Metacognitive Beliefs with Test Anxiety in Student**
Sajad Taherzadeh-Ghahfarokhi, Alihasan Azizpourian, Zeynab Shakehnia299