بسم الله الرحمن الرحیم

فصلنامه روان‌شناسی کاربردی

فصلنامهٔ علمی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹

ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645-3541

صاحب امتیاز: دانشگاه شهید بهشتی

مدیر مسئول: دکتر محمود حیدری

سردبیر: دکتر وحید نجاتی

مدیر داخلی: دکتر عباس ذبیح‌زاده

ویراستار فارسی: دکتر عباس ذبیح‌زاده

ویراستار انگلیسی: دکتر شهریار شهیدی

اعضای هیأت تحریریه

دکتر بهمن بلوچ: دانشیار دانشگاه میدلسکس لندن (روان‌شناس)

دکتر حمیدرضا پوراعتماد: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکترعصمت دانش: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر سیدحسین سلیمی: استاد دانشگاه بقیه‌الله (روان‌شناس)

دکتر مسعود شریفی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر شهریار شهیدی: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر حمید طاهرنشاط‌دوست: استاد دانشگاه اصفهان (روان‌شناس)

دکتر ولی‌الله فرزاد: دانشیار دانشگاه خوارزمی (روان‌شناس)

دکتر محمدعلی گودرزی: استاد دانشگاه شیراز (روان‌شناس)

دکتر محمدعلی مظاهری: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر وحید نجاتی: دانشیار دانشگاه شهید بهشتی (علوم اعصاب شناختی)

کارشناس اجرایی، طراح جلد و صفحه‌آرا: مونا نظری

آدرس: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دفتر مجلات، فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی. تلفکس: ۲۹۹۰۵۳۴۰ پست الکترونیکی: apsy@sbu.ac.ir

درجهٔ علمی- پژوهشی در جلسهٔ مورخ ۸۹/۷/۲۸ کمیسیون نشریات علمی کشور، به فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی اعطا گردید و طی نامه شماره ۳//۳/۲۱۱۰۱۳ در تاریخ ۹۱/۱۰/۲۶ تمدید شد.

ارسال مقاله به فصلنامه روان‌شناسی کاربردی فقط از طریق پایگاه الکترونیکی apsy.sbu.ac.ir امکان‌پذیر است.

مقاله‌های این فصلنامه دارای ضریب تأثیر است و در پایگاه‌های استنادی علوم جهان اسلام (ISC)، پایگاه نشر دانش (پند)، DOAJ, Google Scholar, Linkedin, Academia، Magiran و SID نمایه می‌شود.

راهنمای نگارش مقاله

فصلنامهٔ «**روان‌شناسی کاربردی**» دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی به انتشار مقاله‌هایی می‌پردازد که برگرفته از پژوهش‌های ناب مداخله‌ای و مقایسه‌ای در قلمروهای متنوع روان‌شناسی باشند و نیز نتایج عملی و قابل استفاده‌ای را برای حل مشکلات زندگی فراهم آورند و یا زمینه‌هایی را کشف کنند که نتایج پژوهش‌های بنیادی در آن کاربرد داشته باشد. بنابراین رسالت اصلی این فصلنامه، به‌ویژه درعصر کنونی که پیچیدگی‌ها و فن‌آوری‌های روزافزون منجر به تغییرات سریع در جامعه درحال توسعه شده و معضلات متعددی را پدید آورده است؛ انتشار یافته‌های بدیع علم روانشناسی است که در زمینه‌های مختلف زندگی انسان کاربرد داشته باشد و امکان تبادل نظر و مبادله اطلاعات علمی را بین پژوهشگران فراهم نماید.

در نتیجه تأکید این فصلنامه بر چاپ مقاله‌های عمدتاً کاربردی در زمینه‌های بالینی، اجتماعی، سلامت، صنعتی سازمانی و جز آن است. مقاله‌های بالینی باید بر اساس معیارهای بین‌المللی پژوهش‌های بالینی انجام شود و پیگیری آن دست کم ۳ ماه و ترجیحاً ۶ ماه باشد. لازم به ذکر است اولویت چاپ به پژوهش‌های آزمایشی و آزمایشگاهی است.

شرایط تنظیم بخش‌های مختلف مقاله

- **تنظیم برگه مشخصات**: برگه مشخصات برگه‌ای است که در آن به دو زبان فارسی و انگلیسی عنوان مقاله، نام و نام‌خانوادگیِ پژوهشگر/ پژوهشگران، درجهٔ علمی آن‌ها همراه با نشانی محل کار و پست الکترونیکی دانشگاهی (Email)، تلفن تماس با پژوهشگران و تاریخ ارسال مقاله درج شده باشد.
- **عنوان**: عنوان مقاله جدید و برگرفته از محتوای مقاله و متناسب با فرایند تحولات علمی، پیشینه پژوهش و مطالعه دارای حداقل ۱۵ و حداکثر ۲۰ واژه باشد.
- **چکیده‌ها:** چکیده به دو زبان فارسی و انگلیسی هر چکیده در صفحه جداگانه‌ای در یک پاراگراف نوشته و تنظیم شود و هر یک از آن‌ها دارای حداقل ۲۰۰ و حداکثر ۲۵۰ واژه شامل عنوان‌های هدف، روش، یافته‌ها، نتیجه‌گیری باشد. در چکیده‌ها در قسمت روش باید پژوهش مثلاً همبستگی، آزمایشی و جز آن، جامعه آماری و تعداد جامعه، روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه و منطق تعداد نمونه، نام مدرسه‌ها، مناطق، مراکز، شهر یا استان، سال انجام پژوهش، ابزارها طراح و سال طراحی هر یک از ابزارها، تعداد پرسشنامه‌های مخدوش، نقاط پرت، تعداد نمونه نهایی و روش تحلیل آماری و در قسمت یافته‌ها برای هر یافته باید آماره و سطح معناداری درج و همچنین در قسمت نتیجه‌گیری لازم است که یک نتیجه‌گیری کاربردی نوشته شود.
- **معرفی کلیدواژه‌ها**: کلیدواژه‌ها حداقل ۳ واژه و حداکثر ۵ واژه، به‌ترتیب حروف الفبا در پایان چکیده‌ها ارائه و *ایتالیک* شود.
- **مقدمه**: به ترتیب شامل بیان مسئله، پیشینه، هدف‌ها، ضرورت، اهمیت و همچنین شامل طرح پرسش‌ها یا فرضیه‌های پژوهشی نوآورانه و بدیع باشد.
- **روش‌شناسی**: شامل توضیحاتی دربارهٔ روش، جامعهٔ آماری و درج تعداد جامعهٔ، روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه و منطق یا فرمول تعیین نمونه، ملاک‌های ورود و خروج آزمودنی‌ها باشد و به‌گونه‌ای نگاشته شود که سایر پژوهشگران بتوانند آن‌را با تمام جزئیات تکرار کنند. پژوهش‌های آزمایشی و مداخله‌ای حتماً باید پیگیری (Follow Up) ۳ تا ۶ ماه باشد و نتایج حاصل از پیگیری نیز لازم است که در چکیده‌ها، یافته‌ها و نتیجه‌گیری بیان شود.
- **ابزار پژوهش**: لازم است این قسمت شامل اطلاعات منسجم و کاملی دربارهٔ طراح، سال طراحی هر یک از ابزارها، معرفی آزمون، تعداد مؤلفه‌های آن و ذکر شماره سؤال‌های مؤلفه‌ها در جلوی آن‌ها، پایایی و روایی، شیوهٔ

اجرا و نمره‌گذاری ابزارها باشد و نیز ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابزارهای پژوهش توسط پژوهشگران کنونی مقاله ارسالی، محاسبه و گزارش شود. در صورت مداخله و استفاده از روان‌درمانگری، مشاوره یا آموزش که این نیز جزو ابزار است، باید طراح، هر یک از جلسه‌های مداخله به‌طور مختصر و مفید در پاراگراف‌های ۵ الی ۶ خطی جداگانه و قابل فهم به‌گونه‌ای توضیح داده شود که سایر پژوهشگران بتوانند آن را تکرار کنند. در شرح هر یک از جلسه‌های مداخله لازم است که گفته‌ها، توضیح‌ها و مثال‌ها پژوهشگر و یک یا دو مورد از سؤال‌ها و مثال‌های شرکت‌کنندگان نیز نوشته شود.

- **شیوهٔ اجرا**: در این قسمت توضیحات روشنی دربارهٔ شیوه انجام پژوهش از آغاز تا اتمام آن بدون ذکر مطالب تکراری باید ارائه شود و شامل مطالبی دربارهٔ کسب مجوز برای اجرای پژوهش از سازمان یا دانشگاه یا مراکز مربوطه، نحوهٔ مراحل گردآوری اطلاعات، مکان اجرای پژوهش، زمان اجرا، گروهی یا انفرادی بودن اجرای پژوهش باشد. در پژوهش‌های مداخله‌ای باید نحوهٔ رعایت موازین اخلاقی به‌ویژه در مورد گروه گواه ذکر شود. در انتهای همین قسمت پرسشنامه‌های مخدوش، نقاط پرت، تعداد نمونه نهایی و روش تحلیل آماری درج شود.
- **یافته‌ها:** ابتدای یافته‌ها باید ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به‌طور کامل در یک پاراگراف ارائه شود و شامل میانگین و انحراف معیار سن، میزان تحصیلات و رشته، شغل، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و جز آن به تفکیک گروه‌ها بدون ارائه جدول باشد. سپس یافته‌های آماری در جدول‌ها و در صورت لزوم نمودارهایی گزارش شود. جدول‌ها نمودارها و توضیحات زیر آن‌ها به‌شیوه‌ای ارائه شود که امکان تحلیل یافته‌ها توسط خواننده مقاله وجود داشته باشد. به‌علاوه مقاله از کمترین تعداد لازم جدول، شکل و نمودار برخوردار باشد و اعداد، ارقام و آمارهایی که در جدول‌ها، شکل‌ها و نمودارها ارائه می‌شود؛ نباید عیناً در توضیحات زیر جدول تکرار شود. همچنین شکل و تعداد خطوط تمام جدول‌های مقاله باید دقیقاً مطابق جدول‌های مقاله‌های این مجله و مطابق با شیوهٔ APA تنظیم شود.
- **بحث و نتیجه‌گیری:** شامل بحث دربارهٔ یافته‌ها بر اساس یافته‌های مستند و بر پایهٔ هدف‌های پژوهش بدون تکرار مجدد سؤال‌ها فرضیه‌ها و اعداد و ارقام پژوهش باشد. یافته‌ها با پیشینه‌های مشابه و متضاد مقایسه و نتایج تبیین سپس بحث جمع‌بندی و راه‌کارهایی برای حل مشکلات مربوط به حیطهٔ پژوهش بیان و نیز در انتها یک پاراگراف، نتیجه‌گیری کاربردی ارائه و سپس باید به محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش اشاره شود و راهکارها و تلویحات کاربردی مورد بحث قرار گیرد. می‌شود. بعد از بحث نتیجه‌گیری عناوین زیر باید به ترتیب نوشته و تکمیل شود.
- **موازین اخلاقی:** لازم است که نویسندگان در این قسمت، نحوه رعایت موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، حق انتخاب آن‌ها برای ادامه و یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بیان و الزاماً «**کد اخلاق پژوهش**» را برای کارآزمایی‌های بالینی و «شماره و تاریخ مصوب پایان نامه‌ها یا طرح‌های پژوهشی» را برای پژوهش‌های غیربالینی درج کنند.
- **سپاسگزاری:** لازم است که نویسندگان در این قسمت، از تمامی حامیان مالی، مسئولان، شرکت کنندگان/ آزمودنی‌ها و سایر افرادی که جزء نویسندگان نیستند و در اجرای پژوهش با آن ها همکاری داشته‌اند؛ تشکر و قدردانی کنند.
- **مشارکت نویسندگان:** در این قسمت اسامی، لینک کد ارکید، نوع همکاری و سهمِ همکاری (به درصد) هریک از نویسندگانی باید در ستون مربوطه جدول موجود در برگه تعهدنامه ذکر شود که در طراحی، مدیریت طرح، مفهوم سازی، اجرا، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح، ویراستاری و نهایی سازی

مقاله مشارکت داشته‌اند. مشارکت در جذب منابع مالی و یا گردآوری داده‌ها برای قرار گرفتن در فهرست نویسندگان کافی نیست.

- **تعارض منافع:** نشریه علمی روان‌شناسی کاربردی که به صاحب امتیازی دانشگاه شهید بهشتی منتشر می‌شود؛ متعهد به اجرای توصیه نامه‌های کمیته جهانی سردبیران در مورد مسئولیت‌های نویسندگان در رابطه با تعارض منافع آن‌ها است. نویسندگان لازم است که هنگام ارسال مقاله خود اطلاعات مربوط به منافع مالی یا دیگر منافعی را که در نگارش مقاله تأثیرگذار بوده است؛ بیان و منابع حمایت مالی مقاله را نیز اعلام کنند. کامل کردن و امضاء برگه اظهارنامه تعارض‌های منافع بالقوه برای نویسندگان مقاله‌های این فصلنامه ضروری است.
- **منابع:** مقاله با استفاده از حداقل۳۰ منبع تهیه و فهرست منابع فارسی و انگلیسی به‌ترتیب حروف الفبا به روش APA به شکل زیر تنظیم شود.

مقاله

مرادمند، مهسا.، و خانبانی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برون‌ریزی نوشتاری هیجان‌ها بر خودکارامدی و کنترل عواطف در دانش‌آموزان مضطرب. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۰ (۱ پیاپی ۳۷): ۳۷-۲۱.

Stoeber, J., Mutinelli, S., Corr, P. J. (2016). Perfectionism in students and positive career planning attitudes. *Personality and Individual Differences*, 97(1): 256-259.

پایان‌نامه

کهرازیی، فرهاد. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری در بهبود کیفیت زندگی، مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی بیماران دچار سلطان. رساله دکترای تخصصی، رشته روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهیدبهشتی.

Camp, N. (2016). *The relationship of a course grade to hope and optimism in nursing students' academic success.* Doctoral dissertation, the University of Alabama.

کتاب

مگیار- موئی، جینا.آل. (۱۳۹۱). فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا. ترجمه فرید براتی سده.تهران: انتشارات رشد. (سال انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Publishing.

نکته قابل توجه در مورد منابع

لازم به ذکر است که در این فصلنامه تمام منابع فارسی و انگلیسی مانند مثال‌های زیر باید هایپرلینک شوند تا به راحتی هریک از منابع نویسندگان، قابل دسترسی و بازبینی باشد.

مثال برای منابع فارسی

نظربلند، ندا.، نوحه گری، الهام.، و صادقی فیروزآبادی، وحید. (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر حافظه کاری، توجه پایدار و عملکرد ریاضی کودکان دچار اختلال‌های طیف اُتیسم. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳ _۲ پیاپی ۵۰): ۲۹۵-۲۷۳.

مثال برای منابع انگلیسی

Thompson, H. M., Wojciak, A.S., & Cooley, M. E. (2019). Family-based approach to the child welfare system: an integration of Bowen family theory concepts. Journal of Family Social Work, 22(3): 231-252.

- **پیوست‌ها**: در انتهای منابع لازم است پرسشنامه‌های مورد استفاده پیوست شود.

نکات شایان توجه دیگر

- مجله در پذیرش، ویرایش یا رد مقاله‌ها آزاد است و مقاله‌هایی که مورد به مورد طبق این راهنما تدوین و تنظیم نشده باشند و در فرصت مقرر اصلاحات را انجام ندهند؛ **رد** خواهند شد.
- چنانچه مقاله مطابق با فرمت مجله تهیه و تنظیم نشده باشد؛ لازم است که نویسنده مسئول «راهنمای نگارش مقاله» و «شرایط تنظیم بخش‌های مختلف مقاله» را به دقت مطالعه و تمامی اصلاحات فرمتی را حداکثر **۱۰ روز** در مقاله خود انجام دهد؛ تا مقاله قابلیت طرح و بررسی در شورای سردبیری را برای تعیین داوران پیدا کند؛ در غیر این‌صورت مقاله رد و بایگانی خواهد شد و فرصت دیگری برای طبق فرمت درآوردن مقاله به نویسنده داده نخواهد شد. همچنین پس از داوری نویسنده مسئول باید تمامی اصلاحات مورد نظر داوران را حداکثر ظرف دو هفته اعمال و مقاله بازنویسی شده را که در آن پاسخ نویسندگان به نکات مدنظر داوران درج شده و قسمت‌های تغییر یافته با قلم **قرمز** نباشد تا به راحتی قابل تشخیص باشد، در سامانه فصلنامه بارگذاری کند. عدم ارسال مقاله مذکور در مدت مقرر (حداکثر ظرف دو هفته) به نشانه انصراف مؤلف/ مؤلفان از ادامه فرایند بررسی و ارزیابی مقاله در این مجله تلقی و مقاله رد و بایگانی خواهد شد.
- این نشریه از چاپ مقاله‌هایی که منابع آن‌ها قدیمی است؛ معذور است. لازم است ۵۰ درصد منابع مورد استفاده مربوط به ۵ سال اخیر و ۵۰ درصد دیگر، قدمتی بیش از ۱۰ سال نداشته باشند.
- لازم است که برای اولین بار اسامی ۶ نفر اول همکاران ذکر و در مواردبعدی «و همکاران» نوشته شود.
- دقت شود در متن مقاله از آوردن واژه‌ها و مخفف واژه‌های لاتین و نیز نوشتن کلمه‌های لاتین به فارسی (به‌عنوان مثال پنیک) جداً خودداری و معادل فارسی آن‌ها نوشته شود.
- برای تمامی اسامی و واژه‌های لاتین فقط یک بار در پاورقیِ همان صفحه باید زیرنویس داده شود.

- لازم است در تدوین مقاله بیشتر از مجله‌های علمی- پژوهشی انگلیسی و فارسی معتبر از جمله مقاله‌های فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی استفاده شود، نه از پایان‌نامه‌ها و کتاب‌ها. در مجموع استفاده از پایان‌نامه‌ها و کتاب‌ها فقط حدود ۱۰ درصد منابع را به خود اختصاص دهد.
- در این نشریه فقط مقاله‌هایی امکان چاپ می‌یابند که قبلاً در جایی چاپ نشده باشند.
- حجم مقاله با پیوست‌ها حداقل ۱۶ و حداکثر ۲۰ **صفحهٔ وزیری (۱۶/۵ × ۲۳/۵)** و به‌صورت تایپ‌شده در محیط word باشد.
- برای تایپ متن مقاله از قلم B Nazanin در اندازه ۱۲ استفاده شود.
- تمام ویرگول‌ها، نقطه‌ها و علائم نگارشی بلافاصله پس از کلمات بیاید و بعد از آن یک فاصله ایجاد شود؛ نه برعکس. یعنی نقطه (.)، نقطه ویرگول (؛) و ویرگول (،) به کلمه قبل چسبیده و از کلمه بعدی یک فاصله داشته باشد.
- تمام پانویس‌ها در همان صفحه آورده شود و زیر هر صفحه با شماره ۱ آغاز شود.
- نیم‌فاصله‌ها رعایت شود (برای درج نیم‌فاصله از گرفتن همزمان کلید Ctrl و کلید علامت – باید استفاده کنید) مثلاً، می شود (غلط)/ می‌شود (صحیح) است.
- تمامی اعداد به‌کاررفته در متن و جدول‌ها فارسی باشد.
- مسئولیت حفظ حقوق دیگر مؤلفان به‌عهدهٔ نویسندهٔ مسئول است و با او تماس گرفته و مکاتبه خواهد شد.
- در مقاله‌های برگرفته از پایان‌نامه‌ها یا طرح‌های پژوهشی دانشگاه‌ها و سازمان‌ها، ذکر برگرفته‌شده از پایان‌نامه یا طرح‌های پژوهشی و تاریخ دفاع از پایان‌نامه و تاریخ اتمام پژوهش در برگه تعهدنامه و همچنین در قسمت‌های مربوطه در متن مقاله الزامی است.
- لازم است نویسنده‌گان تا **۶** ماه پی از بارگذاری اولیه مقاله خود در سامانه این فصلنامه، آن را جهت بررسی به نشریه دیگری ارسال نکنند.

هزینه‌های داوری و پذیرش مقاله

- طبق مصوبه شورای دبیران فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی از تاریخ ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ نویسنده‌ها لازم است برای ثبت مقاله خود در سامانه فصلنامه مبلغ ۵۰/۰۰۰ تومان برای هر مقاله‌ای که موضوع آن مرتبط با اهداف فصلنامه و طبق راهنمای نگارش تنظیم شده است و مبلغ ۳۰۰/۰۰۰ تومان پس از پذیرش مقاله از طریق سامانه مجلات به حساب دانشگاه شهیدبهشتی واریز فرمایند.

شیوهٔ ارسال مقاله

مقاله و همهٔ تیترهای آن باید طبق راهنمای نگارش مقاله در **فصلنامه روان‌شناسی کاربردی** تدوین و همراه با **برگهٔ مشخصات و تعهدنامه‌ای** مبنی بر عدم ارسال مقاله به سایر نشریه‌ها و واگذاری حقوق چاپ به فصلنامه روان‌شناسی کاربردی که توسط همهٔ نویسندگان امضاء شده باشد و نیز تکمیل برگهٔ «اظهارنامه تعارض منافع»، فقط از طریق پایگاه الکترونیکی **apsy.sbu.ac.ir** سامانه فصلنامه روان‌شناسی کاربردی به نشریه ارسال شود.

قدردانی

شورای دبیران فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی وظیفهٔ خود می‌دانند که با درج اسامی داوران دانشمند و گرامی که با راهنمایی‌ها و داوری‌های ارزندهٔ خویش بر اعتلای علمی نشریه افزوده‌اند؛ از آن‌ها سپاسگزاری کنند.

۱. دکتر سعید ایمانی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۲. دکتر محمود حیدری: دانشیار دانشگاه شهید بهشتی
۳. دکتر رضا خسروآبادی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۴. دکتر عصمت دانش: استاد دانشگاه شهید بهشتی
۵. دکتر مصطفی دهقانی: استادیار دانشگاه خلیج فارس
۶. دکتر عباس ذبیح‌زاده: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۷. دکتر یاسر رضاپور میرصالح: استادیار دانشگاه اردکان
۸. دکتر مسعود شریفی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۹. دکتر امید شکری: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۱۰. نیره قشنگ: دانشجوی دکتری دانشگاه شهید بهشتی
۱۱. دکتر وحید نجاتی: دانشیار دانشگاه شهید بهشتی
۱۲. دکتر فریده یوسفی: دانشیار دانشگاه شیراز

فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹
Journal of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020
ISSN: 2008- 4331- eISSN: 2645- 3541

فهرست عناوین

- **تغییرات ارتباطات عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی مغز در اختلال بی‌خوابی مزمن**

ریحانه احمدی، سما رحیمی‌جعفری، خدیجه نوری، معصومه رستم‌پور، حبیب‌الله خزایی، مسعود طهماسیان ۲۸-۹

- **بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و پایایی) مقیاس شفقت خود: یافتن شواهد تجربی برای استفاده از نمره کل و تعریف مفهومی شفقت خود**

سمیرا محمدعلی، داود معنوی‌پور، مجتبی صداقتی‌فرد ۵۰-۲۹

- **اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر تن‌انگاره و حرمت خود دانشجویان دختر**

زینب محمدعلی‌پور، محسن رسولی، اسماعیل اسدپور ؛ کیانوش زهراکار.....۷۵-۵۱

- **اثربخشی برنامهٔ آموزش نظامدار فرزندپروری کارآمد بر استرس والدگری، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مادران پسران نوجوان**

نادره سعادتی، زهرا یوسفی، محسن گل‌پرور.....۱۰۰-۷۷

- **اثر بخشی زوج‌درمانی هیجان مدار در مقایسه با رویکرد واقعیت درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها**

زهرا حسین زاده، شهره قربان شیرودی، جواد خلعتبری و محمدعلی رحمانی ۱۲۲-۱۰۱

- **تجربهٔ زیسته دانشجویان دربارهٔ یادگیری آنلاین در دوران اپیدمی بیماری کوید ۱۹: یک تحلیل پدیدارشناختی تفسیری**

امید شکری، فاطمه رشیدی‌پور، محمد شریفی ۱۴۵-۱۲۳

- **مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی با زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی**

مصطفی دهقانی، خالد اصلانی ۱۷۱-۱۴۷

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020, 9-28
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

Research Article

Functional connectivity alterations of orbitofrontal cortex in chronic insomnia

R. Ahmadi[1], S. Rahimi[1], Kh. Noori[2], M. Rostam Pour[2], H. Khazaei[2], M. Tahmasian[3*]
1. Faculty of Education & Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
2. Sleep Disorders Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
3. Institute of Medical Science and Technology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: m_tahmasian@sbu.ac.ir

Received: 1 September 2020 Accepted: 19 September 2020

Abstract
Aim: Many neuroimaging studies have been done, to illustrate neuropathology of chronic insomnia, as one of the most common psychological disorders. Recent studies, emphasis on the role of orbitofrontal cortex. But the functional connectivity of OFC hasn't been studied yet. To the best of our knowledge, it is the first study to discuss about it. **Methods:** In a case-control study, functional connectivity of OFC with whole brain was carried out to compare the functional connectivity alterations of this region between forty-two chronic insomnia patients, obtained at sleep disorders research center in Kermanshah university of medical sciences, and fifty-two healthy controls without sleep problems. Additionally, Pittsburgh Sleep Quality Index and nocturnal polysomnography was taken from subjects. **Results:** Patients showed decreased inter-functional connectivity of right OFC and intra functional connectivity of right OFC with right frontal pole, right insular cortex, right and left inferior frontal gyrus, left middle temporal gyrus and right frontal operculum cortex. Additionally, the functional connectivity of right OFC with precentral gyrus was increased in patients compared with controls ($p<0.05$ corrected for multiple comparisons). Above mentioned alterations were significantly correlated with subjective sleep quality. **Conclusion:** Our results show functional connectivity alterations of OFC in patients in comparison to healthy controls and these changes are correlated with subjective sleep quality. Therefore, this cortex can discuss some signs of chronic insomnia and even same neuropathology with depression.

Key words: *chronic insomnia, functional connectivity, neuroimaging, prefrontal cortex*

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۲۸-۹
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

مقاله پژوهشی

تغییرات ارتباطات عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی مغز در اختلال بی‌خوابی مزمن

ریحانه احمدی[۱]، سما رحیمی جعفری[۱]، خدیجه نوری[۲]، معصومه رستم‌پور[۲]، حبیب‌الله خزایی[۲]، مسعود طهماسیان[۳*]

۱. دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. پژوهشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: m_tahmasian@sbu.ac.ir

دریافت مقاله: ۹۹/۰۶/۱۱
پذیرش مقاله: ۹۹/۰۶/۲۹

چکیده

هدف: اختلال بی‌خوابی مزمن، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی، تاکنون مکانیسم عصبی آن کاملاً شناخته نشده است. برخی از مطالعات جدید بر نقش قشر حدقه‌ای پیشانی در اختلال بی‌خوابی مزمن تأکید کرده‌اند، اما تاکنون ارتباط عملکردی این منطقه با دیگر نواحی مغز بررسی نشده است.

روش: این مطالعه تحلیلی و مورد- شاهدی با روش تصویربرداری مغناطیسی رزونانس عملکردی (fMRI) در حالت استراحت انجام شده است. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۲ فرد مبتلا به این اختلال از کلینیک خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و ۵۲ مورد سالم در این مطالعه وارد شدند. همچنین، پلی سومنوگرافی شبانه و پرسشنامهٔ شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ از آن‌ها گرفته شد. ارتباط عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی با تمام واکسل‌های مغز در دو گروه بیمار و سالم محاسبه و مقایسه گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن در مقایسه با گروه سالم، ارتباط عملکردی درونزاد این قشرکاهش و با شکنج پایینی چپ قشر پیشانی، قشر جلویی اپرکالم راست، اینسولا راست و شکنج گیجگاهی میانی چپ کاهش یافته، و همچنین ارتباط عملکردی این قشر با شکنج پیش مرکزی افزایش یافته است ($p<0/05$ اصلاح‌شده برای مقایسه‌های مکرر). تغییرات ارتباطات عملکردی مذکور نیز با کیفیت خواب رابطه معنی‌داری دارد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه حاکی از ارتباط عملکردی مختل قشر حدقه‌ای پیشانی با دیگر نواحی مغز و ارتباط آن با شاخص‌های کیفیت خواب است که می‌تواند تبیین‌کننده بخش مهمی از آسیب‌شناسی عصبی این اختلال باشد.

کلید واژه‌ها: *اختلال بی‌خوابی مزمن، ارتباط عملکردی، تصویربرداری مغزی، قشر حدقه‌ای پیشانی*

مقدمه

اختلال بی‌خوابی مزمن[1] به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی، که به‌طور متوسط حدود ۱۰ درصد جمعیت را درگیر می‌کند، به‌صورت مشکل در شروع‌کردن و حفظ تداوم و نگهداری خواب تعریف می‌شود (گنگ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین با علائم بالینی مثل خستگی روزانه، مشکلات خلقی، مشکل در تمرکز و مشکلات حافظه همراه است. اختلال بی‌خوابی مزمن منجر به کاهش کیفیت زندگی و مشکل در تصمیم‌گیری‌ها، حل مسئله و پریشانی ذهنی فرد می‌شود. افزون بر این، طبق گزارشی در آمریکا این مشکل منجر به بروز اختلال‌هایی در انجام وظایف کاری نیز می‌شود (مورین و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات قبلی نشان می‌دهند که این اختلال همبودی قابل توجهی با برخی از دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی مثل افسردگی (شیل، ۲۰۲۰؛ باقرزاده ازباری، ۲۰۱۹)، افسردگی پس از زایمان (امامیان، خزایی، اوکن، طهماسیان و سپهری، ۲۰۱۹)، اختلال‌های اضطرابی (ون‌میل، هوگندیگ، وگلزانگز، ون‌دیک و پنینکس، ۲۰۱۰)، اختلال استرس پس از سانحه (طهماسیان و همکاران، ۲۰۱۷)، آلزایمر (وو، چن و جین، ۲۰۱۰)، اختلال‌های خوردن و اختلال وسواس فکری عملی (ریمان، ۲۰۱۷) دارد. آسیب‌شناسی عصبی این اختلال بر تغییرات ساختاری و عملکردی مناطق مغزی متعددی تأکید می‌کند (خزایی و همکاران، ۲۰۱۷)؛ هر چند که شناخت دقیق مکانیسم‌های عصبی این اختلال همچنان نیاز به مطالعه بیشتر دارد.

تغییرات ساختاری متعددی تاکنون در اختلال بی‌خوابی مزمن گزارش شده‌اند. در یک مطالعه اندازه‌گیری مبتنی بر واکسل[2] به نقش مناطق زاویه‌ای چپ، گیجگاهی میانی[3] چپ، فوقانی دو طرفه پیشانی[4]، فوزیفورم[5] چپ، شکنج پس‌مرکزی[6] دوطرفه، تالاموس[7] و هایپوکمپ[8] راست اشاره شده است (گرااو ریورا و همکاران، ۲۰۲۰). افزون بر این در یک مطالعه اندازه‌گیری مبتنی بر واکسل دیگر نیز نشان داده شد که افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن در مقایسه با گروه شاهد در آزمون‌هایی که مبتنی بر تصمیم‌گیری هستند، عملکرد ضعیف‌تری نشان می‌دهند که این

1. Chronic insomnia
1. voxel-based morphometry
3. middle temporal gyrus
4. frontal cortex
5. fusiform
6. post central gyrus
7. thalamus
8. hippocampus

یافته با کاهش حجم ماده خاکستری در قشر حدقه‌ای پیشانی رابطه دارد (آلتنا، ورنکن، ون‌درورف، ون‌دن‌هیوول و ون‌سومرن، ۲۰۱۰).

مطالعات عملکردی هم بر نقش مناطق مغزی متعددی اشاره می‌کنند. بر اساس یک مطالعه تصویربرداری مغناطیسی رزونانس عملکردی[1] قشر حدقه‌ای پیشانی دوطرفه با بخش شکمی اینسولا قدامی راست ارتباط مؤثر منفی دارند (لی و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین داده‌های مستحکمی پیرامون رابطهٔ قشر پیش‌پیشانی[2] میانی با عملکرد شناختی[3] سراسری مختل وجود دارد (پنگ و همکاران، ۲۰۱۸). افزون براین در یک مطالعهٔ توموگرافی با انتشار پوزیترون[4] نقش مناطق مغز میانی، مخچه، تالاموس قدامی، قشر سینگولیت[5] قدامی، قشر حدقه‌ای پیشانی و اینسولا[6] قدامی مورد تأکید قرار گرفته است (یاکارینو و همکاران، ۲۰۱۸).

به‌طور خلاصه طبق یافته‌های ساختاری و عملکردی تصویربرداری از مغز، مناطق مختلف قشر پیشانی در تبیین بخشی از سبب‌شناسی عصبی اختلال بی‌خوابی مزمن نقش دارند. افزون بر این، در فراتحلیل طهماسیان و همکاران (۲۰۱۸) نیز نقش قشر حدقه‌ای پیشانی در اختلال بی‌خوابی مزمن مورد تأکید قرار گرفته است. بنابراین، از آنجایی‌که بر اساس مطالعات پیشین حجم مادهٔ خاکستری در قشر حدقه‌ای پیشانی در افراد مبتلا کاهش یافته (آلتنا و همکاران، ۲۰۱۰) و با اذعان به اینکه این ناحیه از مغز در تکالیف پیچیده‌ای مثل حل مسئله و تصمیم‌گیری که در بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن نیز دچار اختلال است (گرااو ریورا و همکاران، ۲۰۲۰) درگیر می‌شود، می‌توان گفت که نقش عملکردی این منطقه و ارتباط آن با سایر نواحی مغز باید مورد مطالعه قرار گیرد. در همین راستا، مطالعهٔ حاضر برای نخستین بار با استفاده از تصویربرداری مغناطیسی رزونانس عملکردی در حالت استراحت، ضمن بررسی رابطهٔ عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی با سایر نواحی مغزی در بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن در مقایسه با گروه سالم، به منظور درک جامع‌تر از آسیب‌شناسی عصبی این اختلال، درصدد پاسخگویی به پرسش‌های زیر است:

1. Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI)
2. prefrontal cortex
3. functional connectivity
4. Positron Emission Tomography (PET)
5. cingulate cortex
6. insula

آیا ارتباط عملکردی این منطقه با دیگر نواحی مغز در بیماران مبتلا به بی‌خوابی مزمن دچار کژکاری شده است؟

و آیا در صورت وجود کژکاری، این تغییرات با شاخص کیفیت خواب بیماران همبسته است؟

روش

این پژوهش از نوع تحلیلی و به صورت مورد-شاهدی با استفاده از تصویربرداری عملکردی رزونانس مغناطیسی در حال استراحت انجام شده است. نمونهٔ آماری این پژوهش شامل ۹۴ نفر در دو گروه سالم و بیمار بوده است. گروه بیمار شامل ۴۲ نفر از افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن (۶۲٪ خانم، میانگین سن ۱۱/۰۶±۴۳/۴) بودند. گروه سالم نیز شامل ۵۲ نفر (۵۱٪ خانم، میانگین سن ۱۲/۵۴±۴۰/۰۲) بودند. گروه بیمار از مراجعه‌کنندگان به مرکز اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بودند که بر اساس نسخهٔ سوم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب (ICSD-3) مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن تشخیص داده شدند. بر اساس این طبقه‌بندی، اختلال بی‌خوابی مزمن به شکایت شبانهٔ افراد نسبت به خواب ناکافی و یا برطرف نشدن خستگی بعد از عادت خواب همراه با اشکال در عملکرد اجتماعی و شغلی و علائم بالینی مشخص، با تکرار حداقل سه روز در هفته و به مدت سه ماه تعریف شده است. تمامی بیماران قبل از تصویربرداری، تحت یک شب پلی‌سومنوگرافی شبانه برای بررسی عینی الگوی خواب قرار گرفته و برای بررسی کیفیت خواب‌شان نیز پرسشنامهٔ شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI)[1] را تکمیل کردند. گروه سالم از طریق فراخوان محلی و بررسی روان‌پزشک مبنی بر نداشتن هرگونه سابقه اختلال روان‌پزشکی یا بیماری‌های اعصاب و همچنین نمرهٔ PSQI پایین‌تر از پنج به‌عنوان شاخص، گرد-آوری شدند. در زمان انجام مطالعه هیچ یک از شرکت‌کنندگان داروهای مؤثر بر خواب مصرف نمی‌کردند و هیچ فردی منع انجام تصویربرداری مغزی را نداشت. برای اطلاعات بیشتر به جدول شمارهٔ (۱) مراجعه کنید.

1. The Pittsburg insomnia quality index

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامهٔ کیفیت خواب

پرسشنامهٔ شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (بایس، رینالدز، مانک، برمان و کوپفر، ۱۹۸۹) شامل ۱۸ عبارت خودگزارشی با هدف بررسی کیفیت خواب در طی یک ماه گذشته است. هفت زیرمقیاس تشکیل‌دهندهٔ این پرسشنامه عبارت‌اند از: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، کارآیی خواب، اختلال‌های خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه. نمرهٔ کل این پرسشنامه از صفر تا ۲۱ متغیر بوده و نمرهٔ بالاتر نیز نشان‌دهندهٔ کیفیت ضعیف‌تر خواب است. مقدم و همکاران پایایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه را ۷۷٪، اعتبار آن با حساسیت را ۹۴٪ و اعتبار با ویژگی را ۷۲٪ گزارش کرده‌اند (فرهی مقدم، نخعی، شیبانی، گروسی و امیرکافی، ۲۰۱۲).

۲) تصویربرداری رزونانس مغناطیسی

برای انجام این پژوهش از دستگاه تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)[1] با شدت ۱/۵ تسلای زیمنس[2] متعلق به مرکز اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه استفاده شده است. به این منظور افراد در دستگاه قرار گرفته و فعالیت مغزی درونزاد آنان با استفاده از تکنیک تصویربرداری عملکردی رزونانس مغناطیسی در حال استراحت از طریق ثبت سیگنال وابسته به تغییرات غلظت اکسیژن خون‌شان[3] مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار گرفت. همچنین از شرکت-کنندگان تصویربرداری ساختاری مغز T1 نیز انجام شد. در مجموع تصاویر مورد نظر با مشخصات پارامتری TR=1950 ms، TE=3.1 ms و matrix=256×256 mm2 و voxel size=1×1×1 mm3 برای تصویربرداری ساختاری و مشخصات پارامتری TR=3000 ms، TE=49 ms و matrix=64x64 mm2 و voxel size=3.5×3.5×3 mm3 برای تصویربرداری عملکردی، جمع‌آوری شد. تمامی تصاویر از لحاظ ظاهری توسط یک متخصص رادیولوژیست به منظور تشخیص هرگونه بیماری مغزی کنترل شد.

1. Magnetic Resonance Imaging (MRI)
2. Siemens
3. Blood-Oxygen Level Dependent (BOLD) signal

شیوهٔ اجرای پژوهش

پردازش تصویر و تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های تصویربرداری توسط نرم‌افزار CONN19.c و SPM12 بر روی نسخه‌ی 2019b نرم‌افزار MATLAB تحت پیش‌پردازش و سپس پردازش و تحلیل تصویر قرار گرفتند. در ابتدا برای شروع فرایند پردازش تصویر، فرمت تصاویر از DICOM [1] به NIFTI [2] توسط نرم‌افزار SPM12 تغییر داده شد. پس از آماده‌سازی فرمت تصاویر، مراحل پیش‌پردازش، بر روی تصاویر با بازهٔ اطمینان نود و هفت‌درصدی[3] صورت گرفت.

۱. realignment and unwrapping: به منظور حذف اثر مصنوع‌های[4] حرکتی در سری زمانی تصویر در تصاویر عملکردی افراد، با مرجع قرار دادن تصویر اولیه یا میانی در سری زمانی به دست‌آمده، تمام تصاویر ابتدا با استفاده از یک تبدیل فضایی یا مکانی دوباره سمت‌دهی شده و تصاویر از لحاظ نسبت اندازه با تصویر مرجع نیز مورد اصلاح قرار گرفت. میزان جابه‌جایی هر تصویر نیز در این مرحله محاسبه شد.

۲. slice timing: در این مرحله اختلاف زمانی میان ثبت تصاویر لایه‌های مختلف در یک حجم مغز محاسبه و تصحیح گردید.

۳. outlier detection: اسکن‌هایی که به طور بالقوه پرت محسوب می‌شوند، در این مرحله از پیش‌پردازش برای حذف آرتیفکت‌های موجود از سری تصاویر فرد حذف شدند.

۴. coregistration: در این مرحله تصاویر عملکردی با فضای تصاویر ساختاری منطبق شد.

۵. structural segmentation and normalization: برای نرمال‌کردن[5] تصاویر به فضای استاندارد که در این پژوهش MNI305 [6] بوده است، تصاویر ساختاری و سپس عملکردی با این فضای استاندارد منطبق شده و به بخش‌های مختلف مادهٔ خاکستری، مادهٔ سفید و بافت مایع مغزی-نخاعی طبقه‌بندی گردید.

1.Digital Imaging and Communications in Medicine
2. Neuroimaging Informatics Technology Initiative
3. confidence interval
4. artifact
5. Normalization
۶. فضای استاندارد متشکل از میانگین تصاویر ساختاری ۳۰۵ نفر که به‌عنوان تصویر مرجع برای مقایسه میان گروه‌های مختلف به کار می‌رود.

۶. smoothing: در آخر، به منظور یکسان‌سازی اطلاعات در تصویر عملکردی و جلوگیری از اختلاف میان سیگنال‌های فرکانس بالا و پایین، با استفاده از میانگین تمام نقاط داده‌ای نسبت به نقطهٔ مجاور خود و منحنی گوسی و معیار FWHM [1] پنج میلی‌متر تصاویر هموار گردید.

پس از انجام مراحل پیش‌پردازش، نوبت به مرحلهٔ denoising می‌رسد. در این مرحله تأثیرات فیزیولوژیک (مانند تنفس، ضربان قلب)، حرکت فرد در اسکنر و دیگر اثرات گیج‌کننده از روی سیگنال BOLD به منظور دستیابی به سیگنال خالص پاکسازی گردید. به این منظور ابتدا اثرات نامطلوب حرکات سر افراد با اعمال رگرسیون خطی (ART-based scrubbing) که از روش‌های سخت‌گیرانه تصحیح حرکت سر هست، حذف شده و سپس برای سیگنال‌های دریافت شده، بازهٔ فیلتری ۰/۱-۰/۰۱ تعیین شد (band-pass filtering) که از ورود سیگنال‌هایی با فرکانس بالاتر یا پایین‌تر از این بازه جلوگیری به عمل آورد. پس از این مراحل، تصاویر هفت نفر از گروه سالم و تصاویر شش نفر از گروه بیمار به دلیل حرکات زیاد و اثرات مصنوع غیر قابل تصحیح برای ورود به مرحلهٔ تحلیل حذف گردید.

برای بررسی ارتباط عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی میان دو گروه بیمار و سالم، ابتدا این ناحیه از اطلس هاروارد- آکسفورد انتخاب شده و در نرم‌افزار CONN به‌عنوان دو منطقهٔ مجزای راست و چپ برای انجام تحلیل‌های بعدی مشخص گردید. در مرحلهٔ پردازش نهایی، ارتباط عملکردی تمام واکسل‌های مغز با ناحیه OFC [2] در همهٔ شرکت‌کنندگان محاسبه گردید و میانگین میزان ارتباط عملکردی بین دو گروه با آزمون تی مقایسه شد. مقدار p-value برای آستانهٔ واکسل کوچکتر از ۰/۰۰۵ و برای آستانهٔ دسته [3] کوچک‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به منظور بررسی میزان خطای نوع اول در آزمون از روش آماری میزان کشف اشتباه (FDR) [4] و پس از اصلاح برای مقایسه‌های مکرر استفاده شد.

1. Full Width at Half Maximum
2. Seed to whole brain analysis
3. cluster
4. False Discovery Rate

یافته‌ها

بررسی داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میان دو گروه بیمار و سالم از لحاظ جنس (p=۰/۰۴۲) تفاوت معناداری وجود داشته اما از لحاظ سن (p=۰/۰۹۶) تفاوتی میان دو گروه مشاهده نشد.

تحلیل ارتباط عملکردی تمام واکسل‌های مغز با ناحیه OFC

ارزیابی ارتباطات عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی راست[1] در گروه بیمار نشان داد، این ناحیه به صورت معنادار نسبت به گروه سالم کاهش ارتباط داشته است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها شامل کاهش ارتباط عملکردی درونی rOFC[2] و کاهش ارتباط عملکردی این ناحیه با قشر اینسولا[3] راست است. همچنین ارتباط این قشر با قطب قشر پیشانی راست، شکنج پایینی چپ قشر پیشانی، قشر جلویی اپرکالم راست و شکنج گیجگاهی میانی چپ کاهش یافته است. افزون بر این، این افراد نسبت به گروه سالم افزایش ارتباط عملکردی rOFC با شکنج پیش‌مرکزی[4] را نشان داده‌اند (شکل ۱). تمامی نتایج در سطح FDR<0.05، معنادار بوده‌اند. همچنین هیچ تغییر معناداری میان ارتباطات عملکردی میان قشر حدقه‌ای پیشانی چپ[5] بین دو گروه سالم و بیمار مشاهده نشد. برای مشاهدهٔ اطلاعات کامل‌تر به جدول شمارهٔ (۲) مراجعه کنید.

رابطه بین تغییرات ارتباط عملکردی با کیفیت خواب

با بررسی میانگین عددی به دست آمده برای هر فرد برای نقاط دارای افزایش و کاهش ارتباط عملکردی با rOFC، با نمرات پرسشنامه PSQI، نتایج نشان داد که نمرات PSQI افراد به صورت مثبت و معنادار (p=۰/۵۷۵) با مقادیر عددی شکنج پیش‌مرکزی همبستگی داشته است. چنانچه قبلاً گفته شد، شکنج پیش‌مرکزی در گروه بیمار نسبت به گروه سالم با rOFC افزایش ارتباط

1. rOFC
2. inter functional connectivity
3. insular cortex
4. precentral gyrus
5. lOFC

عملکردی داشته و این نتیجه نشان می‌دهد که با افزایش نمرات PSQI و در نتیجه کاهش کیفیت خواب گزارش‌شده، ارتباط عملکردی این ناحیه افزایش داشته است (شکل ۲ نمودار الف).

همچنین نمرات پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبورگ همبستگی معنادار و منفی (p=-۰/۶۱۰) با مقادیر عددی نقاطی که با rOFC کاهش ارتباط عملکردی داشته، نشان داده‌است. به این معنا که هر چه نمرات PSQI افراد افزایش یافته و کیفیت خواب فرد بدتر باشد، ارتباط عملکردی با rOFC با نقاط مذکور کاهش بیشتری یافته است (شکل ۲ نمودار ب).

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن در مقایسه با گروه سالم ارتباط عملکردی درونزاد قشر حدقه‌ای پیشانی راست کاهش یافته است. همچنین ارتباط قشر حدقه‌ای پیشانی راست با قطب قشر پیشانی راست، شکنج پایینی[1] چپ قشر پیشانی، قشر جلویی اپرکالم[2] راست، اینسولا راست و شکنج گیجگاهی میانی چپ کاهش و با شکنج پیش‌مرکزی افزایش یافته است. همبستگی تغییرات ارتباط عملکردی مذکور با کیفیت خواب نشان داد که افراد با کیفیت خواب بدتر دچار کاهش ارتباط بیشتر در قشر حدقه‌ای پیشانی راست با مناطق مغزی اشاره‌شده، و افزایش ارتباط عملکردی بیشتر در قشر حدقه‌ای پیشانی راست با شکنج پیش‌مرکزی هستند.

کاهش ارتباطات قشر حدقه‌ای پیشانی مشاهده‌شده در بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن با سایر مطالعات همسو است. برای مثال، نقص در مهار و بازداری رفتاری، تصمیم‌گیری و پردازش پاداش در افراد مبتلا به بی‌خوابی مزمن مشاهده می‌شود (بلند، برتولیس، لیونگ، تاس و گرمان، ۲۰۱۹؛ چون‌هوآ، جیاکوی، ژو و کای، ۲۰۱۹). هرچند که معدودی از مطالعات نقص عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی را الزاماً در اختلال در بازداری رفتاری مؤثر نمی‌دانند (استالناکر، کوچ، شوعنباعوم، ۲۰۱۵)، اما برخی دیگر تخریب این نقش را با اختلال عملکردی این قشر مرتبط دانسته‌اند (میر و بوچی، ۲۰۱۶؛ طهماسیان، ۲۰۱۵). همچنین در این بیماران با توجه به شدت اختلال عملکردی، بازداری رفتاری نیز دچار مشکل می‌شود (بالسیو، اوتاویانی و لومباردو، ۲۰۱۹).

1. inferior frontal gyrus
2. frontal operculum cortex

در یک مطالعه مروری دیگری نیز به این نکته اشاره شده است که قشر حدقه‌ای پیشانی در گرفتن یک تصمیم درست نقش دارد و آسیب به آن رفتارهای هدفمند را مختل می‌کند (پادوآ-شیوپا و کونن، ۲۰۱۷). افزون براین ادبیات پژوهشی نیز از نقص بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن در پردازش پاداش حمایت می‌کند (ته‌لیندرت و همکاران، ۲۰۱۸). اشاره به این نکته نیز حائز اهمیت است که رابطهٔ بین اختلال در پردازش پاداش و نقص عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی در بیماران پارکینسون هم نشان داده شده است (دوپلسیس و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های پیشین نیز از کاهش ارتباط عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی با شکنج گیجگاهی میانی چپ حمایت می‌کنند و نشان می‌دهند که قشر حدقه‌ای پیشانی درون‌دادهای دیداری خود را از بخش پایینی قشر گیجگاهی دریافت می‌کند، که این مسئله با یادگیری محرک‌های تقویت‌کننده و پاداش مرتبط است (طهماسیان و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه به نظر می‌رسد زمانی‌که ارتباط قشر حدقه‌ای پیشانی با بخش پایینی قشر گیجگاهی کاهش می‌یابد، شاهد اختلال در فرایند پردازش پاداش و مشکل در یادگیری مرتبط با پاداش به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های فرایند مذکور در بیماران باشیم. همچنین اختلال در پردازش پاداش در افراد دارای اختلال بی‌خوابی مزمن در تحقیقات پیشین گزارش شده است؛ خصوصاً اگر بی‌خوابی مزمن همراه با علایم افسردگی باشد (بلند و همکاران، ۲۰۱۹).

همانند یافته‌های این تحقیق، کاهش رابطهٔ عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی با اینسولا نیز در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن در مطالعات دیگر هم گزارش شده است. به‌ویژه در افراد افسردهٔ دارای مشکلات مرتبط با خواب، این تفاوت رابطهٔ عملکردی بیشتر دیده می‌شود (چنگ، رولز، روآن و فنگ، ۲۰۱۸). همچنین اینسولا در یکپارچه‌کردن حالات هیجانی و فیزیکی نقش ویژه‌ای دارد که ارتباط مختل آن با دیگر مناطق مغزی، توضیحی برای برخی علائم این اختلال به نظر می‌رسد (خزایی و همکاران، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر، نتایج این مطالعه نشان داد در افراد دارای اختلال بی‌خوابی مزمن ارتباط عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی با ناحیهٔ شکنج پیش‌مرکزی افزایش می‌یابد. افزایش فعالیت در این مناطق، در افرادی که نمرات بالایی در مقیاس شیدایی خفیف[1] می‌گیرند نیز پیشتر مشاهده

1. hypomania

شده است (شوآرتز و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه بین مؤلفه‌های رفتاری شیدایی خفیف مثل تکانشگری، و اختلال بی‌خوابی مزمن رابطه وجود دارد. پژوهش‌های پیشین این رابطه را همچنین در بیمارانی که ریتم شبانه‌روزی بدن‌شان منطبق با دیرخوابی است، تأیید می‌کنند (کانگ و همکاران، ۲۰۱۵). افزون براین، میان مدت زمان خواب و ضخامت قشر مغز در لوب پیشانی به‌ویژه در شکنج فوقانی پیشانی و قشر پیش‌مرکزی، رابطه‌ای معکوس در افراد سالم مشاهده شده است (طهماسیان و همکاران، ۲۰۲۰). لازم به ذکر است بسیاری از مطالعات نشان‌دهندهٔ آسیب‌شناسی مشترک این اختلال و اختلال افسردگی هستند و از قشر حدقه‌ای پیشانی به‌عنوان ناحیهٔ کلیدی در افرادی که به‌طور همبود دارای افسردگی و اختلال بی‌خوابی مزمن هستند، ذکر می‌شود (یو و همکاران، ۲۰۱۸). تغییراتی نیز در باب ارتباط عملکردی این ناحیه با نواحی از جمله اینسولا مشاهده می‌شود، که با توجه به نقش این ناحیه در اختلال افسردگی، از نظر نویسندگان، این تغییرات هم‌راستا با آسیب‌شناسی مشترک این دو اختلال به نظر می‌رسند (باقرزاده ازباری، ۲۰۱۹؛ یو و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین یافته‌های مطالعات پیشین یکی از نویسندگانِ این مقاله از این نتیجه حمایت می‌کند که در این افراد بین نشانه‌های ذهنی مرتبط با بی‌خوابی مزمن و افسردگی و ارتباط عملکردی بیشتر بین بخش جانبی قشر حدقه‌ای پیشانی، بخش‌هایی از قشر جلویی مغز، قشر سینگولیت، اینسولا، آمیگدال و هایپوکمپ رابطه وجود دارد (باقرزاده ازباری، ۲۰۱۹).

در مطالعه حاضر با توجه به این مسئله که تعداد گروه بیمار و شاهد می‌تواند بیش از این باشد، نتایج باید با احتیاط تفسیر شود. همچنین اسکنر تصویربرداری ۱/۵ تسلا بوده است؛ درحالی‌که امروزه بیشتر از اسکنرهای ۳ تسلا استفاده می‌شود. با این وجود، طبق مرور نویسندگان این مقاله بر ادبیات تحقیق، این مقاله نخستین مطالعه‌ای است که ارتباط عملکردی قشر حدقه‌ای پیشانی را با تمامی نواحی مغزی دیگر در اختلال بی‌خوابی مزمن مورد بررسی قرار داده است. با توجه به نتایج این مطالعه، هرچه افراد نمرات بالاتری در شاخص‌های کیفیت نامطلوب خواب می‌گیرند، ارتباط عملکردی این قشر با مناطق مذکور نسبت به افراد با نمرات پایین‌تر تغییرات بیشتری می‌کند. یافته‌های حاصل از این مطالعه، با برخی مطالعات پیشین، هم‌پوشانی دارد و نقش کلیدی این ناحیه را در سبب‌شناسی عصبی اختلال بی‌خوابی مزمن نشان می‌دهد. به منظور بررسی

دقیق‌تر نقش قشر حدقه‌ای پیشانی در سیر این اختلال بهتر است تغییرات ساختاری و عملکردی این ناحیه به‌صورت طولی بررسی و تأثیرات درمان‌های دارویی و غیردارویی بی‌خوابی مزمن بر عملکرد این قشر واکاوی گردد. همچنین قابل توجه به نظر می‌رسد که نقش قشر حدقه‌ای پیشانی با دیگر نواحی به صورت ارتباط مؤثر بررسی شود تا تاثیرات علّی این قشر با دیگر مناطق مغز مشخص شود. از آنجایی‌که داده‌های این مطالعه در حالت استراحت گرفته شده است، عملکرد این قشر در حالت انجام آزمون‌های شناختی و هیجانی نیز قابل توجه است. همچنین می‌توان نقش این قشر را با دیگر مناطق مغزی در بیمارانی که به طور همبود دارای علایم بی‌خوابی و افسردگی هستند، مورد تحلیل قرار داد.

موازین اخلاقی

تمام اطلاعات افراد با تمایل شخصی و رضایت کتبی مورد پژوهش قرار گرفتند و اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نگهداری می‌شود. همه بیماران در طول مطالعه به پزشک دسترسی داشتند. کد اخلاق برای انجام این پژوهش IR.KUMS.REC.1398.971 از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه است.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان و همکاران مرکز اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که در این پژوهش ما را برای جمع‌آوری داده‌ها یاری کردند، مراتب قدردانی و سپاسگزاری را به‌جا می‌آوریم.

مشارکت نویسندگان

- ریحانه احمدی و سما رحیمی: به‌عنوان نویسندهٔ مشترک اول و تحلیلگر داده‌ها و نگارندهٔ متن
- خدیجه نوری و معصومه رستم‌پور: جمع‌آوری داده‌ها
- حبیب الله خزایی: مشاورهٔ علمی
- مسعود طهماسیان: مشاور علمی و نگارندهٔ متن

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع مادی یا معنوی در پژوهش حاضر ندارند.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان دو گروه

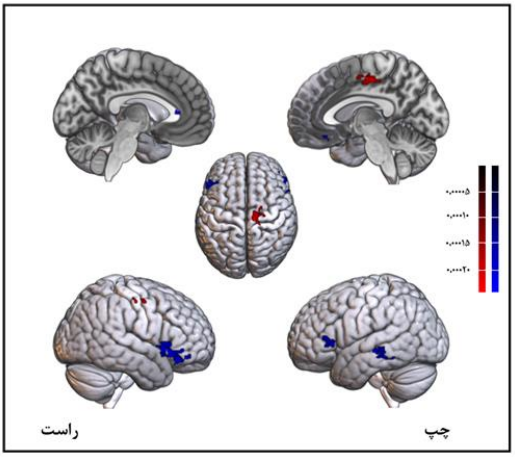
	گروه سالم (تعداد=۵۲)	گروه بیمار (تعداد=۴۲)
جنسیت (٪خانم)	٪۵۱	٪۶۲/۵
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۴۰/۰۲ ± ۱۲/۵۴	۴۳/۴ ± ۱۱/۰۶
نمره PSQI (میانگین ± انحراف معیار)	۳/۲۲ ± ۱/۵۶	۱۶/۹۴ ± ۳/۰۶
میانگین مدت زمان اختلال بی‌خوابی مزمن (سال)	-	۷/۳۲
میانگین مدت زمان خواب (ساعت)	-	۵/۳۱
میانگین بازده خواب (٪)	-	٪۶۸/۵۴

PSQI= Pittsburg Sleep Quality Index

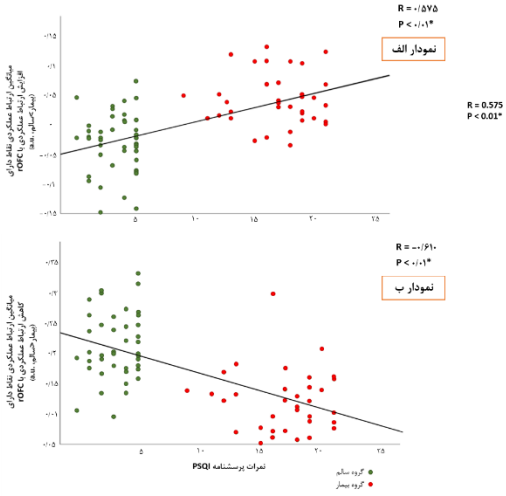
جدول ۲. مناطقی که به صورت معنادار در گروه بیمار نسبت به گروه سالم با rOFC تغییرات ارتباط عملکردی داشته‌است.

	دسته (x, y, z)	سایز (واکسل)	مقدار p (FDR اصلاح شده)	ناحیه آناتومیک
کاهش ارتباط عملکردی (سالم>بیمار)	+۴۲ +۳۲ -۱۶	۳۷۲	۰/۰۰۰۰۳۰	Frontal Orbital Cortex Right Frontal Pole Right Frontal Operculum Cortex Right Insular Cortex Right Inferior Frontal Gyrus, pars triangularis Right
	-۶۸ -۲۶ -۰۸	۱۳۳	۰/۰۳۰۵۰۸	Middle Temporal Gyrus, posterior division Left
	-۴۰ +۳۰ +۰۸	۱۲۸	۰/۰۳۰۵۰۸	Inferior Frontal Gyrus, pars triangularis Left
افزایش ارتباط عملکردی (بیمار>سالم)	+۱۴ -۱۸ +۴۸	۱۴۶	۰/۰۲۵۲۹۸	Precentral Gyrus Right

FDR= False rate discovery



شکل ۱. مناطقی که با قشر حدقه‌ای پیشانی تغییرات ارتباط عملکردی داشته‌اند (قرمز: افزایش، آبی: کاهش)



شکل ۲. نمودار الف- همبستگی بین میانگین مقادیر ارتباط عملکردی نقاط دارای افزایش ارتباط عملکردی با rOFC و نمرات پرسشنامه PSQI تمامی شرکت کنندگان.

نمودار ب- همبستگی بین میانگین مقادیر ارتباط عملکردی نقاط دارای کاهش ارتباط عملکردی با rOFC و نمرات پرسشنامه PSQI تمامی شرکت کنندگان

ضمیمه

پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI)

نام ونام خانوادگی : تحصیلات : جنسیت : تاریخ:

پرسش‌های زیر در مورد رفتارهای خواب شما، تنها در یک ماه گذشته است. پاسخ‌های شما باید در برگیرنده حالت‌های جامع در اکثر روزها و شب‌های ماه گذشته باشد. لطفا به همه پرسش‌ها پاسخ دهید.

۱- در طول ماه گذشته معمولا چه ساعتی به رختخواب می‌رفتید؟ .....

۲- در طول ماه گذشته معمولا چند دقیقه از دراز کشیدن تا به خواب رفتن شما طول می‌کشد؟ .....

۳- در طول ماه گذشته معمولا چه موقعی از خواب بیدار می‌شدید؟ .....

۴- در طول ماه گذشته خواب واقعی شما در طول شب معمولا چند ساعت بوده است؟ (این مقدار با ساعاتی که در رختخواب دراز می‌کشید متفاوت است). .....

۵- در طول ماه گذشته بعد از گذشت ۳۰ دقیقه از دراز کشیدن به خواب نمی رفتم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۶- در طول ماه گذشته در نیمه شب یا اول صبح از خواب بیدار شدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۷- در طول ماه گذشته مجبور به بیدار شدن جهت رفتن به حمام بوده‌ام.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۸- در طول ماه گذشته در تنفس دچار مشکل می‌شدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۹- در طول ماه گذشته به علت سرفه یا خرخر کردن بلند از خواب بیدار می‌شدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۰- در طول ماه گذشته احساس سردی زیادی می‌کردم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۱- در طول ماه گذشته احساس داغی زیادی می‌کردم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۲- در طول ماه گذشته خواب‌های آشفته می‌دیدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۳- در طول ماه گذشته احساس درد داشتم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۴- در طول ماه گذشته به چه دلایل دیگری در به خواب رفتن مشکل داشته‌اید؟ لطفا نام ببرید به چه میزان؟

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۵- در طول ماه گذشته جهت خوابیدن چند مرتبه مجبور به استفاده از داروهای خواب آور شده‌اید؟

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۶- در طول ماه گذشته در بیدار ماندن برای رانندگی، خوردن یا انجام فعالیت‌های روزمره مشکل داشته‌ام.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۷- در طول ماه گذشته به چه میزان برای پرداختن با اشتیاق به امور روزمره دچار مشکل بوده‌اید؟

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۸- در طول ماه گذشته کیفیت خواب خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

خیلی خوب ☐ نسبتا خوب ☐ نسبتا بد ☐ خیلی بد ☐

منابع

Altena, E., Vrenken, H., Van Der Werf, Y. D., van den Heuvel, O. A., & Van Someren, E. J. (2010). Reduced orbitofrontal and parietal gray matter in chronic insomnia: a voxel-based morphometric study. *Biological Psychiatry*, 67(2): 182-185.

Ballesio, A., Ottaviani, C., & Lombardo, C. (2019). Poor cognitive inhibition predicts rumination about insomnia in a clinical sample. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(5): 672-681.

Boland, E. M., Bertulis, K., Leong, S. H., Thase, M. E., & Gehrman, P. R. (2019). Preliminary support for the role of reward relevant effort and chronotype in the depression/insomnia comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 242: 220-223.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, 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.

Cheng, W., Rolls, E. T., Ruan, H., & Feng, J. (2018). Functional Connectivities in the Brain That Mediate the Association Between Depressive Problems and Sleep Quality. *JAMA Psychiatry*, 75(10): 1052-1061.

Chunhua, X., Jiacui, D., Xue, L., & Kai, W. (2019). Impaired emotional memory and decision-making following primary insomnia. *Medicine (Baltimore)*, 98(29): e16512.

du Plessis, S., Bossert, M., Vink, M., van den Heuvel, L., Bardien, S., Emsley, R., . . . Carr, J. (2018). Reward processing dysfunction in ventral striatum and orbitofrontal cortex in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 48: 82-88.

Emamian, F., Khazaie, H., Okun, M. L., Tahmasian, M., & Sepehry, A. A. (2019). Link between insomnia and perinatal depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 28(6): e12858.

Farrahi Moghaddam, J., Nakhaee, N., Sheibani, V., Garrusi, B., & Amirkafi, A. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath*, 16(1): 79-82.

Gong, L., Liao, T., Liu, D., Luo, Q., Xu, R., Huang, Q., . . . Zhang, C. (2019). Amygdala Changes in Chronic Insomnia and Their Association with Sleep and Anxiety Symptoms: Insight from Shape Analysis. *Neural Plasticity*, 2019: 8549237.

Grau-Rivera, O., Operto, G., Falcón, C., Sánchez-Benavides, G., Cacciaglia, R., Brugulat-Serrat, A., . . . Molinuevo, J. L. (2020). Association between insomnia and cognitive performance, gray matter volume, and white matter microstructure in cognitively unimpaired adults. *Alzheimer's Research and Therapy*, 12(1): 4.

Iaccarino, L., Presotto, L., Bettinardi, V., Gianolli, L., Roiter, I., Capellari, S., . . . Perani, D. (2018). An in vivo (11) C-PK PET study of microglia activation in Fatal Familial Insomnia. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 5(1): 11-18.

Kang, J. I., Park, C. I., Sohn, S. Y., Kim, H. W., Namkoong, K., & Kim, S. J. (2015). Circadian preference and trait impulsivity, sensation-seeking and response inhibition in healthy young adults. *Chronobiology International*, 32(2): 235-241.

Khazaie, H., Veronese, M., Noori, K., Emamian, F., Zarei, M., Ashkan, K., . . . Rosenzweig, I. (2017). Functional reorganization in obstructive sleep apnoea and insomnia: A systematic review of the resting-state fMRI. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 77: 219-231.

Li, C., Dong, M., Yin, Y., Hua, K., Fu, S., & Jiang, G. (2018). Aberrant Effective Connectivity of the Right Anterior Insula in Primary Insomnia. *Frontiers in Neurology*, 9: 317.

Meyer, H. C., & Bucci, D. J. (2016). Imbalanced activity in the orbitofrontal cortex and nucleus accumbens impairs behavioral inhibition. *Current Biology*, 26(20): 2834-2839.

Morin, C. M., Drake, C. L., Harvey, A. G., Krystal, A. D., Manber, R., Riemann, D., & Spiegelhalder, K. (2015). Insomnia disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1): 15026.

Padoa-Schioppa, C., & Conen, K. E. (2017). Orbitofrontal Cortex: A Neural Circuit for Economic Decisions. *Neuron*, 96(4): 736-754.

Pang, R., Guo, R., Wu, X., Hu, F., Liu, M., Zhang, L., . . . Li, K. (2018). Altered Regional Homogeneity in Chronic Insomnia Disorder with or without Cognitive Impairment. *American Journal of Neuroradiology*, 39(4): 742-747.

Riemann, D. (2007). Insomnia and comorbid psychiatric disorders. *Sleep Medicine*, 8: S15-S20.

Schiel, J. E., Holub, F., Petri, R., Leerssen, J., Tamm, S., Tahmasian, M., . . . Spiegelhalder, K. (2020). Affect and Arousal in Insomnia: Through a Lens of Neuroimaging Studies. *Current Psychiatry Reports*, 22(9): 1-8.

Schwartz, F., Tahmasian, M., Maier, F., Rochhausen, L., Schnorrenberg, K. L., Samea, F., . . . Drzezga, A. (2019). Overlapping and distinct neural metabolic patterns related to impulsivity and hypomania in Parkinson's disease. *Brain Imaging and Behavior*, 13(1): 241-254.

Bagherzadeh-Azbari, S., Khazaie, H., Zarei, M., Spiegelhalder, K., Walter, M., Leerssen, J., . . . Tahmasian, M. (2019). Neuroimaging Insights into the Link between Depression and Insomnia: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 258: 133-143.

Stalnaker, T. A., Cooch, N. K., & Schoenbaum, G. (2015). What the orbitofrontal cortex does not do. *Nature Neuroscience*, 18(5): 620-627.

Tahmasian, M., Jamalabadi, H., Abedini, M., Ghadami, M. R., Sepehry, A. A., Knight, D. C., & Khazaie, H. (2017). Differentiation chronic post traumatic stress disorder patients from healthy subjects using objective and subjective sleep-related parameters. *Neuroscience Letters*, 650: 174-179.

Tahmasian, M., Noori, K., Samea, F., Zarei, M., Spiegelhalder, K., Eickhoff, S. B., . . . Eickhoff, C. R. (2018). A lack of consistent brain alterations in insomnia disorder: An activation likelihood estimation meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 42: 111-118.

Tahmasian, M., Rochhausen, L., Maier, F., Williamson, K. L., Drzezga, A., Timmermann, L., . . . Eggers, C. (2015). Impulsivity is Associated with Increased Metabolism in the Fronto-Insular Network in Parkinson's Disease. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9: 317.

Tahmasian, M., Samea, F., Khazaie, H., Zarei, M., Kharabian Masouleh, S., Hoffstaedter, F., . . . Valk, S. L. (2020). The interrelation of sleep and mental and physical health is anchored in grey-matter neuroanatomy and under genetic control. *Communications Biology*, 3(1): 171.

Te Lindert, B. H., Itzhacki, J., van der Meijden, W. P., Kringelbach, M. L., Mendoza, J., & Van Someren, E. J. (2018). Bright environmental light ameliorates deficient subjective ‘liking’in insomnia: an experience sampling study. *Sleep*, 41(4).

van Mill, J. G., Hoogendijk, W. J., Vogelzangs, N., van Dyck, R., & Penninx, B. W. (2010). Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3): 239.

Wu, T. Y., Chen, C.-P., & Jinn, T.-R. (2010). Alzheimer's disease: aging, insomnia and epigenetics. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 49(4): 468-472.

Yu, S., Shen, Z., Lai, R., Feng, F., Guo, B., Wang, Z., . . . Gong, L. (2018). The Orbitofrontal Cortex Gray Matter Is Associated With the Interaction Between Insomnia and Depression. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 651.

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020, 29-50
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

Research Article

Investigating the Psychometric Characteristics (Validity and Reliability) of the Self-Compassion Scale: Finding Empirical Evidence for Using the Total Score and defining the Concept of Self-Compassion

Received: 16 September 2019
Accepted: 24 August 2020

S. Mohammadali[1], D. Manavipor[2*], M. Sedaghatifard[2]
1. Ph.D. Student of Educational Psychology, Department of Psychology, Garmsar Branch, Azad University, Garmsar, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Garmsar branch, Azad University, Garmsar, Iran.
Email: Manavipor53@yahoo.com

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the psychometric properties (reliability and validity**)** of the Self-Compassion Scale, the response to the two critiques entered into this scale. **Method:** This research was a descriptive-analytic study of type validation. The sample consisted of 400 students from the Islamic Azad University of Tehran's South Branch who were selected by available sampling method and completed self-compassion scale. **Results:** The results of exploratory factor analysis revealed 6 factors, which in total, explained 68.28% of the total scale variance. The results of the confirmatory factor analysis, in addition to verifying the results of exploratory factor analysis, allowed the conceptual definition and use of the total score. The reliability coefficient of the scale was obtained by Cronbach's alpha of 0.77 and by a re-test method of 0.75. **Conclusion:** The results of this study showed that this scale, in addition to having proper psychometric properties in non-clinical groups, is also valid in terms of conceptual definition of self-compassion construct and use of total score.

Key words: *confirmatory factor analysis, exploratory factor analysis, reliability, self-compassion, total score*

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۵۰-۲۹
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

مقاله پژوهشی

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و پایایی) مقیاس شفقت خود: یافتن شواهد تجربی برای استفاده از نمره کل و تعریف مفهومی شفقت خود

سمیرا محمدعلی[۱]، داود معنوی‌پور[۲*]، مجتبی صداقتی‌فرد[۲]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی،گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی،گرمسار، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. ایمیل: Manavipor53@Yahoo.Com

دریافت مقاله: ۹۸/۰۶/۲۵
پذیرش مقاله: ۹۹/۰۶/۰۳

چکیده

هدف: هدف از مطالعه حاضر افزون بر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی) مقیاس شفقت خود، پاسخ به دو انتقاد وارد شده به این مقیاس بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعهٔ توصیفی-تحلیلی از نوع اعتبارسنجی بود. نمونهٔ این مطالعه شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود شش عامل را نشان دادند که در مجموع ۶۸/۲۴ درصد از از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی افزون بر تأیید نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، تعریف مفهومی و استفاده از نمرهٔ کل را مجاز برشمردند. ضریب پایایی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به روش بازآزمایی ۰/۷۵ به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که مقیاس شفقت خود افزون بر داشتن ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب در گروه‌های غیربالینی، از نظر تعریف مفهومی سازه شفقت خود و استفاده از نمرهٔ کل نیز معتبر است.

کلید واژه‌ها: *پایایی، تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی، شفقت خود، نمرهٔ کل*

مقدمه

هنگامی‌که بین روان‌شناسی غربی و افکار بودایی گفتمانی برقرار گردید، درک جدیدی از مفهوم بهزیستی ذهنی[1]در ذهن روان‌شناسان غربی مانند بارنس و ریستلر (۲۰۱۶) و نف (۲۰۱۶ الف، ۲۰۱۶ ب) پدیدار شد. از آنجایی‌که روان‌شناسی بودایی تمرکز فراوانی بر تحلیل و درک طبیعتِ خود[2]دارد، بسیاری از مفاهیم آن برای روان‌شناسانی که علاقمند به «فرایندهای خود»[3]هستند، مفید به نظر می‌رسد. یکی از این مفاهیم که مرتبط به «خودپنداره»[4]و «خودنگرشی»[5]است، مفهوم «شفقت خود»[6]است. در جهان غرب شفقت به معنای محبت به دیگران است، درحالی‌که در فرهنگ بودایی شفقت نسبت به خود ضروری‌تر و مهم‌تر از شفقت نسبت به دیگران است، زیرا شفقت نسبت به خود زمینه‌ساز احساس مراقبت از خود، آگاهی‌یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود، و پذیرش این نکته که تجربه‌های فردی نیز بخشی از تجربه‌های بشری است، می‌شود (نف، ۲۰۱۶ ب). شفقت خود مستلزم درک این واقعیت است که رنج، شکست، و نابسندگی‌ها بخشی از تجارب معمول بشری است و همهٔ انسان‌ها از جمله خود فرد زیبندهٔ مهربانی و شفقت هستند (ازدمیر و سیف، ۲۰۱۷).

شفقت خود توازنی میان روش‌های مشفقانه و غیرمشفقانه است که ضمن آن فرد با موقعیت‌های فرارو با مهربانی (خود- مهربانی)[7]یا قضاوت (قضاوت خود)[8]برخورد می‌کند، یا به‌صورت آگاهانه‌ای به مشکلات به‌عنوان بخشی از تجربهٔ مشترک[9](اشتراک بشری)[10]در برابر تنهایی (انزوا)،[11]و یا به‌عنوان مسیری که منجر به ذهن‌آگاهی[12]می‌شود یا به شیوه‌ای متمایز (همسان‌سازی افراطی)[13]با آن مقابله می‌کند، می‌نگرد. این سه بعد به صورت قطبی، ابعاد شفقت خود را تشکیل می‌دهند؛ یعنی (۱) خود-مهربانی در برابر قضاوت خود، (۲) اشتراک بشری در برابر انزوا، و (۳) ذهن‌آگاهی در برابر همسان‌سازی افراطی (نف، ۲۰۱۶ ب). هر یک از این مؤلفه‌ها دارای تعاریف خاص خویش هستند:

۱. خود- مهربانی: خودمهربانی وضعیت اداراکی فرد از خویش در موقعیت‌های فاقد خودکارآمدی[14]و یا رنج‌بردن از قضاوت خشن و بیرحمانه از خود است (نف، ۲۰۱۶ الف). به‌عنوان

1. mental well-being
2. self
3. self-processes
4. self-concept
5. self-Attitude
6. self-compassion
7. self-kindness
8. self-judgment
9. common experience
10. common humanity
11. isolation
12. mindfulness
13. over-identification
14. self-efficacy

نمونه، افراد خود- مهربان خویش را افرادی ناکامل[1]دانسته و می‌دانند که ممکن است در دست‌یابی به اهداف خویش شکست بخورند. بنابراین هنگامی‌که با تجربه‌های دردناک روبه‌رو می‌شوند، تمایل دارند که با خویش مهربان باشند و این همان چیزی است که به آن‌ها کمک می‌کند تا با تجربیات منفی بدون هیجانات زیاد مقابله کنند (نف و ونک، ۲۰۰۹). **۲. قضاوت خود:** قضاوت خود وضعیتی ذهنی است که افراد با توجه به میزان سرسختی[2]خویش در شرایط مشکل‌زا با روش ناخوشایندی[3]با خود رفتار می‌کنند (نف، ۲۰۱۶ الف). **۳. اشتراک بشری:** اشتراک بشری حالتی است که فرد تجربهٔ خویش را بخشی از تجربیات مشترک انسانی در نظر می‌گیرد و نه جدا از سایر انسان‌ها (نف، ۲۰۱۶ ب). **۴. انزوا:** انزوا حالتی ذهنی است که فرد خود را تنها و مجزا از دیگران تصور کرده و در عین حال به این اشتباه خود نیز می‌اندیشد (نف، ۲۰۱۶ الف).

۵. ذهن‌آگاهی: ذهن‌آگاهی حالتی است که شخص در تلاش است تا احساسات خویش را پس از آنکه با یک احساس ناراحت‌کننده روبه‌رو می‌شود در وضعیت تعادل و توازن نگه دارد. **۶. همسان‌سازی افراطی**: همسان‌سازی افراطی وضعیتی ذهنی است که حین احساس ناامیدی، ذهن فرد را کنترل کرده و یا فرد را مجبور می‌سازد تا تصور کند همه چیز در حالت نامساعد و خطرناکی قرار دارد (موریس و پتروچی، ۲۰۱۶). به این ترتیب، می‌توان ساختار شفقت خود را به‌عنوان یک نظام پویا بر اساس برهم‌کنش میان این مؤلفه‌های دوقطبی تعریف کرد؛ همچنان‌که به‌عنوان یک عامل حفاظتی نیز میزان تاب‌آوری[4]فرد را در برابر شدائد و مصائب زندگی افزایش می‌دهد (موریس، اتگار و پتروچی، ۲۰۱۶).

مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) ابزار اصلی جهت سنجش این سازه می‌باشد. هنگام ساخت این ابزار، فرضیهٔ نف (۲۰۱۶ الف) این بود که شفقت خود سازه‌ای واجد سه مؤلفهٔ دوقطبی است. با این حال، همان مطالعهٔ نخست نشان داد که این فرضیه نادرست بوده و شفقت خود از شش مؤلفهٔ اصلی تشکیل شده است که سه مؤلفهٔ آن شاخص‌های مثبت (خود-مهربانی، اشتراک بشری و ذهن‌آگاهی) و سه مؤلفهٔ آن نیز دربرگیرندهٔ شاخص‌های منفی (قضاوت خود، انزوا و همسان‌سازی افراطی) است (نف، ۲۰۱۶ الف). با این حال، بسیاری از پژوهشگران ضمن چشم-پوشی از این موضوع، نمرهٔ کلی شفقت خود را با جمع‌کردن نمرهٔ تمامی شاخص‌ها (با معکوس کردن نمرات شاخص‌های منفی) به دست می‌آورند (لوپز و همکاران، ۲۰۱۵). این رویکرد مورد

1. imperfect
2. hardiness
3. harsh manner
4. resilience

انتقاد پژوهشگرانی مانند لوپز و همکاران (۲۰۱۵) و موریس و همکاران (۲۰۱۶) قرار گرفته است. به‌طور کلی دو انتقاد اساسی به مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) وارد شده است که می‌تواند اعتبار روان‌سنجی این مقیاس را به‌صورت جدی به خطر اندازد. نخستین انتقاد معطوف به مفهوم-سازی نف (۲۰۱۶ الف) از سازهٔ شفقت خود و استفاده از این مفهوم‌سازی در ساخت مقیاس می‌باشد و نقد دوم نیز ناظر به استفاده از یک نمرهٔ کل بدون پشتوانهٔ مطالعات تجربی است (موریس و همکاران، ۲۰۱۶؛ لوپز و همکاران، ۲۰۱۵).

اگر شفقت خود را یک سازه محافظتی و یک ویژگی شخصیتی بدانیم که به شخص کمک می‌کند تا با تجربیات ناخوشایند و رنج‌آور به‌طور مؤثری مقابله کند (نف، ۲۰۱۶ ب)، سه مؤلفهٔ مثبت شفقت خود با مفهوم محافظتی هماهنگ و همسو است، اما سه مؤلفهٔ منفی شفقت خود چندان توجیه محافظتی ندارند (موریس و همکاران، ۲۰۱۶). پیرامون سه مؤلفهٔ منفی، ایدهٔ ابتدایی نف (۲۰۱۶ الف) این بود که این سه مؤلّفه به‌عنوان ابعادی متضاد با واکنش‌های مشفقانهٔ بالا[1] از یک سو و پاسخ‌های مشفقانهٔ پایین[2] از دیگر سو، صورت‌بندی شوند، و این عامل برهان اصلی برای گنجاندن مؤلفه‌های منفی در سازهٔ شفقت خود برای ارزیابی رفتارهای غیرمشفقانه بود. مطابق با داعیهٔ نف (۲۰۱۶ الف)، مؤلفه‌های منفی جزئی از تعریف مفهومیِ شفقت خود است؛ نکته‌ای که دست‌کم با توجه به تعریف محافظتیِ شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) چندان صحیح به نظر نمی‌رسد. حتی در مقالات اخیر نف نیز (به‌عنوان نمونه، نف، ۲۰۱۶ الف، ۲۰۱۶ ب؛ نف و فاسو، ۲۰۱۵؛ آلبرتسون، نف و دیل-شاکلفورد، ۲۰۱۵) این سازه در واقع از سه مؤلفهٔ مثبت که در سرشت این سازه وجود دارد، تشکیل شده است و مؤلفه‌های منفی صرفاً به‌عنوان متضاد مؤلفه‌های مثبت صورت‌بندی شده‌اند. مشکل این تفسیر نف (۲۰۱۶ الف) آنجا است که بیشتر مطالعات (و نه همهٔ آن‌ها) از ساختار شش‌مؤلفه‌ای شفقت خود حمایت کرده‌اند (اوتاویانی۲۰۱۴؛ آرمیستو ۲۰۱۴؛ بهرام‌خانی، ۲۰۱۳؛ پینتو- گووئیا، ؛ پتروچی، جیاتون، ۲۰۱۳؛ چن، یان و ژو، ۲۰۱۱؛ خسروی، ۱۳۹۲؛ دوارت، ۲۰۱۵؛ دالگلیش و کارل، ۲۰۱۴؛ رفیوکس، ۲۰۱۱؛ صادقی، ۱۳۹۲؛ کاستیلهو، ۲۰۱۵، کویومدجیان، ۲۰۱۴؛ کارل، ۲۰۱۴، کوین، ۲۰۱۴؛ کومپایا، ۲۰۱۴؛ گیانوو، ۲۰۱۵؛ گارسیا، ۲۰۱۴؛ لطفی، ۲۰۱۳؛ لی و لی، ۲۰۱۰؛ مانتزیوس، ۲۰۱۳؛ محمدخانی، ۲۰۱۳؛ نف، ۲۰۱۵، ویلیامز، ۲۰۱۴؛ ویلسون، ۲۰۱۵؛ هاپفیلد، ۲۰۱۱؛ یان وژو، ۲۰۱۱؛ یابنده، ۱۳۹۲)؛ تا جایی‌که مطالعه‌ای این سازه را با سه عامل نشان نداده است.

1. high compassionate reactions
2. low compassionate responses

نف (۲۰۱۵)، استفادهٔ گسترده پژوهشگران از نمرهٔ کل را به‌عنوان شاهدی پژوهشی جهت استفاده از نمرهٔ کل برای مقیاس شفقت‌خود بیان کرد، اما نتایج مطالعهٔ وی چندان منتقدان را قانع نکرد؛ همچنان‌که موریس و پتروچی (۲۰۱۷) به‌کارگیری مؤلفه‌های منفی و استفاده از نمرهٔ کل توسط پژوهشگران را اشتباه دانسته و به آن‌ها توصیه می‌کند که به‌جای استفاده از نمرهٔ کل، نمرات هر شش مؤلفه را به‌صورت جداگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند.

به‌طور کلی از زمان انتشار نسخهٔ اصلی مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف)، پژوهش‌های گسترده‌ای در جوامع مختلف برای بررسی ساختار عاملی این مقیاس انجام شد. افزون بر ساختار شش‌عاملی همبسته، تعدادی دیگر از مطالعات از مدل دو عاملی (هالاموا، کانوسکی و پاکوچووا، ۲۰۱۸؛ ماری، ۲۰۱۶؛ کتسو و له‌یس، ۲۰۱۶؛ کاستا، ماروکو، پینتو-گووئیا، فریرا و کاستیلهو، ۲۰۱۵) و مدل یکپارچه از شفقت خود که در آن همهٔ عوامل بر روی یک مؤلفهٔ کلی بار می‌گیرند (دنیز، کسیسی و سامر، ۲۰۰۸)، حمایت کرده‌اند.

مطابق با داعیهٔ نف (۲۰۱۶ الف)، مدل‌هایی که در آن‌ها عامل‌های مرتبهٔ بالاتر وجود ندارد، به خوبی ساختار عاملی این مقیاس را نشان نمی‌دهند. به بیان دیگر، این مدل‌ها نمی‌توانند پاسخ تجربی محکمی به نقدهای موجود باشند. مطالعات اخیر نف (به‌عنوان نمونه، نف و همکاران، ۲۰۱۸؛ نف، وایتاکر و کارل، ۲۰۱۷) و سایر پژوشگران (به‌عنوان نمونه، کلیر، گاملی، کلیر، اُکونور، ۲۰۱۸؛ کونا، خاویر و کاستلینهو، ۲۰۱۶؛ دونداس، اسوندسون، ویکر، گرانلی و اسچانچ، ۲۰۱۶) تأکید خاصی بر روی این مدل‌ها دارند. در این مطالعات پژوهشگران یک عامل (شفقت خود) یا دو عامل (عامل مثبت و عامل منفی) را به‌عنوان عامل مرتبهٔ اول و شش عامل خود-مهربانی، اشتراک انسانی، ذهن‌آگاهی، قضاوت خود، انزوا، و همسان‌سازی افراطی را به‌عنوان عامل مرتبهٔ دوم در نظر گرفته‌اند. با توجه به آنچه بیان شد و با عطف به تأکید نف (۲۰۱۶ الف) برای استفاده از مدل‌های دارای مرتبهٔ بالاتر، مطالعهٔ حاضر در پی پاسخگویی به این سؤالات است که:

۱. آیا مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) دارای روایی و پایایی مناسبی در جامعهٔ دانشجویی ایرانی است؟

۲. آیا مدل‌های دارای مرتبهٔ دوم از برازش مناسبی برخوردار هستند؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ توصیفی-تحلیلی از نوع اعتبارسنجی است. جامعهٔ آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که تعدادشان

۳۵۶۲۳ نفر بوده است. برای تعیین حجم نمونه از جامعهٔ مزبور، در جدول کرجسی و مورگان[1] (۱۹۸۰، به نقل از حسن‌زاده، ۱۳۹۱) تعداد ۴۰۰ نفر پیشنهاد شده است. در این پژوهش ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر زن و ۲۰۰ نفر مرد) با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه‌های مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش شامل عضویت دانشجویی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب و عدم رخ‌دادن حادثهٔ تنیدگی‌زا مانند طلاق و فوت نزدیکان در شش ماه گذشته بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم پاسخ‌گویی کامل و یا پاسخ‌گویی بی‌انگیزه به گویه‌های مقیاس شفقت خود بود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف): این مقیاس توسط نف (۲۰۱۶ الف) جهت اندازه‌گیری سازهٔ شفقت خود تدوین شد و مشتمل بر ۲۶ گویه می‌باشد. پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت پنج-درجه‌ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مؤلفهٔ دوقطبی را در قالب شش خرده‌مقیاس خود-مهربانی، اشتراک انسانی، ذهن‌آگاهی، قضاوت خود، انزوا، و همسان‌سازی افراطی، مورد سنجش قرار می‌دهد. همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ (ذهن‌آگاهی) تا ۰/۹۱ (همسان‌سازی افراطی) گزارش شده است. پایایی بازآزمون نیز در فاصلهٔ دو هفته ۰/۹۲ گزارش شده است (نف، ۲۰۱۶ الف). روایی سازهٔ مقیاس با روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی در مطالعات متعددی بررسی شده است (نف و همکاران، ۲۰۱۸؛ کوروئیو و همکاران، ۲۰۱۸؛ نف و همکاران، ۲۰۱۷؛ هالاموا و همکاران، ۲۰۱۸؛ پاشاشریفی و میرهاشمی، ۱۳۹۳؛ خسروی، صادقی و یابنده، ۱۳۹۲).

شیوهٔ اجرا

طی فرایند آماده‌سازی مقیاس شفقت خود، این مقیاس به‌طور هم‌زمان به دو نفر از اساتید روان‌شناسی جهت ترجمه ارائه شد. سپس بهترین و گویاترین ترجمه‌ها انتخاب شدند. در مرحلهٔ بعد این ترجمه توسط یک دانشجوی دورهٔ دکتری مترجمیِ زبان انگلیسی مجدد به انگلیسی ترجمه شد. در فرایند ترجمه و بازترجمه تفاوت فاحشی دیده نشد. پس از آماده‌شدن ترجمهٔ نهایی، مقیاس در اختیار افراد نمونه قرار گرفت. در گام بعدی با مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب صحبت شد و مجوزهای لازم برای گردآوری داده‌ها از دانشجویان گرفته شد.

1. Krejcie & Morgan

پس از توضیح اهداف پژوهش و بیان اصل رازداری، ابزار پژوهش در اختیار افراد نمونه قرار گرفتند. در نهایت تعداد ۴۰۰ مقیاس که به صورت کامل تکمیل شده بودند، جمع‌آوری شد. همچنین به منظور سنجش پایایی بازآزمون، پس از ۲ ماه از اجرای اول، دوباره پرسشنامه در اختیار ۶۰ نفر از اعضای گروه نمونه قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و نرم‌افزار لیزرل نسخهٔ ۸ مورد تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که برای سنجش نیکویی برازش یک مدل، دست‌کم باید سه شاخص ذکر گردد و هر کدام از شاخص‌ها برای برازش مناسب باید دارای مقادیر مشخص باشند؛ مانند شاخص مجذور کای[1]که مقادیر کمتر آن بیانگر برازش مناسب‌تر است. شاخص مقادیر مجذور کای نرم‌شده نیز باید کمتر از سه باشد. شاخص نرم‌شده برازش[2] شاخص نرم‌نشدهٔ برازش، شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص نکویی برازش[3]و شاخص نکویی برازش تطبیقی[4]بین عدد صفر تا یک قرار می‌گیرد و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد مدل برازش بهتری دارد. همچنین ریشهٔ خطای میانگین تغییرات مجذورات اگر کمتر از ۰/۰۸ باشد، مدل برازش خوب و اگر کمتر از ۰/۰۵ باشد، مدل از برازش بسیار خوبی برخوردار است (غلامی فشارکی، ۱۳۹۷).

یافته‌ها

نمونهٔ این پژوهش شامل ۴۰۰ نفر (۲۰۰نفر زن و ۲۰۰ نفر مرد) از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب بودند که از این تعداد ۱۳۸ نفر در دامنهٔ سنی ۱۹-۲۴ سال (۳۴/۵ درصد)، ۱۲۴ نفر در دامنهٔ سنی ۲۵-۳۰ سال (۳۱ درصد)، ۸۶ نفر در دامنهٔ سنی ۳۱-۳۶ سال (۲۱/۵ درصد) و ۵۲ نفر در دامنهٔ سنی ۳۷ سال به بالا بودند (۱۳ درصد). از این تعداد ۲۰۱ نفر در دورهٔ کارشناسی (۵۰/۲۵ درصد)، ۱۷۷ نفر در دورهٔ کارشناسی ارشد (۴۴/۲۵ درصد) و ۲۲ نفر در دورهٔ دکتری (۵/۵ درصد) مشغول به تحصیل بودند.

در این مطالعه ابتدا از روش تحلیل عاملی اکتشافی جهت بررسی ساختار عاملی مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۱۶) استفاده شد. برای این منظور از روش اعتبار متقابل[5]سود برده شد. یکی از شیوه‌های ارزیابی یافته‌های حاصل از پرسشنامه تقسیم داده‌ها به دو نیمهٔ تصادفی است و بررسی این نکته که آیا الگوی اکتشافی در هر دو نیمه مورد تأیید قرار می‌گیرد یاخیر؟ (گیلس، ۲۰۰۲). برای این منظور داده‌های گردآوری‌شده از ۴۰۰ نفر به‌صورت تصادفی و با استفاده از نرم‌افزار

1. Chi-Square (X^2)
2. Normed Fit Index (NFI)
3. Goodness Fit Index (GFI)
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Cross Validation

SPSS به دو گروه ۲۰۰ نفری تقسیم شدند. مقایسهٔ خصوصیات جمعیتی این دو گروه بر اساس سن (P=۰/۴۴؛ t=۱/۰۴۹؛ SD_1=۷/۸۰؛ M_1=۲۴/۲۰؛ S_2=۷/۸۵؛ M_2=۲۵/۳۰)، جنس (P=۰/۸۹؛ X^2=۰/۰۲۰) و میزان تحصیلات (P=۰/۰۵۷؛ X^2=۱۹/۵۸) با هم تفاوت معناداری نداشت و هر دو گروه همگن بودند.

برای به دست آوردن کفایت نمونه از آزمون کایزر-مایر- اولکین[1]استفاده شد. بر اساس نتایج شاخص کفایت نمونه‌گیری، (KMO= ۰/۸۲۶) نزدیک به یک و بیانگر کفایت حجم نمونه است. آزمون کرویت بارتلت[2]که توانمندی مقیاس جهت تشکیل عامل‌ها را می‌سنجد (df=۳۲۵؛ X^2=۱۳۰۷/۵۲۹؛ P <۰/۰۰۱) معنادار و بیانگر برقراری این شرط جهت استفاده از روش تحلیل عاملی است. بررسی ساختار عاملی مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۱۶) با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس و با توجه به شیب منحنی اسکری منجر به استخراج شش عامل شد که در مجموع توانستند ۶۸/۴۸ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کنند (جدول ۱).

جدول ۱. تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس شفقت خود

عامل‌ها و گویه‌ها	بار عاملی	گویه‌ها و عامل‌ها	بار عاملی
۱. خود- مهربانی (گویه‌های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶)		۳. قضاوت خود (گویه‌های ۱۱، ۱۶، ۲۱)	
۵. هنگام تجربه حوادث ناگوار اغلب سعی می‌کنم با خودم مهربان باشم.	۰/۸۸	۱۱. نسبت به جنبه‌هایی از شخصیتم که دوست ندارم، بی‌حوصله و ناشکیبا هستم.	۰/۷۶
۱۲. وقتی در موقعیت دشواری هستم با دلسوزی و مهربانی از خودم مراقبت می‌کنم.	۰/۷۶	۱۶. زمانی‌که جنبه‌هایی از خودم را درمی‌یابم که دوست ندارم، غمگین می‌شوم.	۰/۷۰
۱۹. در سختی با خودم مهربان هستم.	۰/۷۱	۲۱. هنگامی‌که احساس ناراحتی می‌کنم نسبت به خودم بی‌رحمانه رفتار می‌کنم (نامهربان هستم).	۰/۶۸
۲۳. بی‌کفایتی‌هایم را با شکیبایی می‌پذیرم (نسبت به عیب‌هایم صبور هستم).	۰/۶۶	۴. انزوا (گویه‌های ۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵)	

1. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

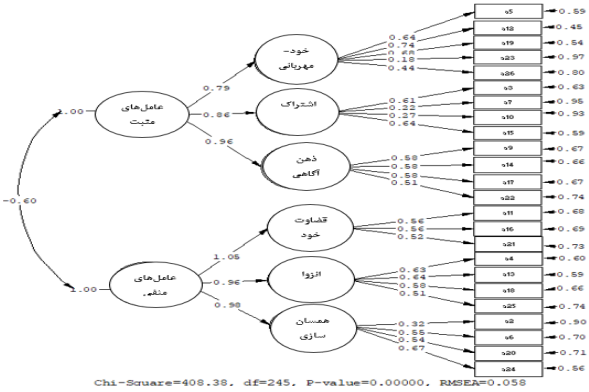
2. Bartlett's Test of Sphericity

۲۶. سعی می‌کنم نسبت به جنبه‌هایی از شخصیتم که دوست ندارم، شکیبا و پذیرا باشم.	۰/۵۹
۲. اشتراک انسانی (۳، ۷، ۱۰، ۱۵)	
۳. وقتی اتفاق بدی می‌افتد آن را به‌عنوان بخشی از زندگی که برای هر کسی رخ می‌دهد در نظر می‌گیرم.	۰/۸۰
۷. زمانی‌که به دلیل شکست ناراحت می‌شوم به احساس سایر مردم در چنین شرایطی فکر می‌کنم.	۰/۷۷
۱۰. وقتی در چیزی احساس بی‌کفایتی و بی‌لیاقتی می‌کنم به خودم گوشزد می‌کنم که بیشتر مردم هم احساساتی شبیه من را تجربه می‌کنند.	۰/۶۶
۱۵. شکست را به‌عنوان بخشی از شرایط انسانی در نظر می‌گیرم.	۰/۴۸
۶. ذهن‌آگاهی (گویه‌های ۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲)	
۹. هنگامی که چیزی مضطربم می‌کند سعی می‌کنم عواطفم را در تعادل نگه دارم.	۰/۷۶
۱۴. وقتی حادثهٔ دردناکی رخ می‌دهد، سعی می‌کنم تعادل و خونسردی خودم را حفظ کنم.	۰/۶۵
۱۷. وقتی در چیز مهمی شکست می‌خورم سعی می‌کنم شکست را در ذهنم نگه دارم.	۰/۶۱
۲۲. هنگامی‌که احساس ناراحتی و غمگینی دارم، بی‌پرده و صادقانه آن‌را می‌پذیرم.	۰/۵۱
۴. وقتی در مورد عیب‌هایم فکر می‌کنم بیشتر احساس می‌کنم از همهٔ مردم دنیا مجزا هستم.	۰/۶۱
۱۳. زمانی‌که غمگین هستم، تمایل دارم که احساس کنم احتمالاً دیگران از من شادتر هستند.	۰/۵۶
۱۸. وقتی در حالت کشمکش و دودلی هستم، فکر می‌کنم دیگران شرایط بهتر و مناسب‌تری دارند	۰/۵۲
۲۵. وقتی در چیزهایی که برایم مهم است شکست می‌خورم احساس تنهایی می‌کنم.	۰/۴۶
۵. همسان‌سازی افراطی (گویه‌های ۲، ۶، ۲۰، ۲۴)	
۲. وقتی احساس غمگینی دارم به صورت وسواسی و مدام به اشتباهاتم فکر می‌کنم.	۰/۶۰
۶. وقتی در چیزی که برایم اهمیت دارد شکست می‌خورم احساس بی‌لیاقتی و بی‌کفایتی مرا از پای در می‌آورد.	۰/۵۱
۲۰. وقتی چیزی مرا ناراحت می‌کند در احساسات خود غرق می‌شوم.	۰/۴۵
۲۴. زمانی‌که اتفاق دردناکی برایم رخ می‌دهد، بیش از حد آن را جدی می‌گیرم.	۰/۴۱

متغیر	خود-مهربانی	اشتراک بشری	ذهن‌آگاهی	قضاوت خود	انزوا	همسان‌سازی افراطی
ارزش ویژه	۱۴/۶۸	۱۳/۴۲	۱۱/۹۸	۱۰/۲۴	۹/۳۶	۸/۸۰
واریانس	۲۱/۴۴	۱۹/۶۰	۱۷/۴۹	۱۴/۹۶	۱۳/۶۶	۱۲/۸۵
کل			۶۸/۴۸			

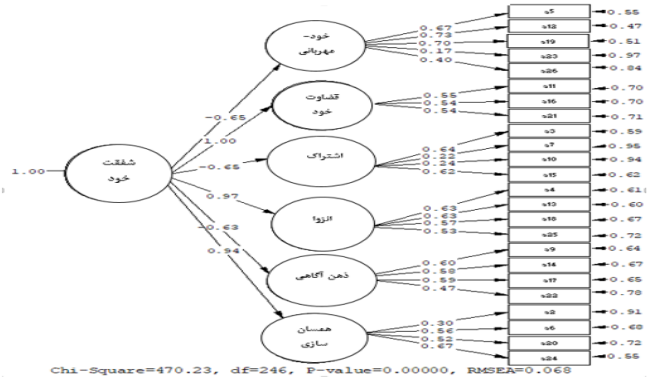
مدل به دست آمده پس از دو بار انجام تحلیل عامل اکتشافی و حذف گویه‌های یکم و هشتم به دست آمد. علت حذف این گویه‌ها داشتن بار عاملی پایین و یا همبستگی با چند عامل بود. پس از استخراج مدل نوبت نام‌گذاری عامل‌های استخراجی بود. برای نام‌گذاری عامل‌های استخراجی، افزون بر توجه به محتوای گویه‌ها به پیشینهٔ پژوهشی نیز توجه شد. یافته‌های جدول شمارهٔ (۱)، نشان می‌دهد که مقیاس شفقت خود دارای ساختار شش‌عاملی است: (۱) خود-مهربانی (بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۸ است و در مجموع ۲۱/۴۴ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کند)، (۲) اشتراک بشری (بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۰ است و در مجموع ۱۹/۶۰ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کند)، (۳) ذهن‌آگاهی (بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۶ است و در مجموع ۱۷/۴۹ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کند)، (۴) قضاوت خود (بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۶ است و در مجموع ۱۴/۹۶ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کند)، (۵) انزوا (بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۴۶ تا ۰/۶۱ است و در مجموع ۱۳/۶۶ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کند)، و (۶) همسان‌سازی افراطی (بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ است و در مجموع ۱۲/۸۵ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کند).

پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی دقیق‌تر ساختار عاملی مقیاس شفقت خود استفاده شد. با توجه به رهنمود نف (۲۰۱۶ الف) مبنی بر استفاده از مدل‌های دارای مرتبهٔ دوم که افزون بر نشان‌دادن ساختار مناسب‌تر مقیاس، پاسخ انتقادات وارده بر این ابزار را نیز می‌دهد، دو فرضیه مبنای مطالعه قرار گرفت: (۱) این مقیاس از دو عامل مرتبهٔ دوم (عامل‌های مثبت و منفی) و شش عامل مرتبهٔ اول (خود- مهربانی، اشتراک انسانی، ذهن-آگاهی، قضاوت خود، انزوا، همسان‌سازی افراطی) تشکیل شده است. شکل شمارهٔ (۱) و (۲) نشان می‌دهد که این مقیاس از یک عامل مرتبهٔ دوم (شفقت خود) و شش عامل مرتبهٔ اول (خود-مهربانی، اشتراک انسانی، ذهن‌آگاهی، قضاوت خود، انزوا و همسان‌سازی افراطی) تشکیل شده است (شکل ۲).



شکل ۱. مدل دو عامل مرتبهٔ دوم با شش عامل همبستهٔ مرتبهٔ اول

با توجه به شکل شمارهٔ (۱)، مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶) از دو مؤلفهٔ مرتبهٔ دوم یعنی مؤلفه‌های مثبت و مؤلفه‌های منفی و شش مؤلفهٔ مرتبهٔ اول تشکیل شده است. مؤلفهٔ مثبت شامل عامل‌های خود- مهربانی، اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی است و مؤلفهٔ منفی شامل عامل‌های قضاوت خود، انزوا و همسان‌سازی افراطی می‌باشد. مقدار ارزش (t) برای همهٔ مسیرها معنادار به دست آمد (t <۹۶/۱). شاخص‌های برازش به دست آمده مانند مجذور کای، مجذور کای نرم‌شده، ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تغییرات، شاخص برازش تطبیقی، شاخص نرم‌شده برازش، و شاخص نرم‌نشده به ترتیب ۴۰۸/۳۸، ۱/۶۶، ۰/۰۵۸، ۰/۹۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۱ به دست آمدند که بیانگر برازش مناسب مدل هستند.



شکل ۲. مدل یک عامل مرتبهٔ دوم با شش عامل همبستهٔ مرتبهٔ اول

با توجه به شکل شمارهٔ (۲)، مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) از یک مؤلفهٔ مرتبهٔ دوم یعنی شفقت خود و شش مؤلفهٔ مرتبهٔ اول یعنی خود-مهربانی، قضاوت خود، اشتراک بشری، انزوا، ذهن‌آگاهی و همسان‌سازی افراطی تشکیل شده است. مقدار ارزش (t) برای همه مسیرها معنادار به دست آمد ($t < ۹۶/۱$). شاخص‌های برازش به دست آمده مانند مجذور کای، مجذور کای نرم‌شده، ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تغییرات، شاخص برازش تطبیقی، شاخص نرم‌شده برازش، و شاخص نرم‌نشده به ترتیب ۴۷۰/۲۳، ۱/۹۱، ۰۶۸، ۰/۹۴، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ به دست آمدند که بیانگر برازش مناسب مدل هستند. با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، میانگین، انحراف معیار، بیشینه، کمینه، کجی و کشیدگی عامل‌های استخراج‌شده در جدول شمارهٔ (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه	کجی	کشیدگی
خود-مهربانی	۱۶/۵۴	۴/۰۸	۲۵	۸	۰/۰۷۲	-۰/۵۸۷
قضاوت خود	۸/۶۷	۲/۸۰	۱۵	۳	-۰/۰۲۶	-۰/۴۷۸
اشتراک انسانی	۱۲/۱۰	۳/۰۵	۲۰	۴	-۰/۱۳۴	-۰/۱۹۳
انزوا	۱۱/۳۰	۳/۶۸	۲۰	۴	۰/۱۷۳	-۰/۵۷۲
ذهن‌آگاهی	۱۳/۰۱	۳/۳۷	۲۰	۴	-۰/۱۹۴	-۰/۵۱۵
همسان‌سازی افراطی	۱۲/۰۴	۳/۴۳	۲۰	۴	-۰/۲۴۱	-۰/۳۶۱
مجموع مؤلفه‌های مثبت	۴۰/۷۷	۸/۴۶	۶۵	۲۱	-۰/۰۷۰	-۰/۴۵۳
مجموع مؤلفه‌های منفی	۳۲/۰۱	۸/۶۰	۵۰	۱۲	-۰/۰۳۱	-۰/۶۰۰

در جدول شمارهٔ (۲) میزان کجی و کشیدگی همه متغیرها بین ۲+ و ۲- است. با توجه به این میزان کجی و کشیدگی، داده‌ها نرمال هستند. در جدول شمارهٔ (۳)، همبستگی درونی متغیرهای شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) ارائه شده است.

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین عامل‌های درونی مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف)

متغیر	خود- مهربانی	اشتراکات انسانی	ذهن آگاهی	مؤلفه‌های مثبت	قضاوت خود	انزوا	همسان‌سازی	مؤلفه‌های منفی
خود- مهربانی	۱							
اشتراک انسانی	۰/۳۸**	۱						
ذهن‌آگاهی	۰/۵۴**	۰/۴۸**	۱					
مؤلفه‌های مثبت	۰/۸۴**	۰/۷۳**	۰/۸۳**	۱				
قضاوت خود	-۰/۳۸**	-۰/۲۷**	۰/۲۵**	-۰/۳۷**	۱			
انزوا	-۰/۴۲**	-۰/۳۰**	-۰/۳۷**	-۰/۴۳**	۰/۳۳**			
همسان‌سازی	-۰/۲۶**	-۰/۲۲**	-۰/۳۰**	-۰/۳۳**	۰/۴۵**	۰/۴۸**	۱	
مؤلفه‌های منفی	-۰/۴۰**	-۰/۳۱**	-۰/۳۶**	-۰/۴۵**	۰/۴۷**	۰/۴۹**	۰/۳۹**	۱

**P<۰/۰۱

با توجه به نتایج جدول (۳)، مؤلفه‌های مثبت که شامل خود-مهربانی، اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی است با یکدیگر ارتباط مثبت معنادار دارند و با مؤلفه‌های منفی که شامل قضاوت خود، انزوا و همسان‌سازی افراطی است ارتباط منفی معنادار دارند (P<۰/۰۱). برای بررسی پایایی مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شد. نتایج حاصل از دو روش پایایی در جدول شمارهٔ (۴) نشان داده شده است.

جدول ۴. ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی

متغیر	آلفای کرونباخ	بازآزمایی
خود-مهربانی	۰/۸۲	۰/۸۶
اشتراک بشری	۰/۷۶	۰/۷۲
ذهن‌آگاهی	۰/۷۸	۰/۷۵
مؤلفه‌های مثبت	۰/۸۸	۰/۸۶
قضاوت خود	۰/۷۲	۰/۷۰
انزوا	۰/۷۵	۰/۷۷
همسان‌سازی	۰/۸۰	۰/۸۰
مؤلفه‌های منفی	۰/۸۵	۰/۸۲
نمرهٔ کل شفقت خود	۰/۷۷	۰/۷۵

با توجه به نتایج جدول (۴)، پایایی نمرهٔ کل در روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و در روش بازآزمایی ۰/۷۵ است، که ضرایب پایایی مناسبی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

نف (۲۰۱۶ الف) شفقت خود را به‌عنوان یک سازهٔ محافظتی تعریف کرد که به افراد کمک می‌کند تا با تجربیات رنج‌آور به‌طور موثرتری مقابله کنند. وی مقیاسی ۲۶ گویه‌ای را برای سنجش این سازه تدوین کرد که اخیراً دو انتقاد اساسی به این ابزار وارد شده است که اگر پاسخی به این انتقادات وارد نشود، اعتبار روان‌سنجی این ابزار و بالطبع مطالعات گسترده‌ای که با این ابزار انجام شده است، زیر سؤال می‌روند. نخستین انتقاد مربوط به تعریف مفهومی نف (۲۰۱۶ الف) از سازهٔ شفقت خود است که آن را سازه‌ای محافظتی متشکل از سه مؤلفه می‌داند که به صورت دوقطبی تعریف شده‌اند. سهٔ مؤلفه مثبت شفقت خود با مفهوم محافظتی هماهنگ و همسو است، اما سه مؤلفهٔ منفی شفقت خود چندان توجیه محافظتی ندارند (لوپز و همکاران، ۲۰۱۵). انتقاد دوم نیز استفاده از نمرهٔ کل مقیاس است. از آن‌جایی‌که منتقدان با مفهوم‌سازی نف (۲۰۱۶ الف) از شفقت خود مشکل دارند و مؤلفه‌های منفی را بر خلاف مفهوم محافظتی این سازه می‌دانند، بنابراین استفاده از نمرهٔ کل را مجاز نمی‌دانند. افزون بر این منتقدان به این نکته اشاره می‌کنند که مطالعاتی که به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس پرداخته‌اند، صرفاً ساختار شش‌عاملی (به‌عنوان نمونه، نف، ۲۰۱۵؛ کاستیلهو و همکاران، ۲۰۱۵؛ مانتزیوس و همکاران، ۲۰۱۵؛ گارسیا-کومپایا و همکاران، ۲۰۱۴؛ آرمیستو، ۲۰۱۴؛ پتروچی و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۴؛ مانتزیوس، ویلسون و جیانون، ۲۰۱۳؛ عزیزی و همکاران، ۲۰۱۳؛ چن و همکاران، ۲۰۱۱؛ هاپفیلد و رفیوکس، ۲۰۱۱؛ لی و لی، ۲۰۱۰؛ نف، ۲۰۰۳، الف؛ خسروی و همکاران، ۱۳۹۲) و یا دو عامل مثبت و منفی (به‌عنوان نمونه، هالاموا و همکاران، ۲۰۱۸؛ ماری، ۲۰۱۶؛ کتسو و له‌یس، ۲۰۱۶) و تک‌عاملی (به‌عنوان نمونه، دنیز و همکاران، ۲۰۰۸) مقیاس را سنجیده‌اند و مطالعه‌ای که این ساختار شش‌عاملی را بر روی یک عامل یا دو عامل مرتبهٔ بالاتر بسنجد، وجود ندارد. پس از مطرح شدن این انتقادات، نف (۲۰۱۶ الف) بر این نکته تأکید ورزید که این ابزار دقیقاً همان مفهوم شفقت خود با همان ساختار مطرح‌شده در مطالعه اولیهٔ خویش را می‌سنجد و مطالعاتی مانند مطالعات مطرح‌شده در بالا ساختار عاملی مقیاس را چندان دقیق نشان نمی‌دهند. وی اعلام داشت که اگر در مطالعات از الگوهایی که دارای مؤلفه‌های مرتبهٔ بالاتر هستند استفاده کنیم، افزون بر تأیید تجربی مفهوم نظری سازهٔ شفقت خود، استفاده از نمرهٔ کل نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد. بنابراین مطالعهٔ حاضر با توجه به رهنمود نف (۲۰۱۶ الف)، افزون بر بررسی ویژگی‌های

روان‌سنجی مقیاس خود (۲۰۱۶ الف) در پی پاسخ به انتقادات مطروحه بود. برای این منظور ابتدا ساختار عاملی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج دو آزمون کفایت کایزر مایر اولکین و آزمون بارتلت نشان داد که داده‌های پژوهش برای تحلیل عاملی قابلیت مناسبی دارند. پس از تحلیل عاملی، سهم هر یک از مؤلفه‌ها یا ارزش‌های ویژهٔ آن‌ها و قدرت تبیین مقیاس مشخص شد. تعداد شش عامل با ارزش بیشتر از یک، در مجموع ۶۸/۴۸ درصد از از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند که قدرت تبیین بسیار مناسبی برای این ابزار است. برای تعیین همبستگی هر گویه با مؤلفهٔ خویش، از چرخش واریماکس استفاده شد. چرخش واریماکس، گویه‌ها و عامل‌ها را در مناسب‌ترین وضعیت قرار می‌دهد. در نهایت ۲۴ گویه انتخاب شدند (گویه‌های یکم و هشتم به علت نامناسب‌بودن حذف شدند). پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی دو مدل مطرح‌شده با توجه به تعریف مفهومی نف (۲۰۱۶ الف) استفاده شد. مدل اول نشان می‌دهد که سازهٔ شفقت خود از دو عامل مرتبهٔ بالا یعنی عامل‌های مثبت (که از سه عامل مرتبهٔ اول خود-مهربانی، اشتراک بشری و ذهن‌آگاهی) و عامل‌های منفی (که از سه مؤلفهٔ مرتبهٔ اول قضاوت خود، انزوا و همسان‌سازی افراطی) تشکیل شده است. شاخص‌های برازش به دست آمده برای مدل، بیانگر برازش مناسب مدل می‌باشد. این مدل را می‌توان پاسخی برای نجات مفهوم نظری سازهٔ شفقت خود در نظر گرفت. به عبارتی، این مدل به‌عنوان پاسخی تجربی در برابر نقدهای پژوهشگرانی مانند لوپز و همکاران (۲۰۱۵) و موریس و همکاران (۲۰۱۶) که معتقد بودند عامل‌های منفی شفقت خود با مفهوم محافظتی شفقت خود مغایر هستند، می‌باشد. با این مدل می‌توان بیان داشت که سازهٔ شفقت خود همسو با تعریف مفهومی نف (۲۰۱۶ الف)، از نظر تجربی نیز درست است. با توجه به مدل دوم، شفقت خود از شش عامل مرتبهٔ اول یعنی خود-مهربانی، قضاوت خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همسان‌سازی افراطی تشکیل شده است که این شش عامل بر روی یک عامل کلی و مرتبهٔ بالاتر یعنی شفقت خود بار می‌گیرد. شاخص‌های برازش به دست آمده برای مدل، بیانگر برازش مناسب مدل می‌باشد. این مدل افزون بر تأیید مفهوم نظری شفقت خود، تأیید تجربی برای به‌کارگیری نمرهٔ کل نیز هست. به بیان دیگر، با استفاده از این مدل می‌توان به منتقدانی مانند موریس و پتروچی (۲۰۱۷) که استفاده از نمرهٔ کل در این مقیاس را مجاز نمی‌شمرند، پاسخ داد. به‌طور کلی یافته‌های این مطالعه همسو با یافته‌های (نف و همکاران، ۲۰۱۸؛ کلیر و همکاران، ۲۰۱۸؛ نف و همکاران، ۲۰۱۷؛ کونا و همکاران، ۲۰۱۶؛ دونداس و همکاران، ۲۰۱۶؛ نف، ۲۰۱۶ الف) بود. این پژوهشگران تأکید خاصی بر استفاده از مدل‌های دارای مرتبهٔ بالاتر داشتند. برای مثال نف و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعهٔ خویش نشان دادند که مقیاس شفقت خود از دو مؤلفهٔ

مرتبه بالاتر یعنی عامل مثبت (خود-مهربانی، اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی) و عامل منفی (قضاوت خود، انزوا و همسان‌سازی افراطی) تشکیل شده است.

نتایج همبستگی مؤلفه‌های درونی مقیاس شفقت خود نیز نشان داد که سه مؤلفهٔ مثبت (خود-مهربانی، اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی) با یکدیگر همبستگی متوسط مثبت و با نمرهٔ کل عامل‌های مثبت همبستگی نسبتاً نیرومند مثبت دارند. سه عامل منفی (قضاوت خود، انزوا و همسان‌سازی افراطی) نیز با یکدیگر همبستگی متوسط مثبت دارند و با نمرهٔ کل عامل‌های منفی همبستگی نسبتاً نیرومند دارند. همچنین عامل‌های مثبت با عامل‌های منفی روابط منفی معنادار دارند. این روابط بین مؤلفه‌های درونی مقیاس شفقت خود دو نکتهٔ مهم را بازمی‌تابانند: (۱) هنگامی‌که روابط درونی عامل‌های یک ابزار با یکدیگر متوسط و با نمرهٔ کل نیرومند باشند، بیانگر آن است که عامل‌ها با یکدیگر افزون بر داشتن ارتباط، اطلاعات متفاوت یک سازهٔ کلی که در مطالعات شفقت خود است را ارزیابی می‌کنند. به عبارتی، همبستگی متوسط عامل‌ها با یکدیگر نشان‌دهندهٔ مجزا بودن عامل‌ها و همبستگی نیرومند با نمرهٔ کل نیز نشانگر متعلق‌بودن آن عامل با سازهٔ مورد نظر است، و (۲) ارتباط منفی سه عامل مثبت با سه عامل منفی مقیاس شفقت خود، تأییدی بر دوقطبی بودن مؤلفه‌های این ابزار می‌باشد.

یافته‌ها در زمینه بررسی اعتبار (پایایی) پرسشنامه نیز نشان داد که کل مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۱۶ الف) دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و بازآزمایی ۰/۷۵ است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های استخراج‌شده بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ و بازآزمایی بین۰/۷۲ تا ۰/۸۶ به دست آمد که در محدودهٔ مناسب قرار دارند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان محدود بودن جامعهٔ آماری به دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب و عدم بررسی روایی همگرا و واگرا را نام برد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این مطالعه بر روی سایر گروه‌ها به‌خصوص گروه‌های بالینی انجام شود و همچنین روایی همگرا و روایی واگرای این ابزار با ابزارهای مشابه مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج مطالعهٔ حاضر می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) دارای روایی و پایایی مناسبی است و می‌توان از نمرهٔ کل این مقیاس نیز استفاده کرد. بنابراین پژوهشگران می‌توانند از این ابزار برای پژوهش و مطالعات بالینی بر روی گروه‌های غیربالینی استفاده کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری بود. از دانشجویان خواسته شد همهٔ گویه‌های پرسشنامه شفقت خود نف (۲۰۱۶ الف) را پاسخ دهند.

سپاسگزاری

از تمامی مسئولان، کارمندان و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب که همکاری صمیمانه‌ای در تمام مراحل انجام پژوهش حاضر داشتند، تشکر می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ مقطع دکتری نویسندهٔ اول با کد ثبت ۱۸۹۲۰۷۰۲۹۸۱۰۱۰ است و همهٔ نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۱). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: نشر ساوالان. [پیوند]

خسروی، صدالله.، صادقی، مجید.، و یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۴(۱): ۴۹-۴۷. [پیوند]

غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۹۷). مدل معادلات ساختاری و کاربرد آن در مطالعات روانشناسی: یک مطالعه مروری. *دوفصلنامه علمی –پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۶(۱): ۲۶۵-۲۵۳. [پیوند]

کرد، بهمن.، پاشاشریفی، حسن.، و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خود- دلسوزی در بین دانشجویان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۴(۴): ۶۷-۸۱. [پیوند]

Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Selfcompassion and body dissatisfaction in women: a randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6: 444– 454. [Link]

Arimitsu, K. (2014). Development and validation of the Japanese version of the Self-Compassion Scale. *Japanese Journal of Psychology*, 85: 50–59. [Link]

Azizi, A., Mohammadkhani, P., Lotfi, S., & Bahramkhani, M. (2013). The validity and reliability of the Iranian version of the SelfCompassion Scale. *Iranian Journal of Clinical Psychology*, 2: 17– 23. [Link]

Barnes, B.A., & Kristeller, J.K. (2016). Impact of Mindfulness-Based Eating Awareness on Diet and Exercise Habits in Adolescents. *International Journal of Complementary & Alternative Medicine*, 3(2): 00070. [Link]

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the Self-Compassion Scale in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9): 856–870. [Link]

Chen, J., Yan, L., & Zhou, L. (2011). Reliability and validity of the Chinese version of the Self-Compassion Scale. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 19: 734–736.[Link]

Cleare, S., Gumley, A., Cleare, C.J., O'Connor, R.C. (2018). An Investigation of the Factor Structure of the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 9: 618–628. [Link]

Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2015). *Alidation of the Psychometric Properties of the Self-Compassion Scale*. Testing the Factorial Validity and Factorial Invariance of the Measure among Borderline Personality Disorder, Anxiety Disorder, Eating Disorder and General Populations. Clinical Psychology and Psychotherapy, Published online in Wiley Online Library.[Link]

Chalah, M.A., & Ayach, S.S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Neuropsychological*, 104: 31-47. [Link]

Deniz, M. E., Kesici, S., & Sumer, A. S. (2008). The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale. *Social Behavior and Personality*, 36: 1151–1160. [Link]

Dundas, I., Svendsen, J. L., Wiker, A. S., Granli, K. V., & Schanche, E. (2016). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic Psychology*, 68(1): 58–72. [Link]

Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Marcos Piva Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12: 4.[Link]

Giles, D.C. (2002). Advanced research method in psychology. London: Rutledge.

Halamová, J., Kanovský, M., & Pacúchová, M. (2018). Item-Response Theory Psychometric Analysis and Factor Structure of the Self-Compassion and Self-Criticism Scales. *Swiss Journal of Psychology*, 77: 137-147. [Link]

Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen version der Self-Compassion Scale (SCS-D) (Validation of a German version of the Self-Compassion Scale (SCS-D)). *Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapies*, 40: 115–123.[Link]

Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE*, 11(4): e0152880. [Link]

Lee, W. K., & Lee, K. (2010). The validation study of the Korean version of the Self-Compassion Scale with adult women in the community. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 49: 193–200.[Link]

Lopez, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's

total score: self-compassion versus self-criticism. Plos one, 10(7): e0132940. [Link]

Mantzios, M., Wilson, J. C., & Giannou, K. (2015). Psychometric properties of the Greek versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*, 6: 123–132.[Link]

Mantzios, M., Wilson, J.C., & Giannou, K. (2013*). Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales*. Mindfulness, Published online in Springer.[Link]

Marie, B.J. (2016). *Investigating the Psychometric Properties of the Self-Compassion Scale: Using Confirmatory and Exploratory Factor Models*. A Thesis submitted to the Department of Psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of Masters of Science in General Psychology, University of North Florida. [Link]

Muris, P., & Petrocchi, N. (2016). Protection or vulnerability? A metaanalysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Advance online publication. [Link]

Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. Clinical Psychology and Psychotherapy, 24(2), 373–383.[Link]

Muris, P., Otgaar, H., & Petrocchi, N. (2016). Protection as the Mirror Image of Psychopathology: Further Critical Notes on the Self-Compassion. *Mindfulness*, Published Online. [Link]

Neff, K. D. (2016a). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7: 264–274.[Link]

Neff, K. D. (2016b). Does Self-Compassion Entail Reduced Self-Judgment, Isolation, and Over-Identification? A Response to Muris, Otgaar,and Petrocchi (2016). *Mindfulness*, 7: 791–797.[Link]

Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6:938–947.[Link]

Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L.M., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N., & et al. (2018). *Examining the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores*. See discussions, stats, and author profiles for this publication. [Link]

Neff, K. D., Whittaker, T., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the selfcompassion scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified. Journal of Personality Assessment. [Link]

Neff, K.D. (2015). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. Mindfulness, Published online in Springer. [Link]

Neff, K.D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77: 23–50.

Ozdemir, B., & Seef, N. (2017). Examining the Factors of Self-Compassion Scale with Canonical Commonality Analysis: Syrian Sample. *Eurasian Journal of Educational Research*, 70: 19–36. [Link]

Petrocchi, N., Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2014). Dimensionality of self-compassion: translation and construct validation of the selfcompassion scale in an Italian sample. *Journal of Mental Health*, 23: 72–77.[Link]

Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Self-Compassion Scale. *Psychological Assessment*, 26: 407–418.[Link]

***

پرسشنامهٔ استاندارد شفقت‌ورزی به خود نف

سؤال	تقریباً هرگز	به ندرت	گاهی	اغلب اوقات	تقریباً همیشه
من دربارهٔ اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود به قضاوت می‌نشینم و آن‌ها را تأیید نمی‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی احساس دلتنگی می‌کنم، معمولاً دچار وسواس می‌شوم و ذهنم روی بسیاری از کارهای اشتباه متمرکز می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی اتفاق بدی برایم رخ می‌دهد، فکر می‌کنم این مشکلات بخشی از زندگی است که امکان دارد برای هر کسی اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی که در مورد بی‌کفایتی‌هایم فکر می‌کنم، بیشتر احساس تنهایی می‌کنم و فکر می‌کنم متفاوت از بقیه افراد جهان هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی که دچار درد عاطفی می‌شوم، تلاش می‌کنم تا خودم را دوست داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی در کاری که برایم مهم است، شکست می‌خورم، بر اثر احساس بی‌کفایتی، تحلیل می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی تحقیر و تنهایم می‌گذارند، به خودم یادآور می‌شوم که بسیاری از افراد دیگر احساسی مثل من خواهند داشت.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی شرایط واقعاً سخت است، معمولاً نسبت به خودم سخت‌گیری می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی چیزی باعث بر آشفته شدنم می‌شود، سعی می‌کنم در هیجان‌های خودم تعادل ایجاد کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی که در برخی موارد احساس بی کفایتی کنم، سعی می‌کنم به یادآورم که احساس بی کفایتی چیزی است که در بین همهٔ انسان‌ها مشترک است.	۱	۲	۳	۴	۵

نسبت به بعضی از ویژگیهای شخصیتم که دوست ندارم، بی‌تحمل و ناشکیبا هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
زمانی که در شرایط سختی قرار دارم از خود مراقبت می‌کنم و به خود مهر می‌ورزم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی احساس اندوه می‌کنم، معمولاً احساس می‌کنم که ممکن است بیشتر افراد از من خوشبخت‌تر هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی اتفاق دردناکی رخ می‌دهد، سعی می‌کنم نگاهی متعادل نسبت به آن داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
سعی می‌کنم شکست‌هایم را به‌عنوان بخشی از شرایط زندگی انسانی بدانم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی می‌بینم که برخی از ویژگی‌های خودم را دوست ندارم، دلم به حال خودم می‌سوزد.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی از چیزی که برایم مهم است، شکست می‌خورم، سعی می‌کنم چشم‌انداز و آینده را در نظر بگیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
هنگامی که در انجام کاری که برایم مهم است، شکست می‌خورم، معمولاً احساس می‌کنم که این شکست تنها برای من است.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی که رنجی را تجربه می‌کنم با خود مهربان می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی چیزی مرا آشفته می‌کند، احساسات مرا به شدت جریحه‌دار می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی رنجی را تجربه می‌کنم تا اندازه‌ای نسبت به خودم به سردی رفتار می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی احساس دلتنگی می‌کنم، می‌کوشم با کنجکاوی و خاطری آسوده با احساساتم روبه‌رو شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
من کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خودم را تحمل می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی اتفاق دردناکی برایم رخ می‌دهد، معمولاً آن را بزرگ جلوه می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی به واقع سخت در تلاش هستم، معمولاً احساس می‌کنم که دیگران بیش از من در آسایش به سر می‌برند.	۱	۲	۳	۴	۵
سعی می‌کنم نسبت به ابعادی از شخصیتم که دوست ندارم، درکی واقع‌بینانه و همراه با شکیبایی داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵

***

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020, 51-75
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

Research Article

The Effectiveness of Group Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy on Body Image and Self-Esteem of Female University Students

Z. Mohammad Alipour[1], M. Rasouli[2]*, I. Asadpour[2], K. Zahrakar[2]

1. PhD in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University
2. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran. Email:m.rasoul @khu.ac.ir

Received: 9 August 2019
Accepted: 23 August 2020

Abstract

Purpose: The aim of the current study was the determination of the effectiveness of group counseling based on the treatment of acceptance and commitment on the body image and self-esteem of female students. **Methods**: Method was quasi-experimental with pretest-posttest and follow-up with a control group. Statistical population include female students of Kharazmi University. Using convenient sampling method, 24 people were selected from them and randomly assigned to two experimental (n = 12) and control (n = 12) groups. The number of members in the experimental group was reduced to 8, and therefore 8 people were included in both groups. The research instruments were the Self-Esteem Scale Questionnaire (Rosenberg, 1965) and the Multidimensional Questionnaire on Relationships with the Body (Cash, 2000). The experimental group received acceptance and commitment therapy-based group counseling for 15 sessions**.** The duration of each session was 2 hours. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. **Results**: The results showed that there was a significant difference between the experimental and control group in terms of body image. There was also a significant difference in self-esteem between the two groups. These results were also consistent at the follow-up stage. **Conclusion**: It can be said that group counseling based on acceptance and commitment therapy improves girls 'self-image and self-esteem and can be used to improve problems related to girls' self-image and self-respect.

Key words: *acceptance, commitment, body Image, self-esteem*

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۷۵-۵۱
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

مقاله پژوهشی

اثربخشی مشاورهٔ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر تن‌انگاره و حرمت خود دانشجویان دختر

زینب محمدعلی پور[۱]، محسن رسولی[۲*]، اسماعیل اسدپور[۲]، کیانوش زهراکار[۲]

۱. دکترای مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران
۲. هیأت علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: m.rasoul @khu.ac.ir

دریافت مقاله: ۹۸/۰۶/۰۸
پذیرش مقاله: ۹۹/۰۶/۰۲

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی مشاورهٔ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر تن‌انگاره و حرمت خود دختران دانشجو بود. **روش:** روش تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل دختران دانشجوی دانشگاه خوارزمی است. با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، ۲۴ نفر از بین آن‌ها انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) کاربندی شدند. تعداد اعضای گروه آزمایش به هشت نفر ریزش پیدا کرد و بنابراین در هر دو گروه هشت نفر لحاظ شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامهٔ مقیاس حرمت خود (روزنبرگ، ۱۹۶۵) و پرسشنامهٔ چندبعدی روابط خود با بدن (کش، ۲۰۰۰) بود. گروه آزمایش، به مدت ۱۵ جلسه، در جلسات مشاورهٔ مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۰۴؛ هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱) شرکت کردند. مدت زمان هر جلسه دو ساعت بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل مختلط واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ تن‌انگاره تفاوت معنادار وجود دارد. در حرمت خود نیز تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت مشاورهٔ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دختران می‌شود و می‌توان از آن برای مشکلات مربوط به تن‌انگارهٔ دختران و نیز ارتقای حرمت خود آن‌ها استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: *پذیرش، تعهد، تن انگاره، حرمت خود*

مقدمه

سرعت انتقال اطلاعات در جهان امروز موجب شده تا سبک زندگی مطلوب و مطابق با منافع نظام سرمایه‌داری با سهولت بیشتری به همه جای جهان مخابره شود و الگو قرار گیرد. یکی از حوزه‌های متأثر از این جریان پرشتاب سرمایه‌داری، افزایش تمرکز افراد متعلق به جنسیت‌ها، سنین و فرهنگ‌های مختلف بر ظاهر جسمی است تا جایی‌که گاهی، ظاهر جسمی، محور زندگی برخی افراد قرار می‌گیرد. در روان‌شناسی، سازهٔ تن‌انگاره[1] تا حدی در واکنش به این مشکلات ابداع شده است و پژوهش‌ها حاکی از وضعیت نامطلوب آن به‌ویژه در دختران جوان است (رایس، ریچارد، تیگمن و اسلیتر، ۲۰۱۶). بنابراین بهبود تن‌انگاره می‌تواند یکی از هدف‌های افزایش سلامت روان دختران باشد. شدت مشکلات تن‌انگاره تا حدی است که حتی بسیاری از دختران شش تا نه‌ساله نیز تحت تأثیر پیام‌های جنسیتی رسانه‌ها و فرهنگ به آن مبتلا هستند (اسلیتر و تیگمن، ۲۰۱۶). عوامل مختلفی در کاهش حرمت خود[2]و تن‌انگارهٔ نامطلوب تأثیر دارند که از آن جمله می‌توان به فقدان حمایت اجتماعی (مارشال، پارکر، سیاروچی و هیون، ۲۰۱۴) و افسردگی (اورث و رابینز، ۲۰۱۳) اشاره نمود. علت بسیاری از نگرانی‌های مربوط به تن‌انگاره و حرمت خود پایین را می‌توان پیام‌های مخابره‌شده توسط رسانه‌ها دانست؛ تا جایی‌که رسانه‌ها نقش زیادی در تغییر ادراکات افراد نسبت به بدن‌شان دارند (فاردلی و وارتانیان، ۲۰۱۶؛ پرلف، ۲۰۱۴). مشاهدهٔ تصاویر رسانه‌ای توسط دانشجویان دختر طرحوارهٔ آن‌ها در رابطه با ظاهر خود را تحت تأثیر قرار داده و نمرات تن‌انگاره و حرمت خود آن‌ها را پایین می‌آورد (کاظمی، کیان‌پور و قاسمی، ۱۳۹۳).

حرمت خود و تن‌انگاره رابطهٔ بسیار نزدیکی با هم دارند. معمولاً دختران و زنانی که تن‌انگارهٔ نامطلوب یا رضایت از بدن پایین دارند و در مورد ظاهر فیزیکی خود احساس ارزشمندی ندارند، حرمت خود پایینی هم دارند و پژوهش‌ها وجود رابطهٔ معنادار بین این دو متغیر را تأیید نموده‌اند (استیپلتون؛ کریگتون، کارتر و پیدگئون، ۲۰۱۷؛ آدامز، تایلر، کالگرو و لی، ۲۰۱۷؛ فولر-تسکویچ، ۲۰۱۵). حساسیت‌ها و نگرانی‌های افراد در مورد بدن‌شان می‌تواند به اندازه‌ای باشد که ابعاد مختلف زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، آن‌ها را از مشارکت در بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی بازدارد و البته حرمت خود آن‌ها را کاهش دهد (آنی، کول و شلر، ۲۰۱۱؛ لتنر، نایت و لینگورث، ۲۰۱۱). فردی که تن‌انگارهٔ ضعیفی از خود دارد، مانند سایر افرادی که دچار اختلال تن‌انگاره هستند، ارزیابی درستی از تصویر یا شکل بدنی خود ندارد و این اختلال می‌تواند با

[1] Body image

[2] Self-esteem

اختلالات خوردن همراه شود (مانتفورد، هاس و والر، ۲۰۱۵) و اغلب در برابر مداخلات مبتنی بر استدلال مقاومت نشان می‌دهد، بنابراین معمولاً تحت درمان روان‌شناختی قرار نمی‌گیرد (فرر-گارسیا و گوترز- مالدونادو، ۲۰۱۲)، در حالی‌که استرس و پریشانی شدیدی برای فرد ایجاد می‌کند و فرد مبتلا حتماً باید تحت درمان روان‌شناختی باشد (مانتفورد، هاس و والر، ۲۰۰۷). تن انگاره به تجربهٔ روان‌شناختی چندوجهی فرد در رابطه با تجسم ظاهر فیزیکی‌اش برمی‌گردد و شامل خودپنداره‌ها و نگرش‌های فرد (مانند افکار، باورها، احساسات و رفتارها) در مورد بدنش است. اختلال تن‌انگاره شامل اختلال در ادراک اندازهٔ بدن و اختلال در شناخت (ارزیابی منفی ظاهر فیزیکی) است (کش، ۲۰۱۶). نارضایتی از بدن وقتی می‌تواند اختلال باشد که ارتباط نزدیکی با مشکلات دیگر مانند احساس ناکارآمدی شخصی داشته باشد (روزن، ۲۰۱۳). حرمت خود نیز به معنای نگرش‌های مثبت یا منفی و ارزش‌هایی است که فرد در چهارچوب آن‌ها خود را می‌بیند (براون، ۲۰۱۴). براون (۲۰۱۴) معتقد است حرمت خود، سازه‌ای مبتنی بر عاطفه[1] است، زیرا افراد دارای حرمت خود بالا خود را دوست دارند و احساسات مثبتی در مورد خود دارند. به عبارت دیگر حرمت خود، متضمّن احساس ارزشمندی (بعد عاطفی) و شامل ابعاد شناختی (مجموعه‌ی باورهای ارزیابی) و رفتاری (گرایش به رفتار) نیز است.

یکی از دلایل تن‌انگارهٔ نامطلوب، نگرش و باورهای منفی در مورد ظاهر جسمی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه در حوزهٔ درمان‌های شناختی قرار دارد، از طریق راهبردهای شناختی به اصلاح این باورها و نگرش‌ها می‌پردازد و به فرد کمک می‌کند تا خود را از تجارب ذهنی مربوط به ظاهر خویش جدا کند، اهداف و ارزش‌های خویش را مشخص کند و به آن‌ها متعهد شود (عباسی، پرزور، معاضدی و اصلانی، ۱۳۹۴). از آن‌جایی‌که حرمت خود متضمن

نگرش‌ها و باورهای فرد می‌شود، می‌تواند موضوع درمان پذیرش و تعهد[2] باشد، زیرا این درمان به فرد اجازه می‌دهد که شناخت‌هایش را وارسی کند و به‌طور غیرمستقیم آن‌ها را اصلاح کند (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری است که از نظر سنن فلسفی و تمرکز مداخلات با درمان‌های شناختی سنتی متفاوت است. این رویکرد، رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند و به مراجع کمک می‌کند که از افکارش آگاه شود، آن‌ها را بپذیرد، و تلاش کند بدون قضاوت و

[1] Affectivity- Based

[2] Acceptance and commitment therapy

ارزیابی به مشاهدهٔ افکارش بپردازد (مسر و گورمن، ۲۰۱۱). در واقع هدف این نوع درمان، تعدیل شناخت‌های مراجع نیست، بلکه هدف، افزایش ذهن‌آگاهی، افزایش فاصله از شناخت‌های فرد، مشاهدهٔ شناخت‌ها و هیجانات فرد به شیوه‌ای غیرقضاوت‌گونه، شناسایی ارزش‌ها، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (هیز و دیگران، ۲۰۰۶). فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل بررسی رویدادهای شناختی و تلاش برای این است که مراجع ارتباطات جدیدی با افکارش برقرار کند و در نهایت کنترل بیشتری بر آن‌ها داشته باشد (مسر و گورمن، ۲۰۱۱). درمان پذیرش و تعهد در راستای اهداف و چهارچوب فلسفی خود از فنون درمان‌های مختلف روان‌شناختی استفاده می‌کند. این درمان، مؤلفه‌های مثبتی مانند شادکامی و امیدواری را افزایش می‌دهد (الهی‌فر، قمری و زهراکار، ۱۳۹۸؛ مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). با وجود اینکه حرمت خود در روان‌شناسی سنتی بسیار مورد توجه بوده و برای عملکرد سالم در شرایط گوناگون زندگی ضروری است (ضابطی، تقی‌لو و تاجری، ۱۳۹۶)، مطالعات اندکی در مورد آن انجام شده است. از جملهٔ این مطالعات می‌توان به آقایوسفی، استادیان خانی و فدایی مقدم (۱۳۹۶) و رسولی علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۶) اشاره کرد که گزارش کردند درمان پذیرش و تعهد می‌تواند تن‌انگاره را بهبود ببخشد. مطالعهٔ آقایوسفی و همکاران در جامعهٔ معلولین جسمی-حرکتی انجام شد و جامعهٔ آماری مطالعهٔ رسولی علی آبادی و کلانتری در زنان در دورهٔ پس از زایمان بود. در جامعهٔ دختران دانشجو، پژوهشی دیده نشد.

تن‌انگارهٔ نامطلوب عمدتاً به احساس نارضایتی و بی‌ارزشی برمی‌گردد و با حرمت خود پایین ارتباط دارد (برای مثال استیپلتون و دیگران، ۲۰۱۷؛ آدامز و دیگران، ۲۰۱۷). مشکلات مربوط به تن‌انگاره و حرمت خود در دانشجویان دختر شیوع بالایی دارد (گراسبرد، لی، نیبورز و لاریمر، ۲۰۰۹). بندیکت و همکاران (۲۰۱۶) شیوع مشکلات تن‌انگاره را در زنان ۸۶٪ گزارش نمودند. بیشتر زنان از دوران کودکی و نوجوانی دچار نارضایتی بدنی می‌شوند (تالن، لارنس و پاول، ۲۰۱۳). دختران ایرانی هم با مشکلات مربوط به نارضایتی بدنی مواجه هستند. براساس مطالعهٔ اثنی‌عشری، بخشایش و افشانی (۱۳۹۳) ۴۱٪ از دختران نوجوان شهر یزد در مورد ظاهر و بدن-شان، نگرانی‌های نامتعارف دارند. بسیاری از این افراد از حرمت خود پایین نیز رنج می‌برند و نگران ارزیابی منفی اجتماع هستند (محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶). بنابراین استفاده از مداخلاتی کارآمد برای بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دختران ضرورت دارد. مطالعهٔ حاضر از مداخلهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مشاورهٔ گروهی مبتنی

بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دانشجویان دختر برای آزمون این فرضیه‌ها اجرا شد:

۱. مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره مؤثر است و این تأثیر در مرحلۀ پیگیری پایدار می‌ماند.

۲. مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود حرمت خود مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش، شبه‌آزمایشی[1] با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و آزمون پیگیری سه ماهه بود. جامعۀ پژوهش شامل دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه خوارزمی در مقطع کارشناسی بودند. روش نمونه‌گیری داوطلبانه بود؛ به این شکل که ابتدا به ۱۰۰ نفر از دانشجویان دختر مقطع کارشناسی ساکن در خوابگاه دانشگاه خوارزمی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، پرسشنامه‌های تن‌انگاره و حرمت خود داده شد. سپس ۲۴ نفر از دانشجویانی که پایین‌ترین نمره را در هر دو مقیاس کسب کردند، انتخاب شدند (زیرا حداکثر تعداد در هر گروه مشاوره، ۱۲ نفر است) و به تصادف در یکی از گروه‌های مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) کاربندی شدند. اعضای گروه آزمایش در ۱۵ جلسه مشاورۀ گروهی شرکت کردند. این جلسات به‌طور هفته‌ای یک بار برگزار شد و مدت زمان هر جلسه دو ساعت بود. اعضای هر دو گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) در سه مرحلۀ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، مقیاس حرمت خود و تن‌انگاره را تکمیل کردند. سه ماه پس از اتمام جلسات نیز مقیاس‌های مذکور تکمیل شدند. با توجه به اینکه تعداد جلسات زیاد بود و نمونۀ پژوهش، دانشجویان خوابگاهی بودند که به‌طور مرتب به شهرستان محل زندگی تردد داشتند، در گروه آزمایش، هشت نفر باقی ماندند و گروه گواه نیز از نظر تعداد همسان‌سازی شد. بنابراین در هر دو گروه هشت نفر درنظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: نمرۀ پایین‌تر از میانه در مقیاس حرمت خود و تن‌انگاره، و دامنۀ سنی ۲۰ تا ۳۰ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود اختلال روان‌شناختی (برای این منظور از چک‌لیست نشانگان اختلال روانی[2] استفاده شد)، دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی یا دارودرمانی هم‌زمان با اجرای پژوهش، عدم تمایل به ادامۀ جلسات، غیبت در بیش از سه جلسۀ متوالی.

[1] quesi- experimental

[2] SCL90

ابزار پژوهش

۱. مقیاس حرمت خود روزنبرگ[1]. در این پژوهش برای سنجش حرمت خود، از مقیاس حرمت خود روزنبرگ استفاده شد. این مقیاس، یک مقیاس خودگزارشی است که توسط روزنبرگ (۱۹۶۵ به نقل از اشمیت و آلیک، ۲۰۰۵) به منظور ارزیابی میزان حرمت خود کلی افراد ساخته شده است. تعداد گویه‌های مقیاس ۱۰ گویه است و تنها یک نمرهٔ کلی از حرمت خود به دست می‌دهد. مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً مخالفم (۴) درجه‌بندی می‌شود. پنج گویهٔ نخست به‌طور مستقیم و پنج گویهٔ دوم به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ بالاتر به معنای حرمت خود بیشتر است. این مقیاس با وجود اینکه در سال ۱۹۶۵ ساخته شده است، ولی توانسته در مطالعات مختلف، پایایی و روایی خوبی نشان دهد و اغلب مطالعات جدید پیرامون حرمت خود از آن استفاده می‌کنند. از این مقیاس بارها در مطالعات مختلف استفاده شده است و روایی و پایایی آن تأیید شده است. اشمیت و آلیک (۲۰۰۵) روایی و پایایی آن را در جامعه‌ای متشکل از ۵۳ کشور تأیید نمودند. برای مثال، در پژوهش گرینبرگر، چن، دمیتریوا و فاروجیا (۲۰۰۳) گزارش شد که پایایی از نوع همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۴ است. در پژوهش پالمن و آلایک (۲۰۰۰) نیز پایایی از نوع ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۸ گزارش شد. رجبی و بهلول (۱۳۸۶) پایایی و روایی این مقیاس را در یک نمونهٔ دانشجویی بررسی نمودند. براساس گزارش آن‌ها پایایی از نوع همسانی درونی ۰/۸۴ است. همچنین روایی واگرای مقیاس قابل قبول است و این مقیاس در مجموع می‌تواند در فعالیت‌های بالینی و پژوهشی به کار رود. در این مطالعه، پایایی از نوع آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. پرسشنامهٔ چندبعدی روابط خود با بدن[2]. برای ارزیابی تن‌انگارهٔ آزمودنی‌ها از پرسشنامهٔ چندبعدی روابط خود با بدن استفاده شد. این مقیاس توسط کش[3] (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی جنبه‌های خودنگرشی سازهٔ تن‌انگاره ساخته شده است و ۶۹ گویه دارد. هر گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً (۱) مخالفم تا کاملاً موافقم (۵) یا خیلی ناراضی (۱) تا خیلی راضی (۵) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۴۲، ۴۸، ۲۳، ۳۲، ۴۰، ۴۹، ۳۳، ۶، ۱۵، ۱۶، ۲۵، ۳۴، ۴۳، ۱۷، ۳۰، ۴۵، ۲۸، ۳۸، ۳۷، ۴۷ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ تن‌انگارهٔ مطلوب‌تر است. ضریب پایایی از نوع همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها (ارزیابی ظاهر، گرایش ظاهر،

---

[1] Rosenberg self-esteem scale

[2] The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

[3] Cash

ارزیابی تناسب، گرایش تناسب، ارزیابی سلامت، گرایش سلامت، گرایش بیماری، رضایت بدنی، وزن ذهنی، دل‌مشغولی با اضافه‌وزن) در دامنه‌ای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ بود. روایی سازه، واگرا و همگرا نیز قابل قبول بوده است (کش، ۲۰۰۰). در این مطالعه، آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۸۲ به دست آمد.

۳. مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد. فرایند مشاوره شامل ۱۵ جلسه مشاورۀ گروهی بود که بر مبنای هیز و استروسال (۲۰۰۴) و هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۱) اجرا شد. مدت زمان هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بود و هر هفته یک جلسه به اجرا درآمد.

جدول ۱. شرح جلسات مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه اول	هدف این جلسه، ایجاد فضای امن، راحت و دوستانه بود که اعضا بتوانند به راحتی در مورد نگرانی‌های مربوط به ظاهر جسمی خود صحبت کنند. بنابراین از فنون گرم‌کردن مانند نقاشی و تصویرسازی استفاده شد. از آن‌جایی‌که اجرای صحیح فنون مشاوره‌ای به خودانگیختگی نیاز دارد، فنون گرم‌کردن با حوصله و دقت بیشتری انجام شد. از اعضاء خواسته شد تا آنچه در ذهن‌شان می‌گذرد را در صفحه کاغذ به تصویر بکشند. جلسه با صحبت در مورد تصاویر سپری شد.
جلسه دوم	در این جلسه به معرفی قوانین و هنجارهای گروه و معرفی مسئولیت‌های اعضاء پرداخته شد. معرفی قوانین گروه و ماهیت مشاورۀ گروهی به شکل کلیشه‌ای نبود. به اعضا فرصت کافی داده شد که فضای گروه را بشناسند و سوالات خود را بپرسند. در مورد محتوا و فرایند کل جلسات، اطلاعاتی به اعضا داده شد. از اعضا خواسته شد تا جلسۀ بعدی در مورد هدف‌ها و انتظاراتی که از جلسات مشاوره دارند، فکر کنند. به‌ویژه در مورد حرمت خود صحبت شد و اینکه چه احساسی در مورد بدن‌شان دارند. از آن‌ها در مورد اینکه در مورد ظاهرشان چه احساسی دارند و چگونه فکر می‌کنند، سوال شد. از اعضاء خواسته شد تا انتظارات‌شان در مورد ظاهر ایده‌آل را روشن کنند.
جلسه سوم	در این جلسه، از اعضاء خواسته شد تا در مورد احساساتی که در مورد ظاهرشان دارند، صحبت کنند. آن‌ها متوجه شدند که ظاهری مطابق با معیارهای زیبایی ایده‌آل یکی از ارزش‌های مهم زندگی آن‌ها است و به دلیل اینکه احساس می‌کنند فاصلۀ زیادی از آن دارند، احساس ناراحتی می‌کنند. برای اینکه اعضاء متوجه شوند که بهای زیادی به ارزش‌های مرتبط با ظاهر در مقایسه با سایر ارزش‌ها می‌دهند و بتوانند به سایر ارزش‌های خود نیز توجه نمایند، تکلیف قطب‌نمای ارزش‌ها شرح داده شد و از اعضاء خواسته شد تا جلسۀ بعدی این تکلیف را انجام دهند. در این تکلیف، اعضاء یک دایره می‌کشند که شامل دایره‌های تو در تو است و چهار قسمت دارد: رشد شخصی/سلامت، فراغت، کار/تحصیل و روابط. از آن‌ها خواسته شد که فاصلۀ خود از مرکز دایره را تعیین کنند. هر چه فاصله کمتر باشد، به ارزش‌های مربوط به هر حیطه نزدیک‌ترند.

جلسهٔ چهارم	در این جلسه، از اعضاء خواسته شد تا در مورد تکالیف جلسه قبل صحبت کنند، مثل اینکه هنگام انجام تکلیف با چه دشواری‌هایی مواجه بودند، آیا به راحتی آن را ترسیم کردند یا نه، یا اینکه آن را پاک‌نویس کردند یا نه. آن‌ها دایره‌های ترسیم‌شده را روی زمین وسط گروه چیدند و به بررسی آن‌ها پرداختند. این تکلیف اعضاء را به تفکر در مورد ارزش‌هایشان و فاصلهٔ موقعیت کنونی تا موقعیت مطلوب‌شان واداشت. در پایان از آن‌ها خواسته شد تا در قالب یک جدول، بگویند که در هر یک از چهار حیطهٔ رشد شخصی/سلامت، فراغت، کار/تحصیل و روابط، چه اهدافی دارند. تمرکز روی ارزش‌ها نگاه داشته شد. اعضاء ارزش‌های سختگیرانه‌ای در مورد ظاهر جسمانی داشتند در حالی‌که خودشان، این ارزش‌ها را سختگیرانه نمی‌دانستند. از آن‌ها خواسته شد تا اهمیت این ارزش‌ها را درجه‌بندی کنند. آن‌ها نمرهٔ بالایی را برای ارزش‌های مربوط به ظاهر درنظر گرفتند. از اعضاء خواسته شد تا جلسهٔ بعدی، این جدول را کامل‌تر کنند.
جلسهٔ پنجم	در این جلسه، مجدداً بر جدول ارزش‌ها تمرکز شد. درمانگر بر فاصلهٔ موقعیت کنونی اعضاء از ارزش‌ها تأکید نمود. سپس از آن‌جایی‌که شناخت دقیق ارزش‌های شخصی در درمان پذیرش و تعهد بسیار مهم است، تکلیف دیگری برای شناخت ارزش‌ها داده شد. از اعضاء خواسته شد که تصور کنند فوت کرده‌اند و مراسم ختم‌شان است. دوست دارند دیگران، آن‌ها را چگونه توصیف کنند. این تمرین اعضاء را به فکر واداشت. آنچه اعضاء گفتند، مهم‌ترین ارزش‌های آن‌ها را شناسایی نمود. این تمرین به اولویت‌بندی ارزش‌ها کمک می‌کند. یکی از ارزش‌های مهم اعضاء، زیبایی بود. در گفت‌وگو بین اعضاء مشخص شد که آن‌ها مایل هستند در بین آشنایان، دوستان و بستگان به زیبایی شناخته شوند. زیبا بودن برای آن‌ها به معنای محبوبیت اجتماعی بود. در واقع آن‌ها برای دستیابی به محبوبیت اجتماعی به دنبال تحقق معیارهای زیبایی هستند و از آن‌جایی‌که معیارهای سختگیرانه‌ای برای زیبایی ظاهری دارند، احساس می‌کنند که محبوبیت چندانی در بین دیگران ندارند. در مورد سایر راه‌های رسیدن به محبوبیت اجتماعی نیز گفت‌وگو شد. از اعضاء خواسته شد تا جلسهٔ بعدی، چندین بار این تمرین را انجام دهند.
جلسهٔ ششم	از اعضاء خواسته شد آنچه از تمرین مراسم ختم، تجربه کرده‌اند را بازگو کنند. این تمرین برای اعضاء دشوار بود. اعضاء دشواری‌های خود را در مورد این تمرین ابراز کردند. به آن‌ها کمک شد تا متوجه شوند که چرا شناسایی مهم‌ترین ارزش‌ها برای‌شان دشوار است. در نتیجهٔ این تمرین، آن‌ها متوجه فاصلهٔ خود از مهم‌ترین ارزش‌های‌شان شدند و نوعی درماندگی را تجربه نمودند. درمانگر با پرسیدن سوالاتی آن‌ها را متوجه این موضوع کرد که چرا از ارزش‌های‌شان فاصله دارند. برخی سوالات عبارتند از: «چه شده که این‌قدر از ارزش‌های‌تان فاصله گرفته‌اید؟»، «چه می‌شود که با وجود اینکه تلاش می‌کنید، به آنچه می‌خواهید دست نمی‌یابید؟». تلاش شد که اعضاء متوجه شوند که یکی از علل نارضایتی آن‌ها از خود، ارزش‌های سختگیرانه در مورد زیبایی است. تلاش شد که نگاه واقع‌بینانه‌تری به ارزش‌های مربوط به ظاهر داشته باشند و در این مورد فکر کنند که می‌توانند اهداف آسان‌گیرانه‌تری در این مورد داشته باشند. از اعضاء خواسته شد تا جلسهٔ بعدی به این موضوع توجه کنند که چه‌قدر برای رسیدن به ارزش‌های‌شان تلاش می‌کنند و چقدر این تلاش‌ها مؤثر است.

جلسه هفتم	این جلسه با صحبت در این مورد آغاز شد که اعضاء چه‌قدر احساس می‌کنند برای رسیدن به ارزش-های‌شان تلاش می‌کنند. درمانگر، استعارهٔ طناب‌کشی با هیولا را مطرح کرد و از اعضاء خواست تا در مورد آن فکر کنند. این استعاره به این شکل است: «تصور کنید که شما با یک هیولا مسابقهٔ طناب‌کشی دارید. کدام یک از شما برنده است؟ آیا می‌توانید او را ببرید؟ اگر او شما را به سمت خودش ببرد شما را می‌خورد و اگر شما او را به سمت خود ببرید، باز او شما را می‌خورد پس چگونه می‌توان بر او غلبه کرد و پیروز شد؟ کار شما برنده‌شدن نیست بلکه کار شما انداختن طناب است». از آن‌جایی‌که اعضاء مشغولیت فکری زیادی با نگرانی‌های مربوط به تن‌انگاره داشتند، از این استعاره استفاده شد تا به اعضاء آموخته شود که هرچه بیشتر درگیر افکار مربوط به تن‌انگاره باشند، انرژی بیشتری از دست می‌دهند و موفق نیز نخواهند بود.
جلسه هشتم	در این جلسه بر اهمیت این موضوع تأکید شد که بر آنچه نمی‌توانیم کنترل کنیم تمرکز نکنیم. برای این منظور از استعارهٔ آب و هوا استفاده شد. این استعاره به این صورت است: «خود مشاهده‌گر ما مانند آسمان است و افکار و احساسات ما مثل آب و هوا هستند. آب و هوا دائماً در حال تغییر است و حتی اگر خیلی هم بد باشد به آسمان صدمه نمی‌زند. قدرتمندترین رعد و برق، شدیدترین طوفان، و سردترین زمستان‌ها می‌آیند و می‌روند و آسمان همچنان پابرجا است. مهم نیست که این تغییرات چه هستند، زیرا آسمان همیشه جایی برای آن‌ها دارد. همچنین، دیر یا زود شرایط عوض می‌شود و آب و هوا تغییر می‌کند. گاهی اوقات ما فراموش می‌کنیم آسمان وجود دارد، اما وجود دارد. گاهی اوقات ما نمی‌توانیم آسمان را ببینیم، زیرا پوشیده از ابر است ولی اگر به اندازهٔ کافی بالا و بر فراز آن ابرها برویم آسمان را حتی در پس تیره‌ترین ابرها می‌بینیم و در نهایت ما آسمان صاف را مشاهده می‌کنیم که باشکوه و پرقدرت بر جای خود استوار است و این بخشی از وجود ما است که همیشه به ما امکان مشاهدهٔ افکار و احساسات ناخوشایند را می‌دهد بدون آنکه آسمان ذهن ما را ابری کند و این توانمندی با تمرین قابل دسترسی است. در این جلسه از این استعاره استفاده شد تا به اعضاء آموزش داده شود که در مورد بهبود تن‌انگاره روی موارد دست‌یافتنی و واقع‌بینانه تمرکز کنند و از انتظارات سختگیرانه و غیرواقعی دست بردارند.
جلسه نهم	در این جلسه، درمانگر در مورد اهمیت تجارب واقعی زندگی صحبت کرد. برای مثال اینکه غرق شدن در افکار آزارنده، چگونه ما را از تجارب اینجا و اکنون باز می‌دارد. اعضاء روی اهداف واقع‌بینانه‌ای که می‌توانند در مورد ظاهر جسمانی داشته باشند، متمرکز شدند. آن‌ها تشویق شدند که به‌جای نشخوار ذهنی در مورد ظاهر ایده‌آل، برای دستیابی به آن تلاش کنند. در این مسیر نیاز دارند که در اینجا و اکنون زندگی کنند. اعضاء در این مورد صحبت کردند که چگونه وقت خود را به‌جای رسیدن به ارزش‌های‌شان، صرف امور بیهوده می‌کنند. رهبر، تمریناتی در مورد ذهن‌آگاهی ارائه داد. غذا خوردن ذهن‌آگاهانه در جلسه تمرین شد. اعضاء تمرین کردند که چگونه تمرکز خود را به آنچه در حین غذا خوردن تجربه می‌کنند، برگردانند. از اعضاء خواسته شد این تمرین را در طول هفته تکرار کنند.

جلسه دهم	فرایند این جلسه به این شکل بود که اعضاء تجارب خود در مورد تجربهٔ ذهن‌آگاهانه در طول هفته بعد را بازگو کردند. رهبر در مورد دشواری این تجربه، آن‌ها را به چالش کشید. بار دیگر در جلسه، تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه ارائه شد و اعضاء با راحتی بیشتری نسبت به قبل، این تمرین را انجام دادند. در این جلسه، اعضاء اظهار کردند که توانسته‌اند با غذا خوردن ذهن‌آگاهانه، احساس بهتری نسبت به بدن‌شان داشته باشند. از اعضاء خواسته شد تا ذهن خود را تماشا کنند و با دقت به افکاری که می‌آیند و می‌روند، بدون قضاوت توجه کنند و این کار را در هفته بارها انجام دهند.
جلسه یازدهم	در این جلسه، رهبر از اعضاء خواست تا تجربهٔ خود در مورد تماشای ذهن را بازگو کنند. بیشتر اعضاء اعلام کردند که این کار برای‌شان سخت بوده است. رهبر از آن‌ها خواست دوباره تکلیف قطب‌نمای ارزشی را انجام دهند، سپس یک جهت‌گیری ارزشی برای خود انتخاب کنند و نگاه دوباره‌ای به موانع بیرونی و درونی ارزش‌ها بیاندازند. آن‌ها ارزش‌هایی متناسب با بهبود ظاهر جسمانی انتخاب کردند.
جلسه دوازدهم	در این جلسه از اعضاء خواسته شد تا میزان همسویی رفتارهای فعلی خود با ارزش‌ها را تعیین کنند و به تعیین اهداف بپردازند. اعضاء در جلسه، اهداف خود را به صورت کتبی تدوین کردند. این اهداف، مشخص، ملموس، شامل فعالیت و عملی در زمینهٔ بهبود تن‌انگاره و حرمت خود بودند. از اعضاء خواسته شد تا برگهٔ اهداف را نزد خود نگهداری کنند.
جلسه سیزدهم	هدف این جلسه، برنامه‌ریزی فعالیت بود. به اعضاء کمک شد تا اهداف را به گام‌های کوچک و ملموس تبدیل کنند. از اعضاء خواسته شد تا با مرور مجدد راهبردهای پذیرش، خود را برای مواجه با موانع پیش‌رو آماده کنند. با صحبت بیشتر در مورد ارزش‌ها، تمرکز اعضاء روی ارزش‌های‌شان حفظ شد. این افزایش تمرکز به ایجاد تعهد نسبت به ارزش‌ها کمک نمود.
جلسه چهاردهم	در این جلسه، اعضاء ترغیب شدند تا در مورد تعهد خود نسبت به ارزش‌های‌شان صحبت کنند. رهبر آن‌ها را به تفکر بیشتر در مورد رفتار کنونی‌شان واداشت و از آن‌ها خواست تا هر آنچه که برای تعهد بیشتر لازم است را بازگو کنند. آن‌ها تعهد بیشتری به فعالیت‌های مربوط به بهبود تن‌انگاره و حرمت خود گزارش کردند.
جلسه پانزدهم	هدف این جلسه این بود که به تجربه گروه خاتمه داده شود. مسائل ناتمام اعضای گروه بررسی شد. اعضاء تجربهٔ خود در مورد شرکت در این گروه را بازگو کردند. آن‌ها گزارش کردند که احساس بهتری در مورد خود و ظاهر جسمانی خود دارند. تأثیرات گروه بر زندگی خارج از گروه مرور شدند. رهبر خلاصه‌ای از آنچه در جلسات گذشت، ارائه داد.

شیوهٔ اجرا

پس از موافقت و هماهنگی مدیر خوابگاه دانشگاه خوارزمی، یکی از سالن‌های خوابگاه دختران برای انجام این پژوهش در نظر گرفته شد. در یک جلسهٔ مقدماتی به شرکت‌کنندگان در مورد طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و سرفصل‌های احتمالی جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات توضیحاتی داده شد، و پس از جلب رضایت مشارکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت

در پژوهش رضایت‌نامهٔ کتبی از آن‌ها دریافت شد. جلسه‌های درمان به‌صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایشی در روزهای دوشنبه از ساعت ۱۹ الی ۲۱ برگزار شد. داده‌های به دست آمده بعد از اجرا نمره‌گذاری شده، و در تحلیل آن‌ها افزون بر روش‌های آمار توصیفی از روش آمار استنباطی واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS، ویرایش ۱۹ صورت گرفت.

یافته‌ها

با توجه به مندرجات جدول ۱، در گروه مشاورهٔ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات ارزیابی ظاهر، گرایش ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش تناسب، ارزیابی سلامت، گرایش سلامت، گرایش بیماری، رضایت بدنی و حرمت خود افزایش چشمگیری داشته است، در حالی‌که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشده است. همچنین در گروه مشاورهٔ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات وزن ذهنی و دل‌مشغولی با وزن کاهش چشمگیری داشته است، در حالی‌که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری در دو گروه

نام متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی ظاهر	درمان پذیرش و تعهد	۱۶/۴۴۴	۲/۵۵۵	۲۴/۵۵۶	۰/۷۲۶	۲۴/۵۵۶	۰/۷۲۶
	کنترل	۱۷/۶۶۷	۱/۴۱۴	۱۷/۸۸۹	۱/۲۶۹	۱۷/۷۷۸	۱/۸۵۶
گرایش ظاهر	درمان پذیرش و تعهد	۳۲/۸۸۹	۳/۱	۴۷/۸۸۹	۲/۱۴۷	۴۶/۱۱۱	۱/۰۵۴
	کنترل	۳۶/۲۲۲	۱/۳۹۴	۳۶/۱۱۱	۱/۳۶۴	۳۴/۸۸۹	۲/۰۸۸
ارزیابی تناسب	درمان پذیرش و تعهد	۸/۳۳۳	۱	۱۱	۱/۷۳۲	۹/۴۴۴	۱/۵۹
	کنترل	۷/۲۲۲	۱/۸۵۶	۷/۲۲۲	۱/۸۵۶	۷	۱/۸۷۱
	درمان پذیرش و تعهد	۳۳/۷۷۸	۵/۴۹۵	۴۶/۴۴۴	۱/۳۳۳	۴۶/۳۳۳	۱/۳۲۳

گرایش تناسب	کنترل	۳۴/۳۳۳	۲	۳۴/۲۲۲	۱/۹۲۲	۳۵	۲/۸۲۸
ارزیابی سلامت	درمان پذیرش و تعهد	۱۲	۳/۳۹۱	۲۳	۲/۱۷۹	۲۲/۲۲۲	۱/۳۰۲
	کنترل	۱۱	۳/۰۴۱	۱۱	۳/۰۴۱	۱۰/۸۸۹	۳/۰۱۸
گرایش سلامت	درمان پذیرش و تعهد	۲۱/۷۷۸	۳/۱۵۳	۲۷/۸۸۹	۱/۴۵۳	۲۷/۳۳۳	۱/۹۳۶
	کنترل	۲۲/۷۷۸	۲/۰۴۸	۲۲/۴۴۴	۱/۶۶۷	۲۲/۳۳۳	۲
گرایش بیماری	درمان پذیرش و تعهد	۱۵/۴۴۴	۱/۱۳	۱۸/۴۴۴	۱/۴۲۴	۱۸/۴۴۴	۱/۴۲۴
	کنترل	۱۵/۴۴۴	۰/۷۲۶	۱۵/۱۱۱	۰/۶۰۱	۱۴/۸۸۹	۱/۶۱۶
رضایت بدنی	درمان پذیرش و تعهد	۴	۱/۴۱۴	۷/۷۷۸	۱/۳۹۴	۷/۳۳۳	۱
	کنترل	۳/۵۵۶	۱/۳۳۳	۳/۵۵۶	۱/۳۳۳	۳/۵۵۶	۱/۳۳۳
وزن ذهنی	درمان پذیرش و تعهد	۷/۱۱۱	۲/۰۲۸	۳/۴۴۴	۱/۲۳۶	۳/۲۲۲	۱/۳۰۲
	کنترل	۶/۶۶۷	۲/۶۴۶	۶/۵۵۶	۲/۶۰۳	۶/۷۷۸	۲/۴۳۸
دل-مشغولی با اضافه‌وزن	درمان پذیرش و تعهد	۱۴/۵۵۶	۱/۸۷۸	۹/۳۳۳	۱/۵	۹/۳۳۳	۱/۳۲۳
	کنترل	۱۴/۶۶۷	۱/۴۱۴	۱۴/۳۳۳	۲/۵۵	۱۴/۴۴۴	۲/۶۰۳
حرمت خود	درمان پذیرش و تعهد	۲۸/۷۷۸	۲/۱۰۸	۳۴/۷۷۸	۲/۸۶۳	۳۳/۳۳۳	۲/۰۶۲
	کنترل	۲۹/۷۷۸	۲/۶۸۲	۲۷/۳۳۳	۲/۸۲۸	۲۷/۳۳۳	۲/۶۹۳

نتایج آزمون لوین نشان داد مقدار معناداری آزمون برای همهٔ مؤلفه‌های تن‌انگاره و حرمت خود در هر سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری بزرگ‌تر از ۰/۰۱ است؛ بنابراین فرضیهٔ صفر یعنی برابری واریانس‌ها را می‌پذیریم. به عبارت دیگر برای مؤلفه‌های تن‌انگاره و حرمت خود تفاوت معناداری میان واریانس‌های گروه‌ها وجود ندارد. مقدار معنی‌داری آزمون کولموگروف اسمیرنوف در همهٔ حالت‌ها بزرگتر از ۰/۰۱ می‌باشد؛ به عبارتی با توجه به نتایج این آزمون، فرض نرمال‌بودن داده‌ها برای این متغیرها تأیید می‌شود. بر اساس آزمون کرویت ماچلی، فقط برای متغیر ارزیابی تناسب چون مقدار معناداری آزمون کرویت ماچلی بزرگتر از ۰/۰۱ (۰/۲۴۵) به‌دست آمده است، آزمون ماچلی برای این متغیر معنادار نیست. بنابراین از فرض کرویت تخطی

نشده است. برای سایر مؤلفه‌ها لازم است از آمارهٔ آزمون‌های گرین‌هاوس-گیسر یا هینه- فیلت استفاده کنیم. بر اساس آزمون امباکس، برای متغیرهای تن انگاره و حرمت خود، چون مقدار معناداری آزمون باکس بزرگتر از ۰/۰۱ است، آمارهٔ امباکس معنادار نیست. بنابراین از فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس تخطی نشده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره برای مقایسهٔ نمرات مؤلفه‌های تن‌انگاره

منبع اثر		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آمارهٔ F	مجذور اتا
گروه	ارزیابی ظاهر	۳۱۰/۰۲۵	۲	۱۵۵/۰۱۲	۳۷/۱۷۵**	۰/۷۵۶
	گرایش ظاهر	۶۸۹/۳۵۸	۲	۳۴۴/۶۷۹	۶۴/۵۱۵**	۰/۸۴۳
	ارزیابی تناسب	۹۳/۷۲۸	۲	۴۶/۸۶۴	۱۰/۶۱۸**	۰/۴۶۹
	گرایش تناسب	۱۱۱۷/۲۱	۲	۵۵۸/۶۰۵	۸۸/۹۸۱**	۰/۸۸۱
	ارزیابی سلامت	۱۳۷۵/۵۸	۲	۶۸۷/۷۹	۴۵/۴۹۷**	۰/۷۹۱
	گرایش سلامت	۱۷۰/۳۹۵	۲	۸۵/۱۹۸	۱۸/۶۷۷**	۰/۶۰۹
	گرایش بیماری	۹۳/۴۰۷	۲	۴۶/۷۰۴	۲۴/۰۵۷**	۰/۶۶۷
	رضایت بدنی	۱۵۹/۲۱	۲	۷۹/۶۰۵	۲۴/۶۱۱**	۰/۶۷۲
	وزن ذهنی	۱۰۱/۶۳	۲	۵۰/۸۱۵	۶/۰۸۷**	۰/۳۳۷
	دلمشغولی با اضافه وزن	۲۳۱/۴۳۲	۲	۱۱۵/۷۱۶	۱۸/۱۳۸**	۰/۶۰۲
زمان	ارزیابی ظاهر	۵۱۹/۴۳۲	۱/۲۷۱	۴۰۸/۸۰۱	۱۰۷/۱۲۷**	۰/۸۱۷
	گرایش ظاهر	۱۵۵۷/۷۲۸	۱/۶۵۶	۹۴۰/۴۰۹	۲۶۶/۶۱۶**	۰/۹۱۷
	ارزیابی تناسب	۲۴/۰۲۵	۲	۱۲/۰۱۲	۸/۸۱۵**	۰/۲۶۹
	گرایش تناسب	۱۲۴۴/۶۱۷	۱/۴۱	۸۸۲/۵۰۴	۵۵/۴۵۳**	۰/۶۹۸
	ارزیابی سلامت	۸۶۰/۳۲۱	۱/۲۱	۷۱۱/۰۶۸	۱۰۴/۲۴۲**	۰/۸۱۳

	گرایش سلامت	۲۳۸/۹۸۸	۱/۳۷۳	۱۷۴/۱۱۳	۳۰/۷۱۵**	۰/۵۶۱
	گرایش بیماری	۵۷/۱۸۵	۱/۶۶۹	۳۴/۲۶۸	۱۹/۰۴۲**	۰/۴۴۲
	رضایت بدنی	۹۵/۲۱	۱/۱۳۷	۸۳/۷۷۳	۵۴/۵۰۲**	۰/۶۹۴
	وزن ذهنی	۱۵۰/۲۹۶	۱/۳۰۲	۱۱۵/۳۹۷	۱۲۷/۴۷۶**	۰/۸۴۲
	دلمشغولی با اضافه وزن	۲۳۷/۲۱	۱/۲۰۲	۱۹۷/۳۱۶	۸۸/۶۴۶**	۰/۷۸۷
زمان × گروه	ارزیابی ظاهر	۲۴۴/۱۹۸	۲/۵۴۱	۹۶/۰۹۴	۲۵/۱۸۱**	۰/۶۷۷
	گرایش ظاهر	۹۰۳/۳۸۳	۳/۳۱۳	۲۷۲/۶۸۹	۷۷/۳۱**	۰/۸۶۶
	ارزیابی تناسب	۱۷/۲۳۵	۴	۴/۳۰۹	۳/۱۶۲*	۰/۲۰۹
	گرایش تناسب	۵۸۵/۳۸۳	۲/۸۲۱	۲۰۷/۵۳۵	۱۳/۰۴۱**	۰/۵۲۱
	ارزیابی سلامت	۴۳۸/۲۷۲	۲/۴۲	۱۸۱/۱۱۹	۲۶/۵۵۲**	۰/۶۸۹
	گرایش سلامت	۱۴۶/۲۷۲	۲/۷۴۵	۵۳/۲۸۳	۹/۳۹۹**	۰/۴۳۹
	گرایش بیماری	۴۴/۷۴۱	۳/۳۳۸	۱۳/۴۰۵	۷/۴۴۹**	۰/۳۸۳
	رضایت بدنی	۴۸/۱۹۸	۲/۲۷۳	۲۱/۲۰۴	۱۳/۷۹۵**	۰/۵۳۵
	وزن ذهنی	۷۹/۴۰۷	۲/۶۰۵	۳۰/۴۸۴	۳۳/۶۷۵**	۰/۷۳۷
	دلمشغولی با اضافه وزن	۱۰۱/۲۳۵	۲/۴۰۴	۴۲/۱۰۴	۱۸/۹۱۶**	۰/۶۱۲

*P< ۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق جدول شمارهٔ (۳)، اثر اصلی متغیر زمان معنادار است، چون مقدار معناداری کوچکتر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره به‌گونه‌ای معنادار، در سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر می‌کنند. به عبارت دیگر زمان در امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره تأثیر معناداری داشته است. اثر اصلی گروه هم معنادار است، چون مقدار معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره به‌گونه‌ای معنادار در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، متفاوت هستند. همچنین اثر متقابل زمان × گروه نیز معنادار است، چون مقدار معناداری کوچکتر از ۰/۰۱ به‌دست آمده

است. بنابراین روند تغییرات میانگین امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری متفاوت است. در مجموع با عنایت به نتایج به‌دست آمده مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگارۀ دانشجویان دختر تأثیر دارد. بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی، بین نمرات "تن انگاره" ۲ مرحله "پس آزمون" و "پیگیری" با مرحله "پس آزمون" اختلاف معناداری وجود دارد چون مقدار معناداری آزمون تعقیبی بونفرونی کمتر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. بنابراین مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره دانشجویان دختر تأثیر دارد.

جدول ۴. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسۀ نمرات حرمت خود

منبع اثر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مجذور اتا
حرمت خود	گروه	۲۷۳/۸۰۲	۲	۱۳۶/۹۰۱	۱۳/۴۵۳**	۰/۵۲۹
	زمان	۱۳۷/۵۸	۱/۶۵۸	۸۲/۹۹۱	۱۵/۰۷**	۰/۳۸۶
	زمان × گروه	۲۴۳/۳۰۹	۳/۳۱۶	۷۳/۳۸۴	۱۳/۳۲۵**	۰/۵۲۶

*P< ۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق جدول شمارۀ (۴)، اثر اصلی متغیر زمان معنادار است، چون مقدار معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات حرمت خود به‌گونه‌ای معنادار، در سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری تغییر می‌کنند. به عبارتی زمان در امتیازات حرمت خود تأثیر معناداری داشته است. اثر اصلی گروه هم معنادار است چون مقدار معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات حرمت خود به‌گونه‌ای معنادار، در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، متفاوت هستند. همچنین اثر متقابل زمان × گروه نیز معنادار است، چون مقدار معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ به‌دست آمده است. بنابراین روند تغییرات میانگین امتیازات حرمت خود در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری متفاوت است. در مجموع با عنایت به نتایج به‌دست آمده مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود حرمت خود دانشجویان دختر تأثیر دارد. بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی، بین نمرات حرمت خود در دو مرحلۀ پس‌آزمون و پیگیری با مرحلۀ پیش‌آزمون اختلاف معناداری وجود دارد چون مقدار معناداری آزمون تعقیبی بونفرونی کمتر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. بنابراین مشاورۀ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود حرمت خود دانشجویان دختر تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش در پی این بود که اثربخشی مشاورهٔ گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر حرمت خود و تن‌انگارهٔ دختران دانشجو تعیین کند. نتایج حاکی از تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دختران دانشجو بود. نتایج این مطالعه با یافته‌های تحقیق آقایوسفی و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. آن‌ها نیز گزارش کردند که گروه‌درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، تن‌انگاره را بهبود می‌بخشد. رسولی علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۶) نیز به نتایج مشابهی رسیدند. آن‌ها نتیجه گرفتند که این درمان می‌تواند با افزایش حرمت خود، نگرانی‌های مربوط به تن‌انگاره را کاهش دهد. اما هر دو مطالعه مربوط به جامعهٔ آماری متفاوتی بودند. مطالعهٔ آقایوسفی و همکاران (۱۳۹۶) در جامعهٔ معلولین جسمی-حرکتی و مطالعهٔ رسولی علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۶) در زنان پس از زایمان انجام شد.

در تبیین اثربخشی و کارآمدی این روش درمانی باید گفت که درمانگر تلاش نمود تا توجه اعضاء را به ارزش‌های‌شان معطوف کند. استفاده از تمثیل‌ها و استعاره‌ها به اعضاء کمک می‌کند تا ارزش‌های اساسی خود را در زندگی شناسایی کنند. صرف زمان و تأکید درمانگر برای شناسایی ارزش‌ها، اهمیت ارزش‌ها را برای اعضاء روشن نمود. اعضاء در مرحلهٔ اول یعنی بحث بر سر ارزش‌ها، یکی از ارزش‌های خود را مربوط به جذابیت ظاهری و سلامت جسمی دانستند. درمانگر در مورد ارزش‌ها با آن‌ها جدال نکرد، اما به آن‌ها کمک نمود تا ارزش‌های اساسی‌تر خود را کشف کنند. در این مورد از استعاره تشییع جنازه استفاده شد. این استعاره با پرسش این سوال مطرح شد: «دوست دارید برای چه زندگی کنید؟» و سپس به اعضاء گفته شد که تصور کنند، مراسم خاکسپاری آن‌ها است. دوست دارند دیگران چه چیزی در مورد آن‌ها بگویند و چگونه توصیف‌شان کنند. دوست دارند روی سنگ قبرشان چه نوشته شود. سپس تکلیف چرخهٔ ارزش‌ها ارائه شد. سپس درمانگر اعضاء را هدایت می‌کنند تا مشخص کنند که چگونه باید ارزش‌های خود را عملی کنند. اعضاء یاد می‌گیرند که نسبت به آنچه برای‌شان اهمیت دارد، متعهد باشند. همین که اعضاء برای کسب رضایت بیشتر نسبت به ظاهر جسمی خود، قدمی برمی‌دارند، تن‌انگارهٔ آن‌ها رو به بهتر شدن پیش می‌رود. در ابتدای جلسات، اعضاء صرفاً در مورد ظاهر خود ابراز نگرانی می‌کردند و درمانگر به جای اینکه تلاش کند تا آن‌ها را قانع کند که در مورد ظاهرشان اشتباه می‌کنند، از آن‌ها می‌خواهد برای کسب تن‌انگاره مطلوب تلاش کنند (هیز و دیگران، ۲۰۰۶).

یکی از علل موفقیت این درمان این است که این رویکرد، دلبستگی به محتوای ذهن (افکار و هیجانات) را کاهش می‌دهد. آموزش و تمرین ذهن‌آگاهی به مراجع اجازه می‌دهد تا در مورد این محتواهای روانی آگاهی یابد و بر آن‌ها غلبه کند و اجازه دهد آزادانه بیایند و بروند. درمانگران

درمان پذیرش و تعهد به دلیل تمرکز بر پیامدهای اعمال مراجعان‌شان و نحوهٔ هم‌تراز شدن این پیامدها با ارزش‌ها و اهداف‌شان، در این تأکید عمل‌گرایانه اشتراک دارند. مراجعان تشویق می‌شوند که به شناسایی و پرورش اعمالی بپردازند که در تطابق با ارزش‌های عمیق‌شان هستند و اعمالی که این ارزش‌ها را نقص می‌کنند رها کنند. تمرین ذهن‌آگاهی آن‌ها را قادر می‌کند تا از شناسایی محتوای ذهن‌شان دست بردارند به‌طوری‌که به فعالیت‌هایی نپردازند که رنج بیشتری به همراه دارد (هیز و دیگران، ۲۰۱۲). در جلسات گروهی اعضاء یاد گرفتند که اجتناب از رنج، آن‌ها را از ارزش‌ها دور می‌کند و حرکت در مسیر ارزش‌ها احساس رضایت بیشتر و واقعی به آن‌ها می‌دهد. وقتی فرد برای تحقق ارزش‌ها قدم برمی‌دارد، تصویر مثبت‌تری نسبت به خود پیدا می‌کند و همین موضوع به ارتقای حرمت خود او نیز کمک می‌کند.

تن‌انگاره یک مشکل اضطرابی است و بهبود وضعیت تن‌انگاره مراجعان مستلزم کاهش سطح اضطراب است (کش، ۲۰۱۶). درمان پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا اضطراب مراجع کاهش پیدا کند. به این ترتیب که درمانگر با کمک استعارهٔ دروغ‌سنج به اعضاء کمک نمود تا تأثیرات مشکل‌آفرین تلاش برای کنترل اضطراب را تجربه کنند؛ یعنی متوجه می‌شوند که افزایش مبارزه به افزایش رنج منجر می‌شود. تجربهٔ تأثیرات متناقض تلاش برای کنترل اضطراب، به تدریج اعضاء را به این درک رسانید که باید شیوهٔ مواجههٔ خود را تغییردهند و روش‌های جدیدی را امتحان کنند. پس از اینکه مراجعان به این درک رسیدند، درمانگر با کمک استعارهٔ مقیاس‌های دوگانه به آن‌ها کمک کرد که اضطراب‌شان در مورد بدن را بپذیرند ولی در عین حال ارزشمند زندگی کنند. با کمک این استعاره، اعضای گروه یاد گرفتند که به‌جای تمرکز روی کاهش اضطراب، اشتیاق خود برای زندگی ارزشمند (یعنی در جهت ارزش‌های شخصی) را بالا ببرند. افزایش اشتیاق برای حرکت در مسیر زندگی ارزشمند نیز مسلماً نیاز به انجام تمریناتی داشت. تمرین اساسی این بود که مراجعان یاد بگیرند در زمان حال زندگی کنند. برای این منظور درمانگر از تمرینات ذهن‌آگاهی استفاده نمود و به‌طور خاص بر اسکن دنیای بیرون و اسکن دنیای درون تمرکز نمود.

از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر، ریزش تعداد اعضای گروه آزمایش به دلیل تردد به شهرستان محل زندگی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران هنگام اجرای پژوهش در جامعهٔ خوابگاهی به این مهم توجه کنند. پژوهشگران می‌توانند برای اجتناب از طولانی‌شدن دورهٔ اجرای جلسات و کاهش احتمال ریزش، جلسات را در یک هفته، دو بار برگزار کنند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی، این درمان را با سایر درمان‌ها مقایسه کنند. مقایسهٔ این درمان در پسران و دختران دانشجو نیز می‌تواند مفید باشد. از نظر کاربردی نیز مراکز مشاورهٔ

دانشگاه‌ها می‌توانند با استفاده از اجرای جلسات مشاورهٔ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، حرمت خود و تن‌انگارهٔ دانشجویان دختر را بهبود بخشند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط شرکت‌کنندگان و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها، ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، به آن‌ها درمورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائهٔ اطلاعات فردی غیر از سن اطمینان داده شد. به آن‌ها گفته شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. پس از اتمام آموزش، سه جلسهٔ آموزشی برای گروه گواه برگزار شد. در این سه جلسه، برخی مهارت‌های اساسی درمان پذیرش و تعهد مانند مهارت ذهن‌آگاهی آموزش داده شد.

سپاسگزاری

از همهٔ دانشجویایی که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و از مسئولین خوابگاه دختران دانشگاه خوارزمی که با همکاری صمیمانهٔ آنان اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید تشکر و قدردانی می شود.

مشارکت نویسندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ مشاورهٔ دانشگاه خوارزمی به کد ثبت ۹۶۴۷۸۵۱۲ به تاریخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۲ است و همهٔ نویسندگان این مقاله بنا بر نقشی که داشتند، به ترتیب ذکر شده‌اند. نویسندهٔ اول با کد ارکید 0000-0001-5841-7958 مسئولیت نگارش و اجرا را داشته است. نویسندهٔ دوم با کد ارکید 0000-0002-8901-5828 و نویسندهٔ سوم با کد ارکید 0000-0002-2516-6635 مسئولیت راهنمایی و نویسندهٔ چهارم با کد ارکید 0000-0002-7854-2934 مسئولیت مشاوره را برعهده داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

آقایوسفی، علیرضا؛ استادیان خانی، زهرا و فدایی مقدم، ملیحه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد را بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی-حرکتی. *مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۳)، ۱-۷[پیوند].

اثنی عشری، ندا؛ بخشایش، علیرضا؛ افشانی، سید علیرضا. (۱۳۹۳). میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر یزد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۲(۳)؛ ۱۲۳۷-۱۲۴۵[پیوند].

الهی‌فر، حسن.، قمری، محمد و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم های زن. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۱)؛ ۱۴۱-۱۶۲[پیوند].

رجبی، غلامرضا.، بهلول، نسرین. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس حرمت خود روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۳(۳)؛ ۳۳-۴۸[پیوند].

رسولی علی‌آبادی، بهاره و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۵(۵)؛ ۱۰۳-۱۱۲[پیوند].

ضابطی، عطیه السادات.، تقی لو، صادق و تاجری، بیوک. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گر حرمت خود در رابطه بین چشم‌انداز زمان و کیفیت زندگی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۱)؛ ۸۵-۱۰۱[پیوند].

عباسی، مسلم.، پرزور، پرویز.، معاضدی، کاظم و اصلانی، طاهر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر مبتلا به پر اشتهایی عصبی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۵(۱)؛ ۱۶-۲۴[پیوند].

کاظمی، فروغ.، کیان‌پور، مسعود و قاسمی، وحید. (۱۳۹۳). تبیین جامعه شناختی تأثیر تصاویر رسانه ای بر تصویر بدن و حرمت خود با تأکید بر نقش خودطرحواره ظاهر (مطالعه موردی: دانشجویان دختر خوابگاه دانشگاه اصفهان). *فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۵(۴)؛ ۹۱-۱۱۱[پیوند].

محمدی، نواله؛ سجادی‌نژاد، مرضیه سادات. (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۲(۵)؛ ۵۵-۷۰[پیوند].

مرمرچی نیا، مژگان و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۲)؛ ۱۵۷-۱۷۴[پیوند].

Adams, K. E., Tyler, J. M., Calogero, R., & Lee, J. (2017). Exploring the relationship between appearance-contingent self-worth and self-esteem: The roles of self-objectification and appearance anxiety. *Body Image*, *23*, 176 [Link].

Benedict, C., Philip, E. J., Baser, R. E., Carter, J., Schuler, T. A., Jandorf, L., ... & Nelson, C. (2016). Body image and sexual function in women after treatment for anal and rectal cancer. *PsychoOncology*, *25*, 316-323 [Link].

Brown, J. D. (2014). Self-esteem and self-evaluation: Feeling is believing. *Psychological Perspectives on the Self*, *4*, 27-58 [Link].

Cash, T. F. (2000). The multidimensional body-self relations questionnaire users' manual. *Available from the author at www. body-images. Com* [Link].

Cash, T. F. (2016). Multidimensional body–self relations questionnaire (MBSRQ). *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 1-4 [Link].

Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, *9*, 1-5 [Link].

Ferrer-García, M., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2012). The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: a review of the literature. *Body Image*, *9*, 1-11 [Link].

Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M., Skouteris, H., Richardson, B., Nihill, K., Watson, B., & Solomon, D. (2015). Does body satisfaction influence self-esteem in adolescents' daily lives? An experience sampling study. *Journal of Adolescence*, *45*, 11-19 [Link].

Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter?. *Personality and Individual Differences*, *35*, 1241-1254 [Link].

Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2009). Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. *Sex Roles*, *60*, 198-207 [Link].

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media [Link].

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25 [Link].

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press [Link].

Latner, J. D., Knight, T., & Illingworth, K. (2011). Body image and self-esteem among Asian, Pacific Islander, and White college students in Hawaii and Australia. *Eating Disorders*, *19*, 355-368 [Link].

Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2014). Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study. *Child Development*, *85*(3), 1275-1291 [Link].

Messer, S. B., & Gurman, A. S. (Eds.). (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. Guilford Press [Link].

Mountford, V., Haase, A. M., & Waller, G. (2007). Is body checking in the eating disorders more closely related to diagnosis or to symptom presentation?. *Behavior Research and Therapy*, *45*, 2704-2711 [Link].

Mountford, V. A., Brown, A., Bamford, B., Saeidi, S., Morgan, J. F., & Lacey, H. (2015). BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *23*, 62-67 [Link].

Oney, C. N., Cole, E. R., & Sellers, R. M. (2011). Racial identity and gender as moderators of the relationship between body image and self-esteem for African Americans. *Sex Roles*, *65*, 619-631 [Link].

Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(6), 455-460 [Link].

Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, *71*, 363-377 [Link].

Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, *28*, 701-715 [Link].

Rice, K., Prichard, I., Tiggemann, M., & Slater, A. (2016). Exposure to Barbie: Effects on thin-ideal internalization, body esteem, and body dissatisfaction among young girls. *Body Image*, *19*, 142-149 [Link].

Rosen, J. C. (2013). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. *The Etiology of Bulimia: the Individual and Familial Context*, 157-177 [Link].

Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*(4), 623 [Link].

Slater, A., & Tiggemann, M. (2016). Little girls in a grown up world: Exposure to sexualized media, internalization of sexualization messages, and body image in 6–9 year-old girls. *Body Image*, *18*, 19-22 [Link].

Stapleton, P., Crighton, G. J., Carter, B., & Pidgeon, A. (2017). Self-esteem and body image in females: The mediating role of self-compassion and appearance contingent self-worth. *The Humanistic Psychologist*, *45*, 238 [Link].

Thelen, M. H., Lawrence, C. M., & Powell, A. L. (2013, February). Body image, weight control, and eating disorders among children. In *The Etiology Of Bulimia Nervosa: The Individual and Familial Context: Material Arising From The Second Annual Kent Psychology Forum, Kent* (p. 81) [Link].

***

پرسشنامه حرمت خود

	کاملاً مخالفم	مخالفم	نه مخالف نه ..	موافقم	کاملاً موافقم
۱. احساس می کنم انسان با ارزشی هستم.	۱	۲	۳	۴	۵

۲ . احساس می کنم چند ویژگی خوب دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳ . می توانم به خوبی اکثر مردم کارها را انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴ . نسبت به خودم نگرش مثبت دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵ . به طور کلی، از خودم راضی هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶ . احساس می کنم چیز زیادی ندارم که به آن‌ها افتخار کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷ . با درنظر گرفتن همه چیزها، معمولاً فکر می‌کنم شکست خورده‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۸ . ای کاش می توانستم احترام بیشتری به خودم قائل می‌شدم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹ . گاهی احساس می کنم بی فایده هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰ . گاهی فکر می‌کنم اصلاً نمی‌توانم کاری انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه تن انگاره

گویه‌ها	کاملاً	مخالفم	نه مخالف	موافقم	کاملاً
قبل از اینکه وارد جمع شوم، برایم مهم است که چگونه به نظر بیایم.	۱	۲	۳	۴	۵
لباس‌هایی را انتخاب می‌کنم که ظاهر مرا به بهترین نحو نشان دهد.	۱	۲	۳	۴	۵
قادرم اکثر تست‌های آمادگی جسمانی را با موفقیت پشت سر بگذارم.	۱	۲	۳	۴	۵
برایم مهم است که نیروی جسمی زیادی داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
بدن من از لحاظ جنسی جذاب است.	۱	۲	۳	۴	۵
فعالیت ورزشی منظمی تدارم.	۱	۲	۳	۴	۵
سلامتی خود را در کنترل دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
درباره عواملی که بر سلامتی تأثیر می‌گذارند، اطلاعات زیادی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
آگاهانه یک شیوه‌ی زندگی سالم در پیش گرفته‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
مدام نگران چاق بودن یا چاق شدن هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
ظاهرم را همانگونه که هست می‌پذیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
هر گاه بتوانم ظاهرم را در آینه چک می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
قبل از خارج شدن از خانه، معمولاً زمان زیادی را صرف آماده شدن می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
تحمل و طاقت بدنی من مطلوب است.	۱	۲	۳	۴	۵
شرکت در ورزش‌ها برای من چندان مهم نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
معمولاً برای اینکه از لحاظ جسمی متناسب بمانم کاری انجام نمی‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
سلامتی من تحت تأثیر شرایط و موقعیت‌های غیرمنتظره است.	۱	۲	۳	۴	۵
سالم بودن یکی از مهمترین موارد زندگی من است.	۱	۲	۳	۴	۵
کاری که سلامتیم را تهدید می‌کند انجام نمی‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵

نسبت به کوچک‌ترین تغییرات در وزنم آگاه هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
اکثر مردم مرا فردی خوش‌قیافه می‌دانند.	۱	۲	۳	۴	۵
برایم مهم است که همواره خوب به نظر بیایم.	۱	۲	۳	۴	۵
خیلی کم از محصولات آرایشی استفاده می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
به راحتی مهارت‌های جسمانی را یاد می‌گیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
داشتن تناسب جسمی جزء اصول اولیه زندگیم نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
برای افزایش نیروی جسمانی‌ام تلاش می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
به ندرت دچار بیماری جسمی می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
سلامتی‌ام را مسلّم می‌دانم.	۱	۲	۳	۴	۵
غالباً مجلات و کتاب‌هایی در زمینه‌ی سلامتی می‌خوانم.	۱	۲	۳	۴	۵
ظاهر خود را بدون لباس دوست دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
چنان‌چه آرایشم متناسب نباشد، نسبت به آن آگاهی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
معمولاً هر چه در دسترس باشد را بدون توجه به ظاهرش می‌پوشم.	۱	۲	۳	۴	۵
در ورزش‌ها و مهارت‌ها ضعیف عمل می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
به ندرت به مهارت‌های قهرمانی می‌اندیشم.	۱	۲	۳	۴	۵
برای بهبود توان و قدرتم تلاش می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
هیچگاه نسبت به احساس بدنم آگاه نیستم و احساس بدنی‌ام ثابت است.	۱	۲	۳	۴	۵
اگر بیمار باشم به علائم بیماریم توجه نمی‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
هرگز برای داشتن رژیم غذایی متعادل و مغذی تلاش خاصی نمی‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
متناسب بودن اندازه‌ی لباس‌هایم را دوست دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
به اینکه مردم درباره ظاهرم چه فکری کنند، بها نمی‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
به نظافت موی سرم خیلی توجه می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
بدن خود را دوست ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
به بهبود توانایی‌هایم در انجام فعالیت‌های جسمانی اهمیت نمی‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
سعی می‌کنم از نظر جسمی فعال باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
غالباً احساس می‌کنم نسبت به بیماری آسیب‌پذیر هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
برای شناسایی علائم بیماری توجه زیادی به بدنم دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
اگر سرما بخورم یا دچار آنفولانزا شوم بیماری را در نظر نگرفته و مانند سابق به کارهایم ادامه می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
از لحاظ جسمی جذاب نیستم.	۱	۲	۳	۴	۵
هرگز به ظاهرم فکر نمی‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
همیشه تلاش می‌کنم ظاهر بدنی‌ام را ارتقا دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
از هماهنگی بسیار بالایی برخوردارم.	۱	۲	۳	۴	۵
اطلاعات فراوان در مورد سلامت جسمانی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵

***

در طول سال به طور منظم ورزش می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
از لحاظ جسمانی سالم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
نسبت به کوچکترین تغییرات وضع سلامتی بدنم بسیار حساس هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
با آشکار شدن اولین علائم بیماری نزد پزشک می‌روم.					
رژیم کاهش وزن دارم.					

تلاش کرده‌ام از طریق روزه گرفتن یا رژیم‌های سخت، وزن کم کنم.	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	غالبا	تقریباً همیشه
فکر می‌کنم	خیلی کمبود وزن دارم.	تا حدودی کمبود وزن دارم.	وزنم مناسب است.	تا حدودی اضافه وزن دارم.	خیلی اضافه وزن دارم.
با نگاه کردن به من اکثر مردم فکر می‌کنند که	خیلی کمبود وزن دارم.	تا حدودی کمبود وزن دارم.	وزنم مناسب است.	تا حدودی اضافه وزن دارم.	خیلی اضافه وزن دارم.
میزان رضایت یا عدم رضایت در مورد بخش‌های مختلف بدن	راضیم	تا حدودی راضیم	نظری ندارم	تا حدودی ناراضیم	ناراضیم
صورت (اجزای صورت، رنگ چهره)					
مو (رنگ، ضخامت، بافت)					
نیم‌تنه‌ی تحتانی (باسن، لگن، ران، ساق پا)					
نیم‌تنه (بخش میانی، کمر، شکم)					
نیم‌تنه‌ی فوقانی (قفسه سینه یا پستان‌ها، شانه‌ها و بازوها)					
قوام عضلانی					
وزن					
قد					

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020, 77-100
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

Research Article

Effectiveness of Systematic Training of Effective Parenting (STEP) on Parenting Stress, Emotion Regulation, and Cognitive Flexibility on Mothers of Male Adolescents

N. Saadati[1], Z. Yousefi[2]*, M. Golparvar[3]

1. PhD Student Department of Counseling, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: Z.yousefi1393@khuisf.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Received: 4 November 2019 Accepted: 29 August 2020

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of STEP program on parenting stress, emotion regulation and cognitive flexibility in mothers of male adolescents in Isfahan. **Method**: The research method was quasi-experimental, pretest-posttest and two-month follow-up with experimental and control groups. Statistical population consisted of 123 mothers of 12- to 18-year-old male adolescents whom were referred to Yarestan Counseling Center in Isfahan in 2019. Tools: Tools were Abedin Parenting Stress Questionnaire (1990), Garnefsky's Difficulty of Emotion Regulation (2001), and Dennis and Wenderval's (2010) Cognitive Flexibility Questionnaire. 87 mothers with high parenting stress were screened and 40 mothers who met entrance criteria were randomly assigned in experimental group and control group (20 mothers each). Participants in both groups completed all of the questionnaires in three stages. The experimental group received eight session of 90-minute step-by-step training once a week. Data were analyzed using mixed ANOVA with repeated measures. **Results**: Results indicated that the intervention was effective on parenting stress (F = 9.87, P = 0.003), emotion regulation (F = 9.39, P = 0.004) and cognitive flexibility (F = 9.68). (P = 0.004). The effect remained stable at the follow-up stage. **Conclusion:** Training this program reforms mothers' relationship with their male adolescents which leads to parental stress reduction and improves emotion regulation and cognitive flexibility. Therefore, it is an effective method to prevent or resolve the conflicts between parents and male adolescent.

Key words: *cognitive flexibility, effective parenting, emotion regulation, parental stress, mothers*

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۱۰۰-۷۷
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

مقاله پژوهشی

اثربخشی برنامهٔ آموزش نظامدار فرزندپروری کارآمد بر استرس والدگری، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مادران پسران نوجوان

نادره سعادتی[۱]، زهرا یوسفی[۲*] و محسن گل‌پرور[۳]

۱. دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: Z.yousefi1393@khuisf.ac.ir
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۹۸/۰۸/۱۳
پذیرش مقاله: ۹۹/۰۶/۰۸

چکیده

هدف: هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی برنامهٔ آموزش نظامدار فرزندپروری (استپ) کارآمد بر استرس والدگری، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مادران نوجوان پسر بود. **روش:** روش پژوهش نیمه-آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه و جامعهٔ آماری ۱۳۳ مادر دارای نوجوان پسر ۱۲ تا ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ یارستان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. ابتدا مادران به پرسشنامهٔ استرس والدگری آبیدین (۱۹۸۳) پاسخ دادند. ۸۷ مادر دارای استرس بالای والدگری تشخیص داده شدند. از بین آن‌ها ۴۰ مادر که واجد ملاک‌های ورود بودند به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند و پرسشنامه‌های استرس والدگری آبیدین (۱۹۹۰)، دشواری نظم‌دهی هیجانی گارنفسکی (۲۰۰۱) و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) را در سه مرحله تکمیل کردند. آموزش نظامدار فرزندپروری کارآمد بر استرس والدگری آدلر-درایکورس (۲۰۰۴) به گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک‌بار در هفته ارائه و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر برنامهٔ آموزش والدین بر استرس والدگری (F= ۹/۸۷، P=۰/۰۰۳)، تنظیم هیجانی (F= ۹/۳۹، P=۰/۰۰۴) و انعطاف‌پذیری شناختی (F= ۹/۶۸، P=۰/۰۰۴) در مرحلهٔ پس‌آزمون و پایداری این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** از آنجایی‌که آموزش این برنامه با اصلاح روابط مادران با پسران نوجوان‌شان، استرس والدگری را کاهش و تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی آن‌ها را ارتقاء می‌دهد، بنابراین برای پیشگیری و یا رفع تعارض بین والدین و پسران نوجوان می‌توان از آن استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: *استرس والدگری، انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان، فرزندپروری کارآمد، مادران*

مقدمه

والدین به‌عنوان اولین عاملان تربیت، نقش مهمی در رشد موفقیت‌آمیز فرزندان دارند (هیرمان، تایلر، والستون و بارکین، ۲۰۱۷). آن‌ها از تربیت فرزند اهداف مشخصی را پیگیری کرده و در واقع می‌توان گفت اهداف تربیتی والدین در راستای ابعاد تربیتی مؤثر و موفق در جامعه است (اسکندری، پوراعتماد، حبیبی عسگرآبادی و مظاهری، ۱۳۹۵). یکی از کارآمدترین موضوعات در نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار به‌ویژه نظریهٔ شناخت اجتماعی بندورا (۲۰۰۳) بوده و تأثیرات آن در زمینه‌های گوناگون از جمله روابط والد-کودک[1]، استرس والدگری[2] و تنظیم شناختی هیجان[3] بارها گزارش شده است (برونستین، ۲۰۱۳؛ هیث، کروتس، فان و مک‌پرسون، ۲۰۱۵). نارسایی در توانایی خودکارآمدی مادران می‌تواند منجر به بروز استرس در والدین و منجر به عملکرد سوء در بهبود بهزیستی، و مهارت‌های شناختی و رفتاری شود (لیپولد، دیوس، لاوسون و مک‌هال، ۲۰۱۶).

آبیدین (۱۹۹۵) استرس والدگری را حاصل اثر تعامل کنش‌وری خصوصیات اصلی و آشکار والدین مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودک، محدودیت ناشی از نقش‌پذیری یا مادری‌کردن با خصوصیات کودک مانند سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون-طلبی، خلق، فزون‌کنشی و تقویت‌گری می‌داند (چرونیس-توسکانو، لویز-مورارتی، وودس، اوبراین، مازورسکی-هورویتز و همکاران، ۲۰۱۶؛ بارلو، ۲۰۱۶). از این‌رو، افزایش استرس مادر بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان تأثیر مهمی دارد (رضایی، غضنفری و رضائیان، ۱۳۹۶؛ دهقانی آرانی، آل یاسین و حاجی محمدی آرانی، ۱۳۹۶). به عقیدهٔ گارنفسکی، کوپمان، کرایج و کات (۲۰۰۹) افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری[4]، سرزنش خود[5] و دیگران، تلقی فاجعه‌آمیز[6] و راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، و توسعهٔ دیدگاه[7] اشاره کرد (کمالی ایگلی و ابوالمعالی حسینی، ۱۳۹۵).

مهارت‌های تنظیم هیجان تحت تأثیر روابط والد-فرزندی در سال‌های اولیه کودکی قرار دارد؛ در واقع عوامل خانوادگی می‌توانند در به‌وجود آمدن مشکلات هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان

1. Parent-child relationship
2. Parenting Stress
3. cognitive emotion regulation
4. rumination
5. self-blame
6. catastrophizing
7. putting into perspective

دخیل باشند (عسگرپور، کربلایی محمد میگونی و تقی‌لو، ۱۳۹۴). آنچه امروزه در کنار شیوه‌های والدگری و تربیتی والدین و راهبردهای تنظیم هیجان مورد توجه قرار گرفته، مسئلهٔ انعطاف‌پذیری شناختی[1]والدین است. انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی فرد را در انتخاب عملی افزایش می‌دهد و انتخاب عملی را که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته‌ساز انجام می‌شود، بر فرد تحمیل نمی‌کند (زارع و برادران، ۱۳۹۷). انعطاف‌پذیری والدین در میزان بروز آسیب‌ها و سطح عملکرد اجتماعی فرزندان بسیار تعیین‌کننده است (شیخ‌الاسلامی، محمدی و سیداسماعیلی قمی، ۱۳۹۵). مادرانی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به‌صورت مثبت چهارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند (دنیس و واندروال،۲۰۱۰) و موقعیت‌ها و رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به مادرانی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (بوده، گئورگ، وایست، استفان و همکاران، ۲۰۱۶؛ دالی، ون‌دراورد، فرین، دانکرتس، دوئپنر و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش‌های جدید نشان داده که آموزش والدین می‌تواند یک جنبهٔ مهم در موفقیت فرزندان باشد (هاشمی ملکشاه، ۱۳۹۶). بارلو، برگمن، کرنر، وایی و بنت (۲۰۱۶) معتقدند آموزش والدین موجب شناخت آنان از ماهیت تربیتی فرزندان شده و اعتمادبه‌نفس‌شان را در خصوص نقش فرزندپروری و خودکارآمدی والدگری بالا خواهد برد. یکی از روش‌های رایج در کنار سایر روش‌های فرزندپروری برنامهٔ آموزش نظام‌مند فرزندپروری کارآمد (استپ)[2]برآمده از رویکرد آدلر-درایکورس است. برنامهٔ استپ والدین را تشویق می‌کند تا هدف‌های بدرفتاری فرزندان خود را بشناسند (جونینین، کرن و گیفروئرر، ۲۰۱۵)، به روش‌های فرزندپروری خود توجه کنند، به فرزندان خود احترام گذاشته، به او اعتماد کنند (خدابخشی و جعفری، ۱۳۹۳)، قوانینی برای رفتار تعیین کرده و حق انتخاب بدهند و در صورت تخطی، پیامدهای تعیین‌شده‌ای را اعمال کنند (اسماعیلی نسب، علیزاده، احدی، دلاور و اسکندری، ۱۳۹۰). هدف کلی برنامهٔ استپ آموزش فلسفهٔ زندگی خانوادگی و مجموعه‌ای از مهارت‌های فرزندپروری بوده که باعث افزایش همکاری و ارتباطات مثبت و همچنین افزایش اعتمادبه‌نفس و استقلال در کودکان است (خلقی، آقایی و فرهادی، ۱۳۹۸).

این برنامه با تأکید و توجه به نقش محیط خانواده بر رفتار ناسازگارانهٔ فرزندان و شکل‌گیری مشکلات عاطفی و رفتاری در خانواده، بر بهبود تعاملات فرزندان و والدین درون بافت خانواده تأکید دارد و معتقد است که تغییر در شیوهٔ والدگری منجر به کاهش استرس در والدین شده و

[1]. psychological flexibility

[2].systematic training for effective parenting (STEP)

می‌تواند بر کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری، ساماندهی مشکلات کارکرد اجرایی، و بهبود تنظیم هیجان، علاقه اجتماعی و رفتار اجتماعی مؤثر واقع شود (کریستین، پریمن و پورتری-بسک، ۲۰۱۷).

ضرورت انجام پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه بیان کرد که استرس والدگری پیامدهای نامطلوب بسیاری داشته و تأثیرات گسترده‌ای را بر روند زندگی فردی و اجتماعی خانواده و به‌ویژه نوجوانان گذاشته و می‌تواند زندگی آیندهٔ آن‌ها را به تباهی بکشاند و آسیب‌های جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد. بر این اساس، ضروری است اقدامات مقتضی برای توانمندسازی تربیتی مادران دارای فرزند نوجوان صورت گیرد تا از پیشروی اختلال در روابط والد-فرزندی و تبدیل آن به تعارض‌های والد-فرزندی پیشگیری شود. افزون بر این، ضرورت دیگر انجام این پژوهش، این نکته است که فرایند توجه به سلامت روان نوجوان امری اجتناب‌ناپذیر است، چرا که این گروه از جامعه در آیندهٔ نزدیک می‌بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی پرداخته و آسیب‌پذیری روان‌شناختی آنان سبب می‌شود آن‌ها نتوانند کارکرد اجتماعی، روان‌شناختی و تحصیلی مناسبی را از خود بروز دهند که این فرایند نشان از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد. خلأ پژوهشی حاضر را نیز می‌توان در این نکته بررسی نمود که با توجه به اهمیت نقش والدین و شیوهٔ تعاملی آن‌ها در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان امروزی، تاکنون در پژوهشی به بررسی اثربخشی برنامهٔ آموزش نظام‌دار فرزندپروری بر استرس والدگری، تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای نوجوان پسر پرداخته نشده است. در طول این برنامه والدین با شیوه‌های فرزندپروری که تاکنون داشته‌اند به چالش کشیده می‌شوند تا بتوانند نوجوانانی با اعتمادبه‌نفس بیشتر، مسئول‌تر، و مستقل‌تر تربیت کنند (پایدارنیک، محسن زاده و اسدپور، ۱۳۹۴). هرچند که مسائل مربوط به تربیت و مشکلات نوجوانان از جوانب گوناگون شناختی، عاطفی، انگیزشی و روانی مورد بررسی قرار گرفته است (آرمسترانگ، ایگینز، رید، هارنت و داو، ۲۰۱۸؛ شریعت‌مدار، امینی و عمادی، ۱۳۹۷)، اما به نظر می‌رسد این بررسی‌ها باید با توجه به تغییرات و تحولات سریع جامعه و گوناگونی مسائل نوجوانان و جوانان مداوم و در عین حال عینی و به‌روز باشد (دینک مایر و گری دی، ۲۰۱۳). لذا با استناد به یافته‌ها و ادبیات پژوهش و اهمیت بررسی علمی بیشتر، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر روش استپ بر کاهش استرس والدگری و بهبود خودتنظیمی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند نوجوان و در راستای آزمون فرضیه‌های زیر اجرا شد:

۱. مداخله به روش استپ بر کاهش استرس والدگری در مادران دارای فرزند نوجوان پسر مؤثر است و این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری پایدار می‌ماند.

۲. مداخله به روش استپ بر افزایش خودتنظیمی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در مادران دارای فرزند نوجوان پسر مؤثر است و این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش ۱۳۳ مادر دارای فرزند نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ یارستان شهر اصفهان بودند که به دلیل تعارضات والد-فرزندی به مشاور مراجعه کرده بودند. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش که عبارت بودند از داشتن حداقل مدرک دیپلم، داشتن پسر نوجوان بین ۱۲ تا ۱۸ سال، کسب نمرهٔ بالا در پرسشنامهٔ استرس والدگری و شرکت در پژوهش با رضایت مکتوب و ملاک‌های خروجی که عبارت بودند از داشتن اختلال‌های روان‌شناختی و مصرف دارو، داشتن اعتیاد و غیبت بیش از دو جلسه، ۴۰ مادر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ مادر) و گروه کنترل (۲۰ مادر) جایگزین شدند. گروه آزمایش پس از اجرای پیش‌آزمون به مدت هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای آموزش به شیوهٔ استپ را دریافت کردند، اما گروه گواه پس از انجام پیش‌آزمون، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند.

ابزار پژوهش

۱. شاخص استرس والدگری- نسخهٔ کوتاه[1]. این ابزار شامل یک نسخهٔ کوتاه ۳۶ سؤالی از شاخص اصلی استرس والدگری بوده که آبیدین (۱۹۹۰) تهیه کرده است. نحوهٔ پاسخگویی به سؤال‌ها به این صورت است که آزمودنی باید از میان گزینه‌های مربوط به هر سؤال، گزینه‌ای که بیشتر در مورد او صدق می‌کند را در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) علامت بزند (آبیدین، ۱۹۹۰). در کل ضریب پایایی این آزمون ۰/۸۹ است که این میزان پایایی می‌تواند بیانگر ثبات درونی ارزیابی‌ها باشد. ضریب آلفای کرونباخ در نمونهٔ مادران بهنجار (n=۲۶۳۳) برای نمرهٔ کل ۰/۹۰ گزارش شد (بنزیس، ۲۰۰۴). نتایج آلفای کرونباخ در پژوهش خرم‌آبادی، پوراعتماد، طهماسیان و چیمه (۱۳۸۸) که در مورد پدران و مادران انجام شده برای نمرهٔ کل ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون این مقیاس در فاصلهٔ زمانی سه-ماهه در نمونهٔ بالینی متشکل از ۳۰ مادر ۰/۹۱ گزارش شد. در پژوهشی که دادستان، ازغندی و حسن‌آبادی (۱۳۸۵) انجام دادند نیز مقدار ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی این ابزار برای

[1]. Parenting Stress Index/Short Form

کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتماد بازآزمایی آن با فاصله ۱۰ روز ۰/۹۴ گزارش شد. در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل ۰/۹۳ به دست آمد.

۲. پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجانی[1] این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) ساخته شد و ۳۶ عبارت دارد که هر کدام در طیف لیکرت از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) ارزیابی می‌شود. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش کردند. در ایران نیز روایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه توسط حسنی (۲۰۱۶، به نقل از جلوداری، سوداگر و بهرامی هیدجی، ۱۳۹۸) اعتباریابی شد که در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ قرار داشت. همچنین روایی محتوایی و روایی هم‌گرا و تشخیصی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و مقیاس سلامت روانی مورد تائید قرار گرفت و نتایج نشان داد این پرسشنامه از روایی کافی برخوردار است. در پژوهش عارف‌پور، شجاعی، خاتمی و مهدوی (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل ۰/۸۱ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل ۰/۹۱ به دست آمد.

۳. پرسشنامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی[2] این پرسشنامهٔ ۲۰ سؤالی توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شد و بر اساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرتی از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود. از آنجایی‌که نمرهٔ کل آزمودنی از هفت تا ۱۴۰ متغیر است، لذا برای تفسیر آن از پیوستاری استفاده می‌شود که در یک‌سوی آن انعطاف‌پذیری بالا و در سوی دیگر عدم انعطاف‌پذیری قرار دارد. لذا اگر نمرهٔ آزمودنی از متوسط نمرهٔ کل ۷۴ بیشتر باشد، میزان انعطاف‌پذیری بالاتر و هر چه کمتر از ۷۴ باشد، انعطاف‌پذیری کمتر یا عدم انعطاف‌پذیری او را نمایش می‌دهد (زارع و برادران، ۱۳۹۷). دنیس و وندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که همبستگی این پرسش‌نامه با پرسشنامهٔ افسردگی بک r=۳۹ و مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین r=۰/۷۵ به دست آمد. همچنین در این پژوهش نشان داده شد که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی هم‌گرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است. این پژوهشگران همسانی درونی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آوردند. در ایران سلطانی، شاره، فرمانی و سلطانی (۱۳۹۲) ضریب اعتبار بازیابی کل مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد.

---

[1]. cognitive emotion regulation questionnaire

[2]. Cognitive Flexibility Inventory

۴. برنامهٔ آموزش نظامدار فرزندپروری کارآمد (استپ)[1] در پژوهش حاضر، از برنامهٔ آموزشی آدلر- درایکورس استفاده شد که توسط درایکوس بر مبنای نظریهٔ آدلر در سال ۲۰۰۴ بنا شده است. اعتبارسنجی این بستهٔ درمانی در ایران با استفاده از اعتبار محتوایی در پژوهش امیری، علیزاده و فرخی (۱۳۹۲) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته که بر اساس آن اجرای این پرتوکول برای جامعهٔ ایرانی مناسب تشخیص داده شده است.

جلسهٔ اول. در این جلسه پس از ایجاد رابطه اولیه، آشنایی اعضاء با یکدیگر، و بیان دلایل شرکت در جلسه‌های درمان، قواعد و قوانین درمان برای مادران گروه تشریح شد و مادران هدف و انتظارات خود را از شرکت در جلسهٔ درمان بیان کردند. سپس به شیوه‌ها و سبک‌های فرزندپروری پرداخته شد و پس از آن سبک فرزندپروری هر مادر مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه به معرفی سبک والدگری اقتدارگرا/جدی، سبک والدگری مستبد/مطیع، و سبک والدگری آسان‌گیر پرداخته شد. در انتها جزوهٔ تهیه‌شده در خصوص شیوه‌های فرزندپروری در اختیار مادران قرار داده شد تا در طول هفته مطالعه کنند و برای جلسهٔ بعد آماده باشند.

جلسهٔ دوم. در این جلسه به آموزش مدیریت والدین[2] که در آن فنون یادگیری اجتماعی برای تغییر رفتار نوجوانان به کار بسته می‌شود، اقدام شد. در ابتدا به مباحث شرطی‌سازی کلاسیک، فعال، و یادگیری مشاهده‌ای پرداخته شد. سپس ادامهٔ جلسه دربرگیرندهٔ اصول گوناگون در مورد ارتباط میان رفتار و وقایعی بود که پیش یا پس از آن رخ داده (مثل تقویت مثبت یک رفتار نوجوان توسط مادر). در ادامه مهارت‌های اختصاصی مدیریت رفتار از طریق یادگیری فعال به مادران آموزش داده شد. در این بخش با کمک فنون ایفای نقش، بازخورد و الگوسازی توسط درمانگر صورت گرفت تا مادران بیاموزند چگونه با نوجوان خود رفتار کنند، چگونه رفتارشان را تغییر دهند و چگونه مهارت‌های آموخته‌شده در طول جلسه را به کار ببندند. در آخر تکالیف ایفای نقش، بازخورد، و الگوسازی به مادران ارائه شد تا در طول هفته در منزل انجام و آن را یادداشت کنند تا در جلسهٔ آینده به ارائهٔ گزارش بپردازند.

جلسهٔ سوم. در این جلسه پس از مرور تکالیف جلسهٔ قبل، به مبحث اصلاح رفتار نوجوان پرداخته شد. در ابتدا به تشریح رفتار پرداخته شد؛ اینکه رفتار پدیده‌ای قابل مشاهده، قابل توصیف، و قابل اندازه‌گیری است. در ادامه به عوامل مرتبط با رفتار پرداخته شد؛ به اینکه در توصیف رفتار باید به سه موضوع عمده یعنی پیش‌درآمد (A)[3]، رفتار (B)[4] و پیامد (C)[5] توجه کرد. پس از آن

---

1. Systematic Training for Effective Parenting (STEP)
2. Parent Management Training
3. Antecedent
4. Behavior
5. Consequence

به مادران در چگونگی ثبت یک رفتار مفید آموزش داده شد؛ به این شکل که والدین فرصت پیدا کنند تا ببینند برداشتی که از مشکلات رفتاری نوجوان دارند تا چه اندازه درست است.

جلسهٔ چهارم. در این جلسه به بررسی علل بروز مشکلات رفتاری نوجوان و ارتباط مثبت مادران با نوجوانان پرداخته شد. در ابتدا به علت‌های شکل‌گیری و بروز مشکلات رفتاری که شامل سرشت یا خصوصیات ارثی، محیط خانواده و جامعه می‌باشد، پرداخته شد. پس از آن به خطاهای شایع فرزندپروری مثل بی‌توجهی به رفتارهای مطلوب، توجه اتفاقی به رفتارهای مطلوب، تلهٔ نردبانی، انتظارات غیرواقع‌بینانه، الگوی نامناسب‌بودن، دستورهای نادرست، تنبیه‌های غلط، و پیام‌های هیجانی بی‌ثبات در واکنش والدین پرداخته و هر بخش با مثالی به مادران آموزش داده شد.

جلسهٔ پنجم. در این جلسه به بررسی تقویت رفتارهای مطلوب نوجوان همراه با تمرین به همراه مادران پرداخته شد. ابتدا مادران با تقویت‌کنندهٔ رفتار آشنا شده و سپس با نخستین تمرین به تفکر وا داشته شدند. برای مثال در تمرین اول به مادران گفته شد سعی کنید به خاطر بیاورید در دو هفتهٔ گذشته چگونه به رفتار نوجوان خود توجه نشان داده‌اید. سه مورد از این رفتارها را ذکر کنید و بنویسید توجه شما چه تأثیری روی رفتار او داشته است. پس از آن به بررسی نحوهٔ پاداش‌دادن به رفتارهای مطلوب پرداخته شد و در انتها تکالیفی جهت بررسی رفتارهای مطلوب و نحوهٔ پاداش‌دهی و ثبت آن در کاربرگ‌های ویژه مبادرت شد.

جلسهٔ ششم. در این جلسه به بررسی قوانین رفتاری حاکم در خانواده‌ها پرداخته شد. در این جلسه به مادران آموزش داده شد تا در خصوص وضع قوانین و مقررات در خصوص نوجوان‌شان نکاتی را رعایت کنند. مثلاً قوانین را مشخص کنند و با جملات خبری مثبت بگویند، قوانین را روشن و واضح مشخص کنند، قوانین منصفانه و عادلانه را وضع کنند، و برای تمام وضعیت‌های ممکن قانون داشته باشند. پس از آن به بررسی دستورها و ویژگی‌هایی که باعث احتمال نافرمانی و سرکشی نوجوان می‌شود، پرداخته، و در ادامه تیپ‌های سلطه‌گر، گیرنده، اجتناب‌کننده و سودمند اجتماعی به مادران آموزش داده شد. سپس به مادران روش‌های صحیح قانون‌گذاری و دستور دادن آموخته شده، و در انتها نیز به مادران تکلیف بررسی قوانین و دستورات و ثبت در کاربرگ روزانه ارائه شد.

جلسهٔ هفتم. در این جلسه به بررسی مدیریت رفتارهای نامناسب پرداخته شد. پس از آن ویژگی‌های تنبیه مناسب، اشتباهات شایع والدین در به کار بردن تنبیه، و بعد از آن روش‌های مؤثر در مدیریت رفتارهای نامناسب نوجوان به مادران آموزش داده شد. در ادامه به انجام تمرین‌هایی در خصوص شناسایی رفتارهای نامناسب نوجوان مبادرت شد. سپس از مادران درخواست شد در کاربرگ تمرین کلاسی بنویسند به کدام یک از اشتباه‌های فرزندپروری در

روش‌های مدیریت خود توجه کرده‌اند. در ادامه مادران با وحدت شخصیت فرزندان‌شان، رفتار هدفمند، اجتماعی‌بودن انسان، و ذهنیت‌گرایی رفتار در جهت اصلاح رفتار فرزندان آشنا شدند. در انتها از مادران خواسته شد در کاربرگ تمرین خانگی روش‌هایی را که برای مهار بدرفتاری نوجوان‌شان به کار می‌برند، یادداشت نمایند.

جلسهٔ هشتم. در این جلسه محتوای اصلی جلسه‌های پیشین و تکلیف جلسهٔ قبل مرور و بررسی شد. سپس اعضاء تجارب خود را در طول دورهٔ آموزشی جمع‌بندی، میزان دستیابی به اهداف خود را ارزیابی، و در مورد آنچه از اعضای گروه آموختند، صحبت کردند. پس از آن به تبیین مدیریت رفتار مادران بر اساس سبک فرزندپروری‌شان پرداخته شد. در انتهای این جلسه پس‌آزمون اجرا شد.

شیوهٔ اجرا

پس از هماهنگی با مرکز مشاورهٔ یارستان، از مادرانی که به این مرکز در محدودهٔ زمانی اردیبهشت و خردادماه ۱۳۹۸ مراجع کرده بودند درخواست همکاری شد. پس از همکاری ۱۳۳ مادر با پژوهشگر و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با ملاحظات ورود و خروج پژوهش و ملاحظات اخلاقی، ۴۰ مادر که نمرهٔ بالاتری در پرسشنامهٔ استرس والدگری و هم‌زمان نمرات کمتری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی کسب کرده بودند، انتخاب، و در دو گروه آزمایش و گواه به‌تصادف کاربندی شدند. دورهٔ آموزشی در اتاق جلسات مرکز که شرایط آموزش و مداخلهٔ گروهی را داشت، برگزار، و دربارهٔ طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه، و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات به مادران توضیحات لازم ارائه شد. جلسه‌های درمان به‌صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش در روزهای چهارشنبه از ساعت ۱۶ الی ۱۷:۳۰ برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحلهٔ پیگیری دو ماهه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخهٔ ۲۴ نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی مادران گروه آزمایش ۴۴/۱۸ (۵/۸۸) سال، و میانگین و انحراف معیار مادران گروه گواه ۴۵/۷۸ (۶/۲۳) بود. ۱۵ درصد مادران گروه آزمایش دارای مدرک دیپلم

(۳ نفر)، ۲۰ درصد دارای مدرک کاردانی (۴ نفر)، ۵۰ درصد دارای مدرک لیسانس (۱۰ نفر)، و ۱۵ درصد دارای مدرک بالاتر از لیسانس (۳ نفر) بودند. در گروه گواه نیز ۲۰ درصد مادران دارای مدرک دیپلم (۴ نفر)، ۱۵ درصد دارای مدرک کاردانی (۳ نفر)، ۴۰ درصد دارای مدرک لیسانس (۸ نفر) و ۲۵ درصد دارای مدرک بالاتر از لیسانس (۵ نفر) بودند. همچنین ۴۰ درصد از مادران گروه آزمایش خانه‌دار (۶)، ۳۰ درصد دارای شغل آزاد (۶ نفر)، و ۳۰ درصد نیز کارمند (۶ نفر) و ۳۵ درصد از مادران گروه گواه نیز خانه‌دار (۷ نفر)، ۲۰ درصد دارای شغل آزاد (۴ نفر) و ۴۵ درصد کارمند (۹ نفر) بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس والدگری	آزمایش	۹۲/۴۵	۲/۲۱	۸۵/۰۰	۳/۰۲	۸۴/۹۰	۳/۰۲
	گواه	۹۳/۰۵	۲/۶۴	۹۲/۱۰	۲/۸۲	۹۱/۸۵	۰/۹۶
تنظیم هیجان	آزمایش	۹۷/۲۰	۲/۳۹	۱۰۴/۸۵	۵/۱۰	۱۰۵/۲۵	۶/۰۸
	گواه	۹۹/۲۰	۲/۲۶	۹۹/۵۰	۲/۸۱	۹۸/۶۵	۳/۴۳
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش	۸۲/۴۵	۳/۳۹	۸۹/۴۵	۵/۸۸	۸۹/۴۰	۵/۸۴
	گواه	۸۱/۶۰	۳/۰۶	۸۲/۰۰	۳/۰۶	۸۱/۸۵	۳/۱۳

اطلاعات جدول شمارهٔ (۱) حاکی از کاهش نمرهٔ استرس والدگری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و بهبود تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون است.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		Z	معناداری	F	معناداری	مقدار χ^2	موخلی W
استرس والدگری	آزمایش	۰/۲۴	۰/۱۲	۰/۳۱	۰/۵۷	۴۱/۷۸**	۰/۳۲
	گروه	۰/۲۲	۰/۱۸				
تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۰۷	۰/۷۹	۲۹/۵۴**	۰/۴۵
	گروه	۰/۱۳	۰/۲۰				
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۴۳	۰/۵۱	۳۸/۷۸**	۰/۳۵
	گروه	۰/۱۵	۰/۲۰				

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

اطلاعات مندرج در جدول شمارهٔ (۲) نشان می‌دهد نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف مؤید برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها، و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهندهٔ برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (استرس والدگری، تنظیم هیجانی و انعطاف شناختی) است. همچنین آمارهٔ موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ لذا برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون‌آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
استرس والدگری	مراحل مداخله	۲۱۷/۰۵	۱/۸۱	۱۱۹/۸۸	۲۵/۰۶**	۰/۳۹
	مراحل × گروه	۸۷/۲۱	۱/۸۱	۴۸/۱۷	۱۰/۰۷**	۰/۲۱
	گروه	۲۶۴/۰۳	۱	۲۶۴/۰۳	۹/۸۷**	۰/۲۰
تنظیم هیجان	مراحل مداخله	۳۹۸/۸۵	۱/۲۹	۳۰۹/۱۰	۳۳/۵۸**	۰/۴۶
	مراحل × گروه	۴۳۱/۸۱	۱/۲۹	۳۳۴/۶۵	۳۶/۳۵**	۰/۴۸
	گروه	۳۳۰/۰۰	۱	۳۳۰/۰۰	۹/۳۹**	۰/۱۹
انعطاف‌پذیری شناختی	مراحل مداخله	۱۸۹/۱۵	۱/۱۸	۱۵۹/۰۵	۲۰/۷۵**	۰/۳۵
	مراحل × گروه	۱۴۵/۸۱	۱/۱۸	۱۲۲/۶۱	۱۵/۹۹**	۰/۲۹
	گروه	۴۷۲/۰۳	۱	۴۷۲/۰۳	۹/۶۸**	۰/۲۰

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

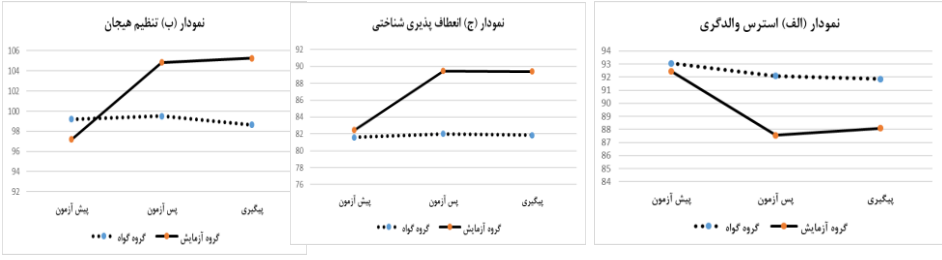
نتایج جدول شمارهٔ (۳) نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سهٔ مرحله اندازه‌گیری در نمرات استرس والدگری (P= ۰/۰۰۳) با اندازهٔ اثر ۰/۲۰، تنظیم هیجان (P= ۰/۰۰۴) با اندازهٔ اثر ۰/۱۹ و بر نمرهٔ انعطاف‌پذیری شناختی (P= ۰/۰۰۴) با اندازهٔ اثر ۰/۲۰ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون- پس‌آزمون		پیش‌آزمون- پیگیری		پس‌آزمون- پیگیری	
	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
استرس والدگری	۴/۲۰**	۰/۲۹	۴/۳۷**	۰/۲۹	۰/۱۷	۰/۱۹
تنظیم هیجانی	۳/۹۷**	۰/۵۱	۳/۷۵**	۰/۷۰	۰/۲۲	۰/۳۵
انعطاف‌پذیری شناختی	۳/۷۰**	۰/۵۲	۳/۶۰**	۰/۵۱	۰/۱۰	۰/۱۹

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

در جدول شمارهٔ (۴) نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات استرس والدگری (P=۰/۰۰۱)، تنظیم هیجانی (P=۰/۰۰۱)، و انعطاف‌پذیری شناختی (P=۰/۰۰۱) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است. اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نمی‌باشد که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.



شکل ۱. تأثیر برنامهٔ آموزش نظامدار فرزندپروری کارآمد بر متغیرهای پژوهش در سه مرحله

همان‌طور که در نمودارهای الف، ب، و ج نشان داده شده است نمرهٔ کل استرس والدگری در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش داشته و این کاهش در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار نشان می‌دهد. همچنین نمرهٔ کل تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و این افزایش در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار نشان می‌دهد، ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به‌منظور اثربخشی برنامهٔ آموزش نظامدار فرزندپروری کارآمد بر استرس والدگری و تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری مادران دارای پسران نوجوان انجام شد. تحلیل نتایج اندازه‌های مکرر حاکی از آن بود که این برنامه بر کاهش استرس والدگری مادران مؤثر بوده است. مرور نتایج پژوهش‌ها نشان داد که هیچ پژوهش مشابهی برای مقایسهٔ تأثیرگذاری برنامهٔ آموزش نظامدار فرزندپروری (استپ) برآمده از رویکرد آدلر-درایکورس انجام نشده است. با این حال برخی از پژوهش‌ها مانند پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داده بودند که توانمندسازی فرزندپروری والدین می‌تواند بر استرس والدگری آن‌ها غلبه کند. در تبیین اثربخشی برنامهٔ آموزشی نظامدار فرزندپروری آدلر-درایکورس بر مادران گروه آزمایش می‌توان گفت که در جلسات آموزش بر یادگیری طی آموزش، رخدادهای واقعی زندگی، و بازخورد تأکید شد. در کل می‌توان گفت این برنامه با کاربست اصول و فنون تأثیرگذار، افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی و استرس مادران را در پی داشته است. این اصول عبارت بودند از: اصل بهبود کیفیت زمان که بر اساس اصول فنون تربیتی باعث شده که والدین به‌گونه‌ای از زمان استفاده کنند که هیجانات مثبت بر هیجانات منفی غلبه کند، و اصل افزایش معنا و هدف زندگی باعث شد تا والدین به تعیین اهداف و ارزش‌هایی در شیوهٔ والدگری بپردازند که کمک می‌کند تا علی‌رغم مشکلات ناشی از شیوه‌های تربیتی، راه‌های رسیدن به رضایت و شادمانی پایدار را بیاموزند و از طریق تکالیف عملی آن‌ها را هم در محیط آموزش و هم در خارج از محیط آموزشی به اجرا درآورند. والدین گروه آزمایش از طریق آموزش اصل غنای درونی آموختند که چگونه می‌توان با اختصاص زمان کافی به خود و مدیریت استرس در کوتاه‌مدت و بلندمدت به آرامش و نشاط برسند، چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند، و برای احیای خویش برنامه‌ریزی کنند. افزون بر این، در خانواده‌های با مرزهای بیش از حد منعطف نیز ادراک نوجوان نشان‌دهندهٔ عدم دریافت حمایت عاطفی، سردرگمی، و ابهام در مورد انتظارات مادران بوده است و نوجوان از طریق رفتارهای پرخطر و یا تظاهر به بیماری، سعی در روشن‌کردن انتظارات مادران و دریافت حمایت عاطفی از جانب آن‌ها داشته است. این یافته نشان‌دهندهٔ آن است که در بافت خانواده‌محور جامعهٔ ایرانی، برخلاف بافت حاکم بر بسیاری از جوامع دیگر که در آن تأکید بر فردیت‌گرایی است، آزاد گذاشتن بیش از حد نوجوان و مرزبندی‌های سهل‌گیرانه می‌تواند کارکردی منفی داشته و افزون بر ایجاد نارضایتی در نوجوانان، از طریق کاهش احساس امنیت و تعلق خاطر، به بنیان خانواده نیز آسیب برساند (شریعتمدار و همکاران، ۱۳۹۷). از این رو، به نظر می‌رسد افزایش دانش، مهارت اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی، کاهش استرس والدگری، تنظیم هیجان، و

خوش‌فکری والدین در تربیت و تعامل با فرزند نوجوان‌شان، باعث کاهش چالش‌ها و تعارضات والد-فرزندی شده است.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که برنامهٔ آموزشی نظامدار فرزندپروری آدلر-درایکورس بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در مادران گروه آزمایش نیز مؤثر بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش خلقی و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین یافتهٔ حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش نظامدار فرزندپروری با رویکرد آدلر- درایکورس بر بهبود تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مادران می‌توان گفت که در این برنامه آموزش والدین مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی بود که در آن مادران با شناخت پیش‌آمدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزند، مشخص‌کردن آن‌ها، شیوهٔ نظارت بر این رفتارها، نادیده‌گرفتن تعمدی و برنامه‌ریزی‌شده، و محرومیت موقت بدون تنبیه بدنی، تلاش کردند تا رفتارهای فرزند خود را تغییر دهند (امیری و همکاران، ۱۳۹۵). در این برنامهٔ آموزشی تلاش شد تا رفتارهای مناسب فرزندان مورد توجه قرار گیرد؛ توجهی که می‌تواند منجر به بهبود حالات روان‌شناختی و هیجانی فرزندان شود. این فرایند باعث می‌شود تا به مرور روند بهبودی در وضعیت روان‌شناختی و فرایندهای هیجانی همچون تنظیم هیجان در مادران و فرزندان در اثر ارائهٔ آموزش والدین با رویکرد آدلر- درایکورس مشاهده شود. در تبیینی دیگر باید بیان نمود که مبتنی بر نتایج پژوهش‌های پیشین، یکی از علل بی‌نظمی هیجانی و عدم انعطاف‌پذیری شناختی مادران، عدم وجود روش‌های بهنجار فرزندپروری از سوی والدین این نوجوانان است (چیرونیس -تاسکانو و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس، آموزش والدین سبب می‌شود تا والدین اصول فرزندپروری مبتنی بر ویژگی‌های فرزندان‌شان را آموخته و با به‌کارگیری آن در تعامل خود با فرزندان، سبب می‌شوند که به بروز رفتارهای مناسب و کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی یاری رسانند. این فرایند نیز به شکل طبیعی از آشفتگی‌های هیجانی کاسته و روند بهبود تنظیم هیجانی را تسریع می‌کند. افزون بر این، نتایج نشان داد که برنامهٔ آموزشی نظامدار فرزندپروری با رویکرد آدلر- درایکورس توانسته منجر به انعطاف‌پذیری شناختی مادران شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این برنامهٔ آموزشی با داشتن آموزه‌هایی همچون دادن استقلال به کودک، مواجه‌کردن کودک با پیامدهای منطقی و طبیعی بدون اعمال روش‌های تنبیهی و تأدیبی سختگیرانه، و به کار نبردن سرزنش بیش از حد و پرخاشگرایانه در قبال مشکلات رفتاری کودکان، سبب می‌شود این نوجوانان با تغییرات خلقی مداوم والدین مواجهه نشده و از این رو، خود نیز ثبات خلقی و هیجانی بیشتری را انشان دهند. این فرایند سبب می‌شود تا آن‌ها انطباق‌پذیری هیجانی بیشتری همچون همدلی و خودآگاهی هیجانی را در محیط‌های مختلف از خود به نمایش گذارند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از پرسشنامه‌ها و برنامهٔ آموزشی نظامدار فرزندپروری با رویکرد آلدر- درایکورس بود که مطابق با فرهنگ کشورهای غربی تهیه شده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی پرسشنامه و برنامه‌های آموزشی با توجه به وضعیت اجتماعی و اعتقادی خانواده‌های ایرانی تدوین و اجرا شود.

موازین اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی پژوهش

در این پژوهش پس از رضایت و ابراز تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت، جلسات ارزیابی و درمانی آغاز شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه مانده و در صورت عدم تمایل به ادامهٔ همکاری، ترک پژوهش پیامد منفی برای آنان نخواهد داشت. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز به دو گروه تقسیم و هر گروه در هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیر مرکز مشاوره یارستان و همهٔ مادرانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ مشاوره و راهنمایی با شماره تائیدیهٔ ۱۳۹۷/۱۸۹۶۸ مورخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۴ توسط معاونت پژوهشی دانشکدهٔ علوم تربیتی و مشاورهٔ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است. نویسندهٔ اول در طراحی، گرداوری و تحلیل آماری داده‌ها و نهایی‌سازی، نویسندهٔ دوم در روش‌شناسی و مفهوم‌سازی، و نویسندهٔ سوم در تحلیل آماری داده‌ها و ویراستاری نهایی نوشته نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اسکندری، بهاره.، پوراعتماد، حمیدرضا.، حبیبی عسگرآبادی، مجتبی.، و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله سبک‌های پردازش حسی بر افزایش خودکارآمدی والدگری و رابطه والد-کودک در کودکان با اختلال طیف اتیسم. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۶ (۱ پیاپی، ۱۳۸): ۲۱-۱۴

اسماعیلی نسب، مریم.، علیزاده، حمید.، احدی، حسن.، دلاور، علی.، و اسکندری، حسین. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو روش آموزش والدین با رویکرد آدلر-درایکورس و بارکلی بر بهبود مؤلفه‌های محیط خانواده در خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال سلوک. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱): ۴۳-۷۰

امیری محسن.، پورحسین رضا.، و مظفری ساغند، سسعیده. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی با روش آدلر- درایکورس بر بهبود شیوه‌های والدگری و رفتارهای تضادورزانه، فرزندانشان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۵(۵۹): ۳۰۳-۳۱۴

پایدارنیک، بهرام.، محسن‌زاده، فرشاد.، و اسدپور، اسماعیل. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه آموزش والدین به شیوه استپ بر کیفیت رابطه مادران با دختران نوجوان. *کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روان‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران*

خرم‌آبادی، راضیه.، پوراعتمادی، حمیدرضا.، طهماسیان، کارینه.، و چیمه، نرگس. (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان بهنجار. *خانواده‌پژوهی*، ۵(۳): ۳۸۷-۳۹۹.

خدابخش، روشنک.، و جعفری، مصطفی. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای و کاهش نشانه‌های اختلال. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱(۱۰): ۲۹-۸

خلقی، زهرا.، آقایی، اصغر.، و فرهادی، هادی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلر- درایکورس بر تنظیم هیجان و تعامل والد- فرزندی. *فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۴): ۴۹-۳۷

جلوداری، سمیرا.، سوداگر، شیدا.، و بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳ (۴پیاپی۵۲): ۵۲۷-۵۴۸

دادستان، پریرخ.، احمدی ازغندی، علی.، و حسن‌آبادی، حمیدرضا. (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی : پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال. *فصلنامه روانشناسی تحولی روانشناسان ایرانی*، ۲(۷): ۱۷۱-۱۸۴

دهقانی آرانی، اسما.، آل یاسین، سیدعلی.، و حاجی محمدی آرانی، میثم. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی دلبستگی درمانی و آموزش مهارت‌های فرزندپروری رویکرد آدلری بر مادران. *مجله مطالعاتی ناتوانی*، ۷(۷۵): ۱-۷

رضائی، فاطمه.، غضنفری، فیروزه.، و رضائیان، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت بر استرس و خودکارآمدی والدینی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. *مجله طنین سلامت*؛ ۵(۱)؛ ۷-۱۷.

زارع، حسین.، و برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴ پیاپی ۴۸):۵۱۱-۴۹۱

سلطانی، اسماعیل.، شاره، حسین.، بحرینیان، سید عبدالمجید.، و فرمانی، اعظم. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی. *مجله علمی پژوهشی پژوهنده*، ۱(۹۲): ۹۶-۸۸

شریعتمدار، آسیه.، امینی، آرزو.، و عمادی، فریناز. (۱۳۹۷). مرزهای خانوادگی و امنیت پایه: ادراک مادر-نوجوان در مورد انعطاف‌پذیری مرزهای خانوادگی بر مبنای رشد. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*؛ ۱۷(۶۷): ۸۳-۶۱

شیخ‌الاسلامی، علی.، محمدی، نسیم.، سیداسماعیلی قمی، نسترن. (۱۳۹۵). مقایسه استرس والدگری، شادکامی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۴): ۴۲-۲۵

کمالی، سمیه.، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و ابعاد کمال‌گرایی. فصلنامه روانشناسی کابردی، ۱۰(۳): ۲۹۱-۳۱۰

عارف‌پور، امیرمحمد.، شجاعی، فرشته سادات.، حاتمی، محمد.، و مهدوی، هدی. (۱۳۹۸). پیش بینی تاب‌آوری بر اساس تنظیم شناختی هیجان و احساس گناه در زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳ (۴پیاپی۲): ۵۲۶-۵۰۹

عسگرپور، فاطمه.، کربلایی محمد میگونی، احمد.، و تقی لو، صادق. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای آسیب کودکی در رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در کودکان کار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۱ پیاپی ۳۳): ۱۰۳-۱۲۱

هاشمی ملکشاه، شهناز. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری والدین. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۷): ۱۵۹-۱۳۵

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(4): 298-301

Armstrong E., Eggins E., Reid N., Harnett P., & Dawe S. (2018). Parenting interventions for incarcerated parents to improve parenting knowledge and skills, parent well-being, and quality of the parent–child relationship: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 14(3): 279-317

Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Library of Systematic Reviews*, 8(8): 264-279

Barlow, J. (2016). *Effects of parenting programmes: A review of six Campbell systematic reviews* (Campbell Policy Brief No. 1). Retrieved from

Bornstein, M. H. (2013). *Acculturation and Parent-child Relationships: Measurement and Development*. (pp. 173-196). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bode, A.A., George, M.W., Weist, M.D. et al. (2016).The Impact of Parent Empowerment in Children's Mental Health Services on Parenting Stress. *J Child Fam Stud*, 25(10): 3044-3055.

Chronis-Tuscano, A, Lewis-Morrarty, E, Woods, K. E., O'Brien, K. A., Mazursky-Horowitz, H., & Thomas, S. R. (2016). Parent–Child Interaction Therapy With Emotion Coaching for Preschoolers With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1): 62-78

Christian, D. D., Perryman, K. L., & Portrie-Bethke T.L. (2017). Improving the parent-adolescent relationship with adventure-based counceling: An Adlerian perspective. *Journal of Child and Adolescent Counceling.* 3(1): 44-58.

Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., & Cortese, S., (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8): 835-847

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validit, *Cognitive Therapy and Research*, 34(3): 241-253

Dinkmeyer, D., & McKay. J.L. (2013). *Parenting Teenagers, Systematic Training for Effecyive Parenting of Teens*. STEP publishers.

Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V. & Cate, R. T. (2009). Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32(2): 449-454

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P.h. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30: 1311-1327

Heerman, W.J., Taylor, J.L., Wallston, KA., & Barkin SL. (2017). Parenting Self-Efficacy, Parent Depression, and Healthy Childhood Behaviors in a Low-Income Minority Population: A Cross-Sectional Analysis. *Matern Child Health J.* 21(5): 1156-1165

Heath, C.L., Curtis, D.F., Fan, W. & McPherson, R. (2015) The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy. *Child Psychiatry Hum* 46(1): 118-129

Lippold, M.A., Davis, K.D., Lawson, K.M. & McHale, SM. (2016) Day-to-day Consistency in Positive Parent–Child Interactions and Youth Well-Being. *J Child Fam Stud* 25(12): 3584-3592.

Jonyniene, J., Kern, R. M., & Gfroerer, K. P. (2015). Efficacy of Lithuanian Systematic Training for Effective Parenting (STEP) on Parenting Style and Perception of Child Behavior. *The Family Journal*, *23*(4): 392–406

***

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

ردیف	عبارت	هرگز	به‌ندرت	برخی وقت‌ها	اغلب وقت‌ها	همیشه
۱	احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی زا خودم مقصرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	فکر می‌کنم مجبورم آنچه اتفاق افتاده است را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴	۵
	به این فکر می‌کنم اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی زا خودم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش‌آمده را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	افکاری که در جریان اتفاق ناگوارم تجربه داشته‌ام ذهن مرا به خود مشغول می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آن‌ها نپرداخته‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش‌آمده به بهترین نحو کنار بیایم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعدازاین اتفاق فرد قوی‌تری باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده‌اند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	مرتب به میزان فاجعه‌آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	به اشتباه‌هایی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.	۱	۲	۳	۴	۵

۲۱	تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای خوشایند فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵	به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاق‌های دیگر خیلی هم بد نبوده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶	فکر می‌کنم اتفاقی رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷	به اشتباه‌های دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۸	فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاق‌های ناگوار و شرایط تنیدگی زا خودم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۹	فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۰	گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۱	به تجارب خوب فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۲	به نقش‌های برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۳	به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۴	به خودم میگویم در زندگی اتفاق‌های ناگواری وجود دارد که باید با آن روبه‌رو شد.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۵	مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش‌آمده فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۶	حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.	۱	۲	۳	۴	۵

***

پرسشنامه استرس والدگری

ردیف	عبارت	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	اغلب احساس می‌کنم که نمی‌توانم کارها را به‌خوبی انجام دهم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲	هرگز انتظار نداشتم که بخشی از زندگی‌ام را برای رفع احتیاجات فرزندم مصرف کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳	احساس می‌کنم که مسئولیت‌های من به عنوان والد مرا در دام خود اسیر کرده	۵	۴	۳	۲	۱
۴	از وقتی این بچه به دنیا آمده دیگر نتوانستیم کارهای جدید انجام دهیم	۵	۴	۳	۲	۱
۵	از وقتی‌که بچه‌دار شده‌ام، هرگز نتوانسته‌ام کارهای موردعلاقه‌ام را انجام بدهم.	۵	۴	۳	۲	۱
۶	در مورد آخرین لباسی که برای خودم خریده‌ام، حساس ناراحتی می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۷	چیزهای بسیار زیادی در مورد زندگی‌ام مرا نگران می‌کنند.	۵	۴	۳	۲	۱
۸	بچه‌دار شدن، بیش از حد انتظار، مشکلاتی را در روابط با همسرم ایجاد کرده است.	۵	۴	۳	۲	۱
۹	من احساس می‌کنم تنها و بدون دوست هستم	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰	وقتی به میهمانی می‌روم معمولاً انتظار ندارم که به من خوش بگذرد.	۵	۴	۳	۲	۱

۱۱	رغبت و توجه من نسبت به دیگران مانند گذشته نیست.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲	چیزها برایم مانند گذشته لذت‌بخش نیست.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۳	فرزندم کمتر کارهایی را انجام می‌دهد که بتواند مرا خوشحال کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۴	گاهی احساس می‌کنم که فرزندم دوست ندارد و دلش نمی‌خواهد که پیش من باشد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۵	گشاده‌رویی فرزندم نسبت به من کمتر از آن است که انتظار دارم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۶	وقتی کارهایی را برای فرزندم انجام می‌دهم احساس می‌کنم که ارزش زیادی برای آن‌ها قائل نیست.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۷	وقتی فرزندم بازی می‌کند، اغلب لبخند نمی‌زند و یا نمی‌خندد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۸	به نظر نمی‌رسد فرزندم بتواند با همان سرعتی یاد بگیرد که بیشتر بچه‌های دیگر یاد می‌گیرند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۹	به نظر نیم رسد فرزندم به‌اندازه بچه‌های دیگر بخندد	۵	۴	۳	۲	۱
۲۰	توانایی فرزندم در حد انتظار من نیست	۵	۴	۳	۲	۱
۲۱	برای فرزندم بسیار سخت است و مدت‌ها طول می‌کشد تا به چیزهای جدید عادت کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۲	من انتظار داشتم که احساساتم نسبت به فرزندم گرم و صمیمی‌تر از احساس کنونی‌ام باشد و این مسئله مرا ناراحت می‌کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۳	گاهی فرزندم برای این‌که مرا آزار دهد کارهای ناراحت‌کننده‌ای می‌کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۴	به نظر می‌رسد که ناراحتی و گریه فرزند من از اغلب بچه‌های دیگر بیشتر است	۵	۴	۳	۲	۱
۲۵	وقتی فرزندم از خواب بیدار می‌شود، معمولاً بدخلق است	۵	۴	۳	۲	۱
۲۶	احساس می‌کنم که فرزندم بسیار دمدمی است و به‌آسانی برانگیخته می‌شود.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۷	تعداد بسیار کمی از کارهای فرزندم مرا ناراحت می‌کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۸	فرزندم وقتی اتفاقی می‌افتد دوست ندارد، عکس‌العمل شدیدی از خود نشان دهد.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۹	فرزندم به‌آسانی در برابر کوچک‌ترین چیزها برافروخته می‌شود.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۰	تنظیم برنامه خواب و غذای فرزندم سخت‌تر از آنی بود که انتظار داشتم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۱	بعضی از کارهای فرزندم به‌شدت مرا ناراحت می‌کند	۵	۴	۳	۲	۱
۳۲	مسائل مربوط به فرزندم بیشتر از آن هستند که انتظار داشتم	۵	۴	۳	۲	۱
۳۳	خواسته‌های فرزندم بیشتر از اغلب بچه‌های دیگر است	۵	۴	۳	۲	۱
ردیف	عبارت	یک والد خوب نیستم	بودن مشکلاتی دارد	کسی هستم که برای والد	یک والد متوسط هستم	بهتر از یک والد متوسط	یک والد بسیار خوب

ردیف	عبارت	۵ بسیار سخت‌تر از حد انتظار من است	۴ کمی سخت‌تر از حد انتظار من است	۳ تقریباً به‌اندازه انتظار من است	۲ کمی آسان‌تر از حد انتظار من	۱ بسیار آسان‌تر از حد انتظار من
۳۴	احساس می‌کنم که من					
۳۵	به این نتیجه رسیده‌ام که وادار کردن فرزندم به انجام کاری یا منع کردن از انجام کاری بسیار سخت‌تر از حد انتظار است					
ردیف	عبارت	۱۰ و بیشتر	۸ تا ۹	۶ تا ۷	۴ تا ۵	۱ تا ۳
۳۶	با دقت فکر کنید و تعداد کارهایی را که فرزندتان انجام می‌دهد و باعث ناراحتی شما می‌گردد مشخص کنید. مثلاً اتلاف وقت، گوش ندادن به حرف، فزون کنشی، گریه کردن، ایجاد مزاحمت، دعوا، نق و غیره.					

***

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی

عبارت	کاملاً مخالفم	مخالفم	تا حدی مخالفم	نه موافق و نه مخالفم	تا حدی موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
۱. در ارزیابی موقعیت‌ها توانایی خوبی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲. هنگام رویارویی با موقعیت‌های دشوار برای تصمیم‌گیری مشکل‌دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳. قبل از تصمیم‌گیری، گزینه‌های گوناگون را در نظر می‌گیرم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۴. وقتی با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوم، احساس می‌کنم کنترل خودم را از دست خواهم داد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵. دوست دارم به موقعیت‌های دشوار ازنقطه‌نظرهای مختلف نگاه کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۶. قبل انجام رفتار دنبال اطلاعاتی که سریعاً در دسترس نیستند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۷. هنگامی‌که با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوم، احساس پریشانی می‌کنم و نمی‌توانم برای حل موقعیت فکر کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۸. سعی می‌کنم مسائل را از نقطه نظر افراد دیگر نگاه کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۹. اینکه برای برخورد کردن با موقعیت‌های دشوار یک‌راه معین و قطعی وجود ندارد آزرده می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۰. خود را در موقعیت‌های دیگران گذاشتن برایم آسان است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

۱۱. وقتی موقعیت دشوار روبه‌رو می‌شوم، نمی‌دانم چه‌کار انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۲. از جنبه‌های گوناگون به موقعیت‌های دشوار نگاه کردن مهم است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۳. در موقعیت‌های دشوار قبل از اینکه تصمیم بگیرم چگونه رفتار کنم گزینه‌های مختلف را در نظر می‌گیرم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۴. به‌طور معمول یک موقعیت از نقطه‌نظرهای مختلف نگاه می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۵. من قادرم دشواری‌هایی زندگی با آن‌ها روبرو می‌شوم غلبه نمایم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۶. من هنگام نتیجه‌گیری در مورد علل رفتار، تمام اطلاعات و واقعیت‌های موجود را در نظر می‌گیرم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۷. در موقعیت‌های دشوار حس می‌کنم قدرتی برای تغییر ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۸. وقتی با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوم، درنگ کرده و سعی می‌کنم به راه‌های مختلف برای حل آن فکر کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۹. می‌توانم به بیشتر از یک‌راه حل برای حل موقعیت دشواری که با آن روبه‌رو شده‌ام فکر کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲۰. قبل از پاسخ شرایط دشوار، می‌توانم گزینه مختلف در نظر بگیرم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

***

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020, 101-122
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

Research Article

The Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Couple Therapy with Reality Therapy Approach on Couple's Functional Flexibility and Distress Tolerance

Received: 19 January 2020 Accepted: 28 August 2020

Z. Hosseinzadeh[1], Sh. Ghorban Shirodi[2]*, J. Khalatbari[2], & M.A. Rahmani[3]

1.PhD Student of Counseling, Counseling Department, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. Email:sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Abstract

Aim: The present study aimed to compare the effectiveness of emotionally-focused couple therapy and with the reality therapy on couple's functional flexibility and distress tolerance. **Method**: This research was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test associated with a control group and a 3-month follow-up. The statistical population included couples referring Counseling Center in Tehran 2018. Of them, 60 couples volunteered to participate in the research answered the Connor-Davidson Functional Flexibility Questionnaire (Resilience Scale) (2003) and Simons and Gaher Distress Tolerance Scale (2005). After the screening, 45 couples were selected who were randomly assigned to an experimental group who exposed to an intervention of emotionally-focused, an experimental group who exposed to an intervention of reality therapy, and a control group, 15 couples in each group. Both experimental groups were received eight 90-minutes sessions of intervention. Johnson's Emotion-Focused (2012) and Glaser's Reality Therapy (2016) were used. The data were analyzed using a mixed ANOVA of repeated measures. **Results**: The results indicated the effect of emotion-focused intervention on functional flexibility (P= 0.001, F= 29.75) and distress tolerance (P = 0.004, F = 12.14) and the impact of reality therapy on functional flexibility (P=0.004, F=12.14) and distress tolerance (P=0.004, F= 12.14) and the stability of these effects at the follow-up phase. **Conclusion:** Both interventions led the couples to remove their focus from their spouse's behavior and to focus on their behavior, and while increasing their tolerance, they were able to improve their relationship by learning the right communication program.

Key words: *couple therapy, distress tolerance, emotion focused, functional flexibility, reality therapy*

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۱۲۲-۱۰۱
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

مقاله پژوهشی

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در مقایسه با رویکرد واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها

زهرا حسین زاده[۱]، شهره قربان شیرودی[۲*]، جواد خلعتبری[۲] و محمدعلی رحمانی[۳]

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. دانشیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. ایمیل: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.i
۳. استادیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

دریافت مقاله: ۹۸/۱۰/۲۹
پذیرش مقاله: ۹۹/۰۶/۰۷

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه و جامعهٔ آماری زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ آوای درون، رهنما، و بیمارستان مهر شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که ۶۰ زوج داوطلب به پرسشنامهٔ انعطاف‌پذیری کنشی کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پاسخ دادند و پس از غربالگری ۴۵ زوج انتخاب به صورت تصادفی در گروه آزمایشی هیجان‌مدار، گروه آزمایشی واقعیت‌درمانی، و گروه گواه (در هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین شدند. هر دو گروه آزمایش به مدت هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله هیجان‌مدار جانسون (۲۰۱۲) و واقعیت‌درمانی گلاسر (۱۳۹۵) قرار گرفته و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخلهٔ هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی (F= ۲۹/۷۵، P= ۰/۰۰۱) و تحمل پریشانی (F= ۱۲/۱۴، P= ۰/۰۰۴) و تأثیر مداخلهٔ واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی (F= ۱۲/۱۴، P= ۰/۰۰۴) و تحمل پریشانی (F= ۱۲/۱۴، P= ۰/۰۰۴) و پایداری این تأثیرها در مرحله پیگیری بود. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که تفاوت بین دو روش زوج‌درمانی معنادار نیست (P> ۰/۱۸). **نتیجه‌گیری:** هر دو مداخله موجب شد تا زوج‌ها تمرکز را از رفتار همسر خود برداشته و بر رفتار خود متمرکز شوند و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری برنامهٔ ارتباط درست، توانستند روابط خویش را بهبود ببخشند.

کلیدواژه‌ها: *انعطاف‌پذیری کنشی، تحمل پریشانی، زوج‌درمانی، هیجان مدار، واقعیت درمانی*

مقدمه

خانواده نخستین و منحصربه‌فردترین نهاد اجتماعی است که سلامت و بهروزی یک جامعه را مرهون سلامت و رضایت اعضای آن دانسته‌اند (میکائیلی، رحیمی و صداقت، ۱۳۹۷). آنچه در یک خانواده اتفاق می‌افتد و کارکرد آن می‌تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات زمان اکنون و آینده در رویارویی با رخدادها و شرایط ناخواسته زندگی زناشویی باشد، تحمل پریشانی زوج‌ها است (یایی- فرازیر، فلادبو، کلاین، ای‌آتون، وارتون و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین لازمهٔ تقویت زندگی خانوادگی، ایجاد ثبات و دوام آن و تغییر نوع نگرش و طرز تعامل زوج‌ها با یکدیگر است (فتح‌الله‌زاده، میرصیفی فرد، کاظمی، رستمی و نوابی نژاد، ۱۳۹۶). از دیدگاه زوج‌درمانگران یکی از متغیرهای تأثیرگذار در روابط زناشویی، انعطاف‌پذیری کنشی[1] است (الیوت، هسیائو، کیمبرل، دی‌بییر، گالیور و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری کنشی، مفهوم گسترده‌ای است که به توانایی انطباق بازنمایی‌های شناختی فرد و سازگاری مناسب او در رویارویی با مصائب و ضربه‌های روحی با هر منبعی که به‌طور معناداری از نظر روانی فشارزا باشد (آلن و بالک، ۲۰۱۸) مانند مشکلات خانوادگی و مشکلات جدی در سلامت فردی، فشارهای محیط کاری، و یا فشارهای مالی اشاره دارد (عارف‌پور، شجاعی، حاتمی و مهدوی، ۱۳۹۸؛ حسنی، غفاری، ابوالحسنی و تکلوی، ۱۳۹۸).

مفهوم مرتبط با ساختار انعطاف‌پذیری، تحمل پریشانی[2]است که سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) آن را به‌عنوان توانایی فرد برای مقابله با هیجانات منفی تعریف می‌کنند (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶)، در حالی‌که دیدگاه‌های دیگر در تعریف این سازه توجه خود را بر چگونگی پردازش اطلاعات معطوف کرده‌اند (ویلیامز، تامپسون و اندریوز، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربهٔ هیجان‌های منفی تأثیرگذار است (مک‌کیلوپ و دویت، ۲۰۱۳). زوج‌هایی که دارای زندگی زناشویی سالم و بدون تعارض هستند و در زندگی زناشویی موفقیت‌آمیز عمل می‌کنند، دارای الگوهای ارتباطی صحیحی هستند و به انسان و زندگی دیدگاهی مثبت‌تر دارند. این امر احساس ارزشمندی را در آن‌ها شکل داده و این احساس ارزشمندی به‌گونه‌ای مستقیم بر مقدار تحمل پریشانی آن‌ها تأثیرگذار است (امین‌الرعیا، کاظمیان و اسمعیلی، ۱۳۹۵).

همان‌طور که ویلیامسون، راج، کاب، جانسون، لارنس و بردبوری (۲۰۱۵) اشاره کرده‌اند چنانچه قرار است ازدواج زیربنای جامعهٔ انسانی ما باشد، لازم است که همواره پاسخ‌های جدیدی داشته

---

1. functional flexibility

2. distress tolerance

باشیم. یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به زوجین در کار با آشفتگی‌های هیجانی-ارتباطی، درمان هیجان‌مدار[1]است. زوج‌درمانی هیجان‌مدار در اوایل دهۀ ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخله‌های زناشویی فعال و کارآمد مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزۀ انسان‌گرایی احساس می‌شد، چرا که آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانی به شمار می‌رفت (جانسون و زاکارینی، ۲۰۱۰). زوج‌درمانی هیجان‌مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریۀ دلبستگی بزرگسالان می‌باشد که با توجه به نقش عمدۀ هیجانات در نظریۀ دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در سامان‌دهی الگوهای ارتباطی توجه داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (ویب و جانسون، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن درمان هیجان‌محور بر بخشش و آشتی زوج‌ها و ایجاد همبستگی عاطفی بین آن‌ها (داچ و راتاناسیرپنگ، ۲۰۱۷؛ زاکارینی، جانسون، داگلیش و مکی‌نن، ۲۰۱۳)، افزایش سازگاری زناشویی و عواطف مثبت (کیوق، ریکاردی، تیمپانو، میچل و اسچمیت، ۲۰۱۰؛ تای و پولسون، ۲۰۱۳)، تحمل ناکامی و بهبود آشفتگی زناشویی (صاحبی بزاز، سودانی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۸)، کاهش فرسودگی و تعارض‌های زناشویی (داورنیا، زهراکار، معیری و شاکرمی، ۱۳۹۵)، و بهبود رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی زوج‌ها (محمودپور، فرحبخش، حسینی و بلوچ‌زاده،۱۳۹۷؛ برنا، حسن‌آبادی و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۴) است.

یکی دیگر از مداخله‌های درمانی مؤثر جهت بهبود کیفیت روابط زناشویی و ارتقاء رضایت و انعطاف‌پذیری کنشی زناشویی، مداخلۀ واقعیت‌درمانی[2]است. گلاسر (۲۰۰۸، نقل از صاحبی، ۱۳۹۵) معتقد است چهارچوب مفهومی دیدگاه واقعیت‌درمانی در مورد انتخاب‌کردن بهتر است؛ اما پیش از آن هر فرد باید دلیل انتخاب‌های نامناسب خود را بفهمد. نظریۀ واقعیت‌درمانی می‌گوید این خود ما هستیم که تمام اعمال‌مان را ــ از جمله احساس بدبختی‌مان ــ انتخاب می‌کنیم (خلیلی، برزگر کهنمویی، صاحبی و فراهانی، ۱۳۹۵). واقعیت‌درمانی رویکردی آموزشی برای ارتقای روابط زوج‌ها و هدف آن کمک به زوج‌ها برای آگاهی از واقعیت و مسئولیت خودشان، کاوش رفتار مثبت و مخرب خود، گسترش همدلی و صمیمیت، و رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسئله است. در نقطۀ مقابل، در رویکرد هیجان‌مدار بر نقش تجارب هیجانی هر زوج و نقش چرخه‌های تعاملی در حفظ مشکل تأکید می‌شود. با استناد به یافته‌ها و ادبیات پژوهش و اهمیت بررسی علمی بیشتر، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در مقایسه با

[1]. emotionally focused couple therapy

[2]. reality therapy

اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی در زوج‌ها برای آزمون سؤال‌های زیر اجرا شد:

۱. آیا مداخلهٔ هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی، انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها را افزایش می‌دهد؟

۲. میزان اثربخشی کدام یک از مداخله‌های یاد شده بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی بیشتر است؟

۳. آیا تأثیر مداخلهٔ هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها در مرحلهٔ پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بوده است. انتخاب نمونه از بین زوج‌هایی بود که جهت دریافت خدمات به مراکز مشاورهٔ آوای درون، رهنما، و کلینیک مشاورهٔ بیمارستان مهر تهران در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند. پس از اعلام فراخوان عمومی در این مراکز، ۶۰ زوج داوطلب جهت شرکت در پژوهش با رعایت اصل رازداری و همکاری با رضایت، موافقت خود را جهت تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش اعلام کردند. در نهایت ۴۵ زوج با توجه به ملاک‌های ورود، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی مداخلهٔ هیجان‌مدار، گروه آزمایشی مداخلهٔ مبتنی بر واقعیت‌درمانی و گروه گواه کاربندی شدند (در هر گروه ۱۵ زوج). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سپری‌شدن حداقل پنج سال از زندگی مشترک، رضایت مکتوب برای شرکت در پژوهش و حداقل سطح سواد دیپلم و ملاک‌های خروج شامل دریافت روان‌درمانی هم‌زمان با آموزش، مصرف مواد و داروهای روان‌گردان، بیماری‌های بارز جسمی و روانی، تجربهٔ طلاق، و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی کونور-دیویدسون[1] این مقیاس ۲۵ گویه‌ای توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده و سازهٔ انعطاف‌پذیری کنشی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) می‌سنجد. نمرهٔ کل بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است. کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برابر با ۰/۸۹ و ضریب پایایی

[1]. Connor-Davidson Resilience Scale

بازآزمایی آن را در یک فاصلهٔ چهارهفته‌ای برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند. محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشهباز (۱۳۸۴) مقیاس مذکور را روی ۲۴۸ نفر اجرا کرده و ضریب اعتبار به دست آمده را برابر ۰/۶۴ و پایایی آن را به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۷۷ گزارش کردند (به نقل از عارف‌پور و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش عارف‌پور و همکاران (۱۳۹۸) ضریب آلفای کل این مقیاس برابر با ۰/۸۸ گزارش شد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با محاسبهٔ آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

۲. مقیاس تحمل پریشانی[1]: این مقیاس دارای ۱۵ ماده است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً موافقم) تا پنج (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۲ و همسانی درونی آن را پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ گزارش کردند (اندامی‌خشک، ۱۳۹۲). در پژوهش اندامی‌خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

۳. مداخلهٔ هیجان‌مدار. این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که مبتنی بر بستهٔ آموزشی هیجان‌مدار جانسون (۲۰۱۲) مفهوم‌سازی شده و در پژوهش حاضر توسط سه تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و متخصصین این حوزه مورد تائید محتوایی قرار گرفت.

جلسهٔ اول. در این جلسه پس از ایجاد رابطه حسنه، آشنایی اعضاء با یکدیگر و بیان دلایل شرکت در جلسه‌های درمان، قواعد و قوانین درمان برای اعضای گروه تشریح شد و اعضاء هدف و انتظارات خود را از شرکت در جلسهٔ درمان بیان کردند. سپس به تشریح خواستگاه درمان هیجان‌مدار، تعریف، و معرفی آن پرداخته شد.

جلسهٔ دوم. در جلسهٔ دوم شواهد عینی تأییدکننده یا ردکنندهٔ هیجان‌های زوج‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت و سپس پیرامون جنبه‌های هیجان‌های اصلی و ثانویه شناسایی‌شده بحث و گفت‌وگو شد. برای مثال، به زوج‌ها گفته شد که در این جلسه لازم است تا هیجان‌های اصلی مورد غفلت و سرکوب‌شدهٔ شما را مورد بررسی قرار دهیم.

جلسهٔ سوم. در این جلسه مجدد هیجان‌های اصلی به‌خصوص غم و خشم مورد بررسی و کاوش قرار گرفت. سپس به توضیح و شناخت سبک هیجانی زوج‌ها پرداخته شد. به‌عنوان مثال، عنوان

[1]. Distress Tolerance Scale

شد که برخی افراد هیجان‌های خود را ابراز نمی‌کنند یا به عبارتی در زمینهٔ ابراز هیجانی بیش-تنظیمی دارند، در حالی‌که برخی دیگر کم‌تنظیمی دارند و هیجان‌های خود به‌ویژه هیجان‌های منفی مثل غم و خشم را به صورت افراطی بروز می‌دهند. در انتها استفاده از تمرین هیجانی بر اساس ذهن‌آگاهی تشریح و به‌عنوان تکلیف در منزل ارائه شد.

جلسهٔ چهارم. در این جلسه، ضمن پرداختن به تمرین جلسهٔ قبل، به بازسازی پیوند زوج‌ها که شامل روشن‌کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی و گسترش تجربهٔ هیجانی هر کدام از زوج‌ها در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه بود، از طریق شناسایی سبک دلبستگی ایمن مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه به پذیرش چرخهٔ منفی توسط زوج‌ها بر اساس سبک‌های دلبستگی پرداخته شده و روی این موضوع که چگونه زوج‌ها می‌توانند هیجانات منفی و مثبت را شناسایی کنند، کار شد. بررسی این چرخه‌ها به زوج‌ها کمک کرد تا به‌جای اینکه به یکدیگر مانند دشمن نگاه کنند، به این چرخه‌ها توجه داشته باشند.

جلسهٔ پنجم. در این جلسه از زوج‌ها خواسته شد که با تجربه‌های خود درگیر شوند و تجربه‌هایشان را به‌صورت معقول و پذیرفتنی چهارچوب‌دهی کنند. برای مثال، درمانگر به یکی از زوج‌ها گفت «*برای تو خیلی سخت هستش که حتی بشنوی که همسرت تو این شرایط چی می‌گه؟ وقتی که تو این‌قدر خودت رو کوچیک و نیازمند می‌بینی، نمی‌تونی باور کنی که ممکنه واقعاً اون بخواد به تو نزدیک بشه. تو الآن نمی‌تونی خودت رو مستحق توجه و آرامش ببینی، درسته؟*» و یا به زوج دیگری بیان کرد «*الآن که شما این مسائل رو می‌گید چه اتفاقی می‌افته؟ این اتفاق برای شما شبیه چی هستش؟ قسمتی از شما می‌خواد این اتفاق بیوفته و قسمتی از شما اون رو خیلی خطرناک می‌دونه؟*».

جلسهٔ ششم. در این جلسه درمانگر در فرمول‌بندی تجارب مراجع یک قدم جلوتر از آنچه مراجع انجام داده است، حرکت می‌کند. برای مثال، درمانگر خطاب به یکی از زوج‌ها بیان کرد: «*تو تلاش می‌کنی که از آن جراحت‌هایی که در درونت هست، قسمت بسیار حساسی که بین تو و دینا حصاری ایجاد کرده حمایت کنی، اما این کار باعث تنهایی تو می‌شه. این‌طور نیست؟*». سپس به اهداف مدل هیجان‌محور نسبت به انعطاف‌پذیری کنشی هر یک از زوج‌ها پرداخته و به تأثیر روشن‌سازی و شکل‌دهی معنی جدید به‌ویژه در مورد تعاملات و راهبردهای مشارکت با همسر که از درگیری‌های هیجانی با همسر جلوگیری می‌کنند، پرداخته شد تا از این طریق به بهبود تحمل پریشانی زوج‌ها اقدام شود.

جلسهٔ هفتم. در این جلسه به بررسی پذیرش بیشتر زوج‌ها از تجربهٔ خود و ارتقاء روش‌های جدید تعامل و همچنین شناسایی ترس‌های زیربنایی دلبستگی و ابراز خواسته و آرزوها پرداخته شد.

پس از آن به بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها که به درگیری بیشتر زوج با یکدیگر می‌انجامد مبادرت شد. برای مثال، درمانگر خطاب به یکی از زوج‌ها گفت: «*تو هنوز سفت‌وسخت حرکت می‌کنی، انگار احساس می‌کنی که در شرف از دست‌دادن همسرت هستی. درسته؟*».

جلسهٔ هشتم. در این جلسه، تکلیف جلسهٔ قبل مرور و بررسی شد. سپس اعضاء تجارب خود را در طول دورهٔ جلسه‌های آموزشی جمع‌بندی، میزان دستیابی به اهداف خود را ارزیابی، و در مورد آنچه از اعضای گروه آموخته بودند، صحبت کردند. پس از آن، جلسه روی تبیین مجدد هیجان و عواطف که منجر به انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی می‌شود متمرکز شد. در انتهای این جلسه نیز پس‌آزمون اجرا شد.

۴. مداخلهٔ واقعیت‌درمانی. این برنامه به‌صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که مبتنی بر بستهٔ واقعیت‌درمانی گلاسر (۲۰۰۸، به نقل از صاحبی، ۱۳۹۵) مفهوم‌سازی شد و در پژوهش حاضر توسط سه تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و متخصصان این حوزه مورد تائید محتوایی قرار گرفت.

جلسهٔ اول. پس از معارفهٔ اجمالی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، قوانین گروه تشریح و دربارهٔ اهداف اولیه گروه صحبت شد. اعضاء هدف خود را از شرکت در گروه و اینکه طی جلسه‌ها قصد دارند به کجا و به چه چیزهایی برسند، بیان کردند. اغلب زوج‌ها ذکر کردند که می‌خواهند زندگی زناشویی رضایت‌بخشی داشته باشند. از زوج‌ها خواسته شد به‌عنوان تکلیف جلسهٔ آینده بنویسند که چه میزان از آنچه را که در زندگی خود آرزو دارند، در حال حاضر تجربه می‌کنند و میزان اهمیت آن را در یک پیوستار از یک تا ۱۰۰ مشخص کنند.

جلسهٔ دوم. ابتدا تکالیف جلسهٔ قبل بررسی شد و پس از آن توضیحاتی در مورد پنج نیاز بنیادین که شامل بقا، عشق و تعلق خاطر، آزادی، پیشرفت، و تفریح است، ارائه و نیز شدت و میزان نیازها بیان و به زوج‌ها کمک شد تا نیمرخ قدرت نیازهای خود را بشناسند. سپس از آن‌ها سؤال شد که بگویند رابطهٔ عاطفی زناشویی‌شان کدام یک از نیازهای بنیادین را برای آن‌ها تأمین کرده است؟ بیشترین پاسخی که اعضای گروه بیان داشتند مربوط به نیاز به عشق، قدرت، و آزادی بود. پس از آن آزمون نیازهای اساسی بین اعضاء توزیع و از زوج‌ها خواسته شد به‌عنوان تکلیف جلسهٔ آینده این آزمون را تکمیل کنند و نتیجهٔ آن را جلسهٔ بعد بیاورند.

جلسهٔ سوم. در این جلسه، تکلیف جلسهٔ قبل بررسی و نیمرخ نیازهای هر یک از زوج‌ها مشخص شد. سپس زوج‌ها از توانمندی‌های خود آگاه شده و در مورد جهان اطراف واقع‌بینی و خودآگاهی پیدا کرده و متوجه شدت نیازهای خود شدند. از زوج‌ها خواسته شد به‌عنوان تکلیف جلسهٔ آینده

بنویسند که در حال حاضر از چه طریقی نیاز به دوست‌داشتن و دوس داشته‌شدن را در وجود خود برآورده می‌کنند؟ و از چه طریقی زندگی زناشویی خود را غنی می‌سازند؟

جلسهٔ چهارم. تکلیف جلسهٔ قبل بررسی شد و زوج‌ها آموختند که کنترل و تغییر رفتار با تأکید بر چهار مؤلفهٔ اصلی شامل عمل، فکر، احساس، و نشانه‌های جسمانی امکان‌پذیر است. سپس بیان شد که تمامی آنچه از انسان سر می‌زند رفتاری کلی است. به‌عنوان نمونه، کاری که شما در حال حاضر انجام می‌دهید، یعنی نشستن در جلسهٔ گروه‌درمانی، رفتاری کلی است. مهم است بدانید که شما فقط می‌توانید فکر و عمل خود را به‌صورت ارادی مهار کنید. تصور کنید هر یک از شما ماشینی با چهار چرخ در یک بزرگراه هستید. موتور این ماشین نیازهای اساسی شما است. فرمان می‌تواند چرخ‌های جلو را که عمل و فکر هستند، کنترل کند. چرخ‌های عقب که باعث حرکت ماشین می‌شود، احساسات و نشانه‌های جسمانی هستند و باید از چرخ‌های جلو تبعیت کنند.

جلسهٔ پنجم. پس از بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، به مراجعان گفته شد که ما فقط فکر و عمل خود، یعنی چرخ‌های جلو را می‌توانیم تغییر دهیم. سپس مفهوم دنیای کیفی، اضطراب، خشم، و افسردگی از دیدگاه نظریهٔ واقعیت‌درمانی تعریف و در ادامه گفته شد که خشم رفتاری کلی است که معطوف به هدف است.

جلسهٔ ششم. پس از بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، مفهوم مسئولیت‌پذیری، برنامه‌ریزی برای رفتار مسئولانه، تعریف احساس کفایت و ارزشمندی، ایجاد احساس تعهد با هدف دستیابی زوج‌ها به حس ارزشمندی و محبت واقعی، و کسب هویت موفق با داشتن تصویر روشنی از اهداف، برای زوج‌ها تعریف شد. سپس اعضاء اهداف و امکانات مورد نظر خود را برای رسیدن به هدف مشخص کردند. بیشتر زوج‌ها هدفی مثل غنی‌سازی رابطهٔ زناشویی خود را مطرح و یکی از راه‌های رسیدن به این هدف را بالا بردن قدرت انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی ذکر کردند.

جلسهٔ هفتم. پس از بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، مطالب جمع‌بندی و مطالب پیشین مرور، و مفهوم کنترل درونی و بیرونی توضیح داده شد. از زوج‌ها پرسیده شد که به نظر آن‌ها رفتار انسان تحت تأثیر کنترل بیرونی است یا درونی؟ همچنین بگویند که سهم آن‌ها در به تعارض کشیده‌شدن این رابطه چه مقدار بوده است؟ در انتها رهبر گروه راهکارهایی جهت افزایش کنترل بر رفتارها ارائه داد. یکی از راهکارها این بود که بر طبق عادت قبلی خود که همیشه همسرتان را مسئول اشتباه خود می‌دانستید و او را سرزنش می‌کردید، سعی کنید که یک بار نیز خود را مسئول رفتار خود بدانید؛ آنگاه ببینید چه اتفاقی خواهد افتاد.

جلسهٔ هشتم. در این جلسه ضمن مرور فنون و تمرین‌های جلسه‌های قبلی، به پرسش‌ها و بازخوردهای زوج‌ها نسبت به روند جلسات پرداخته شد. سپس از زوج‌ها خواسته شد به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دهند.

شیوهٔ اجرا. پس از کسب مجوز از مدیریت مراکز مشاورهٔ آوای درون، رهنما، و بیمارستان مهر، دورهٔ آموزشی در سالن کنفرانس بیمارستان مهر برگزار شد که واجد شرایط آموزش و مداخلهٔ گروهی بود. سپس دربارهٔ طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه، و مسائل مطروحه در جلسه‌ها به زوج‌ها توضیح داده شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش هیجان‌مدار در روزهای پنجشنبه از ساعت ۱۸ تا ۱۹:۳۰ و برای گروه واقعیت‌درمانی روزهای چهارشنبه از ساعت ۱۷:۳۰ الی ۱۹ برگزار شد. هر دو گروه آزمایشی به همراه گروه گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحلهٔ پیگیری سه‌ماهه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز به دو گروه تقسیم و هر گروه در هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای آموزش هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از نسخهٔ ۲۴ نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان ۳۴/۳۸ (۳/۳۶) و مردان ۳۷/۸۴ (۳/۷۸) برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایشِ هیجان‌مدار، میانگین و انحراف معیار سن زنان ۳۳/۸۹ (۲/۹۱) و مردان ۳۸/۱۴ (۳/۹۰) برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش واقعیت‌درمانی، و میانگین و انحراف معیار سن زنان ۳۳/۶۷ (۲/۸۰) و مردان ۳۷/۹۰ (۳/۸۴) برای گروه گواه بود. میانگین و انحراف معیار سن ازدواج گروه آزمایشی هیجان‌مدار ۵/۸۰ (۱/۹۹) سال، گروه آزمایشی واقعیت‌درمانی ۵/۳۸ (۱/۶۸) سال و گروه گواه ۷/۱۰ (۲/۰۶) سال بود. در گروه آزمایش هیجان‌مدار هشت نفر (۵۳ درصد) زنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس و هفت نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و شش نفر مردان (۴۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و نُه نفر (۶۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس بودند. در گروه آزمایش واقعیت‌درمانی ۱۰ نفر (۳۳ درصد) زنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس و پنج نفر (۶۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و هشت نفر مردان (۵۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و هفت نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس بودند و در گروه گواه نُه نفر (۶۰ درصد) زنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس و شش

نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و سه نفر مردان (۲۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۱۲ نفر (۸۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری کنشی	هیجان‌مدار	۵۰/۴۰	۵/۶۴	۶۲/۶۰	۶/۲۹	۶۲/۲۰	۶/۵۲
	واقعیت‌درمانی	۵۱/۹۳	۵/۱۹	۵۵/۷۳	۱۰/۱۳	۵۵/۸۷	۸/۹۶
	گواه	۵۰/۸۰	۳/۵۳	۵۰/۶۰	۵/۵۳	۵۱/۴۷	۴/۶۹
تحمل پریشانی	هیجان‌مدار	۴۲/۹۳	۵/۱۹	۵۳/۷۳	۱۰/۱۳	۵۶/۸۷	۸/۹۶
	واقعیت‌درمانی	۴۱/۴۰	۳/۸۳	۴۸/۷۳	۶/۹۵	۴۸/۳۳	۷/۲۶
	گواه	۴۱/۸۰	۳/۵۳	۴۲/۰۷	۵/۳۵	۴۳/۰۰	۴/۶۱

همچنان‌که در جدول شمارهٔ (۱) ملاحظه می‌شود میانگین نمرات در گروه زوج‌درمانی هیجان-مدار و گروه زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی در مرحلهٔ پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی افزایش نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		شیب رگرسیون	
		آماره	سطح معناداری	آماره F	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری کنشی	هیجان‌مدار	۰/۱۶	۰/۲۰	۲/۰۸	۰/۱۳	۱/۱۲	۰/۱۸
	واقعیت‌درمانی	۰/۱۷	۰/۱۷				
	گواه	۰/۲۳	۰/۱۳				
تحمل پریشانی	هیجان‌مدار	۰/۲۳	۰/۱۷	۱/۶۲	۰/۲۰	۱/۰۹	۰/۲۷
	واقعیت‌درمانی	۰/۱۷	۰/۲۰				
	گواه	۰/۱۵	۰/۲۰				

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول شمارهٔ (۲)، نتایج آزمون کولموگراف- اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که

توزیع متغیرها طبیعی است. همچنین آمارۀ آزمون لوین در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای وابسته معنادار نبوده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است.

جدول ۳. نتایج مفروضه‌های آماری برای متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی

متغیر	گروه	W موخلی		M باکس	
		X^2	سطح معناداری	F	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری کنشی	هیجان‌مدار واقعیت‌درمانی گواه	۱۳/۹۸**	۰/۰۰۱	۱/۰۷	۰/۲۶
تحمل پریشانی	هیجان‌مدار واقعیت‌درمانی گواه	۱۴/۶۰**	۰/۰۰۱	۱/۸۶	۰/۱۲

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول شمارۀ (۳) نشان می‌دهد که آماره W موخلی برای انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. با توجه به اینکه مقدار اپسیلون شاخص گرین‌هاوس-گیسر در متغیرهای پژوهش به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۱، ۰/۵۷ و ۰/۶۱ و شاخص هاین-فلت به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۵۴، ۰/۶۱ و ۰/۶۵ به دست آمد که در تمامی متغیرها کمتر از ۰/۷۵ است، از شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای تصحیح درجۀ آزادی استفاده شده است. بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون‌آزمودنی از این آماره استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
انعطاف‌پذیری کنشی	هیجان‌مدار	مراحل مداخله	۸۷/۸۰	۱/۶۸ و ۱۱۶	۵۲/۱۳	۱/۷۹	۰/۰۶
		مراحل × گروه	۶۸/۰۲	۱/۶۸ و ۱۱۶	۴۰/۳۸	۱/۳۸	۰/۰۴
		بین گروهی	۲۸۴/۴۴	۱ و ۵۸	۲۸۴/۴۴	۳/۲۱*	۰/۱۰

	واقعیت-درمانی	مراحل مداخله	۷۴۹/۰۸	۱/۲۱ و ۱۱۶	۶۱۵/۸۳	۴۴/۱۳**	۰/۶۱
		مراحل × گروه	۶۹۸/۲۸	۱/۲۱ و ۱۱۶	۵۷۴/۰۷	۴۱/۱۳**	۰/۵۹
		بین گروهی	۱۲۴۶/۹۴	۱ و ۵۸	۱۲۴۶/۹۴	۱۷/۲۱**	۰/۳۸
	گواه	مراحل مداخله	۶۴/۳۵	۱/۴۹ و ۴۳/۴۸	۴۲/۹۲	۱/۵۰	۰/۰۴
		بین گروهی	۴/۳۵	۱ و ۵۸	۴/۳۵	۰/۱۳	۰/۰۰۵
	هیجان مدار	مراحل مداخله	۳۱۰/۴۸	۱/۱۹ و ۱۱۶	۲۵۹/۰۱	۱۶/۷۸**	۰/۳۷
		مراحل × گروه	۲۱۱/۴۶	۱/۱۹ و ۱۱۶	۱۷۶/۴۰	۱۱/۴۳**	۰/۲۹
		بین گروهی	۳۳۶/۴۰	۱ و ۵۸	۳۳۶/۴۰	۷/۷۶*	۰/۱۴
تحمل پریشانی	واقعیت درمانی	مراحل مداخله	۱۱۴۰/۰۶	۱/۶۸ و ۱۱۶	۶۷۶/۵۶	۲۳/۲۷**	۰/۴۵
		مراحل × گروه	۹۴۱/۴۸	۱/۶۸ و ۱۱۶	۵۵۸/۷۲	۱۹/۲۱**	۰/۴۰
		بین گروهی	۲۳۵۱/۱۱	۱ و ۵۸	۲۳۵۱/۱۱	۲۶/۹۸**	۰/۴۹
	گواه	مراحل مداخله	۱۲/۱۵	۱/۸۵ و ۵۳/۷۹	۶/۵۵	۰/۱۴	۰/۰۰
		بین گروهی	۹/۳۳	۱ و ۵۸	۹/۳۳	۰/۱۷	۰/۰۰

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول شمارهٔ (۴) نشان می‌دهد که مداخلهٔ هیجان‌مدار بر نمرهٔ انعطاف‌پذیری کنشی (P= ۰/۰۴۲) با اندازهٔ اثر ۰/۱۰ و تحمل پریشانی (P= ۰/۰۳۸) با اندازهٔ اثر ۰/۱۴ و مداخلهٔ واقعیت‌درمانی بر نمرهٔ انعطاف‌پذیری کنشی (P= ۰/۰۰۱) با اندازهٔ اثر ۰/۳۸ و بر تحمل پریشانی (P= ۰/۰۰۱) با اندازهٔ اثر ۰/۴۹ مؤثر بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسهٔ انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی

متغیرها	مرحله (I)		گروه هیجان مدار		گروه واقعیت درمانی		گروه گواه	
			میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱/۸۰*	۱/۴۳	۶/۰۰**	۰/۹۰	۰/۲۰	۰/۸۹

انعطاف‌پذیری	پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۳۰*	۱/۳۸	۶/۲۳**	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۸۳
کنشی	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۵۰	۰/۹۶	۰/۲۳	۰/۳۷	۰/۸۶	۰/۶۱
تحمل	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۸۰**	۰/۹۳	۷/۵۳**	۱/۴۳	۰/۲۶	۰/۸۷
پریشانی	پیگیری	پیش‌آزمون	۴/۰۶**	۰/۹۳	۷/۵۶**	۱/۳۸	۱/۲۰	۰/۸۴
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۲۶	۰/۳۳	۰/۰۳	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۶۱

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

جدول شمارهٔ (۵) که مربوط به مقایسهٔ سه مرحله در گروه‌های آزمایش هیجان‌مدار، واقعیت-درمانی و گروه گواه است، نشان می‌دهد که تفاوت در انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار بوده، و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست.

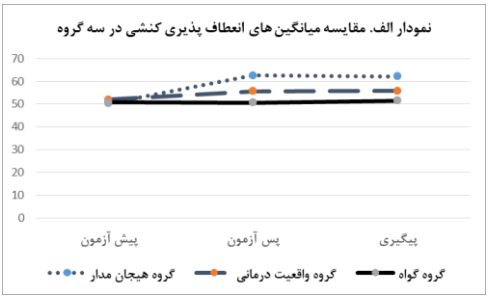
جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های آزمایش و گواه

مرحله		گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار
انعطاف‌پذیری		هیجان‌مدار	گواه	۱۲/۲۳**	۲/۶۰
کنشی	پس‌آزمون	واقعیت‌درمانی	گواه	۷/۷۵**	۲/۶۲
		هیجان‌مدار	واقعیت‌درمانی	۴/۴۷	۲/۶۱
		هیجان‌مدار	گواه	۲/۳۴*	۱/۹۰
	پیگیری	واقعیت‌درمانی	گواه	۲/۱۶*	۱/۷۰
		هیجان‌مدار	واقعیت‌درمانی	۱/۱۷	۱/۹۱
تحمل		هیجان‌مدار	گواه	۱۴/۹۳**	۱/۶۹
پریشانی	پس‌آزمون	واقعیت‌درمانی	گواه	۸/۰۰**	۱/۷۰
		هیجان‌مدار	واقعیت‌درمانی	۲/۹۲	۱/۶۷
		هیجان‌مدار	گواه	۱/۷۹*	۱/۹۶
	پیگیری	واقعیت‌درمانی	گواه	۱/۵۹*	۱/۶۴
		هیجان‌مدار	واقعیت‌درمانی	۰/۱۹	۱/۵۶

P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

جدول شمارهٔ (۶) که مربوط به مقایسهٔ اثر دو رویکرد مداخله‌ای بر متغیرهای وابسته است، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی در متغیرهای انعطاف‌پذیری و

تحمل پریشانی معنادار نیست (P=۰/۱۰). بنابراین در تأثیر مداخلهٔ هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی در بهبود انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی تفاوتی وجود ندارد.



شکل ۱. اثربخشی مداخله هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی

همان‌طور که در نمودارهای مندرج در شکل شمارهٔ (۱) نشان داده شده است، نمرهٔ انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش داشته و این افزایش در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار نشان می‌دهد، ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد هر دو گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت-درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی در زوج‌ها تأثیر داشته‌اند. نتایج یافته‌های به دست آمده در خصوص تأثیر زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی با نتایج پژوهش صاحبی بزاز و همکاران (۱۳۹۸)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۷)، برنا و همکاران (۱۳۹۴)، ویب و جانسون (۲۰۱۷)، زاکاراینی و همکاران (۲۰۱۳)، و جانسون (۲۰۱۲) همسو است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان بیان کرد که تمرکز به موضوعات دلبستگی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار را قادر ساخته تا نتایج مثبت مهمی را در زوج‌درمانی به دست آورد (جانسون و زاکارینی، ۲۰۱۰). در همین راستا، نتایج مطالعهٔ جانسون (۲۰۱۲) نشان داد نتایج زوج‌درمانی هیجان‌مدار به مدت دو سال پس از درمان ثبات داشته و این درمان از جهت عود مشکلات زناشویی دغدغه‌ای ندارد. جانسون و زوکارینی (۲۰۱۰) نتیجهٔ سه مطالعه را خلاصه

کرده و نشان دادند که فرایند تغییر در زوج‌درمانی هیجان‌مدار با ابراز هیجانات و نیازهای زیربنایی مشخص می‌شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در ایران با خود مقداری امید به همراه می‌آورند. آن‌ها راه‌هایی را برای کمک شناسایی کرده و برای رسیدن به اهداف تجدید قوا می‌کنند. در رویکرد هیجان‌مدار نسبت به زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی دیدگاه‌های مثبت‌تری را دربارهٔ سلامت آتی دریافت می‌کنند (رئیسی و همکاران، ۱۳۹۷). زوج‌درمانی هیجان‌مدار جهت آموزش مهارت‌های گفت‌وگو به همسران اهتمامی نمی‌ورزد، چرا که معتقد است تا وقتی زوج‌ها به‌واسطهٔ درگیری با هیجانات زیرساختار رفتاری‌شان به آشفتگی دچارند، در به‌کارگیری این مهارت‌ها ناتوان خواهند بود. به‌عبارت‌دیگر درگیری‌های هیجانی، به‌قدری افراد را آسیب‌پذیر می‌کند که توانمندی ایشان در ارتباط با مهارت‌های احتمالاً فراگیری‌شده را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (ویب و جانسون، ۲۰۱۷).

نتایج یافته‌های به دست آمده در خصوص تأثیر زوج‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی با نتایج پژوهش فتح‌الله‌زاده و همکاران (۱۳۹۶)، خلیلی و همکاران (۱۳۹۵)، برنا و همکاران (۱۳۹۴)، و تای و پولسون (۲۰۱۳) همسو است. زوج‌درمانگرانی که از دیدگاه واقعیت‌درمانی استفاده می‌کنند، به هریک همسران کمک می‌کنند تا ظرفیت بالایی را برای تعهد در خود رشد دهند. همچنین به زوج‌ها کمک می‌کنند تا با مرور گذشتهٔ فردی و خانوادگی، نسبت به تعارض‌های اولیهٔ خود، آگاهی بیشتری پیدا کرده و به این طریق به یکدیگر کمک کنند و بر این اساس به نظر می‌رسد برای اثرگذاری بیشتر واقعیت‌درمانی نسبت به زوج‌درمانی هیجان‌مدار زمان و جلسات بیشتری نیاز است (فتح‌الله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). نظریهٔ واقعیت‌درمانی گلاسر (۱۳۹۵) به زوج‌ها می‌آموزد برای داشتن یک ازدواج موفق و زندگی زناشویی شاد باید دقت کنند، ببینند چه می‌توانند انجام دهند تا ارتباط‌شان را بهبود ببخشند و ازدواج‌شان را غنی سازند. مطابق با آموزه‌های گلاسر (۲۰۰۸)، زوج‌ها بر اساس روان‌شناسی کنترل بیرونی، تصور می‌کنند که علت تمام مشکلات زندگی زناشویی آن‌ها در امور خارج از وجود آن‌ها ریشه دارد. بنابراین آن‌ها فکر می‌کنند که برای از بین بردن مشکلات راهی جز مهار دیگران ندارند. لذا با رفتارهایی مثل انتقاد، سرزنش، تهدید، تحقیر، تنبیه، بی‌توجهی و مانند آن، سعی می‌کنند محیط و همچنین همسر خود را مهار کنند و تغییر دهند؛ اما از این غافل‌اند که آن‌ها فقط می‌توانند خود را مهار کنند (فتح‌الله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). مجموعهٔ رفتارهای فوق، نبود انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانیِ کم می‌تواند زندگی زناشویی آن‌ها را در معرض فروپاشی قرار دهد. در این پژوهش زوج‌ها آموختند که تمرکز را از رفتار همسر خود

بردارند و بر رفتار خود تمرکز کنند، نقاط ضعف مهارت‌های ارتباطی خود را پیدا کنند، انعطاف‌پذیری خود را بالاتر ببرند، کاربرد موانع ارتباطی مذکور را متوقف کرده و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری برنامهٔ ارتباط درست روابط خویش را بهبود بخشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزارهای ساخت غرب اشاره کرد که متناسب با زمینه‌های فرهنگی، اعتقادی، اجتماعی، و ساختاری خانواده‌های ایرانی نبوده و می‌تواند نتایج را تحت تأثیر خود قرار دهد. از این رو پیشنهاد می‌شود پرسشنامه‌هایی مطابق با زمینه‌های فرهنگی ایران ساخته و هنجاریابی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تعداد زوج‌ها برای جلسات گروهی کمتر در نظر گرفته شود و همچنین از حضور هم‌زمان و به‌موقع هر دو زوج اطمینان حاصل شود تا خللی در نتایج ایجاد نشود. با توجه به اثربخشی یکسان هر دو رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌محور و واقعیت‌درمانی، پیشنهاد می‌شود که مشاوران خانواده و زوج-درمانگران، فنون و روش‌های کاربردی آن‌ها را فراگرفته و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی جهت ارتقاء تحمل پریشانی و درمان مشکلات مربوط به روابط زناشویی زوج‌ها به‌کارگیرند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخلهٔ هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن و با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.88 به تصویب رسیده است

و نویسندهٔ اول در طراحی، گرداوری داده‌ها، نویسندهٔ دوم در مفهوم‌سازی و نهایی‌سازی، نویسندهٔ سوم در مفهوم‌سازی و تحلیل آماری داده‌ها، و نویسندهٔ چهارم در ویراستاری نهایی نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

امین الرعیا، رضوان.، کاظمیان، سیمه. و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۵). پیش بینی تحمل پریشانی بر اساس مولفه‌های ارتباطی خانواده مبدا در زنان مطلقه و غیرمطلقه. *زن و جامعه*، ۷(۴)؛ ۱۰۶-۹۱ [پیوند].

اندامی خشک، علیرضا. (۱۳۹۲). *نقش واسطه‌ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

برنا، محیا.، حسن آبادی، حسین.، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار و واقعیت درمانی بر رضایتمندی زناشویی زوجین. *روانشناسی بالینی*، ۷(۴پیاپی۲۸): ۳۷-۴۴ [پیوند].

حسنی، معصومه.، غفاری، عذرا.، ابوالقاسمی، عباس. و تلکوی، سمیه. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، حس پیوستگی و تعاملات زناشویی در زوجین متقاضی طلاق. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۳(۵۳): ۸۸-۱۰۶ [پیوند].

خلیلی، شیوا.، برزگر کهنمویی، ساناز.، صاحبی، علی. و فراهانی، حجت الله. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مبتنی بر تئوری انتخاب و واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی (پژوهش مورد منفرد). *پژوهش های کاربردی روان‌شناختی*، ۷(۱): ۲۴-۱ [پیوند].

رحمتی، فاطمه. و صابر، سوسن. (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در دانش آموزان معتاد به اینترنت و دانش آموزان عادی. *روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۴پیاپی۴۴): ۵۹۴-۵۷۹[پیوند].

رئیسی، سیدجمال.، محمدی، کوروش.، زارعی، اقبال. و نجارپوریان، سمانه. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و رویکرد تصمیم گیری مجدد بر افزایش ابعاد تاب آوری زنان متاهل. *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۶(۱۲): ۳۹-۵۵[پیوند].

داورنیا، رضا.، زهراکار، کیانوش.، معیری، نسیم. و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۵). بررسی کارایی زوج‌درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی. *نشریه علوم پزشکی دانشگاه آزاد*، ۲۵(۲): ۱۳۲-۱۴۰[پیوند].

صاحبی بزاز، لیلا.، سودانی، منصور. و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجعه کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*۴(۳۳): ۵۹-۸۳ [پیوند].

عارف پور، امیرمحمد.، شجاعی، فرشته سادات.، حاتمی، محمد. و مهدوی، هدی. (۱۳۹۸). پیش بینی تاب آوری بر اساس تنظیم شناخت هیجان و احساس گناه در زنان دچار سرطان پستان. *روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۴ پیاپی۵۲): ۵۰۹-۵۲۶. [پیوند].

فتح اله زاده، نوشین.، میرصیفی‌فرد، لیلاالسادات.، کاظمی، مهناز.، سعادتی، نادره. و نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۹۶). اثربخشی غنی سازی زندگی زناشویی بر اساس نظریه انتخاب بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زوج‌ها. *روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۳پیاپی۴۳): ۳۷۲-۳۵۳ [پیوند].

گلاسر، ویلیام. (۱۳۹۵). *تئوری انتخاب و مدیریت زندگی*. ترجمه: علی صاحبی، انتشارات: سایه سخن (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸).

محمودپور، عبدالباسط.، فرحبخش، کیومرث.، حسینی، به رزان. و بلوچ زاده، الهام. (۱۳۹۷). پیش بینی تعهد زناشویی زنان بر اساس شیوه‌*ای دلبستگی، خودشفقتی و تحمل پریشانی. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۸(۱ پیاپی۲۵): ۶۵-۸۴* [پیوند].

میکائیلی، نیلوفر.، رحیمی، سعید. و صداقت، مهرناز. (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، ساختار انگیزشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش بینی طلاق هیجانی زوجین. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۴(۱): ۱-۱۶ [پیوند].

Allen, R. C., & Palk, G. (2018). Development of recommendations and guidelines for strengthening resilience in emergency department nurses. *Traumatology*. Advance online publication [Link].

Anderson. H. (2012). *A Spirituality for Family living. In Walsh. F. Spiritual Resource in Family therapy*. New York: Guilford Press

Denton, W.H., Wittenborn, A.K., & Golden, R.N. (2010). Augmenting Antidepressant Medication Treatment of Depressed Women with Emotionally Focused Therapy for Couples: A Randomized Pilot Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1): 23-38. [Link]

Dutch, M. S., & Ratanasiripong, P. (2017). Marriage family therapist's attitudes toward evidencebased treatments and readiness for change. *Journal of Psychotherapy Integration*, *27*(4): 540-547. [Link]

Elliott, T. R., Hsiao, Y.-Y., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Kwok, O.-M., Morissette, S. B., & Meyer, E. C. (2019). Resilience facilitates adjustment through greater psychological flexibility among Iraq/Afghanistan war veterans with and without mild traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, *64*(4): 383–397. [Link]

Keough, M.E., Riccardi, C.J., Timpano, K.R., Mitchell, M.A., & Schmidt, N.B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41: 567-574. [Link]

Johnson, S.M. (2012) .The practice of emotionally focused couple therapy. New York: Brunner – Rutledge.

Johnson, S., & Zuccarini, D. (2010). Integrating Sex and Attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(4): 431-445. [Link]

MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds). (2013). T*he Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*. John Wiley & Sons.

Tie S, Poulsen Sh (2013). Emotionally focused couple therapy with couple's marital adjustment. *Contemporary Family Therapy*; 35(3): 393-402. [Link]

Wiebe, A. S., & Johnson, M. S. (2017). Creating relationship that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13: 65-69. [Link]

Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8): 469-475 .[Link]

Williamson, H. C., Rogge, R. D., Cobb, R. J., Johnson, M. D., Lawrence, E., & Bradbury, T. N. (2015). Risk moderates the outcome of relationship education: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(3): 617629. [Link]

Yi-Frazier, J. P., Fladeboe, K., Klein, V., Eaton, L., Wharton, C., McCauley, E., & Rosenberg, A. R. (2017). Promoting Resilience in Stress Management for Parents (PRISM-P): An intervention for caregivers of youth with serious illness. *Families, Systems, & Health*, *35*(3): 341–351. [Link]

Zuccarini, D., Johnson, S.M., Dalgeish, 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 Fam Ther*, 39(2): 14862. [Link]

***

پرسشنامه انعطاف‌پذیری کنشی

همیشه درست	اغلب درست	گاهش درست	به ندرت درست	کاملاً نادرست

۱. وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.	۴	۳	۲	۱	۰
۲. حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.	۴	۳	۲	۱	۰
۳. وقتی که راه‌حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا یا تقدیر می‌تواند کمک کند.	۴	۳	۲	۱	۰
۴. می‌توانم برای هر چیزی که سر راهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیاندیشم.	۴	۳	۲	۱	۰
۵. موفقیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو برخورد کنم.	۴	۳	۲	۱	۰
۶. بامشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آنها را هم ببینم.	۴	۳	۲	۱	۰
۷. لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.	۴	۳	۲	۱	۰
۸. معمولا پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم باز می‌گردم	۴	۳	۲	۱	۰
۹. معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست	۴	۳	۲	۱	۰
۱۰ در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه هم کاری ندارم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۱. معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۲ حتی وقتی که امور ناامید کننده می‌شوند، مأیوس نمی‌شوم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳. در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۴. تحت فشارم تمرکزم را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم	۴	۳	۲	۱	۰
۱۵. ترجیح می‌دهم مشکلاتم را حل کنم تا دیگران‌تمامی تصمیم‌ها را بگیرند.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۶. اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی‌شوم	۴	۳	۲	۱	۰
۱۷. وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۸. در صورت لزوم می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیرمنتظره‌ای بگیرم که دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۹. می‌توانم احساسات چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.	۴	۳	۲	۱	۰
۲۰. در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفا براساس حدس و گمان عمل کنی.	۴	۳	۲	۱	۰

۲۱. در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.	۴	۳	۲	۱	۰
۲۲. حس می‌کنم بر زندگیم کنترل دارم.	۴	۳	۲	۱	۰
۲۳. چالش‌های زندگی را دوست دارم.	۴	۳	۲	۱	۰
۲۴. بدون در نظر گرفتن مواقع برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.	۴	۳	۲	۱	۰
۲۵. بخاطر پیشرفت‌هایم به خودم می‌بالم.	۴	۳	۲	۱	۰

***

پرسشنامه تحمل پریشانی

ردیف	سوالات	کاملاً موافقم	اندکی موافقم	نه موافق نه مخالفم	اندکی مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	داشتن احساس پریشانی برای من غیر قابل تحمل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می‌توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	من نمی‌توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	احساس پریشانی‌ام آن قدر شدیدند که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۷	احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	هر کاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی دوری کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی را تحمل کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	وقتی احساس پریشانی می کنم از خودم خجالت می کشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	هر کاری را برای توقف احساس پریشانی‌ام انجام می دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	وقتی پریشان می شوم، باید بلافاصله کاری در مورد ان انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی‌توانم بکنم.	۱	۲	۳	۴	۵

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020, 123-145
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

Research Article

Students' Lived Experience of Online Learning during the COVID-19 Disease: An Interpretative Phenomenological Analysis

O. Shokri[1]*, F. Rashidipour[2], M. Sharifi[1]

1. Ph.d in educational psychology, Shahid Beheshti University. Email:oshokri@yahoo.com
2. Ph.d student in Educational Psychology

Received: 11 August 2020 Accepted: 15 September 2020

Abstract

Interpretative phenomenological analysis is an approach offering insights into how participants make sense of their individuality and their social world and what specific events and experiences mean to them. Accordingly, researchers in the present study analyzed university students' lived experience of virtual learning during the Coronavirus pandemic. For this purpose, 27 undergraduate and graduate students of Shahid Beheshti University were selected up to data saturation point and data were collected through online in-depth semi-structured individual interviews. After recording and rewriting the interviews, the available data were analyzed by the application of Colaizzi's method. Three major themes were extracted from the analysis, including the feeling of adequacy and competence, autonomy and self-direction, and relatedness. In addition, based on the results, subthemes of the aforementioned major themes were as follows: task types, participation, evaluation, social support, time, causal attributions, self-efficacy beliefs, mental sets, emotions, and teacher ethics components. In general, the findings, in line with the principles of self-determination theory, showed that although facing some limitations is inevitable in the context of virtual learning, to the university students, facilitating the necessary conditions for them to meet their basic psychological needs plays an important role. Practical implications of this study were discussed by emphasizing the need to develop incentive and supportive teaching styles in response to students' psychological needs.

***Key words**: interpretative phenomenological analysis, virtual (online) learning, university students, COVID-19 disease, lived experience*

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۱۴۵-۱۲۳
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

مقاله پژوهشی

تجربهٔ زیستهٔ دانشجویان دربارهٔ یادگیری آنلاین در دوران اپیدمی بیماری کوید ۱۹: یک تحلیل پدیدارشناختی تفسیری

امید شکری[۱]*، فاطمه رشیدی‌پور[۲]، محمد شریفی[۱]

۱. دکترای روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهیدبهشتی تهران. ایمیل: oshokri@yahoo.com
۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهیدبهشتی تهران

دریافت مقاله: ۹۹/۰۵/۲۱
پذیرش مقاله: ۹۹/۰۹/۱۵

چکیده

تحلیل پدیدارشناختی تفسیری روشی است که با استفاده از آن می‌توان دریافت مشارکت‌کنندگان دنیای خود را چگونه درک کرده و تجارب خاص برای آن‌ها چه معنایی دارد. بر این اساس، محققان در مطالعهٔ حاضر کوشیدند تا تجربهٔ زیستهٔ دانشجویان را دربارهٔ یادگیری از طریق آموزش مجازی در دوران اپیدمی بیماری کوید ۱۹ تحلیل کنند. بدین منظور از بین دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تا حد رسیدن به اشباع اطلاعاتی، ۲۷ دانشجو در مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد انتخاب و به صورت مجازی با آن‌ها مصاحبه شد. داده‌های پژوهش حاضر از طریق انجام مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساخت یافته به‌صورت فردی و به شکل آنلاین جمع‌آوری شد. داده‌های موجود با استفاده از روش کلایزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از تحلیل داده‌های به دست آمده سه مضمون اصلی شامل احساس کفایت و شایستگی، خودمختاری و خودراهبری، و ارتباط استخراج شدند. افزون بر این، نتایج نشان داد که خرده‌مضامین ذیل هر یک از مضامین اصلی شامل نوع تکلیف، مشارکت، ارزشیابی، حمایت اجتماعی، زمان، اسنادهای علّی، باورهای خودکارآمدی، آمایه‌های ذهنی، هیجانات و مؤلفه‌های اخلاق حرفه‌ای معلم بودند. به‌طور کلی، نتایج مطالعهٔ حاضر همسو با آموزه‌های نظریهٔ خودتعیین‌گری نشان می‌دهد که هر چند در متن استفاده از آموزش مجازی تجربهٔ برخی محدودیت‌ها گریزناپذیر است، اما بر اساس دیدگاه دانشجویان تسهیل شرایط لازم برای تأمین نیازهای روان‌شناختی بنیادین آن‌ها در حفاظت از پویایی حیات علمی آن‌ها از نقش تعیین کننده‌ای برخوردار است. دربارهٔ استلزامات کاربردی پژوهش حاضر با تأکید بر ضرورت توسعهٔ سبک‌های تدریس مشوق و حمایتگر پاسخ به نیازهای روان‌شناختی دانشجویان بحث شد.

کلید واژه‌ها: *تحلیل پدیدارشناختی تفسیری، یادگیری آنلاین، دانشجویان، بیماری کوید ۱۹، تجربهٔ زیسته*

مقدمه

در خلال سال‌های اخیر توسعهٔ دانش بشری در قلمرو فناوری ارتباطات سبب شده است که اخذ دروس آنلاین و گذراندن دوره‌های آموزش مجازی در بسیاری از دانشگاه‌ها در سراسر جهان رونق یابد (گودست، ۲۰۲۰؛ آل مامون، لوری و رایت، ۲۰۲۰). انعطاف‌پذیری دروس آنلاین سبب شده است که مسئولیت فراگیران برای خودراهبری و خودتعیین‌گری بیش از پیش افزایش یابد. یادگیری آنلاین که در آن از تعامل مبتنی بر فناوری رایانه به مثابه یک رسانهٔ یادگیری اولیه استفاده می‌شود، به طرقی اساسی از محیط‌های یادگیری چهره به چهره متفاوت است. برای یادگیرندگان، تجربهٔ یادگیری آنلاین در محدودهٔ یک محیط ناآشنا، منابع مقابله‌ای و ظرفیت انطباق‌پذیری آن‌ها را به مصاف می‌طلبد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۹). غالب یادگیرندگان در حالی برای ثبت‌نام در دروس و دوره‌های آنلاین متقاضی می‌شوند که به دلیل فقدان تجارب حمایتی مکفی، خویش را با تکلیف چالش‌انگیز یادگیری مهارت‌های رویارویی فعالانه با مطالبات آموزش مجازی مواجه می‌بینند (مک‌گیلورای، ۲۰۱۴).

در خلال ماه‌های گذشته با اوج‌گیری بیماری کوید ۱۹ در کشورهای مختلف و از جمله ایران، یکی از اصلی‌ترین راهبردهای ناظر بر تحقق دغدغهٔ فاصله‌گذاری اجتماعی[1] با هدف کنترل و پیشگیری از شیوع بیماری کرونا، تعطیلی مدارس و دانشگاه‌ها بوده است (فرانسیس و پگ، ۲۰۲۰). محققان مختلف با اطلاع دقیق از پیامدهای چندگانهٔ ویروس کرونا، نیمرخ سلامت روانی افراد مختلف و به‌طور خاص یادگیرندگان را مطالعه کرده‌اند (روی و همکاران، ۲۰۲۰). در این بخش، نتایج غالب مطالعات نشان می‌دهد که نشانه‌های اضطراب در بین دانشجویان شیوع بالایی دارد (کائو و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، گروهی از محققان کوشیده‌اند با تأکید بر نقش تعامل یادگیرندگان و تشویق یادگیری همیارانه در موقعیت‌های یادگیری آنلاین، زمینه را برای شکل‌دهی به ایدهٔ اجتماعِ جستجوگر[2] و متعاقب آن حصول دغدغه‌هایی مانند ساختن، به اشتراک گذاردن و فهمیدن دانش را بیش از پیش فراهم آورند (سیموندیس و چایلد، ۲۰۱۵). در این بخش، تحرکات فکری محققان در متن وارسی ظرفیت‌های محیط‌های یادگیری مجازی بر آموزه‌های نظریهٔ یادگیری سازنده‌گرا[3] مبتنی است که در آن تأکید می‌شود یادگیرندگان، دانش را از طریق تعامل اجتماعی با یکدیگر می‌سازند. بر این اساس، شای (۲۰۰۶) تأکید می‌کند که در رجوع به یادگیری آنلاین، تغییری فلسفی[4] از عینی‌نگری به سازنده‌گرایی[5] و تغییری

1. social distance
2. community of inquiry
3. constructivist learning theory
4. philosophical shift
5. objectivism to constructivism

پداگوژیک[1]از آموزش مستقیم به تسهیلگری یادگیری همیارانه[2]پدیدار می‌شود. بنابراین، می‌توان اذعان داشت از آنجا که محیط یادگیری آنلاین نیاز یادگیرندگان برای دسترسی به کلاس‌های درس را در هر زمان ممکن، و همچنین بهبود در مهارت‌های تعاملی را امکان‌پذیر می‌سازند، از منظر متخصصان تربیتی فرصتی مغتنم برای ترغیب یادگیری سازنده‌گرا محسوب می‌شود (اسچیل و جانیکی، ۲۰۱۳). با این وجود، از آنجا که تأکید سازنده‌گرایی بر فعالیت‌های گروهی ناظر بر یادگیری همیارانه مبتنی بر تعاملات همسال ـ همسال[3]است، برای محیط یادگیری آنلاین می‌تواند چالش‌هایی را نیز به وجود آورد (هوآنگ، ۲۰۰۲). تعامل مؤثر یادگیرنده برای محقق شدن یادگیری سازنده‌گرا به مثابه وجهی از یادگیری بادوام و مؤثر منوط به آن است که فرد در فعالیتی اجتماعی با گروه دیگری از افراد مشارکت کند (پریتچارد و ولارد، ۲۰۱۰).

بدون شک، تنظیم جلسات هم‌اندیشی‌های مباحثه‌محور به منظور ایجاد یک محیط اجتماعی مشوقِ تعامل، همیاری و تشریک مساعی و همچنین مؤثر بر تغییر احتمالی جهت‌گیری‌های افراد و توسعه‌مندی اجتماعات پرسشگری با هدف تسهیل احساس تعلق خاطر[4]و کاهش احساس بیگانگی[5]با محیط یادگیری آنلاین، در پربارسازی کیفی‌نگر یادگیری از طریق آموزش مجازی از نقش بااهمیتی برخوردار است (روای و ویتینگ، ۲۰۰۵). به‌طور کلی، مشارکت در نشست‌های گفتمان‌محور با هدف افزایش یادگیری و تدارک تجارب حمایتی همسال‌محور توسعه یافته‌اند (دیویس و گراف، ۲۰۰۵). نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که تعامل پربسامد یادگیرندگان با فزون‌یافتگی احساس رضامندی در آن‌ها رابطه دارد (گیلبرت، مارتان و رولی، ۲۰۰۷). با این وجود، بسامد تعامل به مثابه یک شاخص نتیجه‌محور، بینش کمی را دربارهٔ تجربهٔ تعامل و اهمیت آن برای تجربهٔ یادگیری تدارک می‌بیند. در مطالعهٔ سیمیونیودس و چالدز (۲۰۱۵) که با هدف تحلیل پدیدارشناختی تفسیری[6]تجربهٔ فراگیران از یادگیری آنلاین انجام شد، نتایج نشان داد که تعامل یادگیرنده در یادگیری همیارانه و انسجام اجتماعی آنلاین از نقش تعیین‌کننده‌ای برخوردار است. با این وجود، یادگیری آنلاین نیازمند سازگاری با رسانهٔ تعامل مبتنی بر رایانه در محیط یادگیری آنلاین است. نتایج این مطالعه نشان داد که تجربهٔ تعامل رایانه‌ای به‌جای تعاملات چهره به چهره، تطبیق و رویارویی با مطالبات یادگیری آنلاین را دشوار ساخت. بر این اساس، چهار مضمون اصلی شامل ناتوانی در بیانگری خود به صورت کامل[7]دشواری در ایجاد روابط[8]و دشواری

1. pedagogical shift
2. facilitation of collaborative learning
3. peer–peer interactions
4. fostering a sense of belonging
5. feelings of alienation
6. interpretative phenomenological analysis
7. inability to express one's self fully
8. difficulties establishing relationships

مقایسهٔ خویشتن با دیگران[1] و در نهایت، کلمه نوشته شده نیز یک وسیله یادگیری غیرمؤثر[2] بود. نتایج این مطالعه نشان داد که تقویت جهت‌گیری‌های همیارانه در بافت تعامل مربی و یادگیرنده در خلق یک محیط تعاملی ایمن، نقش مهمی داشت. ویلسون، مارتینز، میلس، دیمیلو، اسمیلک و ریسکو (۲۰۱۷) نیز به کمک چند آزمایش، اثر حضور معلم را در فرایند یادگیری از طریق آموزش مجازی مطالعه کردند. آن‌ها تأکید کردند از آنجا که آموزش مجازی فرصتی را برای ارائهٔ مطالب آموزشی به طرق مختلف تدارک می‌بیند، اطلاع از بهترین حالت ممکن از اهمیت زیادی برخوردار است. در آزمایش نخست، آموزش سخنرانی به یکی از سه روش شنیداری صرف، شنیداری به همراه متن و شنیداری به همراه ویدیوی آموزش‌دهنده ارائه شد. مشارکت‌کنندگان در طول سخنرانی میزان توجه و حواس‌پرتی خود را از طریق یک آزمون درک مطلب گزارش کردند. نتایج نشان داد که روش سخنرانی ویدیویی همراه با ارائهٔ تصویر آزمایشگر در مقایسه با روش‌های دیگر، در کاهش حواس‌پرتی و یا افزایش درک مطلب تأثیری نداشت. نتایج نشان داد که اگرچه نمایش ویدیویی آموزش‌دهنده به‌عنوان یک عامل ایجادکنندهٔ حواس‌پرتی عمل می‌کند اما همچنان یادگیرندگان اصرار داشتند که در این شرایط یادگیری مؤثرتری داشتند. در مجموع، نتایج مطالعهٔ ویلسون و همکاران (۲۰۱۷) بر ضرورت استفاده از طراحی آموزشی و یادگیری چندرسانه‌ای تأکید داشتند.

با وجود تعدد تلاش‌های تحقیقاتی ناظر بر وارسی نظامدار یادگیری از طریق آموزش مجازی در سال‌های اخیر (وانگ، فانگ و گا، ۲۰۲۰)، اما ساما و گیوفریدا (۲۰۱۳)، اسمیت و آسبورنی (۲۰۰۸) و اسمیت، فلاورز و لارکین (۲۰۰۹) با اخذ روی‌آوردی واقع‌نگر تأکید می‌کنند که استفاده از مصاحبه‌های عمیق به دلیل تأکید بر سؤالاتی مانند «چرایی» و «چگونگی»، فهم محققان را پیرامون پدیده‌های مختلف از جمله یادگیری آنلاین، غنای بیشتری می‌بخشند. افزون بر این، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تأکید مضاعف شواهد موجود بر روش‌های آموزش و ابعاد شناختی و فناورانه یادگیری آنلاین سبب شده است که وجوه هیجانی یادگیری از طریق آموزش مجازی کمتر در کانون توجه محققان قرار گیرد (سیمیونیودس و چالدز، ۲۰۱۵). وقتی رویکردهای پژوهشی برای هیچ کدام از افراد تصویر پرواضحی از ظرافت‌های تجربهٔ آن‌ها فراهم نمی‌آورد، اطلاع از نقش احساسات، افکار و تجربهٔ یادگیرندگان در فرایند تعامل و یادگیری‌شان دشوار می‌شود. مانترو و سانن (۲۰۱۴) تأکید می‌کنند که این ناکامی و نابسندگی، دیدگاه ناکامل و غیردقیقی را از تجربهٔ یادگیری فراگیران تدارک خواهد دید. بنابراین، استقبال از تغییری فلسفی

1. comparing one's self to others

2. written word as an ineffective learning medium

با هدف تأکید بر نقش یادگیرندگان به‌عنوان آگاهان از تجربهٔ خویشتن، ضروری است. رویکرد پدیدارشناختی این فرایند را از طریق دستیابی به فهمی عمیق‌تر از چالش‌ها و فرصت‌های تجربهٔ یادگیری آنلاین برای فراگیران تصریح می‌کند. بنابراین، با توجه به گریزناپذیری استفادهٔ فراگیر از آموزش مجازی در دوران اپیدمی ویروس کرونا، و همچنین ضرورت اطلاع از اینکه یادگیرندگان چگونه جهان فردی و اجتماعی خود را احساس و تجربه می‌کنند و افزون بر این، درک عمیق شیوهٔ ارجح مشارکت‌کنندگان برای معنایابی و معناگذاری پیرامون تجارب و رخدادهای ویژه مانند پدیدهٔ یادگیری از آموزش مجازی در مقطعی که تلاش برای کنترل بیماری کوید به نخستین دغدغهٔ غالب کشورهای جهان تبدیل شده است، سبب شد تا محققان در مطالعهٔ حاضر تجربهٔ زیستهٔ دانشجویان را پیرامون فرصت‌ها و چالش‌های یادگیری از طریق آموزش و یادگیری مجازی به مثابه یک پدیدهٔ فراگیر، تحلیل کنند. بنابراین، مهم‌ترین پرسش محققان این است که:

۱. تجربهٔ زیستهٔ دانشجویان درباره پدیدهٔ آموزش و یادگیری آنلاین در دوران اپیدمی بیماری کوید ۱۹ چگونه است؟

۲. فرصت‌ها و چالش‌های احتمالی رویارویی با این پدیدهٔ نوظهور کدام است؟

روش

مطالعهٔ حاضر یک مطالعهٔ کیفی است که با هدف درک و توصیف پدیدهٔ یادگیری از طریق فضای مجازی در دوران اپیدمی بیماری کوید ۱۹ از منظر دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی انجام شد. برای رسیدن به این هدف در ابتدا پروتوکل مصاحبه متشکل از پنج سوال اصلی بازپاسخ طراحی شد. سؤالات پروتوکل معرف سؤالات اصلی مطالعه بودند. در ابتدا و قبل از شروع فرایند اصلی مصاحبه‌ها، سه مصاحبهٔ مقدماتی برای اصلاح سؤالات انجام شد. سؤالات اصلی پروتوکل به شرح زیر است: ۱. تجربهٔ خود را از آموزش آنلاین چگونه توصیف می‌کنید؟ ۲. آیا این تجربه از منظر شما، تجربه‌ای خوشایند است یا ناخوشایند؟ چرا؟ ۳. از نگاه شما این نوع آموزش چه مزایایی برای دانشجویان به همراه دارد؟ ۴. شما چه معایبی را بر این نوع آموزش مترتب می‌دانید؟ ۵. در مجموع اگر قادر به انتخاب بین آموزش مجازی و حضوری باشید، کدام نوع آموزش را انتخاب می‌کنید؟ در این پژوهش مصاحبه‌ها به صورت انفرادی انجام شد. پس از حصول اطمینان و اعتماد مشارکت‌کنندگان و اطلاع کامل از محرمانه‌بودن مصاحبه‌ها و همچنین آزاد بودن برای خروج از مطالعه در هر زمان و رعایت جمیع ملاحظات اخلاقی، مصاحبه در محیطی آرام و به دور از مزاحمت‌های احتمالی، از طریق مجازی انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت سؤالات بازپاسخ و به مدت ۴۵ دقیقه تا یک ساعت انجام شد. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده

شد. در این روش محققان از آنجایی‌که به دنبال کسب بینش از نمونهٔ منتخب بودند، افرادی را برگزیدند که مصداقی از پدیدهٔ موردنظر باشند. بنابراین در پژوهش حاضر، گروه نمونه دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی بودند که قبل از شیوع کوید ۱۹، از آموزش حضوری بهره می‌بردند. اما پس از شیوع این پاندمی، آموزش در بستر وب یا آموزش آنلاین را تجربه کردند. بنابراین ملاک ورود در پژوهش حاضر، این بود که دانشجوی منتخب، از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی باشد که به‌صورت حضوری در این مرکز علمی درس می‌خواند. ملاک خروج نیز شامل دانشجویانی است که در این دانشگاه درس نمی‌خوانند و همچنین دانشجویانی که قبل از شیوع کوید ۱۹، آموزش مجازی را تجربه کرده‌اند. در مجموع، تعداد ۲۷ مصاحبه انجام شد. ۱۷ نفر از مشارکت-کنندگان را دانشجویان زن و بقیه را دانشجویان مرد تشکیل دادند. بازهٔ سنی مشارکت‌کنندگان بین ۱۹ الی ۳۰ سال و شامل دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد از دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهیدبهشتی بودند. پس از مصاحبه ۲۷، هیچ تجربهٔ جدیدی در صحبت-های مشارکت‌کنندگان گزارش نشد. بنابراین به دلیل رسیدن به اشباع اطلاعاتی، انجام مصاحبه‌ها متوقف شد.

جمع‌آوری اطلاعات

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. این نوع مصاحبه‌ها به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق‌بودن برای پژوهش‌های کیفی، مناسب هستند (کرسول، ۲۰۱۳؛ نظیر، ۲۰۱۶). مصاحبه‌کننده کوشید با استفاده از روش توجه بدون قضاوت در خلال مصاحبه‌ها، از جهت‌دهی و هدایت مصاحبه‌شوندگان، بپرهیزد. همهٔ مصاحبه‌ها به‌صورت مجازی و در خلال دو هفته انجام شد.

روش

از آنجایی‌که هدف تحقیق حاضر درک ماهیت و تجربهٔ زیسته از منظر دانشجویانی بود که پدیدهٔ آموزش فراگیر مجازی را در دوران اپیدمی ویروس کرونا تجربه کرده بودند، روش پژوهش حاضر روش پدیدارشناسی تفسیری بود. روش پدیدارشناسی به زبان ساده بیانگر این است که چگونه مشارکت‌کنندگان پدیدهٔ خاصی را تجربه کرده و به آن معنا می‌دهند (رایت، ۲۰۱۹). بنابراین، مراحل انجام روش پدیدارشناسی به‌طور کامل دنبال شد. این مراحل شاملِ آشنایی با داده‌ها و خوانش اولیه، شناسایی نکات مهم و ایجاد کدهای اولیه، جستجوی مضامین، تعریف مضامین و زیرمضامین، و در نهایت نوشتن گزارش بود (کرسول، ۲۰۱۳). بر این اساس، ابتدا متن هر مصاحبه

کلمه به کلمه و خط به خط خوانده و کدهایی در حاشیهٔ متن یادداشت شد. سپس، حدود ۷۶ کد اولیه استخراج و در گام بعد کدهای مشابه در کنار هم قرار گرفته و سه مضمون اصلی را تشکیل دادند. در نهایت، از تحلیل مصاحبه‌ها سه مضمون اصلی و هشت زیرمضمون به دست آمد. موافق با دیدگاه مگوئیر (۲۰۱۷) به منظور ارزشیابی داده‌ها اقدامات زیر انجام شد:

۱. از نظارتِ فردی دارای تجربهٔ تحقیقِ کیفی در کلیهٔ مراحل پژوهش استفاده شد.

۲. همچنین از فرد دیگری خارج از پژوهش و دارای تجربهٔ تحقیق کیفی و آشنا به دغدغهٔ اصلی پژوهش (یادگیری آنلاین) جهت بررسی کدها و طبقات استخراج‌شده از نقل‌قول‌ها کمک گرفته شد. سپس میزان توافق کدگذاری‌ها بررسی شد.

۳. همچنین، به کمک نشان‌دادن مضامین و زیرمضامین به چند مشارکت‌کننده و اعمال نظرات آن‌ها در توصیف نهایی، اعتباریابی از آن‌ها انجام شد.

۴. در گزارش نهایی، نمونه‌های کلامی مشارکت‌کنندگان بیان شد.

۵. تلاش شد در گزارش نهایی به‌طور مشروح و با دقت رویه‌های مورد مطالعه، زمینه و شرایط پژوهش توصیف شود.

یافته‌ها

در این بخش، با تأکید و همچنین فهم دقیق ویژگی‌های یک پژوهش پدیدارشناسانه، هدف ارائهٔ آیینه‌گونهٔ ادراکات و ذهنیات دانشجویان در پاسخ به سوال ناظر بر فرصت‌ها و چالش‌های یادگیری از طریق آموزش مجازی در دوران شیوع بیماری کوید ۱۹ از منظر آن‌ها، بدون هیچ قضاوتی دربارهٔ درستی یا عدم درستی آن ادراکات، در کانون توجه محققان قرار گرفت. در این پژوهش، تلاش شد ادراک دانشجویان از فرصت‌ها و چالش‌های آموزش مجازی بدون توجه به صحت و سقم آن‌ها گزارش شود. وقتی مصاحبه‌گر مشارکت‌کنندگان را با این سوال اصلی مواجه کرد که «به‌طور کلی، نظرتان دربارهٔ یادگیری آنلاین چیست؟» و «مهمترین فرصت‌ها و چالش‌های آن از منظر شما کدام است؟» با پاسخ‌های متنوع و گاه متناقضی مواجه شد. اغلب مشارکت‌کنندگان با تأکیدات گفتاری ناظر بر عناصر اطلاعاتی بدنهٔ مفهومی سازهٔ بسیط و چندوجهی انگیزش پیشرفت تحصیلی، کوشیدند چالش‌ها و فرصت‌های تجربهٔ ناگهانی رویارویی با یادگیری آنلاین را با رویکردی واقع‌نگر و معطوف بر انگیزش تحصیلی به‌طور دقیق مرور کردند. به بیان دیگر، مهم‌ترین دستاورد مفهومی مطالعهٔ حاضر در جستجوی مسیر ارجح معناآفرینی دانشجویان برای تصریح فرصت‌ها و چالش‌های تجربهٔ یادگیری آنلاین، در قاب سازهٔ انگیزش قرار گرفت. بنابراین، روی‌آورد فکری غالب یادگیرندگان معطوف بر خطوطی بود که برآیند واقع‌نگرانه نسبت به آن‌ها، به خلق

مفهوم چندساحتی انگیزش انجامید. در مجموع، پس از تحلیل اطلاعات به دست آمده از مصاحبه-ها تعداد سه مضمون اصلی شناسایی شد که در ادامه هر مضمون و زیرمضامین مرتبط با آن تشریح می‌شوند. افزون بر این، در پژوهش حاضر تحلیل متنی مصاحبه‌ها با دانشجویان پیرامون فرصت‌ها و چالش‌های یادگیری از آموزش مجازی، خاطرنشان ساخت که اساسی‌ترین واحد مفهومی قابل رجوع برای دانشجویان با هدف تصریح قطعات فکری و معنایی یادگیری آنلاین، معطوف به سازهٔ بسیط انگیزش پیشرفت و منطبق با آموزه‌های تئوری خودتعیین‌گری (رایان و دیسی، ۲۰۰۶) به مثابه یکی از تئوری‌های معاصر انگیزش پیشرفت تحصیلی بود. به بیان دیگر، جستجوی معابر مفهومی ناظر بر چالش‌ها و فرصت‌های یادگیری از طریق آموزش مجازی با تأکید بر مدل تامین نیازهای روان‌شناختی بنیادین آن‌ها شامل احساس کفایت و شایستگی، خودمختاری یا استقلال و ارتباط بود. در ادامه، بر اساس جدول شمارهٔ (۱)، مضامین اصلی استخراج‌شده با تأکید بر زیرمضامین در هر بخش به تفصیل مرور می‌شود.

جدول ۱. مضامین پایهٔ چالش‌ها و فرصت‌های پدیدهٔ آموزش مجازی بر اساس مصاحبه با دانشجو

مضامین اصلی	زیرمضامین‌ها	مقوله
ادراک از کفایت و شایستگی	-تکلیف -مشارکت -ارزشیابی -حمایت اجتماعی -گروهبندی -زمان -اسنادهای علّی -باورهای خودکارآمدی -آمایه‌های ذهنی -هیجان -معلم (تعهد، مراقبت و همدلی) -موانع فناورانه	اعتماد یا عدم اعتماد به توانایی خود برای رویارویی با مطالبات یک محیط یادگیری ناآشنا، اعتماد یا عدم اعتماد به خود برای مشارکت در مباحث درسی، اضطراب از عدم تسلط کامل بر مطالب، احساس نامیدی ناشی از احساس عدم انگیختگی فردی یا عدم انگیزانندگی آموزش مجازی برای تحرکات فکری، دشواری در فهم برخی مطالب، عدم دسترسی به جمیع منابع حمایتگر برای تسلط بیشتر بر مطالب درسی، فرصت دسترسی به مطالب تدریس‌شدهٔ کلاس‌ها در زمان، احساس ناخرسندی به عدم دسترسی به شبکهٔ اینترنت پرسرعت و قطع و وصل-شدن اتصال، تلاش برای توسعهٔ سواد فناورانه با هدف مواجههٔ کارآمدتر با چالش‌های محیط یادگیری آنلاین، دیدن چالش‌های تجربهٔ یادگیری آنلاین به مثابه یک تجربهٔ آموزشی فراگیر با هدف خودمراقبتی در برابر چالش‌های برآمده از آموزش مجازی، تلاش مضاعف برای حصول بیش از پیش هدف‌های دروس مختلف، تطبیق انتظار اساتید از دانشجویان با واقعیات ناظر بر کیفیت آموزش مجازی به منظور تأمین ایمنی روانی برای دانشجویان، پرهیز جدی اساتید از وضع استانداردهای عملکردی غیرقابل دسترس در شرایط فعلی، تأکید اساتید بر ارائهٔ تکالیف

چالش‌انگیز و پرهیز آن‌ها از مطالبات پیچیده و سخت، تأکید بر ارزیابی-های فرایندی و پرهیز از بیش‌ارزشگذاری برای نمرات امتحانات پایان ترم، اعتماد و اطمینان اساتید به توانایی‌های فراگیران، مراقبت از خود به‌عنوان یک کیفیت روانی ناظر بر کفایت و شایستگی، تعهدمندی به هدف‌های خودوضع شده با وجود فراز و فرودهای پیش آمده.		
افزایش مسئولیت فردی در قبال کمک به خوشتن برای حصول موفقیت، ضرورت خودنگری و خودارزیابی مستمر در تسلط به مطالب درسی، ناتوانی در متمرکز کردن توجه به‌طور کامل در خلال آموزش، تلاش برای جستجوی منابع تکمیلی با هدف اشراف بیشتر بر دروس مورد علاقه، تلاش بیشتر برای فائق آمدن بر محدودیت‌های ناشی از تجربهٔ یادگیری، احساس مسئولیت فزونی‌یافته برای جستجوی مسیرهای جایگزین احتمالی با هدف تحقق هدف‌های خودوضع‌شده، پرهیز از خودگویی‌های منفی، پرهیز از استانداردهای خودوضع‌شدهٔ افراطی، تأکید بر خودگویی‌های مثبت با هدف مراقبت فردی از منابع روانی خویش در برابر چالش‌های تهدید کنندهٔ خودباوری افراد، خودنظم‌بخشی هیجانی، تأکید مضاعف بر تحرکات خودجوش و خودانگیخته، استقبال اساتید از مشارکت بیش از پیش دانشجویان در تصمیم‌گیری‌های کلاسی، پرهیز اساتید از تصمیم‌گیرهای صرف بالا به پایین، تلاش اساتید برای کمک به فراگیران تا بر حسب توانایی خود سرعت خویش را برای تسلط بر مطالب تنظیم کنند، تشویق خودارزشیابی به وسیلهٔ اساتید، انعطاف‌پذیری در تعریف حدود زمانی پیش‌بینی‌شده برای انجام تکالیف با هدف تقویت احساس خودکنترلی در دانشجویان، خودایمنی و مقاومت در برابر تنگ‌اندیشی ناظر بر مفهوم موفقیت، خودپاداش‌دهی در برابر تعهدمندی و حذر از باریک‌اندیشی دربارهٔ تجربهٔ موفقیت به‌عنوان دانشجو، هیجان‌زدگی ناظر بر تجربهٔ تعالی فکری متعاقب رویارویی با استرس ناشی از بیماری.	-تکلیف -مشارکت -ارزشیابی -حمایت اجتماعی -گروهبندی -زمان -اسنادهای علّی -باورهای خودکارآمدی -آمایه‌های ذهنی -هیجان -معلم (تعهد، مراقبت و همدلی)	**خودمختاری و خودراهبری**
محدود شدن کانال‌های ارتباطی برای دسترسی به دانشجویان دیگر، تلاش برای توسعهٔ تجارب یادگیری مشارکتی از طریق بهبود روابط بین‌فردی، افزایش ضریب ایمنی فردی در برابر مطالبات محیط ناآشنای یادگیری مجازی از طریق جستجوی رفتار کمک، احساس مسئولیت بیشتر در قبال کمک به دیگران در بستر خلق محیطی ایمن برای تعاملات همیارانه، قوت یافتن بیش از پیش فضای همکاری‌های گروهی و بین‌فردی برای فائق آمدن بر استرس ناشی از تجربهٔ یادگیری آنلاین به‌عنوان یک تجربهٔ نوظهور، تأکید اساتید بر همکاری گروهی و تشریک مساعی و پرهیز از خلق موقعیت‌های رقابتی، ارائهٔ تکالیف نیازمند	-تکلیف -مشارکت -ارزشیابی -حمایت اجتماعی -گروهبندی -زمان -اسنادهای علّی -باورهای خودکارآمدی	**ارتباط**

تلاش‌های گروهی، متعهد بودن اساتید، برقراری روابط گرم و رضایت‌بخش با یادگیرندگان، ارزشگذاری برای صدای فراگیر، استفاده از جمیع ظرفیت‌های ارتباطی شبکه‌های اجتماعی با هدف سهولت در دسترسی، تعهدمندی اساتید و دوستان به سهولت در دسترسی به آن‌ها در مقایسه با گذشته، وسعت‌دادن شبکهٔ ارتباطات مجازی و غیرحضوری، تشویق هر چه بیشتر انجام تکالیف به صورت پروژه و در قالب تلاش‌های همیارانهٔ گروهی و مشارکتی، احساس مسئولیت در قبال مراقبت از دوستان، تأمل بیشتر به نقش روابط دوستانه در تأمین نیازهای روانی، هدف‌مندی ارتباطی و تلاش برای تجربهٔ روابط هدفدار، تلاش مضاعف برای سپاسگزاری هر چه بیشتر از زحمات معلمان و اساتید، فهم پرواضح‌تر از نقش بی‌بدیل اساتید و دوستان در تغذیهٔ خوراک روان‌شناختی دانشجویان، پرتلاشی دانشجویان برای تشویق هر چه بیشتر معلمان به پاسخ‌دهی.	-آمایه‌های ذهنی -هیجان معلم (تعهد، مراقبت و همدلی)

مضمون ۱: *احساس کفایت و شایستگی*. بر اساس آموزه‌های برآمده از نظریهٔ خودتعیین‌گری، یکی از اساسی‌ترین مؤلفه‌های شکل‌دهنده به وضعیت انگیزشی افراد، احساس کفایت و شایستگی است (رایان و دیسی، ۲۰۱۷، ۲۰۱۹). به‌طور کلی، نتایج در این بخش نشان داد که از منظر دانشجویان مهم‌ترین چالش فراروی یادگیری از طریق آموزش مجازی بر تهدیدگرهای ادرک از کفایت و شایستگی و متعاقب آن بدکارکردی انگیزشی یادگیرندگان مبتنی بود. در این بخش، تحلیل متنی مصاحبه‌ها با دانشجویان نشان داد که مهم‌ترین خرده‌مضامین شکل‌دهنده به بدنهٔ محتوایی مضمون اصلی احساس کفایت و شایستگی شامل نوع تکلیف، مشارکت، ارزشیابی، حمایت اجتماعی، منطق گروهبندی یادگیرندگان، زمان، اسنادهای علّی، باورهای خودکارآمدی، آمایه‌های ذهنی، هیجان و مولفه‌های اخلاق حرفه‌ای معلم بود. به‌طور کلی، طبق دیدگاه دانشجویان تلاش آن‌ها برای تطبیق خود با الزامات و اقتضاعات چالش‌انگیز محیط یادگیری آنلاین و ادراک آن‌ها از قابلیت خود برای سازگاری با این محیط یادگیری، از طریق معابر فکری متفاوتی در شکل‌دهی به ادراک فرد از کفایت و شایستگی وی اثرگذار است. افزون بر این، نتایج در این بخش نشان می‌دهد که مدل خودمطالبه‌گری و دگرمطالبه‌گری ناظر بر عناصری اطلاعاتی مانند تکلیف، زمان، گروهبندی و مانند آن در شکل‌دهی به ادراک دانشجویان از کفایت و شایستگی فردی در آن‌ها مؤثر است. بنابراین، ادراک از کفایت و شایستگی خاستگاهی درون ـ برون‌فردی دارد. در این بخش، برخی از پاسخ‌های دانشجویان به سوال ناظر بر چالش‌ها و

فرصت‌های آموزش مجازی که ذیل چتر مفهومی ادراک از شایستگی و کفایت قرار می‌گیرند، فهرست می‌شوند.

برای غالب دانشجویان، تجربهٔ محیط یادگیری آنلاین یک تجربهٔ کاملاً نوپدید است و کیفیت سازگاری با آن تعیین می‌کند که چالش‌ها و فرصت‌های آموزش مجازی از منظر دانشجو کدام است.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های آموزش مجازی بر اضطراب ناشی از عدم تسلط کافی بر برخی از بخش‌های مطالب درسی مربوط می‌شود.

یکی دیگر از چالش‌های آموزش مجازی این است که چون دانشجویان به‌طور مستقیم در معرض رصد و دید معلم نیستند، به‌ویژه در یادگیری دروسی که یادگیرندگان به آن‌ها علاقمند نیستند، کمتر ممکن است مطالب کلاسی را با تمرکز و علاقه دنبال می‌کنند. بنابراین، عدم توجه کافی به یادگیری فعالانهٔ آن دروس در تضعیف ادراک فرد از توانایی خود مؤثر است.

عدم دسترسی به اینترنت پرسرعت و قطع و وصل‌های مکرر صدا و تصویر در کلاس‌های درس، تمرکز را از دانشجو استاد می گیرد و کیفیت بهره‌برداری از کلاس‌ها افت می‌کند.

امکان دسترسی به کلاس‌های ضبط‌شده سبب می‌شود که دانشجویان بتوانند در صورت نیاز پس از اتمام کلاس به فراخور نیاز خود به دفعات از کلاس درس استفاده کنند.

در غالب موارد محیط‌های کلاس درس برایم خسته‌کننده و فاقد کیفیت مطلوب است.

محیط‌های یادگیری چندرسانه‌ای برایم بسیار آموزنده است و از حضور در این کلاس‌های مجازی بسیار لذت می‌برم.

دانشجویان نباید در مواجهه با چالش گریزناپذیر تلاش برای سازگاری با محیط یادگیری آنلاین بلافاصله خود را تسلیم شرایط کنند.

باید از خودسرزنشی نابجا و ارزیابی‌های خودکم‌نگر که اعتمادبه‌نفس دانشجو را تهدید می‌کند، پرهیز کرد.

باید به جای فرار کردن تلاش کرد تا از همهٔ منابع موجود برای مبارزه با چالش‌ها و فائق آمدن به آن‌ها بهره جست.

به‌عنوان یک دانشجوی موفق و درس‌خوان دائم به این موضوع می‌اندیشم که آیا می‌توانم مانند گذشته در امتحانات موفق باشم.

تلاش نسبتاً موفقیت‌آمیزم برای مدیریت شرایط پیش‌آمده در تقویت خودباوری من نقش تعیین کننده‌ای داشت.

مضمون ۲: *خودمختاری و استقلال*. در تئوری خودتعیین‌گری، یکی دیگر از مضامین محوری تصویرکنندهٔ وضعیت انگیزشی فراگیران، مولفهٔ خودجهت‌دهندگی و خودراهبری است. در مطالعهٔ حاضر که با هدف تحلیل تجربهٔ زیستهٔ دانشجویان دربارهٔ پدیدهٔ آموزش مجازی انجام شد، در بخش دیگری، نتایج با تأکید بر وزن‌گیری خودراهبری در مسیر معنایابی برای تجارب دانشجویان پیرامون یادگیری از طریق آموزش مجازی، تعلق خاطر انگیزشی ادراکات آن‌ها از تجربهٔ یادگیری مجازی به طور پرواضحی انعکاس یافت. در این بخش، دانشجویان باز هم با تأکید بر نقش معابر مفهومی متفاوتی مانند نوع تکلیف، مشارکت، ارزشیابی، حمایت اجتماعی، منطق گروهبندی یادگیرندگان، زمان، اسنادهای علّی، باورهای خودکارآمدی، آمایه‌های ذهنی، هیجان و مؤلفه‌های اخلاق حرفه‌ای معلم به منظور تصویر کردن جهت‌گیری‌های خویشتن در قبال پدیدهٔ آموزش مجازی و چالش‌ها و فرصت‌های مترتب بر آن، همسو با دغدغهٔ نظریهٔ خودتعیین‌گری بر نقش تعیین‌کنندهٔ خودراهبری و خودجهت‌دهی اصرار ورزیدند. به بیان دیگر، نتایج در این بخش نشان داد بر حسب این که تجربهٔ یادگیری از طریق آموزش مجازی تا چه اندازه توانسته است در مسیر تحرکات دانشجویان برای جستجوی پاسخ به نیاز خودراهبری در خویشتن بازدارندگی یا تسهیل‌گری را سبب شود، در اندیشیدن به چالش‌ها و فرصت‌های یادگیری آنلاین مؤثر است. در این بخش، برخی از پاسخ‌های دانشجویان به سوال ناظر بر چالش‌ها و فرصت‌های آموزش مجازی که ذیل چتر مفهومی خودمختاری و استقلال قرار می‌گیرند، فهرست می‌شوند.

مدتی است که فکر می‌کنم چون دیگر مانند قبل به اساتیدم دسترسی ندارم به حال خود رها شده‌ام و بنابراین به مراتب بیشتر از قبل باید برای تحقق اهداف تحصیلی‌ام به خود متکی باشم.

بیشتر از قبل اساتید از دانشجویان انتظار دارند که روند پیشرفت خود و نیازهای تحصیلی خود را شناسایی و پیرامون ابهامات خودتشخیص‌داده در کلاس صحبت کنیم.

فکر می‌کنم بیشتر از قبل باید در قبال کم و کیف پیشرفت خود احساس مسئولیت کنم.

وقتی فکر می‌کنم که مسئولیتم در قبال کمک به خودم در مقایسه با قبل بیشتر شده است هم احساس اضطراب می‌کنم و هم دچار خودانگیختگی می‌شوم.

همچنان برخی از اساتید بدون تشویق دانشجویان به مشارکت در تصمیمات کلاسی، از تصمیمات بالا به پایین استفاده می‌کنند که به شدت از نظر انگیزشی مخرب است.

چون عمده محدودیت‌ها متوجه ضعیف‌بودن سرعت اینترنت یا قطع و وصل‌شدن اینترنت است فکر می‌کنم هیچ کنترلی بر شرایط ندارم و این مسئله من را خشمگین می‌کند.

باید به هر طریق ممکن استرس ناشی از شرایط را مدیریت کرد و از هرگونه خودگویی منفی پرهیز نمود.

باید دانشجو فرصتی بیابد که بدون هرگونه محدودیت آموزشی دربارهٔ حفظ یا حذف دروس خود تصمیم بگیرد.

به این نتیجه رسیدم که موفق‌بودن به معنای آن نیست که بتوانم با متحمل‌شدن میزان زیادی از استرس، فقط نمرات خوبی را کسب کنم، بلکه گذار از این مرحله با حداقل فشار و از طریق مدیریت انتظاراتم خود یک موفقیت بزرگ است.

اگرچه در مقایسه با کلاس‌های واقعی تجربهٔ استرس ناشی از سازگاری خود با محیط یادگیری آنلاین، ممکن است تا حدی عملکردم را تضعیف کند، اما تلاش برای نظارت و کنترل شرایطم در این دورهٔ زمانی برایم از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

مضمون ۳: *ارتباط*. همسو با دغدغهٔ تئوری خودتعیین‌گری نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که یکی از مهمترین قطعات معنایی تأثیرگذار بر ادراک دانشجویان از چالش‌ها و فرصت‌های یادگیری از طریق فضای مجازی بر مفهوم ارتباط و تعامل استوار شد. در این بخش، تأکید دانشجویان بر مضمون محوری ارتباط نشان می‌دهد که از منظر آن‌ها این مؤلفه در متمایزسازی تجارب یادگیری چهره به چهره با تجارب یادگیری مجازی از نقش تعیین‌کننده‌ای برخوردار است. افزون بر این، در این بخش نیز مانند سایر طبقات مفهومی جستجو شده، اهم معابر محتوایی قابل جستجو برای تأکید بر ظرفیت‌های تفسیری مضمون اصلی ارتباط با تأکید بر خرده‌مضامینی چون نوع تکلیف، مشارکت، ارزشیابی، حمایت اجتماعی، منطق گروهبندی یادگیرندگان، زمان، اسنادهای علّی، باورهای خودکارآمدی، آمایه‌های ذهنی، هیجان و مؤلفه‌های اخلاق حرفه‌ای معلم، قابل فهم است. اگر موافق با جهت‌گیری دانشجویان قرار است مضمون اصلی ارتباط در شکل‌دهی به مختصات پدیدهٔ آموزش مجازی در میدان پدیدارشناختی یادگیرندگان مؤثر واقع شود، اجتماعِ خرده‌مضامینی مانند مؤلفه‌های اخلاق حرفه‌ای، حمایت اجتماعی، ارزشیابی و اسنادهای علّی، زمینه‌ساز تجلی مضمون محوری ارتباط است. در این بخش، عمدهٔ دغدغهٔ دانشجویان این بود که ارزش‌گذاری برای صدای یادگیرنده بر بنیان تدارک زیرساخت‌های فکری تغذیه‌کننده و توسعه-دهندهٔ یک شبکهٔ تعامل حمایتگر در بافت رابطهٔ استاد ـ دانشجو است. در این بخش، برخی از پاسخ‌های دانشجویان به سوال ناظر بر چالش‌ها و فرصت‌های آموزش مجازی که ذیل چتر مفهومی ارتباط قرار می‌گیرند، فهرست می‌شوند.

سعی می‌کنم چالش عدم دسترسی حضوری به دوستان و اساتیدم را به هر طریق ممکن به کمک مسیرهای جایگزینی دیگر جبران کنم.

مسدود شدن کانال ارتباطی با برخی اساتید و عدم توجه کافی برخی از آن‌ها به نیاز دانشجو برای دسترسی به اساتید آزارم می‌دهد.

احساس مسئولیت برخی اساتید در قبال مراقبت از دانشجویان و حمایت همه‌جانبه از آن‌ها در این شرایط پراسترس بسیار امیدوارکننده و سبب دلگرمی دانشجویان است.

کرونا ویروس سبب شد که بیشتر از قبل قدر روابط دوستانه با همکلاس‌هایم را بدانم و البته به تقویت روابط ناظر بر شبکه‌های اجتماعی منجر شد.

در این شرایط سخت، تجربهٔ روابط یاری رسان با برخی دوستان و اساتید توانست ضریب ایمنی من را در رویارویی با مطالبات تحصیلی تقویت کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل پدیدارشناختی تجربهٔ زیستهٔ دانشجویان دربارهٔ یادگیری آنلاین انجام شد. به‌طور کلی، تحلیل متنی مصاحبه‌های انجام شده با دانشجویان نشان داد که برای غالب دانشجویان تلاش برای رمزگشایی از فرصت‌ها و چالش‌های یادگیری از طریق آموزش مجازی به‌طور ضمنی بر سازهٔ چندساحتی انگیزش پیشرفت تحصیلی استوار بود. به بیان دیگر، نتایج نشان داد که معابر محتوایی جستجوی معناآفرینی دانشجویان برای فرصت‌ها و مخاطرات آموزش مجازی به‌عنوان یک تجربهٔ آموزشی نوپدید، همسو با دغدغه‌مندی‌های توسعه‌دهندگان نظریهٔ خودتعیین‌گری (رایان و براون، ۲۰۰۵؛ رایان و دیسی، ۲۰۱۷؛ رایان و دیسی، ۲۰۲۰؛ یوسفی، شریفی، شریفی، ۱۳۹۷) بر کیفیت تأمین نیازهای بنیادین روان‌شناختی با شمول سه طبقهٔ مفهومی زیربنایی احساس کفایت و شایستگی، خودمختاری، و ارتباط در آن‌ها استوار بود. البته باید اذعان داشت که دانشجویان با گریز از جانب انفعال و کم‌تحرکی، با هدف تصریح شقوق محتوایی ناظر بر وارسی ارزیابانهٔ تجربهٔ آموزش مجازی، از یک سوی، همواره خود و ظرفیت تعمیق و تغذیهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی خود را با هدف سازگاری با شرایط و مطالبه‌گری‌های آموزش مجازی در مسیر تأمین نیازهای بنیادین خویشتن مورد تأکید قرار دادند و از دگر سوی، بر نقش معلم، حرفه‌ای‌گری او و تلاش وی برای تقویت سرمایهٔ حرفه‌ای خویشتن در مواجههٔ با این تجربهٔ فراگیر آموزش اصرار ورزیدند.

در این مطالعه، مشابهت ساختار محتوایی مکشوف‌شده دربارهٔ جهت‌گیری‌های مفهومی دانشجویان پیرامون یادگیری مجازی در دوران اپیدمی بیماری کوید ۱۹ نشان می‌دهد که حتی در بستر آموزش مجازی نیز، تعیین‌کننده‌ترین معابر محتوایی قابل جستجو برای نمایش تصویر حیات آکادمیک دانشجویان، بر مدل تأمین نیازهای بنیادین روان‌شناختی در آن‌ها وابسته بود. نتایج نشان می‌دهد که تلاش مسئولانهٔ دانشجو در قبال اخذ رویکری واقع‌نگر به منظور تداوم باکیفیت حیات علمی خویش ذیل استیلای مدل آموزش مجازی، بیش از پیش در گرو فهم

نیازهای خویشتن و تدارک و حتی خلق منابع حمایتی جایگزین برای تسهیل روند سازگاری با تقاضاهای این تجربهٔ آموزشی است و این دغدغه اصلی‌ترین شریان تداوم‌دهندهٔ بقاء و حتی بالندگی حیات تحصیلی وی تلقی می‌شود. مرور خرده‌مضامین تصریح‌شده ذیل هر یک از مضامین اصلی نشان می‌دهد که چگونه دانشجویان با فراخ‌اندیشی و چندبعدی‌نگری کوشیدند برای کمک به فهم‌پذیری دیگران از نیازهای روان‌شناختی آن‌ها، بر نقش بااهمیت هر یک از مضامین خردتر تأکید کنند. در این میان، همسو با دغدغهٔ متفکران و پژوهشگران پدیدارشناس، تأکید دانشجویان بر خرده‌مضامینی چون اخلاق حرفه‌ای، حمایت اجتماعی، ارزشیابی و اسنادهای علّی نشان می‌دهد که چقدر هم‌راستایی و حتی وجه تکمیلی مدل تفکر جستجوگرِ دانشجویان در برابر اندیشه‌ورزی متخصصان پیرامون مرزبندی بین فرصت‌ها و چالش‌های یادگیری آنلاین در خلق فضای اعتماد به نظرات واقع‌نگر و چاره‌جویانهٔ دانشجویان توجیه‌پذیر است.

البته اگرچه وارسی و تحلیل متنی مقوله‌های فکری جستجو شده در مطالعهٔ حاضر و تلخیص آن‌ها در سه طبقهٔ مفهومی کلان شامل احساس نیاز به کفایت و شایستگی، خودمختاری و ارتباط با نظام مفهومی پیشنهاد شده به وسیلهٔ رایان و دیسی (۲۰۱۷، ۲۰۲۰) همسو است اما برای هر یک از طبقات مفهومی، مقوله‌های پیشنهاد شده به وسیلهٔ دانشجویان، نسخهٔ تکامل‌یافته‌تری از معانی برای آن طبقات مفهومی قابل تشخیص است. در این مطالعه، تنوع خرده‌مضامین شناسایی-شده ذیل هر یک از مضامین محوری، فرصت حضور رد اثری پرواضحی از دیگر تحرکات مفهومی ناظر بر سازهٔ بسیط انگیزش را تدارک دیده است. برای مثال، تأکید دانشجویان به بازآفرینی معنای موفقیت و تحقق تجارب موفقیت‌آمیز به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین معابر فکری تأمین‌کنندهٔ احساس کفایت و شایستگی، نه فقط سبب می‌شود که آن‌ها را از حیث ملاک‌های تعریف و جستجوی تجارب موفقیت‌آمیز به‌عنوان منبعی نافذ در تأمین احساس نیاز به کفایت و شایستگی، همسطح با روزآمدترین تحرکات مفهومی ناظر بر مفهوم یادگیری در بین متخصصان قرار گیرند؛ که حتی زمینهٔ رویش نسخهٔ تکمیل‌شده‌ای از مضمون محوری احساس کفایت و شایستگی را فراهم آورند. در طبقهٔ مفهومی خودمختاری نیز چنین جهشی از حیث فکری در معناآفرینی‌های دانشجویان برای پدیدهٔ یادگیری آنلاین به‌طور پرواضحی به چشم می‌خورد. نتایج مربوط به وارسی متنی مصاحبه‌ها نشان داد که تأکید دانشجویان بر وجوه متکامل‌تری از خودمطالبه‌گری در رویارویی با تبعات آموزشیِ شوک تروماتیک بیماری کوید، تلاش آن‌ها را برای بازخلق نسخهٔ جامع‌تری از مفهوم خودتعیین‌گری و خودراهبری را فراهم آورد. در مطالعهٔ حاضر، مرور مصادیق فکری ناظر بر تلاش برای حفاظت از خودمختاری در دانشجویان با تمرکز بر برخی همبسته‌های

مفهومی مانند خودپاداش‌دهی، خودکنترلگری، خودمراقبتگری، خودحمایتگری، خودانگیختگی، خودباوری، خوددوست‌داری یا خودشفقت‌ورزی و خودمطالبه‌گری واقع‌گرا تصریح شد.

افزون بر این، نتایج مطالعهٔ حاضر در بخش مربوط به تلاش دانشجویان برای تصریح اهمیت مدل رابطهٔ استاد و دانشجو با پیش‌بینی‌های تئوری خودتعیین‌گری دربارهٔ ضرورت تأمین نیاز یادگیرندگان به تجربهٔ روابطی ایمن و حمایت‌گر در بافت تعامل با معلمان همسو بود (آلترمن، ونستینکیستی، هارنس، سانسن، فانتانی و ریوی، ۲۰۱۹؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷). در این بخش، دانشجویان اذعان داشتند که اگر تجربهٔ آموزش مجازی تا حدی نیاز آن‌ها را در تأمین این کیفیت روان‌شناختی تحت تاثیر قرار داده است، اما آن‌ها به دلیل فهمی عمیق از کارکردهای مضمون محوری ارتباط در تحقق هدف‌های تحصیلی خود، مسئولانه و امیدوارانه مسیرهای جایگزینی را برای بهره‌مندی از ویژگی‌های کارکردی ارتباط تدارک دیدند. بر این اساس، نتایج مطالعهٔ حاضر ضمن تدارک شواهدی متقن در دفاع از ظرفیت‌های فکری تئوری خودتعیین‌گری، به‌طور خاص نیز، ضرورت اندیشیدن و تمرکز بیش از پیش بر اصول اخلاق حرفه‌ای را در بافت تعامل معلم دانش‌آموز یا استاد دانشجو مورد تأکید قرار می‌دهد (کوئن، ریوی، ای و لی، ۲۰۱۸). نتایج مطالعهٔ حاضر همسو با یافته‌های مطالعات جانگ (۲۰۱۹) و گای، والیوس، فالاردیو و لرسارد (۲۰۱۶) نشان داد که مدل رابطهٔ بین‌فردی استاد و دانشجو، بستر اطلاعاتی مناسبی را برای وارسی و تعیین وجود یا عدم وجود برخی از مهم‌ترین عناصر ناظر بر رعایت اصول اخلاقی در بافت تعاملات معلم ـ دانش‌آموز مانند «تعهد»[1]، «همدلی»[2] و «مراقبت»[3] را فراهم می‌آورد.

مرور شواهد تجربی در قلمرو مطالعاتی انگیزش پیشرفت یادگیرندگان نشان می‌دهد که یکی مهم‌ترین جهت‌گیری‌های کنونی تئوری خودتعیین‌گری بر فرصت‌ها و چالش‌های مربوط به فناوری‌های جدید در قلمرو آموزش معطوف است. در حال حاضر، مهم‌ترین دغدغهٔ انگیزشی متخصصان تربیتی بر حفظ و تداوم توجه یادگیرندگان و ترغیب فعالانهٔ آن‌ها بر مشارکت در انجام تکالیف و یادگیری مبتنی است (مک‌کرنان و همکاران، ۲۰۱۵؛ ریگبی، ۲۰۱۴). بنابراین، همسو با پیشنهاد رایان و ریگبی (۲۰۱۹) اندیشیدن و الزام به کاربست آموزه‌های مفهومی تئوری خودتعیین‌گری در توسعهٔ دوره‌های آموزش الکترونیکی و رسانه‌های آموزشی با هدف شوراندن یادگیرندگان به مشارکت و یادگیری و معلمان نیز به تعهدمندی و تلاش‌باوری، نیازمند آن است که پاسخ‌دهی به نیازهای بنیادین روان‌شناختی در یادگیرندگان و معلمان به‌طور هم‌زمان در اولویت قرار گیرد. همچنین، نگریستن به انگیزش یادگیرندگان و معلمان برای استفاده از فناوری

1. commitment
2. empathy
3. care

به مثابه یک مأمن ایمن و فرصت‌آفرین از چشم‌انداز نظریهٔ خودتعیین‌گری در زمرهٔ اولویت‌های پژوهشی متخصصان تربیتی علاقمند به این قلمرو مطالعاتی تلقی می‌شود (پیترس، کالوا و رایان، ۲۰۱۸). افزون بر این، مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد اگرچه تاکنون تحرکات پژوهشی کمی‌نگر با تأسی از منطق نظریهٔ خودتعیین‌گری در توسعهٔ اصولی پایا با هدف تأمین تجارب آموزشی حمایتگر خودمختاری و خودراهبری در یادگیرندگان مؤثر بوده‌اند اما دستیابی به تصویری کامل و دقیق از قطعات اطلاعاتی مورد نیاز برای حصول ساختارهای حمایتگر و مشوق خودراهبری در نظام‌های آموزشی نیازمند توسعهٔ بیش از پیش پژوهش‌هایی کیفی‌نگر است تا بتوان به کمک نوآوری‌های آموزشی شناسایی‌شده برای خلق محیط‌های یادگیری حمایتگر از نیازهای یادگیرندگان و معلمان اقدام نمود. بدون شک، برای کاستن از لغزشگاه‌های گریزناپذر کوچ اجباری از آموزش مستقیم به آموزش مجازی، توسعهٔ تلاش‌های تحقیقاتی کیفی با هدف اطلاعِ دقیق از فرصت‌ها و چالش‌ها این تغییر پارادایم، ضروری است (بارابلی و آروانیتیس، ۲۰۱۹؛ لی، دنگ، وانگ و تانگ، ۲۰۱۸). البته، دغدغه‌مندی برای تأمین نیازهای روان‌شناختی بنیادین قبل از آنکه فقط به منظور تدارک نتایج تحصیلی کمی‌نگر باشد با هدف کمک به شکوفایی افراد در طیف وسیعی از حوزه‌های شناختی، فردی و اجتماعی است (لی، نای و بای، ۲۰۲۰).

در مجموع، نتایج مطالعهٔ حاضر همسو با آموزه‌های نظریهٔ خودتعیین‌گری نشان می‌دهد که هر چند در متن استفاده از آموزش مجازی تجربهٔ برخی محدودیت‌ها گریزناپذیر است، اما بر اساس دیدگاه دانشجویان تسهیل شرایط لازم برای تأمین نیازهای روان‌شناختی بنیادین آن‌ها در حفاظت از پویایی حیات علمی آن‌ها از نقش تعیین کننده‌ای برخوردار است. نتایج مطالعهٔ حاضر همسو با گروه وسیعی از شواهد تجربی در گروه‌های سنی و فرهنگی مختلف نشان می‌دهد که تأمین نیازهای روان‌شناختی بنیادین یادگیرندگان در تقویت انگیزش درونی و بهبود بهزیستی آن‌ها مؤثر است (پاتال و زامبرانو، ۲۰۱۹؛ نالیپای، کینگ و کای، ۲۰۲۰؛ گلستانه و بهزادی، ۱۳۹۸). بنابراین، در شرایط فعلی، تلاش برای تعیین عناصر بنیادینِ سبک‌های تدریس مشوق و حمایتگر تأمین نیازهای روان‌شناختی یادگیرندگان به منظور تحقق هدف مشارکت، انگیزش بهینه و یادگیری اصیل از اهمیت بسزایی برخوردار است.

با توجه به اهمیت حمایتگری از نیازهای روان‌شناختی بنیادین یادگیرندگان، فهم و تسهیل شرایطی که معلمان را به تأمین نیازهای بنیادین یادگیرندگان تشویق کند، یک نگرانی کاربردی بااهمیت تلقی می‌شود. با وجود آنکه محققان مختلف کوشیده‌اند شرایط ناظر بر تأمین و حمایتگری از نیازهای روان‌شناختی یادگیرندگان را تصویر کنند، سیاست‌هایی که به‌طور ویژه برای افزایش تأمین نیازهای روان‌شناختی بنیادین معلمان و یادگیرندگان قابل استفاده هستند،

تصریح نشده‌اند (کوئن، ریوی، لی و لی، ۲۰۱۸). تجربهٔ اپیدمی بیماری کوید ۱۹ نشان می‌دهد که مواجههٔ فعالانه و سازگارانه یادگیرندگان با چالش‌های سدهٔ ۲۱ میلادی نیازمند آن است که در بستر تأمین نیازهای بنیادین آن‌ها، خزانه و سرمایهٔ روانی یادگیرندگان به مهارت‌ها، عادات و ظرفیت‌های مورد نیازشان تجهیز شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که در فرایند برخی از مصاحبه‌های آنلاین، اینترنت چند بار قطع و وصل می‌شد. بر این اساس، پژوهشگران ناگزیر شدند در تعداد معدودی از موارد در محیط واتساپ از مصاحبهٔ آفلاین استفاده کنند. افزون بر این، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این نوع از مصاحبه می تواند بر شکل‌گیری ارتباط همدلانه به‌عنوان یک وجه تأثیرگذار بر کیفیت مصاحبه تأثیر بگذارد و تا حدی آن را تضعیف کند. در پژوهش حاضر، دانشجویان به‌عنوان گروهی از یادگیرندگان انتخاب شدند، بنابراین، واکاوی معنایی پدیدهٔ آموزش و یادگیری مجازی از طریق تحلیل تجربهٔ زیستهٔ دیگر گروه‌ها مانند دانش‌آموزان، معلمان، اساتید و حتی والدین از اهمیت زیادی برخوردار است.

منابع

گلستانه، سیدموسی.، بهزادی، علی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مداخله روان‌درمانی مثبت بر افزایش بهزیستی، سرزندگی تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر، *روان‌شناسی کاربردی*، دوره ۱۳(۲)، ۲۰۸-۱۸۷.

یوسفی، شریفی، شریفی. (۱۳۹۷). فرسودگی تحصیلی براساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، عدالت آموزشی و انگیزش تحصیلی دانشجویان، *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۳)، ۴۳۸-۴۱۸.

Al Mamun, M. A., Lawrie, G., & Wright, T. (2020). Instructional design of scaffolded online learning modules for self-directed and inquiry-based learning environments. *Computers & Education*, 144, 103-110.

Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Haerens, L., Soenens, B., Fontaine, J. R. J., & Reeve, J. (2019). Toward an integrative and fine-grained insight in motivating and demotivating teaching styles: The merits of a circumplex approach. *Educational Psychology*, 111(3), 497–521.

Barrable, A., & Arvanitis, A. (2019). Flourishing in the forest: Looking at Forest School through a self-determination theory lens. *Journal of Outdoor and Environmental Education, 22*, 39-55.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 112934.

Creswell, J. W. (2013). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating*. W. Ross MacDonald School Resource Services Library.

Cheon, S. H., Reeve, J., Lee, Y., & Lee, J. (2018). Why autonomy-supportive interventions work: Explaining the professional development of teachers' motivating style. *Teaching and Teacher Education*, 69, 43–51.

Davies, J., & Graff, M. (2005). Performance in e-learning: Online participation and student grades. *British Journal of Educational Technology*, 36(4), 657–663.

Francis, N. N., & Pegg, S. (2020). Socially distanced school-based nutrition program under COVID 19 in the rural Niger Delta. T*he Extractive Industries and Society*, 21-30.

Gilbert, J., Morton, S., & Rowley, J. (2007). E-Learning: The student experience. *British Journal of Educational Technology*, 38(4), 560–573.

Goodsett, M., (2020). Best practices for teaching and assessing critical thinking in information literacy online learning objects. *The Journal of Academic Librarianship*, 14, 102-109.

Guay, F., Valois, P., Falardeau, É., & Lessard, V. (2016). Examining the effects of a professional development program on teachers' pedagogical practices and students' motivational resources and achievement in written French. *Learning and Individual Differences, 45*, 291–298.

Huang, H. (2002). Toward constructivism for adult learners in online learning environments. *British Journal of Educational Technology*, 33(1), 27–37.

Jang, H. R. (2019). Teachers' intrinsic vs. extrinsic instructional goals predict their classroom motivating styles. *Learning and Instruction*, *60*(1), 286–300.

Lee, A. N., Nie, Y., & Bai, B. (2020). Perceived principal's learning support and its relationships with psychological needs satisfaction, organisational commitment and change-oriented work behaviour: A Self-Determination Theory's perspective. *Teaching and Teacher Education*, 93, 103-110.

Li, J., Deng, M., Wang, X., & Tang, Y. (2018). Teachers' and parents' autonomy support and psychological control perceived in junior-high school: Extending the dual-process model of self-determination theory. *Learning and Individual Differences*, 68, 20-29.

Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, *9*(3).3351-33514.

Montero, S. C., & Suhonen, J. (2014). Emotion analysis meets learning analytics: Online learner profiling beyond numerical data. *In Proceedings of the 14th Koli calling international conference on computing education research*, 165–169.

McGilvray, K. C. (2014). An analysis of student preparedness factors that aid in satisfaction and retention in online courses and programmes. Unpublished PhD thesis, University of Toledo.

McKernan, B., Martey, R. M., Stromer-Galley, J., Kenski, K., Clegg, B. A., Folkestad, J. E., ... Strzalkowski, T. (2015). We don't need no stinkin' badges: The impact of reward features and feeling rewarded in educational games. *Computers in Human Behavior*, 45, 299–306.

Nalipay, M. J. N., King, R. B., & Cai, Y. (2020). Autonomy is equally important across East and West: Testing the cross-cultural universality of self-determination theory. *Journal of Adolescence*, 78, 67-72.

Nazir, J. (2016). Using phenomenology to conduct environmental education research: Experience and issues. *The Journal of Environmental Education*, 47(3), 179-190.

Patall, E. A., & Zambrano, J. (2019). Facilitating student outcomes by supporting autonomy: Implications for practice and policy. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, *6*(2), 115–122.

Peters, D., Calvo, R. A., & Ryan, R. M. (2018). Designing for motivation, engagement and wellbeing in digital experience. *Frontiers in Psychology*, 9, 797-804.

Rigby, C. S. (2014). Gamification and motivation. In S. P. Walz, & S. Deterding (Eds.). *The gameful world: Approaches, issues, applications* (pp. 113–138). Cambridge, MA: MIT Press.

Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2005). Legislating competence: The motivational impact of high stakes testing as an educational reform. In A. J. Elliot, & C. S. Dweck (Eds.). *Handbook of competence* (pp. 354–374). New York: Guilford Press.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness.* New York, NY: Guilford Publishing.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2019). Brick by brick: The origins, development, and future of self- determination theory. In A. J. Elliot

(Vol. Ed.), *Advances in motivation science*. *6. Advances in motivation science* (pp. 111–156). Cambridge, MA: Elsevier Inc.

Ryan, M., R. & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. Contemporary Educational Psychology, 8, 101860.

Ryan, R. M., & Rigby, C. S. (2019). Motivational foundations of game-based learning. In J. L. Plass, R. E. Mayer, & B. D. Homer (Eds.). *Handbook of game-based learning* (pp. 153–176). Cambridge, MA: The MIT Press.

Ryan, R. M., Ryan, W. S., Di Domenico, S. I., & Deci, E. L. (2019). The nature and the conditions of human autonomy and flourishing: Self-determination theory and basic psychological needs. In R. M. Ryan (Ed.). *The Oxford handbook of human motivation* (pp. 89–110). (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Pritchard, A., & Woollard, J. (2010). *Psychology for the classroom: Constructivism and social learning*. Oxon: Routledge.

Rovai, A. P., & Wighting, M. J. (2005). Feelings of alienation and community among higher education students in a virtual classroom. *Internet and Higher Education*, 8, 97–110.

Roy, D., Tripathy, S., Kumar Kar, S., Sharma, N., … & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102-111.

Schell, G. P., & Janicki, T. J. (2013). Online course pedagogy and the constructivist learning model. *Journal of the Southern Association for Information Systems*, 1(1), 10-16.

Shea, P. (2006). A study of students' sense of learning community in online environments. *Journal of Asynchronous Learning Networks*, 10(1), 35–44.

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis*. Theory method and research. London: SAGE publication.

Smith, J. A., & Osborne, M. (2008). *Interpretative phenomenological analysis*. In J. A. Smith (Ed.), Qualitative psychology. A practical guide to research methods. London: SAGE.

Summa, M., & Giuffrida, P. (2013). Naturalism and subjectivity. Metodo *International Studies in Phenomenology and Philosophy*, 1(2), 15-23.

Symeonides, R., & Childs, C. (2015). The personal experience of online learning: An interpretative phenomenological analysis. *Computers in Human Behavior*, 51, 539–545.

Wang, C., Fang, T., & Gu, Y. (2020). Learning performance and behavioral patterns of online collaborative learning: Impact of cognitive load and affordances of different multimedia. *Computers & Education*, *143*, 103683.

Wang, C., Hsu, H. C. K., Bonem, E. M., Moss, J. D., Yu, S., Nelson, D. B., & Levesque-Bristol, C. (2019). Need satisfaction and need dissatisfaction: A comparative study of online and face-to-face learning contexts. *Computers in Human Behavior*, *95*, 114-125.

Wang, C. K. G. Liu, W. C., Kee,Y. H., & Chian, L. K. (2019). Competence, autonomy, and relatedness in the classroom: understanding students' motivational processes using the self-determination theory. *Heliyon*, 5, 119-126.

Wilson, K. E., Martinez, M., Mills, C., D'Mello, S., Smilek, D., & Risko, E. F. (2018). Instructor presence effect: Liking does not always lead to learning. *Computers & Education*, *122*, 205-220.

Yu, S., & Levesque-Bristol, C. (2020). A cross-classified path analysis of the self-determination theory model on the situational, individual and classroom levels in college education. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101-107.

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020, 147-171

ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

Research Article

Comparison of the effectiveness of Attachment Injury Resolution Model with Integrative Couple Therapy on Forgiveness among the Injured Women with Marital Infidelity

M. Dehghani[1*], Kh. Aslani[2]

1. Assistant professor, Department of psychology, Persian Gulf University, Bushehr, Iran. Email: m.dehghani@pgu.ac.ir
2. Associate Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Received: 23 August 2020 Accepted: 19 September 2020

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the effectiveness of attachment injury resolution model and integrative couple therapy on increase forgiveness among the injured women with marital infidelity. **Method:** Method was quasi-experimental with pre-test, post-test and a three-month follow-up. Statistical population included 58 injured women with marital infidelity referring to Bushehr consulting centers, in 2019. After evaluation of the forgiveness scale (Rye et al., 2001), 30 women were selected and randomly assigned to three groups with their offending partner. 10 couples were replaced in each group. Zuccarini, Johnson, Dalgleish & Makinen (2013) attachment injury resolution model, and Baucom, Snyder & Gordon (2009) integrative couple therapy were taught to experimental groups at eight 90-minute sessions once a week in couple form. The data were analyzed using mixed-design analysis of variance with repeated measures. **Results:** The results of this study indicated that attachment injury resolution model and integrative couple therapy interventions had an effect on forgiveness among the injured women with marital infidelity (F= 16.51, P= 0.01), (F= 15.21, P= 0.05) and that this effect had remained constant in the follow-up phase. The results of Tukey's post-hoc test indicated that attachment injury resolution model was more effective than integrative couple therapy in forgiveness among the injured women with marital infidelity. **Conclusion:** Based on the research results, the attachment injury resolution model can be used as an effective intervention in increase forgiveness among the injured women with marital infidelity.

Key words: *attachment injury resolution model, integrative couple therapy, forgiveness, marital infidelity*

فصلنامهٔ روان‌شناسی کاربردی، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۱۷۱-۱۴۷
ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645- 3541

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی با زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

مصطفی دهقانی[1*]، خالد اصلانی[2]
۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران. ایمیل: m.dehghani@pgu.ac.ir
۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

دریافت مقاله: ۹۹/۰۶/۰۲
پذیرش مقاله: ۹۹/۰۶/۲۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و مقایسهٔ آن با زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه و جامعهٔ آماری ۵۸ زن آسیب-دیده از خیانت زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ بود. از بین داوطلبان پس از غربالگری با پرسشنامهٔ بخشش رای و همکاران (۲۰۰۱)، ۳۰ زن انتخاب و به همراه همسر پیمان‌شکن خود به صورت تصادفی در سه گروه در هر گروه ۱۰ زوج جایگزین شد. زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی زوکارینی، جانسون، دالگلیش و ماکین (۲۰۱۳) و برنامه زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر باکوم، اسنایدر و گوردون (۲۰۰۹) در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای زوجی هفته‌ای یکبار به گروه-های آزمایش ارائه و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخله‌ی زوج درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (F=۱۶/۵۱ ،p=۰/۰۱)(F=۱۵/۲۱ ،p=۰/۰۵) و پایداری این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری در هر دو مداخله بود. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که تأثیر مداخلهٔ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بیشتر از مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی مداخلهٔ مؤثری برای افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی است.

کلید واژه‌ها: *زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی، زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر، بخشش، خیانت زناشویی*

مقدمه

ازدواج، مهم‌ترین رویداد زندگی هر انسانی است و به‌عنوان بنیادی‌ترین و اساسی‌ترین رابطهٔ بشری توصیف شده است، زیرا ساختار اولیه برای بنا نهادن رابطهٔ خانوادگی و تربیت نسل آینده را فراهم می‌سازد (نوروزی، رضاخانی و وکیلی، ۱۳۹۸). سنگ بنای ازدواج و از اصلی‌ترین عناصر هر رابطهٔ طولانی‌مدت و عاشقانه، وفاداری زوج‌ها نسبت به یکدیگر است. از میان عوامل آسیب‌زایی که وفاداری زوج‌ها به پیمان ازدواج را تهدید نموده و گاه به جدایی ایشان از یکدیگر می‌انجامد، می‌توان به خیانت زناشویی[1] اشاره کرد (الیسون، ۲۰۱۷).

خیانت زناشویی به‌عنوان دردناک‌ترین و زیان‌آورترین حادثه‌ای که رابطهٔ صمیمانهٔ زوج‌ها را تخریب ساخته و پیوندهای ایمن ایشان را از هم می‌گسلد، شناخته شده است. این واقعهٔ شوم، وفاداری زوج‌ها نسبت به ازدواج را سست نموده، ساختار و ثبات رابطهٔ میان آن‌ها را تخریب و در صورت درمان‌نشدن به طلاق و جدایی می‌انجامد (پارکر و کمپل، ۲۰۱۸). درمانگران خانواده تعریف‌های متعددی از خیانت زناشویی ارائه کرده‌اند که از میان ایشان، سوزان جانسون[2]، خیانت زناشویی را به‌عنوان تخریبگری بالقوه که دلبستگی ایمن زوج‌ها را تهدید و نیازهای دلبستگی و ترس ایشان را بیش از پیش فعال می‌سازد، تعریف نموده و آن را زمینه‌ساز بحران‌هایی می‌داند که روابط عاطفی همسران را کاهش و پیوندهای ارتباطی و ایمن میان ایشان را به تحلیل می‌برد (دهقانی، اصلانی، امان الهی و رجبی، ۲۰۲۰).

افزون بر این، خیانت زناشویی می‌تواند با از بین بردن اعتماد زوجی، زمینه‌ساز نشانه‌هایی چون اختلال استرس پس از سانحه و بحران‌هایی نظیر افسردگی، خشم، ناامیدی و احساس ناکارآمدی شود که پیامد این نشانه‌ها و بحران‌ها، فاصله‌گرفتن بیش از پیش زوج‌ها از یکدیگر، ایجاد شکاف در روابط صمیمانه، و در نهایت جدایی ایشان از کانون زندگی مشترک خواهد بود. به همین دلیل برخی از محققان این واقعهٔ آسیب‌زا را به‌عنوان یک آسیب روحی بزرگ توصیف می‌کنند (داراب، بهرامی و اعتمادی، ۲۰۲۰). آسیب‌های ایجاد شده در نتیجهٔ خیانت زناشویی می‌تواند کودکان خانواده را نیز درگیر ساخته و سلامت روحی و جسمانی ایشان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات نشان داده‌اند که خیانت زناشویی و پیامدهای آن می‌تواند زمینهٔ بروز اضطراب، افسردگی، افزایش پریشانی، اعتماد به‌نفس پایین، سرزنش خود و خشم را در خانواده ایجاد نماید (گوردون و میچل، ۲۰۲۰). همسر زخم‌خورده از خیانت زناشویی که بی‌اعتمادی را تجربه کرده است، به‌صورت مکرر صحنه‌های خیانت و تبادلات عاطفی همسر

1. marital infidelity
2. Suzan Johnson

پیمان‌شکن خود را با معشوقه‌اش مرور کرده و واکنش‌های دفاعی را در مقابل همسر پیمان‌شکن خویش در پیش می‌گیرد که امکان هرگونه تبادل عاطفی و ایمن را از ایشان سلب و فرایند ترمیم را با وقفه روبه‌رو می‌سازد (آپریل و شروت، ۲۰۱۹؛ الیسون، ۲۰۱۷). هم‌زمان با فزونی یافتن این نشانگان، همسر آسیب‌دیده می‌پندارد که شریک وی دیگر در دسترس و پاسخگوی احتیاج‌های او نبوده و نمی‌توان روی سرپرستی و حمایت وی در هنگام نیاز حساب نماید. در نتیجهٔ این سرخوردگی، همسر آسیب‌دیده احساس طردشدگی و ناتوانی کرده و اعتماد او به قابل اطمینان‌بودن و حمایتگر بودن همسر پیمان‌شکن فرو می‌ریزد (فیتز پاتریک و لافونتاین، ۲۰۱۸). در نتیجهٔ این فرایند، احساس‌هایی نظیر عدم کفایت، طردشدگی، خشم، تنفر شدید، گناه و نامیدی در روابط زوج‌ها حکم‌فرما می‌شود (شروت و ویگل، ۲۰۱۸). همچنین، زوج‌های زخم‌خورده از خیانت زناشویی اغلب هیجان‌های منفی‌ای مانند ناایمنی، خصومت، اضطراب، سرزنش و حقارت را تجربه خواهند کرد که می‌تواند شدید و خارج از کنترل بوده و در عملکرد اجتماعی و الگوی ارتباط زناشویی ایشان اختلال ایجاد نماید (تورسون، ۲۰۲۰؛ توپلو-دمیرتس و فینچام، ۲۰۱۸؛ براندون، میچل و جکلین، ۲۰۱۷).

بخشش[1] متغیری است که به‌عنوان جنبهٔ مهم و تأثیرگذار در بهبود آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی مورد تمرکز واقع شده و به‌طور مستقیم با ارتقای سلامت عمومی و پیوندهای ایمن زوجین ارتباط دارد (کورنیش، هانک و گوباش بلک، ۲۰۲۰). هنگامی‌که در پاسخ به آسیب‌های برهم‌زنندهٔ رابطهٔ صمیمانه (خیانت زناشویی) بخشش اتفاق می‌افتد، زخم‌های دلبستگی ترمیم یافته، اعتماد به رابطه برگشت کرده و پیوندهای ایمن در میان زوج‌های آسیب‌دیده فعال می‌گردد. افزون بر این، بخشش می‌تواند پیامدهای مفیدی برای رابطه داشته باشد، نظیر اینکه فرایندهای ارتباطی را بهبود بخشیده و به حل تعارض‌های میان زوج‌های آسیب‌دیده بیانجامد که نتیجهٔ این تغییرها، ترمیم بافت‌های آسیب‌دیدهٔ رابطه‌ای و خلق تعامل‌های ایمن در میان همسران خواهد بود (باس و آبرامز، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده است که آسیب‌های به‌وقوع پیوسته از خیانت زناشویی و عدم بخشش همسر پیمان‌شکن می‌تواند به مضطرب‌شدن بیشتر همسر آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، نشخوار فکری او راجع‌به صحنه‌های پیمان‌شکنی و در نهایت به جدایی زوج‌ها از یکدیگر بیانجامد (داراب، بهرامی و فاتحی، ۲۰۲۰؛ ولدارسکی و گرینبرگ، ۲۰۱۴).

بنابراین خیانت زناشویی می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری برای زوج‌ها در پی داشته باشد؛ به این‌صورت که نه تنها موجب پریشانی در رابطهٔ همسران می‌شود بلکه به کاهش رضایت ایشان

1. forgiveness

از رابطه نیز می‌انجامد. همچنین، قربانیان و مرتکبان خیانت زناشویی پیامدهای منفی درون‌رابطه‌ای را نیز تجربه می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که عزت نفس ایشان کاهش می‌یابد و مشکلات بهداشت روانی همسران خیانت‌دیده افزایش می‌یابد (میشل، وایتن بورن، تیم و بلو، ۲۰۲۰؛ شروت و ویگل، ۲۰۱۷).

خانواده‌درمانگران از رویکردهای مختلفی برای درمان پیمان‌شکنی زناشویی بهره می‌برند. یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در این حیطه، زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی است که توسط بروبیکر[1] تدوین شده است تا از تغییر رفتارهای دلبستگی به‌عنوان گزینه‌ای برای بهبود روابط آسیب‌دیدهٔ زوج‌ها بهره گیرد (تیم و هرتلین، ۲۰۲۰؛ کاتالینا، ۲۰۱۷؛ بورگس، جانسون، دالگلیش، لافونتاین، وایب و تاسکا، ۲۰۱۶). مطالعات تجربی متعددی از کاربرد موفقیت‌آمیز این مدل درمانی در کاهش آشفتگی و ترمیم پیوندهای آسیب‌دیدهٔ زوج‌هایی که با آسیب‌های دلبستگی ناشی از خیانت زناشویی مواجه بودند، حکایت دارد (دهقانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ میشل، وایتن بورن، تیم و بلو، ۲۰۲۰؛ زوکارینی، جانسون، دالگلیش و ماکین، ۲۰۱۳). مطالعهٔ فرانکویک (۲۰۱۷) نیز نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمانی جراحت دلبستگی می‌کوشد تا ارتباطات عاطفی زوج‌هایی که با خیانت زناشویی مواجه شده‌اند را اصلاح نموده و ایشان را ترغیب نماید تا در دسترس یکدیگر بوده و مسئولانه در جهت تأمین نیازهای دلبستگی یکدیگر اقدام نمایند. همچنین، استواریاناپولوس (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمانی جراحت دلبستگی بر روی ۱۴ زوجی که با افشای خیانت زناشویی روبه‌رو شده بودند، پرداخت. نتایج این تحقیق نشان داد که همسران آسیب-دیده از خیانت زناشویی که در برنامهٔ درمانی مذکور شرکت کرده بودند توانستند پس از طی هشت هفته مداخله، استرس رابطه‌ای کمتر، بخشش بیشتر و کاهش در نشانگان افسردگی را گزارش دهند.

مدل درمانی دیگری که در درمان خیانت زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن کاربرد دارد، زوج-درمانی یکپارچه‌نگر[2] است که توسط باکوم، سیندر و گوردن (۲۰۰۹) و بر اساس نظریهٔ شناختی- رفتاری، نظریهٔ بخشودگی در روابط بین‌فردی، نظریهٔ بینش‌گرا و نظریهٔ پاسخ به تروما تدوین شده است. بر طبق مدل یکپارچه‌نگر درمان خیانت، درمان دارای سه مرحله می‌باشد: ۱. شناسایی و فهم آثار تروماتیک خیانت، ۲. فهم عواملی که منجر به خیانت شده است، و ۳.

---

1. Brubacher
2. integrative couple therapy

ادامه‌دادن زندگی همراه با این فهم جدید به همراه تغییراتی که لازم است (استمپس، ۲۰۲۰؛ باکوم، پنتل، گوردن و سنتر، ۲۰۱۷). مطالعات تجربی از این مدل درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت حمایت کرده است (باکوم، پنتل، گوردن و سنتر، ۲۰۱۷؛ فایف، ویک و استل برگ، ۲۰۱۳). قوچانی، صفریان و خوئی‌نژاد (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی زوج-درمانی یکپارچه‌نگر بر بهبود صمیمت و کاهش اختلال استرس پس از سانحه در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت زناشویی پرداختند. تعداد ۲۹ زوج آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در جلسات مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر شرکت داده شدند و مراحل درمان را طی نمودند. نتایج حاکی از بهبود آسیب‌های زناشویی ناشی از خیانت زناشویی بود؛ به‌گونه‌ای که پس از پایان مداخله، پریشانی زناشویی زوج‌ها کاهش و همسران آسیب‌دیده از خیانت زناشویی صمیمت بیشتری را گزارش نمودند.

با عنایت به موارد مطرح‌شده و نظر به ماهیت خیانت زناشویی و تأثیرهای مخرب آن بر روابط زوج‌ها، معقولانه به نظر می‌رسد که مداخله‌های مؤثری برای کمک به زوج‌هایی که با این پدیدهٔ آسیب‌زا دست‌به‌گریبان هستند، صورت پذیرد تا آسیب‌های دلبستگی ناشی از این رویداد ناگوار، ترمیم یافته و با از سرگیری پیوندهای ایمن، وفاداری همسران به پیوند ازدواج بیشتر شود. با توجه به اینکه در کشور ما همسرانی هستند که با وجود خیانت زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن خواستار ترمیم رابطهٔ زناشویی و ادامهٔ زندگی با همسر پیمان‌شکن خود می‌باشند و در راه انطباق با این وضعیت و شروع زندگی با دیدگاهی جدید و آگاهی بیشتر نیاز به خدمات مشاوره‌ای دارند، کاربست مداخله‌های درمانی اثربخش برای مواجهه و درمان آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی اهمیت ویژه‌ای دارند. با توجه به مطالب بیان‌شده و نظر به کاربرد موفقیت-آمیز زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی در درمان خیانت زناشویی و با عنایت به اینکه در کشور ایران پژوهشی در رابطه با مقایسهٔ اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر در درمان خیانت زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن طرح‌ریزی و اجرا نشده است، این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی با زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر بخشش در زنان آسیب-دیده از خیانت زناشویی و در پی پاسخگوی به پرسش‌های ذیل انجام شد:

۱. آیا مداخلهٔ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر، موجب بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی می‌شود؟

۲. میزان اثربخشی کدام یک از مداخله‌های یادشده بر افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بیشتر است؟

۳. آیا تأثیر مداخلهٔ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در مرحلهٔ پیگیری پایدار می‌ماند؟

۴. اثر بخشی کدام یک از مداخله‌های یادشده بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی تا مرحلهٔ پیگیری پایدارتر است؟

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی، یک گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر در برگیرندهٔ ۵۸ زن بود که به دلیل خیانت زناشویی همسر خود به مراکز مشاورهٔ آتیه، مهراندیش و پیوند شهر بوشهر در محدودهٔ زمانی مهر تا دی‌ماه ۱۳۹۸مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند زنانی که نمرهٔ یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامهٔ بخشش را کسب کرده بودند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند، ۳۰ نفر انتخاب و پس از همتاسازی به‌صورت تصادفی به همراه همسر پیمان‌شکن خود در سه گروه (گروه آزمایشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی، گروه آزمایشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر، و گروه گواه) جایگزین شدند. با توجه به اینکه متخصصان روش‌شناختی معتقدند که تعداد افراد گروه نمونه در پژوهش آزمایشی در هر گروه باید دست‌کم ۱۵ نفر باشد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۶)، تعداد ۲۰ آزمودنی (۱۰ زوج) برای هر گروه تعیین شد. همچنین لازم به ذکر است که علت اصلی مراجعهٔ زنان به مراکز مشاوره، آشفتگی ناشی از خیانت زناشویی همسر بوده و جلسات درمانی با حضور هر دو همسر (همسر خیانت‌دیده و همسر پیمان‌شکن) برگزار شده. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، طی‌شدن حداقل دو سال از زندگی مشترک، مواجه‌شدن همسر زن با جراحت دلبستگی ناشی از خیانت زناشوییِ همسر پیمان‌شکن، و آمادگی هر دو زوج برای شرکت در جلسه‌های درمانی. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: خیانت زناشویی فعال، اقدام به خشونت خانگی، داشتن افکار و عقاید خودکشی، و شرکت هم‌زمان در جلسات درمانی دیگر. این معیارها با توجه به هدف پژوهش و در جهت حذف عوامل مداخله‌گر در تحقیق، تدوین شد و طی مصاحبهٔ اولیه با آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس بخشش (FS)[1]: مقیاس بخشش توسط رای و همکاران (۲۰۰۱) به‌منظور سنجش بخشش در میان زوج‌ها ساخته شد. این مقیاس یک ابزار ۱۶ گویه‌ای است که بخشش را در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی از نمرهٔ یک (کاملاً مخالفم) تا نمرهٔ پنج (کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌های ۱، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲ و ۱۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ بخشش بیشتر در میان زوج‌ها است. رای و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷، برای خرده‌مقیاس احساس منفی ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس وجود احساس مثبت ۰/۸۵ به‌دست آوردند که نشان‌دهندهٔ پایایی مطلوب این ابزار است. زندی‌پور، آزادی و ناهیدپور (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و به روش دونیمه‌سازی ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

۲. زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحات دلبستگی. جلسه‌های مداخلهٔ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحات دلبستگی بر اساس دستورالعمل زوکارینی، جانسون، دالگلیش و ماکین (۲۰۱۳) تدوین و طی هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای و در هفته یک جلسه به شرح ذیل اجرا شد:

مرحلهٔ اول: تنش‌زدایی از چرخهٔ آسیب

جلسهٔ اول. در این جلسه همسر آسیب‌دیده به بیان خیانت زناشویی و تأثیرهای آن بر رابطهٔ زناشویی پرداخته و ناامیدی خود را در رابطهٔ صمیمانه با همسر پیمان‌شکن ابراز می‌کند. به‌عنوان مثال، از بی‌اعتمادی نسبت به همسر پیمان‌شکن سخن گفته و باورهای تخریب‌شدهٔ خود پیرامون پیوند ایمن با او را آشکار می‌سازد. درمانگر در این جلسه ، همسر آسیب‌دیده را حمایت نموده و ایشان را ترغیب می‌سازد تا با همسر پیمان‌شکن ارتباط برقرار کرده و به بیان این آسیب‌ها بپردازد. همچنین زوج‌درمانگر به همسر آسیب‌دیده کمک می‌کند تا هیجان‌های ثانویهٔ مرتبط با افشای خیانت را که شامل ناراحتی‌ها، سرخوردگی، بی‌اعتمادی، تنش، افسردگی، و اضطراب حاصل از افشای خیانت می‌شود، آشکار سازد.

جلسهٔ دوم. در این جلسه، ابتدا درمانگر بر همسر آسیب‌دیده متمرکز شده و آسیب‌ها و تأثیرهای خیانت زناشویی را مرور می‌کند. در نتیجهٔ این اقدام، همسر آسیب‌دیده دوباره بر آسیب‌های ناشی از خیانت‌دیدگی تمرکز کرده و به بیان احساس‌های واقعی خود در ارتباط با

[1]. Forgiveness Scale

خیانت زناشویی می‌پردازد. سپس درمانگر تمرکز را از همسر آسیب‌دیده به همسر پیمان‌شکن جابه‌جا و وی را ترغیب می‌سازد تا درد و رنج همسر آسیب‌دیده در جریان این آسیب را از نزدیک شاهد باشد. به‌عنوان مثال، همسر آسیب‌دیده به کمک درمانگر شروع به افشای احساس‌هایی نظیر درماندگی، غم، اندوه، تنهایی، و اضطراب می‌کند و هیجان‌های ثانویهٔ خود را آشکار می‌سازد. آنگاه درمانگر توجه خود را از همسر آسیب‌دیده به همسر پیمان‌شکن تغییر داده و ایشان را ترغیب می‌کند تا آسیب‌های دلبستگی ناشی از خیانت را به دقت شنیده و بدون انکار و مقاومت، فعالانه در جلسهٔ درمان حضور داشته باشد. این اقدام موجب می‌شود تا همسر پیمان‌شکن از نزدیک شاهد رنجش همسر آسیب‌دیدهٔ خود باشد و اثر مخرب خیانت در روابط زناشویی را درک نماید.

جلسهٔ سوم. در این جلسه درمانگر به همسر خیانت‌دیده کمک می‌کند تا خیانت زناشویی و هیجان‌های تجربه‌شدهٔ همراه آن را مرور، ترس‌های دلبستگی در ارتباط با همسر پیمان‌شکن خود را کشف و سپس به ابراز روشن این ترس‌ها و رنجش‌های ناشی از آن بپردازد. به‌عنوان مثال، همسر آسیب‌دیده در نتیجهٔ این اقدام درمانی، ترس خود از طرد شدن، تنها ماندن، خیانت دوباره و دوست‌داشته‌نشدن را آشکار می‌سازد و آن را نسبت به همسر پیمان‌شکن ابراز می‌کند. افزون بر این، به بیان ارتباط بین آسیب‌های ایجاد شده و چرخهٔ منفی آشکار شده در ارتباط فعلی می‌پردازد. درمانگر در این مرحله به همسر آسیب‌دیده کمک می‌کند تا همچنان در ارتباط با خیانت زناشویی و آسیب دلبستگی ناشی از آن قرار گرفته و هیجان‌های ثانویهٔ خود در ارتباط با این آسیب‌ها را ابراز نماید.

جلسهٔ چهارم. ضمن مرور جلسهٔ قبل، درمانگر بر همسر پیمان‌شکن متمرکز می‌شود تا در دسترس همسر آسیب‌دیده قرار گیرد و ضمن شنیدن و درک اهمیت دلبستگی رویداد آسیب‌زا به‌عنوان بازتابی از اهمیت قائل‌شدن برای همسر آسیب‌دیده، به بیان چگونگی این رخداد (خیانت زناشویی) بپردازد. به‌عنوان مثال، در این مرحله همسر پیمان‌شکن به کمک درمانگر با قبول نقش و مسئولیت خود در ارتباط با آسیب‌های ایجاد شده در همسر خیانت‌دیده، به بیان چگونگی خیانت زناشویی می‌پردازد و عوامل مؤثر در بروز آن را آشکار می‌سازد.

مرحلهٔ دوم: تعامل هیجانی (بخشش و آشتی)

جلسهٔ پنجم. در این جلسه درمانگر به همسر آسیب‌دیده کمک می‌کند تا به بیان کامل‌تر جراحت و چگونگی تهدید پیوندهای ایمن زوجی در نتیجهٔ خیانت زناشویی بپردازد و هیجان‌های اولیهٔ مرتبط با آن را آشکار سازد. به‌عنوان مثال، در پی هدایت درمانگر، همسر

آسیب‌دیده در مواجهه با خیانت زناشویی قرار می‌گیرد و ضمن بیان تجارب و هیجان‌های ثانوی تجربه‌شدهٔ ناشی از آن، کم‌کم به هیجان‌های اولیه که در لایه‌های زیرین قرار گرفته است، دست یافته و آن را ابراز می‌کند. عبارت‌هایی مانند، من از تنها شدن بیزار هستم، من می‌ترسم که همسرم مرا رها کند، من از اینکه پای یکی دیگر در زندگی‌ام باز شده است غمگینم و مانند آن، حاکی از دست‌یابی به هیجان‌های اولیهٔ ناشی از افشای خیانت زناشویی است که در این مرحله از سوی همسر آسیب‌دیده ابراز می‌شود (هیجان‌های ثانویه، واکنش‌های اولیهٔ همسر آسیب‌دیده در برابر افشای خیانت زناشویی می‌باشد و به‌صورت ناراحتی، تنش و برافروختگی آشکار می‌شود، اما هیجان‌های اولیه، به ترس‌ها و نیازهای دلبستگی همسر خیانت‌دیده در ارتباط عاطفی با همسر اشاره دارد). درمانگر در این جلسه همسر خیانت‌دیده را ترغیب می‌سازد تا ضمن اشتیاق نشان‌دادن به همسر پیمان‌شکن، به او نزدیک شده و رنجش و ترس‌های دلبستگی خود (هیجان‌های اولیهٔ مرتبط با خیانت زناشویی) در ارتباط با آسیب ایجاد شده را بیان کند. با کاربست این اقدام درمانی، همسر پیمان‌شکن فعالانه آسیب‌پذیری‌های همسر جراحت‌دیده را از نزدیک مشاهده می‌کند.

جلسهٔ ششم. با مرور جلسهٔ قبل از سوی درمانگر، همسر پیمان‌شکن ترغیب می‌شود تا تعامل عاطفی بیشتری با همسر آسیب‌دیده برقرار نموده و با درد و رنج‌های ایشان در جریان افشای خیانت زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن همدلی نماید. به‌عنوان مثال، در این جلسه همسر پیمان‌شکن که در جلسهٔ قبل فعالانه آسیب‌های همسر خیانت‌دیده را از نزدیک مشاهده کرده است، اکنون خطرپذیری کرده و به بیان همدلی با همسر آسیب‌دیده می‌پردازد. به این صورت که به مسئولیت خود به‌عنوان مسبب درد و رنجش‌های ایجاد شده اعتراف کرده و تأسف و پشیمانی خود را در برابر همسر خیانت‌دیده ابراز می‌کند. از سوی دیگر، درمانگر پاسخ‌های عاطفی اولیهٔ همسر پیمان‌شکن را پردازش کرده و از ابراز همدلی، پشیمانی وتأسف ایشان در قبال همسر آسیب‌دیده حمایت می‌کند.

جلسهٔ هفتم. با مرور جلسهٔ قبل توسط درمانگر، همسر آسیب‌دیده ترغیب می‌شود تا نیازهای دلبستگی خود از جمله تسلی خاطر و دلگرمی را از همسر پیمان‌شکن که اکنون در دسترس و پاسخگوی او است، درخواست نماید. به‌عنوان مثال، همسر زخم‌خورده نیاز به در دسترس بودن، محبت، آرامش، پیوند ایمن و پاسخگو بودن به نیازهایش را از همسر پیمان‌شکن مطالبه می‌کند. درمانگر نیز ضمن ترغیب زوج‌ها به بیان نیازهای دلبستگی مرتبط با آسیب، درخواست‌های دلبستگی همسر خیانت‌دیده را پردازش می‌کند و بر همسر پیمان‌شکن متمرکز

می‌شود تا ضمن پذیرفتن این درخواست‌ها به جایگزین‌کردن چرخهٔ ارتباطی مثبت و برهم‌زدن چرخه‌های ارتباطی منفی همت گماشته و به پیوندهای ایمن رهنمون شوند.

جلسهٔ هشتم. درمانگر با مرور جلسه‌های قبل، همسر پیمان‌شکن را ترغیب می‌کند تا به پاسخگویی همدلانه و مراقبتی پرداخته و درخواست‌های همسر خیانت‌دیده را بپذیرد و نسبت به انجام آن متعهد گردد. این مهم به‌عنوان پادزهری برای تجربهٔ رویداد آسیب‌زای قبلی (خیانت زناشویی) قلمداد می‌شود. به‌عنوان مثال، با پذیرفتن نیازهای دلبستگی همسر آسیب‌دیده از سوی همسر پیمان‌شکن و سعی در عملی ساختن و جبران اشتباهات، تبادلات عاطفی فعال‌تر شده و پیوندهای ایمن رفته رفته فعال می‌گردد. در این مرحله همسر پیمان‌شکن به ابراز ندامت پرداخته و مسئولیت اشتباه خود را بر عهده می‌گیرد، و ضمن پاسخگویی به درخواست‌های همسر زخم‌خورده، خواستار عفو و بخشش از سوی ایشان می‌شود.

۳. زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر: جلسه‌های مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر اساس دستورالعمل باکوم، اسنایدر و گوردون (۲۰۰۹) تدوین و طی هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای و در هفته یک جلسه به شرح ذیل اجرا شد:

جلسهٔ اول. در این جلسه درمانگر تلاش می‌کند تا از گسترش آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی در رابطهٔ زوج‌ها جلوگیری به عمل آورد. به‌عنوان مثال، سعی می‌کند تا تعاملات مخرب زوج‌ها در حضور یکدیگر و رفتارهای منفی ایشان را در غیاب یکدیگر شناسایی کند و رهنمون دهد. هدف این مرحله ارتقاء تعاملات مؤثر و درمیان‌گذاشتن احساس‌ها با همسر پیمان‌شکن می‌باشد. برای نیل به این مقصود، درمانگر بایستی از درخواست همسر خیانت‌دیده از گرفتن اطلاعات جزیی در مورد خیانت ممانعت به‌عمل آورد. مداخله‌هایی که در این مرحله توسط درمانگر به کار گرفته می‌شود شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی، تکنیک وقفهٔ زمانی هنگام مشاوره و آموزش در مورد نحوهٔ صحبت در مورد خیانت میباشد.

جلسهٔ دوم. هدف اصلی این جلسه ایجاد دوبارهٔ نظم و تعادل در زندگی روزمرهٔ زوج‌های مواجه‌شده با خیانت زناشویی است. درمانگر در این جلسه به بهبود آسیب‌های ایجاد شده می‌پردازد. به‌عنوان مثال، در حیطهٔ روابط همسران، وظیفهٔ ایشان را مشخص می‌سازد و پس از آن فعالیت‌هایی که نیاز به مشارکت هر دو همسر دارد (به‌خصوص فعالیت‌های صمیمانه) را طرح‌ریزی می‌کند. همچنین با به‌کارگیری مداخله‌هایی چون آموزش مهارت‌های حل مسئله، آموزش نحوهٔ شناسایی و بازگشت، به زوجین کمک می‌کند تا در صورت مواجه‌شدن با خیانت زناشویی صورت‌گرفته و یا ناراحتی‌های حاصل از آن، بتوانند با آن مقابله نمایند.

جلسهٔ سوم. در این جلسه بر روی تنظیم هیجان‌ها و درمیان‌گذاشتن آن با همسر پیمان‌شکن تمرکز می‌شود. به‌عنوان مثال، درمانگر با آموزش مهارت‌های بیان احساس‌ها، مهارت‌های گوش‌دادن و مهارت‌های پاسخگویی به احساس‌ها، همسر آسیب‌دیده از خیانت زناشویی را کمک می‌کند تا در بیرون از جلسهٔ مشاوره، زمانی را برای صحبت با همسر پیمان‌شکن خود انتخاب و از احساس‌های خود حرف بزند و او را در جریان آسیب‌های ایجاد شده قرار دهد.

جلسهٔ چهارم. در این جلسه درمانگر به کشف عواملی که منجر به خیانت زناشویی شده است می‌پردازد. درمانگر زوجین را آماده می‌سازد تا عوامل دخیل در خیانت زناشویی را بررسی نمایند. برای این منظور، درمانگر به ارائهٔ مدل عوامل خطرساز در خیانت زناشویی اقدام می‌کند. به‌عنوان مثال، عوامل مربوط به رابطهٔ زناشویی، عوامل خارج از حیطهٔ رابطهٔ زناشویی، عوامل مربوط به همسر پیمان‌شکن و عوامل مربوط به همسر آسیب‌دیده را مشخص می‌کند. برای نیل به این اهداف، درمانگر از مداخله‌هایی نظیر تشویق زوج به داشتن دیدگاهی بلندمدت در مورد ازدواج و ترغیب ایشان به بررسی حیطه‌های معمول تعارض در رابطهٔ آن‌ها بهره می‌گیرد.

جلسهٔ پنجم. در این جلسه نیز به کشف عواملی که منجر به خیانت زناشویی شده است پرداخته می‌شود. درمانگر به بررسی عوامل خارج از رابطهٔ زناشویی تأثیرگذار در خیانت زناشویی اقدام می‌کند. به‌عنوان مثال، فشارهای کاری و محیطی، استرس‌های طولانی‌مدت و فقدان حمایت اجتماعی بررسی می‌شود. افزون بر این، درمانگر به بررسی عوامل مربوط به همسری که خیانت کرده است اقدام می‌کند و ویژگی‌های شخصیتی، داشتن جذابیت اجتماعی و عوامل فردی که باعث تداوم خیانت شده است را پیجویی می‌کند. مداخله‌های مورد استفاده در این مرحله عبارت است از شناسایی و نوشتن منابع خارج از رابطهٔ زناشویی که تأثیر منفی بر ازدواج داشته و منجر به خیانت زناشویی شده است، شناسایی و نوشتن منابع خارج از رابطهٔ زناشویی که تأثیر مثبت بر ازدواج دارد و ازدواج را در برابر خیانت زناشویی حفظ می‌کند، و کشف عوامل مربوط به همسر که در بروز و تداوم خیانت زناشویی تأثیرگذار است.

جلسهٔ ششم. درمانگر در این جلسه می‌کوشد تا به مفهوم‌سازی موردی در مورد عوامل مؤثر و مداخله‌گر در خیانت زناشویی دست یابد. برای نیل به این هدف، ویژگی‌های همسر خیانت‌دیده که رابطه را نسبت به خیانت زناشویی آسیب‌پذیر کرده و مانع از کشف خیانت شده است، بررسی می‌کند. همچنین می‌کوشد تا عواملی که بهبود رابطه را مشکل می‌کند، مشخص سازد. پس از آن درمانگر به مفهوم‌سازی موردی خیانت برای زوج‌ها با در نظر گرفتن عواملی نظیر رابطهٔ زناشویی، عوامل محیطی، ویژگی‌های همسر پیمان‌شکن و ویژگی‌های همسر آسیب‌دیده می‌پردازد. مداخله‌های مورد استفاده در این جلسه شامل بحث در مورد ویژگی‌های همسر

خیانت‌دیده که رابطه را آسیب‌پذیر کرده است، روایت زوج‌ها از خیانت زناشویی، و آسیب‌های ناشی از آن است.

جلسهٔ هفتم. در این جلسه به مسئلهٔ بخشودگی در بافت خیانت زناشویی اقدام می‌شود. درمانگر مدل‌های بخشودگی را تشریح کرده و عقاید رایج در مورد بخشودگی را مطرح می‌سازد. افزون بر این، به همسران آسیب‌دیده از خیانت زناشویی کمک می‌کند تا به بررسی سودها و هزینه-های بالقوهٔ بخشودگی پرداخته و نگرانی‌های‌شان را در مورد بخشودگی مطرح سازند. مداخله-های مورد استفاده در این جلسه شامل شناسایی باورهای غلط در مورد بخشش و تصحیح آن در بین همسران، بررسی نقاط قوت رابطه، و ردگیری عوامل افزایش‌دهندهٔ تعهد زناشویی می-باشد.

جلسهٔ هشتم. جلسهٔ آخر به حرکت به سمت جلو و خاتمه‌دادن به درمان اختصاص دارد. درمانگر در این مرحله تغییرات رفتاری که مانع از وقوع مجدد خیانت می‌شود را شناسایی کرده و به بهبود بخشش در میان زوج‌های خیانت‌دیده کمک می‌کند. در پایان، درمانگر اظهارنظر زوج‌ها در میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده را بررسی و ضمن مرور مداخلات صورت‌گرفته به جمع‌بندی و خاتمهٔ درمان اقدام می‌کند. گرفتن بازخورد از زوج‌های تحت درمان، اجرای پس-آزمون‌ها و تعیین زمان مرحلهٔ پیگیری از اقدامات این جلسهٔ درمانی است.

شیوهٔ اجرا

پس از هماهنگی با مراکز مشاورهٔ آتیه، مهراندیش، و پیوند، زنان خیانت‌دیده‌ای که برای دریافت خدمات مشاوره‌ای به مراکز یاد شده مراجعه کرده بودند، به پرسشنامهٔ بخشش پاسخ دادند. پس از غربالگری و انتخاب آزمودنی‌های واجد شرایط، توضیحاتی در مورد ماهیت، نحوهٔ اجرای پژوهش و رعایت ملاحظات اخلاقی ارائه، و بعد از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش، رضایتنامهٔ کتبی از ایشان اخذ شد. پس از آن ۱۰ زوج (۲۰ نفر) در گروه آزمایشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی، ۱۰ زوج (۲۰ نفر) در گروه آزمایشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر، و ۱۰ زوج (۲۰ نفر) در گروه گواه به تصادف جایگزین شدند. گروه‌های آزمایشی به‌صورت زوجی (زن خیانت‌دیده به‌همراه همسر پیمان‌شکن) در هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی شرکت داده شدند. گروه گواه نیز در برگیرندهٔ ۱۰ زوج (۲۰ نفر) بودند که در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله‌ای بر روی ایشان اجرا نشد. هر سه گروه در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پس از گذشت سه ماه در مرحلهٔ پیگیری به مقیاس بخشش پاسخ دادند. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر، زنان خیانت‌دیده مبنای سنجش و

ارزیابی قرار گرفتند. همچنین به دلیل رعایت موازین اخلاقی به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان تمامی مراحل پژوهش، آن‌ها نیز تحت مداخله قرار خواهند گرفت. از این رو، زوج‌های گروه گواه نیز به دو گروه تقسیم و به مدت هشت جلسه مداخله‌های زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر را دریافت کردند. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پس‌آزمون و سه ماه پس از آن، پیگیری اجرا، و داده‌ها با استفاده روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشیِ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی برابر با ۳۵/۹۶ و ۲/۶۳، در گروه آزمایشیِ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر برابر با ۳۴/۵۹ و ۲/۶۸، و در گروه گواه برابر با ۳۵/۳۶ و ۲/۷۹ بود. شرکت‌کنندگان در گروه یکم متشکل از پنج نفر دیپلم (۲۵ درصد)، ۱۰ نفر کارشناسی (۵۰ درصد)، سه نفر کارشناسی ارشد (۱۵ درصد) و دو نفر دکتری (۱۰ درصد)، در گروه دوم متشکّل از دو نفر دیپلم (۱۰ درصد)، دو نفر فوق دیپلم (۱۰ درصد)، ۱۳ نفر کارشناسی (۶۵ درصد)، دو نفر کارشناسی ارشد (۱۰ درصد) و یک نفر دکتری (۵ درصد)، و در گروه گواه نیز مشتکل از شش نفر دیپلم (۳۰ درصد)، هشت نفر کارشناسی (۴۰ درصد)، چهار نفر کارشناسی ارشد (۲۰ درصد) و دو نفر دکتری (۱۰ درصد) بودند. از نظر وضعیت شغلی در گروه نخست، ۱۲ نفر (۶۰ درصد) شاغل و هشت نفر (۴۰ درصد) خانه‌دار، در گروه دوم، ۱۴ نفر (۷۰ درصد) شاغل و شش نفر (۳۰ درصد) خانه‌دار، و در گروه گواه نیز ۱۲ نفر (۶۰ درصد) شاغل و هشت نفر (۴۰ درصد) شاغل بودند. میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج در سه گروه به ترتیب برابر با ۵/۶±۰/۳۴، ۶/۲±۰/۳۹ و ۴/۹±۰/۳۲ سال بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت به تفکیک گروه‌ها در سه مرحله

شاخص‌های آماری		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	زوج درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی	۳۲/۲۱	۲/۴۰	۴۲/۱۵	۵/۰۷	۴۳/۰۱	۵/۲۳

بخشش	زوج درمانی یکپارچه‌نگر	۳۳/۱۹	۲/۵۹	۳۸/۷۵	۳/۸۹	۳۸/۸۷	۴/۱۴
	گواه	۳۲/۵۹	۲/۲۳	۳۳/۰۵	۲/۴۱	۳۳/۱۱	۲/۱۷

جدول شمارهٔ (۱) نشان می‌دهد که نمره‌های پیش‌آزمون در سه گروه همگن است، اما تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری پس از مداخله در گروه‌های آزمایشی با گروه گواه دلالت بر اثربخشی مداخله‌ها بر بخشش زن‌های آسیب‌دیده از خیانت زناشویی دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و همگنی واریانس‌ها در سه گروه

متغیر	گروه	کلموگروف-اسمیرنوف		لوین		کرویت موخلی W		شیب رگرسیون	
		Z	معناداری	F	معناداری	χ^2	معناداری	F	معناداری
بخشش	زوج درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی	۰/۲۰	۰/۱۶	۲/۱۲	۰/۲۴	۱۷/۳۱**	۰/۰۱	۱/۹۸	۰/۱۴
	زوج درمانی یکپارچه‌نگر	۰/۲۵	۰/۱۴	۲/۳۲	۰/۲۶				
	گواه	۰/۲۱	۰/۱۴	۱/۵۹	۰/۱۴				

$^{**}P < ۰/۰۱$ $^{*}P < ۰/۰۵$

در جدول شمارهٔ (۲) آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون لوین نیز نشان‌دهندهٔ برقراری شرط همسانی واریانس‌ها است و فرض همسانی با توجه به شیب رگرسیون در متغیر بخشش نیز رعایت شده است. همچنین آمارهٔ موخلی که همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس را نشان می‌دهد در سطح ۰/۰۱ معنادار و بیانگر این است که واریانس تفات‌ها در بین سطوح متغیر وابسته متفاوت بوده و پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. بنابراین در این شرایط از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر در سه مرحله اندازه‌گیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
بخشش	زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی	مراحل مداخله	۳۳۲/۲۱	۱/۳۲	۲۵۲/۲۳	۱۸/۶۱**	۳۳
		مراحل × گروه	۲۳۸/۶۴	۱/۳۲	۱۷۹/۲۳	۱۳/۴۱**	۲۸
		بین گروهی	۱۹۶/۱۹	۱	۱۹۶/۱۹	۱۶/۵۱**	۴۸
	زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر	مراحل مداخله	۲۶۸/۲۱	۱/۰۲	۲۶۱/۲۴	۶۲/۱۷*	۱۸
		مراحل × گروه	۲۰۲/۰۵	۱/۰۲	۱۹۷/۱۸	۵۱/۲۵*	۱۳
		بین گروهی	۱۶۸/۴۵	۱	۱۶۸/۴۵	۱۵/۲۱*	۲۱

$^{**}P < ۰/۰۱$ $^{*}P < ۰/۰۵$

طبق جدول شمارهٔ (۳) زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی بر نمرهٔ بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (P= ۰/۰۰۱) با اندازهٔ اثر ۴۸ و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر نمرهٔ بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (P= ۰/۰۳) با اندازهٔ اثر ۲۱ مؤثر بوده است. بنابراین زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر نمرهٔ بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی را افزایش داده‌اند. به عبارت دیگر بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسهٔ بخشش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مراحل (I)		گروه زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی		گروه زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر		گروه گواه	
			میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار
بخشش	پس‌آزمون	پیش-آزمون	۹/۹۴**	۰/۵۲	۵/۵۶**	۰/۵۴	۰/۴۶	۰/۲۷
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۰/۰۸**	۰/۴۳	۵/۶۸**	۰/۴۹	۰/۵۲	۰/۱۸
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۸۶	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۹

$^{**}P < ۰/۰۱$ $^{*}P < ۰/۰۵$

در جدول شمارهٔ (۴)، مقایسهٔ سه مرحله در دو گروه آزمایش نشان می‌دهد که نمرهٔ بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته‌اند (P= ۰/۰۰۱) اما، بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در این گروه آزمایشی تفاوت معنی‌دار نیست (P=۰/۳۵). بنابراین روش مداخله اثربخش بوده و این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار مانده است. در گروه گواه هیچ یک از مقایسه‌های دوبه‌دو معنی‌دار نیست (P=۰/۱۲). همچنین مقایسهٔ سه مرحله در گروه آزمایش زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر نشان می‌دهد که نمرهٔ بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته‌اند (P= ۰/۰۰۱)، اما بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در این گروه آزمایشی تفاوت معنی‌دار نیست (P=۰/۲۳). بنابراین روش مداخله اثربخش بوده و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. در گروه گواه هیچ یک از مقایسه‌های دوبه‌دو معنی‌دار نمی‌باشد (P=۰/۲۳).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار
بخشش	پس‌آزمون	زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی	گواه	۹/۰۱*	۰/۴۳
		زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر	گواه	۵/۷*	۰/۴۳
		زوجی‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی	زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر	۳/۴*	۰/۴۳
	پیگیری	زوجی‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی	گواه	۹/۹*	۰/۵۶
		زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر	گواه	۵/۷۶*	۰/۵۶
		زوجی‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی	زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر	۴/۱۴*	۰/۵۶

*P <۰/۰۵ **P <۰/۰۱

در جدول شمارهٔ (۵) اثر دو رویکرد مداخله بر متغیر وابسته با هم مقایسه شدند. نتایج حاکی از این است که تفاوت تأثیر مداخلهٔ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی با مداخلهٔ زوج درمانی یکپارچه‌نگر در متغیر بخشش معنادار است (P= ۰/۰۱) و با توجه به تفاوت میانگین به دست آمده، زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی در افزایش بخشش مؤثرتر از زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمانی جراحت دلبستگی و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر موجب افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی می‌شود و نتایج پیگیری نیز نشانگر تداوم تأثیر این مداخله‌ها بود. افزون بر این مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌های آزمایشی نیز نشان داد که تفاوت بین زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر در متغیر بخشش معنادار و با توجه به تفاوت میانگین‌ها، مداخلهٔ زوج-درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی مؤثرتر از زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دهقانی و همکاران (۲۰۲۰)، میشل، وایتن بورن، تیم و بلو (۲۰۲۰)، بروبیکر (۲۰۱۸)، فیتز پاتریک و لافونتاین (۲۰۱۸)، باکوم، پنتل، گوردن و سنتر (۲۰۱۷)، و میسرلین، توک مانین، وارمر و گرینبرگ (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی دارای دو نوع مداخلهٔ تجربی و سیستمی می‌باشد که برای تسهیل تغییر چرخه‌های تعاملی منفی زوج‌ها و بهبودی ایشان به کار گرفته می‌شود. مداخلهٔ تجربی شامل انعکاس همدلانه، اعتباربخشی، پاسخ‌های برانگیزاننده، تشدید و گمانه‌زنی همدلانه برای کشف و بیان نیازها و هیجانات دلبستگی است که در نتیجهٔ کاربست این مداخله، نیازها و هیجان‌های دلبستگی‌محور زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت زناشویی کشف و به همسر پیمان‌شکن انعکاس می‌یابد. از سوی دیگر مداخلهٔ سیستمی نیز با به‌کارگیری فنونی نظیر ردگیری، بازتاب، و قاب‌گیری تجارب و عملکرد زوجین، چرخهٔ تعاملی منفی زوج‌های خیانت‌دیده را درهم شکسته و با چرخهٔ تعاملی مثبت جایگزین می‌سازد که درگیری عاطفی و پیوندهای دلبستگی ایمن و سازندهٔ زوج‌ها را به دنبال خواهد داشت. به‌کارگیری این مداخله‌ها در جریان درمان، در دسترس بودن و پاسخگو بودن همسر پیمان-شکن را افزایش و ضمن بازسازی پیوندهای ایمن در میان زوج‌های خیانت‌دیده، فرایند بخشش را تسریع می‌بخشد (دهقانی و همکاران، ۲۰۲۰).

افزون بر این، در تبیین بخشش در نتیجهٔ مداخلهٔ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی می‌توان به دلبستگی ایمن که در پیامد این برنامهٔ درمانی جایگزین دلبستگی ناایمن در میان زوج‌ها می‌شود اشاره کرد. مطالعات نشان داده است که بین سبک دلبستگی ایمن و بخشودگی رابطهٔ مثبت معناداری وجود دارد و زوج‌هایی که سبک دلبستگی هردوی ایشان ایمن است به دلیل داشتن حس همدلی و کنترل بر عواطف منفی خود، بیشتر از زوج‌هایی که دلبستگی ایشان ناایمن است یکدیگر را می‌بخشند. همچنین، بخشش شامل سازه‌هایی نظیر اعتماد، ارتباط، همدلی و مجموعهٔ پیچیده‌ای از تغییرات روان‌شناختی است که بر خود و دیگران متمرکز می‌باشد. این سازه‌ها در جریان زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و در پیامد دلبستگی ایمنی که بین همسر آسیب‌دیده و پیمان‌شکن اتفاق می‌افتد، آشکار شده و بخشش را به دنبال خواهد داشت (فیتز پاتریک و لافونتاین، ۲۰۱۸؛ میسرلین و همکاران، ۲۰۱۵).

برخی از پژوهش‌ها، واکنش‌های همدلانهٔ همسر پیمان‌شکن نسبت به آسیب‌های دلبستگی همسر خیانت‌دیده را عامل موفقیت درمان و تسهیل‌کنندهٔ بخشش می‌دانند. در این راستا می‌توان به پژوهشی که با هدف بررسی فرایند بخشش در زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی انجام شد، اشاره نمود. نتایج این پژوهش نشان داد که واکنش همدلانهٔ همسر پیمان‌شکن به درد و رنج‌های هیجانی همسر آسیب‌دیده از خیانت زناشویی به‌عنوان پادزهری برای تخریب پیوندهای از دست رفته عمل می‌کند و فرایند بخشش و مصالحه را ممکن می‌سازد. به‌عبارت دیگر هم‌زمان با بیشتر شدن مشارکت‌های عاطفی همسر پیمان‌شکن با همسر خیانت‌دیده، کاهش واکنش‌های دفاعی همسر خیانت‌دیده و افزایش تبادلات عاطفی میان زوج‌ها، اعتماد زوجین تجدید شده و بخشش اتفاق می‌افتد (ماکین و جانسون، ۲۰۰۶، به نقل از آپریل و شروت، ۲۰۱۹).

استواریاناپولوس (۲۰۱۵، به نقل از میشل، وایتن بورن، تیم و بلو، ۲۰۲۰) در پژوهشی که با عنوان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمانی جراحت دلبستگی بر خیانت زناشویی و ترمیم پیوندهای آسیب‌دیده انجام داد به این نتیجه دست یافت که بخشش و اعتمادی که در نتیجهٔ مداخلهٔ مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی در همسر آسیب‌دیده شکل می‌گیرد ناشی از تلطیفی است که در جریان درمان بین زوج‌ها اتفاق می‌افتد. این تلطیف با پاسخ‌دهی هیجانی همسر پیمان‌شکن به همسر خیانت‌دیده مشخص می‌شود که طی آن همسر آسیب‌دیده نیازهای دلبستگی و امنیت را از همسر پیمان‌شکن مطالبه می‌کند و با پذیرش این نیازها و

خواسته‌ها از سوی همسر پیمان‌شکن، ارتباط عاطفی جدیدی میان همسران به وقوع می‌پیوندد که زمینه‌ساز بخشش همسر پیمان‌شکن از سوی همسر خیانت‌دیده است.

به‌طور کلی در تبیین اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و ماندگاری اثر آن می‌توان اذعان داشت که این رویکرد، درمان جدیدی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت فعال و تبادل هیجان‌های حاصل از الگوهای ناکارآمد در زوج‌های آشفته و آسیب‌دیده است. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌های آسیب‌پذیر در هر کدام از زوج‌ها و تسهیل توانایی ایشان در ابراز این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز است. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر را به وجود آورده که سبب آرام‌شدن آشفتگی، افزایش صمیمیت و در نهایت ارتباطی رضایت‌بخش‌تر است که این تغییرات می‌تواند زمینهٔ ایجاد بخشش را در میان همسران فراهم آورد (بروبیکر، ۲۰۱۸). همچنین، زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی تلاش می‌کند تا زوج‌ها در فرایند درمان سبک‌های ارتباطی بهتری را برگزیده، مهارت‌های ارتباطی سالم‌تری را به‌کار گرفته و تعاملات زوجی میان خویش را اصلاح نمایند. ماحصل این اتفاق‌ها، پرفروغ‌شدن پیوندهای ایمن و تعامل‌های مثبت خواهد بود که در اثر افشای خیانت زناشویی و فاصله‌گیری هر چه بیشتر زوج‌ها کم‌رنگ شده و به آشفتگی گراییده بودند (تیم و هرتلین، ۲۰۲۰).

افزون بر این در تبیین اثربخشی و ماندگاری زوج درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی نسبت به زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر می‌توان گفت که زنان خیانت‌دیده که با همسر پیمان‌شکن خود در جلسات این درمان شرکت می‌کنند، در آغاز درمان به بیان خیانت زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن پرداخته و بی‌اعتمادی خود را نسبت به همسر پیمان‌شکن آزادانه ابراز می‌کنند. همچنین از پیوند ناایمنی که پس از افشای خیانت زناشویی در میان ایشان حکم‌فرما شده است پرده برداشته و آسیب‌های رابطه‌ای خیانت زناشویی را بازگو می‌کنند. با ابرازگری هیجانی همسر خیانت‌دیده، همسر پیمان‌شکن تأثیر مخرب خیانت زناشویی را را از زبان همسر خود شنیده و با دست برداشتن از مقاومت سعی می‌کند که مسئولیت این اتفاق مخرب را بپذیرد. در جلسات بعد و هم‌زمان با تسهیلگری درمانگر، هیجان ثانویه همسر خیانت‌دیده بیرون کشیده شده و درمانگر به کالبدشکافی این هیجانات می‌پردازد که نقطهٔ عطفی برای نزدیکی همسران و فعال‌شدن پیوندهای ایمن رابطه‌ای می‌باشد. با شکل‌گیری تعاملات مثبت و آمادگی بیشتر همسر خیانت‌دیده، همسر پیمان‌شکن خیانت زناشویی و نحوهٔ وقوع آن را بازگو می‌کند و با تشریح‌نمودن عوامل مؤثر بر وقوع خیانت زناشویی، نقش خود را در وقوع خیانت زناشویی می‌پذیرد و درصدد جبران آسیب‌های ایجاد شده برمی‌آید. پس از آن همسر پیمان‌شکن تعامل

عاطفی بیشتری را با همسر خیانت‌دیده برقرار و با آسیب‌ها و رنج‌های او همدلی می‌کند. همسو با تغییرات ایجاد شده و با ادامهٔ روند درمان، همسر پیمان‌شکن متعهد می‌گردد تا نیازهای دلبستگی همسر خیانت‌دیده خود را برآورده ساخته و به مراقبت از او اقدام نماید که این مهم به‌عنوان پادزهری برای خیانت زناشویی تلقی شده و افزون بر ترمیم پیوندهای آسیب‌دیده و بهبود چرخه‌هایت عاملی منفی، بخشش همسر خیانت‌دیده را به دنبال خواهد داشت (بروبیکر، ۲۰۱۸؛ میشل و همکاران، ۲۰۲۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به محدود بودن جامعه به زوج‌های درخواست‌کنندهٔ مشاورهٔ خیانت زناشویی شهر بوشهر اشاره کرد که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر گروه‌های جامعه با محدویت مواجه می‌سازد. برای حصول اطمینان از نتایج، جهت تعمیم گسترده‌تر، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر مجدد توسط پژوهشگران دیگر با همین متغیر، در جمعیت‌های دیگر و پیگیری طولانی‌تر تکرار، و نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، از این روش مداخله‌ای در مراکز آموزشی و مشاوره‌ای نه تنها در مورد متغیر این پژوهش، بلکه برای متغیرهای دیگری نظیر اعتماد، دلزدگی زناشویی، جراحت دلبستگی و نظایر آن استفاده شود.

موازین اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی، بی‌نام بودن ابزار اندازه‌گیری و رازداری رعایت شد و به شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان اختیار کامل داده شد. همچنین پس از اتمام پژوهش، گروه گواه به دو گروه تقسیم شد و یک گروه در هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحت دلبستگی و گروه دیگر در هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر شرکت داده شدند.

سپاسگزاری

به این وسیله از کلیهٔ پرسنل مراکز مشاورهٔ شهر بوشهر که با پژوهشگر و همکاران ایشان همکاری نمودند، و همچنین از کلیهٔ همسرانی که با شرکت داوطلبانهٔ خود در مداخله‌های درمان به پیشبرد این مطالعه همت گماشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از پژوهش مصطفی دهقانی و خالد اصلانی با کد اخلاق در پژوهش IR.BPUMS.REC.1399.165 از دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می‌باشد. در این پژوهش هر دو نویسنده در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیشنویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

زندی‌پور، طیبه.، آزادی، شه‌دخت.، و ناهیدپور، فرزانه. (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی، بخشش و سلامت روان در زوج‌های مراجعه کننده به مراکز بهداشت گچساران. *مجلهٔ جامعه‌شناسی زنان*، ۲ (۶): ۱۸-۱. [پیوند]

سرمد، زهره.، بازرگان، عباس.، و حجازی، الهه. (۱۳۹۶). *روش های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: نشر آگه. [پیوند]

نوروزی، سوده.، رضاخانی، سیمین دخت.، و وکیلی، پریوش. (۱۳۹۳). رابطه علّی بین چشم انداز زمان و بی ثباتی ازدواج بر اساس نقش میانجیگر الگوهای ارتباطی در زنان و مردان متأهل. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۹(پیاپی ۹): ۲۹۹-۲۲۱.[پیوند]

Allison R. T. (2017). Communication and parental infidelity: A qualitative analysis of how adult children cope in a topic-avoidant environment. *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(3): 175-193. [Link]

Allison, R. T. (2020). Triangulation and Parental Infidelity: Faithful Parents' Attempts to Make Their Adult Children Feel Caught, Rumination, and Satisfaction in the Unfaithful Parent–Child Relationship. *Journal of Divorce & Remarriage*, 61(8):673-689. [Link]

April, M., & Schrodt, P. (2019). Person-Centered Messages, Attributions of Responsibility, and the Willingness to Forgive Parental Infidelity. *Communication Studies*, 70(1): 79-98. [Link]

Baucom, D. H, Snyder, D. K, & Gordon, K. C. (2009). *Helping couples get past the affair: A Clinician's Guide*. New York: Guilford. [Link]

Baucom, D. H., Pentel, K. Z., Gordon, K. C., & Snyder, D. K. (2017). An integrative approach to treating infidelity in couples. In J. Fitzgerald (Ed),

Foundations for couples' therapy: Research for the real world (p. 206-215). New York: Routledge. [Link]

Baucom, D. H., Snyder, D. K., & Gordon, K. C. (2009). *Helping couples get past the affair: A clinician's guide*. New York: Guilford. [Link]

Brandon, T. M., Michelle, D., & Jaclyn, D. (2017). Do you have anything to hide? Infidelity-related behaviors on social media sites and marital satisfaction. *Journal of Computers in Human Behavior*, 66(1): 88-95. [Link]

Brubacher, L. (2018). Attachment Injury Resolution Model in Emotionally Focused Therapy. In J. Lebow, A. Chambers, D. Breunlin, C. Douglas (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (p. 241-260). London: Karnac Books. [Link]

Burgess, M. M., Johnson, S. M., Dalgleish, T. L., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2016). Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Johnson*, 42(2): 231-245. [Link]

Buss, D. M., & Abrams, B. (2017). Jealousy, infidelity, and the difficulty of diagnosing pathology: A CBT approach to coping with sexual betrayal. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(2): 150-172. [Link]

Cornish, M. A., Hanks, M. A., & Gubash Black, S. M. (2020). Self-forgiving processes in therapy for romantic relationship infidelity: An evidence-based case study. *Psychotherapy*, 57(3): 352-365. [Link]

Darab, M., Bahrami, F., & Etemadi, O. (2020). Sexual Infidelity as an Attachment Injury in Iranian Women: A Qualitative Study. *Journal of Divorce & Remarriage*, 61(6): 385-405. [Link]

Dehghani, M., Aslani, k., Amanelahi, A., & Rajabi, G. R. (2020). The Effectiveness of Attachment Injury Resolution Model (AIRM) on Increasing Trust among the Injured Women with Marital Infidelity: A Case Study Approach. *American Journal of Family Therapy*, 48(3): 283-297. [Link]

Fife, S. T., Weeks, G. R., & Stellberg-Filbert, J. (2013). Facilitating forgiveness in the treatment of infidelity: An interpersonal model. *Journal of Family Therapy*, 35(4): 343-367. [Link]

Fitzpatrick, J., & Lafontaine, M. F. (2018). Attachment, trust, and satisfaction in relationships: Investigating actor, partner, and mediating effects. *Personal Relationship*, 24(3): 640-662. [Link]

Franckowiak, M. (2017). *Intimacy after sexual trauma: Clinical perspectives*. Master of social work clinical research papers, the University of St. Catherine. [Link]

Ghochani, M., Safarian Toosi, M. R., & Khoynezhad, G. R. (2020). Investigation of the Effectiveness of the Combined Couple Therapy for Couples on the Improvement of Intimacy and PTSD. *American Journal of Family Therapy*, 48(5): 562-584. [Link]

Gordon, K. C., & Mitchell, E. A. (2020). Infidelity in the Time of COVID19. *Family Process*, 59(3): 956-966. [Link]

Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2): 213-231. [Link]

Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6): 1055-1064. [Link]

Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warmar, S. H., & Greenberg, L. S. (2015). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5): 861-871. [Link]

Mitchell, E. A., Wittenborn, A. K., Timm, T. M., & Blow, A. J. (2020). Examining the Role of the Attachment Bond in the Process of Recovering from an Affair. *American Journal of Family Therapy*, 48(5): 603-624. [Link]

Parker, M. L., & Campbell, K. (2017). Infidelity and attachment: the Moderating Role of Race/Ethnicity. *Contemporary Family Therapy*, 39(3): 172-183. [Link]

Rye, M. S., Loiacono, D. M., Flock, C. D., Olszewski, B. T., Heim, T. A., & Madia, B. P. (2001). Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scale. *Journal of Current Psychology*, 20(3): 260-277. [Link]

Shrout, M. R., & Weigel, D. J. (2017). Infidelity's aftermath: Appraisals, mental health, and health-compromising behaviors following a partner's infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3(2): 11-36. [Link]

Stamps, W. E. (2020). *Treatment of infidelity as a clinical issue in couple therapy: a critical review of the literature.* Doctoral dissertation, the University of Pepperdine. [Link]

Stavrianopoulos, K. (2015). Enhancing relationship satisfaction among college student couples: An emotionally focused therapy (EFT) approach. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 14(1): 1-16. [Link]

Timm, T. M., & Hertlein, K. (2020). Affair Recovery in Couple Therapy. In K. S. Wampler, A. J. Blow (Eds.), *The Handbook of Systemic Family Therapy* (p.343-361). New York: John Wiley & Sons Ltd. [Link]

Toplu-Demirtaş, E., & Fincham, F. D. (2018). Dating infidelity in Turkish couples: The role of attitudes and Intentions. *Journal of Sex Research*, 55(2): 252-262. [Link]

Woldarsky, M. C., & Greenberg, L. S. (2014). Interpersonal forgiveness in emotion-focused couples' therapy: Relating process to outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1): 49-67. [Link]

Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalgleish, 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. [Link]

***

پرسشنامهٔ بخشش در روابط زوجی

عبارات‌ها	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱. نمی توانم فکر کردن درباره ی اشتباه شخص خطاکار را کنار بگذارم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲. گاهی وقت ها، به راه های بخشیدن شخصی خطاکار فکر می کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳. نسبت به شخص خطاکار، احساس عصبانیت می کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۴. از مکان ها یا افرادی که شخص خطاکار را به یادم می آورد، پرهیز می کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۵. عمل اشتباه شخص خطاکار، من را از لذت بردن از زندگی محروم کرده است.	۵	۴	۳	۲	۱
۶. می توانم خود را از فکر کردن به شخص خطاکار رها کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۷. وقتی به این فکر می‌کنم که چطور با من رفتار شده است، احساس افسردگی می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۸. احساس می‌کنم، بیشتر صدمه های روحی ناشی از عمل اشتباه شخص خطاکار، بهبود یافته است.	۵	۴	۳	۲	۱
۹. وقتی به شخص خطاکار فکر می کنم، نسبت به او احساس تنفر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰. احساس می‌کنم، زندگی‌ام در اثر عمل اشتباه شخص خطاکار مختلف شده است.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱. آرزوی بهترین‌ها را برای شخص خطاکار دارم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲. برای شخص خطاکار دعا می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۳. رو به رو شدن با شخص خطاکار به من احساس آرامش می‌دهد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۴. دلم برای شخص خطاکار می‌سوزد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۵. امیدوارم شخص خطاکار، در آینده با رفتار خوب دیگران مواجه شود.	۵	۴	۳	۲	۱

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 14, No. 2 (54), Summer 2020
ISSN: 2008- 4331- eISSN: 2645- 3541

Contents Titles

•Functional Connectivity Alterations of Orbitofrontal Cortex in Chronic Insomnia
R. Ahmadi, S. Rahimi, Kh. Noori, M. Rostam Pour, H. Khazaei, M. Tahmasian 9-28

•Investigating the Psychometric Characteristics (Validity and Reliability) of the Self-Compassion Scale: Finding Empirical Evidence for Using the Total Score and defining the Concept of Self-Compassion
S. Mohammadali, D. Manavipor, M. Sedaghatifard 29-50

•Investigating the Psychometric Characteristics (Validity and Reliability) of the Self-Compassion Scale: Finding Empirical Evidence for Using the Total Score and defining the Concept of Self-Compassion
Z. Mohammad Alipour, M. Rasouli, I. Asadpour, K. Zahrakar 51-75

•Effectiveness of Systematic Training of Effective Parenting (STEP) on Parenting Stress, Emotion Regulation, and Cognitive Flexibility on Mothers of Male Adolescents
N. Saadati, Z. Yousefi, M. Golparvar 77-100

•The Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Couple Therapy with Reality Therapy Approach on Couple's Functional Flexibility and Distress Tolerance
Z. Hosseinzadeh, Sh. Ghorban Shirodi, J. Khalatbari, & M.A. Rahmani 101-122

•Students' Lived Experience of Online Learning during the COVID-19 Disease: An Interpretative Phenomenological Analysis
O. Shokri, F. Rashidipour, M. Sharifi 123-145

•Comparison of the effectiveness of Attachment Injury Resolution Model with Integrative Couple Therapy on Forgiveness among the Injured Women with Marital Infidelity
M. Dehghani, Kh. Aslani 147-171