

- اثربخشی آموزش رویکرد هیجان مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوج‌ها
محمد محمدی، دکتر جواد اژه‌ای، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی ۳۶۲
- رابطه ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان با گرایش به اعتیاد با میانجی‌گری سبک‌های تصمیم‌گیری
دکتر حسین زارع، سوسن کنگاوری، دکتر مهناز علی‌اکبری دهکردی. ۳۷۹
- مقایسه نظامنامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسان در کشورهای ایران، آمریکا، کانادا، بریتانیا و استرالیا
دکتر بهناز دوران، دکتر علی‌فتحی آشتیانی ۳۹۶
- اثر القای عاطفه مثبت بر روی کنش شناختی کلامی با توجه به بعد شخصیتی برونگرایی
دکتر پرویز آزادفلاح، نیلوفر عابدینی ۴۱۳
- اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری بی‌خوابی و درمانگری شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت در افراد مبتلا به بی‌خوابی همبود با افسردگی
دکتر مریم عظیمی، دکتر علیرضا مرادی، دکتر جعفر حسینی ۴۳۰
- پیش‌بینی سرزندگی تحصیلی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی
دکتر مینا مهبد، دکتر فرهاد خرمایی ۴۴۸
- نمایه مؤلفان ۴۶۷
- معرفی کتاب ۴۸۲
- فهرست ۴ شماره سال ۱۳۹۷ ۴۸۳

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) می‌باشد. این مجله همچنین ایندکس APA براساس نامه مورخ ۳۱ آگوست ۲۰۰۹ گردید.



سال بیست و دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷

فصلنامه انجمن ایرانی روانشناسی

www.iranapsy.ir

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر جواد اژه‌ای

ejei@iranapsy.ir

سردبیر:

دکتر محمد کریم خداپناهی

مدیر داخلی:

دکتر مهناز شاهقلیان

شورای علمی مجله:

دکتر پرویز آزادفلاح (دانشگاه تربیت مدرس)

دکتر اسفندیار آزاد (دانشگاه بقیه‌الله عج)

دکتر جواد اژه‌ای (دانشگاه تهران)

دکتر غلامعلی افروز (دانشگاه تهران)

دکتر تقی برومندزاده (دانشگاه گرونیل / فرانسه)

دکتر رضا پورحسین (دانشگاه تهران)

دکتر محمد کریم خداپناهی (دانشگاه شهید بهشتی)

دکتر رسول روشن (دانشگاه شاهد)

دکتر کاظم رسول‌زاده طباطبائی (دانشگاه تربیت مدرس)

دکتر فرامرز سهرابی (دانشگاه علامه طباطبائی)

دکتر مهناز شاهقلیان (دانشگاه خوارزمی)

دکتر محمد حسین عبداللهی (دانشگاه خوارزمی)

دکتر علی‌فتحی آشتیانی (دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله عج)

دکتر محمد علی مظاهری (دانشگاه شهید بهشتی)

دکتر علیرضا مرادی (دانشگاه خوارزمی)

دکتر محمود منصور (دانشگاه تهران)

دکتر مهناز مهرابی‌زاده هنرمند (دانشگاه شهید چمران)

دکتر حمید طاهر نشاط دوست (دانشگاه اصفهان)

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر (عج)، بالاتر

از پارک وی، ایستگاه پسیان، پلاک ۲۹۹۳

مکاتبات: تهران - صندوق پستی: ۶۱۹-۱۳۱۸۵

پست الکترونیکی مجله:

journal@iranapsy.ir

شماره حساب بانکی:

حساب جاری شبا ۹۶ ۷۴۲۱ ۷۴۴۹۹ ۸۴

بانک ملت، شعبه محمودیه (۶۵۳۷۵) تهران

مجله اشتراک چاپی ندارد

اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر دلزدگی زنانشویی و میل به طلاق در زوجها □

The Effectiveness of Training of Emotionally-Focused Approach on Couple Burnout and Couples Tendency for Divorce □

Mohammad Mohammadi, MSc ✉

Javad Ejei, PhD

Masoud Gholamali Lavasani, PhD

محمد محمدی *

دکتر جواد اژه ای *

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی *

Abstract

The present research was aimed to investigate the effectiveness of training of emotionally-focused approach on couple burnout and tendency for divorce in couples. The population included all the couples who visited the Health House because of marital problem and conflict and lack of intimacy in their relationships. In the present research, by using available sampling method, 20 couples were selected who had the highest scores in the research questionnaire, and their assigned into two groups experiment and control (10 couples per group). Data gathering tools in the present research were Pains Couple Burnout Measure (1996) and the Divorce Tendency Scale of Roswelt, Jonson &, Moro (DTS) (1986), which were completed by the participations of both groups before and after the intervention. The results of the multivariate covariance analysis suggested that the training of emotionally-focused approach has led to significant decrease in couple burnout and two components of emotional exhaustion and mental fatigue in couples of the experiment group, but it has not been effective on reducing physical fatigue of the couples. Other results indicated that tendency to divorce in couples of the experiment group has had significant reduction compared to the control group. According to the findings of the present research, it can be concluded that training of the emotionally-focused approach has been able to be effective on reducing couple burnout and tendency to divorce in couples. Counselors and family therapists can use the findings of the present research for their clinical and therapeutic interventions.

Keywords: emotionally- focused approach, couple burnout, tendency for divorce

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر دلزدگی زنانشویی و میل به طلاق در زوجها بود. جامعه این پژوهش مشتمل بر کلیه زوجینی بودند که به دلیل مشکلات و تعارضات زنانشویی و عدم صمیمیت در روابط به سرای سلامت مراجعه نموده بودند. در این پژوهش با بهره‌گیری از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۲۰ زوجی که بالاترین نمرات را در ابزارهای پژوهش کسب کرده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ زوج) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، ابزار دلزدگی زنانشویی پاینز (۱۹۹۶) و مقیاس میل به طلاق روزولت، جانسون و مورو (۱۹۸۶) بود که توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که آموزش رویکرد هیجان‌مدار، باعث کاهش معنادار دلزدگی زنانشویی و دو مؤلفه خستگی عاطفی و خستگی روانی در زوجین تحت مداخله شده است، اما در کاهش خستگی جسمانی زوجها مؤثر نبوده است. دیگر نتایج حاکی از آن بود که میل به طلاق در زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده بود. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رویکرد هیجان‌مدار توانسته بر کاهش دلزدگی زنانشویی و میل به طلاق در زوجین مؤثر واقع شود. مشاوران و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: رویکرد هیجان‌مدار، دلزدگی زنانشویی، میل به طلاق

□ Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, I. R. Iran.

✉ Email: mohammadi.Lp86@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲ تصویب نهایی: ۱۳۹۷/۷/۱۵

* گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران

● مقدمه

یکی از معضلات مهم در زمینه زندگی زناشویی پدیده‌ای به نام طلاق است که شیوع روزافزون آن پژوهشگران و نظریه‌پردازان حوزه خانواده و ازدواج را بر آن داشته که در مورد علل و عوامل تأثیرگذار بر آن به بررسی و تحقیق بپردازند. طبق تعریف، طلاق فرآیندی است که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش‌ها و سبک زندگی جدید خاتمه می‌یابد (یوسفی و کیانی، ۱۳۹۱). طبق آمار رسمی در ایران از هر هزار مورد ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق منجر می‌شود و ایران چهارمین کشور جهان از نظر میزان نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است (نریمانی، عباسی، کوله مرز و بختی، ۱۳۹۳). تجربه طلاق، سازگاری افراد را در تمام ابعاد (روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی) تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق می‌گردد (ثلن و میلر، ۲۰۱۰).

تصمیم به طلاق نتیجه فشار درونی شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می‌شود که ممکن است از طریق برآورده نشدن نیازها یا اهداف، شیوه‌های مقابله‌ای ضعیف، مدیریت حوادث زندگی یا ناتوانی در انتقال احساسات به همسر باشد (یانگ و لانگ، ۱۹۹۸).

والر^۱ (۱۹۹۸) اولین محققی بود که پیشنهاد داد طلاق ممکن است ریشه در سرخوردگی زوجین داشته باشد (به نقل از شریفی، کارسولی و بلشیده، ۱۳۹۰). در یک ازدواج سرخورده یکی یا هر دو زوج ضمن تجربه احساس گسستگی از همسر و کاهش علائق و ارتباطات متقابل نگرانی‌های قابل توجهی در خصوص تخریب فزاینده رابطه و پیشروی به سمت جدایی و طلاق دارند. سرخوردگی و دلزدگی زناشویی، کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (کایزر، ۱۹۹۶).

از نظر لینگرن^۲ (۲۰۰۳؛ به نقل از نیکرو، ۱۳۹۲) دلزدگی ناشی از عدم تناسب بین توقعات و واقعیات است. دلزدگی به علت ناکامی در عشق بروز می‌کند و پاسخی است در برابر مسائل وجودی. ملامد^۳ (۲۰۰۲) بیان کرد که عنصر مرکزی دلزدگی زناشویی، تهی سازی مزمن منابع انرژی یک فرد شامل خستگی جسمانی، عاطفی و روانی است که با ادامه مواجهه با تنیدگی طولانی مدت ایجاد می‌شود (به نقل از سوارس، گروسی و ساندین، ۲۰۰۷).

پاینز، نیل، هامر و آیسکسون (۲۰۱۱) دلزدگی را به عنوان یک حالت خستگی جسمانی، عاطفی و روانی که در شرایط درگیری طولانی مدت همراه با مطالبات عاطفی ایجاد می شود، می دانند. در این تعریف «خستگی جسمانی»^۴ با کاهش انرژی، خستگی مزمن، ضعف و تنوع وسیعی از شکایت های جسمی و روان تنی مشخص می شود. در حالی که «خستگی عاطفی»^۵ شامل احساسات درماندگی، ناامیدی و فریب می شود، «خستگی روانی»^۶ به رشد نگرش منفی نسبت به خود، کار و زندگی برمی گردد.

اینکه عوامل دلزدگی چیست و آیا ممکن است ارتباط زوجینی که دچار دلزدگی شده اند را به ارتباطی عاشقانه و کارآمد تبدیل کرد، تحقیقات انجام شده به عوامل چندی اشاره کرده اند که در این زمینه می توان به تصورات رؤیایی از عشق، عدم توانایی حل تعارضات زناشویی و اثرات زیان بار آن بر سلامت فیزیکی و عاطفی زوجین که می تواند موجب دامنه ای از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکانی شود که در معرض تعارضات والدین هستند، زوال خانواده گسترده، تغییر نقش های زن و مرد و باورهای ارتباطی اشاره کرد (عبادت پور و همکاران، ۱۳۹۲).

امروزه رویکردهای گوناگون زوج درمانی^۷ و خانواده درمانی باهدف کاهش تعارضات و آشفته گی ارتباطی میان زوج ها به وجود آمده است. هدف زوج درمانی کمک به زوج ها برای سازگاری مناسب تر با مشکلات جاری و یادگیری روش های مؤثرتر ارتباط است (رستمی، طاهری، عبدی و کرمانی، ۲۰۱۴). یکی از رویکردهای مؤثر درمانی در حل مشکلات زناشویی زوج ها، «رویکرد هیجان مدار» است. رویکرد هیجان مدار توسط گرینبرگ و جانسون در اوایل دهه ۱۹۸۰ و بر اساس نظریه سیستمی^۸، درمان انسان گرا و تجربی و نظریه دلبستگی تدوین شد (پنگ، ۲۰۱۴). درمان هیجان مدار نوعی زوج درمانی کوتاه مدت می باشد (۸ تا ۲۰ جلسه) که عناصری همچون «تجربه گرایی»، «مراجع محوری»، «ساخت گرایی» و نگاه سیستمی را در کنار ستون اصلی خود یعنی «نظریه دلبستگی» قرار داده است. بر اساس این الگو درمانگری، هیجانان به خودی خود ظرفیت ذاتی سازگارانهای دارند که اگر فعال شود، می تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند (پالمر- اولسن، گولد و وولی، ۲۰۱۱).

مبنای نظریه زوج درمانی هیجان مدار بر مبنای مفاهیم عشق بزرگ سالی، «سبک های

دلبستگی» و آشفته‌گی زوجین استوار است. تأکید زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر است. به نظر می‌رسد که زوجین به‌جای ابراز هیجانات قوی، هیجاناتی را بیان می‌کنند که برای آن‌ها کمتر تهدیدکننده باشد (جانسون، ۲۰۰۷). هدف درمان هیجان‌مدار این است که از طریق کمک به همسران برای دسترسی پیدا کردن به هیجانات اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خود حمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری رابطه‌ای را خلق کند (هاتوری، ۲۰۱۴). طبق درمان هیجان‌مدار سلامتی در نظام زوج یا خانواده به معنای گشودگی و انعطاف‌پذیری است که نتیجه آن توانایی سازگار شدن با زمینه‌های جدید می‌باشد (جانسون، ۲۰۰۶).

در درمان هیجان‌مدار، هیجانات دارای نقشی محوری در تعاملات زوج هستند. این رویکرد افراد را تشویق می‌کند تا در مورد هیجانات خود حرف زده، در مورد موضوع مرتبط در جلسات درمانی بحث کرده و بر بازسازی هیجانات به‌صورت پیوندهای دلبستگی ایمن بین همسران تأکید می‌کند. پاسخ‌های هیجانی می‌توانند به برآورده شدن نیازهای فرد منجر شده و در نتیجه اساسی‌ترین هدف چنین درمانی بهبود آگاهی فرد از هیجانات می‌باشد (سلطانی، شریفی، روشن و رحیمی، ۲۰۱۴). فرایند تغییر در زوج‌درمانی هیجان‌مدار با نه گام درمانی سازمان‌دهی شده است. چهار گام اول مستلزم ارزیابی و شدت زدایی از چرخه تعاملی حامل مشکل است. سه گام میانی بر خلق وقایع خاص که باعث تغییر و جابجایی موقعیت‌های تعاملی است و به وقوع تعاملات پیوند آفرین کمک می‌کند، می‌پردازد و در گام آخر درمان به یکپارچگی تغییر و ادغام تغییرات بازندگی روزمره زوج اشاره دارد. اگر هر کدام از عضو زوج، این گام‌ها با موفقیت بردارند، توانایی حل تعارضات زوجی را کسب می‌نمایند (حسینی، نوابی نژاد و نورانی پور، ۱۳۸۷).

مطالعات مختلفی اثربخشی درمان هیجان‌مدار را در بافت زوجی و خانوادگی بررسی و تأیید نموده‌اند. قادری، رفاهی و باغبان (۲۰۱۶) در مطالعه خود اثربخشی آموزش به شیوه رویکرد هیجان‌مدار بر میل زناشویی زوجین را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که آموزش به شیوه رویکرد هیجان‌مدار برافزایش میزان میل زناشویی زن و مرد اثر مثبت و معنی‌دار دارد. سلیمانی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند درمان هیجان‌مدار موجب بهبود

رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زوجین گروه مداخله شد. در تحقیقی که توسط زاکارینی، جانسون، دالگلیش و مکینن (۲۰۱۳) انجام گرفت، پس از اجرای ۱۴ جلسه زوج‌درمانی، ۱۳ زوج مجدداً به توافق رسیدند که به‌طور مشترک زندگی کنند و پس از پیگیری ۶ ماهه و یک‌ساله، میزان صمیمیت و همبستگی عاطفی زوجین به‌طور معناداری با قبل تفاوت نشان داد. در پژوهش *تای و پولسون* (۲۰۱۳) نتایج حاکی از آن بود پس از جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر به میزان فراوانی بهبود یافت و زوجین از ارتباط با همسرشان بسیار بیشتر از قبل احساس رضایت می‌کردند. *هالچوک* (۲۰۱۲) نشان داد که زوجین پس از دریافت زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بی‌تنظیمی هیجانی کمتر، سازگاری زناشویی بالاتر، اعتماد و حمایت بیشتر و سبک دلبستگی ایمن‌تری را از خود بروز می‌دهند. *اونات و بیجی* (۲۰۱۲) نشان دادند آموزش هیجان‌مدار در بهبود روابط جنسی زوجین تأثیر معناداری دارد. یافته‌های پژوهش *احمدی* (۱۳۹۱) بیانگر این بود زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند میزان تعهد زناشویی و ابعاد آن را به‌طور معناداری افزایش دهد. با عنایت به اینکه مشکل دلزدگی زناشویی در زوجین که به علت آزدگی، سرخوردگی، ناامیدی و فاصله روانی-عاطفی زیاد بین زوجین ایجاد می‌گردد، خود یکی از دلایل اصلی طلاق عاطفی می‌باشد و اگر به شیوه مناسبی بررسی و درمان نگردد، زمینه را برای طلاق رسمی زوجین فراهم می‌کند، لذا توجه به این پدیده و درمان اثرات مخرب آن بر نظام زوجی و خانوادگی حائز اهمیت است. از طرفی پژوهش‌های اندکی پیرامون دلزدگی زناشویی و میل به طلاق انجام گرفته و تحقیقات نظارت‌شده و بالینی در خصوص این متغیرها بسیار اندک می‌باشد، لذا مطالعه حاضر باهدف «تعیین اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوج‌ها» طراحی و انجام شد.

● روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. «جامعه آماری» این پژوهش مشتمل بر کلیه زوجینی بودند که به دلیل مشکلات و تعارضات زناشویی و عدم صمیمیت در روابط و دریافت کمک‌های تخصصی مشاوره‌ای و روان‌شناختی به «سرای سلامت گل‌ها»- فاطمی واقع در منطقه ۶ شهرداری تهران مراجعه نموده بودند. به‌منظور

انتخاب نمونه مطالعه، ابتدا از میان زوجین مراجعه‌کننده و متقاضی شرکت در جلسات آموزشی و واجد شرایط شرکت در پژوهش پس از مصاحبه مقدماتی توسط مشاور، ۳۰ زوج به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ابزارهای دلزدگی زناشویی و میل به طلاق بر روی آن‌ها اجرا شد. پس از نمره‌گذاری ابزارها و بر اساس نتایج به دست آمده، ۲۰ زوجی که در اندازه دلزدگی زناشویی و میل به طلاق نمرات بالاتری کسب کرده بودند (نمرات بالاتر در این پرسشنامه‌ها به معنای دلزدگی زناشویی و میل به طلاق بیشتر است)، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و سپس در مرحله بعد زوج‌های منتخب با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر زیرگروه ۱۰ زوج) جایگزین شدند.

● ابزار

□ الف: اندازه دلزدگی زناشویی (CBM)^۹: در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری میزان دلزدگی زناشویی از ابزار ۲۱ سؤالی دلزدگی زناشویی پاینز (۱۹۹۶) استفاده شد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده دلزدگی بیشتر است و حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره ۲۱ می‌باشد. ضریب اطمینان آزمون- باز آزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک‌ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه‌ماهه بود. ضریب آلفای اندازه‌گیری شده بین ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران نویدی، ضریب اعتبار این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (نویدی، ۱۳۸۴). در پژوهشی برای به دست آوردن روایی این ابزار را با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ همبسته کردند، ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰- به دست آمد که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد (سودانی، دهقانی و دهقان‌زاده، ۱۳۹۲).

□ ب: مقیاس میل به طلاق (DTS)^{۱۰}: این مقیاس اولین بار به وسیله روزگت، جانسون و مورو (۱۹۸۶) طراحی شد. این مقیاس ۲۸ سؤالی برای ارزیابی زوجین مستعد و متمایل به طلاق به کار می‌رود. آنها در تحلیل آماری این مقیاس ضریب آلفا برای بعد خارج شدن (متمايل به طلاق) (۰/۹۱)، بعد «براز/احساسات» (۰/۷۶)، بعد وفاداری (۰/۶۳) و بعد مسامحه (۰/۸۶) را گزارش کردند. این مقیاس در ایران توسط دودی، اعتمادی و بهرامی هنجاریابی شد، اعتبار آن با استفاده از شیوه آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۸۸ (۰/۸۹) برای زنان و ۰/۸۷ (برای مردان) به دست آمد و میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تمایل

برای خارج شدن ۰/۸۹، ابراز احساسات ۰/۹۰، وفاداری ۰/۸۶ و مسامحه ۰/۷۲ به دست آمده است. روایی مقیاس به صورت بررسی محتوایی توسط پنج نفر از متخصصین روانشناسی و مشاوره بررسی شد (داودی، اعتمادی و بهرامی، ۱۳۹۰).

□ ج: برنامه آموزشی: پس از اخذ پیش‌آزمون از هر دو گروه، جلسات آموزشی رویکرد هیجان‌مدار برای زوجین گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یک ساعت و نیمه به شیوه گروهی و هفتگی اجرا شد، اما برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل مداخله‌ای ارائه نگردید. پس از پایان جلسات مجدداً دو گروه توسط ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند (مرحله پس‌آزمون). لازم به ذکر است که برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل جهت رعایت ملاحظات اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و تشکر و قدردانی از آن‌ها جهت همکاری‌شان در فرایند اجرای پژوهش، پس از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، کارگاه دوروزه آموزش رویکرد هیجان‌مدار برگزار شد. برنامه آموزشی در این مطالعه بر اساس کتاب «تمرین زوج‌درمانی هیجان‌مدار» تألیف سوزان جانسون (۱۳۹۲) تنظیم گردید.

● یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن برای گروه آزمایش $36 \pm 5/70$ سال و برای گروه کنترل $37/70 \pm 5/49$ سال بوده است. در مورد مدت ازدواج نیز نتایج نشان می‌دهد که میانگین مدت ازدواج گروه آزمایش $2/63 \pm 6/30$ سال و میانگین مدت ازدواج گروه کنترل $2/48 \pm 6/50$ سال بوده است. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای میل به طلاق، دلزدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات میل به طلاق برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۹۸ و در پس‌آزمون ۸۵/۰۵ به دست آمده است. در متغیر دلزدگی زناشویی میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۸۲/۴۰ و در مرحله پس‌آزمون ۶۴/۱۵ می‌باشد. در مورد مؤلفه خستگی جسمانی نیز میانگین پیش‌آزمون گروه آزمایش ۲۳/۹۵ بوده است و در پس‌آزمون ۲۲/۵۰، برای مؤلفه خستگی روانی گروه آزمایش میانگین ۲۷/۶۵ و برای پس‌آزمون ۲۳/۲۵ به دست آمده است و نهایتاً در مورد مؤلفه خستگی عاطفی ملاحظه می‌شود که گروه آزمایش در پیش‌آزمون میانگینی برابر با ۳۰/۸۰ داشته است که در پس‌آزمون به ۱۸/۴۰ تغییر یافته

است. همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیرهای میل به طلاق، دلزدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در پس‌آزمون کاهش داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون متغیرهای موردپژوهش به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، فرضیه‌های پژوهش موردبررسی قرار گرفت.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

گروه کنترل			گروه آزمایش					شاخص‌ها	
بیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین	متغیرها	
۱۳۷	۷۰	۱۶/۷۹	۹۷/۹۵	۱۴۶	۶۷	۲۱/۹۷	۹۸	پیش‌آزمون	میل به
۱۳۸	۷۴	۱۵/۸۴	۱۰۰/۷۰	۱۰۷	۵۸	۱۵/۶۶	۸۵/۰۵	پس‌آزمون	طلاق
۱۱۰	۵۹	۱۷/۴۸	۸۲/۲۵	۱۰۳	۶۰	۱۴/۲۴	۸۲/۴۰	پیش‌آزمون	دلزدگی
۱۲۱	۶۴	۱۷/۲۳	۸۶/۳۰	۸۳	۴۵	۱۳/۳۷	۶۴/۱۵	پس‌آزمون	زناشویی
۳۲	۱۲	۶/۵۵	۲۴/۴۰	۳۲	۱۴	۵/۸۳	۲۳/۹۵	پیش‌آزمون	خستگی
۳۳	۱۶	۶/۵۶	۲۴/۱۰	۳۲	۱۳	۶/۲۷	۲۲/۵۰	پس‌آزمون	جسمانی
۴۲	۲۲	۶	۲۷/۹۵	۴۰	۱۹	۶/۴۳	۲۷/۶۵	پیش‌آزمون	خستگی
۴۴	۲۴	۵/۰۴	۳۰/۱۵	۳۱	۱۷	۴/۱۹	۲۳/۲۵	پس‌آزمون	روانی
۵۶	۱۱	۱۴/۴۸	۲۹/۹۰	۴۵	۱۷	۱۰/۴۸	۳۰/۸۰	پیش‌آزمون	خستگی
۶۲	۱۴	۱۴/۳۵	۳۲/۰۵	۳۸	۶	۱۰/۸۶	۱۸/۴۰	پس‌آزمون	عاطفی

برای بررسی این فرضیه که آموزش رویکرد هیجان‌مدار، دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوجها را کاهش می‌دهد، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه گردیده است. با توجه به اطلاعات جدول مقادیر آزمون‌های اثر پیلایی (۰/۷۵۱)، لامبدای ویکلز (۰/۲۴۹)، اثر هتلینگ (۳/۰۰۹) و بزرگ‌ترین ریشه روی (۳/۰۰۹) معنادار می‌باشند (۰/۰۱ < p). معناداری این آزمون‌ها نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای میل به طلاق و یا دلزدگی زناشویی بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. بررسی این تفاوت‌ها در جداول ذیل صورت گرفته است. (جدول ۲)

جدول ۲. نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۵۱	۵۲/۶۵	۲	۳۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۲۴۹	۵۲/۶۵	۲	۳۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۰۰۹	۵۲/۶۵	۲	۳۵	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۰۰۹	۵۲/۶۵	۲	۳۵	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون، در پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر میل به طلاق تفاوت معناداری وجود دارد ($F=41/07$ و $p < 0/01$). با توجه به نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش (۸۵/۰۵) و گروه کنترل (۱۰۰/۷۰)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات میل به طلاق گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که نشان از اثر آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر کاهش میل به طلاق دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از تغییرات به وجود آمده ناشی از اثر آموزش رویکرد هیجان‌مدار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نمرات میل به طلاق

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
میل به طلاق	۲۴۶۲/۹۷	۱	۲۴۶۲/۹۷	۴۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۲۱۵۸/۵۷	۳۶	۵۹/۹۶			
مجموع	۳۵۶۹۱۱	۴۰				

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد که بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون، در پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر دلزدگی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=91/95$ و $p < 0/01$). با توجه به نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش (۶۴/۱۵) و گروه کنترل (۸۶/۳۰)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات دلزدگی زناشویی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که نشان از اثر آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر کاهش دلزدگی زناشویی دارد. ستون اندازه اثر در جدول فوق نیز نشان می‌دهد میزان تأثیر درمان نیز ۷۱ درصد بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نمرات دلزدگی زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
دلزدگی زناشویی	۴۹۶۳/۶۶	۱	۴۹۶۳/۶۶	۹۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
خطا	۱۹۴۳/۲۴	۳۶	۵۳/۹۷			
مجموع	۲۴۰۲۹۷	۴۰				

با توجه به این نتایج فرضیه اصلی پژوهش که بیان می‌کند «آموزش رویکرد هیجان‌مدار، دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوجها را کاهش می‌دهد.» تأیید می‌گردد. برای بررسی

این فرضیه که آموزش رویکرد هیجان مدار، خستگی جسمانی در زوجها را کاهش می‌دهد، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه خستگی جسمانی نشان نمی‌دهد ($F=3/32$) و ($p < 0/05$). با توجه به این نتیجه، آموزش رویکرد هیجان مدار نتوانسته است تغییر معناداری در مؤلفه خستگی جسمانی زوجها ایجاد نماید و بنابراین فرضیه پژوهش تأیید نمی‌گردد. همچنین برای بررسی این فرضیه که آموزش رویکرد هیجان مدار، خستگی عاطفی در زوجها را کاهش می‌دهد، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون، در پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش در مؤلفه خستگی عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=47/71$ و $p < 0/01$). با توجه به مقادیر میانگین این مؤلفه برای پس‌آزمون گروه آزمایش ($18/40$) و گروه کنترل ($32/05$)، مشاهده می‌شود که آموزش رویکرد هیجان مدار باعث کاهش میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایش گردیده است. میزان تأثیر درمان ۵۶ درصد بوده است. با توجه به این نتیجه فرضیه پژوهش که بیان می‌کند «آموزش رویکرد هیجان مدار، خستگی عاطفی در زوجها را کاهش می‌دهد.» تأیید می‌گردد. برای بررسی این فرضیه که آموزش رویکرد هیجان مدار، خستگی روانی در زوجها را کاهش می‌دهد، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش رویکرد هیجان مدار توانسته است تفاوت معناداری در پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مؤلفه خستگی روانی ایجاد نماید ($F=109/35$ ، $p < 0/01$) که با مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش ($23/25$) و گروه کنترل ($30/15$) مشاهده می‌شود که نمرات این مؤلفه در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد تأثیر آموزش ۷۴ درصد بوده است. با توجه به این نتیجه فرضیه پژوهش که بیان می‌کند «آموزش رویکرد هیجان مدار، خستگی روانی در زوجها را کاهش می‌دهد.» تأیید می‌گردد. برای بررسی این فرضیه که آموزش رویکرد هیجان مدار، میل به طلاق در زوجها را کاهش می‌دهد، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، آموزش رویکرد هیجان مدار نتوانسته است تفاوت معناداری در پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیر میل به طلاق ایجاد نماید ($F=41/56$ ، $p < 0/01$) که با مقایسه

نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش (۸۵/۰۵) و گروه کنترل (۱۰۰/۷۰) مشاهده می‌شود که نمرات این متغیر در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش داشته است. اندازه اثر نیز نشان می‌دهد تأثیر آموزش ۵۳ درصد بوده است. با توجه به این نتیجه فرضیه پژوهش که بیان می‌کند «آموزش رویکرد هیجان‌مدار، میل به طلاق در زوجها را کاهش می‌دهد.» تأیید می‌گردد.

● بحث و نتیجه گیری

○ در این مطالعه «اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق زوجها» مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که درمان هیجان‌مدار دلزدگی زناشویی کلی و مؤلفه‌های خستگی روانی و خستگی عاطفی را در زوجین تحت مداخله بهبود بخشیده، اما بر مؤلفه خستگی جسمانی زوجها اثر نداشته است. دیگر نتایج حاکی از آن بود که درمان هیجان‌مدار باعث کاهش معنادار میل به طلاق در زوجین تحت مداخله شده است. اینک به بررسی و تبیین هر یک از فرضیه‌های مطرح شده در این مطالعه می‌پردازیم.

○ برای بررسی این فرضیه که آموزش رویکرد هیجان‌مدار، دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوجها را کاهش می‌دهد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای میل به طلاق و دلزدگی زناشویی نشان می‌دهد. به عبارت دیگر آموزش رویکرد هیجان‌مدار در کاهش دلزدگی زناشویی و میل به طلاق آزمودنی‌های گروه مداخله مؤثر بوده است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت، زوج‌هایی که مشکلاتی در زندگی دارند، به مراتب ارتباط کمتری در زندگی زناشویی تجربه می‌کنند، آنها نسبت به هم بیگانه می‌شوند و به مراتب از هم فاصله می‌گیرند. کاهش بروز هیجان در زندگی آنها منجر به فاصله از هم و صدمه در دل‌بستگی آنها نسبت به شریک زندگی خود می‌شود، الگوهای ارتباطی آنها کاهش می‌یابد، به مراتب افزایش انتظارات غیرواقع‌بینانه از هم افزایش تعارضات و کاهش رضایت‌مندی زناشویی را به دنبال داشته و باعث عدم خشنودی در زندگی زناشویی می‌گردد و نهایتاً منجر به دلزدگی و میل به جدایی می‌شود.

○ با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل آنکوا مشاهده شد که بین میانگین نمرات خستگی جسمانی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. پیش‌تر اشاره گردید که خستگی جسمانی با نشانگانی مانند خستگی مزمن، کاهش انرژی، مستعد بیماری بودن، ضعف و اختلال‌های خواب، سردردهای مزمن، معده درد و تنوع

وسیعی از شکایت‌های جسمی و روان‌تنی مشخص شده است. در پژوهش‌های انجام‌شده باهدف بررسی اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار، مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر مدل درمانگری هیجان‌مدار بر مشکلات جسمانی پرداخته باشد، مشاهده نگردید و اکثریت مطالعات به بررسی تأثیر این رویکرد بر مشکلات روان‌شناختی و زناشویی پرداخته‌اند. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون این فرضیه نیز حاکی از آن بود که آموزش رویکرد هیجان‌مدار نتوانست تغییر معناداری را در بهبود و کاهش خستگی جسمانی زوج‌های تحت مداخله ایجاد نماید. در تبیین عدم اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر کاهش مشکلات جسمانی زوجین می‌توان گفت در رویکرد هیجان‌مدار، افراد یاد می‌گیرند که احساسات و هیجان‌ات همسر خود را درک کنند، با او از احساسات و هیجان‌ات مثبت و منفی خودشان صحبت کنند و شنونده خوبی برای همسر خود باشند. درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر رابطه عاطفی زوجین به رفع مشکل آن‌ها می‌پردازد، بنابراین می‌توان تعارضات زناشویی که بر پایه مشکلات هیجانی، ارتباط‌های نادرست و دلبستگی نایمن زوجین به یکدیگر به وجود می‌آید را به کمک رویکرد هیجان‌مدار رفع کرد (دالگلیش، ۲۰۱۳). گرچه ممکن است بهبود و ترمیم روابط عاطفی زوج‌ها تحت تأثیر درمان هیجان‌مدار، باعث جلوگیری از ایجاد مشکلات جسمانی برای زوجین گردد، اما زمانی که زوجین با شکایات جسمانی وارد فرایند درمان می‌گردند، مکانیسم‌های بهبود بخشی این رویکرد نمی‌تواند تأثیرات پایداری را جهت بهبود مشکلات جسمانی بر جای بگذارند. همچنین شاید بهبود مشکلات جسمانی نیازمند زمان بیشتری است و ارائه ۱۰ جلسه آموزشی نمی‌تواند باعث کاهش مشکلات جسمانی در افراد گردد.

○ با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل آنکوا مشاهده شد که بین میانگین نمرات خستگی عاطفی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. خستگی عاطفی با نشانگانی مانند افسردگی، احساس آزدگی، بی‌رغبتی، ناامیدی، غمگینی، تنهایی و بیهودگی، کمبود انگیزه و افکار خودکشی همراه است. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده از این فرضیه می‌توان گفت، بنا بر دیدگاه هیجان‌مدار، یکی از کارکردهای زناشویی که در ایجاد افسردگی (از نشانگان مهم و اصلی دلزدگی زناشویی) نقش مهمی ایفا می‌کند، دلبستگی نایمن است. وقتی همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس

نامنی می‌کند و این نامنی سبب می‌شود، هر یک از زوجین احساس کنند که در رویارویی با تنیدگی‌های زندگی تنها هستند و این امر به افسردگی آن‌ها می‌انجامد. در فرایند درمان هیجان‌مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن این احساس نامنی می‌کند؛ بنابراین وقتی درمانگر چرخه‌های تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می‌کند، این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی تنظیم می‌کند و در فرایند درمان، زوج‌ها می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر را بپذیرند (امانی و مجذوبی، ۱۳۹۲). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان اضافه کرد که در درمان هیجان‌مدار تجربه‌های نوینی که در جلسات درمان رخ می‌دهد، الگوهای فعال ذهنی فرد که خود انعکاس‌هایی از تجارب گذشته‌اند را به چالش می‌کشند و همین زیر سؤال بردن الگوهای قبلی باعث می‌شود که همسران نسبت به هم انتظارات تازه‌ای پیدا کنند. نتیجه روند مذکور این خواهد شد که همسران روش‌های نوینی برای تنظیم هیجان‌اتشان پیدا می‌کنند. در مراحل چندگانه رویکرد هیجان‌مدار درمانگر با ارائه کردن روشی مفید جهت به چنگ آوردن، بر زبان جاری کردن و سپس توصیف عناصری که رابطه را به سوی آشفستگی هدایت می‌کنند (مانند ترس‌ها، هیجان‌ات ناکارساز دلبستگی مدار و تسلیم شدن به ذهنیت‌هایی که آشفستگی‌ها را حفظ و ابقا می‌کنند) به همسران کمک می‌کند که ناایمنی‌های مربوط به نیازهای دلبسته گونه‌شان را به زبان بیاورند و در باب محرومیت‌ها و فقدان اعتماد و به هم پیوستگی، روش‌های سازنده‌تری را بیازمایند (گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۳). این موارد سبب می‌شود تا میزان خستگی عاطفی زوج‌ها نسبت به همسر و زندگی زناشویی کاهش یابد.

○ با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل آنکوا مشاهده شد که بین میانگین نمرات خستگی روانی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. آموزش رویکرد هیجان‌مدار باعث کاهش خستگی روانی زوج‌های تحت مداخله شده است. جنبه روانی دلدردگی نیز شامل احساس طرد شدن از جانب همسر، عقیده منفی نسبت به همسر، ناامیدی، احساس خشم و تنفر، لبریز شدن کاسه صبر، بی‌ارزش بودن، گرفتار مشکل شدن در رابطه با همسر می‌باشد. در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت در درمان هیجان‌مدار بیان خواسته‌های همسران نسبت به هم و تحمل و پذیرش خواسته‌های طرف مقابل، بیان احساس خشم نسبت به هم و بیان مشکلات طرف مقابل، ردگیری و شفاف‌سازی جریان‌ات تکراری

در تعاملات، یافتن نقاط قوت و ضعف مراجعین در برقرار کردن رابطه با همسر و شناسایی باورهای غلط هر همسر نسبت به زندگی زناشویی و همسرش و ارتباط و تماس همراه با امنیت روانی از طرف همسر، به مقابله با مشکلات پرداخته شده است. در این مدل فرض بر این است که وضعیت روانی و بین شخصی که زوجها در تعاملات خود دارند، به واسطه تجربیات هیجانی فردی هر یک از زوجها سازماندهی می‌شود. پایه و اساس روش درمان هیجان‌مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان می‌باشد. طبق این دیدگاه هرگونه نقص و اشکال در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. رویکرد هیجان‌مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن رابطه با همسر است تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد (ماوسل و همکاران، ۲۰۰۶).

○ با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل آنکوا مشاهده شد که بین میانگین نمرات میل به طلاق آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. آموزش رویکرد هیجان‌مدار باعث کاهش میل به طلاق زوجها تحت مداخله شده است. در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت، در دیدگاه هیجان‌مدار فرض می‌شود، تعارض در زندگی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که همسران قادر به ارضای نیازهای دلبستگی یکدیگر برای ایمنی، امنیت و رضایت نیستند؛ به عبارت دیگر روابط آشفته زناشویی، نشان‌دهنده شکست زوجها در برقراری روابط همراه با الگوی دلبستگی ایمن است. این‌گونه همسران در برآوردن نیازهای دلبستگی یکدیگر پاسخ‌های هیجانی ثانوی مانند خشم، خصومت، انتقام‌جویی یا احساس گناه مفرط را تجربه می‌کنند. پاسخ‌های هیجانی ثانوی نیز در رفتارهای تهاجمی کناره‌گیرانه بروز می‌یابند که ممکن است در نهایت منجر به الگوی (طلبکار - طلبکار) یا (اجتناب - اجتناب) می‌شود. این الگوهای خشک و متقابل که تداوم‌بخش تعارض نیز هستند، بارها و بارها اتفاق می‌افتند، زیرا همسران نومیدانه خواهان برآورده شدن نیازهای وابستگی ژنتیکی خود هستند. متأسفانه تلاش‌های زوجین برای برانگیختن توجه همسر به‌درستی صورت نمی‌گیرد، در نتیجه همسران به اجبار وادار به روابطی می‌شوند که استمرار ناکامی نیازهای دلبستگی را در پی دارد (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۵). بر این اساس، رویکرد

هیجان مدار با تمرکز بر رابطه عاطفی زوجین به رفع مشکلات ارتباطی آنها می‌پردازد؛ چراکه زیربنای الگوهای ارتباطی طبق رویکرد هیجان محور، دلبستگی است؛ بنابراین رویکرد هیجان مدار به روابط، سبک‌های دلبستگی و چرخه تعاملات تأکید دارد و در واقع در زندگی زناشویی وقتی دلبستگی یکی از زوجین آسیب می‌بیند، آشفتگی در روابط ایجاد می‌شود (جانسون، ۲۰۰۷). همچنین این رویکرد بر زوج‌هایی که تعاملات خشک و خشن و دارای بار عاطفی منفی دارند، با تنظیم هیجانات و برون‌ریزی آنها در جنبه‌های مثبت تأثیر می‌گذارد و نهایتاً منجر به کاهش میل به طلاق در زوج‌ها می‌گردد.



یادداشت‌ها

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Waller | 2. Lingern |
| 3. Mellamed | 4. physical exhaustion |
| 5. emotional exhaustion | 6. mental exhaustion |
| 7. couple therapy | 8. system theory |
| 9. Couple Burnout Measure (CBM) | 10. Divorce Tendency Scale (DTS) |

● منابع

- احمدی، مجید (۱۳۹۱). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان و تعهد زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی تهران.
- امانی، رزیتا؛ مجدوبی؛ محمدرضا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری- هیجانی بر سیر تغییر رضایتمندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان. فصلنامه روان‌درمانی و مشاوره خانواده. ۳(۳): ۴۳۹-۴۶۷.
- حسینی، فریبا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ نورانی پور، رحمت‌الله (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری- شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور. فصلنامه پژوهش زنان، ۶(۳): ۶۱-۸۳.
- داوودی، زهرا؛ اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه (۱۳۹۰). رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل محور برای کاهش گرایش به طلاق در زنان و مردان مستعد طلاق. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۱(۴۳): ۱۳۴-۱۲۱.
- سودانی، منصور؛ دهقانی، مصطفی؛ دهقان‌زاده، زهرا (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای بر دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۲): ۱۵۹-۱۸۰.
- شریفی، مرضیه؛ کارسولی، سلیمان؛ بشلیده، کیومرث (۱۳۹۰). اثربخشی بازآموزی اسنادی در کاهش فرسودگی زناشویی و احتمال وقوع طلاق در زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده،

۲۱(۲):۲۲۵-۲۱۲.

عبادت پور، بهناز؛ نوایی نژاد، شکوه؛ شفیعی آبادی، عبدالله؛ فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای کارکردهای خانواده برای تاب‌آوری فردی و باورهای معنوی و دلزدگی زناشویی. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳): ۴۵-۲۹.

نویدی، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جوسازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی تهران.

نیکرو، معصومه (۱۳۹۲). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر بخشش بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان مواجه با پیمان‌شکنی همسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.

یوسفی، ناصر؛ کیانی، محمدعلی (۱۳۹۱). تأثیر گشتالت‌درمانگری و معنا درمانگری بر کاهش میل به طلاق مردان متقاضی مشاوره. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۴): ۱۵۰-۱۵۸.

Ghaderi, Z., Refahi, Z., & Baghban, M. (2016). Efficacy of training through emotion-focused therapy on marital passion. *Hormozgan Medical Journal*, 20(1), 69-74.

Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 28-42

Halchuk, R.E(2012). *Functional and structural neural effects of emotionally focused therapy for couples*. [Dissertation]. School of Psychology Faculty of Social Sciences, University of Ottawa, Ottawa, Canada.

Hattori, K. (2014). *Emotionally focused therapy for Japanese couples: Development and empirical investigation of a culturally-sensitive EFT model*. [PhD dissertation]. Ottawa: School of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Ottawa.

Johnson, S. M., & Whiffen. V. E. (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: Guilford.

Johnson, S.M. (2006). Integration in EFT: A reply to Simon (2004). *The Family Journal*, 14(1), 8-12.

Johnson, S.M. (2007). The contribution of emotionally focused couples therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 47-52.

Karney, B.R., & Bardbury, T.N. (1997). Neuroticism, marital interaction and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(2), 1075-1092.

Kayser, K. (1996). The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage. *The American Journal of Family Therapy*, 24(1), 68-80.

- Mauss, I.B., Evers, C., Wilhelm, F.H., Gross, J.J. (2006). How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32,589-602.
- Onat, G., & Beji, N.K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30(1), 39-52.
- Palmer-Olsen, L., Gold, L. L., & Woolley, S. R. (2011). Supervising emotionally focused therapists: A systematic research-based model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 411-426.
- Peng, Y. (2014). The use of recursive frame analysis on an emotionally focused couple's therapy session. *The Qualitative Report*, 19(63), 1-25.
- Pines, A. M., Neal, M.B., Hammer, L.B., & Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74(4), 361-386.
- Rostami, M., Taheri, A., Abdi, M., & Kermani, N. (2014). The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Social and Behavioral Sciences*, 114, 693-698.
- Soares, J. J. F., Grossi, G., & Sundin, Ö. (2007). Burnout among women: Associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10(2), 61-71.
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Kamkar, E. H., & Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(3), 393-400.
- Soltani, M., Shairi, M. R., Roshan, R., & Rahimi, C. R. (2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International Journal of Fertility & Sterility*, 7(4), 337-344.
- Thelen, M.H., & Miller, D.J. (2010). Group assertion training with adolescents. *Schizophrenia Research*, 48, (2- 3), 343 -349.
- Tie, S., & Poulsen, S. (2013). Emotionally focused couple therapy with couples facing terminal illness. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 557-567.
- Young, M.E., & Long, L.L. (1998). *Counseling and psychotherapy of couple*. New York: The Guilford Press.
- Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalgelish, T. L., & Makinen, J. A. (2013). Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 148-162.



رابطه ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان با گرایش به اعتیاد با میانجی گری سبک های تصمیم گیری □

The Relationship between Risk Perception and Cognitive Emotion Regulation with Tendency to Addiction Mediated by Decision-Making Styles □

Hossein Zare, PhD

Sosan Kangavari, MSc ✉

Mahnaz Aliakbaridehkordi, PhD

دکتر حسین زارع *

سوسن کنگاوری *

دکتر مهناز علی اکبری دهکردی *

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between risk perception and cognitive emotion regulation with tendency to addiction by mediating decision-making styles. This research was a descriptive and a correlational study. To this end, 320 students from the Department of Banking and Payam of Noor University of Bijar city were selected by random sampling method. Data were collected using Risk Perception Index, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Zargars Addiction Tendency Questionnaire and Scott and Bruce's Decision-Making Styles. Questionnaire. In order to evaluate the proposed model, Amos software and path analyze method were used. The findings showed that there was a negative significant relationship between risk perception and positive cognitive emotion regulation directly with the tendency to addiction and negative cognitive emotion regulation have a positive significant relationship with the tendency to addiction. Also, decision-making style indirectly influenced the predictive value of the variables. Overall, the results showed that decision-making style had a significant mediating role in the relationship between risk perception and cognitive emotion regulation with tendency to addiction.

Keywords: risk perception, cognitive emotion regulation, tendency to addiction, decision-making style

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان با گرایش به اعتیاد با میانجی گری سبک های تصمیم گیری انجام شد. این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. بدین منظور تعداد ۳۲۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه پیام نور شهرستان بیجار با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی، انتخاب گردیدند. داده ها به کمک شاخص ادراک مخاطره، پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان، پرسشنامه گرایش به اعتیاد زرگر و پرسشنامه سبک های تصمیم گیری اسکات و بروس جمع آوری شد. برای ارزیابی مدل پیشنهادی، از نرم افزار آمووس و از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. یافته ها نشان داد که ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان مثبت به طور مستقیم با گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معنادار و نظم جویی شناختی هیجان منفی با گرایش به اعتیاد رابطه مثبت و معنادار دارند. همچنین سبک های تصمیم گیری به صورت غیرمستقیم و واسطه ای بر میزان پیش بینی کنندگی متغیرها تاثیرگذار بودند. در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که سبک های تصمیم گیری توانسته اند در رابطه مخاطره ریسک و نظم جویی شناختی هیجان با گرایش به اعتیاد نقش میانجی معناداری داشته باشند.

کلید واژه ها: ادراک مخاطره، نظم جویی شناختی هیجان، گرایش به اعتیاد، سبک های تصمیم گیری

□ Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, I. R. Iran.

✉ Email: S.kangavari93@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۲۰ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۷/۲

* گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران

● مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر و سوء مصرف مواد مخدر به صورت معضل اجتماعی، روانی و بهداشتی درآمده است که کشورهای مختلف و جوامع بشری به ویژه نسل جوان را به شدت تهدید می کند. اعتیاد وضعیتی است که در نتیجه مصرف پیاپی یک ماده طبیعی یا مصنوعی به وجود می آید، به طوری که شخص از نظر جسمانی و روانی به آن ماده وابسته می شود (شوستر و کیلی، ۱۹۹۲). باورها و نگرش های افراد درباره مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن، در اصطلاح «گرایش به اعتیاد»^۱ تعریف شده است (بولس و میوتو، ۲۰۰۳). گرایش به اعتیاد از مقوله های مهم در مباحث مربوط به سوء مصرف مواد است و با حوزه های نگرشی افراد از قبیل درک آنها از قانونی بودن و میزان پذیرش اجتماعی مواد رابطه مستقیم دارد (سارولا و مک کلندون، ۱۹۸۸).

در سبب شناسی گرایش به اعتیاد، فرضیه های مختلفی بیان شده است که هیچیک به تنهایی نمی تواند علل گرایش به اعتیاد را تبیین کند. در بیشتر موارد، مجموعه ای از عوامل و زمینه ها در این گرایش نقش دارند. لیکن در هر شرایط فرهنگی و اجتماعی و در هر فرد، برخی از عوامل نقش بارزتری ایفا می کنند (والتون و رابرتز، ۲۰۰۴). یافته های روان شناسان فیزیولوژیک نشان می دهد که دو عامل نوروبیولوژیکی زیربنای اعتیاد عبارت است از: ۱. مدار لیمبیک که تشکیل دهنده مدار پاداش بوده و با عاطفه و انگیزش ارتباط دارد، ۲. مدار پیش پیشانی که بازداری رفتارهای مربوط به جستجوی مواد، تفکر به مواد و غیره را بر عهده دارد و بازدارنده رفتارهای فرد در مواقع «اضطرار مثبت و منفی»^۲ و تنظیم کننده هیجان های فرد است. از آنجایی که مصرف کنندگان دائمی مواد گزارش می کنند که مصرف مواد بر تسکین حالات عاطفی منفی آنها اثر مثبت دارد، بنابراین ممکن است مصرف مواد به عنوان یک راهبرد نظم جویی هیجان برای کاهش حالت هیجانی آزارنده عمل کند (بارلو، آلن و چوآت، ۲۰۰۴؛ بون-میلر، ووجانویک و زوولینسکی، ۲۰۰۸).

«نظم جویی هیجان» شامل طبقه وسیعی از فرایندهای داخلی و خارجی است که به منظور بازبینی، ارزیابی و تعدیل واکنش های هیجانی به کار گرفته می شوند. همچنین نظم جویی هیجان دربرگیرنده دامنه وسیعی از پاسخ های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک می باشد و برای درک همبسته های هیجانی و رفتاری تیندگی و حالت های عاطفی منفی

ضروری است (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). بنابراین نظم جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (سیجی، آکرم و ایزارد، ۱۹۹۵). بازنگری‌های اخیر نشان می‌دهند که ناهماهنگی‌های هیجانی در تمام اختلال‌های محور I و بیشتر اختلال‌های محور II بروز می‌کند (آلدائو، نولن-هوکسما و اشویزر، ۲۰۱۰). هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی آسیب‌پذیر سازد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۳).

به‌صورت کلی، راهبردهای متعددی برای نظم جویی تجارب و فرایندهای مختلف هیجانی وجود دارند. یکی از متداول‌ترین راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی یا «نظم جویی شناختی هیجان»^۳ می‌باشد (حسنی، ۱۳۸۹). نظم جویی هیجان‌ها از طریق شناخت‌ها یکی از ملزومات اساسی زندگی انسان می‌باشد و افراد را در مدیریت هیجان‌ها پس از تجربه وقایع تنیدگی‌زا یاری می‌کند (گارنفسکی، رایف، جیلسم، تروت و کرایج، ۲۰۰۷). درواقع راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخوانده هیجان هستند که به‌صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌های پیشین، نه راهبرد متفاوت نظم جویی شناختی هیجان را به‌صورت مفهومی شناسایی کرده‌اند که عبارت‌اند از: «سرزنش خود»، «پذیرش»، «تمرکز مجدد مثبت»، «تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی»، «ارزیابی مجدد مثبت»، «بازخورد فکری»، «فاجعه‌انگاری»، «سرزنش دیگری» و «دیدگاه گیری» (گارنفسکی، بون و کرایج، ۲۰۰۳؛ گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۱). این راهبردها به دو دسته راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم شده است. راهبردهای سازگارانه عبارت‌اند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه گیری و راهبردهای ناسازگارانه عبارت‌اند از: سرزنش خود، سرزنش دیگری، بازخورد فکری و فاجعه‌انگاری (حسنی و میرآقایی، ۱۳۹۰).

درمجموع اعتقاد بر این است که راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان به افراد کمک می‌کنند تا برانگیختگی‌ها و هیجانات منفی را تنظیم نمایند (کمبل - سیل و بارلو، ۲۰۰۷). افراد در معرض خطر بالای اختلال‌های مصرف مواد رفتارهای باثبات و تنظیم‌شده‌ی هیجانی

اندکی نسبت به افراد در معرض خطر کمتر اعتیاد نشان می دهند (شدلر و بلاک، ۱۹۹۰). و با عدم شناخت صحیح از عواطف و احساسات خویش توانایی اتخاذ رفتارهای صحیح، منطقی و مبتنی بر واقعیت را از دست می دهند، و از سویی دیگر در به کار بردن درست هیجانها نیز مشکل دارند (لینسکی^۴، ۱۹۷۹، به نقل از اسلام دوست، ۱۳۸۹). و این افراد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آنها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجانها در بطن روابط بین فردی نیز با دشواریهایی مواجه هستند. این دشواریها باعث می شود که فرد در رویارویی با موقعیتهای تنیدگی زای زندگی، توانایی تحلیل، تصمیم گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و به سوی رفتارهای سازش نایافته کشیده شوند (خدایی و همکاران، ۱۳۹۰). دوران، مک چارگ و کوهن (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان داده اند افرادی که نمی توانند برانگیختگیهای خود را مهار کنند به احتمال زیاد مصرف کننده دائمی مواد می شوند. براین اساس تنظیم ضعیف هیجان یک پیش زمینه مهم برای اختلال های مصرف مواد به حساب می آید (مزیچ و همکاران، ۲۰۰۷). و از آنجایی که در انجام هر فعالیتی نوعی خطرپذیری وجود دارد بهترین راه مواجهه با آن، مدیریت و ادراک مخاطره می باشد (بقایی حسن آبادی، ۱۳۸۰). اصطلاح مخاطره را به اشکال مختلف تعریف می کنند، اما اصلی ترین تعریف آن این است که فرد در موقعیتی قرار می گیرد که مجبور است مقداری خطر را تجربه کند (شرت، ۱۹۸۴؛ به نقل از زارع و اعراب شبیانی، ۱۳۹۰). در مورد مخاطره مفاهیم زیادی وجود دارد، اما همه مفاهیم «مخاطره» یک عنصر مشترک دارند و آن تمایز بین واقعیت و احتمال است. به عبارتی همواره در خطر کردن یک عدم حتمیت وجود دارد (رزا، ۲۰۰۳؛ به نقل از زارع و اعراب شبیانی، ۱۳۹۰).

در ادبیات پژوهشی، دلایل رفتار مخاطره جویی که گرایش به اعتیاد را نیز شامل می شود، مبهم است. رویکردهای نظری مخاطره جویی را از زوایای متفاوتی مورد توجه قرار می دهند. یکی از این رویکردها، رویکرد «تصمیم گیری» است. تصمیم گیری نقش گسترده ای در زندگی آدمی دارد (آدیر، ۲۰۰۷؛ آیزنک، ۲۰۰۷، ۲۰۰۵). تصمیم گیری اساساً به فرایندهای انتخاب یا نتیجه گیری برمی گردد که از موقعیتها و فعالیت های ساده تا انتخاب یک مسئله پیچیده را شامل می شود. از لحاظ مفهومی، تصمیم گیری دارای مراحل نسبتاً جداگانه شامل بررسی راه حل های ممکن، انتخاب یک گزینه و ارزیابی نتیجه به دست آمده می باشد (پالوس، ۲۰۰۵).

سبک تصمیم‌گیری افراد بیانگر الگوی عادت‌ی است که آنها در هنگام تصمیم‌گیری مورد استفاده قرار می‌دهند. اسکات و بروس (۱۹۹۵) در مطالعات خود پیرامون سبک‌های تصمیم‌گیری افراد و عوامل مؤثر بر آن بر ویژگی‌های درونی افراد و تفاوت‌های فردی آنها توجه بسیاری نمود و بر این اساس چهار سبک تصمیم‌گیری را ارائه نمودند (زارع و عبدالله زاده، ۱۳۹۱). ۱. «سبک تصمیم‌گیری منطقی»: بیانگر تمایل تصمیم‌گیرنده به شناسایی تمامی راهکارهای ممکن، ارزیابی نتایج هر راهکار از تمامی جنبه‌های مختلف و در نهایت انتخاب راهکار بهینه و مطلوب توسط تصمیم‌گیرنده در هنگام مواجهه با شرایط تصمیم‌گیری می‌باشد (سینگ، ۲۰۰۴). ۲. «سبک تصمیم‌گیری وابسته»: بیانگر عدم استقلال فکری عملی تصمیم‌گیرنده و تکیه بر حمایت‌ها و راهنمایی‌های دیگران در هنگام اتخاذ تصمیم است (هابلیمیتوگلو، ۲۰۰۸). ۳. «سبک تصمیم‌گیری اجتنابی»: در این سبک فرد لزوم تصمیم‌گیری را انکار می‌کند و یا امیدوار است که همه چیز خودبه‌خود درست شود و یا به فن‌های به تأخیر انداختن مثل امروز و فردا کردن متوسل می‌شوند (هابلیمیتوگلو، ۲۰۰۸؛ فولپ، ۲۰۰۶؛ به نقل از هادی زاده، ۱۳۸۷). ۴. «سبک تصمیم‌گیری شهودی»: در این سبک مبنای انتخاب فرد آن است که احساس او چه چیز را درست می‌داند. و تأکید بر تماس یا حس درونی است و ملاک نهایی فرد این است که چه حس می‌کند، نه اینکه چه فکر می‌کند (لوین، ۲۰۰۳؛ به نقل از هابلیمیتوگلو، ۲۰۰۸). زارع و اکبری (۱۳۹۱) در مطالعات خود قدرت پیش‌بینی‌کنندگی رفتارهای مخاطره‌آمیز با سبک‌های تصمیم‌گیری را نشان دادند. مطالعات آن‌ها نشان داد که رفتارهای مخاطره‌آمیز با سبک تصمیم‌گیری منطقی رابطه منفی و با سبک‌های وابسته و شهودی رابطه مثبت دارند.

با توجه به آنچه گفته شد و از آنجایی که مرور پژوهش‌های انجام‌شده پیرامون متغیرهای پیش‌بین و ملاک نشان می‌دهد که «تنظیم هیجان» و «سبک‌های تصمیم‌گیری» می‌تواند نقش مهمی در رفتارهای مخاطره‌جویانه از جمله گرایش به اعتیاد افراد ایفا کند. و از طرفی چون ادراک مخاطره می‌تواند در انتخاب نوع سبک تصمیم‌گیری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان افراد تأثیرگذار باشد و زمینه‌ساز شرایطی باشد که افراد مخصوصاً جوانان و دانشجویان را از گرایش به اعتیاد بازدارد، پژوهش‌های تجربی روشنی در این زمینه دیده نشد. بنابراین با توجه به چنین خلأ پژوهشی و نیز با توجه به تأثیرات مخرب و پایدار گرایش به اعتیاد بر

افراد مخصوصاً دانشجویان به عنوان قشر تأثیرگذار هر جامعه، هدف پژوهش حاضر «تعیین اثر مستقیم ادراک ریسک و نظم جویی شناختی هیجان بر گرایش به اعتیاد و اثر غیرمستقیم آن‌ها به واسطه سبک‌های تصمیم‌گیری به عنوان متغیر میانجی می‌باشد».

● روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. «جامعه آماری» پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه پیام نور شهرستان بیجار بود. طبق اطلاعات بخش آموزش دانشگاه، تقریباً ۱۲۰۰ دانشجو در مقطع کارشناسی دانشگاه مذکور در حال تحصیل بودند، که ۳۲۰ نفر به روش تصادفی به عنوان نمونه انتخاب گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری مدل یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار ایموس مدل ۲۳ (به روش تحلیل مسیر) استفاده گردید. و برای بررسی همبستگی درونی متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

● ابزار

□ الف: فهرست ادراک مخاطره^۶: یک ابزار ۷ ماده‌ای است که به صورت مقیاس لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. برای نمره‌گذاری آن، پاسخ‌ها به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند به جز در مورد سؤالات ۱ و ۷ که نمره دهی به صورت معکوس است. در این فهرست جمع نمره ماده‌های هفت‌گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. و هرچه نمره فرد بالاتر باشد ادراک مخاطره فرد بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس ادراک مخاطره برابر با ۰/۸۹ بود. به منظور بررسی روایی سازه مقیاس، همبستگی آن را با پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری به دست آوردند، و ضرایب همبستگی ادراک مخاطره با سبک تصمیم‌گیری منطقی برابر با ۰/۱۱۸، سبک شهودی برابر با ۰/۰۲۸، سبک وابسته برابر با ۰/۰۹ و با سبک اجتنابی برابر با ۰/۱۸۱ به دست آمد، که در مورد سبک‌های منطقی و اجتنابی نتایج معنادار بودند. روایی محتوایی فهرست نیز توسط متخصصین علوم شناختی تأیید شد (زارع و اعراب شیبانی، ۱۳۹۰).

□ ب: پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان^۷: توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه افکار فرد

را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده می‌باشد. و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی «ملاطمت خویش»، «پدیرش»، «انشخوارگری»، «تمرکز مجدد مثبت»، «تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی»، «ارزیابی مجدد مثبت»، «دیدگاه‌گیری»، «فاجعه سازی» و «ملاطمت دیگران» را ارزیابی می‌کند. هر خرده مقیاس شامل چهار ماده است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی می‌باشد (به نقل از حسنی، ۱۳۸۹). نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی (۱۳۸۹) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و باز آزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۱۳۸۹). فرم کوتاه این پرسشنامه نیز با ۱۸ ماده توسط حسنی (۱۳۹۰) طراحی و هنجاریابی گردید.

□ ج: پرسشنامه گرایش به اعتیاد زرگر^۸: با توجه به فرهنگ ایرانی توسط زرگر ساخته شده است. این ابزار ۳۶ ماده اصلی و ۵ ماده دروغ‌سنج در بردارد، که بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۳) تنظیم شده است. حکیم زاده (۱۳۸۶) برای تعیین اعتبار این پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده کرد، که برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ به دست آورده است. وی برای تعیین اعتبار پرسشنامه گرایش به اعتیاد نیز، این مقیاس را با پرسشنامه گرایش به خودکشی همبسته کرده و همبستگی قابل قبولی را گزارش کرده است ($r=0/48$ و $p=0/009$) (به نقل از عسگری، صفرزاده و قاسمی مفرد، ۱۳۹۰).

□ د: پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری^۹ اسکات و بروس (۱۹۹۵): این پرسشنامه مشتمل بر ۲۳ ماده است و ۴ سبک «تصمیم‌گیری منطقی»، «اجتنابی»، «وابسته» و «شهودی» را می‌سنجد. که به صورت مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شود و جمع نمره‌های ماده‌های ۲۳ گانه نمره کل را تشکیل می‌دهد. به منظور اندازه‌گیری و بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است. در مطالعه

حاجی زاده مقدم (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ $0/71$ محاسبه شد که این میزان نشان‌دهنده این است که پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری از اعتبار خوبی برخوردار است. همچنین اعتبار ابزار در مطالعه حیدری (۱۳۹۱) برای هرکدام از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب سبک عقلانی $0/77$ ، سبک شهودی $0/78$ ، سبک وابسته $0/76$ و سبک اجتنابی $0/83$ محاسبه شد (به نقل از ناظمی و صفاری نیا، ۱۳۹۴). روایی سازه این پرسشنامه از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ادراک ریسک محاسبه گردید و روایی محتوایی پرسشنامه نیز توسط متخصصین علوم شناختی و روانشناسان تأیید شد (زارع و اعراب شیبانی، ۱۳۹۰).

● یافته‌ها

در بررسی که انجام شد، داده‌های ۲۵ دانشجوی ۳۲۰ دانشجوی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر نامناسب تشخیص داده شد و به جهت پیشگیری از تأثیر منفی آنها بر نتیجه تحقیق، از جریان تحلیل حذف شدند و تجزیه و تحلیل روی ۲۹۵ نمونه انجام شد.

در جدول ۱ فراوانی و درصد توزیع نمونه به تفکیک جنس و وضعیت تأهل آمده است. بر اساس این جدول از مجموع ۲۹۵ دانشجو ۱۴۸ نفر مرد، ۱۴۷ نفر زن، ۲۱۸ نفر مجرد و ۷۷ نفر متأهل شرکت داشتند.

جدول ۱. فراوانی و درصد توزیع نمونه به تفکیک جنس و وضعیت تاهل

	مرد	زن	مجرد	متاهل
فراوانی	۱۴۸	۱۴۷	۲۱۸	۷۷
درصد	۵۰/۲٪	۴۹/۸٪	۷۳/۹٪	۲۶/۱٪

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه گردیده است. با توجه به این جدول میانگین ادراک مخاطره ($14/67$)، نظم جویی شناختی هیجان مثبت ($63/51$) و نظم جویی شناختی هیجان منفی ($38/74$) است. همچنین میانگین سبک تصمیم‌گیری منطقی ($14/37$)، سبک تصمیم‌گیری شهودی ($13/13$)، سبک تصمیم‌گیری وابسته ($14/44$) و سبک تصمیم‌گیری اجتنابی ($12/55$) به دست آمد. میانگین نمره گرایش به اعتیاد دانشجویان نیز ($43/86$) است. در پژوهش حاضر برای بررسی همبستگی درونی متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ادراک مخاطره، تنظیم شناختی هیجان، سبک های تصمیم گیری و گرایش به اعتیاد

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	کمینه	بیشینه
ادراک مخاطره	۲/۸ ± ۱۴/۶۷	۸	۲۱
نظم جویی شناختی هیجان مثبت	۱۰/۹ ± ۶۳/۵۱	۳۳	۹۰
نظم جویی شناختی هیجان منفی	۷/۶ ± ۳۸/۷۴	۲۲	۶۱
سبک تصمیم گیری منطقی	۳/۷ ± ۱۴/۳۷	۶	۲۰
سبک تصمیم گیری شهودی	۲/۶ ± ۱۳/۱۳	۷	۱۸
سبک تصمیم گیری وابسته	۲/۷ ± ۱۴/۴۴	۶	۲۰
سبک تصمیم گیری اجتنابی	۲/۴ ± ۱۲/۵۵	۶	۱۷
گرایش به اعتیاد	۱۵/۹ ± ۴۳/۸۶	۱۲	۹۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ادراک مخاطره با نظم جویی شناختی هیجان مثبت و گرایش به مصرف مواد رابطه منفی معنادار و با سبک‌های تصمیم‌گیری منطقی و وابسته رابطه مثبت معناداری دارد ($p \leq 0/01$). نظم جویی شناختی هیجان مثبت با سبک تصمیم‌گیری منطقی رابطه مثبت معنادار و با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی معنادار دارد ($p \leq 0/01$). نظم جویی شناختی هیجان منفی با تصمیم‌گیری وابسته رابطه منفی معناداری دارد ($p \leq 0/01$). همچنین بین گرایش به مصرف مواد و سبک‌های تصمیم‌گیری منطقی، وابسته و اجتنابی رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p \leq 0/01$).

جدول ۳. همستگی درونی متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	ادراک مخاطره	-						
۲	نظم جویی هیجانی مثبت	-۰/۶۴**	-					
۳	نظم جویی هیجانی منفی	-۰/۱۰	۰/۴۳**	-				
۴	سبک تصمیم‌گیری منطقی	۰/۲۰**	۰/۳۰**	-۰/۱۰	-			
۵	سبک تصمیم‌گیری شهودی	-۰/۰۹	-۰/۰۱	-۰/۰۶	۰/۱۰	-		
۶	سبک تصمیم‌گیری وابسته	۰/۳۰**	۰/۰۵	-۰/۱۹**	۰/۵۵**	۰/۲۵**	-	
۷	سبک تصمیم‌گیری اجتنابی	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۳۴**	۰/۴۴**	۰/۲۶**	-
۸	گرایش به اعتیاد	-۰/۳۸**	-۰/۳۶**	۰/۱۱	-۰/۶۳**	۰/۰۸	-۰/۳۳**	-۰/۲۷**

** $p < 0/01$

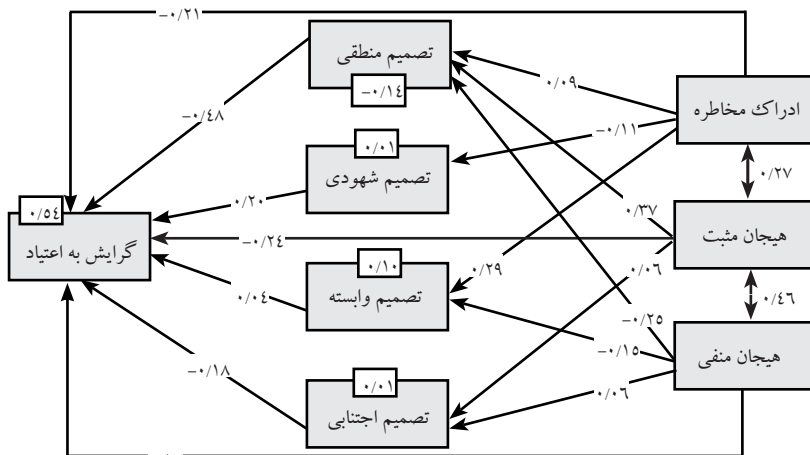
مدل اندازه‌گیری، رابطه مفروض بین متغیرهای آشکار را مشخص می‌کند. در مدل موردبررسی سه متغیر ادراک مخاطره، راهبرد تنظیم شناختی هیجان مثبت و راهبرد تنظیم شناختی هیجان منفی متغیر برون‌زاد و سبک‌های تصمیم‌گیری منطقی، وابسته، شهودی و اجتنابی به همراه گرایش به اعتیاد، متغیرهای درون‌زاد می‌باشند. به منظور افزایش برازش مدل، با بررسی میزان بار عاملی متغیرهای پیش‌بین، میانجی و ملاک، برخی از مسیرهایی که بار

عاملی معناداری نداشتند از مدل پیشنهادی حذف شدند و مدل مجدد طراحی گردید. نتایج حاصل از برازش الگو نهایی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. شاخص های برازندگی الگوی نهایی

RMSEA	NFI	CFI	GFI	X ²	df	P
۰/۰۵	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۱۱/۶۵	۶	۰/۰۷۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۹، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌یافته (CFI) برابر با ۰/۹۹، شاخص نیکویی برازش هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۹ به‌دست‌آمده‌اند. اندازه شاخص‌های حاصل از بررسی برازش الگوی نهایی، حاکی از برازش خوب مدل است. تقریب ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA) برابر با ۰/۰۵ به‌دست‌آمده است و کمتر از میزان ۰/۰۸ است و این شاخص نیز بیانگر برازش خوب مدل است. نمودار ۱ ضرایب و واریانس تبیین شده متغیرهای مربوط به الگوی برازش شده پژوهش را نشان می‌دهند. اعداد روی پیکان‌ها ضرایب بتای استاندارد شده و اعداد روی مستطیل‌ها مربوط به واریانس تبیین شده هر یک از متغیرهاست.



نمودار ۱. الگوی نهایی پژوهش

طبق این الگو، ابتدا رابطه هر یک از متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک به‌صورت مستقیم موردبررسی قرار گرفت، سپس برای بررسی تأثیر متغیر میانجی بر رابطه مستقیم متغیرهای پیش‌بین و ملاک، متغیر میانجی را هم وارد الگو کرده و تأثیر آن را نیز موردبررسی قرار دادیم.

که در جدول ۵ ضرایب و واریانس تبیین شده مدل برازش شده مربوط به رابطه ادراک مخاطره و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و گرایش به اعتیاد با میانجی‌گری سبک‌های تصمیم‌گیری آمده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده میشود، سبک‌های تصمیم‌گیری توانسته‌اند در رابطه ادراک مخاطره و گرایش به اعتیاد نقش میانجی معناداری داشته باشند ($p \leq 0/004$). همچنین نتایج بررسی نشان می‌دهد که سبک‌های تصمیم‌گیری در رابطه بین نظم جویی شناختی هیجان مثبت و منفی با گرایش به اعتیاد نقش میانجی معناداری داشته‌اند ($p \leq 0/05$). به‌طورکلی ۵۴ درصد از واریانس‌های گرایش به اعتیاد بر اساس ادراک خطر، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و سبک‌های تصمیم‌گیری پیش‌بینی شده است.

جدول ۵. ضرایب و واریانس تبیین شده مدل برازش شده مربوط به رابطه ادراک مخاطره و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و گرایش به اعتیاد با میانجی‌گری سبک‌های تصمیم‌گیری

مسیرهای موجود در الگو	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	سطح معناداری
ادراک مخاطره- گرایش به اعتیاد	-۰/۲۰	-۰/۰۵	-۰/۲۵	۰/۰۰۴**
نظم جویی هیجان مثبت- گرایش به اعتیاد	-۰/۲۳	-۰/۱۹	-۰/۴۲	۰/۰۱۵*
نظم جویی هیجان منفی- گرایش به اعتیاد	۰/۱۷	۰/۱۰	۰/۲۷	۰/۰۱۸*
واریانس تبیین شده (R ²)		۰/۵۴		

● بحث و نتیجه‌گیری

○ با توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده، یافته‌ها نشان می‌دهد که ادراک مخاطره با گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معنی‌داری دارد. این یافته بیانگر آن است که هر چه ادراک مخاطره افراد بالاتر باشد احتمال گرایش آن‌ها به اعتیاد کاهش می‌یابد. و از آنجایی‌که نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون به‌دست‌آمده از همبستگی درونی بین متغیرها حاکی از رابطه مثبت و معنی‌دار ادراک مخاطره با سبک‌های تصمیم‌گیری منطقی و وابسته می‌باشد که با نتایج تحقیقات زارع و اعراب شیبانی (۱۳۹۱) مبنی بر رابطه ادراک مخاطره با سبک تصمیم‌گیری منطقی همخوانی دارد، می‌توان بیان داشت که افرادی که ادراک مخاطره بالایی دارند در شرایط تنیدگی‌زا و مخاطره‌آمیز همچون گرایش به اعتیاد، تمامی راه‌حل‌های ممکن را سنجیده و سپس یک تصمیم منطقی را اتخاذ می‌کنند.

○ از دیگر یافته‌های پژوهش می‌توان به قدرت پیش‌بینی‌کنندگی گرایش به اعتیاد

به‌وسیله راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اشاره نمود، که نشان دادند راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی مثبت با گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معنادار دارند. اما راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی منفی با گرایش به اعتیاد رابطه مثبت و معنی‌داری دارند. که این یافته با تحقیقات *اژه‌ای، غلامعلی لواسانی و ارمی (۱۳۹۴)* و *رمضان زاده، مرادی و محمدخانی (۱۳۹۴)* مبنی بر اهمیت و تأثیر مهارت‌های تنظیم هیجان در کاهش خطر مصرف مواد، همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های نظم جویی هیجان با آگاهی دادن به افراد در مورد هیجان‌های مثبت و منفی آن‌ها، پذیرش و کنار آمدن مؤثر با آن‌ها، می‌تواند سلامت روان افراد را ارتقاء بخشد (دیمف و کورنر، ۲۰۰۷). همچنین گروس (۲۰۰۳) نشان داد که تفاوت‌های فردی در استفاده از سبک‌های مختلف نظم جویی شناختی هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلف می‌شود، چنان‌که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با تجارب هیجانی مثبت و عملکردهای میان فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد. این یافته‌ها همگی نشان از اهمیت مسائل عاطفی به‌ویژه نظم جویی شناختی هیجان در مسائل روان‌شناختی و آسیب‌های روان‌شناختی از جمله اعتیاد دارد.

○ از سوی دیگر ضریب همبستگی درونی بین متغیرها نشان داد که «نظم‌جویی شناختی هیجان مثبت» با سبک تصمیم‌گیری منطقی رابطه مثبت معنادار دارد و «نظم‌جویی شناختی هیجان منفی» با تصمیم‌گیری وابسته رابطه منفی معناداری دارد ($p \leq 0/01$). در تبیین این نتیجه می‌توان بیان داشت که افزایش مهارت‌های نظم جویی شناختی هیجانی بهنجار و مثبت موجب به‌کارگیری بیشتر سبک تصمیم‌گیری منطقی در مقایسه با سایر سبک‌های تصمیم‌گیری می‌شود.

○ از دیگر یافته‌های مهم این پژوهش که به‌واسطه نقش میانجی سبک‌های تصمیم‌گیری به‌دست آمده است، این می‌باشد که سبک‌های تصمیم‌گیری توانسته‌اند به‌طور غیرمستقیم در رابطه ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان مثبت و منفی با گرایش به اعتیاد تأثیر معناداری داشته باشند. و به‌طورکلی ۵۴ درصد از واریانس‌های گرایش به اعتیاد بر اساس ادراک خطر، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و سبک‌های تصمیم‌گیری پیش‌بینی شده است. بنابراین می‌توان این‌گونه تبیین نمود که با ورود متغیر میانجی قدرت پیش‌بینی کنندگی متغیرهای پیش‌بین افزایش یافته است. و با توجه به یافته‌های به‌دست آمده، میزان تأثیر متغیر

میانجی بر رابطه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان مثبت با گرایش به اعتیاد، بیشتر از میزان تأثیر آن بر رابطه ادراک مخاطره و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان منفی با گرایش به اعتیاد بوده است. نتیجه جالبی که در این پژوهش به دست آمد این بود که برخلاف دیدگاه‌های منفی که راجع به سبک تصمیم‌گیری اجتنابی وجود دارد، در این پژوهش نشان داده شد که این سبک در زمینه گرایش به اعتیاد به صورت مثبت و هدفمند عمل می‌کند چراکه وقتی فرد در موقعیت پرخطر مثل گرایش به اعتیاد قرار می‌گیرد از آن اجتناب نموده و با سنجیدن عواقب تصمیم‌گیری خود به صورت هدفمند عمل کرده و از آن اجتناب می‌نماید. ولی یافته‌ها همچنان بر اثرگذاری منفی سبک شهودی بر تصمیم‌گیری در موقعیت‌های پرخطر همچون گرایش به اعتیاد تأکید دارند که این یافته با نتایج تحقیق اکبری و زارع (۱۳۹۱) مبنی بر رابطه مثبت سبک شهودی با رفتارهای مخاطره جویانه همخوان می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان این گونه نتیجه‌گیری نمود که دو متغیر ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد مؤثر می‌باشند و این امر با ورود متغیر میانجی یعنی سبک‌های تصمیم‌گیری از قدرت پیش‌بینی بیشتری برخوردار می‌گردد، که احتمالاً رابطه‌ای که بین ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان، با سبک‌های تصمیم‌گیری وجود دارد این قدرت را به متغیر میانجی داده است. به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که افرادی که ادراک مخاطره بالایی دارند و در موقعیت‌های تنیدگی زا و پرخطر از راهبردهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان استفاده می‌کنند، بیشتر از سبک تصمیم‌گیری منطقی استفاده می‌کنند و در نتیجه گرایش آنها به سمت اعتیاد کمتر می‌شود.



یادداشت‌ها

1. tendency to addiction
2. positive and negative urgency
3. cognitive emotion regulation
4. Linsky
5. rational decision making style
6. Risk Perception Index
7. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
8. Zargars Addiction Tendency Questionnaire
9. Decision Making Styles Questionnaire

● منابع

- اژه‌ای، جواد. غلامعلی لواسانی، مسعود. ارمی، حسن. (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان، میان افراد دارای سوء مصرف مواد و عادی. *مجله روانشناسی*، ۱۹(۲)، ۱۴۶-۱۳۷.

- اسلام دوست، ث. (۱۳۸۹). *اعتیاد، سبب‌شناسی دروان*. تهران: پیام نور.
- اکبری، م. زارع، حسین. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان و ارتباط آن با هیجان‌طلبی و سبک‌های تصمیم‌گیری. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۱)، ۶۵-۵۷.
- حسینی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۴۰-۲۲۹.
- حسینی، جعفر. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۳)، ۸۳-۷۳.
- حسینی، جعفر. میرآقایی علی محمد. (۱۳۹۰). رابطه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و تمایلات خودکشی گرایانه. *روانشناسی معاصر*، ۷(۱)، ۷۲-۶۱.
- حکیم زاده، ف. (۱۳۸۶). *تأثیر آموزش آموزه‌های مذهبی بر ابراز وجود، عدم‌گرایش به اعتیاد و عدم‌گرایش به خودکشی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- خدایی، علی. عبداللهی، محمد حسین. فراهانی، محمد تقی. رضانی، ولی اله. (۱۳۹۰). پنج عامل شخصیت و هوش هیجانی در مردان معتاد و غیر معتاد. *مجله روانشناسی*، ۱۵(۵۷)، ۵۶-۴۱.
- رمضان زاده، فاطمه. مرادی، علیرضا. محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های نظم جویی هیجانی در روان‌بنه‌های هیجانی و نیمرخ خطر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. *مجله روانشناسی*، ۱۹(۴)، ۳۸۰-۳۹۳.
- زارع، حسین. اعراب شیبانی، خ. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری در دانشجویان ایرانی. *دوفصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۴(۲)، ۱۱۲.
- زارع، حسین. عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۱). *مقیاس‌های اندازه‌گیری در روانشناسی شناختی*. تهران: آبیژ.
- عسگری، پ. صفرزاده، س. قاسمی مفرد، م. (۱۳۹۰). رابطه جو عاطفی خانواده و جهت‌گیری مذهبی با گرایش به اعتیاد. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵(۸)، ۲۶-۷.
- ناظمی، ف. صفاری نیا، م. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سبک‌های تصمیم‌گیری و ادراک ریسک با رفتارهای کارآفرینانه در بین مدیران فرهنگی. *مجله ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی*، ۴(۴)، ۸۹-۱۱۷.
- هادی زاده مقدم، ا. طهرانی، م. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سبک‌های عمومی تصمیم‌گیری مدیران در سازمان‌های دولتی. *نشریه مدیریت دولتی*، ۱(۱)، ۱۳۸-۱۲۳.

- Adair, J. (2007). *Decision making and problem solving strategies*; Kongan page London and Philadelphia.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30* (2), 217-137.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205–230.
- Benthin, A. Slovic, P. & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of Adolescence, 16*, 153-168.
- Boles, S.M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 155-174.
- Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2008). Emotional dysregulation: Association with coping-oriented marijuana use motives among current marijuana users. *Substance Use & Misuse, 43*(11), 1653–1665.
- Campbell-Sills L, & Barlow D.H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross J.J, (Ed). *Handbook of emotion regulation*. NewYork: Guilford Press.
- Cicchetti D, Ackerman BP, & Izard CE. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol, 7*(1), 1-10.
- Dimeff LA., & Koerner K. (2007) *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. NewYork: Guilford Press.
- Doran, N., McCharque, D., & Cohen, L. (2007). Implisivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors, 32*, 90-98.
- Eysenk, M.W. (2007). *Fundamentals of cognition*. Psychology Press, USA and Canada.
- Eysenk, M.W. (2005). *Cognitive psychology. A students handbook*. Psychology Press, USA & Canada.
- Garnefski, N. Boon, S. & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies on adolescents and depressive psychopatology across different types of life events. *Journal of Youth Adolescnets, 32*(6), 401-408.
- Garnefski, N. Kraaji, V. (2006). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *PersIndiv Diff; 40*:1659-1669.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *J. Youth Adolesec; 10*(32):401-408.

- Garnefski, N. Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N. Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Indiv Diff*, 30:1311-1327.
- Garnefski, N. Legerstee, J. Kraaij, V. van, d. Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *J. Adolesce*; 25:603-11.
- Garnefski, N. Rieffe, C. Jellesma, F. Terwogt, M.M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 year old children: The development of an instrument. *Eur. Child Adolesce Psychiatr*, 16, 1-9.
- Gross, J.J., John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J. Pers Soc Psychol*, 85(2): 348-362.
- Hablemitoglu, S. & Yildirm, F. (2008). The relationship between perception of risk and decision making styles of Turkish university students. *Journal of World Applied Sciences*; 4(2):214-224.
- Mezzich, A.C. Tarter, R.E. Feske, U. Kirisci, L. McNamee, R.L. & Day, B.S. (2007). Assessment of risk for substance use disorder consequent to consumption of illegal drugs: Psychometric validation of the neurobehavioral disinhibition trait. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 508-515.
- Paulas, M.P. (2005). Neurobiology of decision- making: Quo vadis? *Cognitive Brain Research*, 23, 2-10.
- Rosa, E.A. (2003). *The logical structure of the social amplification of risk framework (SARE): matetheoretical foundation and policy implication*. Cambridge University Press, 47-79.
- Sarvela, P.D. & McClendon, E.J. (1988). Indicators of rural youth drug use. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(4), 335-347.
- Scott, S.G. & Bruce, R.A. (1995). Decision making style: The development and assessment of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 818-831.
- Schuster, C.R. & Kilbey, M.M. (1992). Prevention of drug abuse. In J. M. Last & R. B. Wallace (Eds). *Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine* (13th ed). CT: Appleton & Langc.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-630.

- Short, Jr. J.F. (1984). The social fabric of risk: towards the social transformation of risk analysis. *Journal of Social Science*, 49, 711-725.
- Singh, R. & Greenhous, J.H. (2004), "The relation between career decision-making strategies and person-job fit: A study of job changers", *Journal of Vocational Behavior*, 64, p202, Available online at www.sciencedirect.com.
- Walton, K.E. & Roberts, B.W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38, 515-535.



مقایسه نظامنامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسان در کشورهای ایران، آمریکا، کانادا، بریتانیا و استرالیا

Psychologists' Professional Codes of Ethics in Iran, America, Canada, England, and Australia

Behnaz Dowran, PhD

Ali Fathi Ashtiani, PhD

دکتر بهناز دوران *

دکتر علی فتحی آشتیانی

Abstract

The present study compares psychologists' professional Codes of Ethics in Iran, America, Canada, England, and Australia. The study population consisted of all countries with professional Codes of Ethics, of which, America, Canada, Britain, Australia, and Iran were purposively selected due to their progressiveness in the development of professional Codes of Ethics, and their ethical principles and standards were compared. The results obtained showed that with the exception of Iran and America, all codes studied had defined the basic concepts and terminologies after introduction. In addition, they all contained two main sections, namely, general principles and standards. The general principles were almost the same and common in these codes, and included respect for people's dignity, accountability, integrity, no discrimination or injustice, philanthropy, and avoidance of harm. The ethical standards in Iran's and America's codes appear independently from the general principles. Meanwhile, the standards are presented under relevant ethical principles in the Australian, Canadian, and British codes. Iran's standards of ethical codes almost exactly match those of America's, and the only difference is in the order of presenting standards of "Accountability" and "Storing registered information and fees" and the extent of explanations and details. According to the present study, the following changes can contribute to a greater understanding and practicability of Iran's Code of Ethics: Providing definitions and explanations for specialized terminologies and general principles, adding more details to standards and considering local culture and religion.

Keywords: professional ethics, codes of ethics, ethical principles, ethical standards, revise

چکیده

این مطالعه به مقایسه نظامنامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسان در کشورهای ایران، آمریکا، کانادا، بریتانیا و استرالیا پرداخته است. جامعه پژوهش حاضر را کلیه کشورهایی که دارای نظامنامه اخلاق حرفه‌ای هستند تشکیل داده است. از بین آنها، کشورهای آمریکا، کانادا، بریتانیا، استرالیا و ایران به صورت هدفمند و براساس پیشرو بودن در تهیه نظامنامه اخلاق حرفه‌ای انتخاب شدند و اصول و معیارهای اخلاقی آنها مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد کلیه نظامنامه‌های مورد بررسی، به غیر از ایران و آمریکا، بعد از مقدمه، به تعریف مفاهیم و اصطلاحات اصلی پرداخته اند. بعلاوه کلیه نظامنامه‌ها دارای دو بخش اصلی اصول عمومی و معیارها هستند. اصول عمومی مطرح شده در نظامنامه‌ها تقریباً مشابه و مشترک بوده و شامل: احترام به شأن افراد، مسئولیت‌پذیری، یکپارچگی، عدم تبعیض یا عدالت، نیکوکاری و عدم آسیب‌رسانی است. استانداردهای اخلاقی نظامنامه ایران و آمریکا مستقل از اصول عمومی و به طور جداگانه در نظامنامه آمده‌اند. این در حالی است که در نظامنامه استرالیا، کانادا و انگلیس، معیارها در زیر اصول اخلاقی مرتبط با خود ارائه شده‌اند. معیارهای اخلاقی نظامنامه ایران تقریباً منطبق با نظامنامه آمریکا است و تفاوت مشاهده شده تنها در ترتیب ارائه معیارها، دو معیار «مسئولیت» و «نگهداری اطلاعات ثبت شده و حق الزحمه» و میزان توضیحات و پرداختن به جزئیات است. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد، افزودن تعاریف و توضیحات لازم برای اصطلاحات تخصصی و اصول عمومی و افزودن جزئیات بیشتر به استانداردها و توجه به فرهنگ بومی و دینی می‌تواند به هرچه قابل فهم‌تر و اجرایی‌تر شدن نظامنامه ایران کمک کند.

کلیدواژه‌ها: اخلاق حرفه‌ای، نظام نامه اخلاقی، اصول اخلاقی، معیارهای اخلاقی، بازنگری

□ Baqiayatallah (a.s) University of Medical Sciences, Tehran, I. R. Iran.

✉ Email: dowranb@hotmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۱۲/۲

* گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران

● مقدمه

یکی از عیارهای هر حرفه، توانایی آن برای خودتنظیمی است. اعضای یک حرفه بر معیارهایی توافق می‌کنند و از همه آنها انتظار می‌رود که در فعالیتهای حرفه‌ای روزمره خود به آنها پایبند باشند. در نتیجه، مراجعان، عموم مردم، دولت و دیگر اعضا می‌توانند از کیفیت خدمات ارائه‌شده به‌وسیله اعضا آن حرفه مطمئن باشند. معیارهای هر حرفه معمولاً در اسنادی مانند «نظام‌نامه‌های اخلاقی» متجلی می‌شود.

به‌طورکلی، اخلاقیات، قوانین و اصولی هستند که بین درست و غلط تمایز قائل می‌شوند و رفتار ما را هدایت می‌کنند. «اخلاق» قوانین و درست و غلط‌های راهنمای رفتار بر اساس اصول موردقبول اجتماع است و «اخلاق حرفه‌ای»^۱ چارچوب اخلاقی است که توسط گروهی از افراد مانند پزشکان یا روانشناسان به‌کاربرده می‌شود. به‌طور مشابه، نظامنامه اخلاق حرفه‌ای، انتظارات اخلاقی و رفتار اخلاقی را برای همه اعضای یک حرفه نشان می‌دهد (بنیارد و فلاناگان، ۲۰۱۱). رفتار اخلاقی وظیفه اخلاقی فرد را در یک موقعیت خاص نشان می‌دهد و او التزام اخلاقی دارد که آن رفتار را در آن موقعیت انجام دهد (جرج فورد، ۲۰۰۱). هدف از تهیه نظامنامه‌های اخلاقی، مشخص کردن اصول و معیارهای اخلاقی است که انتظار می‌رود اعضای یک حرفه بر اساس آنها رفتار کرده و در تصمیم‌گیری‌ها و دوراهی‌های اخلاقی مدنظر قرار دهند. این نظامنامه‌ها توسط سازمان‌ها و یا انجمن‌های حرفه‌ای، در حمایت از یک حرفه، متخصصان آن حرفه، مراجعان و مصرف‌کنندگان خدمات آن حرفه و جامعه تنظیم می‌شوند و در طی زمان، جهت هماهنگی با تغییرات احتمالی در حرفه، تحولات اجتماعی و پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات اعضای آن حرفه و یا مراجعان، مورد بازنگری قرار می‌گیرند.

حرفه «روانشناسی»، به‌واسطه آنکه وظیفه تأمین بهداشت و سلامت روانی اعضای جامعه را به عهده دارد، از جمله حیطه‌های حساس و نیازمند توجه ویژه است. انتظار می‌رود متخصصان این حوزه، به اخلاق حرفه‌ای آشنا و مقید باشند. گرچه ویژگی‌های فردی و شخصیتی در کمیت و کیفیت بروز رفتار اخلاقی تأثیرگذار است، اما یکی از ملزومات اولیه این آشنایی و تعهد، وجود تعریف و چارچوب مشخصی از اخلاق حرفه‌ای است که در نظامنامه اخلاقی آن حرفه نمود یافته است.

به‌منظور تأمین حقوق مراجعان و استفاده‌کنندگان از خدمات روانشناسی و مشاوره، تأمین حقوق روانشناسان و مشاوران، و همچنین حفظ شئون حرفه‌ای و منزلت اجتماعی ایشان، برای اولین بار در سال ۱۳۸۵ «نظامنامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسی و مشاوره» در ایران تدوین شد. طبق قوانین «سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران»، عدول از اصول نظامنامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسی و مشاوره، به معنای تخلف از شئون حرفه‌ای و صنفی بوده و یکی از تخلفاتی است که موجب محکومیت اعضای سازمان می‌شود (نظامنامه اخلاق حرفه‌ای، ۱۳۸۶) و عدم آگاهی یا بدفهمی استانداردهای اخلاقی، نمی‌تواند دفاعی برای یک عمل غیراخلاقی باشد (نظامنامه اخلاقی جامعه روانشناسی استرالیا، ۲۰۰۷).

به‌منظور اثربخشی هرچه بیشتر نظام‌نامه‌های اخلاقی، دستورالعمل‌هایی جهت ارزیابی مستمر آنها تدوین شده است. به‌طوری‌که بازبینی و تجدیدنظر دائمی، به‌عنوان بخشی از حفظ ارزش نظامنامه اخلاقی برای حرفه و عموم در نظر گرفته شده و نهادهای مربوطه بر اساس اهداف تعیین شده، متعهد به فرایند بازنگری هستند (فیشر، ۲۰۰۳).

بااین‌همه، از تاریخ انتشار آخرین نسخه نظامنامه اخلاقی روانشناسان و مشاوران در ایران بیش از ده سال می‌گذرد و با توجه به تغییرات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی بسیار زیادی که طی ۱۱ سال گذشته رخ داده است، دور از انتظار نیست که محتوای نظامنامه‌های اخلاقی، نیاز به تجدیدنظر و اعمال اصلاحات و تغییرات داشته باشد. افزون بر آن تحولات در حرفه، تحولات در استانداردهای جامعه، تحولات در قوانین و مقررات و در ویژگی‌های اعضای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره چه به لحاظ کمی و چه به لحاظ کیفی، لزوم بررسی دقیق مفروضه‌ها، فرم و محتوای نظامنامه اخلاقی را برای اطمینان از اینکه می‌تواند معیارها و اهداف موردنظر را منعکس کند، ضروری می‌سازد. در همین راستا، ابتدایی‌ترین اقدام منطقی آن است که نظامنامه دیگر گروه‌های حرفه‌ای مطالعه شود تا چگونگی مقابله با مشکلات اخلاقی در میان دیگر روانشناسان آموخته شود و مجموعه‌ای از اظهارات مشتمل بر بهترین ویژگی‌های نظامنامه‌های دیگر گردآوری شود (هابز، ۱۹۴۸).

اگر فرض کنیم که روانشناسی به علت ماهیتش ارزش‌های مشترکی در سطح بین‌الملل دارد، احتمالاً می‌تواند از رهنمودهای اخلاقی پایه و ثابتی پیروی کند. گرچه این اصول پایه همیشه باید با توجه به فرهنگ و ارزش‌ها سنجیده شود (لیچ و هاربین، ۱۹۹۷). هرچند

بسیاری از کشورها نظام‌نامه‌های اخلاقی خود را اجرایی یا به‌روز کرده‌اند، در مورد شباهت‌ها و تفاوت‌ها بین اخلاق حرفه‌ای روان‌شناسی در بین کشورها بسیار کم نوشته شده است. در *ایران* نیز پیش‌ازین، در حدود ده سال پیش، یک پژوهش به مقایسه نظامنامه اخلاقی انجمن‌های «مشاوره» آمریکا، کانادا، بریتانیا، ایرلند و نیوزیلند پرداخته شده است (حسینیان، ۱۳۸۴).

بنابراین، پژوهش حاضر در نظر دارد ضمن بررسی وضعیت نظامنامه‌های اخلاقی «روانشناسی» در کشورهای دیگر، به بررسی و مقایسه آنها با *ایران* پرداخته و با پیشنهاد اصلاحات و بازنگری‌های لازم، به چارچوبی شفاف و کاربردی برای رفتار حرفه‌ای اخلاقی که متناسب با ویژگی‌های جامعه باشد، دست یابد.

● روش

جامعه پژوهش حاضر کلیه کشورهای است که دارای نظامنامه اخلاقی برای روانشناسان هستند. گروه نمونه شامل کشورهای آمریکا، کانادا، بریتانیا، استرالیا و *ایران* است که به‌صورت هدفمند و بر اساس پیشرو بودن در تهیه و تنظیم نظامنامه اخلاقی روانشناسان انتخاب شدند. بعد از مشخص شدن گروه نمونه، با مراجعه به سایت رسمی انجمن / سازمان روانشناسی هر کشور، آخرین نسخه از نظامنامه که توسط آن انجمن / سازمان انتشار یافته بود تهیه گردید و موردبررسی و ارزیابی قرار گرفت. از آنجاکه نسخه نظامنامه اخلاقی روانشناسان و مشاوران *ایران*، به‌طور رسمی توسط سازمان نظام روانشناسی و مشاوره *ایران* انتشار نیافته است، این نظامنامه از طریق نسخه‌ای که در فصلنامه «تازه‌های روان‌درمانی» (نظامنامه اخلاق حرفه‌ای، ۱۳۸۶) منتشر شده است، تهیه شد. پس از تهیه نظامنامه‌ها، اصول و استانداردهای اخلاقی نظامنامه‌ها مطالعه و موردبررسی و مقایسه قرار گرفت.

● یافته‌ها

در ابتدا، تاریخ تصویب و بازنگری نظامنامه اخلاقی روانشناسان در کشورهای *ایران* (۱۳۸۶)، *آمریکا* (۲۰۱۰)، *کانادا* (۲۰۱۵)، *بریتانیا* (۲۰۰۹) و *استرالیا* (۲۰۰۷) مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد اولین نظامنامه متعلق به کشور *استرالیا* است و

جدول ۱. مقایسه تاریخ تصویب و بازنگری نظامنامه اخلاقی روانشناسان در کشورهای ایران، آمریکا، کانادا، بریتانیا و استرالیا

بریتانیا	کانادا	آمریکا	استرالیا	ایران	
۱۹۸۵	۱۹۶۸	۱۹۵۳	۱۹۴۹	۱۳۸۵ (۲۰۰۶)	اولین نظامنامه
۲۰۰۹	۲۰۱۵	۲۰۱۰	۲۰۰۷	۱۳۸۶ (۲۰۰۷)	آخرین بازنگری
تصریح نشده	۱۹۹۱، ۲۰۰۰، ۲۰۱۵	۱۹۵۹، ۱۹۶۳، ۱۹۶۸، ۱۹۷۷، ۱۹۷۹، ۱۹۸۱، ۱۹۹۰، ۱۹۹۲، ۲۰۰۲، ۲۰۱۰	۱۹۶۰، ۱۹۶۸، ۱۹۸۶، ۱۹۹۷، ۱۹۹۹، ۲۰۰۲، ۲۰۰۳، ۲۰۰۷	۱۳۸۶ (۲۰۰۷)	تاریخ‌های بازنگری
تصریح نشده	۳	۱۰	۸	۱	تعداد بازنگری

بعدازآن به ترتیب کشورهای آمریکا، کانادا، بریتانیا و ایران قرار دارند. بیشترین بازنگری در نظامنامه آمریکا صورت گرفته (۱۰ بار و به فاصله متوسط ۵/۷ سال) و بعدازآن به ترتیب استرالیا (۸ بار و به فاصله متوسط ۷/۲۵ سال)، کانادا (۳ بار و به فاصله متوسط ۱۵/۷ سال)، بریتانیا (تصریح نشده، حداقل دو بار) و ایران (۱ بار و به فاصله ۱ سال) قرار دارند. لازم به ذکر است «جامعه روانشناسی استرالیا» (۲۰۰۷) در مقدمه نظامنامه، آغاز نظامنامه را از سال ۱۹۴۹ اعلام می‌کند که در آن موقع به نام «نظامنامه رفتار حرفه‌ای»^۳ بوده است.

کلید نظامنامه‌های موردبررسی، به‌غیراز ایران و آمریکا، بعد از مقدمه، به تعریف مفاهیم و اصطلاحات اصلی پرداخته‌اند. این مفاهیم و اصطلاحات عبارت‌اند از: مراجع، روانشناس (استرالیا، ۲۰۰۷؛ کانادا، ۲۰۱۵؛ و بریتانیا، ۲۰۰۹)؛ گروه‌ها، جامعه، حقوق اخلاقی (استرالیا، ۲۰۰۷؛ کانادا، ۲۰۱۵)؛ «طرف مرتبط»، «نظامنامه، سلوک»، «دستورالعمل»، «حوزه قضایی»، «حقوق قانونی»، «عضو»، «روابط چندگانه»، «رابطه حرفه‌ای»، «خدمات روانشناختی» (استرالیا، ۲۰۰۷)؛ «اجتماع»، «آزمودنی طرف قرارداد»، گروه، مستقل، نیمه وابسته و کاملاً وابسته، فرد، سازمان، دیگران، اشخاص، «طرف تعیین شده»، «مطالعات انتقادی»، روانشناسی، «آزار جنسی» و «تبعیض ناعادلانه» (کانادا، ۲۰۱۵). به‌علاوه دو بخش اصلی کلید نظامنامه‌ها، اصول عمومی و معیارها هستند که این اصول و معیارها در کشورهای مختلف در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است.

طبق نظامنامه ایران (۱۳۸۶) اصول عمومی «شامل اصول کلی و ارزش‌های فراگیر اخلاقی و انسانی است که زیربنای معیارها و ضوابط اخلاق حرفه‌ای است و انتظار می‌رود

جدول ۲. مقایسه اصول عمومی نظامنامه اخلاقی روانشناسان در کشورهای ایران، آمریکا، بریتانیا، استرالیا و کانادا

کشور	اصول عمومی	کشور	اصول عمومی
ایران	۱. احترام به شأن و آزادی انسان ۲. وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری ۳. سودمندی و عدم آسیب رسانی ۴. عدم تبعیض ۵. توجه به رفاه دیگران ۶. توجه به نظام ارزش های جامعه	بریتانیا	احترام صلاحیت مسئولیت پذیری یکپارچگی
	الف: نیکوکاری و عدم آسیب رسانی ب: وفاداری و مسئولیت پذیری ج: یکپارچگی د: عدالت ه: احترام به شأن و حقوق مردم	استرالیا	الف: احترام به شأن و حقوق مردم و گروه‌ها ب: برابری ج: یکپارچگی
آمریکا		کانادا	احترام به شأن اشخاص و گروه‌ها مراقبت مسئولانه یکپارچگی در روابط مسئولیت پذیری نسبت به جامعه

روانشناسان و مشاوران در کلیه رفتارهای حرفه‌ای خود، همواره آن‌ها را مدنظر داشته و برای رعایت بهینه آن‌ها تمامی تلاش خود را به کارگیرند. در واقع این اصول راهنمای تصمیم‌گیری (کانادا، ۲۰۱۵؛ بریتانیا، ۲۰۰۹)؛ استدلال اخلاقی و رفتار روانشناسان هستند (بریتانیا، ۲۰۰۹) و البته طبق نظامنامه اخلاقی آمریکا (۲۰۱۰) ماهیتی آرمانی داشته و الزاماتی ارائه نمی‌دهند.

اصول عمومی مطرح شده در نظامنامه‌ها تقریباً مشابه و مشترک بوده و شامل این موارد است: احترام به شأن افراد، مسئولیت‌پذیری (در نظامنامه استرالیا، در زیر اصل برابری و تحت عنوان استاندارد اخلاقی آمده است)، یکپارچگی (در نظامنامه ایران تصریح نشده)، عدم تبعیض یا عدالت (در نظامنامه کانادا، استرالیا و بریتانیا در زیر اصل احترام به شأن افراد آمده است) و نیکوکاری و عدم آسیب‌رسانی (در نظامنامه کانادا در زیر اصل مراقبت مسئولانه، در نظامنامه استرالیا در زیر اصل برابری و در نظامنامه بریتانیا در زیر اصل مسئولیت‌پذیری آمده است). طبق نظامنامه کانادا (۲۰۱۵) گرچه همه اصول عمومی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در نظر گرفته شده و به حساب می‌آیند، اما بسته به شرایط و در زمانی که اصول در تضاد با یکدیگر قرار می‌گیرند، به ترتیب اهمیت‌شان باید در نظر گرفته شوند که این ترتیب عبارت است از: احترام به شأن اشخاص و گروه‌ها؛ مراقبت مسئولانه؛ یکپارچگی در روابط و مسئولیت‌پذیری نسبت به جامعه.

در همه نظامنامه‌ها به‌غیر از / ایران، درباره هر اصل توضیحاتی ارائه شده است. طبق اصل

احترام به شأن افراد، با تأکید بر ارزش ذاتی (کانادا، ۲۰۱۵)، روانشناسان مردم را به‌عنوان افرادی ارزشمند در نظر گرفته و به «کرامت» و حقوق آنها شامل حق خودمختاری احترام می‌گذارند (استرالیا، ۲۰۰۷؛ آمریکا، ۲۰۱۰؛ بریتانیا، ۲۰۰۹). همچنین از تفاوت‌های فردی، فرهنگی و نقش شامل سن، جنس، جهت‌گیری جنسی، ناتوانی، قومیت، ملیت، نژاد، زبان، مذهب، موقعیت اجتماعی-اقتصادی (آمریکا، ۲۰۱۰؛ بریتانیا، ۲۰۰۹)، هویت جنسی، فرهنگ (آمریکا، ۲۰۱۰)، تحصیلات، وضعیت تأهل و خانواده (بریتانیا، ۲۰۰۹) آگاه بوده و به آنها احترام می‌گذارند و این عوامل را هنگام کار کردن با اعضای چنین گروه‌هایی در نظر می‌گیرند.

اصل «مسئولیت‌پذیری» اذعان می‌دارد که روانشناسان از مسئولیت‌های علمی و حرفه‌ای خود به جامعه و جوامع خاصی که کار می‌کنند آگاه هستند (آمریکا، ۲۰۱۰) و برای مسئولیت‌پذیری نسبت به مراجعان، عموم مردم، حرفه و علم روانشناسی ارزش قائل شده و از آسیب، استفاده نادرست و سوءاستفاده نسبت به جامعه، اجتناب و جلوگیری می‌کنند (بریتانیا، ۲۰۰۹) مراقبت مسئولانه نیاز به صلاحیت، حداکثر سودرسانی و حداقل آسیب دارد و باید تنها به روشی که شأن افراد حفظ شود، انجام شود (کانادا، ۲۰۱۵).

طبق «اصل یکپارچگی»، روانشناسان می‌دانند که دانش آنها از روانشناسی، جایگاه حرفه‌ایشان و اطلاعاتی که گردآوری می‌کنند؛ آنها را در موضع قدرت و اعتماد قرار می‌دهد (استرالیا، ۲۰۰۷). آنها برای صداقت، دقت، شفافیت و عدالت در تعاملاتشان با همه اشخاص ارزش قائل‌اند (بریتانیا، ۲۰۰۹) و در پی ارتقای دقت، صداقت و راستی در علم، آموزش و حرفه روانشناسی هستند (آمریکا، ۲۰۱۰). از روانشناسان انتظار می‌رود که یکپارچگی را در همه روابط خود نشان دهند (کانادا، ۲۰۱۵).

اصل عدم تبعیض اذعان می‌دارد که روانشناسان می‌دانند که عدالت و انصاف حکم می‌کند که همه افراد به خدمات روانشناسی دسترسی داشته و از آن بهره ببرند و با کیفیت یکسان از فرایندها، روش‌ها و خدماتی که روانشناسان ارائه می‌دهند، برخوردار گردند (آمریکا، ۲۰۱۰). همچنین روانشناسان از تبعیض ناعادلانه بر اساس سن، جنس، مذهب، قومیت، تمایلات جنسی، ناتوانی و یا هر طریق دیگر که توسط قانون مقرر شده، اجتناب می‌کنند (استرالیا، ۲۰۰۷).

طبق «اصل نیکوکاری» و «عدم آسیب‌رسانی» روانشناسان می‌کوشند برای کسانی که با آنها کار می‌کنند مفید باشند و مراقب هستند که آسیبی نرسانند. روانشناسان در اقدامات

حرفه‌ای خود، به دنبال حفاظت از رفاه و حقوق افرادی هستند که با آنها تعامل حرفه‌ای دارند، از آنجاکه اعمال و قضاوت‌های حرفه‌ای و علمی روانشناسان ممکن است زندگی دیگران را تحت تأثیر قرار دهد، آنها نسبت به عوامل شخصی، مالی، اجتماعی، سازمانی یا سیاسی که ممکن است به سوءاستفاده از نفوذشان منجر شود، هشیار بوده و در برابر آنها محافظت می‌کنند. روانشناسان میکوشند از اثرات احتمالی سلامت جسمی و روانی خود بر توانایشان در کمک به کسانی که با آنها کار می‌کنند، آگاه باشند (آمریکا، ۲۰۱۰). همچنین روانشناسان مسئولیت دارند که متوجه هرگونه خطر بالقوه نسبت به خودشان باشند (بریتانیا، ۲۰۰۹).

طبق نظامنامه ایران (۱۳۸۶)، معیارها و ضوابط اخلاق حرفه‌ای شامل مجموعه‌هایی از مقررات و ضوابط ایجابی و سلبی است که با تمرکز بر شرایط خاص حرفه‌ای، روانشناسان و مشاوران را ملزم به انجام دادن رفتار یا رفتارهایی معین، یا اجتناب از رفتار یا رفتارهایی خاص می‌سازد. باید توجه داشت که این معیارها حداقل انتظارات را با توجه به رفتار حرفه‌ای فراهم کرده، جامع نبوده و جایی که رفتار یا موقعیت خاصی به وسیله معیارها مشخص نشده، اصول عمومی به کار گرفته خواهد شد (استرالیا، ۲۰۰۷). معیارهای اخلاقی نظامنامه ایران و آمریکا مستقل از اصول عمومی و به‌طور جداگانه در نظامنامه آمده‌اند. این در حالی است که در نظامنامه‌های استرالیا، کانادا و بریتانیا، معیارها در زیر اصول اخلاقی مرتبط با خود (بنا به دسته‌بندی هر نظامنامه) ارائه شده‌اند.

معیارهای اخلاقی نظامنامه ایران تقریباً منطبق با نظامنامه آمریکا است و تفاوت مشاهده شده تنها در ترتیب ارائه معیارها و دو معیار «مسئولیت» (مربوط به نظامنامه ایران) و «نگهداری اطلاعات ثبت شده و حق‌الزحمه» (مربوط به نظامنامه آمریکا) است. معیارهای اخلاقی نظامنامه ایران شامل ۴ مقوله مفهومی و کلی صلاحیت، مسئولیت، روابط حرفه‌ای و رازداری؛ و ۵ حوزه کارکردی سنجش، ارزیابی و تفسیر آزمون‌های روانشناختی؛ مداخله‌های روانشناختی؛ آموزش، کارورزی و نظارت؛ پژوهش و انتشار؛ و تبلیغات و خدمات عمومی است و در پایان به «حل و فصل مسائل و تعارض‌های اخلاقی» می‌پردازد.

«صلاحیت» اولین معیاری است که در نظامنامه ایران (۱۳۸۶)، به‌طور مستقل معرفی شده است. درحالی‌که در نظامنامه بریتانیا (۲۰۰۹) «صلاحیت» جزو اصول عمومی بوده و در نظامنامه‌های استرالیا (۲۰۰۷) و کانادا (۲۰۱۵) به ترتیب در زیر اصول «برازندگی» و «مراقبت

جدول ۳. مقایسه استانداردهای نظامنامه اخلاقی روانشناسان در کشورهای ایران، آمریکا، بریتانیا، استرالیا و کانادا

کشور	معیارها	کشور	معیارها	کشور	معیارها	
ایران	صلاحیت مسئولیت روابط حرفه‌ای رازداری سنجش، ارزیابی و تفسیر آزمون‌های روانشناختی مداخله‌های روانشناختی آموزش، کارورزی و نظارت پژوهش و انتشار تبلیغات و خدمات عمومی حل و فصل مسایل و تعارض‌های اخلاقی	استرالیا (ادامه)	محول کردن وظایف حرفه‌ای استفاده از مفسران همکاری با دیگران در راستای منافع مراجعان قبول مراجعان سایر متخصصان تعلیق خدمات روانشناختی ختم خدمات روانشناختی مطالبات متعارض سنجش روانشناختی پژوهش یکپارچگی رفتار معتبر ارتباط تعارض منافع عدم استعمار تالیف تمهیدات مالی تحقیقات و نگرانی‌های اخلاقی	حل مسائل اخلاقی صلاحیت روابط انسانی حریم شخصی و رازداری تبلیغات و سایر اظهارات عمومی نگهداری اطلاعات ثبت شده و حق الزحمه آموزش و کارآموزی پژوهش و انتشار سنجش درمان	بریتانیا	صداقت / درستی عینیت / عدم سوگیری صراحت / گشودگی اجتناب از افشای ناقص و فریب اجتناب از تعارض منافع تکیه بر انضباط مسئولیت‌پذیری ممتد مسئولیت‌پذیری نسبت به جامعه توسعه دانش فعالیت‌های مفید احترام به جامعه توسعه جامعه مسئولیت‌پذیری ممتد
	آمریکا		احترام احترام عمومی حریم شخصی و رازداری رضایت آگاهانه خودتعیین‌گری صلاحیت آگاهی از اخلاق حرفه‌ای تصمیم‌گیری اخلاقی تشخیص محدودیت‌های صلاحیت اختلال در تشخیص مسئولیت‌پذیری مسئولیت‌پذیری عمومی ختم و تداوم مراقبت محافظت از شرکت‌کنندگان در پژوهش گزارش‌گیری از شرکت‌کنندگان در پژوهش یکپارچگی صداقت و درستی اجتناب از استعمار و تضاد منافع حفظ مرزهای شخصی بررسی سو رفتار اخلاقی			
استرالیا	حل مسائل اخلاقی صلاحیت روابط انسانی حریم شخصی و رازداری تبلیغات و سایر اظهارات عمومی نگهداری اطلاعات ثبت شده و حق الزحمه آموزش و کارآموزی پژوهش و انتشار سنجش درمان	کانادا	احترام به شأن اشخاص و گروه‌ها احترام عمومی حقوق عمومی عدم تبعیض رفتار / روند منصفانه رضایت آگاهانه آزادی رضایت محافظت از افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر حریم شخصی رازداری مسئولیت‌پذیری ممتد مراقبت مسئولانه مراقبت عمومی صلاحیت و دانش خود تحلیل سود و زیان حداکثر سودمندی حداقل آسیب خنثی کردن / اصلاح آسیب مراقبت از حیوانات مسئولیت‌پذیری ممتد یکپارچگی در روابط	احترام به شأن و حقوق مردم و گروه‌ها عدالت احترام رضایت آگاهانه حریم شخصی رازداری انتشار اطلاعات به مراجعان گردآوری اطلاعات مراجع از طرف‌های مرتبط بوزندگی صلاحیت نگهداری اطلاعات ثبت شده مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای ارائه خدمات روانشناختی به درخواست شخص ثالث ارائه خدمات روانشناختی به مراجعان چندگانه		

مسئولانه» آمده است. طبق این معیار، روانشناسان در حیطه‌هایی به ارائه خدمات حرفه‌ای، پژوهشی و آموزشی می‌پردازند که صلاحیت لازم برای انجام دادن آنها را احراز کرده‌اند و هنگامی که وظایفی را به عهده کارمندان، کارآموزان یا دستیاران آموزشی یا پژوهشی خود می‌سپارند و یا در مواردی که از خدمات دیگران استفاده می‌کنند (مانند اجرا و تفسیر آزمون‌های شناختی)، باید اطمینان حاصل نمایند که این افراد از توانایی و تجربه لازم برای انجام آن کار برخوردارند و خدمات موردنظر را به‌طور کامل و صحیح انجام می‌دهند. روانشناسان و مشاوران خدماتی که صلاحیت ارائه آن را ندارند، به همکاران واجد صلاحیت خود ارجاع می‌دهند و درعین حال همواره برای توسعه، روزآمد کردن صلاحیت و توانایی‌های حرفه‌ای خود تلاش می‌کنند.

در نظام‌نامه ایران، گرچه داشتن «صلاحیت فرهنگی» تصریح نشده است اما لزوم توجه به نقش و تأثیر عوامل فرهنگی، قومی، نژادی، جنسیتی، دینی، مذهبی در چارچوبی که با کار آنها ارتباط پیدا می‌کند، تأکید شده است. همچنین باوجود امر به ارجاع مواردی که روانشناسان و مشاوران فاقد صلاحیت هستند، در موقعیت‌های اضطراری و بحرانی، لازم است به کمک‌رسانی و ارائه خدمات روانشناختی موردنیاز اقدام کنند.

در نظام‌نامه ایران، علاوه بر آنکه معیار صلاحیت به‌صورت مستقل آمده است، در زیر معیارهای «سنجش، ارزیابی و تفسیر آزمون‌های روانشناختی» و «آموزش، کارورزی و نظارت» نیز به ترتیب بر لزوم داشتن صلاحیت در طراحی، تهیه، استاندارد نمودن، تعیین اعتبار و روایی و استفاده و اجرای آزمون‌های روانشناختی؛ ممانعت از نمره‌گذاری و تفسیر آزمون‌های روانشناختی توسط افراد فاقد صلاحیت اجرا و سوءاستفاده از نتایج آزمون‌ها، و همچنین بر عهده گرفتن برنامه‌های آموزشی، کارآموزی و کارورزی که دانش و تجربه لازم را برای اجرای آنها دارند؛ تأکید شده است.

سومین معیار اخلاقی در نظام‌نامه ایران (۱۳۸۶) «روابط حرفه‌ای» است که خود شامل ۱۰ بند مجزا می‌باشد. طبق این معیار روانشناسان و مشاوران از اعمال هرگونه بی‌عدالتی و تبعیض، مزاحمت‌های جنسی، ارتباط غیرحرفه‌ای، آسیب رساندن نسبت به مراجعان، دانشجویان، کارآموزان، شرکت‌کنندگان در پژوهش و کسانی که با آنان کار می‌کنند، و هرگونه سوءاستفاده از روابط حرفه‌ای خود اجتناب می‌کنند. در مباحث «مداخله‌های روانشناختی» و

«آموزش، کارورزی و نظارت» نیز، این معیار، به شکلی دیگر مورد تأکید قرار گرفته است. ضمن آنکه تصریح شده روانشناسان و مشاوران از درگیر شدن در هرگونه رابطه جنسی با مراجعان خود اجتناب کرده و با مراجعان خود ازدواج نمی‌کنند، مگر آن‌که حداقل ۲ سال از اتمام یا توقف مداخله حرفه‌ای آنان گذشته باشد. همچنین وقتی که با زوج یا خانواده‌ای کار می‌کنند، به‌عنوان شاهد یکی از آنان علیه دیگری در دادگاه شهادت نمی‌دهند. درحالی‌که در *نظامنامه ایران (۱۳۸۶)* تعریف یا مصادیق بی‌عدالتی و تبعیض، مزاحمت‌های جنسی، ارتباط غیرحرفه‌ای و آسیب رساندن مشخص نیست، در *نظامنامه آمریکا (۲۰۱۰)* اساس تبعیض، مصادیق آزار جنسی، روابط چندگانه، روابط جنسی و تقاضای شخص ثالث، تصریح و با جزئیات بیشتری تشریح شده‌اند. در *نظامنامه بریتانیا، استرالیا و کانادا* گرچه معیاری با عنوان «*روابط حرفه‌ای*» یا «*روابط انسانی*» تصریح نشده، اما در *نظامنامه بریتانیا (۲۰۰۹)*، دو معیار «*اجتناب از استعمار و تضاد منافع*» و «*حفظ مرزهای شخصی*» که در زیر اصل «*یکپارچگی*» آمده‌اند؛ در *نظامنامه استرالیا (۲۰۰۷)* «*تعارض منافع*» و «*عدم استعمار*» که در زیر اصل «*یکپارچگی*» آمده‌اند و در *نظامنامه کانادا (۲۰۱۵)*، «*اجتناب از تعارض منافع*» که در زیر اصل «*یکپارچگی در روابط*» آمده، درواقع به همین معیار اشاره دارند.

چهارمین معیار اخلاقی در *نظامنامه ایران (۱۳۸۶)* «*رازداری*» است که طبق آن روانشناسان و مشاوران برای محافظت از اطلاعات محرمانه به دست آمده در حوزه فعالیت‌های حرفه‌ای خود اقدام‌های احتیاطی لازم را به عمل می‌آورند؛ برای ارزیابی، تشخیص، درمان و پژوهش فقط به جمع‌آوری اطلاعات موردنیاز می‌پردازند و از هرگونه دریافت اطلاعات اضافی اجتناب می‌کنند؛ در ثبت و گزارش اطلاعات به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که امکان سوءاستفاده از آن وجود نداشته باشد و قبل از ضبط صوتی یا تصویری جلسات، از مراجعان یا نمایندگان قانونی آنها رضایت‌نامه کتبی دریافت می‌کنند. روانشناسان و مشاوران صرفاً بنا به درخواست و رضایت مراجع یا قیم قانونی او، مشروط به اینکه افشای اطلاعات منافع مراجع را به خطر نیندازد؛ وجود خطر جانی برای مراجع یا دیگران؛ اختلال مسری کشنده مانند ایدز و یا در صورتی که به‌وسیله قانون یا مراجع قانونی حکم شده باشد می‌توانند رازداری را نقض کنند. در صورت نقض رازداری بر اساس موارد فوق، روانشناسان و مشاوران برای حفظ منافع مراجعان تمامی تلاش خود را به کار می‌بندند و افشای اطلاعات را در حداقل ممکن نگاه

می‌دارند و حتی المقدور مراجع را در جریان افشای اطلاعات قرار می‌دهند. همچنین زیر عنوان «سنجش، ارزیابی و تفسیر آزمون‌های روانشناختی» آمده است که «روانشناسان و مشاوران نتایج آزمون‌ها را فقط به درخواست کتبی مراجع، قیّم قانونی و یا دادگاه، با رعایت منافع و مصلحت مراجع، در اختیار آنها قرار می‌دهند، مگر در مواردی که تشخیص دهند انجام این کار باعث آسیب به مراجع یا سوءاستفاده از نتایج آزمون‌ها شود». در مبحث «پژوهش و انتشار» نیز، بند ۸-۹ به رازداری اشاره دارد: «روانشناسان و مشاوران اطمینان حاصل می‌کنند که تمامی اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها و شرکت‌کنندگان در پژوهش به صورت محرمانه نگهداری شده و گزارش تحقیق به گونه‌ای تهیه و ارائه می‌شود که شناسایی شرکت‌کنندگان ممکن نباشد».

در نظامنامه آمریکا (۲۰۱۰)، در توضیحات مربوط به معیار «حریم شخصی و رازداری» آمده که روانشناس وظیفه دارد تا از میزان و حدود رازداری که ممکن است به واسطه قانون نظارت یا توسط مقررات سازمانی یا روابط علمی یا تخصصی ایجاد شود، آگاهی داشته باشد و در صورت ارائه خدمات از طریق ارتباطات الکترونیکی، مراجع را از خطر افشاء اطلاعات شخصی و محدودیت‌های رازداری آگاه سازد. همچنین تصریح شده که بحث و تبادل نظر در مورد رازداری، در آغاز جلسه درمان صورت می‌گیرد مگر آنکه ممکن نبوده یا منع شده باشد و بعد از جلسه اول نیز بسته به شرایط جدید، ممکن است مجدداً مطرح شود. در نظامنامه بریتانیا (۲۰۰۹)، استرالیا (۲۰۰۷) و کانادا (۲۰۱۵) معیار «رازداری»، در زیر اصل احترام به شأن افراد آمده است. همچنین طبق نظامنامه بریتانیا (۲۰۰۹)، احتمال در معرض خطر بودن سلامت، رفاه یا امنیت کودک یا بزرگسالی آسیب‌پذیر، از جمله موارد نقض رازداری است. یکی از اهداف ارائه اصول و معیارهای اخلاقی در قالب نظامنامه، تهیه چارچوب و مرجعی برای متخصصان جهت بهره‌گیری در فرایند تصمیم‌گیری است. به دلیل اهمیت این موضوع، «تصمیم‌گیری» اخلاقی به عنوان یک‌بند مستقل در نظامنامه بریتانیا (۲۰۰۹) و کانادا (۲۰۱۵) تصریح و تشریح شده است. ضمن آنکه در اغلب نظامنامه‌ها منابع و راه‌کارهایی جهت کمک در تصمیم‌گیری‌ها و دوراهی‌های اخلاقی در نظر گرفته شده و معرفی شده‌اند. برای مثال نظامنامه کانادا (۲۰۱۵)، ارتباط با انجمن روانشناسی کانادا و بهره‌گیری از دستورالعمل‌های اخلاقی را توصیه می‌کند. نظامنامه بریتانیا (۲۰۰۹)، ضمن آنکه در پیوست

خود فهرست منابعی را ضمیمه کرده که در تدوین نظامنامه مورد استفاده قرار گرفته‌اند، در انتهای نظامنامه آدرس سایت و همچنین پست الکترونیکی را جهت پاسخ‌گویی به سؤال‌ها و ابهام‌ها منتشر کرده است. نظامنامه *استرالیا* (۲۰۰۷)، نیز دستورالعمل‌های اخلاقی را معرفی کرده که هدف از این دستورالعمل‌ها، شفاف کردن و تقویت استفاده از اصول کلی و معیارهای نظامنامه و همچنین تسهیل تفسیر در عملکرد حرفه‌ای است. اما نظامنامه *ایران* (۱۳۸۶)، فاقد هرگونه اشاره به منابع و مراجع کمکی و راهنما است. ضمن آنکه در سایت سازمان «نظام روانشناسی و مشاوره ایران»، نسخه‌ای از نظامنامه موجود نیست.

● بحث و نتیجه‌گیری

○ انجمن‌ها و جوامع علمی و تخصصی در راستای حفظ و ارتقای کیفیت یک حوزه تخصصی و همچنین حمایت از حرفه، متخصصان و مراجعان و مخاطبان آن حرفه و تخصص، نظامنامه‌های اخلاقی را تهیه کرده‌اند. بررسی و مقایسه نظامنامه‌های روانشناسی نشان داد این نظامنامه‌ها در اصول کلی و معیارها شباهت زیادی دارند و تفاوت‌ها اغلب در نوع طبقه‌بندی، شرح و تأکید بر جزئیات، و نه در تضاد با یکدیگر، است. این یافته همسو با مطالعه حسینیان (۱۳۸۴) است که به بررسی نظامنامه اخلاقی انجمن‌های «مشاوره» آمریکا، کانادا، بریتانیا، ایرلند و نیوزیلند پرداخته و نتیجه گرفت که شباهت‌ها بیش از تفاوت بوده و تفاوت‌ها اغلب جنبه ساختاری و کمی دارند.

○ گرچه مطالعات دیگر نیز نشان داده که برخی از اصول اخلاقی و معیارها بدون در نظر گرفتن کشور و فرهنگ با یکدیگر همپوشانی دارند، و این می‌تواند به دلیل ماهیت روانشناسی و ارزش‌های مشترک آن در سطح جهانی باشد (لیچ و هاربین، ۱۹۹۷) به طوری که حتی ایجاد نظامنامه اخلاقی بهداشت روانی جهانی پیشنهاد شده است (یونگ، ۲۰۱۶)؛ اما نظامنامه اخلاقی آمریکا که بازتاب‌دهنده ارزش‌هایی مانند فردگرایی متمرکز بر خود و خودمختاری فردی است (مورس و بلوم، ۲۰۱۳) تا چه حد می‌تواند برای ما که نظامنامه کشورمان بیش از همه با آن مطابقت دارد، کارایی داشته باشد؟ در مجمع ملی انجمن روانشناسی آمریکا در آگوست ۲۰۱۳، با حضور گروه‌های بومی از سراسر جهان از جمله نمایندگان از «انجمن روانشناسان سیاه‌پوست»^۵، «جامعه روانشناسان سرخپوست»^۶، «انجمن روانشناسان آسیایی آمریکایی»^۷ و «انجمن روانشناسی آمریکای لاتین»^۸ در مورد نظامنامه اخلاقی آمریکا (۲۰۱۰)

و ارتباط آن با اقلیت‌های قومی بحث شد. چالش اصلی مطرح شده این بود که در حال حاضر نظامنامه اخلاقی آمریکا بازتاب‌دهنده ارزش‌هایی مانند فردگرایی است و نیاز به تجدیدنظر دارد به طوری که راهنمای جدید بهتر بتواند ارزش‌های فرهنگی مانند معنویت و یا مسئولیت جمعی را منعکس کند (مورس و بلوم، ۲۰۱۳).

○ تفاوت ساختاری و تفاوت در تأکید و شرح جزئیات نیز بی‌اهمیت نبوده و عدم توجه به آنها، در بسیاری از مواقع باعث ابهام و ایجاد سؤال شده و عینیت و قابلیت کاربرد را مخدوش می‌سازد. برای مثال نظامنامه *ایران* فاقد تعریف اصطلاحات و مفاهیم اصلی و همچنین فاقد توضیح و تعریف اصول عمومی است. عدم ارائه توضیح درباره اصول عمومی نظامنامه، ابهامات اصول ۶ گانه نظام ایران را بی پاسخ می‌گذارد. برای مثال منظور از «شان» و «آزادی» در اصل اول چیست؟ اصل ۶، توجه به نظام ارزش‌های جامعه، چگونه باید لحاظ شود؟ برای مثال چنانچه ارزش‌های مراجع مغایر با ارزش‌های جامعه بود (بی‌آنکه آسیبی را متوجه خود یا دیگران سازد)، چگونه باید به نظام ارزش‌های جامعه توجه شود؟ همچنین به نظر می‌رسد اصل ۳ (سودمندی و عدم آسیب‌رسانی) و اصل ۵ (توجه به رفاه دیگران) با یکدیگر همپوشی داشته باشند.

○ همچنین در نظامنامه ایران، اغلب معیارها حاوی اطلاعات کلی و گاه مبهم بوده و فاقد جزئیات لازم هستند. در معیار «صلاحیت» تصریح نشده که مصادیق صلاحیت لازم برای فعالیت حرفه‌ای (درمان، آموزش و پژوهش) روانشناسان و مشاوران چیست؟ یا اینکه صلاحیت چگونه و توسط چه مرجع (مراجعی) احراز می‌شود؟ بعلاوه، مصداق عینی و ملاک اطمینان از تلاش مداوم روانشناسان و مشاوران برای توسعه، روزآمد کردن صلاحیت و توانایی‌های حرفه‌ای خود چیست؟ (برای مثال می‌توان به شرکت در دوره‌های بازآموزی، کنگره‌ها، گردهمایی‌ها، نشست‌های تخصصی و کارگاه‌های آموزشی مرتبط و کسب حداقل امتیاز در یک سال اشاره کرد).

○ در معیار «روابط حرفه‌ای»، لازم است ضمن ارائه تعریفی از روابط دوگانه (چندگانه)، تصریح شود که منظور از «مزاحمت‌های جنسی» و «ارتباط غیرحرفه‌ای» چیست و بی‌عدالتی و تبعیض برچه اساسی ممکن است صورت گیرد؟ همچنین به منظور پیشگیری از تکرار مفاهیم و موضوعات مشترک، شاید بهتر باشد که کلیه موضوعات مربوط به روابط حرفه‌ای

(و روابط دوگانه) که در زیر عنوان‌های مختلف در نظام‌نامه آمده‌اند، در زیر یک عنوان یعنی روابط حرفه‌ای، ارائه شوند. یکی از این موضوعات، رابطه جنسی با مراجع است که در زیر عنوان «مدخله‌های روان‌شناختی» آمده است. با توجه به اینکه نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسی ایران شباهت زیادی با نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسی در آمریکا دارد، همانند نظام‌نامه آمریکا، در نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسی ایران هرگونه رابطه جنسی با مراجعان منع شده است. به‌علاوه قید گردیده روانشناسان و مشاوران با مراجعان خود ازدواج نمی‌کنند (نه اینکه رابطه جنسی برقرار نمی‌کنند)، مگر آن‌که حداقل ۲ سال از اتمام یا توقف مداخله حرفه‌ای آنان گذشته باشد. ضمن لزوم اعمال دقت و حساسیت ویژه و افزودن جزئیات بیشتر به این مقوله، لازم است بررسی شود معیار دو سال پس از اختتام خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی، در داشتن رابطه جنسی با مراجع قبلی در نظام‌نامه‌های اخلاقی سایر کشورها و ازدواج در نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای ایران؛ آیا پشتوانه علمی، فرهنگی و یا دینی دارد یا فقط از نگاه و یا منافع شخصی قانون‌گذاران ناشی شده و امکان دارد با تغییر قانون‌گذاران یا تجدیدنظر قانون‌گذاران در سال‌های بعد، این امر یا مدت‌زمان آن تغییر کند؟

○ در معیار «رازداری»، ضمن اضافه کردن احتمال در معرض خطر بودن سلامت، رفاه یا امنیت کودک یا بزرگ‌سالی آسیب‌پذیر، به موارد نقض رازداری؛ لازم است لزوم اعلام محدودیت‌های رازداری به مراجع و چگونگی و زمان اعلام آن تصریح شود. همچنین به لزوم رازداری در مشاوره گروهی یا گروه‌درمانی، مشاوره خانواده و خانواده‌درمانی اشاره شود.

○ بالاخره آنکه، گرچه «رضایت آگاهانه» در متن نظام‌نامه و با توجه به مورد، به‌اختصار آمده است، اما برخلاف سایر نظام‌نامه‌های موردبررسی، به‌صورت یک عنوان مستقل، مجزا و تصریح نشده است که با توجه به اهمیت آن، این امر ضروری می‌نماید. به نظر می‌رسد پس از ۱۱ سال از آخرین تجدیدنظر نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسی در ایران، با توجه به تغییرات فرهنگی - اجتماعی زیاد طی سال‌های گذشته، بازنگری نظام‌نامه از لحاظ جنبه‌های فرهنگی و اجتماعی ضروری باشد.

○ با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به‌منظور قابل‌فهم‌تر و اجرایی‌تر شدن نظام‌نامه و پیشگیری از سوءتعبیر یا سوءاستفاده افراد، لازم است تعاریف دقیق نظری و عملیاتی برای مفاهیم و اصطلاحات تخصصی، اصول عمومی و معیارها و ضوابط اخلاق حرفه‌ای

اضافه شود. افزودن تعاریف و توضیحات لازم برای اصطلاحات تخصصی و اصول عمومی، بازنگری در اصول عمومی معرفی شده و افزودن جزئیات بیشتر به معیارها می‌تواند به هرچه قابل فهم‌تر و اجرایی‌تر شدن نظامنامه کمک کند. ضمن آنکه انتظار می‌رود سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، با قرارداد آخرین نسخه نظامنامه بر روی سایت و فعال کردن بخش کمیته اخلاقی، نقش مؤثری در اشاعه رفتار اخلاقی و تأکید بر اهمیت آن داشته باشد. بعلاوه با فعال کردن کمیسیون نظارت و ارزیابی و کمیسیون رسیدگی به تخلفات، و اطلاع‌رسانی مناسب مواردی که تخلف آنها تأیید شده است، از بروز رفتارهای غیراخلاق حرفه‌ای پیشگیری نماید.

○ گرچه پژوهش حاضر اولین پژوهش در داخل کشور است که به مقایسه نظامنامه روانشناسی «ایران» با سایر کشورها پرداخته است، باین حال زمانی می‌تواند فرایند بازنگری و اعمال اصلاحات و تغییرات احتمالی کامل شود که با فرایند بازنگری شامل جمع‌آوری اطلاعات از روانشناسان درگیر در طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های علمی و حرفه‌ای در راستای توصیف چالش‌های اخلاقی که مواجه شده و میزانی که نظامنامه اخلاقی موجود توانسته برای این چالش‌ها اعمال شود؛ ایجاد فراخوان و بررسی نظرات اعضا، سازمان‌های روانشناسی، هیئت‌های صدور مجوز و عموم مردم در مورد کفایت نظامنامه اخلاقی موجود؛ برگزاری جلسات با بخش‌های مختلف سازمان برای بهره‌گیری از بینش و چشم‌انداز آنها؛ مرور قانونی مداوم نظامنامه اخلاقی و دریافت بازخورد مداوم از مخاطبان، دانشجویان، بخش‌ها و کمیته‌های مختلف سازمان (فیشر، ۲۰۰۳) همراه شود.



یادداشت‌ها

- | | |
|---|--|
| 1. Ethics | 2. Australian Psychological Society Code of Ethics |
| 3. Code of Professional Conduct | 4. Association of Black Psychologists (ABPsi) |
| 5. Society of Indian Psychologists (SIP) | 6. Asian American Psychological Association (AAPA) |
| 7. National Latino/a Psychological Association (NLPA) | |

● منابع

حسینیان، سیمین (۱۳۸۴) بررسی و مقایسه نظامنامه‌های اخلاقی مشاوره در کشورهای مختلف. تازه‌ها و

پژوهش‌های مشاوره، ۴ (۱۳)، ۳۴-۹.

نظامنامه اخلاق حرفه‌ای (۱۳۸۶) فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۳ (۴۹ و ۵۰)، ۱۴۸-۱۳۶.

American Psychological Association Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct (2010), Available in: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>

Australian Psychological Society Code of Ethics (2007), Available in: <http://www.psychology.org.au/Assets/Files/APS-Code-of-Ethics.pdf>

Banyard, P; & Flanagan, C. (2011) *Ethical issues in psychology*. Routledge, New York.

British Psychological Society Code of Ethics and Conduct (2009) , Available in: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-ethics-and-conduct>

Canadian Code of Ethics for Psychologists (2015), Available in: http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_Feb2015DraftDIST.pdf

Fisher, C. B (2003) *A code of ethics for psychology, how did we get here? Chapter 1, Decoding the Ethics Code: A Practical Guide for Psychologists*, SAGE.

George Ford, G. (2001) *Ethical reasoning in the mental health professions*. CRC Press LLC, United States of America.

Hobbs, N. (1948) The development of a code of ethical standards for psychology. *American Psychologist*. 3 (3): 80-84.

Leach, M. M & Harbin, J. J. (1997) Psychological Ethics Codes: A Comparison of Twenty-four Countries, *International Journal of Psychology*, 32:3, 181-192.

Young, G. (2016). A broad ethics model for mental health practice. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2, 220-237.



اثر القای عاطفه مثبت بر روی کنش شناختی کلامی با توجه به بعد شخصیتی برونگرایی □

The Effect of Positive Affect Induction on Verbal Cognitive Performance in Extroversion Personality □

Parviz Azadfallah, PhD
Niloofer Abedini, MSc □

دکتر پرویز آزادفلاح*
نیلوفر عابدینی*

Abstract

In the present study, the effect of positive affect induction on verbal cognitive performance in extrovert and introvert personality types is studied. The first sample of the research includes 180 female students of Tarbiat Modares university selected with available sampling method. With respect to their score in Eysenck Personality Questionnaire and based on statistical analysis, 30 participants (in 2 extrovert and introvert groups) were chosen for the next step of the research. In the next step, a short movie clip for inducing positive affect was shown to the half of the participants, then respectively, the first verbal task and PANAS questionnaire were taken. After that, all previous steps (with an equal verbal task) were done but this time for negative affect induction. For the remaining participants, the reverse process was done, i.e., first negative affect induction and then positive affect induction. The results were analyzed with descriptive statistics methods and t-test of two dependent groups, t-test of two independent groups and Y-Mann-Whitney test. The observations showed that the positive affect induction improves the verbal fluency performance. On the other hand in the case of positive emotional induction, extroverts have better verbal performance than introverts. conclusion: In general the results showed that the positive affect induction affects the cognitive performances. Also, personality traits associated with affections such as extroversion can modify these effects.

Keywords: affect induction, positive affect, verbal performance, extroversion, asymmetry

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر القای عاطفه مثبت (شادی) بر روی کنش شناختی کلامی در دو تیپ شخصیتی برونگرا و درونگرا انجام شده است. نمونه اولیه شامل ۱۸۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه تربیت مدرس می باشد که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند و با توجه به نمره آنها در پرسشنامه شخصیتی آیزنک و بر مبنای تحلیل آماری، ۳۰ شرکت کننده (در دو گروه برونگرا و درونگرا) برای مرحله بعد پژوهش برگزیده شدند. در مرحله بعد یک قطعه فیلم کوتاه برای القای عاطفه مثبت به نیمی از شرکت کنندگان نشان داده شد و به ترتیب تکلیف شناختی کلامی اول و پرسش نامه PANAS از آنها گرفته شد. پس از آن تمامی مراحل قبلی (با یک تکلیف شناختی کلامی موازی) اما این بار با القای عاطفه منفی انجام گردید. برای مابقی شرکت کنندگان روند برعکس انجام شد (ابتدا القای عاطفه منفی و سپس القای عاطفه مثبت). نتایج با استفاده از روش های آمار توصیفی و آزمون های t دو گروه وابسته، t دو گروه مستقل و یو من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مشاهدات نشان داد که القای عاطفه مثبت موجب بهبود عملکرد سلاست کلامی می گردد. از سوی دیگر در شرایط القای عاطفه مثبت افراد برونگرا نسبت به افراد درونگرا عملکرد کلامی بهتری دارند. به طور کلی نتایج نشان می دهد که القای عاطفه مثبت بر روی عملکردهای شناختی اثر دارد. همچنین صفات شخصیتی مرتبط با عاطفه همچون برونگرایی می تواند این آثار را تعدیل نماید.

کلید واژه ها: القای عاطفه، عاطفه مثبت، عملکرد کلامی، برونگرایی، نافرینگی مغز

□ Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, I. R. Iran.

□ Email: niloofer.abedini1990@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۵/۱۵ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۹/۴

* گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

● مقدمه

مغز انسان به عنوان پیچیده‌ترین ساختار زیستی تکامل یافته شامل خصوصیات متعددی است که از جمله آن‌ها می‌توان به خصوصیت جانبی و اختصاصی شدن مغز و «ناقرینگی کارکردی» دو نیمکره مغز اشاره کرد (گریو و همکاران، ۲۰۱۳). این اصطلاح به‌طور کلی عبارت است از تخصصی شدن کارکردی دو نیمکره قشر مخ به‌طوری‌که به‌عنوان مثال در حین تولید کلام نیمکره چپ بیشتر بزرگسالان بیشتر از نیمکره راست آنها فعالیت می‌کند و یک الگوی برعکس در هنگام انجام تکالیف دیداری/ فضایی نمود می‌کند (گرون و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین در حیطه کارکرد عاطفی-هیجانی نیز این ناقرینگی وجود دارد به‌نحوی‌که عاطفه مثبت همچون شادی بیشتر در نیمکره چپ مغز و عاطفه منفی همچون غم و ترس بیشتر در نیمکره راست مغز پردازش می‌شود. تمرکز این پژوهش بر روی کارکرد ناقرینه نیمکره چپ مغز می‌باشد.

در مغز انسان، ناقرینگی‌های ناحیه‌ای وجود دارد که اختصاصاً برای حفاظت از ویژگی‌های انسانی همانند زبان و دست برتری ایجاد شده است. مدل کلاسیک گشونیند^۱ (۱۹۶۸) درباره آناتومی عصبی کاربردی زبان، عنوان می‌کند که ناحیه‌ای در پشت بخش STG چپ مغز به نام ورنیکه وجود دارد که مسئول درک مطلب کلامی است. همچنین ناحیه دیگری در قشر پیش پیشانی چپ مغز به نام بروکا وجود دارد که در تولید کلام مشارکت می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ۹۵ درصد از افراد راست‌دست زمانی که به آرامی کلماتی با شروع یک حرف خاص تولید می‌کنند، در نیمکره چپ افزایش فشارخون دارند. برای افراد چپ‌دست غلبه نیمکره چپ در عملکرد کلامی از ۷۵ تا ۹۰ درصد تغییر می‌کند که این مقدار بسته به درجه دست برتری آنها متفاوت می‌باشد (ملت و همکاران، ۲۰۱۴). جانبی بودن و غلبه فعالیت نیمکره چپ مغز در عملکرد کلامی اولین یافته پژوهشگران در مورد ناقرینگی مغز بود. پس از آن فرضیه‌ها درباره ناقرینگی سایر عملکردهای نیمکره‌های مغز گونه‌های مختلف موجودات مثل آواز خواندن، عملکرد تجسمی و پردازش هیجانات شدت یافت.

در فرضیه «بار هیجانی» عنوان می‌شود که جانبی بودن عملکرد نیمکره‌های مغز در تجربه هیجانات مختلف، به نوع بار این هیجانات بستگی دارند. به این صورت که شادی و سایر هیجانات خوشایند غالباً توسط ناحیه پیشانی نیمکره چپ مغز پردازش می‌شوند (کوستانزو و

همکاران، ۲۰۱۵). بهترین شواهد در تأیید الگوی بار هیجانی به کمک پژوهش‌هایی با روش «ثبت فعالیت الکتریکی مغز» (EEG) به دست آمده است. این مطالعات توانستند افزایش نسبی فعالیت نیمکره چپ را باحالت‌های هیجانی مثبت مرتبط کنند (بالکنی و همکاران، ۲۰۱۵).

ناقرینگی کارکردهای عاطفی و شناختی مغز بر یکدیگر اثر می‌گذارد. پژوهش‌های بسیاری در دسترس است که شواهدی مبنی بر ارتباط مثبت بین عاطفه مثبت القایی و بهبود «کنش سلاست کلامی»^۲ (با غلبه فعالیت نیمکره چپ) به دست می‌دهد. در یک پژوهش، ارتباط بین بار مثبت و برانگیختگی در حالات عاطفی با سلاست کلامی بررسی شد. در این پژوهش نیز شواهد نشان داد که عاطفه مثبت، انگیزش روی آوری و انگیزختگی پایین موجب تسهیل بیشتر عملکرد شناختی پیش‌پیشانی چپ (سلاست کلامی) می‌گردد (پاپوسک و همکاران، ۲۰۰۹).

پژوهش‌ها در حیطه بررسی ارتباط ناقرینگی عاطفی-شناختی، بیش از هر کنش شناختی دیگری بر روی کنش‌های حافظه کاری و اجرایی تمرکز کرده‌اند. در این پژوهش‌ها ناقرینگی کارکرد مغز در حیطه کنش‌های عاطفی و شناختی فرض قرار گرفته و برهم‌کنش عاطفی-شناختی در حالت‌های «هم‌تراز»^۳ (پردازش عاطفه و کنش شناختی در یک نیمکره) و «ناهم‌تراز»^۴ (پردازش عاطفه و کنش شناختی در دو نیمکره متفاوت) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (استاربک و همکاران، ۲۰۱۲).

در توجیه این اثر متقابل می‌توان این‌گونه عنوان کرد که به دلیل کمبود منابع شناختی در دسترس در مغز، هنگامی که فرد در حالت تجربه عاطفی خاصی قرار می‌گیرد، مغز تمایل بیشتری به تسهیل کنش شناختی هم‌تراز پیدا می‌کند تا منابع شناختی در دسترس در یک نیمکره به اشتراک گذاشته شود و رقابت بر سر منابع شناختی در مغز در کمترین حالت ممکن قرار داشته باشد (ورگاو و همکاران، ۲۰۱۰؛ استاربک و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین طبق پیشینه پژوهشی قبلی و استدلال اخیر، انتظار می‌رود که عاطفه مثبت موجب تسهیل کنش شناختی کلامی گردد (استاربک و همکاران، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر افراد در آمادگی خود برای تجربه حالات عاطفی مثبت و منفی تفاوت دارند. «شخصیت» مفهوم بسیار وسیعی در روانشناسی است که به تفاوت‌های فردی در حوزه‌های متفاوت از جمله در حوزه آمادگی برای تجربه عاطفه غالب می‌پردازد. آیزنک در

نظریه شخصیت خود از بعد «برونگرایی» نام می‌برد (آیزنک، ۱۹۶۷؛ به نقل از رفیعی نیا، ۱۳۸۶) روان‌شناس عصب‌نگر معروف جفری گری، تبیینی بر این بعد شخصیتی آیزنک قرار می‌دهد. در نظریه گری از نظام‌های انگیزشی متفاوتی در مغز بحث می‌شود که یکی از آنها نظام فعال‌ساز رفتاری نام دارد (دی یونگ و گری، ۲۰۰۹). این نظام به علت ادراک نشانه‌های پاداش در محیط فعال‌شده و رفتار روی آوری را راه‌اندازی می‌کند. افراد با برونگرایی بالا از نظر پژوهشگران شبکه فعال‌ساز رفتاری فعال‌تری داشته و نسبت به نشانه‌های پاداش در محیط حساسیت بیشتری دارند. طبیعی است که با این حساب آمادگی بیشتری برای تجربه حالات عاطفی مثبت همچون شادی داشته باشند. بنابراین تفاوت‌های شخصیتی در میزان برونگرایی افراد می‌تواند زمینه‌های متفاوتی برای تجربه عاطفه مثبت در انسان فراهم آورد.

در مطالعات مغزی نیز برونگراها «قطعه پیش‌پیشانی چپ»^۵ بسیار حساسی داشته (وردوین و برنس، ۲۰۱۲، تاک و زلنسکی، ۲۰۱۳ و بارت و همکاران، ۲۰۱۱) و قشر خاکستری ناحیه پیش‌پیشانی راست آنها نازک‌تر از افراد درون‌گرا است (رایت و همکاران، ۲۰۰۶).

در مطالعات متعددی وجود ارتباط مثبت و معنادار بین بعد شخصیتی برونگرایی و جنبه‌های سه‌گانه فراوانی، شدت و مدت‌زمان تجربه عاطفه مثبت تأیید شده است. از میان این سه جنبه، طول مدت تجربه عاطفه مثبت بهترین پیش‌بین یک شخصیت برونگرا است (کوپنس و همکاران، ۲۰۰۷؛ وردوین و برنس، ۲۰۱۲).

هرواس و گومز (۲۰۱۶) دلیل این امر را این‌گونه عنوان می‌کنند که روش تنظیم هیجانی افراد برونگرا بیشتر راهبردی نگهداری حالت عاطفی مثبت است تا اصلاح حالت عاطفی منفی و تبدیل آن به حالت عاطفی مثبت. آنها مشاهده کردند که افراد برونگرا در حالت تجربه عاطفه مثبت در قیاس با حالت تجربه عاطفه منفی، تمایل بیشتری برای جستجوی فیلم‌ها و محرک‌های القاکننده عاطفه مثبت داشتند و با جستجوی محرک‌های القای عاطفه مثبت سعی می‌کردند تا مدت تجربه عاطفه مثبت را در خود افزایش دهند. با توجه به مفاهیم نظریه گری نیز جستجو برای نشانه‌های پاداش و به دست آوردن آنها از ویژگی‌های افراد برونگراست.

به‌طورکلی طبق مشاهدات پژوهشگران جنبه‌های مختلف تجربه عاطفه مثبت می‌تواند یک‌پنجم از تغییرات در برونگرایی را تبیین کند. (وردوین و برنس، ۲۰۱۲). بر مبنای مباحث

طرح شده در بیان مسئله می توان گزاره منطقی ذیل را عنوان نمود: با توجه به این که افراد برونگرا، تحت تأثیر یک محرک خوشایند ثابت، عاطفه مثبت بیشتری نسبت به افراد درونگرا تجربه می کنند و دارای فعالیت نسبی پایه بیشتری در قطعه پیشانی نیمکره چپ مغز خود هستند، این انتظار منطقی است که در موقعیت عاطفه مثبت توانایی های کلامی آنها نسبت به افراد درونگرا، بیشتر تسهیل شود. در این مقاله تلاش شده تا با اتکا به پژوهش صورت گرفته، این مسئله مورد واریسی قرار گیرد.

● روش

«جامعه آماری» این پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه تربیت مدرس در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ است. که از میان آنها ۱۸۰ نفر از دانشجویان دختر حاضر در محوطه دانشکده های مختلف دانشگاه یا ساکن خوابگاه های داخل دانشگاه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس های برونگرایی، نوروژ گرابی و دروغ نسخه تجدیدنظر شده «پرسشنامه شخصیتی آیزنک» را تکمیل کردند. میانگین سنی افراد گروه نمونه ۲۷ سال بود که شامل ۱۲۱ دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد و ۵۹ دانشجوی مقطع دکترا بودند. از دیگر اطلاعات توصیفی که از شرکت کننده ها به دست آمد، وضعیت تأهل این افراد بود که شامل ۱۲۵ نفر مجرد و ۵۵ نفر متأهل بود.

از آنجا که پژوهش حاضر کارکردهای جانبی شده عاطفی و شناختی مغز را مورد مطالعه قرار می دهد و طبق پژوهش های گسترده، جانبی شدن ساختاری و کارکردی مغز بین دو جنس متفاوت است (پرسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ رویگروک و همکاران، ۲۰۱۴)، متغیر جنس در این پژوهش کنترل شده تا اثر آن در نتایج پژوهش تداخل نکند. (جدول ۱)

جدول ۱. شاخص های توصیفی ابعاد شخصیتی E، N و دروغ در سطح نمونه اولیه (شامل ۱۸۰ نفر)

ابعاد شخصیتی	میانگین	انحراف معیار	مقدار بیشینه	مقدار کمینه
E	۱۴/۳۵	۴/۰۲۷	۲۳	۵
N	۱۱/۴۰	۵/۰۵	۲۴	۱
L	۱۰/۵۶	۳/۶۱	۱۸	۱

افرادی که نمره آنها در شاخص دروغ بالاتر از ۱۴ (میانگین مقیاس دروغ در نمونه به علاوه یک انحراف معیار) بود، در مرحله دوم پژوهش وارد نشدند. سپس از میان افراد

باقی مانده، بر اساس نمرات انتهایی توزیع در بعد برونگرایی، ۳۰ آزمودنی به مرحله دوم پژوهش وارد شدند (شامل دو گروه ۱۵ نفره برونگرا و درونگرا). معیار در نظر گرفته شده برای انتخاب آزمودنی‌های این دو گروه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. معیار در نظر گرفته شده برای انتخاب آزمودنی‌های هر گروه

گروه‌ها	دامنه نمرات در بعد E	دامنه نمرات در بعد N
برونگرا	نمره ۱۹ و بالاتر از آن	بین نمره ۷ تا ۱۶
درونگرا	نمره ۱۰ و پایین تر از آن	بین نمره ۷ تا ۱۶

همان‌طور که ملاحظه می‌گردد برای انتخاب گروه‌های برونگرا و درونگرا که مبتنی بر نمرات انتهایی بعد شخصیتی برونگرایی هستند، نمرات در بعد شخصیتی نوروز گرایی در محدوده میانگین انتخاب شده است تا اثر ویژگی شخصیتی نوروز گرایی بر پاسخ‌های آزمودنی‌ها ثابت نگه‌داشته شده و در نتایج نهایی پژوهش تداخل نکند.

با توجه به این‌که در این مطالعه، متغیر شخصیتی برونگرایی که از پیش شکل گرفته، اساس انتخاب و جایگزینی افراد در دو گروه آزمایشی است، طرح این پژوهش از نوع طرح‌های شبه تجربی است. همچنین از لحاظ ماهیت واری، از یک سو مقایسه عاطفه مثبت و منفی در کل گروه نمونه (۳۰ نفری) ماهیت یک مقایسه درون‌گروهی را فراهم می‌آورد؛ و از سوی دیگر مقایسه‌های مختلف دو گروه شخصیتی برونگرا و درونگرا، ویژگی مقایسه‌های بین‌گروهی را فراهم می‌کند. بنابراین طرح حاضر در مقوله طرح‌های مختلط قرار می‌گیرد.

● ابزار

□ الف: نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک و همکاران (EPQ-R)^۱:

این پرسشنامه در ابتدا به وسیله آیزنک و آیزنک (EPQ؛ ۱۹۷۵)؛ به نقل از آیزنک و بارت، (۱۹۸۵) طراحی و سپس به وسیله آیزنک و بارت (EPQ-R، ۱۹۸۵) تجدیدنظر شده است و دارای ۱۰۰ ماده با پاسخ بلی-خیر می‌باشد که ۲۳ ماده آن مربوط به مقیاس برونگرایی، ۲۴ ماده مربوط به مقیاس نوروز گرایی، ۳۲ ماده آن مربوط به مقیاس سایکوز گرایی و ۲۱ ماده آن مربوط به مقیاس دروغ است. آیزنک و بارت (۱۹۸۵) اعتبار و همسانی درونی مقیاس‌های E، N، L را به ترتیب در مردان ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و در زنان به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۵، ۰/۷۹ به دست آوردند. در ایران ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس‌های E، N، P، L به ترتیب ۰/۸۶

۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۵ به دست آمده است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۸).

□ ب: جدول عاطفه مثبت و منفی (PANAS)^۶: به منظور بررسی اثر دست‌کاری عاطفه مثبت و منفی، عاطفه افراد به وسیله این جدول (PANAS)، واتسون، کلارک و تلجن، (۱۹۸۸) سنجیده می‌شود که یک ابزار خودسنجی است. ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای هر خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای هر خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ است. اعتبار آزمون از راه باز آزمایشی با فاصله ۸ هفته، برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) از لحاظ روایی نیز همبستگی میان این خرده مقیاس‌ها با برخی ابزارهای سنجش که سازه‌های مرتبط با این عواطف را می‌سنجد مانند اضطراب و افسردگی بالا گزارش شده است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷).

□ ج: قطعه فیلم‌های هیجانی: در پژوهش حاضر از قطعه فیلم‌های هیجانی به منظور القای حالت‌های عاطفی مثبت و منفی استفاده شد. قطعه فیلم‌ها با طول مدت حدوداً ۳ دقیقه و فاقد صحنه‌های خیلی خشن یا ترسناک و یا مغایر با اصول اخلاقی بودند. قطعه فیلم‌هایی که برای القای عاطفه مثبت استفاده شدند، عاطفه شادی را القا می‌کردند و قطعه فیلم‌های مختص القای عاطفه منفی برای القای عاطفه غم به کار رفتند. اعتبار و روایی این قطعه فیلم‌ها توسط حسینی و همکاران (۱۳۸۷) مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج قابل قبولی را نشان داده‌اند.

□ د: تکلیف شناختی: با توجه به اینکه این پژوهش توانایی شناختی کلامی افراد را در دو موقعیت عاطفی منفی و مثبت می‌سنجید، دو تکلیف موازی «سلاست کلامی» (بنتون آل، ۱۹۸۳) برای سنجش این توانایی شناختی از آزمودنی‌ها گرفته شد. در این تکلیف از آزمودنی خواسته می‌شد ظرف مدت ۱ دقیقه هر تعداد کلمه‌ای که با حرف خاصی شروع می‌شود و به ذهنش می‌رسد را نام ببرد با این شرط که کلمات نباید «اسم خاص» باشند. حرف مورد نظر در یکی از آزمون‌ها حرف «ش» و در آزمون موازی آن حرف «ر» بود که این حروف پس از بررسی «فرهنگ لغات عمید» و تعداد لغاتی که با هریک از این حروف آغاز می‌شد انتخاب شدند. صدای آزمودنی ضبط و پس از بررسی، تعداد کلمات صحیح گفته شده محاسبه شد. (کلماتی که با پسوند از یکدیگر قابل تمییز بودند، یک کلمه حساب می‌شدند). این تکلیف مشابه تکلیفی است که توسط فیلیپس و همکاران (۲۰۰۲) برای بررسی اثر عاطفه مثبت بر سلاست کلامی استفاده شد.

● روند اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش ابتدا از آزمودنی‌ها در ارتباط با راست‌دست یا چپ‌دست بودنشان سؤال شد و همگی افرادی که خود را راست‌دست معرفی کردند و ابراز تمایل به همکاری نمودند، وارد پژوهش شدند و بنا بر شرایط مقتضی در روزهای مختلف، شرکت‌کننده‌ها در پژوهش شرکت کردند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا یک قطعه فیلم مختص القای عاطفه مثبت به فرد نشان داده شد، تکلیف شناختی کلامی اول از وی گرفته شده و نهایتاً جدول PANAS در اختیار وی قرار داده شده و از وی خواسته شد که این پرسشنامه را با توجه به این نکته که تغییر عاطفه وی بعد از دیدن این قطعه فیلم نمایش داده شده موردنظر است، پس از این مرحله تمامی مراحل قبلی این بار با القای عاطفه منفی انجام گردید به این صورت که قطعه مختص القای عاطفه منفی به آزمودنی نشان داده شده، تکلیف شناختی کلامی دوم که موازی با تکلیف کلامی اول است از فرد گرفته شد، و مجدداً جدول عاطفه مثبت و منفی (PANAS) توسط وی پر شد که این بار تغییر عاطفه در نتیجه دیدن قطعه فیلم دوم مدنظر بود. در آخر از هر آزمودنی به علت همکاری ارزشمند در پژوهش تشکر گردید و به تمامی آنها یک هدیه کوچک به رسم یادبود اهدا شد. به منظور جلوگیری از مزاحمت «اثر تداخل»^۱، بر روی نیمی از آزمودنی‌ها ابتدا القای عاطفه مثبت و سپس القای عاطفه منفی انجام گرفت و بر روی نیم دیگر آنها روند برعکس این اتخاذ شد تا تأثیر القای عاطفه اول بر القای عاطفه بعدی خنثی شود. به علت کم بودن تعداد کاربندی‌های آزمایشی در این پژوهش، این روش «موازنه متقابل کامل» را فراهم می‌آورد.

● یافته‌ها

به منظور بررسی میزان عملکرد کلامی افراد کل گروه نمونه ۳۰ نفری (درون‌گرا و برون‌گرا) در تکلیف سلاست کلامی پس از القای عاطفه‌های مثبت و منفی ابتدا میانگین و انحراف معیار عملکرد کلامی افراد کل گروه نمونه (۳۰ نفر) در موقعیت‌های القای عاطفه مثبت و منفی به دست آمد. این اطلاعات در جدول ۳ ارائه شده است.

در این مرحله برای تحلیل آماری و آزمون معناداری اختلاف میانگین‌ها، از آزمون t گروه‌های وابسته استفاده شد، که نتایج این آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۳. شاخص های توصیفی افراد کل گروه نمونه (۳۰ نفر) در عملکرد کلامی در موقعیت های عاطفی مثبت/ منفی

موقعیت القای عاطفه	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
عاطفه مثبت	۱۲/۳۷	۳/۶۹	۰/۶۰
عاطفه منفی	۱۰/۰۷	۳/۲۹	۰/۶۷

جدول ۴. مقایسه عملکرد کلامی در موقعیت عاطفی مثبت/منفی در کل گروه نمونه (۳۰ نفر) با استفاده از آزمون t گروه های وابسته

میانگین تفاضل	انحراف معیار	شاخص t	درجه آزادی	سطح معناداری
۲/۳۰	۳/۶۸	۳/۴۲۵	۲۹	۰/۰۰۲

همان طور که مشاهده می گردد میانگین عملکرد کلامی افراد کل گروه نمونه در دو موقعیت عاطفی مثبت و منفی با یکدیگر اختلاف معنادار ($p < ۰/۰۰۱$) دارد. از سوی دیگر با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۳، میانگین عملکرد کلامی افراد گروه نمونه در موقعیت عاطفی مثبت (۱۲/۳۷) بیشتر از این مقدار در موقعیت عاطفی منفی (۱۰/۰۷) می باشد. اطلاعات توصیفی درباره ویژگی های شخصیتی در آزمودنی های دو گروه برونگرا و درونگرا در جدول های شماره ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. شاخص های توصیفی مربوط به ابعاد برونگرایی، نوروگرایی و دروغ در گروه برونگرا (۱۵ نفر)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار بیشینه	مقدار کمینه
E	۱۹/۹۴	۱/۱۲	۱۹	۲۳
N	۱۰/۶۲	۲/۰۶	۷	۱۴
L	۸/۳۱	۳/۳۴	۲	۱۳

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می گردد، در هر دو گروه، میانگین مقیاس برونگرایی، یک انحراف معیار بالا یا پایین میانگین کل گروه نمونه (۱۸۰ نفر) انتخاب شده است و میانگین نوروگرایی در حدود میانگین کل گروه نمونه (۱۸۰ نفر)، نگه داشته شده است.

جدول ۶. شاخص های توصیفی مربوط به ابعاد برونگرایی، نوروگرایی و دروغ در گروه درونگرا (۱۵ نفر)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار بیشینه	مقدار کمینه
E	۸/۴۴	۱/۵۳	۵	۱۰
N	۱۲/۵۶	۲/۸۹	۷	۱۶
L	۱۱/۶۰	۲/۵۳	۶	۱۴

به منظور مقایسه عملکرد کلامی افراد برونگرا و درون‌گرا پس از القای عاطفه مثبت، ابتدا شاخص‌های توصیفی عملکرد کلامی افراد برونگرا (۱۵ نفر) و درون‌گرا (۱۵ نفر) در شرایط القای عاطفه مثبت را از نظر می‌گذرانیم. این شاخص‌ها در جدول ۷ ارائه شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین عملکرد کلامی افراد برونگرا پس از القای عاطفه مثبت (۱۵/۵۳)، بیشتر از این عدد در افراد درون‌گرا (۱۲/۰۷) می‌باشد. برای بررسی معنادار بودن این اختلاف، ابتدا آزمون *t* لویین را برای بررسی معناداری واریانس این متغیر در دو گروه درون‌گرا و برونگرا استفاده کردیم. با توجه به اینکه اختلاف واریانس دو گروه معنادار نبود؛ مفروضه‌های استفاده از آزمون *t* دو گروه مستقل برقرار گردید.

جدول ۷. شاخص‌های توصیفی عملکرد کلامی افراد برونگرا و درونگرا در موقعیت القای عاطفه مثبت

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
برونگرا	۱۵	۱۵/۵۳	۲/۵۶	۳/۶۶
درونگرا	۱۵	۱۲/۰۷	۳/۱۳	۰/۸۱

در جدول ۸ شاخص‌های آزمون *t* دو گروه مستقل جهت مقایسه عملکرد کلامی دو گروه برونگرا و درون‌گرا در شرایط القای عاطفه مثبت ارائه شده است.

با نگاهی به اطلاعات مندرج در این جدول مشاهده می‌گردد که اختلاف میانگین عملکرد کلامی افراد برونگرا و درون‌گرا در شرایط القای عاطفه مثبت، معنادار ($p < 0/01$) است. با توجه به این یافته می‌توان عنوان کرد که افراد برونگرا پس از القای عاطفه مثبت نسبت به افراد درون‌گرا، عملکرد کلامی بهتری داشته‌اند.

جدول ۸. مقایسه عملکرد کلامی افراد برونگرا و درونگرا در موقعیت القای عاطفه مثبت با استفاده از آزمون *t* دو گروه مستقل

تفاضل میانگین‌ها	شاخص <i>t</i>	درجه آزادی	سطح معناداری
۳/۴۷	۳/۳۲	۲۸	۰/۰۰۱

لازم به ذکر است که افراد در گروه شخصیتی برونگرا پس از القای عاطفه مثبت، میانگین عاطفه مثبت (۳۹/۳۳) بیشتری نسبت به افراد درون‌گرا (۲۹/۴۰) تجربه کرده‌اند. که این اختلاف از نظر آماری معنادار ($p < 0/001$) است.



● بحث و نتیجه گیری

○ نگاهی به مطالعاتی که کارکرد جانبی نیمکره‌های مغز در حوزه عاطفه و شناخت را مدنظر قرار داده‌اند، نشان می‌دهد که القای عاطفه مثبت یا منفی که به ترتیب در نیمکره‌های چپ و راست جانبی شده‌اند، موجب تسهیل عملکرد شناختی مرتبط با همان نیمکره خواهد شد (بارتولیک، آرباسو و همکاران، ۲۰۰۷، کاروالهو، ۲۰۰۸ و پاپوسک و همکاران ۲۰۰۹). در این پژوهش که روی گروه نمونه ۳۰ نفره انجام شد، بین القای عاطفه مثبت و کنش شناختی سلاست کلامی رابطه مثبت و معناداری به دست آمد. نتایج این پژوهش هم‌راستا با پژوهش دنه‌اور و همکاران (۲۰۱۴)، مایکل و فیلیپس (۲۰۰۷)، فیلیپس، بول و همکاران (۲۰۰۲)، بارتولیک، آرباسو و همکاران (۲۰۰۷)، پاپوسک و همکاران (۲۰۰۹) و استاریک و همکاران (۲۰۱۲) می‌باشد. با توجه به نظریات عاطفه مثبت به‌عنوان تسهیل‌گر، عاطفه مثبت باعث افزایش انعطاف شناختی و راه‌اندازی پردازش شناختی اکتشافی گشته و حالت‌های عاطفی مثبت ملایم باعث تسهیل کارآمدی در روش‌های حل مسئله و بالا رفتن خلاقیت می‌گردد (آیزن، ۱۹۹۹؛ به نقل از مایکل و فیلیپس، ۲۰۰۷) و از آنجاکه تکالیف سلاست (مانند تکالیف خلاقیت در تفکر و حل مسئله خلاقانه) نیز در حقیقت خلاقیت در تفکر را نشان می‌دهد (مایکل و فیلیپس، ۲۰۰۷)، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که همراه با افزایش عاطفه مثبت، مهارت سلاست افراد بهبود یابد. از آنجاکه سلاست کلامی نوعی از تکالیف سلاست است، با افزایش تجربه عاطفه مثبت، بهبود سلاست کلامی نیز قابل انتظار خواهد بود.

○ از طرف دیگر / اشبی و همکاران (۱۹۹۹) عنوان می‌کنند که عاطفه مثبت موجب فعال‌سازی نظام دوپامینرژیک مغز شده و به این ترتیب انعطاف‌پذیری و مهارت افراد در آن دسته از کنش‌های اجرایی که نیازمند رویکردهای راهبردی جدید می‌باشند را تسهیل می‌نماید. از جمله این کنش‌های شناختی می‌توان از کنش شناختی سلاست کلامی نام برد. چراکه این تکلیف به نوع راهبرد بازیابی، توانایی فرد در شروع یک فعالیت، بازداري پاسخ غالب قبلی و تعویض راهبردی جستجو بستگی دارد و در آن، افراد می‌بایست رویکردهای راهبردی جدید را مورد بررسی قرار داده و در یک مدت‌زمان محدود درباره لغات جدیدی که به حافظه آن‌ها خطور می‌کند فکر کنند و سپس این کلمات را بیان نمایند (اشبی و همکاران، ۱۹۹۹).

○ از سوی دیگر توانایی شناختی سلاست کلامی نوعی کنش اجرایی مرتبط با

حافظه کاری است که شواهد بسیاری مبنی بر غلبه فعالیت ناحیه پیش پیشانی چپ مغز در حین انجام این تکلیف شناختی به دست آمده است (کاروالهو، ۲۰۱۰؛ بارتولیک و آریاسو و همکاران، ۲۰۰۷). هنگامی که عاطفه مثبت در حال تجربه باشد و فرد به انجام تکلیف سلاست کلامی مبادرت نماید، از آنجاکه عاطفه مثبت و متعاقب آن انگیزش روی آوری نیز با افزایش فعالیت در پیشانی چپ مرتبط است (گاردینر، جکسون و لوکستون، ۲۰۱۴؛ بالکنی و همکاران، ۲۰۱۵)، برهم کنش شناختی-عاطفی هم تراز اتفاق می افتد. ناحیه پیشانی مغز یک ناحیه همگرا برای برهم کنش های عاطفی-شناختی می باشد و با توجه به مقتضیات محیط، اهداف فرد اولویت بندی شده و کنترل شناختی اعمال می شود. به محض دریافت این مسئله که عاطفه مثبت در حال تجربه است، هدف روی آوری مدنظر قرار می گیرد، از جمله مهم ترین کنش های شناختی مرتبط با رفتار روی آوری در محیط های اجتماعی، زبان و کنش های کلامی است، بنابراین در این موقعیت عاطفه مثبت کنش شناختی مرتبط با رفتار روی آوری در حافظه کاری، یعنی حافظه کاری کلامی را راه اندازی می کند. در این حالت ناحیه پیشانی مغز به نحوی مدیریت می گردد که با اثری که نهایتاً بر حافظه کاری اعمال می شود، رسیدن به هدف تسهیل گردد (گری و همکاران، ۲۰۰۴).

○ از نظر استاریک و همکاران (۲۰۱۲) زمانی که یک عاطفه خاص به فرد القا می شود، این عاطفه، عملکرد شناختی هم تراز خود را به صورت خودبه خود راه اندازی می نماید، در این حالت اگر از فرد خواسته شود که عملکرد شناختی دیگری انجام دهد، او می بایست از منابع شناختی خود نظارتی مغز برای اعمال غلبه و نظارت روی تمایل به کنش شناختی هم تراز با عاطفه در حال تجربه استفاده کند و در عوض عملکرد شناختی نامتناسب با این حالت عاطفی را راه اندازی کند. در این وضعیت یک رقابت بین دو کنش شناختی بر سر منابع شناختی در دسترس مغز ایجاد خواهد شد: یکی کنش شناختی که توسط عاطفه تسهیل شده و دیگری کنش شناختی که توسط تکلیف درخواست شده است.

○ از آنجاکه فرآیندهای عاطفی و شناختی در مغز بر سر یک خزانه مرکزی از منابع شناختی با دامنه محدود رقابت می کنند (ورگای و همکاران، ۲۰۱۰). تعاملات شناختی-عاطفی به دلیل سازگاری های ساختاری و کارکردی که در مغز وجود دارد، احتمالاً به صورت سازگارانه ای هزینه کردن این منابع را مدیریت می کنند (پسوا، ۲۰۰۸؛ گری، ۲۰۰۴). و عاطفه

مثبت روی آورنده و حافظه کاری کلامی به صورت تعاملی قشر پیش پیشانی چپ را فعال می‌کنند (هارمون جونز و سلیگمن، ۲۰۰۱؛ دی اپوزیتو، ۱۹۹۸؛ داویدسون، ۱۹۹۸؛ به نقل از استاربک و همکاران، ۲۰۱۲).

○ نهایتاً بحث را با یک تبیین تکاملی-زیستی خاتمه می‌دهیم. تجربه عاطفه مثبت با افزایش انگیزش روی آوری در افراد مرتبط است (دی یونگ و گری، ۲۰۰۹). از سوی دیگر در طول تاریخ حیات انسان، زندگی در محیط‌های اجتماعی، به صورت گروهی و به عنوان عضوی از شبکه‌های اجتماعی متفاوت، شرایط را برای بقا، سلامت و تولیدمثل انسان فراهم کرده است (ریچارد و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجاکه سایر انسان‌ها، از اهداف روی آوری بسیار مهم در شبکه‌های اجتماعی هستند، روی آوری و رابطه با آنها، فراهم‌کننده امتیازات تکاملی فراوانی برای انسان بوده و بنابراین نیاز به این ارتباط در طول تکامل حفظ شده است (سیح و همکاران، ۲۰۰۹). کنش شناختی که روی آوری به انسان‌های دیگر را تسهیل کرده و این امتیازات تکاملی را به بار می‌آورد، کنش شناختی زبان و تولید و دریافت کلام می‌باشد (هالتگریوز، ۲۰۱۳). بنابراین قابل‌انتظار خواهد بود که افراد در هنگام تجربه عاطفه مثبت و هدف قرار دادن انگیزش روی آوری، توانایی کلامی بهتری داشته باشند تا بتوانند روابط خود در شبکه‌های اجتماعی را تحکیم کرده و شرایط را بقا، ایمنی، سلامت جسمی و روانی، همکاری، ساخت ابزار، ایجاد امکانات و تولیدمثل خود تضمین نمایند.

○ نتایج همچنین نشان دادند که افراد برون‌گرا پس از القای عاطفه مثبت نسبت به افراد درون‌گرا، تعداد لغات بیشتری تولید کردند.

○ در این پژوهش شواهدی که در بخش یافته‌های جانبی پژوهش ارائه شدند و داده‌های جدول مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS) را مورد بررسی قرار دادند، نشان دادند که افراد برون‌گرا پس از القای عاطفه مثبت، عاطفه مثبت بیشتری نسبت به افراد درون‌گرا تجربه کردند. در این شرایط، با توجه به استدلال‌های پیشین، منطقی است که سلاست و روانی کلامی آنها نیز بهبود یابد. برخی پژوهشگران عنوان می‌کنند که از آنجایی که برون‌گرایی با سرعت پاسخ بالاتر، جرئت ورزی بیشتر و برانگیختگی پایین‌تر در ارتباط است، کارآمدی عملکرد شناختی افراد را بالا برده و از حواس پرتی می‌کاهد (چامورو و همکاران، ۲۰۰۴).

○ همچنین افراد بزرگ‌سالی که برون‌گرایی بالاتری دارند، با جستجوی تحریک بیشتر

و اتخاذ یک سبک زندگی فعالانه از افول شناختی جلوگیری کرده و خود را در برابر سقوط شناختی وابسته به سن محافظت می‌کنند (هرتزوغ و همکاران، ۲۰۰۸) و افراد با برونگرایي بالاتر در هنگام رمزگذاری خاطرات، مقادیر بیشتری عاطفه مثبت تجربه می‌کنند که این علامت موجب ساختن بافتی می‌گردد که در حافظه ذخیره‌شده و بازیابی خاطرات را تسهیل می‌کند (آلن و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به این تبیین‌ها نیز می‌توان انتظار داشت که افراد برونگرا در تکلیف سلاست کلامی که نوعی از تکالیف عملکرد شناختی است، عملکرد بهتری نسبت به افراد درون‌گرا که از این امتیازات برخوردار نیستند، داشته باشند. از سوی دیگر با توجه به الگوی «گذرگاه دوگانه به خلاقیت»، یکی از گذرگاه‌هایی که می‌تواند مقدمات نتایج خلاقانه را فراهم کند؛ «انعطاف‌پذیری شناختی» است. این گذرگاه به موقعیتی با دسته‌بندی‌های مفهومی وسیع و پرتعداد احتیاج دارد و در مدت‌زمان کوتاهی به راه افتاده و انعطاف‌پذیری و اصالت تفکر را تسهیل می‌کند. (باس و همکاران، ۲۰۱۳).

○ صفات و ویژگی‌های مرتبط با نظام روی آوری مثل «گشودگی به تجربه»، «برونگرایی»، «عاطفه مثبت» و «انگیزش پرقدردان»، عملکرد را به سمت خلاقیت بیشتر سوق می‌دهند چراکه با انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر ارتباط دارند. بنابراین افراد برونگرا خصوصاً زمانی که با مسائلی با دسته‌بندی‌های وسیع، گسترده و شامل سروکار دارند، خلاقیت بیشتری نشان می‌دهند (باس و همکاران، ۲۰۱۳). «تکلیف سلاست کلامی» یک تکلیف شناختی است که در آن از افراد خواسته می‌شود که بدون محدودیت و صرفاً با توجه به شروع لغات با یک حرف خاص، هر لغتی را که به ذهنشان متبادر می‌شود به زبان بیاورند. در این شرایط آزمودنی برونگرا، با شرایط ایده آلی برای نشان دادن خلاقیت خود روبه‌رو خواهد بود و لغات بیشتری تولید خواهد کرد. در عمل نیز همین یافته به دست آمد.



یادداشت‌ها

- | | |
|--|--|
| 1. Geschwind | 2. verbal fluency performance |
| 3. alignment | 4. misalignment |
| 5. left prefrontal lobe | 6. Revised Eysenck Personality Questionnaire |
| 7. Positive and Negative Affect Schedule | 8. carry over affect |

● منابع

حسینی جعفر، آزادفلاح پرویز، رسول زاده طباطبایی سیدکاظم، عشایری حسن (۱۳۸۸). تأثیر ارزیابی مجدد و

- فروشناسی تجارب هیجانی منفی بر ناقرینگی EEG پیشانی مغز بر اساس ابعاد برون‌گردی و نوروز گرای، مجله پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۴(۱۳)، ۳۷-۷۱.
- رفیعی نیا پروین، آزادفلاح پرویز، فتحی آشتیانی علی، رسول زاده طباطبایی سیدکاظم (۱۳۸۶). نقش برون‌گرایی، روان‌آزردگی گرای و خلق مثبت و منفی در پردازش اطلاعات هیجانی، مجله پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۲(۶)، ۵۳-۸۱.
- Allen, P. A., Kaut, K., Baena, E., Lien, M. C., & Ruthruff, E. (2011). Individual differences in positive affect moderate age-related declines in episodic long-term memory. *Journal of Cognitive Psychology*, 23(6), 768-779.
- Ashby, F. G., & Isen, A. M. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106(3), 529.
- Balconi, M., & Vanutelli, M. E. (2015). Vocal and visual stimulation, congruence and lateralization affect brain oscillations in interspecies emotional positive and negative interactions. *Social Neuroscience*, 1-14.
- Barnett, J. H., Huang, J., Perlis, R. H., Young, M. M., Rosenbaum, J. F., Nierenberg, A. A., ... & Smoller, J. W. (2011). Personality and bipolar disorder: dissecting state and trait associations between mood and personality. *Psychological Medicine*, 41(08), 1593-1604.
- Bartolic, E. I., Basso, M. R., Schefft, B. K., Glauser, T., & Titanic-Schefft, M. (1999). Effects of experimentally-induced emotional states on frontal lobe cognitive task performance. *Neuropsychologia*, 37(6), 677-683.
- Baas, M., Roskes, M., Sligte, D., Nijstad, B. A., & De Dreu, C. K. (2013). Personality and creativity: The dual pathway to creativity model and a research agenda. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(10), 732-748.
- Benowitz, L.I., Bear, D.M., Rosenthal, R., Mesulam, M.M., Zaidel, E., & Sperry, R. W. (1983). Hemispheric specialization in nonverbal communication. *Cortex*, 19, 5-11.
- Costanzo, E. Y., Villarreal, M., Drucaroff, L. J., Ortiz-Villafañe, M., Castro, M. N., Goldschmidt, M., ... & Camprodon, J. A. (2015). Hemispheric specialization in affective responses, cerebral dominance for language, and handedness: lateralization of emotion, language, and dexterity. *Behavioural Brain Research*, 288, 11-19.
- Carvalho, J. O., & Ready, R. E. (2010). Emotion and executive functioning: The effect of normal mood states on fluency tasks. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(3), 225-230.
- Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2004). A possible model for understanding the personality-intelligence interface. *British Journal of Psychology*, 95(2), 249-264.

- Danhauer, S. C., Legault, C., Bandos, H., Kidwell, K., Costantino, J., Vaughan, L., ... & Naylor, C. (2013). Positive and negative affect, depression, and cognitive processes in the Cognition in the Study of Tamoxifen and Raloxifene (Co-STAR) Trial. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 20(5), 532-552.
- DeYoung, C. G., & Gray, J. R. (2009). Personality neuroscience: Explaining individual differences in affect, behavior, and cognition. *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*, 323-346.
- Eysenck, S. B. G.; Eysenck, H.J., & Barret, P. (1985). A revised version of the Psychoticism Scale. *Personality and Individual Differences*. 6, 21-29.
- Eysenck, H.J, & Eysenck, S. B. G. (1975) *Manual of the Eysenck Personality Inventory*, SanDiego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Gardiner, E., Jackson, C. J., & Loxton, N. J. (2015). Left hemispheric lateral preference and high neuroticism predict disinhibition in two Go/No-Go experiments. *Journal of Personality*, 83(1), 84-96.
- Gray, J. R. (2004). Integration of emotion and cognitive control. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 46-48.
- Groen, M. A., Whitehouse, A. J., Badcock, N. A., & Bishop, D. V. (2012). Does cerebral lateralization develop? A study using functional transcranial Doppler ultrasound assessing lateralization for language production and visuospatial memory. *Brain and Behavior*, 2(3), 256-269.
- Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2008). Enrichment effects on adult cognitive development can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced?. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(1), 1-65.
- Holtgraves, T. M. (2013). *Language as social action: Social psychology and language use*. Psychology Press.
- Larsen, R.J. & Ketelaar, T. (1989). Extraversion, neuroticism, and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. *Personality and Individual Differences*. 10(12), 1221-1228.
- Mitchell, R. L., & Phillips, L. H. (2007). The psychological, neurochemical and functional neuroanatomical mediators of the effects of positive and negative mood on executive functions. *Neuropsychologia*, 45(4), 617-629.
- Papousek, I., Schulte, G., & Lang, B. (2009). Effects of emotionally contagious films on changes in hemisphere-specific cognitive performance. *Emotion*, 9(4), 510.
- Persson, J., Herlitz, A., Engman, J., Morell, A., Sjölie, D., Wikström, J., & Söderlund, H. (2013). Remembering our origin: Gender differences in spatial memory are reflected in gender differences in hippocampal lateralization. *Behavioural Brain Research*,

256, 219-228.

- Phillips, L. H., Bull, R., Adams, E., & Fraser, L. (2002). Positive mood and executive function: Evidence from stroop and fluency tasks. *Emotion, 2*(1), 12.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience, 9*, 148–158.
- Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological models revisited: Their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health, 32*, 307-326.
- Ruigrok, A. N., Salimi-Khorshidi, G., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Lombardo, M. V., Tait, R. J., & Suckling, J. (2014). A meta-analysis of sex differences in human brain structure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 39*, 34-50.
- Schimmack, U. (2003). Affect measurement in experience sampling research. *Journal of Happiness Studies, 4*(1), 79-106.
- Sih, A., Hanser, S. F., & McHugh, K. A. (2009). Social network theory: new insights and issues for behavioral ecologists. *Behavioral Ecology and Sociobiology, 63*(7), 975-988.
- Storbeck, J. (2012). Performance costs when emotion tunes inappropriate cognitive abilities: Implications for mental resources and behavior. *Journal of Experimental Psychology: General, 141*(3), 411.
- Thake, J., & Zelenski, J. M. (2013). Neuroticism, BIS, and reactivity to discrete negative mood inductions. *Personality and Individual Differences, 54*(2), 208-213.
- Verduyn, P., & Brans, K. (2012). The relationship between extraversion, neuroticism and aspects of trait affect. *Personality and Individual Differences, 52*(6), 664-669.
- Vergauwe, E., Barrouillet, P., & Camos, V. (2010). Do mental processes share a domain-general resource? *Psychological Science, 21*, 384–390. doi:10.1177/0956797610361340.
- Watson D, Clark LA, & Tellegen A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology. 54*:1063–1070.



اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری بی‌خوابی و درمانگری شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت در افراد مبتلا به بی‌خوابی همبود با افسردگی □

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on People with Insomnia Comorbid Depression □

Maryam Azimi, PhD
Alireza Moradi, PhD ✉
Jafar Hasani, PhD

دکتر مریم عظیمی *
دکتر علیرضا مرادی *
دکتر جعفر حسینی *

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of traditional Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Internet-based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on people with insomnia comorbid depression. This study employed pretest-posttest and follow-up quasi-experimental designs that used experimental groups and control group. A convenience sample of 45 university staff and professors who received score higher than the cut-off score in PSQI and BDI-II questionnaire was selected by using diagnostic interview based on the DSM-5 depression and insomnia. 15 people were randomly assigned into three groups. The experimental group received 6 sessions of cognitive behavioral therapy for insomnia. PSQI and BDI-II questionnaire, test was administered three times (before treatment, after the last treatment and one month after treatment). The data were analyzed by means of mixed ANOVA. The results showed traditional cognitive behavioral therapy for Insomnia (CBT-I) and internet-based cognitive behavioral therapy for Insomnia had positive effect on of sleep quality. ICBT-I group and CBT-I group had more reduction in depression score compared to the control group, but CBT-I group indicated more score reduction compared to ICBT-I. Follow-up results showed that the effects were long-lasting.

Keywords: cognitive behavioral therapy for insomnia (CBTI), internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBTI), insomnia comorbid depression

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی سنتی و درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت در افراد مبتلا به بی‌خوابی همبود با افسردگی بود. روش پژوهش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایشی و گروه کنترل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از کارکنان و اساتید دانشگاه که در پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ و سیاهه افسردگی یک نمره بالاتر از برش کسب کردند و از طریق مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 افسردگی و بی‌خوابی داشتند، انتخاب شدند. با استفاده از گمارش تصادفی، در هر سه گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش ۶ جلسه درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی بر اساس پروتکل CBT-I ادینگر و کارنی (۵۱۰۲) دریافت کردند. شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI) و پرسشنامه افسردگی یک (ویرایش دوم) سه بار (قبل از درمان، بعد از آخرین جلسه درمان و یک ماه بعد از درمان) اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی سنتی و درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت باعث افزایش کیفیت خواب در هر دو گروه آزمایشی شد. گروه ICBT-I و گروه CBT-I نسبت به گروه کنترل کاهش نمره بیشتر در افسردگی داشت، اما گروه CBT-I نسبت به گروه ICBT-I کاهش نمره بیشتری نشان داد. نتایج پیگیری نیز پایا بودن درمان را تایید کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی، درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت، بی‌خوابی همبود با افسردگی

□ Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, I. R. Iran.
✉ Email: Moradi90@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۳۱ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۵/۲۲
* دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

● مقدمه

خواب یک نیاز اساسی و بی‌خوابی نشان‌دهنده یک مشکل سلامت عمومی مهم در سراسر جهان است که شامل مشکل در به خواب رفتن در هنگام خواب یا بیداری در وسط شب یا صبح خیلی زود است (کالدو، جرنلو، بلوم، لاجوتسون، بروودین، جِرجسون و همکاران، ۲۰۱۵). علائم بی‌خوابی حداقل یک‌سوم از جمعیت با ۵ تا ۱۰ درصد در محدوده بالینی را تحت تأثیر قرار داده و بیشتر در میان زنان و افراد مسن شایع است (سویفت، استورات، آندیپان، اسمیت، اسپای و برون، ۲۰۱۲). بی‌خوابی با پی‌آمدهای مضر از جمله خستگی، اختلال‌های روانی، کاهش بهره‌وری در کار و اختلال شناختی خفیف همراه است (لیان، ژیاوو، لیو، نینگ، گوان، گی و همکاران، ۲۰۱۵) تأثیرات اقتصادی بی‌خوابی قابل توجه است (دیلی، مورین، لبلانک، گریگوری و ساوارد، ۲۰۰۹). ۷۶٪ از هزینه‌های مربوط به بی‌خوابی به دلیل غیبت و کاهش بهره‌وری در محل کار است (سویفت و همکاران، ۲۰۱۲). اضطراب و افسردگی شایع‌ترین علائم روانی همراه بی‌خوابی هستند (بی، ژانگ، چن، لیو، لیبی و همکاران، ۲۰۱۵). مشکلات خواب به‌طور قابل توجهی با اختلال‌های روانی همبودی دارد و به‌عنوان پیش‌بینی شروع افسردگی و شیدایی معرفی شده است. داده‌های در دسترس نشان می‌دهد یک ارتباط علی بین خواب و علائم روانی وجود دارد (مینکل، مک نیالی، گیاناروس، درابانت، گراس، مانوک و همکاران، ۲۰۱۲). بی‌خوابی و افسردگی مشکلات سلامت عمومی شدیدی هستند که تعداد زیادی از مردم به آنها مبتلا هستند. همبودی بین بی‌خوابی و افسردگی یک پدیده شایع با عوارض جانبی جدی برای فرد و جامعه است. بسیاری از مطالعات نشان داده که بی‌خوابی به‌طورکلی قبل یا هم‌زمان با افسردگی نه پس از افسردگی است (بلوم، جرنلو، کراپلین، برگدهال، جانگمارکر، آنکارتجران و همکاران، ۲۰۱۵).

ارتباط بین بی‌خوابی و افسردگی متقابل است یعنی دو اختلال می‌توانند همدیگر را تشدید و یا حفظ کنند. بنابراین بی‌خوابی نه فقط نشانه‌ای از افسردگی است بلکه می‌تواند یک فرایند ناکارآمد مستقل و یک اختلال همراه باشد و می‌تواند درمان افسردگی را بعداً به خطر اندازد (مککورری، شورتر، ون-کورف، بالدرسون، باکر، ریبارسزیک و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات شیوع‌شناسی نشان می‌دهند در هر دو نمونه جوان و مسن، بی‌خوابی یک عامل

خطر‌ساز مهم برای شروع افسردگی است (ساندراجان، گاینز، ویسنیوسکی، میاهارا، فاوا، آکینگ بالا و همکاران، ۲۰۱۰) و (پرلیس، اسمیت، لاینس، ماتسون، پیگن، جانگ کوئیست و همکاران، ۲۰۰۶).

تندگی و واکنش به تندگی در ایجاد بی‌خوابی نقش بسزایی دارد (هرینگتون، ۲۰۱۳). عوامل تندگی‌زا از جمله تندگی شغلی (کار بیش‌ازحد، تعارض نقش، عدم استقلال در کار و کارهای تکراری) پیامدهای بی‌خوابی می‌گذارد. کیفیت خواب پایین با کار بیش‌ازحد ارتباط مثبت دارد. تعارض نقش با مشکل در به خواب رفتن و خواب غیر ترمیمی ارتباط مثبت دارد. کارهای تکراری با مشکل در به خواب رفتن و حفظ خواب ارتباط دارد. به‌طور خاص اختلال‌های خواب با عملکرد شغلی پایینتر ارتباط دارد، غیبت بیشتر و افزایش استفاده از مرخصی استعلاجی و درنهایت، هزینه‌های اضافی به دلیل افزایش استفاده از مراقبت‌های سلامتی تخمین زده شده است (نادسن، دوچارم و رومان، ۲۰۰۷). معمولاً گزارش می‌شود که بی‌خوابی، عملکرد در طول روز و توانایی کار در شغل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد بی‌خواب اغلب با بار کاری به‌طور منظم مواجه می‌شوند و آنها اغلب از مشکلات حرفه‌ای در زندگی خود شکایت دارند. درنهایت مراقبت از بی‌خوابی ممکن است به‌طور قابل توجهی شدت بیماری‌های همراه را کاهش دهد (ساتیا و بایس، ۲۰۱۰). با توجه به پیامدهای بی‌خوابی درمان به‌موقع آن ضروری است. درمان شناختی-رفتاری اخیراً به‌عنوان خط اول درمان برای بی‌خوابی در نظر گرفته شده است. CBT^۱ شامل راهبردهای شناختی (پرداختن به باورهای غیرعادی در مورد خواب و آموزش‌های مربوط به سلامت خواب) و راهبردهای رفتاری (کنترل محرک^۲، محدودیت خواب^۳، تن آرامی^۴) است (وایز، ۲۰۱۵). مدل نظری اشپیلمن^۵ یک چارچوب ذهنی برای درک تکامل بی‌خوابی مزمن و نقش CBT در مدیریت این وضعیت را بیان می‌کند. طبق این مدل، عوامل «مستعد کننده»، «رویدادهای تسریع کننده» و «سازوکار ثابت کننده» همگی در ایجاد اختلال‌های خواب اولیه مؤثرند. بعضی از افراد ممکن است به خاطر نظام خواب بیولوژیکی «ضعیف»، «بیش‌ازحد حساس» و یا ویژگی‌های شخصیتی مانند تندگی که آنها را در معرض خواب بی‌کیفیت قرار می‌دهد نسبت به اختلال‌های خواب آسیب‌پذیرتر باشند. زمانی که چنین افرادی در معرض شرایط تسریع کننده قرار گیرند (رویدادهای تندگی‌زا در زندگی، تغییر ناگهانی در برنامه خواب) احتمال ایجاد اختلال

خواب حاد در آنها بسیار زیاد است. از سوی دیگر این اختلال ممکن است در حضور عوامل روان‌شناختی و رفتاری که در واکنش به اختلال خواب به وجود می‌آیند تثبیت شود (ادینگر و کارنی، ۲۰۱۵). از این رو عوامل تسریع‌کننده و تثبیت‌کننده در ایجاد بی‌خوابی دخیل هستند در حالی که عوامل رفتاری و روان‌شناختی باعث تثبیت آن شده و به‌عنوان هدف درمانی در درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی در نظر گرفته می‌شوند. کمبود درمانگران در زمینه درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی مشکلی است که اغلب مبتلایان به بی‌خوابی با آن مواجه‌اند. بنابراین درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت می‌تواند راه‌حلی برای این مشکل باشد. فواید این شیوه درمان راحت بودن، ارزان و قابل دسترسی بودن و صرفه‌جویی در هزینه و زمان است. همچنین افرادی که می‌توانند با رایانه کار کنند و به اینترنت به‌طور منظم دسترسی داشته باشند روزبه‌روز در حال افزایش هستند. لذا هدف پژوهش حاضر «مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی سنتی و مبتنی بر اینترنت در افراد مبتلا به بی‌خوابی همبود با افسردگی» است.

● روش

روش پژوهش، شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایشی و کنترل است. «جامعه آماری» کلیه کارکنان و اساتید دانشگاه فرهنگیان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از آنها که در «شاخص کیفیت خواب پیتمبورگ» (PSQI) و سیاهه افسردگی بک (ویرایش دوم) نمره بالاتر از برش کسب کرده و همچنین از طریق مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM5 افسردگی و بی‌خوابی داشتند، بعد از هم‌تاسازی از نظر (تأهل، سن، جنس، سطح تحصیلات) انتخاب شدند. همه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را پر کردند. از طریق گمارش تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ (درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی سنتی) و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ (درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت) و ۱۵ نفر در گروه کنترل (درمانی دریافت نمی‌کنند) جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش، تشخیص بی‌خوابی و افسردگی، بی‌خوابی مستقل از اختلال‌های دارویی، تحت درمان دارویی بی‌خوابی نباشند، رضایت شرکت‌کننده‌ها و شرکت داوطلبانه، مدرک کارشناسی ارشد و دکتری، اشتغال به کار در دانشگاه و نداشتن بیماری روان‌پزشکی می‌باشد. ملاک خروج، عدم رضایت به ادامه

درمان، ابتلا به اختلال‌های خواب دیگر (آپنه، سندرم پاهای بیقرار، اختلال حرکت متناوب پا، اختلال رفتار خواب رم)، علت بی‌خوابی ناشی از مصرف مواد باشد و از داروهای خواب‌آور استفاده نماید. ابتدا اعتبار و روایی پروتکل درمان از طریق «مطالعه مقدماتی» موردسنجش قرار گرفت. هر سه گروه سه بار (قبل از درمان، بعد از آخرین جلسه درمان و یک ماه بعد از درمان) پرسشنامه کیفیت خواب پترز بورگ (PSQT) و پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) را پر کردند.

● ابزار

ابزارهای پژوهش پرسشنامه کیفیت خواب پترز بورگ (PSQT)، پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)، مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته (SCID) و درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی (CBT-I) بود.

□ الف: شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI)^۱: این پرسشنامه توسط بایسی و همکاران (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری کیفیت خواب در بزرگسالان ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۸ سؤال است و کیفیت خواب را با در نظر گرفتن ۷ ویژگی (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، کارایی خواب، اختلال‌های خواب و اختلال عملکرد روزانه) در طول یک ماه گذشته بررسی می‌کند. پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده‌اند. حاصل جمع نمره‌ی مقیاس‌های هفتگانه، دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ است که نمره کلی ۵ یا بیشتر به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب قلمداد می‌گردد. اعتبار این پرسشنامه نسبتاً بالاست و برای آن آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (بایسی، رینولدس، مونک، برمنر و کاپفر، ۱۹۸۹). در ایران اعتبار این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شده است (مکرمی، کاکویی، دهدشتی، جهانی و ابراهیمی، ۱۳۸۷).

□ ب: سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)^۲: ویرایش دوم سیاهه، شکل بازنگری شده سیاهه افسردگی بک است که در سال، ۱۹۷۴ برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این سیاهه از ۲۱ ماده تشکیل شده است. هر ماده، نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد، بنابراین نمره کل ابزار دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. بک/ستیر و کاربین (۱۹۹۷) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. اعتبار و روایی این سیاهه در ایران طی تحقیقی با آلفای کرونباخ

۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی، ۰/۷۳ بود (قاسم زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم خانی، ۱۳۸۳).

جدول ۱. خلاصه و جریان ارزیابی کلی و مداخله CBT در درمان بی‌خوابی

جلسه	محتوا
اول (ارزیابی بی‌خوابی)	الف: ارزیابی ماهیت بی‌خوابی و مناسب بودن روش درمانی CBT ب: تعیین معیارهای ارزیابی یادداشت‌های روزانه خواب بیمار (قبل از درمان)
دوم (معرفی اجزای درمان رفتاری اولیه)	الف: معرفی منطق درمانی و معیار آموزش خواب ب: معرفی قانونهای خواب-رژیم رفتاری بی‌خوابی ج: محاسبه زمان مجاز برای ماندن در تختخواب د: ارائه آموزش‌های اصلی بهداشتی خواب و: مدیریت انتظارات بیمار و پایبندی به درمان ز: تکلیف خانه
سوم (معرفی راهبردهای درمانی شناختی)	الف: مرور و اظهار نظر در مورد یادداشتهای مربوط به خواب بیمار و نشان دادن پیشرفت ب: پایه و منطق درمان شناختی برای بیمار ج: بحث در خصوص تکنیک نگرانی سازنده
چهارم (ادامه درمان شناختی)	الف: مرور و اظهار نظر در مورد کار برگ نگرانی سازنده بیمار و نشان دادن پیشرفت ب: بحث در خصوص تکنیک ثبت افکار ج: تکلیف خانه
پنجم (پیگیری / حل مسئله)	الف: مرور و اظهار نظر در مورد کار برگ نگرانی سازنده و ثبت افکار بیمار و نشان دادن پیشرفت ب: تعدیل توصیه‌های مربوط به زمان مجاز برای ماندن در تختخواب ج: مرور و تشویق تبعیت از برنامه درمانی و: حل مسئله- بخش رفتاری ه: حل مسئله- بخش شناختی ز: درمان افسردگی
ششم (بررسی پایان دوره درمان)	الف: بررسی روند درمان افسردگی ب: مرور کلی فرآیند درمان

□ ج: مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID): SCID یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM فراهم می‌آورد. SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روانپزشکی محور ۱ در DSM می‌پردازد در این پژوهش استفاده شد. SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود، زیرا مطالعات مختلف حاکی از روایی و اعتبار مطلوب آن است. شریفی و همکاران اعتبار قابل قبول تشخیص‌های داده‌شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی پژوهشی و آموزش استفاده کرد. توافق

تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود (شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی، سمنانی و همکاران، ۱۳۸۳)

□ د: درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی (CBT-I): این درمان بر اساس پروتکل CBT-I/دینگر و کارنی (۲۰۱۵) انجام شد. روش اجرایی درمان به دو شیوه سنتی و مبتنی بر اینترنت بود. چارچوب درمان کاملاً در هر دو یکسان بود فقط در روش سنتی فرایند درمان حضوری و به‌صورت چهره به چهره انجام شد و در روش مبتنی بر اینترنت فرایند درمان از طریق تلگرام و ایمیل دنبال شد.

● یافته‌ها

برای بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی سنتی و درمان شناختی-رفتاری بیخوابی مبتنی بر اینترنت در افزایش کیفیت خواب و کاهش بی‌خوابی از آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. علت استفاده از تحلیل واریانس مختلط ترکیب تحلیل متغیرهای بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی می‌باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
تاخیر در خواب	کنترل	۰/۴۵۸	۲/۷۳	۰/۴۵۸	۲/۷۳	۰/۵۱۶	۲/۵۳
	ICBT-I	۰/۵۰۷	۲/۶۰	۰/۵۶۱	۱/۸۰	۰/۴۱۴	۱/۸۰
	CBT-I	۰/۴۵۸	۲/۷۳	۰/۴۱۴	۱/۸۰	۰/۳۵۲	۱/۸۷
مدت زمان خواب	کنترل	۰/۲۵۸	۲/۹۳	۰/۰۰۰	۳/۰۰	۰/۲۵۸	۲/۹۳
	ICBT-I	۰/۳۵۲	۲/۸۷	۰/۶۱۷	۲/۶۷	۰/۴۵۸	۲/۷۳
	CBT-I	۰/۳۵۲	۲/۸۷	۰/۶۳۲	۲/۶۰	۰/۵۹۴	۲/۷۳
میزان بازدهی خواب	کنترل	۰/۵۹۴	۱/۲۷	۰/۶۱۷	۱/۳۳	۰/۳۷۸	۱/۰۰
	ICBT-I	۰/۷۰۴	۱/۲۷	۰/۵۰۷	۰/۴۰	۰/۴۸۸	۰/۳۳
	CBT-I	۰/۶۱۷	۱/۳۳	۰/۳۵۲	۰/۱۳	۰/۴۱۴	۰/۲۰
اختلال عملکرد	کنترل	۰/۴۵۸	۲/۰۷	۰/۲۵۸	۲/۰۷	۰/۲۵۸	۲/۰۷
	ICBT-I	۰/۴۵۸	۲/۲۷	۰/۴۵۸	۱/۲۷	۰/۴۵۸	۱/۲۷
	CBT-I	۰/۶۷۶	۲/۲۰	۰/۰	۱	۰۰۰	۱/۰۰
کیفیت ذهنی خواب	کنترل	۰/۵۱۶	۲/۴۷	۰/۵۰۷	۲/۴۰	۰/۴۸۸	۲/۳۳
	ICBT-I	۰/۴۱۴	۲/۲۰	۰/۴۵۸	۱/۲۷	۰/۵۰۷	۱/۴۰
	CBT-I	۰/۵۹۴	۲/۲۷	۰/۴۵۸	۱/۲۷	۰/۴۵۸	۱/۲۷
نمره کل	کنترل	۱/۲۴۵	۱۲/۸۶	۱/۱۴	۱۲/۸۰	۱/۱۴۶	۱۲/۲۰
	ICBT-I	۱/۲۴۲	۱۲/۴۰	۱/۵۰	۸/۴۶	۱/۲۹	۸/۶۰
	CBT-I	۱/۷۹۹	۱۲/۶۶	۱/۱۲	۷/۸۶	۰/۹۹۰	۸/۱۳

در اینجا یک عامل بین گروهی (دو گروه آزمایش و گروه کنترل) و یک عامل درون گروهی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) وارد مدل شدند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار مرتبط با نمرات کیفیت خواب افراد شرکت کننده در پژوهش به تفکیک گروه (کنترل، ICBT-I و CBT-I) در سه دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) ارائه شده است. ابتدا مفروضه های تحلیل واریانس، همگنی واریانس ها از طریق آزمون لون بررسی شد و با تائید آنها مفروضه همگنی بین-همبستگی ها با استفاده از آماره ام-باکس مورد آزمون قرار گرفت. از آنجایی که برای تحلیل واریانس مختلط همسانی کوواریانس ها ضروری است، آزمون کرویت موچلی برای بررسی این مفروضه استفاده شد.

برای تحلیل واریانس مختلط از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس گیسر استفاده شد. مقدار F و معناداری میانگین ها در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به این جدول نتایج نشان داد که F به دست آمده از تأثیر درمان روی گروه ها در معیارهای (تأخیر در خواب، بازدهی خواب، اختلال عملکرد روزانه، کیفیت ذهنی خواب و نمره کل خواب) به جز معیار مدت زمان خواب، در سه سطح اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنی دار است. در واقع روند تغییر میانگین نمرات گروه های آزمایش در این شاخص ها رو به کاهش بود.

جدول ۳. تحلیل واریانس یک راهه با اندازه گیری مکرر کیفیت خواب برای بررسی تغییرات درون آزمودنی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

مجدور اتا	سطح معنی داری	F	میانگین مجدورات	درجه ی آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییرات	متغیرها	آزمون موچلی	
								سطح معنی داری	درجه آزادی
۰/۴۸۱	۰/۰۰۰	۳۸/۸۱۸	۶/۲۰۴	۱/۷۴	۱۰/۸۴۴	اثر اصلی شاخص تأخیر در خواب	تأخیر در خواب	۰/۰۴۱	۲
۰/۲۵۸	۰/۰۰۰	۷/۳۱۸	۱/۱۷۰	۳/۴۹	۴/۰۸	شاخص تأخیر در خواب* گروه خواب	خطا		
---	---	---	۰/۱۶۰	۷۳/۴۱۹	۱۱/۷۳۳				
۰/۰۶۰	۰/۰۷۳	۲/۷۰۳	۰/۲۰۷	۲	۰/۴۱۵	اثر اصلی شاخص مدت زمان خواب	مدت زمان خواب	۰/۵۵۰	۲
۰/۰۶۹	۰/۱۹۷	۱/۵۴۵	۰/۱۱۹	۴	۰/۴۷۴	شاخص مدت زمان خواب* گروه خواب	خطا		
---	---	---	۰/۰۷۷	۸۴	۶/۴۴				
۰/۴۸۹	۰/۰۰۰	۴۰/۲۴۱	۱۰/۶۳۷	۱/۵۰	۱۵/۹۲۶	اثر اصلی شاخص بازدهی خواب	بازدهی خواب	۰/۰۰۰	۲
۰/۲۹۰	۰/۰۰۰	۸/۵۷۲	۲/۲۶۶	۲/۹۹۴	۶/۷۸۵	شاخص بازدهی خواب* گروه خواب	خطا		
---	---	---	۰/۲۶۴	۶۲/۸۸۳	۱۶/۶۲۲				
۰/۶۲۷	۰/۰۰۰	۷۰/۵۸۳	۱۶/۱۳۳	۱/۰۰	۱۶/۱۳۳	اثر اصلی شاخص اختلال عملکرد روزانه	اختلال عملکرد روزانه	۰/۰۰۰	۲
۰/۴۶۳	۰/۰۰۰	۱۸/۰۸۳	۴/۱۳۳	۲/۰۹۸	۸/۲۶	شاخص اختلال عملکرد روزانه* گروه خواب	خطا		
---	---	---	۰/۲۲۹	۴۲/۰۰	۹/۶۰				
۰/۴۲۴	۰/۰۰۰	۳۰/۸۷	۸/۹۵۵	۱/۴۴	۱۲/۹۰	اثر اصلی کیفیت ذهنی خواب	کیفیت ذهنی خواب	۰/۰۰۰	۲
۰/۲۱۷	۰/۰۰۲	۵/۸۳	۱/۶۹	۲/۸۸	۴/۸۷	شاخص کیفیت ذهنی خواب* گروه خواب	خطا		
---	---	---	۰/۲۹۰	۶۰/۵۲	۱۷/۵۵۶				
۰/۷۷۵	۰/۰۰۰	۱۴۴/۶۹۹	۱۶۲/۰۳۹	۱/۶۳۰	۲۶۴/۱۳۳	اثر اصلی شاخص نمره کل خواب	نمره کل خواب	۰/۰۰۵	۲
۰/۵۸۵	۰/۰۰۰	۲۹/۵۴	۳۳/۰۸۷	۳/۲۶۰	۱۰۷/۸۶	شاخص نمره کل خواب* گروه خواب	خطا		
---	---	---	۱/۱۲۰	۶۸/۴۶	۷۶/۶۶				

در جدول ۴ تغییرات بین آزمودنی در معیارهای کیفیت خواب مورد بررسی قرار گرفت که در ذیل ارائه شده است. برای بررسی تأثیر دو شیوه درمان با گروه کنترل در واقع تغییرات بین آزمودنی با استفاده از تحلیل واریانس یکراهه با اندازه گیری مکرر نیز محاسبه شد. جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار بین سه گروه در سطح ($p < 0/05$) در معیارهای (تأخیر در خواب، بازدهی خواب، اختلال عملکرد روزانه، کیفیت ذهنی خواب و نمره کل خواب) به دست آمده است. با استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی مشخص شد، دو گروه آزمایشی در معیارهای (تأخیر در خواب، بازدهی خواب، اختلال عملکرد روزانه، کیفیت ذهنی خواب و نمره کل خواب) با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشتند.

اما دو گروه آزمایشی باهم تفاوتی در معیارهای مذکور نداشتند. همچنین در معیار مدت‌زمان خواب بین سه گروه تفاوتی دیده نشد. میانگین نمرات پیگیری نشان داد که اثر درمان در معیارهای مذکور پایا بوده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک راهه با اندازه گیری معیارهای کیفیت خواب برای بررسی تغییرات بین آزمودنی

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجزور اتا
تأخیر در خواب	اثر اصلی گروه خطا	۹/۷۳۳ ۱۵/۳۳	۲ ۴۲	۴/۸۶ ۰/۳۶۵	۱۳/۳۳۰ ---	۰/۰۰۰ ---	۰/۳۸۸ ---
مدت زمان خواب	اثر اصلی گروه خطا	۱/۳۴ ۱۷/۶۸	۲ ۴۲	۰/۶۷۴ ۰/۴۲۱	۱/۶۰ ---	۰/۲۱ ---	۰/۰۷۱ ---
میزان بازدهی خواب	اثر اصلی گروه خطا	۱۰/۶۸۱ ۱۸/۹۷	۲ ۴۲	۵/۳۴ ۰/۴۵	۱۱/۸۲ ---	۰/۰۰۰ ---	۰/۳۶۰ ---
اختلال عملکرد	اثر اصلی گروه خطا	۱۰/۵۳۳ ۱۰/۴۰۰	۲ ۴۲	۵/۲۶ ۰/۲۴۸	۲۱/۲۶۹ ---	۰/۰۰۰ ---	۰/۵۰۳ ---
کیفیت ذهنی	اثر اصلی گروه خطا	۱۸/۶۸۱ ۱۲/۸۴۴	۲ ۴۲	۹/۳۴ ۰/۳۰۶	۳۰/۵۴ ---	۰/۰۰۰ ---	۰/۵۹۳ ---
نمره کل خواب	اثر اصلی گروه خطا	۲۵۹/۷۳۳ ۱۳۵/۶۰۰	۲ ۴۲	۱۲۹/۸۶ ۳/۲۲۹	۴۰/۲۲ ---	۰/۰۰۰ ---	۰/۶۵۷ ---

برای بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی سنتی و درمان شناختی-رفتاری بیخوابی مبتنی بر اینترنت در افزایش کیفیت خواب و کاهش بی‌خوابی از آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. در جدول ۵، میانگین و انحراف معیار مرتبط با نمرات افسردگی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه (کنترل، ICBT-I و CBT-I) در سه دوره زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است. ابتدا مفروضه‌های تحلیل

واریانس، همگنی واریانس ها از طریق آزمون لون برای نمره افسردگی بررسی شد و با تأیید آنها، مفروضه همگنی بین-همبستگی ها با استفاده از آماره ام-باکس مورد آزمون قرار گرفت، با توجه به نتایج به دست آمده ($p = 0/006$) مشخص شد از این مفروضه تخطی نشده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
افسردگی	کنترل	۱/۵۸	۲۸/۶۷	۱/۵۸	۲۶/۲۷	۱/۵۸	۲۶/۴۰
	ICBT-I	۱/۴۸	۲۹/۲۷	۱/۲۴	۲۱/۶۰	۱/۵۴	۲۲/۴۰
	CBT-I	۱/۳۳	۲۸/۷۳	۱/۴۲	۲۰/۲۰	۱/۲۸	۲۰/۷۳

از آنجایی که برای تحلیل واریانس مختلط همسانی کوواریانس ها ضروری است با تأیید کروی بودن توزیع نمرات ($p > 0/05$) برای مقایسه تغییرات درون آزمودنی در متغیرها، مقدار F و معناداری میانگین ها محاسبه شد، که این مفروضه تأیید نشد. بنابراین برای تحلیل واریانس مختلط از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس گیسر استفاده شد. مقدار F و معناداری میانگین ها در جدول ۶ ارائه شده است. با توجه به این جدول، نتایج نشان داد که F به دست آمده از تأثیر درمان روی گروه ها در نمره افسردگی در سه سطح اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنی دار است. در واقع روند تغییر میانگین نمرات گروه های آزمایش در این شاخص ها رو به کاهش بود.

جدول ۶. تحلیل واریانس یک راهه با اندازه گیری مکرر نمره افسردگی برای بررسی تغییرات درون آزمودنی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

مجدور اتا	سطح معنی داری	F	میانگین مجدورات	درجه ی آزادی	مجموع مجدورات	منابع تغییرات	متغیرها	آزمون موجلی	
								سطح معنی داری	درجه آزادی
۰/۹۲۶	۰/۰۰۰	۵۲۳/۹۰۸	۶۸۹/۳۱	۱/۵۵	۱۰۶۹/۴۳	اثر اصلی شاخص افسردگی	افسردگی	۰/۰۰۱	۲
۰/۷۰۴	۰/۰۰۰	۴۹/۸۴	۶۵/۵۸۳	۳/۱۰	۲۰۳/۴۹	شاخص افسردگی *گروه			
---	---	---	۱/۳۱۶	۶۵/۱۶۱	۸۵/۷۳۳	خطا			

در جدول ۷ تغییرات بین آزمودنی در نمرات افسردگی مورد بررسی قرار گرفت که در ذیل ارائه شده است. برای بررسی تأثیر دو شیوه درمان با گروه کنترل در واقع تغییرات بین آزمودنی با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه با اندازه گیری مکرر نیز محاسبه شد. جدول ۷، نشان می دهد که تفاوت معنی دار بین سه گروه در سطح ($p < 0/05$) در نمره افسردگی

به دست آمده است. با استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی مشخص شد، گروه ICBT-I و گروه CBT-I نسبت به گروه کنترل کاهش نمره بیشتر داشتند، همچنین بین دو گروه آزمایشی تفاوت معنی داری مشاهده شد. گروه CBT-I نسبت به گروه ICBT-I کاهش نمره بیشتری کسب کردند. میانگین نمرات پیگیری نشان داد که اثر درمان در ماده‌های مذکور پایا بوده است.

جدول ۷. خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک راهه با اندازه گیری مکرر شاخص‌های افسردگی برای بررسی تغییرات بین آزمودنی

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
افسردگی	اثر اصلی گروه	۳۵۶/۹۰۴	۲	۱۷۸/۴۵	۳۸/۹۲۸	۰/۰۰۰	۰/۶۵۰
	خطا	۱۹۲/۵۳۳	۴۲	۴/۵۸۴	---	---	---

● بحث و نتیجه گیری

○ هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بیخوابی (CBT-I) و درمان شناختی-رفتاری بیخوابی مبتنی بر اینترنت (ICBT-I) در افراد مبتلا به بیخوابی همبود با افسردگی بود. نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که درمان شناختی-رفتاری بی خوابی سستی و درمان شناختی-رفتاری بیخوابی مبتنی بر اینترنت بر معیارهای کیفیت خواب (تأخیر در خواب، بازدهی خواب، اختلال عملکرد روزانه، کیفیت ذهنی خواب و نمره کل خواب) به جز معیار مدت زمان خواب تأثیر مثبت داشته و باعث افزایش کیفیت خواب در هر دو گروه شده است. در این زمینه تفاوتی بین دو گروه درمان دیده نشد. همچنین نتایج نشان داد که گروه ICBT-I و گروه CBT-I نسبت به گروه کنترل کاهش نمره بیشتر در نمره افسردگی داشتند، اما گروه CBT-I نسبت به گروه ICBT-I کاهش نمره بیشتری نشان داد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ذیل همسو می‌باشد.

○ با پژوهش کوکاین، کریستنسن، گریفیتس، نای اسمیت، هایکیس، ثرواندیک و همکاران (۲۰۱۵)، باتلیوز، کایل، اسپی و برومان (۲۰۱۳)، یی و همکاران (۲۰۱۵)، لواتو، لیک، رایت و کنای (۲۰۱۴) همسو است. در بررسی پژوهش‌ها نتایج متناقضی نیز دیده می‌شود. یک متآنالیز انجام شده بر روی روش‌های خودکمکی، اندازه اثر کوچک تا متوسط درمان را نشان می‌دهد (ون استراتن و گوجپرس، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها بعضی ضعف‌های مبتنی بر اینترنت را، که باعث کمتر شدن اثر درمان در مقایسه با درمان چهره به چهره می‌شود

را نشان می‌دهد. مداخلات خود کمکی به احتمال زیاد به یک اندازه برای همه نوع از انواع بیخوابی مزمن مؤثر نیست و به تحقیقات بیشتری در این زمینه نیاز است (لیگت، ۲۰۱۴).

○ معمولاً بی‌خوابی منعکس‌کننده اختلال در تعادل بین سه فرآیند تنظیمی خواب شامل: نظام تعادل، نظام شبانه‌روزی و نظام برانگیختگی است (یانگ، اسپیلمن و گلووینسکی، ۲۰۰۶). کیفیت و طول خواب توسط سازوکار تعادل تنظیم می‌شود که در پاسخ به کمبود خواب از طریق افزایش تحریک به خواب و سازوکارهای شبانه‌روزی که زمان شروع خواب و جبران را تنظیم می‌کند. عملیات نظام برانگیختگی در مخالفت با نظام تعادل است، که باعث افزایش هوشیاری در طول روز می‌شود. این نظام می‌تواند توسط عواملی که باعث آمادگی برای پاسخ به تهدید، مانند تنیدگی، هیجان و یا محیط زیست فعال شود. این نظام وقتی به‌طور مطلوب کار می‌کند، نظام برانگیختگی را در طول خواب بازدارد می‌کند، تحریک خواب و نظام‌های شبانه‌روزی همگام عمل می‌کند و باعث ایجاد رضایت از خواب شب و خواب ترمیمی می‌شود. مطالعات افراد با بی‌خوابی بیش برانگیختگی نظام عصبی را در طول خواب نشان می‌دهد (شوارتز و روت، ۲۰۰۸). عوامل محیطی، شناختی، هیجانی و رفتاری نیز تحت تأثیر سازوکار تنظیم، ممکن است کارهای نظارتی را تحت تأثیر قرار دهد و یا به فرآیند خواب کمک یا بازدارد کند. به‌عنوان مثال، خواب به‌وسیله محیط‌های پرسروصدا، نور و یا ... به هم می‌ریزد. چرت زدن در طول روز و یا گذراندن زمان زیاد در رخت‌خواب و تلاش ناموفق برای به خواب رفتن، سازوکارهای طبیعی هموستاز و مکانیسم‌های شبانه‌روزی را مختل می‌کند. ارتباط مکرر تخت و اتاق خواب با تلاش ناموفق برای خوابیدن در نهایت ممکن است باعث برانگیختگی شرطی خواب مخرب در محیط خانه شود. افزایش تحریک فیزیولوژیکی یا شناختی هنگام خواب ممکن است از تنیدگی در عملکردهای روزانه، نگرانی ناشی از تلاش‌های شکست‌خورده برای به خواب رفتن در موقع خواب از طریق باورهای نادرست در مورد خواب (به‌عنوان مثال، اسناد غلط در مورد علل بی‌خوابی، تصورات غلط در مورد نیاز به خواب و اثرات از دست دادن خواب، تمایل به فاجعه‌سازی در مورد عواقب ناشی از کمبود خواب) که زمینه بیخوابی را ایجاد می‌کند (لیگت، ۲۰۱۴). درمان شناختی-رفتاری بیخوابی عوامل مذکور را مورد هدف قرار می‌دهد و از این طریق به درمان بیخوابی می‌پردازد. درمان بیخوابی باعث کاهش افسردگی می‌شود، زیرا

بسیاری از مطالعات نشان داده است که بی‌خوابی به‌طور کلی قبل یا هم‌زمان با افسردگی نه پس از افسردگی است. پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند که بهبود خواب شدت افسردگی را کاهش می‌دهد (لانسه، ون دن بوت، وان استرتمن و اسپورمیکر، ۲۰۱۲). درمان بی‌خوابی می‌تواند بیشتر از درمان افسردگی برای افرادی که بی‌خوابی همراه با افسردگی دارند مؤثر باشد (بلوم و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالب مذکور بود زیرا درمان شناختی-رفتاری بیخوابی هم در افزایش کیفیت خواب و هم کاهش افسردگی مؤثر بود. یکی از سازوکارهای فیزیوپاتولوژیک شایع که می‌تواند زیربنای استمرار آشفتگی خواب هم در بی‌خوابی و هم در افسردگی اولیه شود، بدتنظیمی فرایندهای «تعادل حیاتی» (هموستاتیک) خواب است. اخیراً شواهد تجربی از این عقیده حمایت می‌کنند که تعادل حیاتی خواب می‌تواند در بی‌خوابی اولیه تغییر یابد. تعادل حیاتی خواب به دلیل تغییر انتقال آدنوزینرژیک می‌تواند در بی‌خوابی و افسردگی دچار بدتنظیمی شود. آدنوزین^۱ در تعادل حیاتی دخیل است به دلیل اینکه هم ساختارهای ارتقاء بیداری را مهار می‌کند و هم ساختارهای ارتقاء خواب را فعال می‌کند. همچنین در افسردگی عمده، برخی شواهد نشان‌دهنده نقص در انتقال آدنوزینرژیک است و مطالعات نشان می‌دهند که آدنوزین می‌تواند در تنظیم خلق و در اثرات ضدافسردگی محرومیت از خواب یا الکتروشوک درمانگری دخیل باشد (استانر، ۲۰۱۰). اسپیی فرض می‌کند که در خوابیدن خوب فرایندهای «تعادل حیاتی» و چرخه شبانه‌روزی غیرارادی هستند (اسپی، ۲۰۰۲). برای حفظ این فرایندهای خودکار و انعطاف‌پذیر در خواب چندین فرآیند مهم باید رخ دهد از جمله مهار محرک‌های مربوط به خواب (به‌عنوان مثال عادات خواب منظم)، فرایندهایی که در طول روز باعث تسهیل در خواب شبانه می‌شود (به‌عنوان مثال مهارت‌های مقابله مؤثر)، عدم برانگیختگی فیزیولوژیکی مربوط به خواب، و عدم برانگیختگی شناختی مربوط به خواب است. بر اساس این الگو، بی‌خوابی نتیجه برهم زدن فعال‌سازی و نگهداری فرایندهای خواب خودکار است. به‌عنوان مثال فرآیند خودکار مهار محرک خواب تضعیف می‌شود که این مسئله باعث می‌شود یک فرد یک ارتباط شرطی از فعالیت‌های ناسازگار با خواب (به‌عنوان مثال تماشای تلویزیون) با محیط اتاق خواب را توسعه دهد. یکی دیگر از ویژگی الگوی شناختی رفتاری این است که عملکرد شخص در طول روز بر خواب شبانه اثر می‌گذارد. برای مثال آشفتگی شغلی شرکت‌کننده‌ها در طول روز

باعث آماده‌سازی شناختی و رفتاری برای بی‌خوابی می‌شود. درمان شناختی رفتاری با استفاده از درمان رفتاری همه این مسائل را حل کرده و باعث ارتقاء خواب شد.

○ با توجه به نقش فیزیولوژیکی بیخوابی بر ایجاد و شدت افسردگی می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری بیخوابی با درمان بیخوابی باعث تنظیم خواب REM می‌شود و تنظیم خواب REM، باعث تنظیم فعالیت نورآدرنالین می‌شود. تنظیم فعالیت نورآدرنالین باعث بهبود عملکرد MPFC و آمیگدال شده در نهایت تنظیم هیجان و کاهش افسردگی می‌شود. همچنین بر طبق الگوی هاروی، بی‌خوابی و نگرانی در مورد خواب باعث افزایش برانگیختگی شناختی و فیزیولوژیکی قبل از خواب می‌شود، این مسئله به‌نوبه خود، باعث افزایش بیداری می‌شود. بنابراین «بیش‌برانگیختگی» یکی دیگر از عوامل بی‌خوابی و افسردگی می‌باشد. بر این اساس، یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به بی‌خوابی افزایش فعالیت سوخت‌وساز، کاهش نوسان ضربان قلب، یا نشانه‌هایی از هورمون آزادکننده کورتیکوتروفین و بیش‌فعالی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) را نشان می‌دهند که منعکس‌کننده فعالیت مزمن نظام تنیدگی است. نظریهٔ بیش‌برانگیختگی بی‌خوابی و افسردگی متکی بر اثبات بیش‌فعالی HPA است که با تداوم آشفتگی خواب و نقص SWS در هر دو اختلال مرتبط است (استانر، ۲۰۱۰). بنابراین تنیدگی و واکنش به تنیدگی نیز در ایجاد بی‌خوابی نقش بسزایی دارد (هرینگتون، ۲۰۱۳). تنیدگی ایجاد شده، منجر به بی‌خوابی در شب می‌شود، کیفیت خواب پایین ممکن است ناشی از تجربیات تنیدگی‌زا در محل کار یا در خانه آنها باشد. در محل کار مهار ادراک شده پایین، عدم امنیت شغلی ادراک شده و احساس ناراحتی در کار به‌عنوان بخش مهم تنش آنها محسوب می‌شود. افراد این تنیدگی و ناامیدی را به خانه منتقل می‌کنند و منجر به کیفیت خواب پایین می‌شود (بابسون و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان شناختی رفتاری بیخوابی با استفاده از تکنیک نگرانی‌سازنده به کاهش این تنیدگی‌ها و نگرانی‌ها کمک می‌کند. محرومیت مزمن خواب می‌تواند نقش علی مستقیم و غیرمستقیم در ظهور علائم افسردگی بازی کند، برای نمونهٔ دراز کشیدن در رختخواب در تاریکی ممکن است احساس شکست یا نگرانی دربارهٔ بی‌خوابی در آینده را در بیماران تشدید کند. پیامدهای روزانه بی‌خوابی ممکن است کاهش توانایی برای مقابله با چالش‌های بین فردی و اجتماعی باشد، در نتیجه، احتمال رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی یا پاسخ‌های ضعیف به

چنین رویدادهایی را که می‌توانند افسردگی را تسریع کنند، افزایش می‌دهد (استانر، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر کارکنان و مدرسین (حق‌التدریسی‌ها) دانشگاه است، آنها به دلیل عدم ثبات شغلی و بلا تکلیفی شغلی خود تنیدگی شغلی زیادی را تحمل می‌کنند که این موضوع می‌تواند عامل ایجادکننده بی‌خوابی آنان باشد. با توجه به الگوی شناختی رفتاری بی‌خوابی سه عامل ایجادکننده بی‌خوابی شامل برانگیختگی زمان خواب، ارزیابی عوامل تنیدگی‌زا و روش‌های مقابله است (بابسون و فیلدندر، ۲۰۱۵).

○ درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی می‌تواند به فرد کمک کند که برانگیختگی فیزیولوژیک و شناختی قبل از خواب را در یک روز پرتنش از طریق بازسازی شناختی در فرد کاهش دهد، زیرا ارزیابی فرد از تنیدگی ادراک شده و شدت عوامل تنیدگی‌زا بر خواب تأثیر دارد. افراد با گرایش به نگرانی و یا بازخورد (به‌عنوان مثال، افزایش میزان احساسات منفی) بیشتر در معرض خطر برای یک ارزیابی منفی از یک عامل تنیدگی‌زا (بزرگ و یا کوچک)، که به‌نوبه خود نگهدارنده برانگیختگی شناختی و فیزیولوژیک و در نتیجه اختلال خواب هستند. همچنین درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی با استفاده از روش آرام‌سازی عضلانی باعث کاهش تنیدگی افراد می‌شود. کاهش تنیدگی منجر به کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک در هنگام خواب و در نهایت کاهش بی‌خوابی می‌شود. در این پژوهش درمان بی‌خوابی به درمان افسردگی کمک کرد. در درمان بی‌خوابی بین دو شیوه درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی سنتی و مبتنی بر اینترنت تفاوتی مشاهده نشد ولی در درمان افسردگی شیوه سنتی مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت بود. ایجاد ارتباط بین مراجع و مشاور هسته اصلی مشاوره محسوب می‌شود. احساسات و عواطف انسان به‌صراحت در قالب کلمات قابل بیان نیستند، تماس چشمی و زبان بدن، مراجع را قادر می‌سازد که میزان پذیرش خود و پیامش را از جانب مشاور ارزیابی کند و باعث تحکیم ارتباط مراجع و مشاور و اثربخشی فرآیند مشاوره و درمان می‌شود. شاید به دلایل مذکور در این پژوهش درمان سنتی اثربخش‌تر از درمان مبتنی بر اینترنت در افسردگی شد. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت در پژوهش حاضر درمان شناختی- رفتاری بی‌خوابی سنتی و مبتنی بر اینترنت با اصلاح رفتارها، باورها و افکار مخرب خواب به کاهش بی‌خوابی و افسردگی منجر شد.



یادداشت ها

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. cognitive behavioural therapy | 2. stimulus control |
| 3. sleep restriction | 4. relaxation |
| 5. Spielman | 6. PiHsburgh Sleep Quality Index |
| 7. Beck Depression Inventory | 8. adenosine |

● منابع

شریفی ونداد، اسعدی سیدمحمد، محمدی محمدرضا، امینی همایون، کاویانی حسین، سمنانی یوسف و همکاران (۱۳۸۳) پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای

DSM-IV (SCID)، تازه‌های علوم شناختی، ۶ (۱)، ۱۰.

Babson, K. A., & Feldner, M. T. (2015). *Sleep and affect: Assessment, theory, and clinical implications*. United States: Elsevier Science.

Babson, K., Feldner, M., Badour, C., Trainor, C., Blumenthal, H., Sachs-Ericsson, N., & Schmidt, N. (2011). Posttraumatic stress and sleep: Differential relations across types of symptoms and sleep problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 706–713. doi:10.1016/j.janxdis.2011.03.007

Blom, K., Jernelöv, S., Kraepelien, M., Bergdahl, M. O., Jungmarker, K., Ankartjärn, L., & Kaldo, V. (2015). *Internet treatment addressing either insomnia or depression, for patients with both diagnoses: A Randomized trial. SLEEP*, 38(2), 267–277. doi:10.5665/sleep.4412

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.

Cockayne, N. L., Christensen, H. M., Griffiths, K. M., Naismith, S. L., Hickie, I. B., Thorndike, F. P., & Glozier, N. S. (2015). The sleep or mood novel adjunctive therapy (SOMNA) trial: A study protocol for a randomised controlled trial evaluating an internet-delivered cognitive behavioural therapy program for insomnia on outcomes of standard treatment for depression in men. *BMC Psychiatry*, 15(1), 16.

Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J.-P., & Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 32(1), 55–64. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625324/>

Edinger, J. D., & Carney, C. E. (2015). *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach workbook: A cognitive-behavioral therapy approach workbook* (2nd ed.). 198 Madison Avenue, New York, NY: Oxford University Press, USA.

- Espie, C. A. (2002). Insomnia: Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 215–243. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135243
- Harrington, R. (2013). *Stress, health and well-being: Thriving in the 21st century*. Boston, MA, United States: CENGAGE Learning Custom Publishing.
- Kaldo, V., Jernelöv, S., Blom, K., Ljótsson, B., Brodin, M., Jörgensen, M., & Lindfors, N. (2015). Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment – A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 90–100. doi:10.1016/j.brat.2015.06.001
- Knudsen, H. K., Ducharme, L. J., & Roman, P. M. (2007). Job stress and poor sleep quality: Data from an American sample of full-time workers. *Social Science & Medicine*, 64(10), 1997–2007.
- Lancee, J., van den Bout, J., van Straten, A., & Spoormaker, V. I. (2012). Internet-delivered or mailed self-help treatment for insomnia? A randomized waiting-list controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(1), 22–29. doi:10.1016/j.brat.2011.09.012
- Leggett, M. K. (2014). Cognitive-behavioral therapy for insomnia. In W. V. McCall (Ed.), *Advances in the management of primary and secondary insomnia* (pp. 56–70). Future Medicine Ltd
- Lian, Y., Xiao, J., Liu, Y., Ning, L., Guan, S., Ge, H., & Liu, J. (2015). Associations between insomnia, sleep duration and poor work ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 45–51.
- Lovato, N., Lack, L., Wright, H., & Kennaway, D. (2014). Evaluation of a brief treatment program of cognitive behavior therapy for insomnia in older adults. SLEEP. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.3320>
- McCurry, S. M., Shortreed, S. M., Von Korff, M., Balderson, B. H., Baker, L. D., Rybarczyk, B. D., & Vitiello, M. V. (2014). *Who benefits from CBT for insomnia in primary care? Important patient selection and trial design lessons from longitudinal results of the lifestyles trial*. 37(2), 299–308.
- Minkel, J. D., McNealy, K., Gianaros, P. J., Drabant, E. M., Gross, J. J., Manuck, S. B., & Hariri, A. R. (2012). Sleep quality and neural circuit function supporting emotion regulation. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 2(1), 22. doi:10.1186/2045-5380-2-22.
- Perlis, M. L., Smith, L. J., Lyness, J. M., Matteson, S. R., Pigeon, W. R., Jungquist, C. R., & Tu, X. (2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(2), 104–113.

- Sateia, M., & Buysse, D. (2010). *Insomnia* (1st ed.). Colchester: Informa Healthcare.
- Schwartz, J., & Roth, T. (2008). Neurophysiology of sleep and wakefulness: Basic science and clinical implications. *Current Neuropharmacology*, 6(4), 367–378. doi:10.2174/157015908787386050
- Staner, L. (2010). Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Medicine Reviews*, 14(1), 35–46.
- Sunderajan, P., Gaynes, B. N., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Fava, M., Akingbala, F., & Trivedi, M. H. (2010). Insomnia in patients with depression: A STAR*D report. *CNS Spectr*, 15(6), 394–404.
- Swift, N., Stewart, R., Andiappan, M., Smith, A., Espie, C. A., & Brown, J. S. L. (2012). The effectiveness of community day-long CBT-I workshops for participants with insomnia symptoms: A randomised controlled trial. *Journal of Sleep Research*, 21(3), 270–280. doi:10.1111/j.1365-2869.2011.00940.x
- Van Straten, A., & Cuijpers, P. (2009). Self-help therapy for insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 13(1), 61–71. doi:10.1016/j.smr.2008.04.006
- Wise, J. (2015). Cognitive behavioural therapy can help chronic insomnia, review finds. *BMJ*, 350(jun08 14), h3076–h3076. doi:10.1136/bmj.h3076
- Yang, C.-M., Spielman, A. J., & Glovinsky, P. (2006). Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(4), 895–919. doi:10.1016/j.psc.2006.09.005
- Ye, Y., Zhang, Y., Chen, J., Liu & J., Li (2015). *Internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves Comorbid anxiety and depression—A meta-analysis of randomized controlled trials. PLOS ONE*, 10(11), e0142258. doi:10.1371/journal.pone.0142258



پیش‌بینی سرزندگی تحصیلی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی □

The Prediction of Academic Buoyancy Based on Personality Traits: Mediational Effect of Self-Compassion □

Mina Mahbod, PhD ✉

Farhad Khormai, PhD

دکتر مینا مهبد*

دکتر فرهاد خرمایی*

Abstract

The present study examined the mediating role of self-compassion between personality traits and academic buoyancy. The participants were 310 students (169 girls and 141 boys) from Shiraz University selected by multistage random cluster sampling method. The participants completed three measures: Academic Buoyancy Scale, Self-Compassion Scale (2003) and Big-Five Factor Personality Inventory. Cronbach alpha coefficient was used for examining the reliability of the scales. To determine the validity, internal consistency and factor analysis were applied. The results indicated that the model had a good fitness with the data. There were direct effects of extroversion, neuroticism, agreeableness, openness to experience on self-compassion. Overall, results showed that self-compassion could be regarded as mediator between personality traits and academic buoyancy.

Keywords: personality traits, self-compassion, academic buoyancy

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت، سرزندگی تحصیلی با واسطه-گری خودشفقت‌ورزی دانشجویان انجام پذیرفت. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۴۹۲ نفر (۲۵۱ دختر و ۲۴۱ پسر) از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز بودند که بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. به منظور بررسی متغیرهای پژوهش هر یک از شرکت‌کنندگان، مقیاس سرزندگی تحصیلی، مقیاس خودشفقت‌ورزی و سیاهه پنج عامل بزرگ شخصیت، را تکمیل نمودند. اعتبار ابزارهای پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ و روایی آن‌ها به کمک روش همسانی درونی و تحلیل عامل تعیین شد. نتایج حاکی از روایی و اعتبار قابل قبول مقیاس‌ها بود. نتایج تحلیل مسیر از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل پیشنهادی با داده‌های این پژوهش برازش مناسبی دارد و چهار بعد از ابعاد پنج عامل بزرگ شخصیت (برون-گرایی، روان‌آزردگی‌گرایی توافق‌پذیری و گشودگی به تجربه) پیش‌بینی‌کننده خودشفقت‌ورزی بود و همین ابعاد به واسطه خودشفقت‌ورزی بر سرزندگی تحصیلی اثر غیرمستقیم داشتند. نتایج بیانگر آن است که عوامل شخصیتی، سطح خودشفقت‌ورزی را پیش‌بینی و سرزندگی تحصیلی را تعیین می‌کند.

کلیدواژه‌ها: خصیصه‌های شخصیتی، خودشفقت‌ورزی، سرزندگی تحصیلی

□ Department of Educational Psychology, Shiraz University, Shiraz, I. R. Iran.
✉ Email: minmah2431bod@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۹ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۷/۳
* بخش روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز

● مقدمه

انسان در پهنه زندگی با موانع و مسائلی روبروست که پی‌درپی توانمندی‌های او را به چالش می‌کشد، مشکلاتی که مدیریت شرایط و ناکامی‌ها را می‌طلبد (کار، ۱۳۸۵). در این میان بخش قابل‌توجهی از چالش‌های زندگی مربوط به دوره نوجوانی است که چالش‌های تحصیلی (همچون نمرات ضعیف، سطوح تنیدگی، تهدید اعتمادبه‌نفس، کاهش انگیزش) از جمله این موارد است. دوران تحصیل، برهه‌ای از زندگی است که در آن تغییرات شناختی و اجتماعی سریعی رخ می‌دهد (اسپیر، ۲۰۰۰) و از جمله توانمندی‌هایی که قابلیت فرد در برابر تهدیدها و تنیدگی‌های تحصیلی را افزایش می‌دهد، «سرزندگی تحصیلی»^۱ است. این سازه به‌صورت توانایی دانش‌آموزان برای موفقیت در برخورد با موانع و چالش‌هایی که در مسیر زندگی تحصیلی معمول هستند، تعریف شده است (مارتین و مارش، ۲۰۰۸). همچنین سرزندگی تحصیلی به پاسخ مثبت، سازنده و انطباقی به انواع چالش‌ها و موانعی که در عرصه مداوم و جاری تحصیلی، تجربه می‌شوند، اشاره دارد (پوتواین و همکاران، ۲۰۱۱).

پژوهش‌های پیشین کمتر به سازه‌های چون «سرزندگی تحصیلی» پرداخته‌اند اما محققان طیف وسیعی از متغیرهای پیش‌بین را برای «تاب‌آوری تحصیلی»^۲ معرفی کرده‌اند. متغیرهایی که ظرفیت دانش‌آموزان را برای مدیریت موانع و ناکامی‌های تحصیلی ارتقا می‌بخشند. این سازه‌ها در پژوهش‌های پیشین عموماً به دو دسته «عوامل دور» (مانند جایگاه اجتماعی-اقتصادی، قومیت) و «عوامل نزدیک» (مانند عوامل روانشناختی، عوامل مرتبط با مدرسه) قابل تفکیک‌اند (مارتین و مارش، ۲۰۰۸). از آن‌جهت که عوامل نزدیک همچون عوامل روانشناختی عموماً انعطاف‌پذیر و قابل دست‌کاری هستند (کاپلا و وینستین، ۲۰۰۱)، توجه پژوهش حاضر را به خود جلب نموده‌اند.

زمانی که صحبت از عوامل روانشناختی به میان می‌آید، بررسی پیشایندهای شخصیتی در رأس قرار می‌گیرد. هر «ویژگی ثابت شخصیت»، رویکرد فرد را نسبت به موقعیت‌های تنیدگی‌زا محدود می‌سازد، زیرا سبک‌های ویژه تفکر و رفتار، اجازه پاسخ‌های معین و محدودی را می‌دهند. در یک تعریف نسبتاً پذیرفته شده در نظریه پنج عامل بزرگ شخصیت، شخصیت به‌عنوان الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش‌ها، یا ویژگی‌هایی که تا اندازه‌ای به

رفتار افراد دوام می‌بخشد، توصیف شده است (گلدبرگ، ۱۹۸۱).

یکی از نافذترین نظریه‌های شخصیتی معاصر، مدل پنج عامل بزرگ شخصیت (FFM)^۳ یا پنج بزرگ است (دیگمن، ۱۹۹۰؛ گلدبرگ، ۱۹۹۲؛ جان، ۱۹۹۰؛ ویگینز و پینکاس، ۱۹۹۲). این مدل بر اساس بینش‌های آیزنک، کتل و دیگران بنا شده است (مک کری، ۲۰۰۰). بر اساس این مدل، انسان موجودی است که روش زندگی خود را درک می‌نماید و توانایی تجزیه و تحلیل کنش‌ها و واکنش‌های خود را دارد (مک کری و کاستا، ۱۹۹۶).

کاستا و مک کری (۱۹۸۷) برای سنجش شخصیت، پنج عامل بزرگ را شامل برون‌گرایی در مقابل «درون‌گرایی»، «توافق‌پذیری» در مقابل «دگرستیزی»، «وظیفه‌گرایی» در مقابل «مسامحه‌کاری»، «روان‌آزردگی‌گرایی» در مقابل «ثبات هیجانی» و «گشودگی به تجربه» در مقابل «بسته بودن در تجربه» را مطرح کردند. برون‌گرایی (E) به تمایل فرد برای گرمی، «گروه‌گرایی»، «قاطع بودن»، «فعالیت»، «هیجان‌خواهی» و «هیجان مثبت» اشاره می‌کند، درحالی‌که توافق‌پذیری (A) به گرایش فرد برای اعتماد، «رک‌گویی»، «نوع‌دوستی»، «همراهی»، «فروتنی» و «دل‌رحمی» اطلاق می‌شود (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲).

همچنین شایستگی، «نظم و ترتیب»، «وظیفه‌شناسی»، تلاش برای موفقیت، خویشتن‌داری و «محتاط بودن در تصمیم»، وظیفه‌گرایی (C) را نشان می‌دهد و اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، شرم، «تکانش‌گری» و «آسیب‌پذیری» به روان‌آزردگی‌گرایی اشاره دارد. سرانجام گشودگی در تجربه (O) به «تخیل»، «زیبایپسندهی»، احساسات، اعمال، ایده‌ها و ارزش‌ها اطلاق می‌گردد (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲).

بر اساس مدل انتخاب-مقابله افتراقی بلوگر^۴ و زوکرمز^۵ (۱۹۹۷) راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده در رویایی با تنش، تعیین‌کننده پیامدهای مثبت یا منفی هستند و نوع راهبردهای مقابله‌ای انتخاب شده، به صفات شخصیتی افراد بستگی دارد (بارتلی و روش، ۲۰۱۱). درواقع طبق این مدل، شخصیت از طریق تأثیر بر میزان رویارویی با تنش، تأثیر بر نوع واکنش به آن یا تأثیر بر هر دو زمینه بر فرایندهای مرتبط با تنش تأثیر می‌گذارد (لاندر و کاستیلو، ۲۰۱۰). در نتیجه از آنجا که صفات شخصیتی خاص افراد، به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای متفاوت را ترغیب می‌کنند، افراد به‌صورت متفاوت به تنش پاسخ می‌دهند (بارتلی و روش، ۲۰۱۱). بر این اساس سرزندگی تحصیلی فرد و توان مقابله و سازگاری وی با

موانع آموزشگاهی نیز تا حد زیادی در گرو کیفیت ویژگی‌های شخصیتی است. این ارتباط از سوی تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از تحقیقات پیشین مورد تأیید است (چامورو-پرموزیک و فرنهام، ۲۰۰۳؛ دیست، ۲۰۰۳؛ ماتیز و دورن، ۱۹۹۵؛ کمپل - سیلس، کوهن و استین، ۲۰۰۶؛ همنور، ۲۰۰۳؛ توگید و فردریکسون، ۲۰۰۴؛ پانلی و همکاران، ۲۰۰۳؛ برایلی، دومیتوکس و توکر- دراب، ۲۰۱۴؛ شگری و همکاران، ۱۳۸۶؛ بشارت، ۱۳۸۶؛ تقوایی‌نیا، هاشمی، نیکدل و شهریاری، ۱۳۹۶).

از سوی دیگر با تکیه بر تحقیقات پیشین (رودباری و حسین چاری، ۱۳۸۸؛ ژانگ و آروی، ۲۰۰۹؛ کاهلر و همکاران، ۲۰۰۳) احتمال می‌رود که ویژگی‌های شخصیتی نه تنها به‌طور مستقیم، بلکه به‌واسطه عوامل میانجی بر متغیرهای تحصیلی اعمال نفوذ کنند. این امر لزوم بررسی متغیرهای فرایندی را در بررسی سرزندگی تحصیلی نشان می‌دهد. در میان انبوه متغیرهای میانجی، اخیراً سازه‌هایی مورد عنایت پژوهشگران واقع شده‌اند که به نوعی فلسفه تفکر غرب و شرق را به‌منظور بهزیستی هر چه بیشتر بشر پیوند می‌دهند.

از تفکر شرق آنچه که توجه روانشناسان غربی را بسیار به خود معطوف نموده، ایده‌های «بودا» است. چراکه «روانشناسی بودا» به‌طور گسترده‌ای بر فهم و تحلیل طبیعت «خود» تمرکز دارد و بسیاری از دیدگاه‌های آن برای محققان علاقه‌مند به حیطه فرایندهای خود مفید است (برای مثال گالاگر و شیر، ۱۹۹۹). «خودشفقت‌ورزی» از سازه‌های نو در این حوزه است. این سازه اولین بار توسط کریستین نف (۲۰۰۳) مطرح شد. به‌واسطه کوشش‌های وی این مفهوم تعریف شد و ارتباط آن با سایر عملکردهای روانشناختی مشخص گردید.

در غرب «دلسوزی»^۶ به معنای نشان دادن شفقت به دیگران است، اما در روانشناسی بودا، دلسوزی و مهربانی به خود به همان اندازه دلسوزی به دیگران اهمیت دارد. بر این اساس اگر یک فرد دلسوز و مهربان نسبت به احساسات دیگران باز بوده، تلاش خود را برای کاهش دردهای آنها می‌کند، درکی بدون قضاوت از آنان داشته و تمام افراد بشر را جایز الخطا می‌پندارد، یک شخص خودشفقت‌ورز نیز احساس مشابهی از مراقبت، مهربانی و درک بدون قضاوت از خود داشته و تجربه خود را به‌عنوان بخشی از تجربه همگانی بشر می‌پذیرد (نف، ۲۰۱۵).

نف (۲۰۰۳) سه حوزه را برای تعریف خودشفقت‌ورزی مطرح کرد و اولین حیطه را

«ذهن آگاهی» در برابر «غرق‌شدگی» نامید. حالت ذهنی پذیرا (بدون قضاوت) که در آن فرد افکار و احساسات خود را نظاره کرده بدون اینکه تلاشی در جهت تغییر، سرکوب یا غرق شدن در آن بنماید (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین فرد برخوردار از خودشفقت‌ورزی احساسات خود را سرکوب نکرده و از آنها نمی‌گریزد، بلکه وجود آنها را تصدیق کرده و به هیجان‌اتش نزدیک می‌گردد. در عین حال احساسات وی زمام اختیار را از او نگرفته و او را به این‌وآن سو نمی‌کشاند. حوزه دوم خودشفقت‌ورزی تحت عنوان «خودمهربانی» در برابر «خودقضاوتی» مطرح شد. این حیطة به پذیرش و درک احساسات، افکار، خطاها و بی‌کفایتی‌ها بدون قضاوت، سرزنش خویشتن یا «خودانتقادی»، اطلاق می‌گردد. سرانجام حوزه آخر، حس اشتراک با بشریت در برابر «انزوا» است. حسی که فرد را به برشمردن موانع، افکار و احساسات منفی به‌عنوان جزئی از تجربه همگانی بشر به‌جای احساس تنهایی و انزوا، متمایل می‌کند.

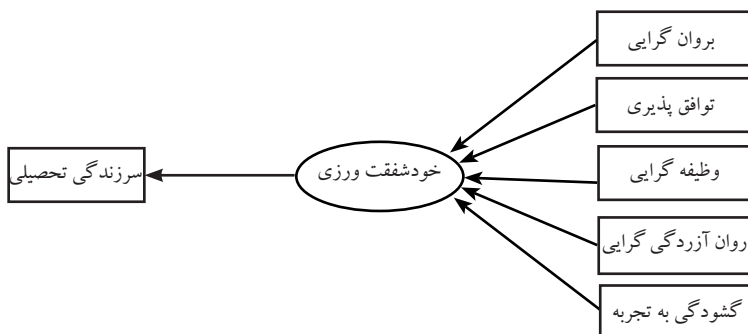
درواقع، خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد «تنظیم هیجانی» در نظر گرفته شود، که از طریق آن احساسات دردناک و پریشان‌کننده رانده نمی‌شوند، بلکه با آگاهی و مهربانی، به‌عنوان بخشی از تجربه همگانی بشر، درک می‌شوند. بر این اساس، احساسات منفی به هیجان‌ات مثبت تبدیل شده و به درک و فهم روشن‌تر شخص از موقعیت و سازگاری بیشتر وی با محیط منجر می‌گردد (فولکمن و ماسکویز، ۲۰۰۰؛ آيسن، ۲۰۰۰). چنین شرایطی حرمت خود و سلامت روان فرد را زمینه‌سازی خواهد کرد (نف، ۲۰۱۶؛ نف و فاسو، ۲۰۱۴؛ نف و کاستیگان، ۲۰۱۴). پژوهش‌های پیشین همچنین نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی رابطه‌ای مثبت و قدرتمند با موفقیت تحصیلی دارد (نف، سیه و دجیتهیرات، ۲۰۰۵)، همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد، این سازه پیش‌بینی‌کننده‌ای قدرتمند برای واکنش‌های هیجانی و شناختی نسبت به رویدادهای منفی زندگی روزمره است. خودشفقت‌ورزی فرد را هنگام رویارویی با چالش‌ها در برابر احساسات منفی بیمه می‌کند و هیجان‌ات دردناک را تعدیل می‌نماید (کیونگ، ۲۰۱۳؛ لری و همکاران، ۲۰۰۷؛ شاپیرو، براون و بیگل، ۲۰۰۷؛ نف، ۲۰۰۹). بر این اساس انتظار می‌رود که این سازه به‌عنوان یک متغیر فرایندی از ویژگی‌های شخصیتی تأثیر پذیرفته (شکری و همکاران، ۱۳۸۴؛ نف، کیرکپاتریک و رود، ۲۰۰۷؛ اردل و همکاران، ۲۰۰۹؛ رابینز و همکاران، ۲۰۰۱؛ امیرعضدی و امیرعضدی، ۲۰۱۱؛ هرن و میشل،

۲۰۰۳) و بر کیفیت سرزندگی تحصیلی تأثیر بگذارد. در ارتباط با نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی کامپس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی نقش مدرسه با مراقبه و شادی با واسطه‌گری ذهن‌آگاهی و خودشفقت‌ورزی پرداختند. نتایج تجزیه‌وتحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که جنبه (مشاهده و آگاهی) از ذهن‌آگاهی و دو مؤلفه خود‌مهربانی و انسانیت مشترک از خودشفقت‌ورزی بهترین پیش‌بینی‌کننده نشاط است.

در ارتباط با مبانی نظری مدل پژوهش حاضر، «مدل یادگیری انطباقی»^۷ بوکارتس و نمپویرتا (۲۰۰۰) برگرفته از نظریه‌های شناختی - اجتماعی، به‌طور کامل آرایش متغیرهای مدل پژوهش حاضر را تبیین می‌کند. بوکارتس و نمپویرتا (۲۰۰۰) فرض کردند که اگر فرد با بررسی ویژگی‌های شخصیتی، خود را در مقابله با شرایط تحصیلی توانمند ببیند و در حل‌وفصل چالش‌ها احساس کنترل درونی کند (به این معنا که مهارت و دانش خود را در سطح بالا ارزیابی کند و یا به لحاظ روانی خود را آماده بداند)، مدل کارکرد درونی وی مثبت خواهد بود و ارزیابی فرد از شرایط، مقاصد یادگیری را شکل می‌دهد. در نتیجه فرد انرژی خود را در مسیر یادگیری و رفتارهای مثبت تحصیلی صرف می‌کند، در غیر این صورت وارد مسیر مقابله‌ای شده و از سازوکارهای دفاعی برای حفظ باقی‌مانده انرژی خود سود می‌جوید، به این معنا که برای محافظت از نظام خود، مسئولیت را بیرونی کرده (راهبرد مقابله‌ای) و کژ رفتاری‌های تحصیلی را از سر می‌گیرد. مسیر یادگیری این مدل گویای چگونگی چینش متغیرهای مدل پیشنهادی پژوهش حاضر است. به این معنا که چنانچه پنج عامل بزرگ شخصیت به‌عنوان یک منبع شخصی، فرد را به ارزیابی مثبتی در ارتباط با توانمندی‌های خود برساند، راهبردهای سازش‌یافته‌ای برای یادگیری همچون خودشفقت‌ورزی را آغازگر خواهد بود و نهایتاً باعث کنش مثبت یادگیرنده در فضای آموزشی (سرزندگی تحصیلی) خواهد شد.

در این میان نکته حائز توجه این‌که مطالعه سازه «خودشفقت‌ورزی» در داخل کشور با غفلت مواجه شده است و همچنین پژوهش‌های اندکی به مطالعه متغیر سرزندگی تحصیلی پرداخته‌اند. علاوه بر این، چه در داخل و چه در خارج از کشور، محققان از بررسی نقش واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی در رابطه بین عوامل شخصیتی و سرزندگی تحصیلی غفلت ورزیده‌اند. اگرچه رابطه خودشفقت‌ورزی با عوامل شخصیتی مورد توجه پژوهشگران پیشین بوده است، «سرزندگی تحصیلی» به‌عنوان متغیر ملاک در ارتباط با دو سازه یادشده موضوع

بحث محققان واقع نشده است. بر این اساس هدف اساسی پژوهش حاضر بر کردن چنین شکافی است و تحقیق پیشرو در پی تعیین نقش واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی در رابطه بین ابعاد پنج عامل بزرگ شخصیت و سرزندگی تحصیلی است. برپایه دیدگاه بوکارتس و نمبیرتا (۲۰۰۰) پژوهش حاضر در قالب یک مدل فرضی در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا خودشفقت‌ورزی نقش واسطه‌ای در رابطه بین ابعاد شخصیت و سرزندگی تحصیلی ایفا می‌کند؟ مدل مفهومی روابط بین متغیرهای پژوهش در شکل ۱ آورده شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی روابط بین متغیرهای پژوهش

● روش

این پژوهش از نوع همبستگی بوده که در آن روابط بین متغیر پیشبین (پنج عامل بزرگ شخصیت)، متغیر واسطه‌ای (خودشفقت‌ورزی) و متغیر ملاک (سرزندگی تحصیلی) در قالب الگوی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفته است. «جامعه آماری» این پژوهش، دانشجویان مقطع کارشناسی رشته‌های مختلف دانشگاه شیراز هستند. شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل ۲۹۴ دانشجوی مقطع کارشناسی (۱۵۲ دختر و ۱۴۲ پسر) از دانشکده‌های مختلف دانشگاه شیراز بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند؛ تعداد افراد نمونه بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۱)، حدوداً ۵ برابر تعداد گویه‌های ابزار به کار رفته در پژوهش در نظر گرفته شد.

● ابزار

□ الف: مقیاس سرزندگی تحصیلی^۸: حسین چاری و دهقانی زاده (۱۳۹۱) مقیاس

سرزندگی تحصیلی را با الگوگیری از مقیاس سرزندگی تحصیلی مارتین و مارش (۲۰۰۶) که دارای ۴ ماده است، توسعه دادند. این مقیاس برای بررسی توانایی دانش‌آموزان در برخورد با موانع و چالش‌هایی که در مسیر زندگی تحصیلی معمول هستند، طراحی شده است. بررسی خصوصیات روان‌سنجی این ابزار توسط حسین‌چاری و دهقانی‌زاده (۱۳۹۱) نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برابر $0/80$ و ضریب بازآزمایی برابر با $0/73$ بود. همچنین دامنه همبستگی ماده‌ها با نمره کل را بین $0/51$ تا $0/68$ به دست آوردند. این نتایج حاکی از آن است که ماده‌ها از همسانی درونی و ثبات رضایت‌بخشی برخوردارند. همچنین نتایج بررسی ساختار عاملی مقیاس از طریق تحلیل عاملی توسط این دو محقق، نشان داد که ۹ ماده موردنظر در مجموع ۳۷ درصد از واریانس متغیر سرزندگی تحصیلی را تبیین می‌کند. در این پژوهش به منظور تعیین روایی از روش تحلیل ماده استفاده شد و ضریب همبستگی هر ماده با نمره کل بین $0/56$ تا $0/74$ بود که نشان از روایی مطلوب ابزار است. همچنین به منظور تعیین اعتبار مقیاس مذکور، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار $0/84$ به دست آمد.

□ **ب: مقیاس خودشفقت‌ورزی**^۹: این مقیاس توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شد و شامل ۲۶ ماده و ۶ خرده مقیاس ذهن آگاهی (۴ ماده) در برابر غرق‌شدگی (۴ ماده)، خودمهربانی (۵ ماده) در برابر خودقضاتوی (۵ ماده) و حس اشتراک با بشریت (۴ ماده) در برابر انزوا (۴ ماده) است. نمره‌گذاری سؤالات از نوع لیکرت بود. نف (۲۰۰۳) برای تعیین ساختار عاملی تأییدی این مقیاس، از نرم افزار لیزرل استفاده نمود که روایی مطلوب مقیاس را تأیید نمود. اعتبار درونی سازه نیز برای چهار ماده ذهن آگاهی $0/75$ و برای غرق‌شدگی $0/81$ به دست آمد. ضرایب CFI و NNFI برای خودمهربانی و خودقضاتوی به ترتیب $0/88$ و $0/91$ و اعتبار درونی سازه برای خودمهربانی، $0/78$ و برای خودقضاتوی، $0/77$ به دست آمد. این ضرایب برای خرده مقیاس سوم $0/99$ (CFI) و $0/99$ (NNFI) در نظر گرفته شد و اعتبار درونی سازه، $0/80$ برای حس اشتراک با بشریت و $0/79$ برای انزوا، نشان از نیکویی برازش مدل داشت.

□ **ج: سیاهه پنج عامل بزرگ شخصیت**^{۱۰}: ابزارهای متعددی برای ارزیابی پنج عامل بزرگ شخصیت طراحی شده است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه شده پرسشنامه گلدبرگ (۱۹۹۹) که توسط خرمایی و همکاران (۱۳۹۲) ساخته شده است، استفاده شد. این مقیاس

دارای ۲۵ ماده است و مقیاس آن از نوع لیکرت بود. برای تعیین روایی این سیاهه خرمائی و همکاران (۱۳۹۲) از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده نمودند. نتایج تحلیل عوامل، استقلال پنج عامل بزرگ را مورد تأیید قرار داد. برای تعیین اعتبار، سازندگان ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده نمودند و برای عامل روان نژندگرای، توافق‌پذیری، وظیفه‌گرایی، برون‌گرایی و گشودگی در تجربه به ترتیب مقادیر ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۶۹ به دست آمد.

در پژوهش حاضر، تعیین روایی مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی هر ماده با خرده مقیاس مربوط به خودش به دست آمد که ضرایب در دامنه‌ای میان ۰/۳۵ و ۰/۸۲ واقع شدند. همچنین به منظور تعیین اعتبار مقیاس مذکور، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای برون‌گرایی، توافق‌پذیری، وظیفه‌گرایی، روان‌آزردگی گرای و گشودگی در تجربه به ترتیب برابر ۰/۷۳، ۰/۷۶، ۰/۷۱، ۰/۸۳، ۰/۵۲ به دست آمد.

● یافته‌ها

اطلاعات توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمرات
برون‌گرایی	۱۵/۵۲	۳/۸۵	۶-۲۵
توافق‌پذیری	۱۹/۴۷	۳/۳۳	۱۰-۲۵
وظیفه‌گرایی	۱۶/۳۷	۳/۶۸	۷-۲۵
روان‌آزردگی گرای	۱۵/۷۱	۴/۴۹	۶-۲۴
گشودگی به تجربه	۱۸/۶۹	۲/۷۹	۱۰-۲۵
خودشفتت‌ورزی	۷۴/۰۹	۱۲/۱۴	۱۰۸-۳۵
سرزندگی تحصیلی	۳۳/۴۴	۶/۱۳	۱۷-۴۵

جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای مدل پیشنهادی را نشان می‌دهد.

برای بررسی رابطه و ویژگی‌های شخصیتی با سرزندگی تحصیلی از طریق خودشفتت‌ورزی، از روش معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار لیموس (نسخه ۲۱) استفاده شد.

جهت بررسی مفروضه‌های زیربنایی مدل یابی معادلات ساختاری، خطی بودن رابطه

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- برون‌گرایی						
۲- توافق‌پذیری	۰/۱۹*					
۳- وظیفه‌گرایی	۰/۰۲	۰/۲۹**				
۴- روان‌آزردگی‌گرایی	-۰/۰۳	-۰/۱۰	-۰/۴۸*			
۵- گشودگی به تجربه	۰/۳۲**	۰/۳۳*	۰/۲۸*	-۰/۱۰		
۶- خودشفقت‌ورزی	۰/۱۸*	۰/۲۲**	۰/۳۸*	-۰/۶۱*	۰/۲۲*	
۷- سرزندگی تحصیلی	۰/۱۰	۰/۱۲**	۰/۰۱	-۰/۱۳**	۰/۱۵**	۰/۲۲**

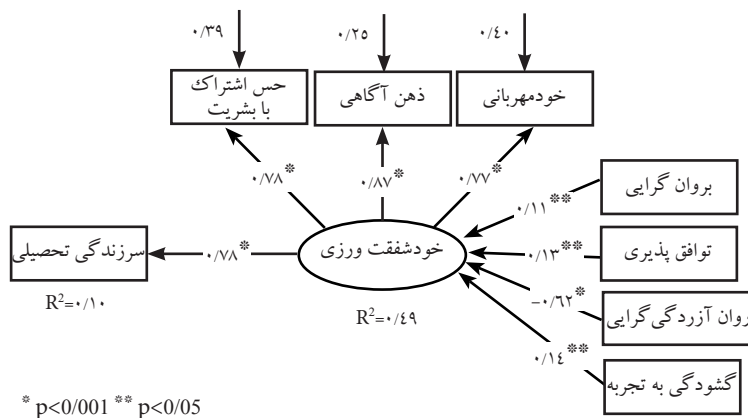
* p=0/01 ** p=0/05

متغیرهای پژوهش، ماتریس‌های نمودار پراکنندگی و همچنین نمودار پراکنندگی باقیمانده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در ماتریس نمودارهای پراکنندگی، تمامی نمودارها تقریباً بیضی‌شکل بوده و خطی بودن رابطه متغیرهای مشاهده‌شده پژوهش را نشان دادند. نمودار پراکنندگی باقیمانده‌ها نیز منحنی شکل نبوده و به‌صورت مستطیلی در اطراف مقدار باقیمانده‌های صفر متمرکز بود که حاکی از رابطه خطی بین نمره‌های متغیر وابسته پیش‌بینی‌شده و خطاهای پیش‌بین است.

در پژوهش حاضر، هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین نیز با استفاده از آماره تحمل^{۱۱} و عامل تورم واریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ارزش‌های تحمل به‌دست‌آمده برای متغیرها، بالای ۰/۰۱ هستند و نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه متغیرها است، همچنین مقدار عامل تورم واریانس به‌دست‌آمده برای متغیرها، کوچک‌تر از ۱۰ بودند که نشان‌دهنده عدم هم‌خطی چندگانه میان متغیرهای پیش‌بین است.

مدل‌های معادلات ساختاری به‌طور معمول ترکیبی از مدل‌های اندازه‌گیری و مدل‌های ساختاری اند (قاسمی، ۱۳۸۹). مدل ساختاری آزمون و مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش در شکل ۲ آمده است. ضرایب مسیر در این شکل، حاکی از معنادار بودن مسیرهای مستقیم مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری است که نشانه معرف بودن همه زیر مقیاس‌ها برای متغیر مربوطه است.

لازم به ذکر است که مقدار واریانس تبیین‌شده برای متغیر خود شفقت‌ورزی و سرزندگی تحصیلی به ترتیب برابر ۰/۴۹ و ۰/۱۰ است. درکل نتایج روش معادلات ساختاری نشان داد



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

که مدل پیشنهادی پژوهش حاضر از برازش مطلوبی برخوردار است و با استفاده از شاخص های نیکویی برازش که در جدول ۳ قابل مشاهده است، مدل تأیید شد.

جدول ۳. شاخص های برازش مدل نهایی

شاخص	X^2	df	X^2/df	NFI	CFI	IFI	GFI	RMSEA
مقادیر	۴۸/۶۸	۲۱	۲/۳۲	۰/۹۴	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۰۷

در جدول ۴ ضرایب مسیر مدل اندازه گیری به همراه مقدار t آمده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون مدل اندازه گیری

متغیرهای مشاهده شده	خودشفقت ورزی
خودمهربانی	۰/۷۷ (۱۳/۳۶)
ذهن آگاهی	۰/۸۷ (۱۴/۷۵)
حس اشتراک با بشریت	۰/۷۸ (s)

اعداد داخل پرانتز مقادیر آزمون t است. s، مقیاس است که در آن، آزمون t محاسبه نشده است. معمولاً در الگوی معادلات ساختاری یکی از نشانگرها به عنوان مقیاس انتخاب می شود. روابط ساختاری متغیرهای موجود در مدل که شامل اثرات مستقیم متغیرهاست در جدول ۵ آمده است.

با توجه به اطلاعات مندرج در مدل آزمون شده و جدول ۵، فرضیه های پژوهش تأیید

جدول ۵. اثرات مستقیم متغیرهای موجود در مدل

روابط متغیرها در مدل	مقدار برآورد	مقدار معیار شده	خطای معیار	مقدار t	سطح معناداری
برون‌گرایی بر خودشفقت ورزی	۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۰۵	۲/۱۱	۰/۰۵
توافق‌پذیری بر خودشفقت ورزی	۰/۱۴	۰/۱۳	۰/۰۶	۲/۴۲	۰/۰۵
روان‌آزردگی گرایي بر خودشفقت ورزی	-۰/۶۲	-۰/۴۸	۰/۰۵	۱۰/۰۲	۰/۰۰۰۱
گشودگی به تجربه بر خودشفقت ورزی	۰/۱۷	۰/۱۴	۰/۰۷	۲/۴۹	۰/۰۵
خودشفقت ورزی بر سرزندگی تحصیلی	۰/۴۲	۰/۲۴	۰/۱۱	۳/۴۰	۰/۰۰۰۱

گردید. برای برآورد و تعیین معناداری مسیر غیرمستقیم از روش بوت/ستراب^{۱۲} در نرم‌افزار ایموس استفاده گردید و نتایج این تحلیل در جدول ۶ گزارش شده است. همان‌گونه که در این جدول گزارش شده است مسیر غیرمستقیم مدل معنادار است و این امر نشان‌دهنده معنی داری نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی (به‌استثنای وظیفه‌گرایی) و سرزندگی تحصیلی است.

جدول ۶. برآورد مسیر غیرمستقیم مدل با استفاده از بوت استراب

مسیر غیرمستقیم	مقدار	حد پایین	حد بالا	معناداری
برون‌گرایی به سرزندگی تحصیلی با واسطه خودشفقت ورزی	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۲
توافق‌پذیری به سرزندگی تحصیلی با واسطه خودشفقت ورزی	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۲
روان‌آزردگی گرایي به سرزندگی تحصیلی با واسطه خودشفقت ورزی	-۰/۱۵	-۰/۲۱	-۰/۰۹	۰/۰۰۲
گشودگی به تجربه به سرزندگی تحصیلی با واسطه خودشفقت ورزی	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۱

● بحث و نتیجه‌گیری

○ پژوهش حاضر باهدف تعیین نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در رابطه پنج‌عامل شخصیت و سرزندگی تحصیلی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که چهار بعد از ابعاد ویژگی‌های شخصیتی به واسطه‌گری «خودشفقت‌ورزی» بر «سرزندگی تحصیلی» اثر دارند. خودشفقت‌ورزی سازه‌نویسی است و پژوهشی که نقش واسطه‌ای آن را بررسی نموده باشد یافت نشد. در این میان، می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره نمود که نقش واسطه‌ای متغیرهای حوزه خود را در رابطه با ویژگی‌های شخصیتی بررسی نموده‌اند. از جمله همیپل، الیوت و وود (۲۰۰۶) با بررسی نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه ویژگی‌های شخصیتی و جهت‌گیری‌های هدف دریافتند که حرمت خود نقش واسطه‌ای میان روان‌آزردگی گرایي و جهت‌گیری هدف اجتنابی ایفا می‌کند. در این ارتباط باید تأکید نمود که شخصیت نیرومندترین و

پایدارترین پیش‌بینی‌کنندهٔ بهزیستی ذهنی است (داینر و همکاران، ۱۹۹۹).

○ پژوهش حاضر همچنین نشان داد که برون‌گرایی به‌واسطهٔ خودشفقت‌ورزی، «سرزندگی تحصیلی» را پیش‌بینی می‌نماید. این یافته با پژوهش دبیری و همکاران (۱۳۹۱)، چنگ و فورنهام (۲۰۰۳) و چان و کو (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در این مورد باید اشاره کرد که نوع سبک‌های مقابله‌ای که افراد برون‌گرا در مواجهه با تنیدگی به کار می‌برند، به گونه‌ای است که هیجانات مثبت آنها را افزایش و عواطف منفی را کاهش می‌دهد.

○ یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر تأیید نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی میان روان‌آزردگی‌گرایی و سرزندگی تحصیلی است (جدول ۶). این یافته همسو با پژوهش کمپبل-سیلیس، کوهن و استین (۲۰۰۶) و بشارت (۱۳۸۶) است.

○ توافق‌پذیری نیز به‌واسطهٔ خودشفقت‌ورزی پیش‌بینی‌کنندهٔ سرزندگی تحصیلی است. نف (۲۰۰۳) دریافت که توافق‌پذیری و سازگاری با دیگران زمینه‌ساز ویژگی‌های شفقت‌ورزی به خود همچون مهرورزی، پیوند و تعادل هیجانی است. همچنین فایومبو (۲۰۱۰) نشان داد که توافق‌پذیری با تاب‌آوری روانشناختی رابطه مثبت و معنادار دارد. بر این اساس انتظار می‌رود که خودشفقت‌ورزی میان توافق‌پذیری و سرزندگی تحصیلی نقش واسطه‌ای داشته باشد. به این معنا که ویژگی توافق و کنار آمدن با دیگران با ارتقا تعادل هیجانی و شفقت‌ورزی، سرزندگی و تاب‌آوری را در فرد پیش‌بینی خواهد کرد.

○ گشودگی به تجربه متغیر دیگر پژوهش حاضر است که به‌واسطهٔ خودشفقت‌ورزی پیش‌بینی‌کنندهٔ سرزندگی تحصیلی است. افراد گشوده به تجربه با استقبال از ایده‌ها و ارزش‌های بدیع، چالش‌های پیشرو را نه به‌عنوان تهدید، بلکه به منزله فرصتی می‌پندارند که می‌توانند از طریق آن توانمندی‌های خود را به محک آزمایش گذارند (مککری و کوستا، ۱۹۹۶) و به جای غرق شدن در جنبه‌های منفی موقعیت و تنها انگاشتن خود در مسئله، با ضعف‌های خود مدارا کرده و نسبت به خود شفقت می‌ورزند. این امر سرزندگی و تاب‌آوری شخص را در چالش‌های تحصیلی زمینه‌سازی می‌کند.

○ نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان می‌دهد که وظیفه‌گرایی قادر به پیش‌بینی خودشفقت‌ورزی نیست. این یافته با پژوهش نف، سیه و دجیتهیرات (۲۰۰۵) ناهمسو است.

آنها بر این باورند که نظم و ترتیب و وظیفه‌شناسی فرد زمینه‌ساز ثبات عاطفی در خودشفقت‌ورزی است. اما به نظر می‌رسد که سایر ویژگی‌های وظیفه‌گرایی همچون احتیاط در تصمیم‌گیری زمینه‌تأمیل فرد برای غرق‌شدگی در افکار و خودقضاوتی را فراهم می‌کند. همچنین نظم و ترتیب وظیفه‌گرا وی را به سمت سخت‌گیری بیشتر نسبت به خود و عدم مهربانی و خوددوستی جهت می‌دهد. این کارکرد دوگانه وظیفه‌گرایی عدم رابطه معنادار آن با خودشفقت‌ورزی را توجیه‌پذیر می‌کند.



یادداشت‌ها

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. academic buoyancy | 2. academic resilience |
| 3. Big-Five Factor Model | 4. Blogger |
| 5. Zuckerman | 6. compassion |
| 7. model of adaptable learning | 8. Academic Buoyancy Scale |
| 9. Self-Compassion Scale (SCS) | 10. Big-Five Factor Personality Inventory |
| 11. tolerance | 12. Bootstrapping |

● منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴، ۳۸۳-۳۷۳.
- تقوایی‌نیا، علی؛ هاشمی، سحر؛ نیکدل، فریبرز و شهریار، مرضیه (۱۳۹۶). متغیرهای انگیزشی و شخصیتی به‌عنوان پیش‌بین‌های فرسودگی تحصیلی. *مجله روانشناسی*، ۲۱(۱)، ۶۶-۵۱.
- خرمائی، فرهاد و فرمانی، اعظم (۱۳۹۳). بررسی شاخص‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴(۱۶)، ۳۹-۲۹.
- دبیری، سولماز؛ دلاور، علی؛ صرامی، غلامرضا و فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۱). تدوین مدل روابط سبک‌های فرزندپروری، شخصیت، عزت‌نفس و شادکامی: الگوی تحلیل مسیر. *خانواده‌پژوهی*، ۸، ۱۵۹-۱۴۱.
- دهقانی‌زاده، محمدحسین و حسین‌چاری، مسعود (۱۳۹۱). سرزندگی تحصیلی و ادراک از الگوی ارتباطی خانواده؛ نقش واسطه‌ای خودکارآمدی. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۴(۲)، ۴۷-۲۱.
- رودباری، زینب و حسین‌چاری، مسعود (۱۳۸۸). بررسی نقش واسطه‌گری سبک‌های یادگیری در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی. *نشریه دانشور رفتار*، ۳۹، ۶۴-۵۵.
- شکری، امید؛ مرادی، علیرضا؛ فرزاد، ولیاله؛ سنگری، علی‌اکبر؛ غنایی، زیبا و رضایی، اکبر (۱۳۸۴). نقش صفات شخصیت و سبک‌های مقابله، در سلامت روانی دانشجویان: ارائه مدل‌های علی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۷(۱)، ۳۸-۲۸.

شکری، امید؛ کدیور، پروین؛ فرزاد، ولی‌اله؛ سنگری، علیاکبر؛ زین‌آبادی، حسن رضا؛ غنایی، زیبا و نقش، زهرا (۱۳۸۶). نقش عوامل شخصیت، رویکردهای یادگیری و سبک‌های تفکر بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۴(۱۱)، ۴۷۰-۴۴۷.

قاسمی، وحید (۱۳۸۹). *مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد ایموس گرافیک*، تهران: نشر جامعه‌شناسان.

کار، آلن (۱۳۸۵). *روانشناسی مثبت علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان*. ترجمه حسن پاشاشریفی، جعفر نجفی‌زند. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).

Amirazodi, F., & Amirazodi, M. (2011). Personality traits and self-esteem. *International Conference on Education and Educational Psychology*, 29, 713-716.

Briley, D. A., Domiteaux, M., & Tucker-Drob, E. M. (2014). Achievement-relevant personality: Relations with the Big Five and validation of an efficient instrument. *Learning and Individual Differences*, 32, 26-39.

Bartely, C. E., & Roesch, S. C. (2011). Coping with daily stress: The role of conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, 50, 79- 83.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Boekaerts, M., & Niemivirta, M. (2000). Self-regulated learning: Finding a balance between learning goals and ego-protective goals. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 417-450). USA: Academic Press.

Cappella, E., & Weinstein, R. S. (2001). Turning around reading achievement: Predictors of high school students' academic resilience. *Journal of Educational Psychology*, 93, 758-771.

Campbell- sills, L., Cohen, Sh. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy*, 44, 585-599.

Campos, C., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-López, J., Botella, C., Soler, J., García-Campayo, J., Demarzo, M., & Baños, R. M. (2015). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, 80, 400-406.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R professional manual*. Odessa, FL:

Psychological Assessment Resources.

- Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2003). Personality predicts academic performance: Evidence from two longitudinal studies on university students. *Journal of Research in Personality, 37*, 119-138.
- Chan, T., & Koo, A. (2009). *Parenting style and youth outcomes in the UK*. Paper presented at the conference of the British Sociological Association, University of Oxford, Oxford.
- Cheng, H., & Furnham, F. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences, 34*, 921-942.
- Delongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality, 73*(6), 1-24.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being three decades of well-being. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302
- Digman, T. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology, 41*, 417-440.
- Diseth, A. (2003). Personality and approaches to learning as predictors of academic achievement. *European Journal of Personality, 17*, 143-155.
- Erdle, S., Irwing, P., Rushton, J. P., & Park, J. (2009). The general factor of personality and its relation to self-esteem in 628,640 Internet respondents. *Personality and Individual Differences, 48*, 343-346.
- Fayombo, G. (2010). The relationship between personality traits and psychological resilience among the caribbean adolescents. *International Journal of Psychological Studies, 2*(2), 105-116.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science, 9*(4), 115-118.
- Gallagher, S., & Shear, J. (1999). *Models of the self*. Thorverton, UK: Imprint Academic.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicon. In L. Wheeler (Ed.). *Review of personality and social personality, 2*, 141-165). Beverly Hills, CA: Sage.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-five factors structure. *Psychological Assessment, 4*, 26-42.
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several Five-Factor models. In I. Mervielde, I. J. Deary, F. de Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.). *Personality psychology in Europe (7, 7-28)*. Tilburg: Tilburg University Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Haren, E. G., & Mitchell, C. W. (2003). Relationship between the five-factor personality model and coping styles. *Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal*, 40(1), 38-49.
- Hemenover, S. H. (2003). Individual differences in rate of affect change: Studies in affective chronometry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 121- 131.
- Heimpel, S. A., Elliot, A. J., & Wood, J. V. (2006). Basic personality dispositions, self-esteem, and personal goals: An approach-avoidance analysis. *Journal of Personality*, 74(5), 1293-1320.
- Isen, A. M. (2000). Some perspectives on positive affect and self-regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 184–188.
- John, O. P. (1990). The Big Five Factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Eds), *Handbook of personality: Theory and research* (PP. 66-100). New York: Guilford Press.
- Kahler, C. W., Read, J. P., Wood, M. D., & Palafai, T. P. (2003). Social environmental selection as a mediator of gender, ethnic, and personality effects on college student drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 226-234.
- Kardum, I., & Krapic, N. (2001). Personality trait, stressful life event, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30, 503-515.
- Kim, K. E., Yi, G. D., Cho, Y. R., Chai, S. H., & Lee, W. K. (2008). The validation study of the Korean version of the self-compassion scale. *Korean Journal of Health Psychology*, 13, 1023–1044.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd Edition, New York, London, The Guilford Press.
- Kyeong, L. W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54, 899-902.
- Leandro, P. G., & Castillo, M. D. (2010). Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1562- 1573.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904.
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2006). Academic buoyancy and its psychological and

- educational correlates: A construct validity approach. *Psychology in the Schools*, 43(3), 267-282.
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2008). Academic buoyancy: Towards an understanding of students' everyday academic resilience. *Journal of School Psychology*, 46(1), 53-83.
- Matthews, G., & Dorn, L. (1995). Cognitive and attentional processes in personality and intelligence. In D. H. Saklofske, & Moshe Zeidner (Eds.), *International handbook of personality and intelligence plenum*. (pp. 367-396). New York.
- McCrae, R. (2000). Emotional intelligence from the perspective of the five factor model. In R. Bar-On & J. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-77). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- McCrae, R. & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Eds.), *The five-factor model of personality*.
- McCrae, R. & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejithirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2014). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 1-10.
- Neff, K. D. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561-573). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 2(3), 114-117.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Panley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and

- psychological health outcomes: A meta analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551- 603.
- Putwain, D. V & Connors, L., & Symes, W., & Douglas-Osborn. E. (2011). Is academic buoyancy anything more than adaptive coping? *Anxiety, Stress & Coping*, 1-10.
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age related behavioral manifestations. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 24, 417-463.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105–115.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotion to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320- 333.
- Wiggins, J. S., & Pincus, H. A. (1992). Personality: Structure and assessment. *Annual Review of Psychology*, 43, 473-504.
- Zhang, Z. & Arvey, R. D. (2009). Effects of personality on individual earnings: Leadership role occupancy as a mediator. *Journal of Business & Psychology*, 24, 271-280.



نمایه مؤلفان

مقالات شماره‌های ۱ تا ۸۸ مجله روانشناسی

(سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۷)

- ۳۴۲ (۵۱)
- آقا یوسفی، علیرضا (۱۶) ۳۴۷
- آگاه هریس، مژگان (۴۷) ۲۵۲
- آگاهی اصفهانی، بیتا (۲۹) ۳۷
- آل بهبهانی، مرجان (۴۲) ۱۸۵
- ابراهیم‌زاده، صدیقه (۴۵) ۲۰
- ابراهیمی، احترام (۴۵) ۸۹
- ابراهیمی، حسین (۶۶) ۱۲۲
- ابراهیمی، لقمان (۶۸) ۴۳۴
- ابراهیمیان، عباس (۲۸) ۳۵۸
- ابوالقاسمی، عباس (۲۹) ۳، (۴۵) ۲۰، (۵۲) ۴۲۶،
- ابوالعالی، خدیجه (۷۹) ۳۴۶
- احتشامی تبار، اکرم (۳۷) ۵۲
- احدی، بتول (۲۹) ۵۲، (۴۵) ۲۰
- احمدآبادی، زهره (۵۸) ۱۲۹
- احمد پناه، محمد (۸) ۳۶۹
- احمد زاده، مریم (۷۵) ۲۷۰
- احمدی، خدابخش (۱۰) ۱۲۱، (۳۲) ۳۸۹، (۶۴) ۳۷۰
- احمدی، سیداحمد (۲۱) ۵۲، (۵۴) ۱۸۲
- احمدی، علی اصغر (۹) ۳۳
- احمدی، فضل‌اله (۲۱) ۸۵، (۳۸) ۱۵۶
- احمدی، مهرناز (۳۲) ۳۳۷
- احمدیان، لیلا (۶۷) ۳۱۰
- احمدی ده قطب‌الدینی، محمد (۳۹) ۲۶۲، (۵۷) ۵۸
- آبیگی کاکرودی، گلاره (۷۵) ۲۵۲
- آخوندی، نیلا (۶۰) ۳۸۲
- آدینه، مینا (۷۹) ۳۲۸
- آذربایجانی، مسعود (۷۷) ۳
- آذرگون، حسن (۵۳) ۷۹
- آذرنیاد، آرش (۷۹) ۳۴۶
- اردلان، محمدرضا (۷۰) ۱۲۹
- آریاناکیا، المیرا (۷۸) ۱۳۸
- آزاد، حسین (۱۳) ۴۶
- آزادفارسانی، یاسر (۶۵) ۱۰۳
- آزاد فلاح، پرویز (۹) ۳، (۱۵) ۲۳۴، (۱۹) ۲۰۳،
- (۲۱) ۴، (۲۲) ۱۱۵، (۲۴) ۳۷۵، (۲۶) ۱۲۷،
- (۲۷) ۲۸۷، (۲۸) ۳۸۷، (۲۹) ۷۰ و ۲۲، (۳۳) ۳،
- (۳۷) ۳، (۴۱) ۲۸، (۴۶) ۱۹۷، (۵۵) ۲۶۶،
- (۵۹) ۳۰۲، (۶۱) ۵۱، (۶۲) ۱۰۶، (۶۴) ۳۵۵،
- (۶۶) ۱۵۶ و ۲۲۰، (۶۹) ۳، (۷۱) ۲۳۰، (۷۲) ۳۹۳،
- (۸۸) ۴۱۳
- آزادمرز آبادی، اسفندیار (۷۰) ۱۲۹، (۷۹) ۲۴۴
- آزادمنجیر، فاطمه (۸۱) ۱۰۱
- آزرمی، هاله (۸۲) ۲۱۷
- آزموده، پیمان (۴۱) ۶۰
- آقابابایی، سارا (۸۲) ۱۵۱
- آقا دلاورپور، محمد (۴۹) ۲۰
- آقامحمدیان، حمیدرضا (۱۰) ۱۶۴، (۲۲) ۱۳۴،

- اسماعیلی نسب، مریم (۸۵) ۲۲
 اشجع، آرزو (۴۹) ۹۸
 اصغرنژاد، طاهره (۳۱) ۲۱۸، (۳۹) ۲۶۲
 اصغری، آرزو (۴۶) ۲۲۷، (۵۵) ۲۸۴
 اصغری مقدم، محمدعلی (۲۱) ۳۰، (۳۶) ۳۶۶،
 (۴۵) ۵۰، (۴۷) ۳۱۴
 اصغری هرندی، محمدرضا (۳۴) ۱۸۶
 اصلانی، خالد (۷۹) ۳۱۰
 اعتمادی، احمد (۳۲) ۳۱۹، (۶۸) ۴۳۴، (۷۲) ۴۳۸
 اعتمادی، عذرا (۵۴) ۱۸۲
 اعرابیان، اقدس (۳۲) ۳۶۰
 افشاری، محسن (۸۶) ۱۲۲
 افروز، غلامعلی (۱۰) ۱۳۴، (۳۰) ۱۱۴، (۵۱) ۲۷۲،
 (۷۷) ۳
 افشاری، افروز (۵۵) ۳۱۹
 افشاری، محسن (۵۱) ۲۸۹
 افضلی، محمد حسین (۶۶) ۲۲۰
 اکبرزاده، نسرين (۳) ۲۲۴
 اکبری، جواد (۵۱) ۳۴۲
 اکبری، زهرا (۷۸) ۱۲۴
 اکبری، عباس (۸۲) ۱۶۷، (۸۳) ۲۸۴
 اکبری زردخانه، سعید (۶۹) ۹۴، (۷۷) ۳، (۸۰) ۳۹۳
 اکبری پور، سحر (۴۸) ۳۵۴
 اکبری چرمهینی، صغری (۱۰) ۱۰۷
 الهی، طاهره (۲۹) ۲۲، (۷۳) ۸۸، (۷۸) ۱۷۴
 البرزی، شهلا (۲۵) ۷۳، (۳۸) ۱۸۱، (۳۹) ۳۲۱
 البرزی، محبوبه (۳۰) ۱۲۸، (۳۹) ۳۲۱، (۴۰) ۴۸۵،
 (۵۴) ۱۶۱
 اللهیاری، عباسعلی (۸) ۳۱۶، (۱۷) ۵۶، (۱۹) ۲۵۱،
 (۲۶) ۱۲۷، (۲۷) ۲۵۳، (۷۲) ۳۹۳
 امام وردی، داود (۲۵) ۳۰
- ازبهری، مریم سادات (۶۲) ۱۷۶
 ادیب، یوسف (۵۴) ۲۰۴، (۸۲) ۲۰۱
 ادیب راد، نسترن (۲۴) ۳۲۴، (۴۳) ۲۷۵
 ارجمندنی، علی اکبر (۸۱) ۳۸
 اردلان، الهام (۵۳) ۶۲
 ارشدی، نسرين (۶۵) ۶۷
 ارمی، حسن (۷۴) ۱۳۷، (۷۹) ۲۸۱
 ازهای، جواد (۹) ۳، (۱۰) ۱۰۷، (۱۱) ۲۴۹،
 (۱۲) ۲۹۹، ۳۴۱، ۳۶۸، (۱۳) ۱۶، (۱۴) ۱۱۵، ۱۴۷،
 (۱۵) ۲۱۹، (۱۶) ۳۴۷، (۲۰) ۳۱، (۲۱) ۴،
 (۲۲) ۱۱۵، ۱۶۴، (۲۳) ۲۱۱، ۲۵۵، (۲۴) ۳۰۷، ۳۴۸،
 (۲۵) ۳، (۲۷) ۲۱۸، (۲۸) ۳۹۸، (۲۹) ۷۰،
 (۳۰) ۱۵۸، (۳۵) ۲۲۷، (۳۷) ۳، (۴۰) ۴۵۸، (۴۸) ۴۸
 (۵۰) ۱۹۰، (۵۱) ۲۸۹، (۵۵) ۲۴۶، (۵۸) ۵۸،
 (۵۹) ۲۸۴، (۶۰) ۴۱۲، (۶۱) ۱۶، (۶۲) ۱۱۰،
 (۶۳) ۲۶۶، (۶۴) ۳۳۹، (۶۵) ۳، (۶۶) ۱۴۲،
 (۶۷) ۱۶۹، (۶۸) ۳۵۰، (۶۹) ۳، (۷۰) ۱۶۹،
 (۷۱) ۱۱۸، (۷۲) ۳۸۱، (۷۳) ۳، (۷۴) ۱۱۸،
 (۷۵) ۱۳۷، (۷۶) ۳۴۶، (۷۷) ۳۹، (۷۸) ۱۲۴،
 (۷۹) ۲۸۱، (۸۰) ۳۶۴، (۸۱) ۳، (۸۲) ۱۱۸،
 (۸۳) ۲۳۸، (۸۴) ۳۹۸، (۸۵) ۳، (۸۶) ۱۲۲،
 (۸۷) ۲۴۲، (۸۸) ۳۶۲
 ازهای، عاطفه (۸۵) ۳۴
 استوار، صغری (۳۹) ۳۴۹، (۷۵) ۲۵۲
 استیری، زهرا (۸۴) ۴۴۴
 اسداله پور، امین (۴۸) ۴۲۹
 اسدی، مسعود (۵۶) ۴۰۱
 اسعدی، سمانه (۴۳) ۲۸۸، (۷۳) ۳۷
 اسماعیل پور، حسین (۷۴) ۱۶۳
 اسماعیلی انامق، بهمن (۶۲) ۱۶۱
 اسماعیلی، مریم (۸۳) ۲۶۹

- امان‌اللهی، عباس (۷۹) ۳۱۰
- امانی ساری بگلو، جواد (۵۶) ۴۱۷، (۶۷) ۳۱۰
- امانی، فرزانه (۴۰) ۳۹۰
- امیدبگی، مهسا (۷۱) ۳۲۷
- امیدی، ایرج (۳۴) ۱۱۴
- امیری، سهراب (۷۳) ۲۲، (۸۱) ۶۷، (۸۵) ۶۷
- امیری، شعله (۳۴) ۱۳۹، (۴۳) ۲۸۱، (۵۱) ۳۰۶
- (۵۲) ۳۶۲، (۷۳) ۳۷
- امیری، محسن (۶۶) ۱۴۱
- امین یزدی، زهرا (۵۶) ۳۸۳
- امیری، ماندانا (۳۲) ۲۲
- امین‌زاده، انوشه (۳۱) ۲۹۴
- امینی، حجت‌اله (۸۳) ۳۰۰
- امینی فر، معصومه (۷۹) ۲۶۳
- اولادی، فرشته (۱۰) ۱۶۴
- ایروانی، محمد (۱۹) ۲۷۷
- ایزدپناه، نسرین (۶۶) ۱۴۱
- ایوبی، منیژه (۱۱) ۲۲۱
- * باباپور خیرالدین، جلیل (۲۵) ۳، (۵۴) ۱۳۱، (۶۱) ۳۶، (۶۲) ۱۶۱، (۷۴) ۱۶۳، (۸۴) ۳۶۹
- بادله، مرتضی (۷۹) ۲۸۱
- بازیاری میمندی، مهتاب (۲۸) ۳۸۷
- باعزت، فرشته (۴) ۳۳۰، (۱۶) ۳۳۱
- باغبان، ایران (۳۳) ۵۱
- باقری نوع پرست، خسرو (۱۱) ۲۶۹، (۷۷) ۳
- باقری، حدیث (۸۵) ۵۰
- باقری، مریم (۶۶) ۲۲۰
- باقریان، فاطمه (۶۹) ۲۵
- بانشی، علیرضا (۷۲) ۳۸۱
- بحرانی، محمود (۲۰) ۳۳۱، (۳۱) ۲۷۹
- بحرینی، شهناز (۱۳) ۸۳
- بختیار نصرآبادی، حسن‌علی (۳۸) ۲۳۲
- بختیاری اسفندقه، فروغ (۳۶) ۳۸۷
- بخشی‌پور، عباس (۳۶) ۳۵۱، (۴۸) ۴۲۹
- براتی، هاجر (۴۹) ۹۸، (۷۵) ۲۳۵، (۸۲) ۱۳۳
- برادران، مجید (۸۰) ۴۵۳
- برجعی، احمد (۳۴) ۱۸۶، (۳۷) ۳۴، (۳۹) ۳۰۸
- (۴۶) ۱۲۲، (۴۷) ۲۸۲
- برجعی‌لو، سمیه (۵۲) ۳۷۷، (۵۷) ۲۳
- برخوردارپور، زهرا (۱۳) ۶۴، (۲۰) ۳۶۱
- بردیبار، سعیده (۳۳) ۲۲
- برزگری، صغری (۲۷) ۳۰۰
- برکتین، مجید (۴۲) ۱۵۰
- بزرگ‌منش، اعظم (۶۱) ۳
- بساکنژاد، سودابه (۴۹) ۶۹
- بشارت، محمدعلی (۱۹) ۲۷۷، (۸۶) ۱۵۷، (۸۷) ۲۵۶
- بشاش، لعلیا (۲۹) ۸۶، (۳۱) ۲۲۷، (۳۷) ۱۰۶، (۵۰) ۱۷۰
- بشپور، سجاد (۸۷) ۲۷۱
- بشلیده، کیومرث (۶۷) ۲۹۴
- بصیری، نوشین (۸۳) ۲۶۹
- بهارلو، رویا (۱۱) ۳۳۱
- بهارلو، مصطفی (۷۶) ۳۹۴
- بهاری، فهیمه (۸۱) ۳۸
- بهداری خسروشاهی، جعفر (۶۱) ۳۶
- به‌پژوه، احمد (۱۶) ۳۷۱، (۱۹) ۲۱۶، (۲۸) ۳۷۲، (۲۹) ۵۲، (۸۴) ۳۸۴
- بهرامی، فاطمه (۴۹) ۵۴، (۵۴) ۱۸۲، (۷۰) ۱۱۸
- بهرامی، محسن (۱۹) ۲۵۰، (۷۱) ۲۸۰، (۸۴) ۳۶۹
- بهرامی، هادی (۳۶) ۳۹۹، (۳۹) ۲۷۵، (۵۶) ۳۳۸
- بهرامی احسان، زینب (۴۷) ۲۶۷

- پهلوان صادق، اعظم (۶۴) ۴۰۷
- پهلوان مازندرانی، مرضیه (۷۱) ۲۳۰
- تاریخ، نیکولاس [Tarrier, N.] (۹) ۷۲
- تافی، فروغ (۸۳) ۳۱۶
- تجلی، فاطمه (۵۳) ۶۲
- ترشابی، ملیحه (۵۶) ۳۳۸
- ترقی جاه، صدیقه (۳۴) ۱۵۱
- تردست، کوثر (۷۹) ۳۱۰
- ترکان، هاجر (۴۹) ۳، (۵۲) ۴۴۵
- تقوی، سید محمدرضا (۲۰) ۳۸۱، (۲۸) ۳۴۲
- (۳۹) ۲۸۸، (۴۱) ۳، (۵۲) ۳۹۱، (۵۴) ۱۱۴
- تقی یاره، فاطمه (۳۳) ۳
- تنها، زهرا (۶۳) ۲۵۱، (۸۴) ۳۵۲
- توکلی، ماهگل (۴۲) ۱۵۰
- تولایی، سیدعباس (۳۶)
- جان بزرگی، مسعود (۸) ۳۴۳، (۱۷) ۴
- جباری، حسن (۲۶) ۹۸
- جزایری، سید مجتبی (۷۱) ۲۳۰
- جعفری، داوود (۷۱) ۲۸۰
- جعفری، سیدابراهیم (۴۶) ۱۸۳
- جعفری، سید یعقوب (۱۸) ۱۵۰
- جعفری تروجنی، سمیه (۶۴) ۴۰۵
- جلالی، سلیمه (۵۶) ۳۷۰
- جلیلود، محمد امین (۸۵) ۲۲
- جلیلی، فرخ رو (۴۲) ۱۲۲
- جمالی، صغری (۶۲) ۱۲۱
- جمشیدی، بهنام (۴۹) ۲۰
- جمهری، فرهاد (۳۷) ۳۴، (۴۶) ۱۲۲، (۶۴) ۳۲۲
- جوان پرست، حمید (۸۶) ۱۷۲
- جوانمرد، کرم اله (۷۳) ۱۰۲
- جوکار، بهرام (۵۴) ۱۶۱
- بهرامی احسان، هادی (۱۱) ۲۴۹، (۱۲) ۲۹۹
- (۲۴) ۳۳۶، (۳۵) ۲۴۸
- بهبادفر، مریم (۸۰) ۴۳۹
- به نژاد، سپیده (۷۷) ۲۱
- بیرامی، منصور (۷۱) ۲۸۰، (۷۳) ۷۱
- بیرشک، بهروز (۳۸) ۲۲۲
- بیسادی، زهرا (۳۶) ۳۶۶
- بیگدلی، ایمان اله (۱۶) ۴۰۵، (۱۸) ۱۶۳، (۷۲) ۴۰۸
- بیانی، علی اصغر (۲۳) ۲۲۷
- پارسایی، سلمان (۶۵) ۱۰۳
- پاژخزاده، شهناز (۲۲) ۱۳۴
- پاکدامن، شهلا (۳) ۲۴۶، (۶۶) ۱۸۲
- پاکدامن، مجید (۱۸) ۹۹
- پاکیزه، علی (۸۰) ۴۳۹
- پاک نژاد، محسن (۷۷) ۳
- پازکی، سارا (۸۴) ۳۸۴
- پرتوی، شهین (۳۶) ۳۶۶
- پرند، اکرم (۱۹) ۲۱۶
- پرویزی، سرور (۳۸) ۱۵۶
- پرهون، هادی (۶۷) ۲۴۲، (۷۴) ۱۲۲
- پناغی، لیلی (۵۸) ۱۲۹، (۸۷) ۲۸۷
- پناهی شهری، محمود (۵۵) ۲۶
- پوراعتقاد، حمیدرضا (۲۵) ۵۲، (۳۱) ۲۵۰، (۴۲) ۱۹۸، (۶۹) ۹۴
- پورحسین، رضا (۲۳) ۲۱۱، (۵۹) ۳۰۲، (۶۶) ۱۴۱، (۷۷) ۳
- پور شریفی، حمید (۸۴) ۳۶۹
- پورمحمد رضای تجربی، معصومه (۱۰) ۱۴۸، (۱۹) ۲۰۳، (۳۷) ۳۴، (۶۸) ۳۸۱
- پور ناصح، مهرانگیز (۴۶) ۱۷۰
- پوریوسف، سیاوش (۶۴) ۳۵۵

- جولائیہا، سکینہ (۴۷) ۳۱۴
- چاووشی فر، جلال (۱۴) ۱۶۹
- چراغی، مونا (۴۸) ۳۹۶، (۵۰) ۱۵۳
- چشمہ نوشی، میترا (۶۰) ۳۵۳
- چشمی، فاطمہ (۸۴) ۴۴۴
- حاتمی، امیر جلال (۶۸) ۴۲۰
- حاتمی، جواد (۳۵) ۲۷۹، (۶۴) ۲۱۴، (۶۸) ۴۲۰
- حاتمی، محمد (۷۸) ۱۴۰
- حاج حسینی، منصورہ (۸۷) ۲۴۲
- حاجلو، نادر (۴۶) ۱۹۷
- حاجی حسنی، مہرداد (۷۲) ۴۳۸
- حبیبی، حسن ابراہیم (۱) ۱۶
- حبیبی عسکر آباد، مجتبی (۴۷) ۲۸۲، (۵۵) ۲۹۹
- حجازی، الہ (۱۸) ۹۹، (۲۵) ۳۰، (۲۹) ۵۲، (۴۴) ۳۹۴، (۴۷) ۳۳۲، (۵۲) ۳۷۷، (۵۵) ۲۴۶، (۵۷) ۲۳، (۵۸) ۱۶۳، (۶۰) ۳۹۷، (۶۱) ۱۶، (۶۸) ۳۵۰، (۷۰) ۱۶۱، (۷۱) ۲۶۳، (۷۲) ۳۶۵، (۷۳) ۳، (۷۴) ۱۸۸، (۷۵) ۳۱۴، (۸۰) ۳۶۴، (۸۱) ۳، (۸۳) ۲۳۸، (۸۴) ۳۹۸، (۸۶) ۱۲۲ و ۲۲۰، (۸۷) ۳۲۶
- حریرچی، ایرج (۵۵) ۲۸۴
- حسن آبادی، حمیدرضا (۶۴) ۴۰۵، (۶۷) ۲۶۰، (۸۶) ۱۳۹
- حسن نیا، سمیہ (۸۱) ۸۵
- حسینی، اعظم (۴۱) ۷۵
- حسینی، جعفر (۳۶) ۴۱۳، (۳۸) ۲۰۰، (۶۳) ۲۳۲، (۶۵) ۸۸، (۷۱) ۳۰۸، (۷۳) ۳، (۷۹) ۳۲۸، (۸۴) ۳۵۲، (۸۸) ۴۳۰
- حسینی، حبیب (۷۰) ۱۶۱
- حسینی، فہیمہ (۷۸) ۲۲۳
- حسینی، مریم (۱۳) ۴
- حسینی بیگی، زینب (۵۶) ۳۵۷
- حسینی واجاری، کتایون (۳۵) ۲۴۸
- حسینی، سید رحمان (۸۲) ۱۱۸
- حسینی، سید محمد مہدی (۶۸) ۴۲۰
- حسینی نسب، سید داود (۵۱) ۲۵۸
- حقایق، سید عباس (۵۳) ۹۵
- حقیقت، شہربانو (۴۹) ۲۰
- حکیم جوادی، منصور (۳۰) ۱۵۸، (۴۷) ۲۶۷
- حکیمی، حسن (۱۷) ۳۱
- حامی لالہ زار، یونس (۷۷) ۳
- حمایت طلب، رسول (۸۵) ۲۲
- حمز ثیان، عظیم (۷۲) ۴۰۸
- حمید، نجمہ (۴۵) ۳۶
- حمیدی، امید (۶۸) ۳۶۵
- حمیدی، فریدہ (۳۰) ۱۱۴، (۷۶) ۴۱۰
- حیدری، اسفندیار (۵۱) ۳۲۵
- حیدری، شیما (۳۶) ۳۶۶
- حیدری، علی (۷۴) ۱۲۲
- حیدری، محمود (۱۶) ۳۳۱، (۱۹) ۲۳۱، (۲۴) ۳۲۴، (۲۵) ۵۲، (۲۶) ۹۸، (۲۸) ۳۳۰، (۳۱) ۲۱۸ و ۲۵۰، (۳۲) ۳۶۰، (۴۰) ۳۹۰، (۴۴) ۳۶۲، (۵۰) ۱۱۸، (۵۵) ۲۲۶، (۵۸) ۱۲۹، (۶۶) ۱۸۲، (۶۸) ۴۰۱، (۶۹) ۲۵
- خادم دزفولی، زہرا (۶۵) ۶۷
- خادمی، علی (۵۱) ۲۴۶
- خاکسار بلداچی، محمد علی (۳۵) ۳۱۰
- خانجانی، زینب (۲۷) ۲۳۳، (۶۵) ۳۳، (۸۴) ۳۶۹
- خانجانی، مہدی (۴۸) ۳۸۶
- خان محمدی، مریم (۵۹) ۲۲۲
- خاقانی زادہ، مرتضی (۴۶) ۲۱۳
- خداپناہی، محمد کریم (۶) ۱۳۹، (۹) ۲۳

- دادور، علی (۱۶) ،۳۷۱، ۳۹۳ (۸۰)
- دانش، عصمت (۲) ،۱۶۲، ۶۰ (۴۱)
- داودی، ایران (۱۸) ،۱۳۶، ۳۱۹ (۵۵)
- داودی، مریم (۶۶) ،۱۶۹
- داوری، مرزده (۶۳) ،۲۶۶
- دزکام، محمود (۳۶) ،۳۵۱
- دستجردی کاظمی، مهدی (۳۳) ،۸۲
- دفترچی، عفت (۶۷) ،۳۳۰، ۱۴۷ (۷۴)
- دلاور، علی (۱۳) ،۴۶، ۱۴۴ (۳۰)
- دوران، بهناز (۲۱) ،۴، ۳۹۹ (۳۶)
- دهشیری، غلامرضا (۴۷) ،۲۸۲
- دهقان، ابوالفضل (۸۷) ،۳۴۴
- دهقان طرزجانی، مهناز (۸۶) ،۱۳۹
- دهقانی، محسن (۶۴) ،۳۲۲، ۲۷۴ (۶۷)
- دهقانی، یوسف (۸۰) ،۴۳۹
- ذبیح‌اللهی، کاظم (۶۴) ،۳۹۹
- ذبیح‌زاده، عباس (۶۳) ،۲۱۴
- ذبیحی حصار، نرجس خاتون (۷۱) ،۲۶۳
- ذکری، مرضیه (۳۶) ،۳۶۶
- راستی، علی (۳۹) ،۲۸۸
- ربانی، رسول (۵۳) ،۱۸
- ربانی، زینب (۷۱) ،۲۴۷، ۲۰۲ (۸۱) ،۲۳ (۸۶)
- رجبی، سوران (۷۳) ،۵۳
- رجبی، غلامرضا (۱۰) ،۱۷۴، ۲۴۷ (۱۵)
- رحمانی، فاتح (۳۴) ،۱۱۴ (۲۰) ،۳۳۱، ۲۷۹ (۳۱)
- رحمانیان، مهدیه (۳۶) ،۴۱۳
- رحیمی موقر، وفا (۶۵) ،۸۸، ۲۴۲ (۶۷)
- رحیمی طاقانکی، چنگیز (۳۸) ،۲۰۰، ۴۴۵ (۴۸)
- (۵۴) ،۱۱۴، ۱۸ (۶۵) ،۱۸۴
- (۱۱) ،۲۰۳، ۱۴ (۱۴) ،۱۸۵، ۹۸ (۲۶) ،۳۳۱، ۱۶ (۱۶)
- (۲۸) ،۳۳۰، ۳۱ (۳۱) ،۲۱۸، ۳۱۰ (۳۵) ،۳۶۰، ۳۲ (۳۲)
- (۳۹) ،۲۶۲، ۴۰ (۴۰) ،۳۹۰، ۳۲۵ (۵۱) ،۲۲۷، ۴۶ (۴۶)
- (۵۵) ،۲۸۴، ۵۹ (۵۹) ،۲۲۲، ۳۲۲ (۶۰) ،۶۰
- خدادادی، مجتبی (۶۱) ،۵۱
- خدایاری‌فرد، محمد (۱۵) ،۲۶۸، ۳۷۲ (۳۲) ،۳۷۲
- (۶۰) ،۳۵۳، ۶۱ (۶۱) ،۷۰، ۷۳ (۷۳) ،۳ (۷۷) ،۳ (۸۶) ،۲۲۰
- خدایی، علی (۵۷) ،۴۰
- خرازی، سید علینقی (۵۰) ،۱۹۰
- خرمایی، فرهاد (۸۸) ،۴۴۸
- خسروتاش، پرینسا (۵۵) ،۲۴۶
- خضری‌آذر، هومن (۵۶) ،۴۱۷، ۱۱۰ (۵۸) ،۱۶۳، ۵۹ (۵۹) ،۲۳۸، ۸۳ (۸۳)
- خطیبی، علی (۵۵) ،۲۹۹
- خلیلی، شیوا (۷۱) ،۳۲۷، ۳۶۵ (۷۲) ،۳ (۷۷) ،۳ (۸۱) ،۱۰۱ (۸۱) ،۱۱۸ (۸۲) ،۳۴۶ (۸۳)
- خلیلی شرفه، فاطمه (۵۱) ،۳۲۵
- خلیلی صدراآباد، افسر (۵۹) ،۲۶۸
- خندان، فرح (۶۰) ،۳۹۷
- خوانین‌زاده سربزیدی، مرجان (۱۴) ،۱۸۵، ۲۲۷ (۳۵)
- خوشایبی، کتایون (۴۲) ،۱۹۸
- خوشبخت، فریبا (۳۳) ،۶۷
- خوشقدم خو، سید صدرا (۷۷) ،۳۹
- خیری، علیرضا (۷۵) ،۲۸۶
- خیر، محمد (۲۵) ،۷۳، ۶۷ (۳۳) ،۲۲ (۳۷) ،۲۲ (۳۸) ،۱۸۱، ۳۹ (۳۹) ،۳۴۹، ۱۶۱ (۵۴) ،۳۸۴ (۶۳)
- (۷۵) ،۲۵۲
- دادستان، پریرخ (۱) ،۳۱، ۱۲۲ (۲) ،۳۰۳ (۴) ،۵ (۵) ،۹ (۹) ،۳ (۱۱) ،۲۴۹، ۱۱۵ (۱۲) ،۲۹۹، ۳۶۸ (۱۶) ،۳۴۷، ۴ (۱۷) ،۲۱۱ (۲۳) ،۲۷ (۲۷) ،۲۳۳، ۳۴ (۳۴) ،۱۱۴ (۴۰) ،۴۵۸ (۴۰) ،۴۰۱ (۶۸) ،۴۰۱ (۶۸)

- رحیمی نژاد، عباس (۶۰)، ۳۵۳، (۷۷) ۳
- رحیمیان بوگر، اسحق (۸۶) ۲۰۲
- رزم جویی، دامون (۸۵) ۵۰
- رزم زن، زینب (۷۷) ۵۷
- رستگار، احمد (۴۸)، ۴۶۲، (۵۷) ۹۰، (۶۴) ۳۸۸، (۷۹) ۲۹۲
- رستمی، رضا (۵۰) ۲۰۶
- رسول زاده طباطبائی، کاظم (۷) ۲۱۱، (۱۰) ۱۰۷، (۱۴) ۱۶۹، (۱۷) ۵۶، (۱۹) ۲۵۰، (۲۰) ۳۱۶، (۲۴) ۳۴۸، (۲۵) ۳، (۲۷) ۲۲۸، ۲۵۳، ۲۸۷، (۲۸) ۳۸۷، (۲۹) ۲۲، (۳۰) ۱۱۴، (۳۲) ۳۳۷، (۳۵) ۲۷۹، (۳۷) ۸۴، (۴۱) ۲۸، (۴۶) ۱۹۷، (۶۲) ۱۰۶
- رسولی، مهستی (۱۹) ۲۶۲
- رضازاده، سید محمدرضا (۴۰) ۴۵۸، (۸۶) ۱۵۷
- رضازاده، مریم السادات (۴۳) ۳۳۷
- رضایی سجاد (۶۹) ۶۱، (۷۸) ۲۰۴، (۸۶) ۱۷۲
- رضایی، صدریه (۲۱) ۳۰
- رضایی، مرضیه (۷۸) ۱۲۴
- رضایی شریف، علی (۶۱) ۱۶، (۸۰) ۳۶۴
- رضایی منش، مهدی (۶۵) ۶۷
- رضایی، منصور (۷۵) ۳۱۴
- رضوی، علیرضا (۴۷) ۲۶۷
- رضویه، اصغر (۳۰) ۱۲۸، (۴۱) ۸۹
- رفیعی نیا، پروین (۳۷) ۸۴
- رمضان زاده، فاطمه (۷۶) ۳۸۰
- رمضانی، ولی اله (۳۷) ۶۶، (۵۷) ۴۰، (۶۰) ۳۶۹، (۶۱) ۳
- رنجبر نوشری، فرزانه (۸۰) ۴۵۳
- روشن، رسول (۲۳) ۲۴۴، (۴۱) ۴۳، (۸۵) ۲۲
- زاده محمدی، علی (۱۹) ۲۳۱، (۳۸) ۲۲۲، (۴۸) ۳۸۶، (۴۳) ۳۲۳، (۶۴) ۳۷۹، (۷۴) ۱۷۵، (۷۶) ۳۳۰، (۸۰) ۴۵۳، (۸۸) ۳۷۹، (۵۸) ۱۲۹، (۴۳) ۳۲۳، (۶۴) ۳۸۸، (۶۵) ۵۳، (۷۴) ۱۷۵، (۷۶) ۳۳۰، (۸۰) ۴۵۳، (۸۸) ۳۷۹، (۴۸) ۳۸۶، (۵۸) ۱۲۹
- زارع، حسین (۴۳) ۳۲۳، (۶۴) ۳۸۸، (۶۵) ۵۳، (۷۴) ۱۷۵، (۷۶) ۳۳۰، (۸۰) ۴۵۳، (۸۸) ۳۷۹
- زارعان، مصطفی (۴۸) ۴۲۹
- زارعی، پروین (۵۴) ۲۰۴
- زارعی، حیدرعلی (۶۹) ۴۴
- زارعی، محمدباقر (۱۸) ۱۱۸
- زرگر، فاطمه (۳۹) ۳۳۵
- زرندی، علیرضا (۶۰) ۳۶۹
- زرین بخش، زهرا-برسایه (۶۵) ۵۳
- زمینی، سهیلا (۵۱) ۲۵۸، (۵۴) ۲۰۴
- زنجانی، زهرا (۵۲) ۳۹۱
- زندیه، آنتیا (۲۰) ۳۴۵
- زیدآبادی، رسول (۸۴) ۴۴۴
- زین آبادی، حسن رضا (۴۴) ۳۶، ۴۴۷، (۵۸) ۱۷۹
- زینی حسنونند، ناهید (۷۳) ۱۰۲
- سادات پور، مریم (۲۶) ۱۴۳
- ساداتی فیروزآبادی، سمیه (۷۰) ۱۹۵
- ساعی، الهام (۸۵) ۵۰
- سالاری، مهدی (۴۶) ۲۱۳
- سبزی، ندا (۷۰) ۲۰۹
- ستار، آزیتا (۴۰) ۴۴۱
- سراج زاده، سید حسین (۷۷) ۳
- سرشار، عاطفه (۸۴) ۴۱۲
- سرمد، زهره (۱۳) ۶۴، (۱۷) ۶۸، (۲۰) ۳۶۱، (۲۶) ۱۱۲، (۳۱) ۲۹۴
- سعیدپور، صابر (۸۰) ۴۰۹
- سعیدی دهاقانی، سمیه (۷۴) ۱۶۳
- سلمانی، خدیجه (۸۳) ۳۰۰
- سلیم احمد، ژاکا (۸۷) ۲۴۲
- سلیمانی، زهرا (۳۳) ۸۲

- سلیمی، سیدحسین (۲) ، ۱۴۵ ، ۱۳ (۳۲)
- سلیمی‌زاده، محمدکاظم (۳۹) ، ۳۰۸
- سماواتیان، حسین (۶۰) ، ۳۳۶
- سندی، فاطمه (۶۹) ، ۶۱
- سنگری، علی‌اکبر (۴۴) ، ۴۴۷
- سهراب پور، غلامرضا (۸۶) ، ۲۲۰
- سهرابی اسمرود، فرامرز (۹) ، ۷۲ ، ۲۲ (۱۸۶)
- (۴۱) ، ۷۵ ، ۴۶ (۱۲۲) ، ۵۹ (۲۶۸) ، ۳۹۳ (۸۰)
- سهرابی، نادره (۳۰) ، ۱۷۳
- سیادت، سمیه سادات (۵۸) ، ۱۱
- سید موسوی، پریسا سادات (۵۶) ، ۳۵۷ ، ۵۸ (۱۴۷)
- (۶۶) ، ۱۸۲ ، ۸۲ (۲۱۷)
- سیدنا، طاهره (۳۴) ، ۱۵۱
- سیف، دیبا (۲۹) ، ۸۶ ، ۳۲ (۴۰۴) ، ۳۷ (۱۰۶)
- (۴۱) ، ۸۹ ، ۵۸ (۱۹۸) ، ۶۲ (۱۲۱)
- سیف، سوسن (۱۰) ، ۱۳۴
- سیف، علی‌اکبر (۳۰) ، ۱۴۴
- سیف‌اللهی، شهرام (۳۵) ، ۲۷۹
- سیف نراقی، مریم (۶) ، ۱۲۱
- سیفی قوزلو، سید جواد (۶۸) ، ۳۶۵
- شاپوری، سمیرا (۷۲) ، ۴۲۳
- شاد، پریسا (۶۱) ، ۳
- شاکری، رضا (۴۱) ، ۴۳ ، ۴۴ (۴۴۷)
- شاهقلیان، مهناز (۷۷) ، ۲۱ ، ۷۹ (۲۴۴)
- شجاع حیدری، مریم (۵۹) ، ۲۵۳
- شریعتی، عبدالعلی (۲۸) ، ۳۵۸
- شریفی، گشاو (۶۸) ، ۳۶۵
- شریفی، ماندانا (۱۹) ، ۲۷۷
- شریفی، محمد (۷۴) ، ۱۹۹
- شریفی، مسعود (۶) ، ۱۷۸ ، ۷ (۲۴۲) ، ۷۲ (۳۴۶)
- شعاع، انجم (۸۲) ، ۲۱۷
- شعیری، محمدرضا (۱۴) ، ۱۱۵ ، ۲۴ (۳۹۲)
- (۴۱) ، ۴۳
- شفتی، عباس (۵۰) ، ۱۵۳
- شکرکن، حسین (۱۶) ، ۳۸۸ ، ۲۹ (۳)
- شکری، امید (۴۴) ، ۴۴۷ ، ۴۹ (۳۶) ، ۷۲ (۳۴۶)
- شکوهی‌یکتا، محسن (۱۵) ، ۲۶۸ ، ۶۹ (۹۴) ، ۷۷ (۳)
- شمسی، عبدالحسین (۷۵) ، ۲۷۰
- شناور، فضل اله (۸۰) ، ۳۷۶
- شهابی، روح اله (۶۰) ، ۴۱۲ ، ۶۹ (۳) ، ۸۳ (۳۱۶)
- شهابی زاده، فاطمه (۴۰) ، ۴۲۲
- شهابی کاسب، محمدرضا (۸۴) ، ۴۴۴
- شهرآرای، مهرانز (۳۴) ، ۱۹۹ ، ۳۷ (۵۲)
- شهریاری، مرضیه (۸۱) ، ۵۱
- شهنی بیلاق، منیژه (۴۳) ، ۲۴۲
- شهیدی، شهریار (۱۶) ، ۳۳۱ ، ۴۰ (۴۱) ، ۴۲۲ ، ۶۰
- (۴۴) ، ۴۱۴ ، ۸۷ (۲۸۷)
- شیخ، مهدی (۶۴) ، ۳۷۰
- شیخ الاسلامی، راضیه (۳۷) ، ۲۲ ، ۵۳ (۳) ، ۵۷ (۷۶)
- (۶۷) ، ۳۳۰ ، ۷۴ (۱۴۷) ، ۷۸ (۱۵۵)
- شیخی، منصوره (۴۷) ، ۲۸۲
- شیرازی، طاهره سیما (۶۸) ، ۳۸۱
- شیرازی، ملیحه (۳۳) ، ۳۴
- شیری، مریم (۷۸) ، ۲۰۶
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد (۴۸) ، ۴۴۵
- صادق آبادی، محبوبه (۷۳) ، ۸۸
- صادقی، احسان (۷۷) ، ۱۱۱
- صادقی، احمد (۲۱) ، ۵۲
- صادقی، سیروس (۴۴) ، ۳۸۱
- صادقی، منصوره سادات (۳۵) ، ۲۹۲ ، ۴۴ (۳۶۲)
- (۴۶) ، ۱۵۴ ، ۵۰ (۱۱۸) ، ۵۵ (۲۲۶) ، ۵۷ (۳)
- صادقی فیروزآبادی، وحید (۵۰) ، ۲۰۶

- طیبی، زهرا (۵۶) ۳۸۳،
 طرخان، رضاعلی (۴۹) ۳۶،
 طولابی، زینب (۷۵) ۲۸۶،
 • عابدی، احمد (۵۳) ۱۸، (۷۵) ۲۷۰،
 عابدی، حیدرعلی (۲۱) ۸۵،
 عابدی، سید ابراهیم (۴۶) ۱۸۳،
 عابدی، علیرضا (۴۸) ۳۸۶،
 عابدی، محمدرضا (۲۱) ۵۲، (۳۸) ۱۶۹،
 (۴۶) ۱۸۳، (۴۹) ۵۴،
 عابدینی، نیلوفر (۸۸) ۴۱۳،
 عابدینی، یاسمن (۲۵) ۱۷، (۴۷) ۳۳۲،
 عارفی، سید حسن (۲۱) ۸۵،
 عاشوری، احمد (۵۵) ۲۹۹،
 عاطف وحید، محمدکاظم (۳۴) ۱۱۴،
 عاطفی کرجوندانی، ستاره (۸۶) ۱۷۲،
 عامری، فریده (۲۷) ۲۱۸،
 عبادی، عباس (۴۶) ۲۱۳،
 عبداللهی، محمدحسین (۲۶) ۱۷۹، (۳۷) ۶۶،
 (۴۰) ۴۷۰، (۴۳) ۳۲۳، (۴۵) ۸۹، (۶۱) ۳،
 (۶۶) ۱۲۲، (۷۳) ۲۲، (۷۴) ۱۲۲، (۷۷) ۲۱،
 (۸۱) ۶۷، (۸۴) ۳۵۲، (۸۵) ۶۷، (۸۶) ۱۳۹،
 عبدخدایی، زهرا (۸۷) ۲۸۷،
 عبدخدایی، محمد سعید (۷۸) ۲۰۶،
 عبدلوند، نسرین (۲۵) ۳۰،
 عبدوس، فرشته (۶۷) ۲۶۰،
 عبدی، بهشته (۳۴) ۱۹۹،
 عرب، نگار (۶۷) ۲۹۴،
 عربی، الهام (۸۷) ۲۵۶،
 عریضی سامانی، سیدحمیدرضا (۴۳) ۳۰۲،
 (۴۴) ۳۸۱، (۴۵) ۱۰۴، (۴۷) ۲۹۷، (۴۸) ۳۹۶،
 (۴۹) ۹۸، (۵۰) ۲۲۵، (۶۲) ۱۷۶، (۷۰) ۱۷۶،
 صالح صدق پور، بهرام (۳۲) ۳۶۰، (۴۶) ۲۲۷،
 (۵۶) ۴۰۱، (۸۱) ۸۵،
 صالح نجفی، مهسا (۷۴) ۱۸۸،
 صالحی، ایرج (۶۹) ۶۱،
 صالحی، جواد (۳۰) ۱۴۴، (۷۸) ۱۷۴،
 صالحی، رضا (۲۷) ۲۷۰،
 صالحی، مهرداد (۴۲) ۱۵۰،
 صباحی، پرویز (۵۰) ۲۲۵،
 صباغیان، زهرا (۴۳) ۲۷۵،
 صحبت‌زاده، رزاق (۱۳) ۱۶،
 صدرالسادات، سیدجلال (۳۸) ۲۲۲،
 صدیق ارفعی، فریبرز (۵) ۳۳، (۲۷) ۲۸۷،
 صدیق حقیقت، فاطمه (۳۴) ۱۵۱،
 صرامی، زهرا (۵۱) ۳۰۶،
 صفری، هاجر (۵۳) ۳،
 صلیبی، ژانست (۷۸) ۲۲۳،
 صمدی، مریم (۷۵) ۲۷۰،
 صمدی، سعید (۷۵) ۲۸۶،
 صمدیه، هادی (۷۲) ۳۸۱،
 صیادپور، زهره (۳) ۲۳۲،
 صیاد شیرازی، مریم (۸۵) ۳،
 صیغف، محمد حسن (۷۹) ۲۹۲،
 • طالب‌پور، اکبر (۲۱) ۱۸،
 طالب‌زاده، علیرضا (۱۷) ۴۴،
 طالبی، مجید (۵۳) ۹۵،
 طالع پسند، سیاوش (۸۶) ۲۰۲،
 طاوولی، آزاده (۷۲) ۳۹۳،
 طاهری، مهدی (۷۱) ۳۰۸،
 طباطبایی، سید محمد (۷۳) ۷۱، (۸۲) ۲۰۱،
 طباطبایی، سید موسی (۶۷) ۲۶۰،
 طبائیان، سیده راضیه (۵۲) ۳۶۲،

غلامی رنانی، فاطمه (۵۳) ۱۸
 غلامعلی لواسانی، مسعود (۳۵) ۲۶۱، (۴۲) ۱۲۲،
 (۴۷) ۲۶۷، (۴۸) ۴۶۲، (۵۱) ۲۸۹، (۵۶) ۴۱۷،
 (۵۸) ۱۶۳، (۵۹) ۲۲۲، (۶۰) ۳۲۲، ۳۹۷،
 (۶۲) ۱۴۲، (۶۳) ۲۶۶، (۶۴) ۳۲۲، ۴۰۵، (۶۵) ۳
 (۶۶) ۱۶۹، (۶۸) ۳۶۵، (۷۱) ۳۲۷، (۷۲) ۳۶۵،
 (۷۴) ۱۳۷، ۱۸۸، (۷۵) ۲۱۸، ۳۱۴، (۷۶) ۳۴۶،
 (۷۷) ۷۵، (۷۸) ۱۲۴، (۸۱) ۳، (۸۲) ۱۱۸،
 (۸۳) ۲۳۸، ۳۳۴، (۸۴) ۳۸۴، (۸۵) ۳،
 (۸۶) ۱۵۷، (۸۷) ۳۴۴، ۲۵۶، (۸۸) ۳۶۲،
 غنایی، زیبا (۴۴) ۴۴۷، (۴۹) ۳۶،
 • فاتحی زاده، مریم السادات (۳۳) ۵۱، (۳۴) ۱۶۵،
 (۵۴) ۱۸۲
 فارسی نژاد، معصومه (۴۴) ۳۹۴، (۸۴) ۳۹۸
 فاضل کلخوران، جمال (۸۳) ۳۰۰
 فاطمی، سید محسن (۷۷) ۳
 فتح آبادی، جلیل (۷۴) ۱۹۹
 فتحی آذر، اسکندر (۸۲) ۲۰۱
 فتحی آشتیانی، علی (۱) ۷۵، (۷) ۲۳۱،
 (۱۰) ۱۲۱، (۱۱) ۲۳۱، (۱۳) ۴، (۲۰) ۳۴۵،
 (۲۴) ۳۶۵، (۲۵) ۳، (۲۷) ۲۸۷، (۳۲) ۳۳۷، ۳۸۹،
 (۳۴) ۱۵۱، (۴۶) ۱۹۷، (۵۵) ۲۶۶، (۵۹) ۳۰۲،
 (۶۱) ۵۱، (۶۶) ۲۲۰، (۷۲) ۳۹۳، (۷۹) ۲۴۴،
 (۸۸) ۴۹۶
 فتوحی، محمود (۳۰) ۱۸۳
 فرامرزی، سالار (۵۱) ۲۷۲
 فراهانی، حجت اله (۴۸) ۳۹۶، (۶۰) ۳۵۳،
 (۶۱) ۷۰
 فراهانی، محمدنقی (۳۰) ۱۸۳، (۳۴) ۱۹۹،
 (۴۵) ۸۹، (۵۷) ۴۰
 فرجاد، مریم (۶۵) ۱۸

(۷۲) ۴۲۳، (۷۵) ۲۳۵، (۷۶) ۳۶۳، (۸۲) ۱۳۳،
 (۸۵) ۳۴
 عزیزی، فاطمه (۳۶) ۳۶۶
 عسکری، عباسعلی (۲۹) ۷۰
 عسکری، علی (۴۴) ۳۹۴
 عسکری، علیرضا (۲۴) ۳۶۵
 عیسی زادگان، علی (۶۷) ۳۱۰
 عشایری، حسن (۶۱) ۵۱
 عطاری، محمد (۸۰) ۳۹۳
 عطاری، یوسفعلی (۱۵) ۲۴۷
 عطایی، مریم (۷۶) ۴۱۰
 عطری فرد، مهدیه (۳۷) ۳
 عظیمی، مریم (۸۸) ۴۳۰
 علامه، عاطفه (۳۷) ۲۴۲
 علی اکبری دهکردی، مهناز (۸۸) ۳۷۹
 علی بازی، هوشنگ (۶۰) ۴۱۲
 علیپور، احمد (۱۵) ۲۱۹، (۱۸) ۱۵۰، (۲۳) ۲۲۷،
 (۴۳) ۲۵۶، (۴۷) ۲۵۲، (۶۰) ۳۸۲
 علی پور، فرشید (۸۰) ۴۰۹
 علیشاهی، محمدجواد (۲۸) ۳۴۲
 علی محمدی، سهراب (۴۳) ۳۰۲
 علی نیا کروی، رستم (۴۶) ۱۲۲
 عمادپور، لیلا (۷۷) ۷۵
 عیسی زادگان، علی (۸۵) ۶۷
 عیسی نژاد، امید (۵۹) ۲۵۳
 • غباری بناب، باقر (۱۵) ۲۶۸، (۳۵) ۲۶۱، (۴۲) ۱۲۲،
 (۵۵) ۲۴۶، (۶۹) ۹۴، (۷۷) ۳، (۷۹) ۲۶۳،
 (۸۱) ۳۸، (۸۴) ۳۶۹
 غضنفری، فیروزه (۴۰) ۴۰۶
 غفرانی پور، فضل اله (۲۱) ۸۵
 غلام زاده، مجتبی (۶۲) ۱۶۱

- قنبری، بهرام علی (۵۱) ۳۴۲
 قنبری، سعید (۵۶) ۳۵۷، (۵۸) ۱۴۷، (۵۹) ۲۲۲،
 (۶۰) ۳۲۲، (۶۸) ۴۰۱
 قنبری، سیروس (۷۰) ۱۲۹
 قیامی، زهرا (۷۷) ۳
 • کاتب، زهرا (۳۳) ۲۲
 کارشکی، حسین (۲۱) ۶۳، (۵۰) ۱۹۰
 کاظمی، اشرف (۲۶) ۱۰۴، (۴۵) ۱۰۴
 کاظمی، حمید (۴۲) ۱۳۵
 کاظمی، محمود (۷۳) ۸۸
 کاظمی، یحیی (۳۹) ۳۶۵
 کاکاوند، علیرضا (۸۳) ۳۰۰
 کالفی، ربرت [Calfee, R.] (۲) ۱۷۶
 (۳) ۲۷۸، (۴) ۳۶۶
 کامرانی فکور، شهربانو (۲۷) ۲۵۳
 کاووسی چاهک، شهین (۵) ۴۹
 کاویانی، حسین (۴۶) ۱۷۰
 کبیری، مسعود (۵۳) ۳۹
 کتبیایی، ژیلا (۱۳) ۴۶، (۵۱) ۲۴۶، (۵۵) ۲۸۴،
 (۵۶) ۳۵۷
 کتیری، حمید (۷۷) ۳
 کجباف، محمداقرا (۱۲) ۳۴۱، (۴۲) ۲۱۶، (۵۳) ۷۹
 کدیور، پروین (۴۰) ۴۷۰، (۴۴) ۴۴۷، (۴۹) ۳۶،
 (۶۳) ۲۵۱، (۸۴) ۳۵۲، (۸۶) ۱۳۹
 کرامتی مقدم، رضا (۴۴) ۴۱۴
 کردستانی، داوود (۶۶) ۱۴۱
 کرم دوست، نوروزعلی (۶۴) ۴۰۵
 کرمی، ابوالفضل (۳۶) ۳۹۹
 کرمی، باقر (۲۱) ۳۰
 کرمی نوری، رضا (۳۵) ۲۷۹
 کریمی، یوسف (۳۰) ۱۴۴، (۳۶) ۳۹۹، (۳۹) ۲۷۵
- فرجی، جمشید (۱۸) ۱۵۰، (۲۳) ۲۲۷
 فرجی، ندا (۸۳) ۳۳۴
 فرح بخش، سعید (۴۰) ۴۴۱
 فرخنده، محمدجعفر (۲۸) ۳۷۲
 فرزاد، ولی‌اله (۲۷) ۲۷۰، (۳۰) ۱۸۳، (۳۹) ۲۶۲،
 (۴۰) ۴۷۰، (۴۳) ۳۲۳، (۴۴) ۴۴۷، (۵۲) ۴۰۷،
 (۶۳) ۲۵۱، (۶۹) ۳، (۷۱) ۲۶۳
 فرودستان، مهرانوش (۴۷) ۲۹۷
 فروزان، مجیدرضا (۱۱) ۲۰۳
 فروزش یکتا، فاطمه (۲۴) ۳۷۵
 فقیه‌زاده، سقراط (۲۱) ۸۵
 فقیهی، علی نقی (۷۷) ۳
 فولادچنگ، مجوبه (۴۵) ۷۲، (۵۳) ۳۳، (۸۴) ۴۲۸،
 (۸۷) ۳۰۸
 فرهودی، فرزاد (۶۶) ۱۴۱
 فیروزبخت، سمیرا (۸۵) ۱۰۰
 فیض، عبدالله (۲۰) ۳۰۳
 • قاسمی، وحید (۶۲) ۱۷۶
 قاسمی نواب، امیر (۸۱) ۶۷
 قاضی طباطبائی، سید محمود (۵۰) ۱۹۰،
 (۶۱) ۱۶، (۶۸) ۳۵۰، (۷۰) ۱۴۶، (۸۰) ۳۶۴
 قبادی، اکرم (۸۵) ۸۴
 قدم‌پور، عزت‌اله (۲۶) ۱۱۲
 قربان جهرمی، رضا (۴۸) ۴۶۲، (۵۷) ۹۰، (۷۳) ۳،
 (۷۹) ۲۹۲
 قربانی، راهب (۲۸) ۳۵۸
 قربانی، مریم (۴۲) ۱۳۵
 قربانی، نیما (۱۲) ۳۶۸، (۵۰) ۲۰۶، (۷۱) ۳۲۷
 قمرانی، امیر (۳۸) ۱۸۱
 قمری گیوی، حسین (۶۲) ۱۹۲
 قنبرلو، سلمان (۷۵) ۲۱۸

- گودرزی، احمد (۷۲) ۳۴۶
- گودرزی، محمدعلی (۲۶) ۱۵۳، (۳۳) ۳۴، (۳۸) ۲۰۰، (۴۱) ۳، (۴۴) ۴۲۶، (۴۸) ۴۴۵، (۵۲) ۳۹۱، (۵۴) ۱۱۴
- گودرزی، منیژه (۷۳) ۱۰۲
- گیلانی، مریم (۷۷) ۸۶
- لالانسفلی، فریبا اعظم (۶۰) ۳۶۹
- لطفی، راضیه (۷۴) ۱۷۵
- لطیفی، زهره (۸۲) ۱۵۱
- لطیفیان، مرتضی (۲۹) ۸۶، (۳۱) ۲۲۷، (۳۲) ۴۰۴، (۳۷) ۱۰۶، (۳۹) ۳۴۹، (۴۰) ۴۸۵، (۴۱) ۸۹، (۴۹) ۲۰، (۵۰) ۱۷۰، (۸۵) ۱۰۰
- لیاقت، ریتا (۲۲) ۱۴۹
- لیاقتدار، محمدجواد (۴۶) ۱۸۳، (۵۹) ۲۵۳
- مال احمدی، احسان (۵۶) ۴۱۷، (۵۹) ۲۸۴
- مجدآبادی فراهانی، زهره (۱۲) ۳۵۸
- مجد تیموری، محمد (۱۹) ۲۳۱
- محسنی، نیکچهره (۳۸) ۱۳۴
- محمدپور، فهیمه (۸۲) ۱۸۴
- محمدپور، وهاب (۶۲) ۱۶۱
- محمدخانی، شهرام (۷۶) ۳۸۰، (۷۹) ۲۸۱
- محمدزاده، علی (۴۱) ۳، (۴۹) ۸۵
- محمدی، حمیده (۸۷) ۳۰۸
- محمدی، لیلا (۸۶) ۱۵۷
- محمدی، محمد (۸۸) ۳۶۲
- محمدی، محمدرضا (۳۵) ۲۶۱، (۸۴) ۴۴۴
- محمدی، نوراله (۲) ۳۴۸، (۳۲) ۳۲۲، (۷۷) ۵۷، (۴۲) ۱۸۵، (۴۴) ۴۲۶، (۶۵) ۱۸، (۸۲) ۱۸۴
- محمدی پور، نعمت (۶۲) ۱۹۲
- محمدی فر، محمدعلی (۸۶) ۲۰۲
- محمدی مصیری، فرهاد (۶۵) ۳
- ۸۵ (۴۹)
- کریمی، ایمان (۷۰) ۱۲۹
- کسای اصفهانی، عبدالرحیم (۸۵) ۳
- کشاوری، امیر (۴۵) ۴
- کشاوری، سمیرا (۸۷) ۲۵۶
- کشاوری، غلامرضا (۳۳) ۵۱
- کشاوری مقدم، سارا (۶۶) ۱۵۶
- کشاوری، سمیه (۶۳) ۳۰۰
- کلانتری، مهرداد (۱۸) ۱۱۸، (۳۶) ۳۳۴، (۳۹) ۳۳۵، (۴۳) ۳۳۷، (۵۰) ۱۵۳، (۵۲) ۳۶۲، (۵۳) ۹۵
- کلدی، علیرضا (۱۹) ۲۶۲
- کلنی، سیمین دخت (۶۹) ۷۷، (۷۶) ۳۶۳، (۸۳) ۲۵۶
- کمال آرانی، زهرا (۳۶) ۳۶۶
- کمری، سامان (۷۴) ۱۹۹
- کنگاوری، سوسن (۸۸) ۳۷۹
- کهرزهی، فرهاد (۲۶) ۱۲۷
- کیامرثی، آذر (۷) ۲۷۱
- کیامش، علیرضا (۱۱) ۲۴۹، (۱۲) ۲۹۹، (۱۴) ۱۴۷، (۲۲) ۱۱۵، (۲۳) ۲۱۱، ۲۵۵، (۳۰) ۱۱۴، (۴۰) ۴۵۸، (۴۶) ۳۲۲
- کیانی، ستار (۶۵) ۱۰۳
- کیانی، مسعود (۸۱) ۳
- کیوانی، جعفر (۳۴) ۱۵۱
- گراوند، فریبرز (۴۹) ۳۶۲
- گزیدری، ابراهیم (۷۶) ۳۴۶
- گل پرور، محسن (۴۳) ۳۰۲، (۵۴) ۱۴۲، (۵۹) ۲۳۵، (۷۷) ۱۱۱
- گلفام، ارسلان (۴۶) ۱۷۰
- گلک، ناصر (۴۵) ۵۰
- گنجوی، لیلی (۵۶) ۳۵۷

- معتمدی شلمزاری، عبدالله (۲۲) ۱۱۵، (۲۸) ۳۹۸،
 (۴۸) ۳۶۹، (۵۵) ۲۲۶،
 معروفی، محسن (۴۲) ۱۵۰،
 معظمی گودرزی، بهمن (۲۰) ۳۱۶،
 معما، ندا (۸۰) ۴۵۳،
 مغانی لنکرانی، مریم (۳۶) ۴۲۹،
 مکارم، سپیده (۵۴) ۱۱۴،
 مکملی، زهرا (۳۸) ۱۶۹،
 مکوند حسینی، شاهرخ (۴۲) ۱۶۷، (۷۱) ۲۹۲،
 ملازاده، جواد (۲۳) ۲۵۵، (۴۱) ۳، (۵۲) ۳۹۱،
 ملایی، عین‌اله (۲۳) ۲۲۷،
 ملتفت، قوام (۶۳) ۲۸۳، (۷۰) ۱۹۵، (۸۴) ۴۱۲،
 ملک‌پور، مختار (۳۶) ۳۸۷،
 ملک خسروی، غفار (۳۸) ۲۲۲،
 ملک شاهی، معصومه (۵۲) ۴۲۶،
 ملکی، قیصر (۶۷) ۲۷۵،
 ملیانی، مهدیه (۷۲) ۳۹۳،
 منتخب یگانه، محمد (۷۶) ۳۹۴،
 منتظر، غلامعلی (۵۵) ۲۶۶،
 منصور، محمود (۱) ۶۱، (۲) ۱۰۴، (۳) ۲۰۷،
 (۶) ۱۰۷، (۱۲) ۳۴۱، (۱۳) ۴۶، (۱۴) ۱۱۵، ۱۴۷،
 (۱۶) ۳۴۷، (۲۳) ۲۵۵، (۲۴) ۳۴۸، (۲۶) ۱۴۳،
 (۳۲) ۳۳۷،
 منصوری سپهر، روح‌اله (۶۹) ۲۵،
 منتظری توکلی، وحید (۶۱) ۷۰،
 موتابی، فرشته (۵۷) ۳،
 موتوق، محمد تقی (۷۰) ۱۷۶،
 مؤذنی، سید محمد (۹) ۳،
 موسوی، سید امین (۵۷) ۲۳،
 موسوی، سید ولی‌اله (۷۸) ۲۰۶، (۸۶) ۱۷۲،
 موسوی هندری، طلیعه (۸۶) ۱۸۸،
 محمود علیلو، مجید (۸۶) ۱۸۸،
 محمودی، حجت (۶۷) ۳۱۰،
 محمودی، فاطمه (۷۱) ۲۹۲،
 محمودی، مریم (۶۹) ۹۴،
 مختاری، ستاره (۴۷) ۲۴۲،
 مختاری، عباس (۱۷) ۵۶،
 مدنی، مهتاب (۷۹) ۳۴۶،
 مدنی، یاسر (۸۶) ۱۸۸، (۸۷) ۳۴۴،
 مرادی، اعظم (۴۲) ۲۱۶، (۵۳) ۱۸،
 مرادی، علیرضا (۱۷) ۳۲۳، (۳۷) ۵۲، (۴۳) ۳۲۳،
 (۶۵) ۸۸، (۶۷) ۲۴۲، (۷۴) ۱۲۲، (۷۶) ۳۸۰،
 (۷۸) ۱۴۰، (۸۰) ۴۰۹، (۸۸) ۴۳۰،
 مرادی‌منش، فردین (۴۴) ۴۲۶،
 مرتضوی، شهرناز (۴۴) ۴۱۴،
 مرزبان، عباس (۷۰) ۱۱۸،
 مرزیه، افسانه (۶۸) ۳۵۰،
 مرسلی گنج‌نیره، (۶۸) ۳۸۱،
 مساح، هاجر (۶۰) ۳۳۶،
 مسعودنیا، ابراهیم (۴۶) ۱۳۶، (۵۰) ۱۳۸،
 مشکاتی، محمد (۵۷) ۵۸،
 مشهدی، علی (۱۲) ۱۳۴، (۳۸) ۱۳۴،
 مطیعان، حسین (۱۲) ۳۶۹، (۱۵) ۲۱۹،
 مظاهری، محمدعلی (۸) ۲۹۱، (۱۲) ۳۲۰،
 (۱۵) ۲۸۶، (۲۲) ۱۶۴، (۲۴) ۳۲۴، (۲۵) ۵۲،
 (۳۱) ۲۵۰، (۳۳) ۳، (۳۵) ۲۲۷، ۲۹۲، (۴۰) ۴۲۲،
 (۴۴) ۳۶۲، (۴۶) ۱۵۴، (۵۰) ۱۱۸، (۵۷) ۳،
 (۵۸) ۱۴۷، (۵۹) ۲۲۲، (۶۰) ۳۲۲، (۶۳) ۲۱۴،
 (۶۴) ۳۲۲، (۶۶) ۱۸۲، (۶۷) ۲۷۴، (۸۷) ۲۸۷،
 مظفری، محدثه (۷۲) ۴۰۸،
 مظلومیان، سعید (۵۷) ۹۰،
 معارف، منا (۷۲) ۳۶۵

- مولوی، حسین (۲۱)، ۱۸، (۲۷)، ۳۰۰، (۳۱)، ۲۶۲، (۳۶)، ۳۳۴، ۳۸۷، (۳۸)، ۱۶۹، (۳۹)، ۳۳۵، (۴۲)، ۱۵۰، (۴۳)، ۲۸۸، (۴۵)، ۴، (۴۷)، ۲۴۲، (۴۸)، ۳۵۴، (۴۹)، ۳، (۵۰)، ۱۵۳، (۵۱)، ۳۰۶، (۵۲)، ۴۴۵، (۵۳)، ۹۵، (۵۶)، ۳۷۰، (۷۳)، ۳۷
- مهانیان خامنه، مهری (۳۹)، ۳۰۸
- مهبذ، مینا (۸۴)، ۴۲۸، (۸۸)، ۴۴۸
- مهدوی مزده، مامک (۸۷)، ۳۲۶
- مهدویان، علیرضا (۴۰)، ۴۷۰، (۶۵)، ۵۳
- مهرابی، حسینعلی (۳۱)، ۲۶۲، (۳۶)، ۳۳۴، (۴۹)، ۵۴
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۶)، ۱۵۹، (۷)، ۲۷۱، (۱۱)، ۲۳۱، (۱۳)، ۸۳، (۱۶)، ۳۸۸، (۱۷)، ۴۴، (۲۸)، ۳۵۸، (۲۹)، ۳، (۴۳)، ۲۴۲، (۵۵)، ۳۱۹
- مهری نژاد، سیدابوالقاسم (۱۴)، ۱۴۷
- مهبین زعیم، بتول (۳۴)، ۱۵۱
- میر آقایی، علی محمد (۶۵)، ۸۳، (۶۷)، ۲۴۲
- میرجعفری، سید احمد (۳۶)، ۴۱۳، (۴۴)، ۴۲۶
- میرشاه جعفری، سید ابراهیم (۵۹)، ۲۵۳
- میررضایی، سیدعلی (۱۸)، ۱۵۰، (۲۳)، ۲۲۷
- میرزایی، جعفر (۶۵)، ۸۳، (۶۷)، ۲۴۲
- میری، میرنادر (۵۶)، ۴۰۱، (۸۷)، ۲۷۱
- میکائیلی، نیلوفر (۶۲)، ۱۹۲
- میکائیلی منبع، فرزانه (۶۶)، ۲۰۱
- میناکاری، محمود (۴۶)، ۱۵۴
- نادری، زهره (۳۶)، ۴۲۹
- نادری، یزدان (۷۴)، ۱۲۲
- نادعلی پور، حسن (۷۲)، ۴۳۸
- نادی، محمدعلی (۵۴)، ۱۴۲
- نامداری کورش (۶۹)، ۷۷، (۷۶)، ۳۶۳
- نائلی، حسین (۲۰)، ۳۰۳، (۲۹)، ۳۷
- نجاتی، وحید (۸۷)، ۲۸۷
- نجاریان، بهمن (۷)، ۲۷۱، (۱۰)، ۱۷۴، (۱۱)، ۲۳۱، (۱۳)، ۸۳، (۱۵)، ۲۴۷، (۱۶)، ۳۸۸، (۱۸)، ۱۳۶، (۲۹)، ۳
- نجفی، محمود (۷۱)، ۲۹۲
- نجفی، مصطفی (۳۶)، ۴۲۹
- نجفی زاده، سیدرضا (۲۴)، ۳۷۵
- نریسیانس، آر.بی. (۷۷)، ۳
- نریمانی، محمد (۱۴)، ۱۳۱، (۲۳)، ۲۴۴، (۴۵)، ۲۰، (۵۲)، ۴۲۶
- نشاط دوست، حمیدطاهر (۱۷)، ۳۱، (۱۸)، ۱۱۸، (۲۰)، ۳۰۳، (۲۲)، ۱۶۴، (۲۷)، ۳۰۰، (۲۹)، ۳۷، (۳۱)، ۲۶۲، (۳۶)، ۳۳۴، (۳۹)، ۳۳۵، (۴۲)، ۲۱۶، (۴۳)، ۳۳۷، (۴۷)، ۲۴۲، (۴۸)، ۳۵۴، (۵۱)، ۳۰۶، (۵۲)، ۳۶۲
- نصراصفهانی، احمدرضا (۳۴)، ۱۶۵
- نصراللهی، بهنیا (۶۴)، ۳۲۲
- نصرتی، فاطمه (۷۹)، ۲۶۳
- نصری، صادق (۷۶)، ۴۱۰
- نصیری ولیک نبی، فخرالسادات (۷۷)، ۸۶
- نظرلند، ندا (۴۱)، ۲۸، (۶۱)، ۵۱
- نظری، ابراهیم (۷۲)، ۴۳۸
- نظیری، قاسم (۴۸)، ۴۴۵
- نعامی، عبدالزهرا (۶۵)، ۶۷
- نعمت طاووسی، محترم (۵)، ۶۵
- نقش، زهرا (۴۴)، ۴۴۷، (۴۹)، ۳۶، (۵۲)، ۳۷۷، (۷۰)، ۱۴۶، (۸۷)، ۲۴۲ و ۳۲۶
- نوربالا، احمدعلی (۱۵)، ۲۱۹، (۲۷)، ۲۱۸
- نوربخش، رابعه (۴)، ۳۴۹
- نوربخش، یونس (۷۷)، ۳
- نورعلی، زهره (۳۶)، ۳۶۶

- ویسانی، مختار (۵۸)، ۱۱۰، (۶۲) ۱۴۲
- هادیانفرد، حبیب (۱۰)، ۱۷۴، (۱۶) ۳۸۸، (۳۸) ۲۰۰، (۶۵) ۱۸
- هاشمی، تورج (۵۱)، ۲۵۸، (۵۴) ۲۰۴، (۸۲) ۲۰۱
- هاشمی، سحر (۸۱) ۵۱
- هاشمی، سهیلا (۸۲)، ۱۶۷، (۸۳) ۲۸۴
- هاشمی، سید اسماعیل (۷۶) ۳۹۴
- هاشمی، ویدا (۳۹) ۲۷۵
- هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل (۶۷) ۲۹۴
- هداوندخانی، فاطمه (۶۵) ۳۳
- همایونی، علیرضا (۲۶) ۱۷۹
- هومن، حیدرعلی (۷۷) ۳
- یارمحمدیان، احمد (۴۵) ۴
- یعقوبی، ابوالقاسم (۸۵) ۶۷
- یعقوبی، حمید (۸۰) ۳۹۳
- یوسفی، رحیم (۴۴) ۳۸۱
- یوسفی، زهرا (۴۹) ۵۴
- یوسفی، فریده (۶۳)، ۳۰۰، (۷۰) ۲۰۹، (۷۱) ۲۴۷
- یوسفی، ناصر (۵۴) ۱۸۲
- یونس، سیدجلال (۲۳) ۲۷۶
- نورمحمدی، لیلا (۱۰) ۱۶۴
- نوروزی، رضاعلی (۳۸) ۲۳۲
- نوروزیان، مریم (۳۵) ۲۷۹
- نوری، ابوالقاسم (۱۷)، ۳۱، (۲۱) ۱۸، (۴۷) ۲۹۷
- (۶۲) ۱۷۶
- نوری، ربابه (۷۸) ۱۸۹
- نوری، ناهید (۱۷) ۴
- نوری، نرگس السادات (۳۶) ۳۳۴
- نوشادی، ناصر (۸۵) ۸۴
- نوید، احد (۴۸) ۴۱۴
- نویدی، فاطمه (۴۳) ۲۷۵
- نیتی، ربابه (۷۸) ۱۷۴
- نیکبخت نصرآبادی، علیرضا (۳۸) ۱۵۶
- نیکدل، فریبرز (۸۴)، ۴۱۲، (۸۵) ۸۴
- نیک مرام، زهرا (۱۷) ۶۸
- نیوشا، بهشته (۷۸) ۲۲۳
- واثقی، زهرا (۵۹) ۲۳۵
- واحدی، شهرام (۸۲) ۲۰۱
- ودودی مفید، پروین (۶۲) ۱۰۶
- وفادار، زهره (۴۶) ۲۱۳



معرفی کتاب



○ روان‌شناسی شناختی

زبان، تفکر، هیجان‌ها و هشیاری

○ مؤلفان: مایکل دبلیو. آیزنک

مارک تی. کین

○ مترجم: دکتر حسین زارع

○ انتشارات ارجمند

□ دسترسی به آخرین منابع آموزشی، از ضروریات آموزش دانشگاهی است. در این راستا سال‌هاست اثر فاخر آیزنک و کین به فارسی زبانان معرفی گردید. نویسندگان کتاب حاضر با بهره‌مندی از آخرین نظریه‌ها و یافته‌های پژوهشی هر پنج سال سعی می‌کنند با ویرایشی جدید اثری روزآمد و منحصربه‌فرد ارائه کنند.

□ اکنون ویرایش هفتم این کتاب وزین با تغییرات چشمگیری به وسیله نویسندگان تألیف گردیده است.

□ این کتاب حاوی سه بخش است. بخش اول به «زبان» اختصاص دارد که شامل فصول «دراک خواندن و گفتار»، «درک زبان» و «تولید زبان» است. بخش دوم به مقوله «شناخت عالی» مربوط می‌شود که شامل «حل مسئله و مهارت»، «قضایات و تصمیم‌گیری» و «استدلال و فرضیه آزمایی» است. بخش سوم کتاب به «افق‌های در حال گسترش» روانشناسی شناختی مربوط می‌شود. در این بخش مبانی نظری و پژوهشی «شناخت و هیجان» و «هشیاری» طرح گردیده است.



□ نقش واسطه‌ای تاب آوری در ارتباط اضطراب مرگ و سلامت عمومی نوجوانان مهاجر عراقی متأثر از جنگ با داعش دکتر منصوره حاج حسینی، زاکاوسلیم احمد، دکتر جواد اژه‌ای، دکتر زهرا نقش ۲۴۲

□ نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی دکتر محمدعلی بشارت، سمیرا کشاورز، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی، الهام عربی ۲۵۶

□ نقش واسطه‌ای بی‌اشتیاقی اخلاقی در رابطه بین صفات تارک شخصیت و استعداد خیانت زناشویی دکتر سجاد بشرپور، میرنادر میری ۲۷۱

□ الگوی معنوی/ مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس (MS): مطالعه کیفی دکتر زهرا عبدالدایی، دکتر شهریار شهیدی، دکتر محمدعلی مظاهری، دکتر لیلی پناغی، دکتر وحید نجاتی ۲۸۷

□ نقش واسطه‌ای سبک‌های پرورش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان حمیده محمدی، دکتر محبوبه فولادچنگ ۳۰۸

□ رابطه ادراک‌سبک‌های والدینی با تاب آوری: نقش واسطه‌ای عاملیت انسانی مامک مهدوی مزده، دکتر الهه حجازی، دکتر زهرا نقش ۳۲۶

□ رابطه بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی: نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی ابوالفضل دهقان، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی، دکتر یاسر مدنی ۳۴۴

□ معرفی کتاب ۳۵۸

□ مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم دکتر جواد اژه‌ای، دکتر مریم صیادشیرازی، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی، دکتر عبدالرحیم کسائی اصفهانی ۳

□ مقایسه تجربه اجرای روان‌حالتی (عملکرد اوج) در ورزشکاران نخبه و غیرنخبه ایرانی دکتر محمدامین جلیلووند، دکتر رسول روشن، دکتر مریم اسماعیلی نسب، دکتر رسول حمایت طلب ۲۲

□ بررسی ترس از ارزیابی به عنوان میانجی در رابطه پهنای نقش و ساختار سازمانی با فرآیند اثربخشی دکتر حمیدرضا عربی، عاطفه اژه‌ای ۳۴

□ رابطه هوش هیجانی و خودکارآمدی مبتنی بر عملکرد شغلی کارکنان حدیث باقری، دامون رزمجویی، الهام ساعی ۵۰

□ تأثیر آزمایشی ارزیابی شناختی و سرکوب‌گری هیجانی بر کارکردهای اجرایی و حافظه هیجانی بر اساس ابعاد زیستی حساسیت پردازش حسی دکتر سهراب امیری، دکتر علی عیسی زادگان، دکتر ابوالقاسم یعقوبی، دکتر محمد حسن عبداللهی ۶۷

□ نقش واسطه‌ای شیوه‌های مقابله با تنیدگی در رابطه بین تفکر خلاق و بهزیستی روان‌شناختی اکرم قبادی، دکتر فریبرز نیکدل، دکتر ناصر نوшادی ۸۴

□ بررسی نقش واسطه‌ای تاب آوری در رابطه بین قالب‌های ارتباطی خانواده و خود تنظیمی انگیزشی سمیرا فیروزیخت، دکتر مرتضی لطیفیان ۱۰۰

□ معرفی کتاب ۱۱۸

□ اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوج‌ها محمد محمدی، دکتر جواد اژه‌ای، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی ۳۲۷

□ رابطه ادراک مخاطره و نظم جویی شناختی هیجان با گرایش به اعتیاد با میانجی‌گری سبک‌های تصمیم‌گیری دکتر حسین زارع، سوسن کنگاوری، دکتر مهناز علی اکبری دهکردی ۳۷۹

□ مقایسه نظامنامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسان در کشورهای ایران، آمریکا، کانادا، بریتانیا و استرالیا دکتر بهناز دوران، دکتر علی فتحی آشتیانی ۳۹۶

□ اثر القای عاطفه مثبت بر روی کنش شناختی کلامی با توجه به بعد شخصیتی برونگرایی دکتر پرویز آزادفلاح، نیلوفر عابدینی ۴۱۳

□ اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری بی‌خوابی و درمانگری شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت در افراد مبتلا به بی‌خوابی همبود با افسردگی دکتر مریم عظیمی، دکتر علیرضا مرادی، دکتر جعفر حسینی ۴۳۰

□ پیش‌بینی سرزندگی تحصیلی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی دکتر مینا مهید، دکتر فرهاد خرمایی ۴۴۸

□ نمایه مؤلفان ۴۶۷

□ معرفی کتاب ۴۸۲

□ فهرست ۴ شماره سال ۱۳۹۷ ۴۸۳

□ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چشم انداز زمان آینده و رابطه آن با پیشرفت تحصیلی دکتر محسن افشاری، دکتر الهه حجازی، دکتر جواد اژه‌ای، دکتر ناهید صادقی ۱۲۲

□ رشد زبان در کودکان فارسی زبان ۶ تا ۷ سال دکتر مهناز دهقان طزرجانی، دکتر پروین کدیور، دکتر محمدحسین عبداللهی، دکتر حمیدرضا حسن‌آبادی ۱۳۹

□ نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی در رابطه بین معنای زندگی و سلامت روانی لایلا محمدی، دکتر محمد علی بشارت، دکتر محمدرضا رضازاده، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی ۱۵۷

□ نقش واسطه‌ای منبع کنترل در رابطه بین روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی نوجوانان دکتر سیدولی اله موسوی، دکتر سجاد رضائی، ستاره عاطفی کرجوندانی، حمید جوان‌پرست ۱۷۲

□ روابط ساختاری کودک آزاری و بد تنظیمی هیجانی با نشانه‌های شخصیت مرزی طلیعه موسوی هندی، دکتر مجید محمود علیلو، دکتر یاسر مدنی ۱۸۸

□ رابطه ابعاد کیفیت آموزشی کلاس و ارزیابی‌های شناختی با هیجان‌های تحصیلی و پیامدهای انگیزشی آن دکتر زینب ربانی، دکتر سیاوش طالع پسند، دکتر اسحق رحیمیان بوگر، دکتر محمد علی محمدی ۲۰۲

□ اثربخشی روایت درمانگری به شیوه مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده زبان‌دارای همسر معتاد دکتر محمد خدایاری فرد، غلامرضا سهراب پور، دکتر الهه حجازی ۲۲۰

□ معرفی کتاب ۲۳۸

ISSN 1680-8436

Quarterly Journal of the
Iranian
Association of Psychology

www.iranapsy.ir

Director in Charge
JAVAD EJEI, PhD
ejei@iranapsy.ir

Chief Editor
M.K. Khodapanahi.PhD

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.)
T. BARUMANDZADEH. PhD (Grenoble univ./France.)
J. EJEI, PhD (Tehran Univ.)
A. FATHIASHTIANI PhD (Baqiyatallah Univ.)
M.K. KHODAPANAH, PhD (Shahid Beheshti Univ.)
M. MANSOUR, PhD (Tehran Univ.)
M.A. MAZAHARI, PhD (Shahid Beheshti Univ.)
M. MEHRABIZADEH, PhD (Shahid Chamran Univ.)
A. R. MORADI Ph.D. (Kharazmi Univ)
H.T. NESHATDOUST, PhD (Esfahan Univ.)
R. POURHOSEIN, PhD (Tehran Univ.)
K. RASOULZADEH TABATABAIEI, 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

Journal@iranapsy.ir

In the Name of Allah

Contents

- **The Effectiveness of Training of Emotionally-Focused Approach on Couple Burnout and Couples Tendency for Divorce**
Mohammad Mohammadi, MSc, Javad Ejei, PhD, Masoud Gholamali Lavasani, PhD.....362
- **The Relationship between Risk Perception and Cognitive Emotion Regulation with Tendency to Addiction Mediated by Decision-Making Styles**
Hossein Zare, PhD, Sosan Kangavari, MSc, Mahnaz Aliakbaridehkordi, PhD379
- **Psychologists' Professional Codes of Ethics in Iran, America, Canada, England, and Australia**
Behnaz Dowran, PhD و Ali Fathi Ashtiani, PhD396
- **The Effect of Positive Affect Induction on Verbal Cognitive Performance in Extroversion Personality**
Parviz Azadfallah, PhD, Niloofar Abedini, MSc413
- **Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on People with Insomnia Comorbid Depression**
Maryam Azimi, PhD, Alireza Moradi, PhD, Jafar Hasani, PhD.430
- **The Prediction of Academic Buoyancy Based on Personality Traits: Mediational Effect of Self-Compassion**
Mina Mahbod, PhD, Farhad Khormai, PhD.....448
- **Book Review**482