

بسم الله الرحمن الرحيم

فصلنامه روان‌شناسی کاربردی

فصلنامه علمی - پژوهشی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۴، شماره ۴ (۵۶)، زمستان ۱۳۹۹

ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645-3541

صاحب امتیاز: دانشگاه شهید بهشتی

مدیر مسئول: دکتر محمود حیدری

سر دبیر: دکتر وحید نجاتی

مدیر داخلی: دکتر عباس ذبیح‌زاده

ویراستار فارسی: دکتر عباس ذبیح‌زاده - آیلین مردان‌پور

ویراستار انگلیسی: دکتر شهریار شهیدی

اعضای هیأت تحریریه

دکتر بهمن بلوچ: دانشیار دانشگاه میدلسکس لندن (روان‌شناس)

دکتر حمیدرضا پوراعتماد: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر عصمت دانش: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر سیدحسین سلیمی: استاد دانشگاه بقیه‌الله (روان‌شناس)

دکتر شهریار شهیدی: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر حمید طاهر نشاط دوست: 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، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دفتر مجلات، فصلنامه

روان‌شناسی کاربردی. تلفکس: ۲۹۹۰۵۳۴۰ پست الکترونیکی: apsy@sbu.ac.ir

درجه علمی - پژوهشی در جلسه مورخ ۸۹/۷/۲۸ کمیسیون نشریات علمی کشور، به فصلنامه 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

Magiran Scholar, LinkedIn, Academia SID نمایه می‌شود.

راهنمای نگارش مقاله

فصلنامه «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 در عصر کنونی که پیچیدگی‌ها و فن‌آوری‌های روزافزون منجر به تغییرات سریع در جامعه در حال 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 نام‌خانوادگی پژوهشگر/پژوهشگران، درجه 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، به ترتیب حروف الفبا در پایان چکیده‌ها ارائه و/یا لیک 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 درباره روش، جامعه آماری و درج تعداد جامعه، 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 درباره طراح، سال طراحی هر یک از ابزارها، معرفی آزمون، تعداد مؤلفه‌های آن و ذکر شماره سؤال‌های مؤلفه‌ها در جلوی آن‌ها، پایایی و روایی، شیوه

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، شرکت‌کنندگان/آزمودنی‌ها و سایر افرادی که جزء نویسندگان نیستند و در اجرای پژوهش با آن‌ها همکاری داشته‌اند؛ تشکر و قدردانی کنند.

● **مشارکت نویسندگان:** در این قسمت اسمی، لینک کد اراکید، نوع همکاری و سهم همکاری (به درصد) هریک از نویسندگانی باید در ستون مربوطه جدول موجود در برگه تعهدنامه ذکر شود که در طراحی، مدیریت طرح، مفهوم‌سازی، اجرا، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح، ویراستاری و نهایی‌سازی

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 توصیه‌نامه‌های 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 حداقل ۳۰ 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 خودکارآمدی و کنترل عواطف در دانش‌آموزان مضطرب. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۰ (۱ پیاپی ۳۷): ۲۱-۳۷.

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

کهرآزبی، 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 اُتیسیم. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳_ ۲: ۲۷۳-۲۹۵.

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 موارد بعدی «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 پاورقی همان صفحه باید زیرنویس داده شود.

- لازم است در تدوین مقاله بیشتر از مجله‌های علمی- پژوهشی انگلیسی و فارسی معتبر از جمله مقاله‌های فصلنامه 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 صفحه وزیری (۱۶/۵ × ۲۳/۵) و به صورت 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 به کاررفته در متن و جدول‌ها فارسی باشد.
- مسئولیت حفظ حقوق دیگر مؤلفان به‌عهده نویسنده 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 فصلنامه 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 شهیدبهبشتی واریز فرمایند.

شیوه ارسال مقاله

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

قدردانی

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

۱. دکتر سعید ایمانی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۲. فرزین حق‌نظری: دانشجوی دکتری پژوهشکده علوم شناختی و مغز دانشگاه شهید بهشتی
۳. دکتر عصمت دانش: استاد دانشگاه شهید بهشتی
۴. دکتر عباس ذبیح‌زاده: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۵. دکتر یاسر رضاپور میرصالح: استادیار دانشگاه اردکان
۶. دکتر مسعود شریفی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۷. دکتر امید شکری: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۸. دکتر سعید صادقی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۹. دکتر وحید نجاتی: دانشیار دانشگاه شهید بهشتی

فهرست عناوین

- اثربخشی زوج درمانی سیستمی- رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد
فاطمه شیر و محمود گودرزی ۳۴۵-۳۶۸
- اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش
یاثسه
مریم بهبهانی و شهره قربان‌شیرودی ۳۶۹-۳۸۹
- ساخت و تحلیل روان‌سنجی پرسشنامه توازن خودهای ممکن در دانش آموزان
فرزانه زادشیر، سوسن صابر و خدیجه ابوالمعالی ۴۹۱-۴۱۴
- ساخت ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی
سمیرا محمدعلی، داود معنوی پور و مجتبی صداقتی فرد ۴۱۵-۴۳۴
- بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF در مردان وابسته به مواد
شیدا بابازاده، مجتبی حبیبی وحید صادقی فیروزآبادی و ندا گوهری درخشنده ۴۳۵-۴۵۷
- آزمون درک ارزش آینده: طراحی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی در نمونه‌ای از کودکان ایرانی
وحید نجاتی، آذین سراج خرمی، مریم شریفیان و مهناز جعفرزاده ۴۵۹-۴۷۲
- تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B
گیتی زارعی، اسحق رحیمیان بوگر، آمنه معاضدیان و علی جبهه ۴۷۳-۴۹۳

Research Article

The Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Family Function and Sexual Function of Women with Addicted Spouse

F. Shiri¹, M. Goudarzi^{2*}

1. PhD. Student of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Assistant Professor, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. Email: mg.sauc@gmail.com

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on improving family function and sexual function of women with addicted spouse. **Method:** The research method was semi-experimental with pre-test, post-test and a three-month follow-up with control group. The statistical population was 68 women with addicted spouse who referred to the Special Counseling Center for women under the supervision of Sanandaj University of Medical Sciences in 2019. Using the available sampling method, 30 people were selected and randomly assigned to the experimental and control groups. The research tools were Epstein, Baldwin & Bishop (1983) Family Assessment Device and Rosen & Heiman (2000) Women's sexual function questionnaire. And Crowe & Ridley (2000) Systemic-Behavioral Couple Therapy was performed in 10 sessions of 90 minute once a week for the experimental group. data was analyzed by mixed analysis of variance. **Results:** The results showed that Systemic-Behavioral Couple Therapy was effective on improving family function ($F=1927.378$, $P=0.001$) and sexual function ($F=43.683$, $P=0.001$) of women with addicted spouses in the post-test phase and this effect remained stable in the follow-up phase. **Conclusion:** The Systemic-Behavioral Couple Therapy approach helped women with addicted spouse increase their ability to build effective relationships, dialogue, negotiation, and interaction, thereby improving family function and sexual function.

Key word: *systemic-behavioral couple therapy, family function, sexual function*

Citation: Shiri, F., & Goudarzi, M. (2020). The Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Family Function and Sexual Function of Women with Addicted Spouse. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(4):345-368.

اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد

فاطمه شیري^۱، محمود گودرزی^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران.

۲. استادیار گروه مشاوره خانواده، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران. ایمیل: Email: mg.sauc@gmail.com

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری، زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ویژه زنان تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی در شهرستان سنج در سال ۱۳۹۸ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه سنجش خانواده اِشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و هایمن (۲۰۰۰) بود، و زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری کرو و ریدلی (۲۰۰۰) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار برای گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده ($F=1927/38$, $P=0/001$) و عملکرد جنسی ($F=43/68$, $P=0/001$) زنان دارای همسر معتاد در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** رویکرد زوج-درمانی سیستمی-رفتاری به زنان دارای همسر معتاد کمک کرد تا توانایی خود را برای ایجاد روابط مؤثر، گفت‌وگو، مذاکره، و تعامل افزایش دهند و از این طریق عملکرد خانواده و عملکرد جنسی خود را بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری، عملکرد خانواده، عملکرد جنسی

استناد به این مقاله: شیري، فاطمه، و گودرزی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۴ پیاپی ۵۶): ۳۶۸-۳۴۵.

مقدمه

خانواده مهم‌ترین نهادی است که روند رشد شخصی و اجتماعی افراد را تعیین می‌کند و در جهت فراهم کردن محیط عاطفی لازم گام برمی‌دارد (جو و چن^۱، ۲۰۱۶). در خانواده‌های دارای عملکرد سالم، نوع ارتباط اعضای خانواده مستقیم بوده و ارتباط کلامی و غیرکلامی همخوان است، مهارت حل مسئله وجود دارد و تعارض‌ها به شکل مناسب حل و فصل می‌شود و نیازهای اساسی همه اعضا برآورده می‌شود (پرز و کو^۲، ۲۰۱۸). ولی در خانواده‌های دارای عملکرد نامناسب مشکلات عاطفی وجود دارد. نوع ارتباط اعضای خانواده ناهمخوان و واکنش‌های هیجانی نامناسب است. اعضای خانواده علاقه‌ای به همدیگر ندارند و نسبت به سرمایه‌گذاری عاطفی نمی‌کنند (بروتی، دیاس، پیرا، لافر، نیری^۳، ۲۰۱۶). خانواده‌های نابسامان از جمله خانواده‌های دارای سرپرست معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین همسران، آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده و با اختلال در عملکرد خانواده روبه‌رو هستند (محمدی‌فر، طالبی و طباطبایی، ۱۳۸۹). یکی از مهم‌ترین تهدیدها برای ثبات روابط زناشویی و از عمده‌ترین دلایل تعارض زناشویی و فروپاشی خانواده‌ها در فرهنگ‌های مختلف اعتیاد می‌باشد (محسن‌زاده، محمدنظری و عارفی، ۱۳۹۰). با اعتیاد مرد خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده دچار اختلال می‌شود. همچنین اعتیاد مرد خانواده، باعث کاهش نقش حمایتی مرد به‌عنوان سرپرست خانواده می‌شود و به دنبال آن فقدان حمایت‌های اجتماعی در این خانواده‌ها، سبب بروز اختلال‌های روانی و به خطر افتادن سلامت روانی اعضای خانواده می‌گردد (چمبرز، چیو، اسکات، تولومکزکو، ردلمر، لوینسون و وانگ^۴، ۲۰۱۴).

در چنین شرایطی، زن در نقش همسر در امن‌ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود. به‌جای اینکه محیط خانه محل امنیت، آرامش و آسایش باشد، تبدیل به جایگاه هراس و ناامنی می‌شود. آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آن قدر عمیق می‌شود که افزون بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض استرس و مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (ناعمی، ۱۳۹۴، به نقل از تقی‌پور، باغستانی و سعادت، ۱۳۹۸). مسائل اعتیاد بر روابط اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد که از جمله آن‌ها آشفتگی در نقش‌ها، امور روزمره و ارتباطات اعضای خانواده، و اثرات نامطلوب آن بر زندگی اجتماعی و امور مالی خانواده است (دالوس و

1. Guo & Chen

2. Barker & Chang

3. Berutti, Dias, Pereira, Lafer & Nery

4. Chambers, Chiu, Scott,

Tolomiczenko, Redelmeier, Levinson & Hwang

دراپر^۱، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۳۴ درصد زنان دارای همسر معتاد سالم، ۵۸ درصد دارای روان‌رنجوری و هشت درصد دارای روان‌پریشی هستند و در کل بین وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد و سالم تفاوت معناداری وجود دارد (توده رنجبر و عراقی، ۱۳۹۷). گسستگی‌های عاطفی، طلاق، و از هم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء اعتیاد به شمار می‌رود. اختلال در ساختار خانواده‌های دارای سرپرست معتاد و فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین در این خانواده‌ها، موجب بروز آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده می‌شود. در نتیجه، این عوامل موجب اختلال در عملکرد این خانواده‌ها می‌شوند (محمدی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹).

عملکرد خانواده تلاش مشترکی برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده است (ثنایی، ۱۳۸۹). زمانی که این تعادل بهم خورد، عملکرد خانواده دچار اختلال می‌شود. در چنین شرایطی خانواده از مسیر خود خارج می‌شود. فرزندان دچار سردرگمی شده و احتمال درگیر شدن با انواع آسیب‌های اجتماعی وجود دارد. زوجین که دیگر بر زندگی کنترلی ندارند، آسیب‌های روحی و روانی فراوانی را متحمل می‌شوند. مواردی وجود دارد که عملکرد خانواده را متأثر می‌سازد. (بارکر و چانگ^۲، ۲۰۱۳). رضایت از عملکرد جنسی یکی از عوامل مؤثر در عملکرد خانواده شناخته شده است (فروتون و جدید میلانی، ۱۳۸۷).

عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است، و رضایت‌بخش نبودن آن باعث احساس محرومیت، و عدم ایمنی در زوجین می‌شود. محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع منجر به فروپاشی زندگی و طلاق می‌شود (بیرنباوم مایکولاینسر، سنول، شاور و میزراهی^۳، ۲۰۱۴). چرخه جنسی زنان به عوامل نوروزنیک، عوامل روانی و اجتماعی و مانند آن وابسته است، و اختلال در هر یک از این عوامل می‌تواند به عملکرد جنسی پایین در آنان منجر شود. اختلال عملکرد جنسی با کاهش میل جنسی، تحریک، نداشتن ارگاسم و یا درد جنسی تشخیص داده می‌شود (ارس، ارس، ایکاگاسیوغللو، یوموساخویلو، کماهلی، حلیلوغللو، اوگز^۴، ۲۰۱۳).

یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود روابط زوجین و درمان مشکلات جنسی، زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری است. زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری توسط کرو و ریدلی در سال ۱۹۹۰ در انگلستان

1. Dallos & Draper
2. Barker & Chang
3. Birnbaum, Mikulincer, Szepsenwol, Shaver & Mizrahi

4. Aras, Aras, Icagasioglu, Yumusakhuyly, Kemahli, Haliloglu & Oguz

معرفی شد. این رویکرد کاربردی است و تلفیقی از زوج‌درمانی رفتاری استوارت و زوج‌درمانی سیستمی مینوچین است و برای تغییر فرایند تعامل زوج‌ها و کمک به حل مشکلات آنان به کار می‌رود (اسنایدر و بالدرا-دوربین^۱، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه سیستمی هر عنصری وابسته به محیط خود و سایر عناصر سیستمی است که خود جزئی از آن است و هر چیزی بر حسب رابطه‌اش با سایر عناصر تعریف می‌شود. زیرساخت تمام رویکردهای سیستمی مفهوم علیت حلقوی است و مسایلی که در رابطه اتفاق می‌افتد در نتیجه یک چرخه پیچیده از تعامل است که هر دو زوج در آن نقش دارند. الگوی تعامل رابطه سیستمی را حلقه‌های بازخورد تشکیل می‌دهد، هم فرد روی دیگران تاثیر می‌گذارد و هم از آنها تاثیر می‌پذیرد (گلدنبرگ، ۲۰۰۱، نقل از حسین‌شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۹۴). بر مبنای الگوی سیستمی، اختلال عملکرد جنسی نشانه‌ای از اختلال در روابط زوجین و عملکرد خانواده است که در صورت حل شدن مشکل زوجین برطرف خواهد شد (تریمرپور، بیدختی و پورشهباز، ۱۳۹۰). با استفاده از فنون زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری فرد همواره خود را ارزیابی کرده و با مدیریت هیجان‌های منفی، رفتاراش را تغییر می‌دهد تا بتواند به سطح مطلوب دست یابد (کیوانی امید، ۱۳۹۶). هدف اصلی درمان سیستمی-رفتاری بهبود روابط زوجین است که به‌طور کلی بر افزایش راه‌های تعاملی متفاوت و افزایش انعطاف‌پذیری تکیه دارد. این راهبرد می‌تواند افزایش توانایی در حوزه کلامی یا حل مسئله باشد. نوع درمان در این رویکرد دارای محدودیت زمان و موضوع است. اهداف نیز محدود هستند و تأکید این رویکرد بر بهبود سازگاری رفتاری است تا تغییر اساسی در نگرش یا بینش زوج. در اصل، درمانگر یک الگوی خودیاری با جهت‌یابی ویژه فراهم می‌کند که زوجین بتوانند آموخته‌های جلسه درمان را به موقعیت خانه منتقل کنند. فنون مورد استفاده در زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری، ترکیبی از فنون زوج‌درمانی رفتاری و سیستمی است. انتخاب مداخلات سیستمی یا رفتاری متناسب با هر مرحله تعیین شده و با اصطلاح «سطوح متناوب سلسله‌مراتب مداخله» تعریف می‌شود (کرو و ریدلی^۲، ۲۰۰۰).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مثبت زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر روابط همسران است. به‌عنوان مثال، زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری در پژوهش یوسف‌زاده، فرزاد، نوابی‌نژاد و نورانی‌پور (۱۳۹۶) بر افزایش بهزیستی روانی همسران، در مطالعه گودرزی و بوستانی‌پور (۱۳۹۲) بر افزایش سازگاری همسران و کاهش هیجانات منفی‌شان، و در پژوهش فلاح‌زاده و ثنایی‌ذاکر (۱۳۹۱) بر کاهش مشکلات زناشویی و افزایش سازگاری سازگاری زناشویی، در پژوهش بوستانی‌پور (۱۳۸۸) بر افزایش میزان میل جنسی یکسویه زوج‌ها، و در پژوهش آجلی لاهیجی و بشارت (۱۳۹۶) بر

1. Snyder & Balderrama-durbin

2. Crowe & Ridley

افزایش سازش یافتگی زناشویی و ایجاد احساس مثبت آن‌ها به یکدیگر و کاهش بی‌ثباتی پیوند زناشویی و پیشگیری از وقوع طلاق موثر بود. درمان شناختی-رفتاری در پژوهش نعمتی سوگلی-تپه، محمدی‌فر و خالدیان (۱۳۹۶) نیز در افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی افراد معتاد، و در پژوهش گودرزی، شیری، محمودی (۱۳۹۷) در کاهش تعارض زناشویی و ابعاد آن، افزایش همکاری، بهبود رابطه جنسی، و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی همسران موثر بود. در پژوهش ناصری فدافن، نوحی و آقایی (۱۳۹۷) نیز مداخله مبتنی مدیریت خشم موجب بهبود کیفیت روابط زناشویی و اضطراب اخلاقی در مردان دارای سوء مصرف مواد مخدر شد. در پژوهش سلیمان‌بان، نقی‌نسب اردهائی و ثناگو (۱۳۹۴) نیز درمان سیستمی اختلال‌های جنسی موجب بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال میل جنسی شد.

میزان طلاق به‌عنوان شاخص اصلی عدم رضایت زناشویی، بیانگر این مسئله است که روابط زناشویی به‌طور کلی در جامعه ما از سلامت کافی برخوردار نیست. طبق نتایج پژوهش‌های انجام‌شده طی سه دهه اخیر در ایران و پژوهش‌های متعدد جهانی، اعتیاد به‌عنوان یکی از عوامل بروز طلاق تأیید شده است (کلانتری، روشن فکر و جواهری، ۱۳۹۰). اعتیاد مردان موجب دلسردی زنان در زندگی شده و سبب می‌شود که زنان ابراز محبت کمتری نسبت به همسرانشان داشته باشند، روابط جنسی و عاطفی خود را با همسرانشان به حداقل برسانند و مهارت‌های ارتباطی محدودی در روابط خود استفاده کنند، در نتیجه ناسازگاری زوجین تشدید می‌شود (شاه‌محمدی، ۱۳۸۷). یکی از عوارض اعتیاد بروز رفتارهایی مانند خشونت جنسی، جسمی و لفظی می‌باشد که موجب ایجاد آسیب در روابط زوجین و در نتیجه فروپاشی نظام خانواده می‌شود (ترنر، لاتکین، سونستین و تاندون^۱، ۲۰۱۱)، در یک فراتحلیل که توسط حسینی و نجفی (۱۳۹۴) انجام شد نتایج حاصل از بررسی بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مواد مخدر بر اختلال عملکرد جنسی است که به‌دنبال آن، بنیان خانواده متأثر می‌شود و امکان فروپاشی خانواده وجود دارد. و لازم است راهکارهایی جهت پیشگیری از مصرف مواد، آموزش به مصرف‌کنندگان و خانواده آنان، و آگاه‌ساختن آنان از عوارض مصرف مواد، و همچنین درمان اختلال جنسی ناشی از اعتیاد اندیشیده شود. لذا با توجه به نتایج حاصل از پژوهش‌ها و اهمیت مسئله زنان دارای همسر معتاد ضرورت انجام این پژوهش را ایجاد کرد که شاید بتوانیم با مداخلات زوج‌درمانی گامی در جهت بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی آنان برداریم. در مورد علت اینکه در این پژوهش بسته تدوین شده برای زوجین برای زنان بکار رفته است باید به پژوهش سودانی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷) و

1. Turner, Latkin, Sonestein & Tandon

شادیش (۱۹۹۵) اشاره کرد که در مطالعه خود نشان دادند اثربخشی زوج درمانی به صورت انفرادی در مقایسه با درمان توأم زوجین اثربخشی بیشتری دارد و در تبیین علت آن بیان کردند که الیس (۱۹۸۹) معتقد به مشاوره انفرادی زوجین است و وجود همسر دیگر در جلسه مشاوره را مانعی برای بیان بسیاری از مسائل و مشکلات می‌داند و الزامی به با هم دیدن زوجین در جلسات زوج درمانی نمی‌بیند و تاکید بر ملاقات زوجین به شیوه انفرادی دارد. به خصوص در اختلال عملکرد جنسی مصداق بیشتری دارد با توجه به زمینه فرهنگی ما و وجود متغیرهایی مانند اختلال عملکرد جنسی و اعتیاد همسر، حضور همسر دیگر مانعی برای بیان مشکلات و مخفی ماندن بسیاری از حقایق و همچنین مانعی در درمان خواهد بود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف آزمون فرضیه‌های زیر انجام شد.

۱. مداخله زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد مؤثر است.
۲. تأثیر مداخله زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در زنان دارای همسر معتاد در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه و جامعه آماری ۶۸ زن دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ویژه زنان تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی کردستان در شهرستان سنندج طی سال ۱۳۹۸ بود که در این مرکز جهت دریافت خدمات رایگان پرونده داشتند. از بین آن‌ها ۳۰ زن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، اعتیاد همسر به مواد مخدر، حداقل میزان تحصیلات سیکل و توانایی تکمیل پرسشنامه‌ها، طول عمر ازدواج حداقل ۲ سال، توانایی شرکت در جلسات، داشتن حداقل یک فرزند، و ملاک‌های خروج از پژوهش وجود اختلال‌های روان‌پزشکی بر اساس نتایج آزمون روانی‌میلون، مصرف داروهای روان‌پزشکی، شرکت هم‌زمان در جلسات درمانی دیگر، طلاق قانونی و عدم حضور در جلسات بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده. این پرسشنامه ۶۰ سؤالی توسط ایستاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) بر پایه الگوی مک‌مستر (۱۹۷۸) تهیه شده و دارای شش خرده‌مقیاس حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار، و پاسخگویی عاطفی است. ابزار سنجش خانواده با ضریب آلفای خرده مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳). در پژوهش زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ ضریب پایایی برای کل پرسشنامه، ۰/۷۱ و برای خرده‌مقیاس‌های حل مسئله ۰/۷۲، ارتباطات در خانواده ۰/۷۰، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در خانواده ۰/۷۱، آمیختگی عاطفی در خانواده ۰/۷۳، کنترل رفتار در خانواده ۰/۶۶ و پاسخگویی عاطفی در خانواده ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ با ضریب ۰/۸۵ تأیید شد.

۲. شاخص عملکرد جنسی زنان. این شاخص ۱۹ سؤالی توسط روزن، براون و هیمن (۲۰۰۰) ساخته شد و عملکرد جنسی زنان را در طول چهار هفته گذشته در شش حوزه مستقل تمایل جنسی، برانگیختگی، لغزنده‌سازی، ارگاسم، رضایت‌مندی، و درد جنسی می‌سنجد. اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) طی پژوهشی که به همین منظور انجام گرفت، تأیید شد. پرسشنامه از نظر اعتبار یا روایی نیز تفاوت معناداری بین نمرات گروه بیماران و گروه گواه در هر شش حوزه را مشخص کرد. در ایران روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط محمدی، حیدری و فقیه‌زاده در سال (۱۳۸۷) به دست آمد. در پژوهش نظریور، سیمبر، تهرانی، علوی مجد (۱۳۹۴) به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. همچنین نتایج آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۸ به دست آمد. در پژوهش فخری، زیدی، پاکپور حاجی‌آقا، مرشدی، محمد جعفری و دزفولی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۶، و برای مؤلفه‌های تمایل ۰/۸۱، تحریک جنسی ۰/۷۶، رطوبت ۰/۸۲، اوج لذت جنسی ۰/۹۰، رضایت‌مندی ۰/۸۷، و درد ۰/۷۲ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ با ضریب ۰/۷۶ تأیید شد.

۳. برنامه زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری. در این پژوهش جلسه‌های مداخله زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر اساس برنامه کرو و ریدلی، ۲۰۰۰ (به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۵) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته به شکل ذیل اجرا شد:

طرح درمان زوج درمانی سیستمی - رفتاری کرو و ریدلی، ۲۰۰۰ (نقل از موسوی و همکاران،

(۱۳۹۵)

ردیف	عنوان جلسه	محتوای جلسه	اهداف جلسه
۱	ارزیابی	آشنایی و مقدمات، شرح حال، فرضیه‌سازی، شناسایی کارکرد علامت	ارزیابی مشکل و الگوی تعامل بین فردی، تعیین اهداف
۲	گفتگوی متقابل	بیان انتظارات، آموزش مهارت‌های گفتگو، (گوش دادن، ساده کردن درخواست‌ها، تبدیل شکایت به خواسته)، ارائه تکلیف	ایجاد توانایی در همسران برای تمرکز بر تعامل فعلی و بهبود گفتگو
۳	آموزش ارتباط (۱)	پیام‌های روشن و متناسب، همدلی، مهارت حل مساله، ارائه تکلیف	آموزش مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی
۴	آموزش ارتباط (۱)	تمرکز بر موضوع اصلی، بازخورد تعامل، بیان احساسات	توانایی در شناسایی و ابراز صحیح احساسات
۵	تفکر سیستمی	زنجیره رفتار تکرار، فرمول‌بندی مجدد، چرخشی بودن قوانین حاکم بر زنجیره‌ها، هماهنگی در تعامل	شناخت و گست از الگوی تعاملی جاری
۶	مفاهیم سیستمی	اتحادها، مرزها، سلسله مراتب، نزدیکی و فاصله	آشنایی با قواع دسیستم
۷	مداخلات ساختاری	تمرکز بر موضوعات جزئی - چالش با فرضیه‌ها، تمرکز بر میزان تعامل، تندیس سازی	توانایی بازسازی ساختار ناکارآمد
۸	مداخلات سیستمی	فرمول‌بندی‌ها، جداول زمان‌بندی، ارائه تکلیف خانگی	استفاده از جایگزین‌ها برای مشکلات خاص
۹	روابط جنسی	تعامل رابطه جنسی و رابطه کلی	تمایز بین مشکلات جنسی و عوامل دخیل در عدم علاقه
۱۰	جلسه پایانی	مرور مهارت‌های تعامل مؤثر، جلسه بانک	ارزیابی میزان پیشرفت

شیوه اجرا

پس از کسب مجوز و اخذ کد اخلاق IR. MUK. REC. 1398. 104 از دانشگاه علوم پزشکی کردستان، در مرکز مشاوره ویژه زنان در سنندج که شرایط آموزش و مداخله را داشت و زنان دارای همسر معتاد جهت دریافت خدمات رایگان در این مرکز پرونده داشتند؛ برای مراجعه کنندگانی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند درباره طرح پژوهش، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد و پس از کسب رضایت از آزمودنی‌ها و ابراز تمایل

آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت کتبی اخذ شد. نمونه پژوهش ریزش نداشت. جلسه‌های درمان به‌خاطر حفظ رازداری به‌صورت فردی و هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. آزمودنی‌های هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه در شرایط یکسان به پرسشنامه‌های عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، برای گروه گواه مداخله زوج درمانی در ۱۰ جلسه به‌صورت فردی اجرا شد. داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و به روش تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب در گروه آزمایش ۳۴,۴ و ۵,۹۶، و در گروه گواه ۳۶,۲ و ۶ بود. طول مدت ازدواج در گروه آزمایش ۵-۲ سال ۲ نفر (۱۳ درصد)، ۶-۹ سال ۳ نفر (۲۰ درصد)، بیشتر از ۹ سال ۱۰ نفر (۶۷ درصد) و در گروه گواه ۵-۲ سال ۱ نفر (۷ درصد)، ۶-۹ سال ۲ نفر (۱۳ درصد)، بیشتر از ۹ سال ۱۲ نفر (۸۰ درصد) بود. تعداد فرزندان در گروه آزمایش یک فرزند ۲ نفر (۱۳ درصد)، دو فرزند ۱۰ نفر (۶۷ درصد)، بیشتر از دو فرزند ۳ نفر (۲۰ درصد) و در گروه گواه یک فرزند ۳ نفر (۲۰ درصد)، دو فرزند ۱۰ نفر (۶۷ درصد)، بیشتر از دو فرزند ۲ نفر (۱۳ درصد) بود. میزان تحصیلات در گروه آزمایش سیکل ۷ نفر (۴۶ درصد)، دیپلم ۵ نفر (۳۳ درصد)، فوق دیپلم ۳ نفر (۲۰ درصد) و در گروه گواه سیکل ۵ نفر (۳۳ درصد)، دیپلم ۷ نفر (۴۶ درصد)، فوق دیپلم ۳ نفر (۲۰ درصد) بود. میزان درآمد ماهیانه گروه آزمایش زیر ۵۰۰ هزار تومان ۲ نفر (۱۳ درصد)، بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون ۴ نفر (۲۷ درصد)، بین ۱-۱/۵ میلیون ۶ نفر (۴۰ درصد)، بالای ۱/۵ میلیون ۳ نفر (۲۰ درصد) و در گروه گواه بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون ۳ نفر (۲۰ درصد)، بین ۱-۱/۵ میلیون ۸ نفر (۵۳ درصد)، بالای ۱/۵ میلیون ۴ نفر (۲۷ درصد) بود. شغل همسر در گروه آزمایش، شغل آزاد ۱۳ نفر (۸۷ درصد)، بیکار ۲ نفر (۱۳ درصد) و در گروه گواه، شغل آزاد ۱۴ نفر (۹۳ درصد)، بیکار ۱ نفر (۷ درصد) بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار داده‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه

گروه	عملکرد خانواده		عملکرد جنسی	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
آزمایش	پیش آزمون	۱۸۰/۰۷	۷/۸۱	۲۴/۲۷
	پس آزمون	۶۰/۸۷	۳/۹۴	۸۶
گواه	پیش آزمون	۱۴/۱۴	۷/۴۱	۷/۴۱

پیگیری	۶۵/۶	۴/۸۵	۱۰۸/۵۳	۱۵/۰۹
پیش‌آزمون	۱۷۹/۴۷	۷/۵۰	۲۴/۳۳	۱۴/۳۷
پس‌آزمون	۱۷۰/۴	۷/۶۱	۳۳/۷۳	۱۹/۱۷
پیگیری	۱۷۱/۲۰	۶/۸۵	۵۶/۴	۲۷/۶۵

در جدول ۱ نتایج توصیفی حاصل از اثربخشی زوج درمانی سیستمی رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد نشان داد در متغیر عملکرد خانواده کمترین میانگین در پس‌آزمون گروه آزمایش بوده و هم‌چنین در متغیر عملکرد جنسی بیشترین میانگین در پیگیری گروه آزمایش بوده است.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های مربوط به توزیع طبیعی داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، ام باکس

متغیرها	شاپیروویلک	لون	موخلی	ام باکس	معناداری
	Z	F	W	p	F
عملکرد خانواده	۰/۱	۲/۵۲	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱	۲/۸۷
عملکرد جنسی	۰/۱	۲/۹۶	۰/۸۱	۰/۰۲	۱/۲۲

در جدول ۲ بنابر نتایج آزمون شاپیروویلک شرط توزیع طبیعی نمره‌ها برقرار است. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس‌های خطا در دو گروه و نتایج آزمون موخلی عدم برقراری آزمون کرویت است که این منجر می‌شود از آزمون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله برای دو گروه

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	η^2
درون گروهی (مراحل)	۷۸۸۶۶/۰۷	۱/۳۱۹	۵۹۷۷۹/۰۶۹	۱۱۰۸/۳۱**	۰/۹۸
بین گروهی (مداخله)	۱۱۵۰۶۱/۳۷۸	۱	۱۱۵۰۶/۳۷۸	۱۹۲۷/۳۷۸**	۰/۹۸
تعامل (مراحل × مداخله)	۵۸۵۵۸/۱۵۶	۱/۳۱۹	۴۴۳۸۶/۰۴	۸۲۲/۹۲۳**	۰/۹۷
درون گروهی (مراحل)	۵۱۵۹۱/۰۸۹	۱/۸۸۹	۲۷۳۱۳/۲۸۷	۱۷۹/۳۷۷**	۰/۸۷
بین گروهی (مداخله)	۲۷۲۱۳/۶۱۱	۱	۲۷۲۱۳/۶۱۱	۴۳/۶۸۳**	۰/۶۱
تعامل (مراحل × مداخله)	۱۳۶۵۹/۰۸۹	۱/۸۸۹	۷۲۳۱/۳۷۷	۴۷/۴۹۱**	۰/۶۳

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه‌گیری در دو متغیر معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). اثر تعاملی با

اندازه اثر ۰/۹۷ برای متغیر عملکرد خانواده و با اندازه ۰/۶۳ برای متغیر عملکرد جنسی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر عملکرد خانواده در مراحل مختلف

خطای استاندارد	تفاوت (I-J)	مرحله (j)	مرحله (I)
۱۱/۶۵	۶۴/۱۳**	پس آزمون	پیش آزمون
۱۱/۶۵	۶۱/۳۷**	پیگیری	پیش آزمون
۱۱/۶۵	-۶۴/۱۳**	پیش آزمون	پس آزمون
۱۱/۶۵	-۲/۷۷	پیگیری	پس آزمون

$< ۰/۰۰۱^{**} P < ۰/۰۰۵^{*} P$

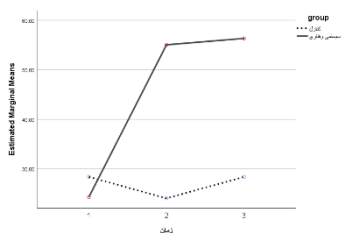
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین مراحل اول و دوم، اول و سوم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). و بین مراحل دوم و سوم تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < ۰/۰۰۹$).

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر عملکرد جنسی در مراحل مختلف

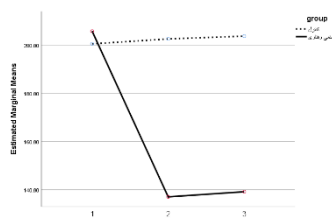
خطای استاندارد	تفاوت (I-J)	مرحله (J)	مرحله (I)
۷/۱۳	-۳۵/۵۶**	پس آزمون	پیش آزمون
۷/۱۳	-۵۸/۱۶**	پیگیری	پیش آزمون
۷/۱۳	۳۵/۵۶**	پیش آزمون	پس آزمون
۷/۱۳	-۲۲/۶۰**	پیگیری	پس آزمون

$< ۰/۰۰۱^{**} P < ۰/۰۰۵^{*} P$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین مراحل اول و دوم، اول و سوم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). هم‌چنین بین مراحل دوم و سوم نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۶$).



نمودار ۲. عملکرد جنسی دو گروه در سه مرحله



نمودار ۱. عملکرد خانواده دو گروه در سه مرحله

شکل ۱. نمودارهای مربوط به اثربخشی زوج درمانی سیستمی - رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در دو گروه

در شکل ۱ نمودارها نشان می‌دهد زوج درمانی سیستمی - رفتاری منجر به بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون خود گروه و نسبت به گروه گواه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در زنان دارای همسر معتاد انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در زنان دارای همسر معتاد تأثیر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری بعد از سه ماه نیز پایدار بود. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های یوسف‌زاده و همکاران (۱۳۹۶)، گودرزی و بوستانی‌پور (۱۳۹۲)، فلاح‌زاده و ثنایی‌ذاکر (۱۳۹۱)، و سلیمانیان و همکاران (۱۳۹۴)، بوستانی‌پور (۱۳۸۸)، آجلی لاهیجی و بشارت (۱۳۹۶) است. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری برای بهبود روابط زناشویی و افزایش سازگاری همسران مؤثر می‌باشد. در تبیین اثربخشی رویکرد سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده می‌توان گفت رویکرد سیستمی-رفتاری بر اساس دیدگاه سیستمی بر حیطه کلی تعامل خانواده تمرکز دارد و رابطه همسران بخش مهمی از آن محسوب می‌شود. آموزش فنون برقراری ارتباط مؤثر با همسر، همدلی، تبادل پیام‌های روشن و متناسب، بیان احساسات، مهارت حل مسئله، احتمالاً به زنان کمک کرد که برخی از مشکلات مربوط به رابطه حل کنند. در پایان هر جلسه با ارائه تکالیف و اجرای فنون آموخته شده در منزل و دریافت بازخورد آن‌ها در جلسات بعدی، باعث افزایش تعامل مثبت با همسر، بهبود روابط کلیه اعضای خانواده و در نهایت عملکرد خانواده شد. در خانواده‌های دارای همسر معتاد عملکرد جنسی دچار اختلال شده

که هم می‌تواند ناشی از مواد مخدر باشد و هم به دلیل اختلال در عملکرد خانواده و تعارض حل نشده همسران. آموزش مفهوم علیت حلقوی در برابر علیت خطی و اینکه رفتار فرد در سیستم واکنشی است به رفتار طرف مقابل، سهم هر زوج در بروز مشکلات یادآوری شد و با استفاده از فن تبدیل شکایت به خواسته، زنان یاد گرفتند؛ دست از شکایت بردارند و به‌جای بیان مشکلات، شکوه و گلایه، مستقیم خواسته‌های خود را در برابر همسرشان بیان کنند. فن تبدیل شکایت به خواسته به‌صورت تکلیف‌خانگی به زندگی واقعی زنان تعمیم داده شد و احتمالاً این روش موجب بهبود تعامل همسران و عملکرد خانواده شد. در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد جنسی می‌توان گفت که فنون رفتارهای جنسی سالم، افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، علل کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیر مثبت متقابل روی همسر به‌ویژه در زمینه ارتباط، موجب افزایش رضایت جنسی شد و علاوه بر آن زنان با آگاهی از نقش رابطه جنسی در رابطه کلی و بالعکس، مشکلات مرتبط با رابطه جنسی را بیان کردند و کمک به درمان آن‌ها از طریق فنون مربوط به درمان در هر مرحله از چرخه جنسی براساس رویکرد زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری، موجب بهبود عملکرد جنسی شد. همچنین زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری دارای گام‌های سلسله‌مراتبی است و با استفاده از فن مهارت گفت‌وگوی چهره به چهره، احتمال به بن‌بست رسیدن و ناتوانی در حل مشکلات پایین می‌آید و زمینه بروز احساسات همسران به روش صحیح فراهم می‌شود. زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری با استفاده از فنون تناقض و وادار کردن به بحث و گفت‌وگو درباره نارضایتی‌ها بر پذیرش همسران تأثیر می‌گذارد؛ به این معنا که زن و مرد درمی‌یابند نباید با کناره‌گیری و پذیرش مسائل و مشکلات، ناتوانی خود را برای تأثیرگذاری روی وقایع بپذیرند. طبق فن جدول زمان‌بندی تناقض^۱، برنامه زمانی مشخصی که توسط خود فرد و درمانگر تعیین می‌شود، همسران موظف می‌شوند درباره افکار و احساسات مزاحم خود فکر کنند. رویکرد زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری برای بهبود سازگاری مورد انتظار شامل ارتباط بهتر در سطح هیجانی و رفتاری به کار می‌رود و باعث توانایی بیشتر گفت‌وگو، بحث سازنده، پذیرش مرزبندی شخصی و مسئولیت فردی، پاسخ‌های متنوع‌تر، و در نهایت رابطه انعطاف‌پذیرتر و قابل تحمل می‌شود. برخی مشکلاتی که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری کارآمدی بالایی را در آن‌ها نشان داده است عبارتند از: مشکلات ارتباطی و گفت‌وگو، خیانت در زندگی زناشویی، مشاجره و خشونت، طلاق و جدایی، علائم روان‌پزشکی در یکی از

همسران، وابستگی به الکل یا مواد مخدر در یکی از همسران، اختلال‌های جنسی، حسادت، تملک‌جویی یا تکانشی بودن (کرو و ریدلی، ۲۰۰۰، نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش عیسی‌زاده (۱۳۹۲) زوج‌درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر افزایش بخشودگی، رضایت جنسی، شادکامی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار همسران اثربخش بود. در پژوهش ایوری (۱۳۹۳) زوج‌درمانی سیستمی-تلفیقی در کاهش تعارض‌های زناشویی و آزار عاطفی زوج‌ها مؤثر بود. اهمیت سلامت در حیطه‌های مختلف عملکرد خانواده و ایجاد روابطی ایمن و سالم بین اعضای خانواده در تقویت فضای عاطفی و نیز توافق و تفاهم بین طرفین مبادله، تا به آنجا است که موجب تضمین امنیت روابط زناشویی و بقاء و ثبات پایه‌های خانواده می‌شود (موسوی، ۱۳۹۲). در تبیین همسویی پژوهش حاضر با مداخلات زوج درمانی دیگر می‌توان گفت؛ از آنجایی‌که خانواده، محل ارضای نیازهای مختلف جسمی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضای آن‌ها و تجهیز شدن به فنون لازم ضرورتی انکارناپذیر است (ادالتی، ردزوان^۱، ۲۰۱۰). در نتیجه تمرکز اصلی زوج درمانی (صرف نظر از نوع رویکرد) بر رابطه زناشویی است و ارائه فنون مبتنی بر نظریه زیربنایی آن موجب بهبود رابطه زناشویی، کاهش اختلافات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب جامعه آماری مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره در شهر سنجند بود که ممکن است این شهر از نظر فرهنگ و مسائل اقتصادی و اجتماعی با شهرهای دیگر تفاوت‌هایی داشته باشد؛ از مهم‌ترین محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش در کشور ما محدودیت‌ها و موانع شرایط فرهنگی محیط پژوهش است. پژوهش در ارتباط با مسائلی مانند اعتیاد و اختلال عملکرد جنسی که قبح فرهنگی دارد همواره با مشکلاتی همراه است. لذا تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر جمعیت‌ها با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف با احتیاط انجام شود. محدودیت دیگر پژوهش عدم شرکت مردان در پژوهش بود که علت آن انجام پژوهش در مرکز مشاوره ویژه زنان بود و برای حضور مردان در این مرکز محدودیت وجود داشت. لذا در تعمیم یافته‌ها لازم است احتیاط شود. برای افزایش تعمیم‌پذیری پیشنهاد می‌شود این الگوی درمانی در جمعیت مردان معتاد انجام شود. از سوی دیگر با توجه به مؤثر بودن این پژوهش در بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی پیشنهاد می‌شود این الگوی درمانی در سایر جمعیت‌ها، با متغیرهای دیگر و با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف تکرار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره ترک اعتیاد، اداره‌ی زندان‌ها، مراکز مشاوره خانواده و دادگستری‌ها

با بکارگیری زوج درمانگران برجسته جهت حل مشکلات خانواده‌های درگیر مسئله اعتیاد از این رویکرد استفاده کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش، رعایت ورود و خروج آزادانه شرکت‌کنندگان به پژوهش، رعایت حریم خصوصی مراجعان، عدم ضبط تصویر یا فیلم از شرکت‌کنندگان، برگزاری ۱۰ جلسه آموزش فردی برای گروه گواه بعد از اتمام پژوهش، و تأیید اثربخشی مداخله و انتشار صادقاته نتایج به دست آمده انجام شد.

سپاسگزاری

از معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و کلیه زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

بنابر اعلام نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تعارض منافی نداشت.

منابع

- آجلی لاهیجی، لاله؛ بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۶). تأثیر شرکت در برنامه روان-آموزشگری مبتنی بر روی آورد سیستمی-رفتاری گاتمن در سازش یافتگی زوجی و احساس‌های مثبت زوجین. آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۳ (۱): ۲۰-۱. [پیوند]
- ایوری، علی. (۱۳۹۳). زوج‌درمانی سیستمی-تلفیقی و اثربخشی آن بر تعارض‌های زناشویی و آزار عاطفی زوج‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، علوم، تحقیقات و فناوری، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. [پیوند]
- بوستانی‌پور، علیرضا. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر افزایش رابطه جنسی زوج‌های هردو شاغل. چهارمین همایش آسیب‌شناسی جنسی خانواده، تهران: دانشگاه شاهد. [پیوند]
- تقی‌پور، شیوا؛ باغستانی، محمد حسین؛ سعادت، نادره. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳ (۵۱)، ۸۸-۷۱ [پیوند]

- توده رنجبر، محسن؛ و عراقی، فاطمه. (۱۳۹۷). بررسی وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد. پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۲، ۸۳-۱۰۰. [پیوند]
- ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- دالاس، رودی؛ و دراپر، رأس. (۱۳۹۰). مقایسه نظریه‌های خانواده درمانی «با محوریت نظریه و کاربرد سیستمی». ترجمه معصومه اسماعیلی. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵) [پیوند]
- حسینی، سیدجواد؛ و نجفی، محمود. (۱۳۹۴). اعتیاد به مواد: بدکارکردی جنسی و فروپاشی خانواده. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲(۶)، ۱۵۱-۱۳۵. [پیوند]
- رحیمی‌نژاد، عباس؛ و پاک‌نژاد، محسن. (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی باسلامت روانی نوجوانان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۰(۳۷)، ۹۹-۱۱۱. [پیوند]
- زاده‌محمدی، علی؛ و ملک‌خسروی، غفار. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲(۵)، ۸۹-۶۹. [پیوند]
- سلیمانیان، علی‌اکبر؛ نقی‌نسب اردهائی، فاطمه؛ ثناگو، اکرم. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی. روان پرستاری، ۳(۴)، ۵۸-۷۰. [پیوند]
- شامحمدی قهساره اعظم، درویزه زهرا، پورشهریاری مه سیمما. اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۳۸۷؛ ۲ (۷): ۳-۲۸. [پیوند]
- سودانی، منصور؛ و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی الیس به‌صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات زناشویی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۳۷، ۱-۲۰. [پیوند]
- عیسی‌زاده، سودابه. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی شناختی گاتمن بر رضایت جنسی، بخشودگی، شادکامی و طرح‌واره‌های ناسازگار زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران. [پیوند]
- فخری، احمد؛ محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی‌آقا، امیر؛ مرشدی، هادی؛ محمد جعفری، راضیه؛ و دزفولی، فاطمه. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۰(۴)، ۷۳-۳۴۴. [پیوند]
- فروتن، کاظم؛ و جدید میلانی، مریم. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق مراجعه کننده به مجتمع قضایی خانواده، دانشور پزشکی، ۱۶(۷۸)، ۳۹-۴۴. [پیوند]
- فلاح‌زاده، هاجر؛ ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۱). تعیین میزان اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی سیستمی تلفیقی در افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های دارای صدمه دلبستگی. مطالعات اجتماعی-روانشناسی زنان، ۱۰(۴)، ۱۱۰-۸۷. [پیوند]

کرو، مایکل؛ و ریدلی، جین. (۱۳۹۵). زوج درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی-رفتاری. ترجمه اشرف-السادات موسوی، ویرایش دوم، چاپ سوم، تهران: مهر کاویان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۰). [پیوند]

کلانتری، عبدالحسین؛ روشن فکر، پیام؛ و جواهری، جلوه. (۱۳۹۰). مرور سه دهه تحقیقات «علل طلاق» در ایران. فصلنامه مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق). ۱۴ (۵۳)، ۱۶۲-۱۲۹.

کیوانی امید، مرضیه. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی سیستمی-رفتاری-تحلیلی بر بهبود الگوهای ارتباطی و تنظیم هیجان زوجین. پایان نامه ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، دانشکده علوم انسانی. [پیوند]

گلدنبرگ، ایرنه؛ و گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۱). خانواده درمانی. ترجمه حمیدرضا حسین‌شاهی برواتی و سیامک نقشبندی (۱۳۹۴)، تهران: روان. [پیوند]

گودرزی، محمود؛ و بوستانی‌پور، علیرضا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر افزایش سازگاری زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳ (۲)، ۲۹۷-۲۸۱. [پیوند]

گودرزی، محمود؛ شیر، فاطمه؛ و محمودی، بختیار. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های خانواده درمانی شناختی-رفتاری بر تعارض والد-فرزندی و تعارض زناشویی. روان‌شناسی کاربردی، ۱۲ (۴)، ۵۵۱-۵۳۱. [پیوند]

محسن‌زاده، فرشاد؛ نظری، علی محمد؛ و عارفی، مختار. (۱۳۹۰). مطالعه کیفی عوامل ناراضیتی زناشویی و اقدام به طلاق (مطالعه موردی شهر کرمانشاه). فصلنامه مطالعات راهبردی زنان، ۱۴ (۵۳)، ۷-۴۲. [پیوند]

محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه و فقیه‌زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس (FSFI) به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان، مجله پایش، ۷ (۳)، ۲۷۸-۲۶۹. [پیوند]

محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل؛ و طباطبایی، سید موسی. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۴ (۱۶): ۲۵-۴۰. [پیوند]

موسوی، فاطمه. (۱۳۹۲). نقش عملکرد خانواده (مبتنی بر الگوی مک مستر) در پیش‌بینی نگرش‌های صمیمانه و توافق زوجین در خانواده‌های شهر قزوین. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳ (۳)، ۴۰۱-۴۱۳. [پیوند]

ناصری فدافن، ملکه؛ نوحی، شهناز؛ آقایی، حکیمه. اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی و اضطراب اخلاقی در مردان دارای سوء مصرف‌کننده مواد. روانشناسی کاربردی، ۱۱۲ (۱)، ۸۲-۶۳. [پیوند]

ناعمی، علی محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد (مطالعه موردی: سبزوار). زن در توسعه و سیاست، ۱۳ (۱)، ۵۲-۴۱. [پیوند]

نظرپور، سهیلا؛ سیمبر، معصومه؛ رضانی تهرانی، فهیمه؛ و علوی مجد، حمید. (۱۳۹۴). اختلال عملکرد جنسی و مشکلات طبی زمینه‌ای در زنان یائسه. *مجله دانشکده علوم پزشکی تهران*، ۷۳(۱۱)، ۸۱۱-۷۹۸. [پیوند]

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ خالدیان، محمد. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۱۱-۳۰. [پیوند]

یوسف‌زاده، پیمان؛ فرزاد، ولی‌اله؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ نورانی‌پور، رحمت‌اله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری تلفیقی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانی زوجین. *ابن سینا*، ۱۹(۱)، ۲۲-۲۸. [پیوند]

Aras, H., Aras, B., Icagasioglu, A., Yumusakhuylu, Y., Kemahli, E., Haliloglu, S., & Oguz, F. M. (2013). Sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis. *Medicinski Glasnik*, 10(2). [link]

Barker, P., & Chang, J. (2013). *Basic family therapy*. John Wiley & Sons. [link]

Berutti, M., Dias, R. S., Pereira, V. A., Lafer, B., & Nery, F. G. (2016). Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 192, 28-33. [link]

Birnbaum, G.E., Mikulincer, M., Szepeswol, O., Shaver, P. R., Mizrahi, M. (2014). When sex goes wrong: A behavioral systems perspective on individual differences in sexual attitudes, motives, feelings, and behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106 (5), 822-842. [link]

Chambers, C., Chiu, S., Scott, A. N., Tolomiczenko, G., Redelmeier, D. A., Levinson, W., & Hwang, S. W. (2014). Factors associated with poor mental health status among homeless women with and without dependent children. *Community mental health journal*, 50(5), 553-559. [link]

Crowe, M., Ridley, J. (1990). *Therapy with couples: A behavioural systems approach to marital and sexual problems*. Oxford: Blackwell. [link]

Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction, *Journal of American Science*, 6(4), 132-137. [link]

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. [link]

Guo, Y., & Chen, X. (2016). Relationship among satisfaction with Life, Family Care Degree, Psychological Dependency and Subjective Bias of Senior High School Student. *Psychology*, 7, 418-425. [link]

- Perez, J.C., & Co0, S. (2018). Is maternal depression related to mother and adolescent reports of family functioning? *Journal of Adolescent*, 63, 129-141. [\[link\]](#)
- Rosen R., Brown C, Heiman J. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208. [\[link\]](#)
- Snyder, D. K, & Balderrama-durbin, C. (2012). Integrative approaches to coupletherapy: Implications for clinical practice and research. *Behavior Therapy*, 43, 13-24. [\[link\]](#)
- Terimourpour, N., Bidokhti, N. M., & Pourshahbaz, A. (2011). The Relationship between attachment styles and sex guilt among Iranian women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 68-72. [\[link\]](#)
- Turner, A. K., Latkin, C., Sonenstein, F., & Tandon, S.D. (2011). Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among AfricanAmerican out of school youth, *Drug Alcohol Depend*, 115(2), 67-73. [\[link\]](#)

ابزار سنجش خانواده‌ا‌پشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳)

کاملاً مخالف	مخالفت	موافقت	کاملاً موافقت	سؤالات
۴	۳	۲	۱	۱. برنامه ریزی فعالیت‌های خانوادگی ما دشوار است، چون ما یکدیگر را به درستی درک نمی‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲. ما اکثراً مشکلات روزمره خانواده را حل می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۳. وقتی یکی از اعضای خانواده ما ناراحت باشد، بقیه علت آن را می‌دانند.
۴	۳	۲	۱	۴. وقتی در خانواده ما از کسی کاری خواسته می‌شود، باید پیگیر بود تا به انجام برسد.
۴	۳	۲	۱	۵. اگر کسی در خانواده ما دچار مشکل شود، سایرین هم درگیر حل آن می‌شوند.
۴	۳	۲	۱	۶. ما در هنگام بحران می‌توانیم روی حمایت بقیه اعضای خانواده حساب کنیم.
۴	۳	۲	۱	۷. هر گاه یک وضعیت اضطراری پیش می‌آید، نمی‌دانیم چه بکنیم.
۴	۳	۲	۱	۸. گاهی خانه از چیزهای مورد نیاز ما خالی می‌شود.
۴	۳	۲	۱	۹. ما از ابراز مهر و محبت به یکدیگر اکراه داریم.
۴	۳	۲	۱	۱۰. ما خواستار آن هستیم که اعضاء به وظایف خانوادگی خود عمل کنند.
۴	۳	۲	۱	۱۱. ما نمی‌توانیم با یکدیگر درباره احساس غم و غصه خود صحبت کنیم.
۴	۳	۲	۱	۱۲. معمولاً به تصمیمات خود برای حل مشکلات عمل می‌کنیم.

۴	۳	۲	۱	۱۳. علاقه سایر اعضاء خانواده وقتی به ما جلب می‌شود که موضوع برای خودشان هم مهم باشد.
۴	۳	۲	۱	۱۴. ازگفته های اعضاء خانواده نمی‌توانیم به احساس آن‌ها پی ببریم.
۴	۳	۲	۱	۱۵. در خانواده ما وظایف خانگی به تساوی تقسیم نمی‌شود.
۴	۳	۲	۱	۱۶. افراد خانواده ما همان گونه که هستند، مورد قبول یکدیگرند.
۴	۳	۲	۱	۱۷. در خانواده ما به آسانی می‌توان مقررات خانه را نقض کرد.
۴	۳	۲	۱	۱۸. در خانه ما حرف‌ها بدون کنایه و بی پرده گفته می‌شود.
۴	۳	۲	۱	۱۹. بعضی از اعضای خانواده ما خونسرد برخورد می‌کنند.
۴	۳	۲	۱	۲۰. ما می‌دانیم در صورت پیش آمدن شرایط اورژانس چه باید کرد.
۴	۳	۲	۱	۲۱. ما از تبادل نظر در مورد ترسها و نگرانیهای خود پرهیز می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲۲. برای ما گفتگو در مورد احساس‌های لطیف دشوار است.
۴	۳	۲	۱	۲۳. ما برای پرداخت هزینه‌هایمان دردرس داریم.
۴	۳	۲	۱	۲۴. معمولاً ما بعد از سعی خانواده برای حل یک مشکل، درباره موفقیت آمیز بودن یا نبودن آن گفتگو می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲۵. ما بیش از حد به فکر خود هستیم.
۴	۳	۲	۱	۲۶. ما می‌توانیم احساسات خود را به یکدیگر ابراز کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲۷. ما درباره رعایت آداب دستشویی و توالت انتظار خاصی از یکدیگر نداریم.
۴	۳	۲	۱	۲۸. ما احساس محبت خود نسبت به یکدیگر را نشان نمی‌دهیم.
۴	۳	۲	۱	۲۹. اعضاء خانواده ما مستقیم و بدون واسطه با یکدیگر صحبت می‌کنند.
۴	۳	۲	۱	۳۰. هر کدام از ما وظایف و مسئولیت‌های خاصی برعهده دارد.
۴	۳	۲	۱	۳۱. در خانواده ما احساس‌های ناخوشایند زیادی وجود دارد.
۴	۳	۲	۱	۳۲. ما برای زدن یا دست بلند کردن روی دیگران، ضابطه داریم.
۴	۳	۲	۱	۳۳. فقط وقتی با یکدیگر همراه می‌شویم که منفعتی در بین باشد.
۴	۳	۲	۱	۳۴. برای کاوش در علایق شخصی اعضای خانواده کم وقت می‌گذاریم.
۴	۳	۲	۱	۳۵. غالباً منظور خود را به زبان نمی‌آوریم.
۴	۳	۲	۱	۳۶. ما احساس می‌کنیم سایر اعضای خانواده ما را همان گونه که هستیم، قبول دارند.
۴	۳	۲	۱	۳۷. وقتی ما به یکدیگر علاقه نشان می‌دهیم که بتوانیم شخصاً از آن بهره مند شویم.
۴	۳	۲	۱	۳۸. ما اکثر ناراحتی‌های خانواده را رفع می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۳۹. در خانواده ما مهر و عطوفت در درجه دوم اهمیت قرار دارد.
۴	۳	۲	۱	۴۰. ما در این باره که هر کس چه کارهایی در خانه انجام می‌دهد، گفتگو می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۴۱. تصمیم‌گیری برای خانواده ما دشوار است.
۴	۳	۲	۱	۴۲. اعضای خانواده ما فقط وقتی به یکدیگر علاقه نشان می‌دهند که خودشان بتوانند از آن بهره مند شوند.
۴	۳	۲	۱	۴۳. ما با یکدیگر روراست و بی پرده هستیم.
۴	۳	۲	۱	۴۴. ما به هیچ معیار و قاعده‌ای پابند نیستیم.

۴	۳	۲	۱	۴۵. در خانواده ما اگر از کسی کاری خواسته شود، باید به او یاد آوری کرد.
۴	۳	۲	۱	۴۶. ما می‌توانیم درباره طرز حل کردن مشکلات تصمیم‌گیری کنیم.
۴	۳	۲	۱	۴۷. اگر مقررات خانواده نقض شود، نمی‌دانیم چه انتظاراتی باید داشت.
۴	۳	۲	۱	۴۸. در خانواده ما هر اتفاقی را می‌توان انتظار داشت.
۴	۳	۲	۱	۴۹. ما مهر و عطوفت خود را نشان می‌دهیم.
۴	۳	۲	۱	۵۰. ما با مشکلاتی که با احساسات اعضای خانواده بازی کند، برخورد می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۵۱. ما با یکدیگر خوب کنار نمی‌آییم.
۴	۳	۲	۱	۵۲. ما هنگام عصبانیت با یکدیگر صحبت نمی‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۵۳. ما به طور کلی از وظایف خانگی که بر عهده ما گذاشته می‌شود، ناراضی هستیم.
۴	۳	۲	۱	۵۴. ما حتی با وجود حسن نیت، در زندگی یکدیگر خیلی دخالت می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۵۵. اعضای خانواده ما برای مقابله با شرایط خطرناک، قوائد خاصی را رعایت می‌کنند.
۴	۳	۲	۱	۵۶. ما به یکدیگر اعتماد و اطمینان داریم.
۴	۳	۲	۱	۵۷. ما احساسات (غم، شادی، خشم و ...) خود را در خانه راحت و آشکار بروز می‌دهیم.
۴	۳	۲	۱	۵۸. رفت و آمد در خانواده ما معقول و منطقی نیست.
۴	۳	۲	۱	۵۹. اگر از عمل یکی از اعضای خانواده خوشمان نیاید، به او می‌گوییم.
۴	۳	۲	۱	۶۰. ما به راه‌های گوناگون حل مشکل فکر می‌کنیم.

شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و هایمن (۲۰۰۰)

۱	۲	۳	۴	۵	۶	سؤالات
هیچ	اوقات کمی	گاهی اوقات	اکثر موافق	همیشه		۱. طی چهار هفته گذشته، چند بار احساس نیاز و علاقه به رابطه جنسی داشتید؟
خیلی کم یا هیچ	کم	متوسط	زیاد	خیلی بالا		۲. طی چهار هفته گذشته، چطور میل جنسی خود را طبقه بندی می کنید
هیچ	مواقع کمی	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	بدون فعالیت جنسی	۳. طی چهار هفته گذشته، چند بار برانگیختگی جنسی طی فعالیت جنسی داشته اید؟
خیلی کم یا هیچ	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	بدون فعالیت جنسی	۴. طی چهار هفته گذشته، چگونه سطح برانگیختگی جنسی خود را طی فعالیت جنسی طبقه بندی می کنید؟
نا مطمئن	اطمینان کم	اطمینان متوسط	مطمئن	خیلی مطمئن	بدون فعالیت جنسی	۵. طی چهار هفته گذشته، چقدر مطمئن بودید که بر انگیزش جنسی خواهید داشت؟

۶. طی چهار هفته گذشته، چند بار برانگیختگی جنسی خود راضی بوده‌اید؟
بدون فعالیت همیشه اکثر مواقع گاهی مواقع کمی هرگز
۷. طی چهار هفته گذشته، چند بار طی رابطه جنسی ترشحات داشته‌اید؟
بدون فعالیت جنسی همیشه اکثر مواقع گاهی مواقع کمی هرگز
۸. طی چهار هفته گذشته، چقدر برایتان مشکل بوده است که ترشحات داشته باشید؟
بدون فعالیت جنسی بدون مشکل کمی مشکل سخت خیلی بی نهایت سخت
۹. طی چهار هفته گذشته، چند بار تا به پایان رسیدن فعالیت جنسی، ترشحات داشته‌اید؟
بدون فعالیت جنسی بدون فعالیت جنسی همیشه اکثر مواقع گاهی مواقع کمی هرگز
۱۰. طی چهار هفته گذشته، چقدر برایتان مشکل بوده است که تا به پایان رسیدن رابطه جنسی ترشحات داشته باشید؟
بدون فعالیت جنسی بدون مشکل کمی مشکل سخت خیلی بی نهایت سخت
۱۱. طی چهار هفته گذشته، فعالیت جنسی شما چند بار به اوج خود رسیده است؟
بدون فعالیت جنسی بدون فعالیت جنسی همیشه اکثر مواقع گاهی مواقع کمی هرگز
۱۲. طی چهار هفته گذشته، به هنگام فعالیت جنسی چه قدر برای شما رسیدن به اوج هیجان جنسی مشکل بوده است؟
بدون فعالیت جنسی بدون مشکل کمی مشکل سخت خیلی بی نهایت سخت
۱۳. طی چهار هفته گذشته، چه قدر از فعالیت خود برای رسیدن به اوج هیجان جنسی راضی بوده‌اید؟
بدون فعالیت جنسی بدون فعالیت جنسی خیلی راضی نسبتاً راضی نسبتاً به طور برابر ناراضی نسبتاً ناراضی خیلی ناراضی
۱۴. طی چهار هفته گذشته، چه قدر از میزان احساسات نزدیک بودن در طی فعالیت جنسی با شریک جنسی خود راضی بوده‌اید؟
بدون فعالیت جنسی بدون فعالیت جنسی خیلی راضی نسبتاً راضی نسبتاً به طور برابر ناراضی نسبتاً ناراضی خیلی ناراضی
۱۵. طی چهار هفته گذشته، چه قدر از ایجاد رابطه جنسی با شریک جنسی خود راضی بوده‌اید؟
بدون فعالیت جنسی بدون فعالیت جنسی خیلی راضی نسبتاً راضی نسبتاً به طور برابر ناراضی نسبتاً ناراضی خیلی ناراضی

خیلی راضی	نسبتاً راضی	به طور برابر راضی و ناراضی	نسبتاً ناراضی	خیلی ناراضی	۱۶. طی چهار هفته گذشته، به طور کلی چه قدر از زندگی جنسی خود راضی بوده‌اید؟
بدون فعالیت جنسی	هرگز	مواقع کمی	گاهی اوقات	اکثر مواقع	۱۷. طی چهار هفته گذشته، چند بار احساس ناراحتی و درد به هنگام دخول یا نفوذ داشته‌اید؟
بدون فعالیت جنسی	هرگز	مواقع کمی	گاهی اوقات	اکثر مواقع	۱۸. طی چهار هفته گذشته، چند بار احساس ناراحتی و درد پس از دخول یا نفوذ داشته‌اید؟
بدون فعالیت جنسی	خیلی کم یا هیچ	کم	متوسط	زیاد	۱۹. طی چهار هفته گذشته، چگونه سطح ناراحتی و درد در طی فعالیت جنسی یا پس از آن را در خود طبقه‌بندی می‌کنید؟

Research Article

The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction in Premenopausal Women Referred

M. Behbahani^{1*} & Sh. Ghorbanshiroodi²

1. Department of Family Counseling, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Email: maryambehbahani@gmail.com

2. Associate Professor, Psychology, Azad University, Tonekabon Branch, Iran.

Abstract

Aim The purpose of this study was to determine the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on marital intimacy and sexual satisfaction in premenopausal women. **Method:** The research method was quasi-experimental with experimental and control group and pre-test, post-test and 2-month follow-up. Forty women were selected using convenience sampling and screening using the Bagros Marriage Intimacy Questionnaire (2001) and Larson, Anderson, Holman, and Niemann (1998) marital satisfaction questionnaire and divided into experimental (20 female) and control (20 female) groups. Female) were replaced at random. Hayes and Strauss (2010) Acceptance and Commitment Therapy Program was administered to the experimental group for 8 sessions of 90 minutes weekly. Both groups responded to the research questionnaires in three stages and the data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy had an effect on marital intimacy ($F = 4.94, p = 0.032$) and sexual satisfaction ($F = 39.46, p = 0.001$). The two-month follow-up phase remained stable. **Conclusion:** Because the treatment of acceptance and commitment led to improved intimacy and marital satisfaction, it can be used as an effective intervention method to improve marital intimacy and sexual satisfaction in premenopausal women.

Key words: *commitment and acceptance therapy, marital intimacy, sexual satisfaction*

Citation: Behbahani, M., & Ghorbanshiroodi, Sh. (2020). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on marital intimacy and sexual satisfaction in premenopausal women referred. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(3):369-389.

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه

مریم بهبهانی^{۱*}، شهره قربان‌شیرودی^۲

۱. گروه مشاوره خانواده، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: maryambehbahani@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایش و گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه و جامعه آماری ۸۶ زن پیش‌یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شمال شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. پس از اعلام فراخوان و غربالگری با استفاده از پرسشنامه‌های صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱) و رضایت جنسی لارسون، اندرسون، هولمن و نیمن (۱۹۹۸) ۴۰ زن به شیوه در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ زن) و گواه (۲۰ زن) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. برنامه درمان پذیرش و تعهد هیز و استرواسال (۲۰۱۰) طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی یک جلسه در مورد گروه آزمایش اجرا شد. هر دو گروه در سه مرحله به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی ($F=4/94$ ، $p=0/032$) و رضایت جنسی ($F=39/46$ ، $p=0/001$) اثر داشته و این اثر در مرحله پیگیری پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** از آنجایی که درمان پذیرش و تعهد منجر به بهبود صمیمیت و رضایت زناشویی شد؛ می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای بهبود صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی در زنان پیش‌یائسه بهره برد.

کلیدواژه‌ها: تعهد و پذیرش، رضایت جنسی، صمیمیت زناشویی

استناد به این مقاله: بهبهانی، مریم، و قربان‌شیرودی، شهره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۳ پیاپی ۵۵): ۳۸۹-۳۶۹.

مقدمه

بهبود سلامت روان در هریک از دوران زندگی از جمله دوران یائسگی^۱ و پس از آن، نتایج مثبتی برای خانواده و جامعه به همراه دارد (سیب، اندرسون، لی و هامپریس، ۲۰۱۳). یائسگی پدیده‌ای فیزیولوژیک است که با گذار از دوران پیش‌یائسگی^۲ همراه است. یائسگی به معنای قطع عادت ماهانه به مدت ۱۲ ماه است و دوران پیش‌یائسگی به دورانی اطلاق می‌شود که عادت ماهانه نامنظم بوده و در ۱۲ ماه اخیر کمتر از ۱۲ بار عادت ماهانه اتفاق بیافتد (اواکلی، والتر-لیو، کریسپ و پاولز، ۲۰۱۶). یائسگی معمولاً در سنین ۵۰-۵۲ سالگی اتفاق می‌افتد و پیش‌یائسگی معمولاً یک تا سه سال طول می‌کشد و با علائمی مثل نامرتبی در قاعدگی، گرگرفتگی، تعریق شبانه، سردرد، بی‌حسی، کرختی در انگشتان و مشکلات خواب همراه است و سبب افزایش استرس، افسردگی، مشکلات جنسی، کاهش سلامت روان، و کیفیت زندگی می‌شود (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷).

روابط جنسی مطلوب موجب تأمین رضایت طرفین می‌شود (رستمی، سعادت‌ی و یوسفی، ۱۳۹۷) و نقش بسیار مهمی در رابطه زوجین و استحکام خانواده دارد و زنان در دوران پیش‌یائسگی معمولاً دچار افت صمیمیت زناشویی^۳ می‌شوند (پی، مندلی، کیم، هان، ماسند و همکاران، ۲۰۰۹). رضایت جنسی^۴ احساس خوشایند فرد از نوع رابطه جنسی و توانایی وی در ایجاد لذت دوطرفه است و شامل احساس در مورد بدن خود، علاقه به فعالیت جنسی، نیاز عاطفی و صمیمانه به ارتباط با شریک جنسی، و توانایی تحصیل رضایت از فعالیت جنسی است (فانی سبحانی، خلعتبری و رحمتی، ۱۳۹۷). از این‌رو، صمیمیت به‌عنوان نیازی اساسی مستلزم آگاهی، درک عمیق، و پذیرش است. همچنین صمیمیت به معنی نزدیکی، تشابه، و رابطه دوست‌داشتنی با دیگری است (یو، بارتل-هارینگ، دای و گانگاما، ۲۰۱۴). صمیمیت در روابط زناشویی با جنبه‌های عاطفی، هیجانی، و اجتماعی همراه است که بر پایه پذیرش، رضایت خاطر، و عشق شکل می‌گیرد (زراچ، آنات، سولومون و هروتی، ۲۰۱۰).

مشکلات روابط جنسی و صمیمیت زناشویی وقتی آغاز می‌شود که زوجین از میزان برآورده‌شدن خواسته‌های خود درباره رابطه زناشویی خوب، ناراضی باشند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). افراد با صمیمیت زناشویی قادرند در روابط زناشویی، خود را به شیوه مطلوب‌تری ابراز کنند (جان، کیم، چانگ، اوه، کانگ و کانگ، ۲۰۱۱). مشکل دیگر زنان در دوران پیش‌یائسگی افت رضایت جنسی است. رضایت جنسی یکی از نیازهای فردی و بین‌فردی است که به‌عنوان

¹ Menopausal
² Premenopausal

³ Marital intimacy
⁴ Sexual satisfaction

ارزیابی از لذت‌بخش بودن رفتار جنسی تعریف می‌شود (فلین، لین، برانر، سیرانوسکی، هان و همکاران، ۲۰۱۶). این موضوع یکی از عوامل مهم رضایت زناشویی است که نقش مهمی در سلامت روانی و صمیمیت زوجین دارد (سافتل، ۲۰۱۶). رضایت جنسی فقط لذت جسمانی نیست بلکه متضمن رضایت از فعالیت جنسی و رضایت هیجانی نیز است (چان، لترینو، سالم، سیل، چان و همکاران، ۲۰۱۵). روش‌های درمانی برای بهبود مسائل جنسی در دوران پیش‌بائسگی به دو دسته هورمون‌های درمانی و درمان‌های مکمل تقسیم می‌شوند (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). یکی از روش‌های درمانی مکمل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲). هدف این راهبرد درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این راهبرد مشتمل بر شش فرایند مرکزی است که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها، و عمل متعهد (هیز، لوین، پلومب، بولانگر و پیستورلو، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف رویکرد درمان شناختی-رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات، و احساسات روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (فروس، لانه، سیاروچی و بلاکلج، ۲۰۱۳). اصول زیر بنایی آن شامل: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها، ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است. افزون بر این، این عمل دربرگیرنده روش‌های کلامی و فرایندهای شناختی در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی است که در نهایت به کارکرد سالم رفتار منجر می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). این راهبرد شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی، و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (سلگی، ۱۳۹۶). افزون بر این، در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش

¹ Acceptance and commitment therapy (ACT)

روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پژوهش‌های مربوط به آن، مبتنی بر فلسفه‌ای است که زمینه‌گرایی عملکردی^۱ خوانده می‌شود (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). از این‌رو، شواهد تجربی حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زوجها برای افزایش صمیمیت زناشویی و سلامت جنسی است؛ به طوری که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش میزان سلامت جنسی در زوجین و مؤلفه‌های صمیمیت عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی، ارتباطی، روان‌شناختی، جنسی، و صمیمیت می‌شود (شهری، محمدخانی، مؤذنی کیا و چراغعلی، ۱۳۹۶؛ سعادت‌مند، بساک نژاد و امان الهی، ۱۳۹۶؛ طحان، آهنگری و عسکری، ۱۳۹۶؛ بک چالاکی و منصوری، ۱۳۹۶؛ خانجانی و شکی، شفیع آبادی، فرزاد و فتحی زاده، ۱۳۹۵؛ سوبرا، تکسیرا و کاستا، ۲۰۱۵؛ جراسیکو، اسپوماچر، شاو، فورمن و هربرت، ۲۰۱۵؛ لارمار، وایترووسکی و لوئیز-درايور، ۲۰۱۴؛ پترسون، ایفرت، فینگولد و داویدسون، ۲۰۰۹). به‌طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند صمیمیت و عملکرد جنسی بالاتری را در زنان ایجاد کرده و موجب رضایت جنسی بیشتری در آن‌ها گردد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان هدفی مطلوب در جهت بهبود روابط صمیمانه زناشویی و رضایت جنسی در زنان پیش‌یائسه به کار گرفته شده است که در این زمینه به نظر می‌رسد روش‌ها و فنون این درمان بتواند تا حد زیادی علائم این دوران را در زنان مهار کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی در زنان پیش‌یائسه انجام شده و به دنبال پاسخ به سؤال‌های زیر است.

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی زنان پیش‌یائسه مؤثر است؟

۲. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی زنان پیش‌یائسه در مرحله پیگیری دوماهه پایدار می‌ماند؟

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شمال شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. با توجه به مراجعه زنان پیش‌یائسه به خانه‌های سلامت شمال شهر تهران که دربرگیرنده

^۱. Functional contextualism

مناطق یک تا پنج شهر تهران بود، با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای دو منطقه سه و چهار به‌صورت تصادفی انتخاب و سپس از بین آن ناحیه دو از منطقه سه و ناحیه یک از منطقه چهار به تصادف انتخاب شدند. پس از کسب رضایت و مجوز از مسئول خانه سلامت آن ناحیه اقدام به فراخوان عمومی در این زمینه شد. پس از حضور ۸۶ زن داوطلب واجد شرایط، ضمن اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه‌های صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی پاسخ دهند. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها از بین ۶۴ شرکت‌کننده در غربالگری که نمرات‌شان از نقطه برش یک انحراف استاندارد بیشتر بود، ۴۰ زن انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ زن) و گواه (۲۰ زن) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. در این تحقیق، مشارکت افراد از روی اجبار نبوده و تمامی مشارکت‌کنندگان از روی میل و رغبت به پرسشنامه‌ها پاسخ داده‌اند. در پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات رعایت شده است.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه صمیمیت زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط باگاروزی (۲۰۰۱) تهیه و تنظیم شده است. پرسشنامه مزبور شامل ۴۱ سؤال است و آزمودنی‌ها به شکلی رتبه‌بندی شده، از یک به معنای به‌هیچ‌وجه چنین نیازی وجود ندارد تا ۱۰ به معنای نیاز بسیار زیادی وجود دارد، به هر نیاز پاسخ می‌دهند. نمره بیشتر نشانگر صمیمیت بالاتر و نمره کمتر به معنی صمیمیت کمتر است. در ایران اعتمادی، نوابی نژاد، احمدی و فرزاد (۱۳۸۴) پایایی کل این پرسشنامه را ۰/۹۴ و روایی محتوایی آن را ۰/۵۸ گزارش کرده‌اند. در مطالعه خمسه و حسینیان (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل صمیمیت ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای نمره صمیمیت ۰/۷۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه رضایت جنسی^۲: این پرسشنامه که لارسون، اندرسون، هولمن و نیمن (۱۹۹۸) جهت سنجش میزان رضایت جنسی تدوین کرده‌اند، حاوی ۲۵ سؤال بوده و جواب‌های آن به‌صورت پنج‌گزینه‌ای بر اساس مقیاس لیکرت یک تا پنج امتیازدهی می‌شود. در سؤالات ۱-۲-۳-۱۰-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳ گزینه «هرگز» امتیاز یک و گزینه «همیشه» امتیاز پنج را دریافت می‌کند. در سؤالات ۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴-۲۵ نیز گزینه «همیشه» امتیاز یک و گزینه «هرگز» واجد امتیاز پنج خواهد بود. امتیاز ۲۵-۵۰ معادل عدم رضایت جنسی، امتیاز ۵۱-۷۵ معادل رضایت جنسی کم، امتیاز ۷۶-۱۰۰ رضایت جنسی متوسط

^۱. Marital Intimacy Questionnaire

^۲ Sexual Satisfaction Questionnaire

و امتیاز ۱۰۱-۱۲۵ معادل رضایت جنسی بالا است. در پژوهش هادسون، هریسون و کروسکاپ (۱۹۸۱) جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش بازآزمون و با استفاده از ۱۰ نفر انجام شد که روایی آن ۹۰٪ و پایایی آن ۸۶٪ و همچنین ضرایب پایایی آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین در پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۷) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ در این پژوهش بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس طرح درمان پیوسته که بر اساس کتابچه راهنمای (ACT) که توسط ایفرت و فورسایت (۲۰۰۵) بسط داده شده بود برای گروه آزمایش در هشت جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه در هفته یکبار به شرح زیر اجرا شد.

جلسه یکم. ابتدا با شرکت‌کنندگان رابطه درمانی ایجاد و سپس قرارداد درمانی بسته شد. برای ایجاد رابطه درمانی از استعاره‌های آدو کوه و پیله پروانه استفاده شد تا نشان دهد رابطه بین درمانگر و درمانجو، رابطه‌ای از نوع معلم و شاگردی یا دکتر و بیمار نیست؛ بلکه ارتباطی است متشکل از دو نفر که با هم و در کنار هم از دو کوه بالا می‌روند؛ طوری که هر کدام نقاط ضعف مسیر دیگری را بهتر می‌بینند. در این مرحله از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا استفاده شد و برای ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر که آخرین مرحله این جلسه بود از استعاره ببر گرسنه کمک گرفته شد. همچنین یادداشت تجربه روزانه و تمرین تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش این نکته بود که کنترل مسئله است، نه راه‌حل. در این مرحله این آگاهی در شرکت‌کنندگان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات زناشویی آنها است و هرچه به مدت طولانی‌تری در تلاش برای کنترل احساس خود درجا بزنند، بیشتر در دور باطل رنج چرخ خواهند زد. برای این منظور از استعاره‌های باتلاق شنی و سوئیچ مبارزه استفاده شد.

جلسه سوم. هدف این جلسه آموزش پذیرش و تمایل، به عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه‌ای بود. برای آموزش آن استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا به این صورت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که تصور کنید که شما با یک هیولا مسابقه طناب‌کشی دارید و در بین شما یک چاه جهنمی وجود دارد. در این طناب‌کشی کدام یک از شما برنده است؟ آیا می‌توانید او را ببرید؟ اگر او شما را به سمت خودش بکشد یا به درون چاه جهنمی می‌افتد یا شما را می‌خورد،

^۱ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

^۲ Metaphor

و اگر شما او را به سمت خود ببرید، باز او شما را می خورد. پس چگونه می توانید بر او غلبه کنید و پیروز شوید؟ شرکت کنندگان آموختند که کارشان رها کردن طناب است. سپس یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی، هیجان های مثبت و منفی به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم، ابتدا تکالیف خانگی جلسه قبل بررسی و سپس راهبرد گسلش شناختی آموزش داده شد. در این جلسه با استفاده از استعاره ها به شرکت کنندگان آموزش داده شد که وقتی احساسات شان با محتوای کلامی آمیخته می شود، آن محتوا می تواند غلبه کاملی بر زبان، فکر و رفتارشان داشته باشد. در استعاره «اتوبوس» از شرکت کنندگان خواسته شد تا خود را راننده اتوبوسی فرض کنند که بین اصفهان و تهران مسافر جابه جا می کنند. در ضمن یکی از این سفرها، یک جایزه بزرگ در تهران برنده شده اند که باید تا آخر وقت اداری فردا، خود را به آن جا برسانند، ولی در بین راه تعدادی اراذل سر راه اتوبوس را می گیرند و از راننده می خواهند که آن ها را جایی غیر از تهران ببرد. جایزه، همان ارزش ها و اراذل، افکار و احساسات مزاحم، و مسیر همان اعمال درستی است که فرد را در مسیر ارزش ها پیش می برد.

جلسه پنجم، ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خود به عنوان زمینه آموزش داده شد. در این جلسه از استعاره «خانه با مبلمان و صفحه شطرنج» برای آموزش استفاده شد؛ در این استعاره ها سه مفهوم الف) خود مفهوم سازی شده، ب) خود به عنوان فرایند خودآگاهی پویا و ج) خود مشاهده گر مورد توجه قرار گرفت و در ادامه برای درک مفاهیم «خود»، آموزش های لازم همراه با مثال هایی ارائه شد. به عنوان مثال برای تفهیم خود مشاهده گر به شرکت کنندگان گفته شد، هنگامی که آن ها قادر به ارتباط با حس پایداری از خود هستند که ورای افکار و احساسات و برچسب ها است، به آن خود مشاهده گر گویند. تمرین استعاره صفحه شطرنج به عنوان روشی که فرد بتواند تسلط بیشتری بر افکار و احساسات خود داشته باشد، تکلیف خانگی این جلسه بود.

جلسه ششم، هدف این جلسه تصریح ارزش ها بود. به شرکت کنندگان گفته شد، ارزش ها عبارت است از توصیف های هر فرد از آنچه برای وی مهم است و نیز جهتی است که فرد در زندگی می خواهد به سمت آن حرکت کند. همچنین بیان شد که ارزش ها با احساسات تعیین نمی شوند؛ وقتی فردی طبق ارزش هایش رفتار می کند، ممکن است انواع احساسات را تجربه کند؛ اما آن

¹ Cognitive Fusion

² self-conceptualized

³ self as a process of dynamic self-consciousness

⁴ self-observer

احساسات تعیین‌کننده این نیست که آیا ارزش‌های منتخب، هنوز ارزشمندند یا نه. در این جلسه برای درک بهتر ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف از استعاره «مراسم تدفین» استفاده و تعیین ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه هفتم، ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خلق بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه آموزش داده شد. در این جلسه از مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها، استفاده شد. هدف مواجهه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود. در این مرحله موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی در زمینه موانع تجربه‌ای مثل هیجان‌های دشوار، خاطره‌ها، افکار، و موانع محیطی مثل عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی، و شریک غیرحمایت‌کننده تشریح و سپس از شرکت‌کنندگان درخواست شد مثال‌هایی در زمینه‌های مزبور را که در زندگی خود تجربه کرده‌اند در گروه مطرح کنند. تعیین موانع عمل متعهدانه و خلق الگوهای بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه نیز به‌عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه هشتم، در این جلسه ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و آموخته‌های جلسات پیشین جمع‌بندی شد و سؤال‌های شرکت‌کنندگان مورد بحث قرار گرفت. سپس الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش داده شد تا برای جایگزینی آمیختگی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها، و دلیل‌آوری برای رفتارها با پذیرش، انتخاب ارزش‌ها، و عمل متعهدانه، این سرفصل‌ها را روی برگه‌ای بنویسند و مقابل چشمان خود قرار دهند و به تمرین آن‌ها بپردازند. در انتها بر تمرین آموخته‌ها تأکید و از آن‌ها قدردانی شد.

شیوه اجرا

پس از هماهنگی با سرای محله و خانه‌های سلامت شمال تهران، طی فراخوانی ۴۰ زن پیش‌یائسه پس از غربالگری انتخاب شدند. پیش از شروع آموزش، درباره 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 زنان توضیح داده شد. جلسه‌های درمان به‌صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش در روزهای شنبه از ساعت ۱۶ الی ۱۷:۳۰ برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری دوماهه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

از ۴۰ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش دو نفر (۶/۷ درصد) در گروه سنی ۴۵-۴۸ در گروه آزمایش و سه نفر (۱۳/۳ درصد) در گروه گواه، ۱۲ نفر (۶۶/۷ درصد) در گروه سنی ۴۹-۵۳ در گروه آزمایش و ۱۱ نفر (۶۰ درصد) در گروه گواه، شش نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه سنی ۵۴ به بالا در گروه آزمایش و شش نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه گواه بودند. همچنین چهار نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم در گروه آزمایش و در گروه گواه، شش نفر (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم در گروه آزمایش و در گروه گواه، هشت نفر (۴۶/۷ درصد) دارای تحصیلات لیسانس در گروه آزمایش و هفت نفر (۴۰ درصد) در گروه گواه، همچنین دو نفر (۶/۶ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس در گروه آزمایش و ۳ نفر (۱۳/۳ درصد) در گروه گواه بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی برای گروه گواه و آزمایش

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت جنسی	آزمایش	۹۳/۱۰	۳/۹۰	۱۰۴/۳۰	۸/۳۴	۱۰۲/۹۵	۷/۴۵
	گواه	۹۱/۵۵	۲/۲۷	۹۱/۹۸	۱/۵۳	۹۰/۷۰	۲/۳۱
صمیمیت زناشویی	آزمایش	۱۲۷/۸۰	۱۹/۲۳	۱۳۸/۵۰	۱۳/۷۳	۱۴۲/۳۵	۲۰/۰۱
	گواه	۱۲۶/۳۰	۱۳/۷۳	۱۲۵/۴۰	۱۱/۵۲	۱۲۴/۳۰	۹/۷۶

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین نمره کل رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی از پیش‌آزمون بیشتر است. این تفاوت‌ها در گروه کنترل محسوس نیست.

جدول ۲. نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه		کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		W موخلی	
				Z	سطح معناداری	F	سطح معناداری	χ ^۲ مقدار	آماره
رضایت جنسی	آزمایش	۰/۱۴	۰/۳۷	۱/۵۶	۰/۲۱	۱۲/۱۶**	۰/۷۲		
	گروه	۰/۱۵	۰/۳۱						
صمیمیت زناشویی	آزمایش	۰/۲۲	۰/۰۹	۲/۶۵	۰/۱۱	۸/۰۴*	۰/۸۰		
	گروه	۰/۲۰	۰/۱۱						

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف در جدول شماره (۲) حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است. بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. در این شرایط از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در دو گروه

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
رضایت جنسی	مراحل مداخله	۶۹۹/۸۱	۱/۵۶	۴۴۷/۹۸	۳۸/۷۴**	۰/۵۰
	مراحل × گروه	۸۰۴/۵۱	۱/۵۶	۵۱۵/۰۰	۴۴/۵۴**	۰/۵۴
	گروه	۲۳۵۸/۵۳	۱	۲۳۵۸/۵۳	۳۹/۴۶**	۰/۵۰
صمیمیت زناشویی	مراحل مداخله	۸۷۰/۳۵	۱/۶۷	۵۲۰/۱۸	۸/۸۸**	۰/۱۸
	مراحل × گروه	۱۴۴۳/۲۱	۱/۶۷	۸۶۲/۵۶	۱۴/۷۲**	۰/۲۷
	گروه	۳۵۵۳/۴۰	۱	۳۵۵۳/۴۰	۴/۹۴*	۰/۱۱

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

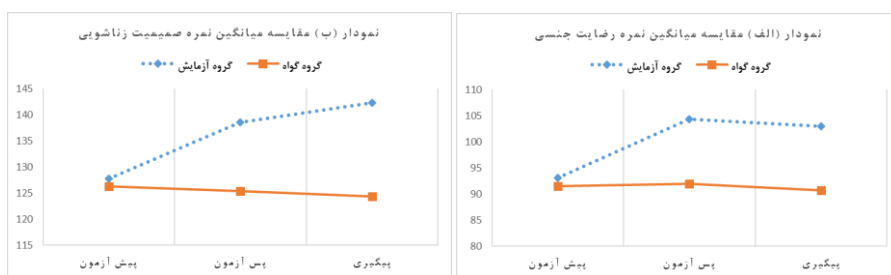
نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات رضایت جنسی ($P = ۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۰/۵۰ و بر نمره صمیمیت زناشویی ($P = ۰/۰۳۲$) با اندازه اثر ۰/۱۱ مؤثر بوده است.

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

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیش‌آزمون - پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
تفاوت	تفاوت	تفاوت	تفاوت
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
معیار	معیار	معیار	معیار
رضایت جنسی	۵/۵۷**	۰/۷۶	۴/۵۰**
صمیمیت زناشویی	۴/۹۰**	۱/۵۳	۶/۲۷**

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

در جدول شماره (۴) نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات رضایت جنسی ($P=0/001$) و صمیمیت زناشویی ($P=0/001$) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی معنادار نیست. این یافته بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.



شکل ۱. تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

همان‌طور که در نمودارهای (الف) و (ب) نشان داده شده است نمره رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و این افزایش در مرحله پیگیری نیز پایدار نشان می‌دهد. ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین صمیمیت زناشویی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. بر اساس این نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش باعث افزایش صمیمیت زناشویی در پس‌آزمون شده است. نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش شهری و همکاران (۱۳۹۶)، سعادت‌مند و همکاران (۱۳۹۶)، آقاجانی و ایروانی (۱۳۹۵)، خان‌جانی و همکاران (۱۳۹۵)، بويس و همکاران (۲۰۱۳) و لارما و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که افکار و احساسات به‌طور طبیعی بروز کنند، تعارضات با همسر حل شود، ارتباطات جدید و مثبت شروع شود تا صمیمیت گسترش یافته و در نهایت رضایت زناشویی به‌تدریج افزایش یابد. زوجها در طی سال‌های مختلف ممکن است دچار تعارض و ناسازگاری بوده و مدام سعی بر تغییر یکدیگر

کنند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا از رهاسازی ذهن خویش درباره اختلاف‌های بین‌فردی اجتناب کرده و شیوه‌های کنترل بین‌فردی و خصومت نسبت به یکدیگر را در پیش گیرند (بویس و همکاران، ۲۰۱۳). در جریان این درمان، صمیمت رو به بهبود می‌رود و این بهبود به‌واسطه پذیرش، عدم اجتناب تجربی، و عدم استفاده از شیوه‌های کنترل، افزایش ذهن‌آگاهی، مشخص شدن ارزش‌ها، تعدیل انتظارات، و کاهش قضاوت است (سعادت‌مند و همکاران، ۱۳۹۶). این بهبود کاملاً برای زنان پیش‌یائسه محسوس است و به‌صورت یک تقویت طبیعی برای اشتیاق به ادامه درمان عمل می‌کند. این رویکرد به‌ویژه برای زوج‌هایی مناسب است که پیوندهای هیجانی‌شان با یکدیگر سست شده و صمیمیت قابل توجهی را در کنار هم تجربه نمی‌کنند (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر ادراک زنان از روابط صمیمانه به‌واسطه تبادلات عاطفی فرد در زمان کودکی و در ارتباط با افراد نزدیک او شکل گرفته است (لارما و همکاران، ۲۰۱۴). در این درمان آگاه‌ساختن زنان پیش‌یائسه از طرحواره‌های صمیمیت و کمک به اصلاح آن‌ها یکی دیگر از عوامل تبیین‌کننده بهبود روابط و افزایش صمیمیت در طی درمان است (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷).

همچنین بررسی نتایج دیگر این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین رضایت جنسی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. بر اساس این نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش — در مقایسه با گروه کنترل — باعث افزایش رضایت جنسی در پس‌آزمون شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش عیسی‌نژاد جهرمی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۷)، سارمی‌نژاد و شارمی (۲۰۱۷)، طحان و همکاران (۱۳۹۶)، اکبری ترکستان و همکاران (۱۳۹۶)، سوبرا و همکاران (۲۰۱۵)، جاراسیکو و همکاران (۲۰۱۵) و پترسون و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی‌اند. آنچه که افکار را تبدیل به باور می‌کند، آمیخته‌شدن فرد به محتوای افکار است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). به‌طور کلی این راهبرد درمانی به افراد کمک می‌کند تا با ارتباط کامل با زمان حال و ذهن‌آگاهی به تغییر رفتارها و افکار نادرست بپردازند و از این طریق زوجها می‌توانند رضایت کاملی از زندگی خود داشته باشند و به‌خوبی زندگی خویش را پیش برده، مسائل و مشکلات‌شان را به نحو مطلوبی حل کنند، و برای حل مشکلات به توافق دست یابند (دال و همکاران، ۱۳۹۴/۲۰۱۵).

از آنجایی که نیاز جنسی از نیازهای بنیادی بشر محسوب می‌شود، ارضای صحیح این نیاز موجب احساس لذت شده و در سطوح عالی‌تر باعث افزایش اعتماد به‌نفس، احساس خودکارآمدی و در نهایت ایجاد نگرش مثبت به محیط پیرامون می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش

و تعهد به طور کلی موجب افزایش آگاهی افراد نسبت به شیوه ارضای صحیح نیاز جنسی شده و همین امر موجب افزایش عناصر سلامت روانی می گردد که شادکامی نیز در این حوزه جای دارد (جاراسیکو و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به نتایج این پژوهش، می توان به منظور کاهش تعارض های میان همسران و ارتقاء روابط صمیمانه زوجی به روانشناسان، روان پزشکان، مشاوران، مددکاران و کلیه متخصصان متصدی مسائل زناشویی و ازدواج پیشنهاد شود تا از این مدل در برنامه های آموزش پیش از یائسگی زنان استفاده شود؛ همچنین با توجه به تأثیر روش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عواطف مثبت و بهبود ارتباطات متقابل زوجین پیشنهاد می شود که از این مدل در برنامه های آموزش پیش از یائسگی زنان سایر مناطق نیز استفاده شود. از آنجایی که نمونه این پژوهش به صورت نمونه گیری از طریق فراخوان و ابزار مورد استفاده نیز به صورت خودسنجی بوده است، در تعمیم پذیری نتایج تحقیق به کل جامعه آماری باید احتیاط نمود. همچنین این پژوهش در بین زنان پیش یائسه خانه های سلامت مناطق سه و چهار تهران انجام شده است و در تعمیم آن به گروه های دیگر باید جانب احتیاط رعایت گردد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شده، و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می ماند و این امر نیز کاملاً رعایت گشت. همچنین برای رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام پژوهش، زنان حاضر در گروه گواه نیز طی هشت جلسه یکساعته تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیر محترم خانه های سلامت شمال شهر تهران و همه شرکت کنندگانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدرانی را داریم.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است و نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، روش شناسی، تحلیل یافته ها، نتیجه گیری و ویراستاری این مقاله داشته اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسنده مسئول، این مقاله پشتیبان مالی ندارد.

منابع

- آقاجانی، فیروزه، و ایروانی، محمدرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین اصفهانی. *پنجمین همایش ملی روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی*، اسفند ۹۵ (۲): ۴۴۶-۴۵۸. [پیوند]
- اکبری ترکستانی، نعیمه، رمضان نژاد، پلینوس، عابدی، محمدرضا، عشرتی، بابک، موحد مجد، مجید، و نکوبهر، عباس. (۱۳۹۶). تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زوجین. *مجله پرستاری و مامایی/رومیة ۱۵* (۴): ۲۵۱-۲۴۴. [پیوند]
- اعتمادی، عذرا، نوابی نژاد، شکوه، احمدی، سیداحمد، و فرزاد، ولی اله. (۱۳۸۴). تعیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زوجین. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲ (۱): ۶۹-۸۷. [پیوند]
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انتشارات جنگل، تهران.
- بک‌چالاک، نسرین، و منصوری، احمد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در رضایت از زندگی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷ (۲): ۸۹-۸۹. [پیوند]
- خانجانی وشکی، سحر، شفیع آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی‌الله، و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری (CBCT) و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷ (۴): ۴۰-۳۱. [پیوند]
- خمس، اکرم، و حسینیان، سیمین. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. *مطالعات زنان*، ۱۰۱ (۱): ۲۲۰-۲۰۹. [پیوند]
- سعادت‌مند خدیجه، بساک‌نژاد سودابه، امان‌الهی عباس. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و بخشش زوج‌ها. *روانشناسی خانواده*، ۴ (۱): ۵۲-۴۱. [پیوند]
- سلگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۱ (۴) پیاپی ۴۴ (۵۳۵-۵۳۵). [پیوند]
- شهری، شایسته، محمدخانی، پروانه، مؤذنی کیا، سمانه، و چراغعلی، مریم. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زوجها برای افزایش صمیمیت و سلامت جنسی در زوجین. *سومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران*. *کد مقاله: IICMO03_248*. [پیوند]

رستمی، مهدی، سعادت، نادره، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج‌درمانی هیجان مدار و راه‌حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و رضایت جنسی زوجین. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۲(۸): ۱-۲۲. [پیوند].

دال، جوآن، استوارت. یان، مارتل، کریستوفر و کاپلان، جانانان. (۱۳۹۴). *ACT و RFT در روابط: کمک به مراجعین مشتاق صمیمیت و حفظ تعهدات سالم*. ترجمه: نوابی‌نژاد، شکوه؛ سعادت، نادره و رستمی، مهدی. چاپ اول، تهران: انتشارات جنگل (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵).

طحان، محمد، آهنگری، الهه، عسکری، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر افزایش رضایت جنسی در افراد با سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه روانشناسی تحلیل شناختی*، ۸(۲۹): ۶۵-۷۴. [پیوند].

عیسی‌نژاد جهرمی، سولماز، دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۱۳۹۷؛ ۶(۱): ۶۳-۷۱. [پیوند].

فانی سبحانی، فاطمه، خلعتبری، جواد، و رحمتی، صمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدنی بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲(۱ پیاپی ۴۵): ۲۵-۴۶. [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. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۲ پیاپی ۴۲): ۱۷۴-۱۵۷. [پیوند].

Bagarozzi, D.A. (2001). Enhancing Intimacy in marriage: A clinicians handbook. Brunner_Routledge.

Bois k. Bergeron S. Rosen N.O. McDuff P. Gregoire A.B (2013). Sexual and Relationship Intimacy among Women with Provoked Vestibulodynia and Their Partners: Associations with Sexual Satisfaction, Sexual Function, and Pain Self-Efficacy. *The Journal of Sexual Medicine*; 10(8); 2024-2035 [Link].

Canavarro MC, Silva S, Moreira H.(2015). Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients? *Eur J Oncol Nurs*. 19(6):673-9 [Link].

Chan JL, Letourneau J, Salem W, Cil AP, Chan S, et al. (2015). Sexual satisfaction and quality of life in survivors of localized cervical and ovarian cancers following fertility-sparing surgery. *Gynecol Oncol*. 139(1):141-7 [Link].

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005a). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Oakland, CA: New Harbinger

- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464 [Link].
- Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, et al. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. *J Sex Med*. 13(11):1642-50 [Link].
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2), 74-157. [Link].
- Hayes, S. C., & Strosahl, K.D.(2010). *Apractical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002 [Link]
- Herbert, j. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy* Hoboken, NJ: Wiley.
- Juarascio A.S., Schumacher L.M., Shaw J., Forman E.M., Herbert J.D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1); 42-47 [Link]
- Jun E, Kim S, Chang S, Oh K, Kang HS, Kang SS.(2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 34(2):142-9 [Link]
- Katterman S.N., Goldstein S.P., Meghan L.B., Forman E.M., Michael R., (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in sexual satisfaction young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1); 45-50 [Link].
- Larmar, S., Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221 [Link]
- Larson, J. H., Anderson, S.M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24, 193-206 [Link].
- Oakley SH, Walther-Liu J, Crisp CC, Pauls RN. (2016). Acupuncture in premenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a prospective cohort pilot study. *Sex Med*. 4(3):176-81 [Link]
- Pae C, Mandelli L, Kim T, Han C, Masand PS, et al. (2009). Effectiveness of antidepressant treatments in premenopausal versus post-menopausal

- women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. *Biomed Pharmacother.* 63(3):228 [Link]
- Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract*, 16(4): 430–442 [Link]
- Saremi Nezhad M., Shameli L. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(1): 58-65 [Link]
- Seftel AD. (2016). Female partners of men with peyronie's disease have impaired sexual function, satisfaction, and mood, while degree of sexual interference is associated with worse outcomes. *J Urolo.* 196(5):1516-7 [Link]
- Seib C, Anderson D, Lee K, Humphreys J. (2013). Predictors of mental health in post-menopausal women: Results from the Australian healthy aging of women study. *Maturitas.* 76(4):377-83 [Link]
- Sobral M.P., Teixeira C.P & Costa M.E. (2015). Who Can Give Me Satisfaction? Partner Matching in Fear of Intimacy and Relationship Satisfaction. *The Family Journal*, 23(3); 247-253 [Link]
- Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 40(4):275-93 [Link]
- Zerach G, Anat B, Solomon Z, Heruti R. (2010). Posttraumatic symptoms, marital intimacy, dyadic adjustment, and sexual satisfaction among exprisoners of war. *J Sex Med.* 7(8):2739-49 [Link]

پرسشنامه رضایت جنسی

ردیف	عبارت	۱ کمی	۲ کمی	۳ کمی	۴ کمی	۵ کمی
۱	من احساس می‌کنم که همسرم از زندگی جنسی‌مان لذت می‌برد	۱	۲	۳	۴	۵
۲	ارتباط جنسی در زندگی ما خیلی پررنگ است	۱	۲	۳	۴	۵
۳	ارتباط جنسی برای من و همسرم مهیج و مفرح است	۱	۲	۳	۴	۵
۴	ارتباط جنسی ما بسیار سریع و با عجله است	۱	۲	۳	۴	۵
۵	من احساس می‌کنم که زندگی جنسی ما فاقد کیفیت است	۱	۲	۳	۴	۵
۶	همسر من به لحاظ جنسی تهییج شده است	۱	۲	۳	۴	۵
۷	من از روش‌ها و تکنیک‌های جنسی که همسرم دوست دارد یا بکار می‌برد، لذت می‌برم	۱	۲	۳	۴	۵
۸	من احساس می‌کنم که همسرم تقاضای رابطه جنسی بیش از حد از من دارد	۱	۲	۳	۴	۵
۹	من فکر می‌کنم رفتار جنسی ما فوق‌العاده است	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	دل مشغولی همسرم در مورد روابط جنسی بسیار زیاد است	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	۱۱	من سعی می‌کنم از برخورد جنسی با همسرم اجتناب کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	همسر من به هنگام روابط جنسی بسیار خشن و بی‌رحم است
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳	همسر من یک شریک جنسی فوق‌العاده است
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴	من فکر می‌کنم که در روابط ما، رفتار جنسی یک عملکرد طبیعی است
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵	هنگامی که من نیاز به ارضای جنسی دارم، همسرم تمایلی نشان نمی‌دهد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶	من احساس می‌کنم که زندگی جنسی ما، روابط ما را واقعاً تقویت می‌کند
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷	ظاهراً همسرم از مواجهه جنسی با من اجتناب می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸	برای من آسان است که بوسیله همسرم به تحریک جنسی برسم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹	من احساس می‌کنم که همسرم را به لحاظ جنسی خشنود و راضی می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰	همسر من به نیازها و تمایلات جنسی من بسیار حساس است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱	همسر من مرا از نظر جنسی ارضا نمی‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲	احساس می‌کنم که زندگی جنسی من خسته کننده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳	همسر من به نیازها و تمایلات جنسی من بسیار حساس است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴	همسر من مرا از نظر جنسی ارضا نمی‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵	احساس می‌کنم که زندگی جنسی من خسته کننده است.

پرسشنامه صمیمیت زناشویی

یک نیاز شیدا قوی است					اصلاً یک نیاز قوی نیست					عبارت
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱- به طور کلی نیاز به انتقال و در میان گذاشتن احساساتتان چقدر قوی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲- چقدر احساسات را با همسران در میان بگذارید شما را درک کرده و گوش کند؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمت عاطفی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او احساسات مثبت و منفی اش را با شما در میان بگذارد؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای در میان گذاشتن و انتقال احساساتش با شما است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶- به طور کلی نیاز شما به صمیمت روانشناختی چقدر قوی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- چقدر برای شما مهم است، امیدها، رؤیاها و علایق را افشا می کنید، همسران شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمت روانشناختی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او اطلاعات و جزئیات مربوط به خودش را با شما در میان گذاشته و افشا کند و اینکه ترس های درونی، علایق، مشکلات، امیدها، رؤیاها و آرزوهایش را با شما در میان بگذارد؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای افشاء اطلاعات مربوط به خودش و در میان گذاشتن ترسهای درونی، علایق، مشکلات، امیدها، رؤیاها و آرزوهایش با شما است؟

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱- نیاز شما به در میان نهادن عقاید، افکار و باور مهم با همسران چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۲- چقدر برای شما مهم است که هرگاه عقاید، افکار و باورهای مهم با همسران در میان می گذارید او شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۳- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمت عقلانی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۴- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او عقاید، افکار و باورهایش را با شما در میان بگذارد؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۵- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای در میان گذاشتن عقاید، افکار و باورهایش با شماست ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۶- به طور کلی نیاز شما به صمیمیت جنسی چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۷- چقدر برای شما مهم است که هرگاه عقایدو تمایلات خود درباره مسائل جنسی را با همسران در میان می گذارید او شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۸- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت جنسی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۹- چقدر برای شما مهم است که همسران افکار، تمایلات و خیالات جنسی اش را با شما در میان بگذارد و نیازهای جنسی را به شما انتقال دهد؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۰- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای در میان گذاشتن افکار، احساسات، تمایلات و نیازهای جنسی اش است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۱- به طور کلی نیاز شما به صمیمیت بدنی چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۲- چقدر برای شما مهم است همسران اظهارات شما شروع می- کنید را درک کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۳- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به نزدیکی و تماس جسمانی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۴- چقدر برای شما مهم استکه همسران نزدیکی و تماس جسمانی را شروع کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۵- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای تماس جسمانی با شماست؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۶- به طور کلی نیاز شما به صمیمیت معنوی چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۷- چقدر برای شما مهم است، همسران وقتی افکار، احساسات و تجربتان درباره موضوعات معنوی را با او در میان می گذارید شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۸- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت معنوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۹- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او افکار، باورها و احساسات و تجربش در زمینه معنوی را با شما در میان بگذارد؟

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۰- چقدر برای شما مهم است با همسران در جشنها و مراسم مذهبی شرکت کنید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۱- چقدر همسران قادر به ارضا انتظارات شما برای انتقال تجارب معنویاش است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۲- به طور کلی نیاز و تمایل شما به در میان گذاشتن زیبایی چقدر است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۳- چقدر برای شما مهم است که هر گاه تلاش می کنید تا احساسات و تجارب زیباشناختی را با همسران در میان بگذارید او به شما گوش کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۴- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت زیباشناختی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۵- چقدر برای شما رضایت از همسران مهم است که همسران تجارب و احساساتی که او زیبا، فرحبخش یا الهام بخش در نظر می گیرد را با شما در میان بگذارد؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۶- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای انتقال و در میان گذاشتن تجارب و احساساتی است که او زیبا، فرحبخش یا الهام بخش در نظر می گیرد؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۷- به طور کلی نیاز و تمایل شما به صمیمت اجتماعی-تفریحی چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۸- چقدر برای شما مهم است که همسران در فعالیت‌های اجتماعی- تفریحی که شما شروع می کنید مشغول شود؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۳۹- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت اجتماعی- تفریحی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۴۰- چقدر برای شما مهم است که همسران مشارکت در فعالیتها و تجارب تفریحی و لذت بخش و اجتماعی را شروع کرده و آن را از شما درخواست کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۴۱- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای شروع و مشغول شدن شما در فعالیت‌های اجتماعی- تفریحی همراه با اوست؟

Research Article

Construction and psychometric analysis of possible selves' questionnaire in students

F. Zadshir¹, S. Saber^{2*} & Kh. Abolmaali Alhoseini³

1. PhD Student in Educational Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran. Email: Saber@riau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to construct, validate and make of balanced possible selves questionnaire in students. **Method:** The research method was descriptive correlational type and the statistical population of the study consisted of 243534 students in the first grade of high school in Tehran city in 2018-2019 academic years which through them (207 females and 214 males) were selected by multistage random sampling. In the present study, in order to determine the factor validity of the possible selves' questionnaire, the statistical method of confirmatory factor analysis was used. **Results:** The results of confirmatory factor analysis statistical method showed that the three-factor structure of the possible selves' questionnaire includes ($\chi^2/df=1.87$, CFI=0.914, GFI=0.907, AGFI=0.854, RMSEA=0.076). The results of the correlation between the dimensions of the questionnaire provided evidence of the multidimensional structure of the tool. The internal consistency coefficients of the components of goals, tasks and concerns and the total items were 0.97, 0.82, 0.88 and 0.87, respectively. **Conclusion:** Since the fit indices of the factor analysis model had a good fit and the Cronbach's alpha coefficients indicated the internal consistency of the items of this tool, the questionnaire has good validity and reliability and it can be used to assess balanced possible selves' and to check for inconsistency among high school students.

Key words: concerns, goals, possible selves, tasks

Citation: Zadshir, F., Saber, S., & Abolmaali Alhoseini, Kh. (2020). Construction and psychometric analysis of possible selves' questionnaire in students. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(4):391-414.

ساخت و تحلیل روان‌سنجی پرسشنامه توازن خودهای ممکن در دانش‌آموزان

فرزانه زادشیر^۱، سوسن صابر^{۲*} و خدیجه ابوالمعالی الحسینی^۳

۱. دانشجوی دکترا روان‌شناسی تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. Email: Saber@riau.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر ساخت، و رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه توازن خودهای ممکن در دانش‌آموزان بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهر تهران به تعداد ۲۴۳۵۳۴ نفر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها ۴۲۱ نفر از دانش‌آموزان (۲۰۷ دختر و ۲۱۴ پسر) با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در مطالعه حاضر به منظور تعیین روایی عاملی پرسشنامه توازن خودهای ممکن از روش آماری تحلیل عاملی تأیید استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج روش آماری تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار سه عاملی پرسشنامه توازن خودهای ممکن شامل ($\chi^2/df=1/87$)، $CFI=0/914$ ، از ساختار چندبعدی ابزار فراهم آورد. ضرایب همسانی درونی مؤلفه‌های اهداف، وظایف و نگرانی‌های خود و کل گویه‌ها به ترتیب برابر با ۰/۹۷، ۰/۸۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** از آنجا که شاخص‌های برازندگی مدل تحلیل عاملی از برازش مطلوب برخوردار بودند و میزان ضرایب آلفای کرونباخ حاکی از همسانی درونی گویه‌های این ابزار بود، پرسشنامه ساخته‌شده دارای روایی و پایایی مطلوبی است و می‌توان از آن برای سنجش توازن خودهای ممکن و بررسی وجود ناهمخوانی خودها در دانش‌آموزان متوسطه استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: اهداف، خودهای ممکن، وظایف، نگرانی‌ها

استناد به این مقاله: زادشیر، فرزانه، صابر، سوسن، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۹). ساخت و تحلیل روان‌سنجی پرسشنامه توازن خودهای ممکن در دانش‌آموزان. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۴ پیاپی ۵۶): ۴۱۴-۳۹۱.

مقدمه

گرایش به خودشکوفایی، فرد را به صورت موجودی کامل توصیف می‌کند. با پدیدآیی خود، فرد از لحاظ پیچیدگی رشد می‌کند، و فرایند ارزش‌گذاری ارگانیزمی نه تنها در مورد ارگانیزم به صورت یک کل، بلکه در مورد خود^۱ هم به صورت یک جزء به اجرا گذاشته می‌شود. پدیدآیی خود، موجب پدیدآیی نیاز به توجه مثبت^۲ می‌شود. نیاز به توجه مثبت، دوست داشتن و دوست داشته شدن در مراحل رشد انسان اهمیت خاصی دارد (جعفری، برهون و قمری، ۱۳۹۴).

در مطالعه شخصیت انسان، «هویت خود» جنبه اساسی و درونی است که به کمک آن فرد با گذشته خود ارتباط یافته و در زندگی احساس تداوم و یکپارچگی می‌کند. شکل‌گیری هویت، ترکیبی از مهارت‌ها، جهان‌بینی و همانندسازی دوران کودکی است که به صورت یک کل کم و بیش منسجم، پیوسته، و منحصربه‌فرد درمی‌آید که برای فرد، حس تداوم گذشته و جهت‌گیری به سوی آینده را بر اساس الگوی پردازش دوگانه نظام‌مند نگرش‌ها^۳ در بافت شناختی اجتماعی^۴ با نگرش‌ها و ارزیابی‌های روان‌شناختی، احساسات و هیجان‌های مشترک اجتماعی فراهم می‌سازد (زاکارس و ایبورا، ۲۰۱۵؛ زائو و باول، ۲۰۱۹؛ دانکل و ورسلی، ۲۰۱۶؛ مری، ۲۰۱۰؛ هاگ و رینلا، ۲۰۱۸).

خود عبارت است از مجموعه ویژگی‌هایی که تفاوت فرد یا شباهت او به دیگران را موجب می‌شود. مطالعه خود سه بعد دارد: (۱) خودپنداره^۵، که به باورهای شخصی درباره خود مربوط می‌شود، (۲) عزت‌نفس یا ارزیابی شخص از ویژگی‌های خود، (۳) معرفی خود یا رفتارهایی که شخص اتخاذ می‌کند تا در دیگران برداشت مشخصی را به وجود آورد (محمدي و صابر، ۱۳۹۷). مفهوم خود یا خودپنداره عبارت است از مجموعه نظرات و تجربیات فرد درباره خود، و یک ساخت شناختی عاطفی که رجوع به آن قابل مشاهده و بررسی از طرف شخص دیگر نیست. در تعریفی دیگر، خودپنداره مجموعه‌ای از صفات، توانایی‌ها، نگرش‌ها و ارزش‌هایی است که فرد باور دارد او را با آن‌ها توصیف می‌کنند (برک، ۲۰۰۱، به نقل از سیدمحمدی، ۱۳۹۷).

باک (۲۰۱۵) مفهوم خودهای ممکن^۶ را یکی از مفاهیم عمده در نظریه‌های شناختی معاصر برای خودشناسی و خودتنظیمی معرفی می‌کند و آن را نه تنها یک منبع تسهیل‌گر تغییر فردی می‌شناسد، بلکه از آن به عنوان نوعی بازنمایی شناختی از هدف نهایی تغییر یاد می‌کند. او خودهای ممکن را بازنمایی شناختی نسخه‌های جایگزین خود، و زیرمجموعه‌ای از خود معیارها

1. self
2. positive regard
3. dual system models of attitudes

4. social cognition
5. self-image
6. possible selves

می‌داند که یکی از مؤلفه‌های فرایند خودتنظیمی محسوب می‌شود و در تغییر رفتار نقش مهمی ایفا می‌کند (باک، ۲۰۱۵). از نظر مارکوس و نوریوس (۱۹۸۶) خودهای ممکن جنبه موقتی خودپنداره و مبنای خودشناسی هستند، آنچه فرد برای آن تلاش می‌کند و آنچه از آن نگران است و می‌کوشد از آن اجتناب کند؛ ماهیت و پیچیدگی خودهای ممکن هر فرد، منبع مهمی از تفاوت‌های فردی است، بنابراین خودهای ممکن در تنظیم هدف و انگیزه نقش مهمی دارند (مولینا، اشمیت و رایموندی، ۲۰۱۷). از نظر لیوندی و گونیدا (۲۰۰۸) خودهای ممکن به رفتار فعلی، مثبت یا منفی معنا می‌دهند، جهت‌گیری فعالیت‌های فعلی را تحت تأثیر قرار داده و فرد را قادر می‌سازد تا با نگرانی درباره اموراتش، توجه خود را بر افکار خاص و مربوط به وظیفه متمرکز و اقداماتش را سازماندهی کند.

خودهای ممکن به عنوان سازوکاری برای گسترش هویت هستند (دست‌گشاده، ۲۰۱۸). انسجام خود در سطح درون‌فردی نقشی هماهنگ‌کننده ایفا کرده و با پردازش اطلاعات مختلف مرتبط با خود فرد، موجب انسجام در سطح نظام روان‌شناختی می‌شود و از این طریق می‌تواند بر شکل‌گیری ویژگی‌های روانی- اجتماعی و هویت اجتماعی مؤثر باشد (آیمگانیتووا، تولگنووا، نوریشوا، سیرگاکباوا، موسیکینا و همکاران، ۲۰۱۶). انسجام خود در قالب ساختار شخصیتی است که به فرد این امکان را می‌دهد که به واسطه درک توانمندی‌های خود، افکار و احساساتش را سازمان دهد و مناسب‌ترین فعالیت‌ها را برای رسیدن به نتایج مطلوب شناسایی و انتخاب کند (آکین، دمیرسی، ییلدیز، توران و اوزکان، ۲۰۱۳).

پژوهشگران بسیاری در حیطه رابطه خودهای ممکن و دیگر متغیرهای روان‌شناختی مطالعه کرده‌اند و اغلب نتایج حاکی از وجود ارتباط معنادار بین ناهمخوانی خودها، رفتارهای پرخطر (ویسرمن و مارکوس، ۱۹۹۰؛ پیرس، اشمیت و استودارد، ۲۰۱۵)، سوءمصرف مواد، مصرف الکل (لی، کورته، استین، پارک، فینگان و همکاران، ۲۰۱۵)، عدم رضایت از زندگی و بروز طلاق (صادقی، هاشمی گشنیگانی و فلاح‌زاده، ۱۳۹۴)، احساسات و عواطف منفی (سان و گو، ۲۰۱۴)، کاهش اعتماد به نفس (دی بلاس و کپلارو، ۲۰۱۷)، افسردگی، اضطراب (فیلیپس و سیلویا، ۲۰۱۰؛ یانگ، ۲۰۱۰؛ هولمبرگ، ۲۰۱۴؛ مرادطلب و جعفری، ۱۳۹۴)، هراس اجتماعی (پیرس، اشمیت و استودارد، ۲۰۱۵) و حل مسئله غیر انطباقی (سپیده دم، ۱۳۹۸) بوده است. شواهدی مبنی بر ارتباط بین عدم توازن خودها با سبک فرزندپروری والدین و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بروز اختلال‌های خلقی (جعفری، برهون و قمری، ۱۳۹۴)، هم‌زمانی نقش‌های متعدد (زن، مادر و نقش‌های دیگر) فردی، خانوادگی، و اجتماعی (هولمبرگ، ۲۰۱۴)، وجود رفتارهای غالبی و مقایسه‌های اجتماعی، حضور در رسانه جهانی، درگیری مد و لباس، (سان و گو، ۲۰۱۴)، سطح

پایین زندگی، پایگاه اقتصادی اجتماعی نازل، ننگ اجتماعی ناشی از عضویت در گروه‌های خاص (اویسرمن و فیشر، ۲۰۱۸)، و نیز ارتباط بین خودهای متوازن و بهترین خود ممکن با روان‌شناسی مثبت، سلامتی، بهزیستی، رضایت و شادکامی، خودکنترلی و درمان آسیب‌های روان‌شناختی (لاودی، لاول و جونز، ۲۰۱۶)، سازگاری روان‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی دانشجویان (یانگ، ۲۰۱۰)، بهزیستی روانی، خودتنظیمی و تغییرات مثبت رفتاری (باک، ۲۰۱۴؛ ۲۰۱۵)، توانایی شناختی و حل مسئله انطباقی (سپیده دم، ۱۳۹۸) مرتبط بود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میزان ناهمخوانی خودهای ممکن در نوجوانی بیش از سایر دوران‌های زندگی، مانند کودکی و میانسالی است و افراد در بزرگسالی خود یکپارچه‌تری دارند. طبق نظریه ناهمخوانی خود هیگینز (۱۹۸۷)، خودهای ممکن موجب ناهماهنگی‌هایی بین حس فعلی خود فرد (خود واقعی) و خودهای آینده (خود آرمانی) می‌شود که منجر به تنش و اضطراب گشته و فرد را برای کاهش ناهمخوانی ایجاد شده، ترغیب به تنظیم رفتار می‌کند. البته از دیدگاه هیگینز (۱۹۸۷) این فرایند همیشه نمی‌تواند به صورت هوشیارانه به کار رود و قسمتی از آن در نیمه هشیار صورت می‌گیرد. اخیراً نظریه‌های خود، توجه ویژه‌ای بر مفهوم پویای خود و هویت داشته که در آن مفهوم ایستا و پایدار خود، با یک نظام خود فعال و پویا جایگزین شده است. این تغییر تمرکز، ناشی از وجود و ارائه برخی سازوکارهای مرتبط با خود، با تأکید بر ارتباط بین خود و عمل است (دست‌گشاده، ۲۰۱۸). جالب است که به تازگی از مبحث توازن خودهای ممکن در مداخلات روان‌درمانی استفاده می‌شود (باک، ۲۰۱۵؛ لاودی و همکاران، ۲۰۱۶).

در زمینه خودهای ممکن مقیاس‌های مختلفی برای مطالعه این متغیر طراحی کرده‌اند اما در مجموع معیاری که شواهد تجربی کافی و محتوای نظری پژوهش‌های این حوزه را با یکدیگر ترکیب کند، وجود ندارد. یکی از معروف‌ترین مقیاس‌های خودهای ممکن، پرسشنامه بازپاسخ اویسرمن (۲۰۰۴) است که به‌سختی می‌توان آن را به‌طور مطمئن و قابل اعتماد نمره‌گذاری کرد و فرایندهای نمره‌گذاری دشواری را در بردارد (لی، ۲۰۱۳). جی ایون لی (۲۰۱۳)، در مطالعه خود یک مقیاس بسته‌پاسخ به نام «خودهای ممکن تحصیلی پایدار نوجوانان» ساخت که خودهای ممکن در حوزه تحصیلی را می‌سنجید و روایی و پایایی آن ضمن استفاده از پرسشنامه اویسرمن (۲۰۰۴) و انطباق با محتوای آن تأیید شد. مقیاس ارزیابی خودهای ممکن نوجوانان دبیرستانی نیز توسط مولینا، اشمیت و رایموندی (۲۰۱۷) ساخته شده است. با توجه به اهمیت و ضرورت بررسی وضعیت خودهای ممکن در تحلیل روان‌شناختی افراد از یک‌سو، و عدم وجود یک پرسشنامه هنجاریابی شده فارسی خودهای ممکن در دانش‌آموزان، پژوهش حاضر اقدام به بررسی پیشینه این متغیر در منابع خارجی نمود. پرسشنامه توازن خودهای ممکن، از مفاهیم موجود در

نظریه خودهای ممکن، نظریه هویت فردی و اجتماعی و نظریه شناخت اجتماعی بهره برده است. پژوهشگران در مطالعه حاضر بر اساس مؤلفه‌های اهداف، وظایف و نگرانی‌های خودهای ممکن، بررسی خود را گسترش دادند و سعی بر آن داشتند که توازن خودها را در اغلب بسترهای مهم زندگی فرد در حال و آینده تحلیل نمایند. از این‌رو هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به سؤال‌های زیر بود:

۱. آیا پرسشنامه توازن خودهای ممکن برای سنجش خصیصه خودهای ممکن در دانش‌آموزان، ابزاری روا است؟
۲. آیا پرسشنامه توازن خودهای ممکن برای سنجش خصیصه خودهای ممکن، ابزاری پایا است؟

روش

طرح پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع پژوهش کاربردی، و به لحاظ روش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان مقطع اول متوسطه شهر تهران به تعداد ۲۴۳۵۳۴ نفر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. پژوهش با هدف ساخت و اعتباریابی پرسشنامه توازن خودها در میان دانش‌آموزان متوسطه اول شهر تهران انجام شد. کورمی و لی (۲۰۱۶) نمونه‌ای با حجم ۳۰۰ نفر را برای تحلیل عاملی در سطح خوب و ۵۰۰ نفر را در سطح بسیار خوب می‌دانند. بر این اساس حجم نمونه ۴۲۱ نفر تعیین شد که از دانش‌آموزان متوسطه اول (۲۰۷ دختر و ۲۱۴ پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند؛ بدین صورت که ابتدا ۵ منطقه ۱، ۴، ۵، ۱۲ و ۱۶ از میان مناطق آموزش و پرورش شهر تهران، در مرحله دوم از منطقه ۱ مدرسه دخترانه عصمت و مدرسه پسرانه امام صادق، از منطقه ۴ مدرسه دخترانه امام رضا و مدرسه پسرانه کمیل، از منطقه ۵ مدرسه دخترانه جواد الائمه و مدرسه پسرانه بهنام، از منطقه ۱۲ مدرسه دخترانه محمدرضا کارگری و مدرسه پسرانه علامه طباطبایی و از منطقه ۱۶ مدرسه دخترانه شهید طهماسبی و مدرسه پسرانه زکریای رازی و در مرحله آخر از هر مدرسه سه پایه هفتم، هشتم و نهم به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد ذیل بود:

رضایت آموذنی برای ورود به پژوهش، اشتغال در مدارس دولتی به دلیل اینکه ممکن بود تفاوت‌هایی در خودهای ممکن دانش‌آموزان مدارس دولتی و غیردولتی مشاهده می‌شد؛ همچنین نبودن نیمسال مشروط در کارنامه دانش‌آموز به دلیل اینکه ممکن است بر وضعیت روانی و کارآمدی دانش‌آموز تأثیرگذار بوده باشد. معیارهای خروج از پژوهش شامل معلولیت‌ها و

بیماری‌های جسمانی مزمن، بیماری‌های شدید روانی، دریافت روان‌درمانی یا دارو در طول سال گذشته به دلیل شرایط روانی- اجتماعی متفاوت از دانش‌آموزان سالم بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه توازن خودهای ممکن. این ابزار با توجه به ضرورت ارزیابی و شناخت خودهای ممکن دانش‌آموزان و تأثیر آن در نحوه هدف‌گذاری آن‌ها برای آینده، و نیز به عنوان ابزار تشخیصی در مصاحبه‌ها و مشاوره‌های انگیزشی برای مشاوران تربیتی و تحصیلی مؤسسات آموزشی طراحی شد. برای ساخت پرسشنامه بعد از بررسی مبانی نظری موجود در حوزه خودهای ممکن از جمله اویسرمن (۲۰۰۹)، اویسرمن و مارکوس (۱۹۹۰)، باک (۲۰۱۴، ۲۰۱۵)، مارکوس و نوریوس (۱۹۸۶، ۱۹۸۷)، هاردین (۲۰۰۵، ۲۰۰۹)، هیگینز (۱۹۸۷، ۱۹۹۶) در مورد انواع خودهای ممکن و توازن یا ناهمخوانی خودها، با مطالعه نمونه پرسشنامه‌های بازپاسخ اویسرمن (۲۰۰۴) و پرسشنامه تحصیلی دانشجویان یانگ (۲۰۱۰)، پرسشنامه بسته‌پاسخ لی (۲۰۱۳) به نام «خودهای ممکن تحصیلی پایدار نوجوانان»، در نهایت نظریه هیگینز (۱۹۸۷؛ ۱۹۹۶) به عنوان مبنای نظری آزمون تعیین، و با در نظر گرفتن عدم وجود مقیاس ایرانی خودهای ممکن و توازن آن‌ها، اقدام به طراحی این ابزار جهت بررسی توازن خودهای ممکن در دانش‌آموزان شد. جهت تدوین گویه‌های پرسشنامه و تعیین حوزه‌ها و ابعاد خودهای ممکن، در مرحله مقدماتی شش گویه بازپاسخ با محتوای اهداف، وظایف، نگرانی‌ها و نقاط قوت و ضعف مهم هر فرد تنظیم شد و در اختیار نمونه اولیه شامل ۱۶ پاسخگوی در دسترس پایه‌های هفتم، هشتم و نهم قرار گرفت. پاسخ‌ها دسته‌بندی و کدگذاری شدند و بر اساس پاسخ‌های مشترک دارای بیشترین فراوانی، به تبعیت از نظریه هیگینز (۱۹۸۷ و ۱۹۹۶) مارکوس و نوریوس (۱۹۸۶ و ۱۹۸۷) و اویسرمن و مارکوس (۱۹۹۰) و هاردین (۲۰۰۵ و ۲۰۰۹) یک پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای شامل سه حوزه خود: (۱) اهداف مربوط به خود در حال و آینده، (۲) وظایف مربوط به خود در حال و آینده، و (۳) نگرانی‌های مربوط به خود در مورد دستیابی به اهداف فردی طراحی شد. تعداد سؤالات هر حوزه ۱۲ گویه بود. گویه‌های هر حوزه درباره ابعاد زیستی «خود» در زمینه‌های: سلامت جسمی و روانی، پیشرفت تحصیلی، یادگیری و انجام فعالیت‌های هنری، شغل، وضعیت مالی، ارتباط با خدا و اعتقادات مذهبی، حمایت از خانواده، رابطه با دوستان و یاری آنان، کمک به افراد جامعه و نیازمندان، مفید بودن برای جامعه، و تشکیل خانواده، تدوین گردید. ملاک پاسخگویی به گویه‌های مقیاس پنج‌ارزشی لیکرت از خیلی کم= ۱، کم= ۲، متوسط= ۳، زیاد= ۴ تا خیلی زیاد= ۵ بود. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه خودهای ممکن، به این صورت است که نمره‌های هر حوزه با

هم جمع و بر عدد سه تقسیم می‌شوند. عدد حاصل، نمره توازن خودهای ممکن فرد محسوب می‌شود. نمره‌های بالاتر نشانه توازن بالاتر و نمره‌های پایین‌تر نشانه توازن پایین‌تر است. در مرحله ارزیابی اولیه، پرسشنامه در یک نمونه ۷۰ نفری از دانش‌آموزان متوسطه اول (۳۵ دختر و ۳۵ پسر) طی یک هفته اجرا شد و اصلاح گویه‌ها و رفع ابهام واژگان صورت گرفت؛ سپس ضرورت هر گویه با تعیین نسبت روایی محتوا^۱ برای ارزیابی کمی روایی و نیز اطمینان یافتن از این که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب شده است، مورد بررسی واقع شد؛ همچنین شاخص روایی محتوا^۲ برای حصول اطمینان از این که گویه‌های ابزار به بهترین نحو جهت سنجش محتوا طراحی شده‌اند، ارزیابی شد. به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی قرار گرفت و جهت محاسبه نسبت روایی از ایشان خواسته شد تا به هر یک از ۳۶ گویه ابزار به صورت «ضروری است»، «ضروری نیست ولی مفید است» و «ضرورت ندارد» پاسخ داده و برای محاسبه شاخص روایی محتوا با عبارت‌های «غیر مرتبط»، «تأحدودی مرتبط» و «مرتبط» پاسخ دهند. محاسبه شاخص‌های مذکور نشان داد که نسبت روایی محتوای به دست آمده در تمام گویه‌ها از نسبت روایی محتوای مذکور در جدول لاوشه ۱۹۷۵ برای ۱۰ نفر هیئت ارزیابی متخصصان که ۰/۶۲ ذکر شده است، بالاتر بود. همین‌طور میانگین شاخص روایی محتوای به دست آمده در همه گویه‌ها، بر اساس نمره شاخص روایی محتوای جدول مذکور، بالاتر از ۰/۷۹ بود (حاجی‌زاده، ۱۳۹۰). به این ترتیب روایی محتوایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ گویه‌های مربوط به حوزه‌های اهداف، وظایف، نگرانی‌ها و کل گویه‌ها به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ به دست آمد.

شیوه اجرا

نسخه نهایی پرسشنامه بر روی نمونه اصلی شامل ۴۲۱ دانش‌آموز مدارس دولتی پسرانه و دخترانه متوسطه اول ۵ منطقه مختلف تهران، در مدت یک ماه و در ساعات اولیه صبح اجرا و تکمیل شد. به منظور ارزیابی ساختار عاملی پرسشنامه توازن خود، تحلیل عاملی تأییدی با به کارگیری نرم‌افزار ایموس^۳ ۱۸ و برآورد بیشینه احتمال^۴ به کار گرفته شد. تحلیل برای هر یک از حوزه‌های پرسشنامه به صورت مجزا انجام شد و تمام گویه‌های پرسشنامه را در بر گرفت.

1. content validity ratio (CVR)

2. content validity index (CVI)

3. AMOS

4. Maximum Likelihood

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۲۱ دانش‌آموز متوسطه اول شامل ۲۰۷ (۴۹/۲ درصد) شرکت‌کننده دختر و ۲۱۴ (۵۰/۸ درصد) پسر حضور داشتند که ۷۷ نفر (۱۸/۳ درصد) آن‌ها ۱۲ سال، ۱۳۹ نفر (۳۳/۰ درصد) ۱۳ سال، ۱۱۲ نفر (۲۶/۶ درصد) ۱۴ سال، ۷۶ نفر (۱۸/۱ درصد) ۱۵ سال و ۳ نفر (۰/۷ درصد) ۱۶ سال داشتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کننده‌ها به ترتیب ۱۳/۴۸ و ۱/۰۲ بود و ۱۳۷ نفر از شرکت‌کنندگان (۳۲/۵ درصد) در پایه هفتم، ۱۳۳ نفر (۳۱/۷ درصد) در پایه هشتم و ۱۳۷ نفر (۳۲/۵ درصد) در پایه نهم مشغول به تحصیل بودند. ۱۴ نفر از شرکت‌کننده‌ها پایه تحصیلی خود را تعیین نکرده بودند.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی هر یک از گویه‌های پرسشنامه
توازن خود به تفکیک حوزه

اهداف	وظایف	نگرانی‌ها				
شماره گویه	میانگین (انحراف معیار)	چولگی (کشیدگی)	میانگین (انحراف معیار)	چولگی (کشیدگی)	میانگین (انحراف معیار)	چولگی (کشیدگی)
۱	۳/۳۶ (۱/۰۳)	-۰/۹۰	۴/۳۱ (۰/۹۳)	-۱/۴۵ (۱/۸۶)	۳/۸۸ (۱/۲۶)	-۰/۹۵ (-۰/۱۶)
۲	۳/۶۴ (۰/۶۶)	-۱/۰۴	۴/۱۶ (۱/۱۶)	-۱/۳۳ (۱/۲۸)	۳/۵۵ (۱/۳۵)	-۰/۶۰ (-۰/۸۴)
۳	۴/۴۶ (۱/۰۷)	۱/۱۷	۳/۴۲ (۰/۸۹)	-۱/۷۶ (۱/۱۵)	۳/۱۱ (۱/۴۱)	-۰/۰۸ (-۱/۲۵)
۴	۴/۲۹ (۱/۰۲)	-۰/۶۵	۴/۲۴ (۰/۹۵)	-۱/۱۹ (۰/۹۵)	۴/۱۳ (۱/۱۹)	-۱/۲۳ (۰/۴۷)
۵	۳/۸۰ (۱/۱۹)	۰/۷۴	۳/۳۹ (۰/۸۴)	-۱/۷۶ (۱/۳۳)	۴/۲۸ (۱/۱۵)	-۱/۶۱ (۱/۵۸)
۶	۳/۹۸ (۱/۰۵)	-۰/۹۶	۳/۸۹ (۱/۲۵)	-۰/۹۸ (-۰/۰۶)	۴/۰۱ (۱/۳۲)	-۱/۱۵ (۰/۰۱)
۷	۴/۴۷ (۱/۱۴)	-۱/۱۳	۳/۹۴ (۱/۰۷)	-۰/۸۳ (۰/۰۳)	۲/۶۲ (۱/۵۲)	۰/۳۳ (-۱/۳۹)
۸	۴/۰۳ (۰/۹۸)	-۰/۹۵	۴/۳۹ (۰/۸۸)	-۱/۵۸ (۱/۶۰)	۳/۷۲ (۱/۴۶)	-۰/۷۵ (-۰/۹۱)
۹	۳/۷۶ (۱/۲۱)	-۰/۸۰	۳/۷۲ (۱/۱۹)	-۰/۶۲ (-۰/۶۷)	۴/۲۱ (۱/۲۹)	-۱/۵۰ (۰/۹۰)

ساخت و تحلیل روان‌سنجی پرسشنامه توازن خودهای ممکن در دانش‌آموزان

۰/۷۱	۳/۶۷	-۱/۴۶	۴/۳۲	-۱/۱۵	۳/۴۹	۱۰
(-۰/۹۸)	(۱/۴۵)	(۱/۰۰)	(۰/۸۹)	(۱/۴۵)	(۰/۹۲)	
-۰/۱۱	۳/۰۷	-۱/۳۹	۴/۲۸	-۰/۸۹	۳/۸۲	۱۱
(-۱/۲۶)	(۱/۴۰)	(۱/۱۴)	(۰/۸۷)	(-۰/۴۸)	(۱/۳۸)	
-۱/۰۹	۳/۹۵	-۰/۹۸	۳/۶۶	-۱/۳۸	۴/۶۶	۱۲
(-۰/۱۷)	(۱/۳۷)	(۱/۲۹)	(۰/۷۹)	(۱/۲۵)	(۰/۷۹)	

جدول شماره (۱) نشان می‌دهد در حوزه اهداف پرسشنامه توازن خود، بالاترین میانگین متعلق به گویه ۱۲ (یادگیری و انجام فعالیت‌های هنری) و پایین‌ترین میانگین متعلق به گویه ۱ (حفظ سلامت جسمی و روانی) بود. در حوزه وظایف بالاترین میانگین متعلق به گویه ۸ (مطالعه دروس و انجام تکالیف) و پایین‌ترین میانگین متعلق به گویه ۵ (تلاش برای دستیابی به شغل مناسب آینده) بود و در حوزه نگرانی‌ها بالاترین میانگین متعلق به گویه ۵ (بیماری اعضای خانواده) و پایین‌ترین میانگین متعلق به گویه ۷ (نگرانی نسبت به ازدواج) بود. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که شاخص‌های چولگی و کشیدگی همه گویه تا در محدوده ± 2 بوده و بنابراین توزیع داده‌های مربوط به هر یک از آن‌ها طبیعی بود (تاباچینک و فیدل، ۲۰۱۲).

در این پژوهش برای ارزیابی ساختار عاملی مقیاس توازن خودهای ممکن از روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال^۱ (ML) استفاده شد. به این منظور ساختار عاملی مقیاس در سه شرایط یک‌عاملی، سه‌عاملی و سه‌عاملی سلسله‌مراتبی مورد ارزیابی قرار گرفت. در مدل یک‌عاملی تحلیل تمام گویه‌ها را در بر گرفت و به همه گویه‌ها اجازه داده شد تا تنها بر یک عامل بار عاملی ایجاد کنند. در مدل سه‌عاملی به گویه‌ها اجازه داده شد تا بر سه عامل بار عاملی ایجاد کنند و به عامل‌ها اجازه داده شد تا با یکدیگر همبسته باشند. در مدل سه‌عاملی سلسله‌مراتبی به گویه‌ها اجازه داده شد تا بر سه عامل بار عاملی ایجاد کنند و همین‌طور به عامل‌ها اجازه داده شد تا به عامل کلی‌تر بار عاملی ایجاد کنند. جدول شماره (۲) شاخص‌های برازش مقیاس توازن خودهای ممکن در سه شرایط را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مقیاس توازن خودهای ممکن در سه شرایط

شاخص‌های برازندگی	مدل یک عاملی	مدل دو عاملی	مدل سه عاملی سلسله‌مراتبی	نقاط برش
مجذور کای ^۲	۱۴۹۶/۹۰	۱۲۶۴/۷۵	۱۱۰۷/۰۴	-

درجه آزادی الگو	۵۹۴	۵۹۱	۵۹۲	-
مجذور کای هنجار شده	۲/۵۲	۲/۱۴	۱/۸۷	کمتر از ۳
شاخص نکویی برازش ^۱	۰/۸۷۵	۰/۸۹۱	۰/۹۰۷	۰/۹۰ >
شاخص نکویی برازش تطبیقی ^۲	۰/۸۳۲	۰/۸۳۷	۰/۸۵۴	۰/۸۵۰ >
شاخص نکویی تطبیقی ^۳	۰/۸۹۱	۰/۹۰۳	۰/۹۱۴	۰/۹۰ >
ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب ^۴	۰/۰۸۸	۰/۰۸۳	۰/۰۷۶	۰/۰۸ <

تحلیل انجام شد و همچنان که نتایج جدول فوق نشان می دهد به استثنای دو شاخص ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب و مجذور کای هنجار شده، دیگر شاخص های برازندگی از برازش قابل قبول مدل یک عاملی با داده های گردآوری شده حمایت نمی کنند. جدول شماره (۲) نشان می دهد که به استثنای شاخص های نکویی برازش و شاخص نکویی برازش تطبیقی دیگر شاخص های برازندگی از برازش قابل قبول مدل سه عاملی مقیاس توازن خودهای ممکن حمایت می کنند. در نهایت جدول شماره (۲) نشان می دهد که همه شاخص های برازندگی از برازش قابل قبول مدل سه عاملی سلسله مراتبی مقیاس توازن خودهای ممکن حمایت می کنند. براین اساس می توان گفت در مقایسه با دو مدل دیگر، مدل سه عاملی سلسله مراتبی مقیاس توازن خودهای ممکن برازش بهتری با داده های گردآوری شده دارد. جدول شماره (۳) برآورد بارهای عاملی هر یک از گویه های مقیاس توازن خودهای ممکن را نشان می دهد.

جدول ۳. برآورد بارهای عاملی هر یک از گویه های مقیاس توازن خودهای ممکن

سطح تحلیل	گویه	اهداف		گویه	وظایف		گویه	نگرانی‌ها	
		t	β		t	β		t	β
تحلیل مرتبه اول	۱	۰/۴۸۰		۱۳	۰/۶۲۶		۲۵	۰/۳۳۷	
	۲	۰/۳۸۳	۱۲**	۱۴	۰/۶۸۴	۱۱/۳۴**	۲۶	۰/۴۳۸	۵۸**
	۳	۰/۳۲۶	۷۸**	۱۵	۰/۶۳۳	۱۱/۲۷**	۲۷	۰/۴۵۳	۶۴**
			۵					۵	

1. goodness of fit index (GFI)

2. adjusted goodness of fit index (AGFI)

3. comparative fit index (CFI)

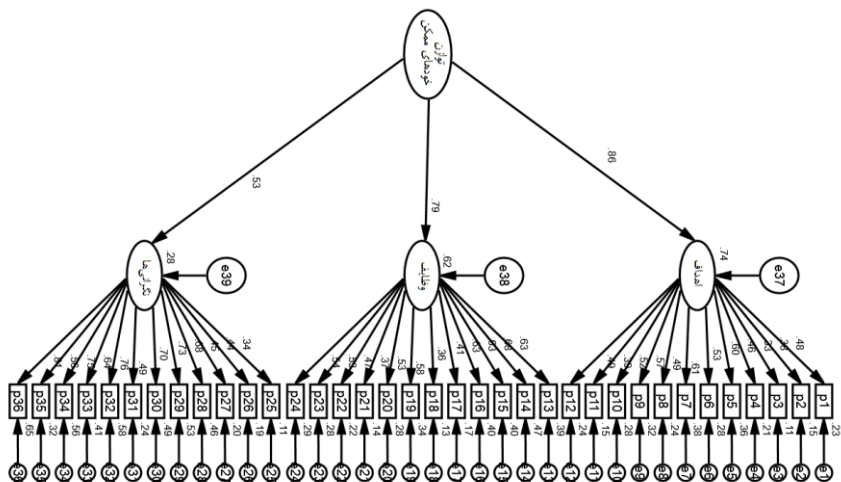
4. root mean square error of approximation (RMSEA)

ساخت و تحلیل روان‌سنجی پرسشنامه توازن خودهای ممکن در دانش‌آموزان

۴۵** ۶	۰/۶۸۲	۲۸	۱۰/۶۵**	۰/۶۳۰	۱۶	۳۶** ۷	۰/۴۵۹	۴
۵۳** ۶	۰/۷۲۸	۲۹	۷/۳۲**	۰/۴۰۸	۱۷	۴۳** ۸	۰/۶۰۲	۵
۳۸** ۶	۰/۶۹۷	۳۰	۶/۶۹**	۰/۳۶۴	۱۸	۷۸** ۷	۰/۵۳۲	۶
۶۹** ۵	۰/۴۹۰	۳۱	۹/۹۱**	۰/۵۸۲	۱۹	۶۹** ۸	۰/۶۱۴	۷
۶/۶۴**	۰/۷۵۹	۳۲	۹/۳۶**	۰/۵۲۸	۲۰	۵۶** ۷	۰/۴۸۷	۸
۳۳** ۶	۰/۶۴۱	۳۳	۶/۷۴**	۰/۳۶۹	۲۱	۳۴** ۸	۰/۵۶۸	۹
۶/۶۷**	۰/۷۵۰	۳۴	۸/۳۶**	۰/۴۷۲	۲۲	۴۱** ۸	۰/۵۲۵	۱۰
۱۱** ۶	۰/۵۶۲	۳۵	۹/۲۲**	۰/۵۲۸	۲۳	۶/۷۶**	۰/۳۸۹	۱۱
۵۴** ۶	۰/۸۰۶	۳۶	۹/۱۶**	۰/۵۳۹	۲۴	۱۵** ۶	۰/۴۹۴	۱۲
۶۹** ۷	۰/۵۳۲		۱۳/۰۸**	۰/۷۸۸		۱۴** ۹	۰/۸۶۱	مرتبه دوم

جدول شماره (۳) نشان می‌دهد در حوزه اهداف بالاترین بارعاملی متعلق به گویه ۷ ($\beta=0/614$) (حمایت از خانواده) و پایین‌ترین بارعاملی متعلق به گویه ۳ ($\beta=0/326$) (یافتن شغل مناسب) بود. در حوزه وظایف بالاترین بارعاملی متعلق به گویه ۱۴ ($\beta=0/684$) (فرد مفید بودن برای جامعه) و پایین‌ترین بارعاملی متعلق به گویه ۱۸ ($\beta=0/364$) (یادگیری مهارت‌های زندگی مشترک) بود. در حوزه نگرانی‌ها بالاترین بارعاملی متعلق به گویه ۳۶ ($\beta=0/806$) (عدم توانایی کمک به خانواده) و پایین‌ترین بارعاملی متعلق به گویه ۲۵ ($\beta=0/337$) (نگران بیمار شدن خود) بود. بدین ترتیب در هر سه حوزه پرسشنامه توازن خود بارعاملی همه گویه‌ها بالاتر از ۰/۳۲ بود. در مرتبه دوم تحلیل، بارهای عاملی مربوط به حوزه‌های اهداف، وظائف و نگرانی‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۶۱، ۰/۷۸۸ و ۰/۵۳۲ بود که می‌توان گفت بار عاملی قوی بر عام کلی‌تر ایجاد نمودند. بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که همه گویه‌ها از توان لازم برای سنجش حوزه‌های

سه‌گانه توازن خود برخوردارند. شکل ۱ الگوی اندازه‌گیری مرتبه دوم پرسشنامه یکپارچه توازن خود را با استفاده از اطلاعات مربوط به گویه‌های تلفیق شده نشان می‌دهد.



شکل ۱. الگوی اندازه‌گیری مرتبه دوم پرسشنامه یکپارچه توازن خود با استفاده از اطلاعات مربوط به گویه‌های تلفیق شده

به‌منظور ارزیابی همسانی درونی گویه‌های هر یک از حوزه‌های پرسشنامه توازن خود، ضریب آلفای کرونباخ هر یک از آن‌ها محاسبه شد که نتایج در جدول شماره (۶) قابل مشاهده است.

جدول ۶. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی هر یک از حوزه‌های

پرسشنامه توازن خود

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. اهداف	-			
۲. وظایف	۰/۷۰۱**	-		
۳. نگرانی‌ها	۰/۳۴۶**	۰/۲۸۵**	-	
۴. نمره کل	۰/۸۰۳**	۰/۷۶۶**	۰/۷۸۵**	-
میانگین	۵۰/۷۶	۵۰/۶۷	۴۴/۱۸	۱۴۵/۶۱
انحراف معیار	۷/۰۰	۶/۷۶	۱۹/۲۸	۱۹/۲۸
آلفای کرونباخ	۰/۷۹	۰/۸۲	۰/۸۸	۰/۸۷

جدول ۶ نشان می‌دهد هر یک از خرده متغیرهای اهداف ($P=0/001$)، وظایف ($P=0/001$) و نگرانی‌ها ($P=0/001$) با نمره کل آزمون همبستگی مثبت داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی مرتبه دوم نشان داد که پرسشنامه دارای سه عامل اصلی به نام‌های اهداف، وظایف و نگرانی‌ها در حوزه خودهای ممکن است که با خودهای ممکن آرمانی، بایدی و نامطلوب (نگران) هیگینز (۱۹۸۷؛ ۱۹۹۶) و لیوندرو و گونیدا (۲۰۰۸) انطباق دارد. ضرایب همبستگی حوزه‌های سه‌گانه توازن خود با یکدیگر و نمره کل مثبت و در سطح $0/01$ معنادار بود و این یافته بیان‌گر ضرایب همبستگی درونی مطلوب پرسشنامه توازن خود است. میزان ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها بیان‌گر ثبات نمره‌های پرسشنامه توازن خودهای ممکن در طی زمان بود. به‌طور کلی نتایج پژوهش مشخص کرد که پرسشنامه توازن خودهای ممکن در میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه ایرانی دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مقبولی است و می‌توان در پژوهش‌ها از آن استفاده کرد.

در این راستا، مولینا، اشمیت و رایموندی (۲۰۱۷) در ساخت مقیاس ارزیابی خودهای ممکن نوجوانان دبیرستانی همت گماشتند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها نشان داد که مقیاس از ویژگی‌های روان‌سنجی کافی برای نوجوانان آرژانتینی برخوردار است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ساختاری ۵ عاملی مطابق با مبانی نظری را نشان داد، روایی محتوای ابزار توسط نظر متخصصان تأیید شد و این ابزار دارای روایی همگرا و همسانی درونی مناسب بود. دست‌گشاده (۲۰۱۸) الگویی از خودهای ممکن برای معلمان زبان انگلیسی در ایران ساخت و در مطالعه خویش، به کارگیری راهبردهای خودتنظیمی را به عنوان راهکار مقابله‌ای و عملی برای از بین بردن ناهمخوانی بین خود واقعی و خود آرمانی مطرح کرد. الگوی مدنظر وی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی مرتبه دوم مورد تأیید قرار گرفت و خودهای ممکن معلمان به چهار نوع خودهای واقعی، آرمانی، بایدی و نامطلوب (نگران) تقسیم شد.

هاردین (۲۰۰۲) شاخص یکپارچه ناهمخوانی خود را بر اساس نظریه هیگینز (۱۹۸۷) با شش زیرمقیاس ناهمخوانی‌های: خود واقعی/آرمانی شخصی، خود واقعی/بایدی شخصی، خود واقعی/نامطلوب شخصی، خود واقعی/آرمانی دیگران، خود واقعی/بایدی دیگران و خود واقعی/نامطلوب دیگران ساخت. هاردین و لیونگ (۲۰۰۵) روایی زیرمقیاس‌ها را در نژادها و ملیت‌های مختلف، از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. این آزمون توسط میرزا حسینی (۱۳۸۷) روی ۲۵۰ دانشجوی دارای هراس اجتماعی اجرا و برای محاسبه روایی آن از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد.

مطابق نتایج این تحلیل، خرده مقیاس‌های: ناهمخوانی خود واقعی/ آرمانی شخصی، خود واقعی/ بایندی شخصی، خود واقعی/ آرمانی دیگران و خود واقعی/ بایندی دیگران در یک عامل قرار گرفته شد که دارای مقدار ویژه $2/804$ و واریانس تبیین شده $46/725$ بود و زیرمقیاس‌های: ناهمخوانی خود واقعی/ نامطلوب شخصی و خود واقعی/ نامطلوب دیگران در عامل دوم قرار گرفتند که دارای مقدار ویژه $1/277$ بود و مقدار $21/292$ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کرد (میرزاحسینی، ۱۳۸۷).

در تبیین نتایج به دست آمده باید گفت خودپنداره، الگویی سازمان یافته و پایدار از ادراکات را بیان می‌کند که با تجربه فرد و تفسیر دیگران از آن تجربه شکل می‌گیرد و متحول می‌شود (حسینی یزدی، مشهدی، کیمیایی و عاصمی، ۱۳۹۴). هیگینز (۱۹۹۶) در «نظریه ناهمخوانی خود» بر اثرات عدم توازن وجوه مختلف خود در کنترل رفتار و هیجانات تأکید نموده است. وی معتقد است سه حوزه اساسی خود وجود دارد: خود واقعی که معرف فرد از صفاتی است که خودش یا دیگران مهم معتقد هستند که او دارد، خود آرمانی که امیدها، تمایلات و آرزوهای فردی را بازتاب می‌دهد و معرف فرد از صفاتی است که خود او یا دیگران مهم دوست دارند که او به‌طور آرمانی داشته باشد، و خود بایندی که حس فرد نسبت به وظایف، اجبارها، مسئولیت‌ها یا تعهداتش بوده و معرف فرد از صفاتی است که خودش یا دیگران مهم معتقد هستند او باید داشته باشد (دست‌گشاده، ۲۰۱۸). هر چه اختلاف بین این دو کمتر باشد فرد از لحاظ روانی در وضع مطلوب‌تری به سر می‌برد. البته بعدها خود نامطلوب شخصی و خود نامطلوب دیگران توسط هاردین (۲۰۰۲) اضافه شد. بر اساس نظر هاردین و لاکین (۲۰۰۹) و یو (۲۰۱۱)، هماهنگی میان خودهای موجود می‌تواند عملکرد شخصی و روابط بین فردی را بهبود بخشد. بدون شک اساسی‌ترین کلید شخصیت و رفتار انسان تصویری است که فرد در ذهن خود از خویشتن دارد. اگر تصویری که نوجوان از خود دارد اصلاح‌پذیر باشد، مسلماً بر شخصیت و رفتار او اثر خواهد گذاشت. تصویری که انسان از خود دارد استعدادهای او را در زمینه‌های گوناگون رقم می‌زند؛ لذا، هرچه تصویر بهتری از خود داشته باشد مؤثرتر و خلاق‌تر خواهد بود (رضاپور میرصالح، ریحانی کیوی، خباز و ابوترابی کاشانی، ۱۳۸۹).

در واقع دو دیدگاه اساسی در مورد خود وجود دارد که تعیین‌کننده قضاوت فرد درباره خودش و بازتابی از نگرش‌ها و ارزش‌های او است. این دو دیدگاه عبارتند از: الف) دیدگاه شخصی فرد درباره خودش، ب) دیدگاه دیگران مهم (مثل دیدگاه مادر، پدر، همسالان، دوستان صمیمی و همسر) درباره او. ناهمخوانی یا عدم انطباق این دیدگاه‌ها مشکلاتی را در درک خویشتن ایجاد می‌کند. خودپنداری یکی از مؤلفه‌های مهم شناخت اجتماعی است که در کنترل و تنظیم

هیجانات و رفتار نقش میانجی ایفا می‌کند. این نقش از طریق توازن بین وجوه مختلف خود که واکنش‌های هیجانی و عاطفی را در پی دارد، میسر می‌شود. توازن بین وجوه مختلف خود ترس‌ها، انتظارات و امیدها و آرزوهای افراد را در یک راستا قرار می‌دهد. این توازن برانگیزاننده است و به رفتار جهت می‌دهد. مطابق نظریه ناهمخوانی خود، افراد در صورتی برانگیخته می‌شوند که خودپنداره آن‌ها با رهنمودهایی که به لحاظ شخصی به خودشان می‌دهند تطبیق داشته باشد. جیمز اشاره کرده است که معیارهای خود، هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم از طریق «ارزیابی خود» عمل را هدایت می‌کنند و نقش برانگیزاننده دارند (ابوالعالی الحسینی، ۱۳۹۴). خود از کودکی به وجود می‌آید و در نوجوانی تقریباً ثابت است. با این حال رشد شناختی که در طول دوره نوجوانی پدید می‌آید، موجب افزایش توانایی مفهوم‌سازی خود به شکل انتزاعی و چند بعدی می‌شود به گونه‌ای که نوجوان آگاهی بسیاری در مورد خود پیدا می‌کند و با افزایش تمرکز بر خود، دنیای درون خود و افکار و احساسات خویش مواجه می‌شود. در واقع خود به منزله کوشش‌های آگاهانه یا ناآگاهانه فرد برای جستجو و ایجاد توافق میان ادراکات درونی و اطلاعات ورودی است و بر روابط فردی اثر می‌گذارد (آیماگانیتووا و همکاران، ۲۰۱۶). خود واردی است که فرد در ارتباط با خود حس می‌کند و شامل خود مادی و خود اجتماعی است. خود مادی به مواردی مانند بدن، که فرد دارا است اشاره دارد و خود اجتماعی به دیدگاه‌هایی اشاره دارد که فرد در رابطه با نظر دیگران، از خود دارد. بنابر این نوع ادراکی که فرد از خود دارد، بر شیوه عملکرد او مؤثر است (محمودی، ۱۳۹۵). کودک در اواسط کودکی خود را برحسب صفات شخصیت مانند باهوش بودن، خجالتی یا درستکار بودن توصیف می‌کند. تغییر خودپنداره در این دوره، به فرد امکان می‌دهد تا خودهای گذشته، حال و آینده را مرتبط کند (برک، ۲۰۰۱؛ نقل از سید محمدی، ۱۳۹۷). محیط‌های ناامن و تهدیدهای مدام در توازن رابطه متقابل و هدفمند کودک با محیط منجر به شکل‌گیری مشخصه‌های کم‌تر سازش‌یافته در کودک می‌شود و درنهایت تأثیر منفی بر توانمندی کودک در برقراری رابطه با دنیای خارج می‌گذارد (هنرپروان، خاتونی، باقری، نامجو و هارونی‌زاده، ۱۳۹۶). خانواده اولین و مهم‌ترین نظام اجتماعی مؤثر در شکل‌گیری خودپنداره و عزت نفس است. در واقع تعامل‌های اولیه بین والد-فرزند پایه و اساسی را برای رشد حس ارزش‌مندی خود در اوایل کودکی تأمین می‌کند. از اواسط کودکی تا نوجوانی، تحول شناختی منجر به تأثیرات بین‌فردی همسالان بر خودپنداره و عزت‌نفس فرد می‌شود. بهبود مهارت‌های دیدگاه‌پذیری، آگاهی نوجوانان از ارزیابی دیگران را ارتقا می‌بخشد. توانایی نوجوانان برای تشکیل مفاهیم انتزاعی منجر به خودارزیابی‌های کلی‌تر، به جای خودارزیابی‌های غیرانتزاعی‌تر و جزئی‌تر و خودپنداره می‌شود (گارس و روگیثری، ۲۰۱۳).

کودکان توصیفات متضادی را از خود بروز می‌دهند که ناشی از فشارهای اجتماعی برای نشان دادن خودهای متفاوت در رابطه با والدین، خانواده، هم‌کلاسی‌ها، همسالان، و دوستان صمیمی است. در اواسط و اواخر نوجوانی، توانایی تفکر انتزاعی به آن‌ها امکان می‌دهد که صفات گوناگون خود را در یک سیستم منظم و همچنین متمایز از دیگران ترکیب کنند؛ زیرا می‌دانند ویژگی‌های روانی از موقعیتی به موقعیت بعدی تغییر می‌کند. در بررسی نظر نوجوانان نسبت به خودشان، مشاهده می‌شود که عقاید و برنامه‌های پایدار و باثبات را مدنظر قرار می‌دهند و به‌سوی وحدت خود که برای پرورش هویت، حیاتی است پیش می‌روند. به عبارتی چالش نوجوان این است که خودهای متعدد را در هویتی واحد و منسجم ادغام سازد و بر تضادهای درون خود غلبه کند (برک، ۲۰۰۱؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۷؛ اسپاچهوسر، آلماند و اسپوارز، ۲۰۱۷) و این همان مفهوم «توازن خودهای ممکن» است.

براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود از پرسشنامه توازن خودهای ممکن در پژوهش‌های روان‌شناختی و مشاوره با دانش‌آموزان دوره متوسطه جهت ایجاد هماهنگی بین خودهای ممکن واقعی، بایدی، آرمانی و نامطلوب نوجوانان و تبیین اهداف پیش روی آنان استفاده شود. نتایج نشان داد که پرسشنامه ساخته شده در پژوهش حاضر دارای روایی و پایایی مطلوبی است و استفاده از آن برای سنجش توازن خودهای ممکن و بررسی وجود ناهمخوانی خودها در دانش‌آموزان متوسطه پیشنهاد می‌شود. در پژوهش حاضر فقط یک نوع روایی سازه (تحلیل عاملی) سنجیده شده و انواع دیگر روایی، نظیر همگرا و واگرا بر پرسشنامه‌های مشابه یا متفاوت و غیره سنجیده نشده‌است، لذا پیشنهاد می‌شود به جهت بررسی روایی هم‌زمان، از این پرسشنامه در دیگر پژوهش‌ها نیز استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی کامل رعایت شد و به شرکت کنندگان در پژوهش تضمین داده شد که اطلاعات‌شان به‌صورت کامل نزد پژوهشگران محفوظ خواهد ماند. همچنین در ابتدای انجام پژوهش، کلیه اطلاعات در مورد پژوهش در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت تا با آگاهی کامل در پژوهش شرکت کنند.

سپاسگزاری

از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان مدارس عصمت، امام صادق، امام رضا، کمیل، جواد الائمه، بهنام، محمدرضا کارگری، علامه طباطبایی، شهید طهماسبی و زکریای رازی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتري نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد ثبت ۱۱۳۲۰۷۰۲۹۶۲۰۲۶ به تاریخ ۱۳۹۷/۹/۸ است و نویسنده اول وظیفه گردآوری داده‌ها، نوشتار نسخه اولیه مقاله، تدوین، و انتخاب اولیه ابزارهای پژوهش را برعهده داشت و نویسنده دوم و سوم وظیفه نظارت بر پژوهش، تایید ابزارها، ویرایش مقاله، نظارت بر صحت انجام پژوهش، بازنگری مقاله، و اعتبارسنجی پژوهش را برعهده داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

- ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۴). *نظریه‌های جرم‌شناسی و بزهکاری با تأکید بر شناخت اجتماعی*. تهران: نشر ارجمند. [پیوند]
- برک، لورا ای. (۱۳۹۷). روان‌شناسی رشد. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران، ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۱). [پیوند]
- جعفری، اصغر، برهون، مهری، و قمری، محمد. (۱۳۹۴). رابطه سبک‌های فرزندپروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با خودهای ممکن در دانشجویان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳(۱): ۲۹-۴۰. [پیوند]
- حسینی یزدی، عاطفه، مشهدی، علی، کیمیایی، علی، و عاصمی، زهرا. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه مداخله‌ای ویژه کودکان طلاق بر بهبود خود پنداره و تاب‌آوری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۱ پیاپی ۳۳): ۲۱-۷. [پیوند]
- رضاپور میرصالح، یاسر، ریحانی کیوی، شهناز، خباز، محمود، و ابوترابی کاشانی، پریسا. (۱۳۸۹). مقایسه رابطه بین مؤلفه‌های ابزارگری هیجانی و خودپنداره در دانشجویان دختر و پسر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۱ پیاپی ۱۳): ۵۱-۴۰. [پیوند]

- سپیده دم، فاطمه سادات، زارع، حسین، پاشنگ، سارا، ابوالمعالی، خدیجه، و حسین زاده تقوایی، مرجان. (۱۳۹۸). مدل‌یابی معادلات ساختاری اثر پردازش اطلاعات هیجانی بر حل مسئله اجتماعی با میانجگری توازن خود. *مجله شناخت اجتماعی*، ۸ (۱): ۲۴-۹. [پیوند]
- صادقی، منصوره السادات، هاشمی گشنیگانی، رامین، و فلاح‌زاده، هاجر. (۱۳۹۴). مقایسه ناهمخوانی خودها در افراد متقاضی و غیرمتقاضی طلاق. *روان‌شناسی خانواده*، ۲ (۱): ۴۸-۳۹. [پیوند]
- محمدی، طیب، و صابر، سوسن. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای خودپنداره در رابطه بین دلبستگی به والدین و همسالان با رفتارهای جامعه‌پسند. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲ (۳ پیاپی ۴۷): ۵۵۹-۵۶۸. [پیوند]
- محمودی، علی، (۱۳۹۵). پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه در درس ریاضی بر اساس پایگاه اجتماعی اقتصادی خانواده و ارزیابی والدین از استعداد ریاضی فرزندان با میانجگری خودپنداره تحصیلی آنان. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. مرادطلب، شهناز، و جعفری، اصغر. (۱۳۹۴). سبک‌های دلبستگی، خودهای ممکن و افسردگی در دانشجویان دارای شکست عاطفی. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۱۰ (ویژه‌نامه): ۱۴۵۷-۱۴۵۴. [پیوند]
- میرزاحسینی، حسن. (۱۳۸۷). پیش‌بینی بهزیستی در مبتلایان به هراس اجتماعی بر اساس انواع "خود ناهمخوانی". *فصلنامه روان‌شناسی معاصر*، ۳ (۲): ۲۶-۱۵. [پیوند]
- هنرپروران، نازنین، خاتونی، زهرا، باقری، سارا، نامجو، فرهاد، و هارونی‌زاده، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی تحلیل ارتباط محاوره‌ای مادر- کودک بر ایمنی دلبستگی پسرهای ۶ تا ۱۰ سال دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱ (۴ پیاپی ۴۴): ۵۷۸-۵۵۷. [پیوند]
- Aimaganbetova, O., Tolegenova, A., Nuryшева, G., Syrgakbaeva, A., Mussikhina, E., Dzhumagalieva, I., & Aimaganbetov, A. (2016). The impact of "self-knowledge" subject on social-psychological characteristics of pupils' identity. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217: 771-778. [Link]
- Akin, A., Demirci, I., Yildiz, E., Turan, M. E., & Ozcan, M. (2013). The validity and reliability of the Turkish Version of the Integrative Self-knowledge Scale. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84: 177-181. [Link]
- Bak W. (2015). Possible selves: Implications for psychotherapy. *International journal of mental health and addiction*, 13(5): 650-658. [Link]
- Bak, W. (2014). Self-Standards and Self-discrepancies: A structural model of self-knowledge. *Current Psychology*, 33: 155-173. [Link]
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (2016). *A first course in Factor Analysis* (2nd Ed.). Routledge. [Link]
- Dastgoshadeh, A. (2018). Developing a model of teachers' possible selves for the Iranian context. *Journal of teaching language skills*, 37(1): 73-96. [Link]

- De Blas, L., & Cepollaro, A. (2017). Self-esteem and locus of causality as vulnerability factors for the development of actual/ideal self-discrepancies in late childhood. *Psychological topics*, 1: 241-259. [[Link](#)]
- Dunkel, C. S., & Worsley, S. K. (2016). Does identity continuity promote personality stability? *Journal of Research in Personality*, 65: 11-15. [[Link](#)]
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2013). Peer attachment and self-esteem: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5): 559-568. [[Link](#)]
- Hardin, E. E. & Lakin, J. L. (2009). The integrated self-discrepancy index: A reliable and valid measure of self-discrepancies. *Journal of Personality Assessment*, 91: 245-253. [[Link](#)]
- Hardin, E. E. (2002). Depression and social anxiety among Asian and European Americans: the roles of self- discrepancy, optimism, and pessimism. Doctoral dissertation, Doctoral Dissertation, Ohio State University. [[Link](#)]
- Hardin, E. E., & Leong, F. T. (2005). Optimism and pessimism as mediators of the relations between self-discrepancies and distress among Asian and European Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 25-35. [[Link](#)]
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94: 319-340. [[Link](#)]
- Higgins, E. T. (1996). The "self-digest": Self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: 1062-1083. [[Link](#)]
- Hogg, M. A., & Rinella, M. J. (2018). Social identities and shared realities. *Current Opinion in Psychology*, 23: 6-10. [[Link](#)]
- Holmberg, M. A. (2014). *Extending self-discrepancy theory to the social role of mother*. Master of Arts dissertation, Northern Illinois University. [[Link](#)]
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th Ed.). New York & London: Guilford press. [[Link](#)]
- Lee, C. K., Corte, C., Stein, K. F., Park, C. G., Finnegan, L. & McCreary, L. L. Prospective effect of possible selves on alcohol consumption in adolescents. *Research in nursing & health*, 38(1): 71-81. [[Link](#)]
- Lee, J. E. (2013). *The validation study of the persistent academic possible selves scale for adolescents*. Doctoral dissertation, Arizona state university. [[Link](#)]
- Leondari, A., & Gonida, E. (2008). Adolescents' possible selves, achievement goal orientations, and academic achievement. *Hellenic Journal of Psychology*, 5: 179-198. [[Link](#)]
- Loveday, P. M., Lovell, G. P., & Jones, C. M. (2018). The best possible selves' intervention: a review of the literature to evaluate efficacy and guide future research. *Journal of Happiness Studies*, 19(2):607-628. [[Link](#)]

- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9): 954-969. [[Link](#)]
- Markus, H., & Nurius, P. (1987). Possible selves: The interface between motivation and the self-concept. In K. Yardley & T. Honess (Eds.), *Self and identity: Psychosocial perspectives* (pp. 157-173). Chichester/New York: Wiley & Sons. [[Link](#)]
- Mead, A. W., & Kroustalis, C. M. (2005). *Problems of item parceling with CFA tests of measurement invariance*. Paper presented at the 20th Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, Los Angeles, CA. [[Link](#)]
- Merry, M. S. (2010). Identity. In P. Peterson, E. Baker, & B. McGaw (Eds.), *International Encyclopedia of Education (Third Edition)* (pp. 152-157). Oxford: Elsevier. [[Link](#)]
- Molina, M. F., Schmidt, V., & Raimundi, M. J. (2017). Possible selves in adolescence: development and validation of a scale for their assessment. *The Journal of Psychology*, 151(7): 646-668. [[Link](#)]
- Oyserman D., & Markus, H. R. (1990). Possible selves and delinquency. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59(1): 112- 125. [[Link](#)]
- Oyserman, D. (2004). Possible selves' citations, measure, and coding instructions. Article of Institute for Social Research, University of Michigan.
- Oyserman, D., & Fisher, O. (2018). Social stigma and health: An identity-based motivation perspective. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. [[Link](#)]
- Oyserman, D., & James, L. (2009). Possible selves: From content to process. In K. D. Markman, W. M. P. Klein, & J. A. Suhr (Eds.), *Handbook of imagination and stimulation* (pp. 373-394). New York: Psychology Press. [[Link](#)]
- Phillips, A. G., & Silvia, P. J. (2010). Individual differences in self-discrepancies and emotional experience: Do distinct discrepancies predict distinct emotion? *Personality and Individual Differences*, 49(2): 148-151. [[Link](#)]
- Pierce J., Schmidt C., & Stoddard S. (2015). The role of feared possible selves in the relationship between peer influence and delinquency. *Journal of Adolescence*. 38: 17- 26. [[Link](#)]
- Schaffhuser, K., Allemand, M., & Schwarz, B. (2017). The development of self-representations during the transition to early adolescence: the role of gender, puberty, and school transition. *The Journal of Early Adolescence*, 37(6): 774-804. [[Link](#)]
- Sun, Y., & Guo, S. (2014). Media exposure, social comparison and self-discrepancy: a model of prediction of fashion clothing involvement. *Intercultural communication studies*, 23(2), 151-171. [[Link](#)]

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics* (6th Ed). New York: Pearson. [Link]
- Xiao, Y. J., & Van Bavel, J. J. (2019). Sudden shifts in social identity swiftly shape implicit evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 83: 55-69. [Link]
- Yang, P. J. (2010). Towards a fulfilling sojourn: Examining the role of possible selves in international students' cross-cultural adaptation. Doctoral dissertation, University of Alberta.
- Yoo, J. J. (2011). Insecure attachment, Self-discrepancy, and suicidal tendency in a sample of Korean and Korean. American: A path model of suicide. Doctoral dissertation, Liberty University. [Link]
- Zacarés, J. J., & Iborra, A. (2015). Self and identity development during adolescence across cultures. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd Ed) (pp. 432-438). Oxford: Elsevier. [Link]

پرسشنامه خودهای ممکن در حوزه اهداف

ردیف	هدف	مقیاس	نوع	رابطه	هر یک از اهداف زیر تا چه اندازه برای شما اولویت دارند؟	ردیف
۱	حفظ سلامت جسمی و روحی	۱	۲	۳	۴	۵
۲	رسیدن به مدارج عالی تحصیلی	۱	۲	۳	۴	۵
۳	یافتن شغل مناسب	۱	۲	۳	۴	۵
۴	وضعیت مالی مطلوب	۱	۲	۳	۴	۵
۵	رشد مذهبی و عمل به احکام	۱	۲	۳	۴	۵
۶	کمک به افراد نیازمند جامعه	۱	۲	۳	۴	۵
۷	حمایت از خانواده	۱	۲	۳	۴	۵
۸	حمایت از دوستان	۱	۲	۳	۴	۵
۹	کمک به پیشرفت کشور	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	داشتن فرزندان سالم	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	تشکیل خانواده	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	پیگیری فعالیت‌های هنری	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه خودهای ممکن در حوزه وظایف

ردیف	نوع وظیفه	نوع وظیفه	نوع وظیفه	نوع وظیفه	نوع وظیفه	تأثیر
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	۱	۲	۳	۴	۵	مراقب سلامتی خودم هستم.
۲	۱	۲	۳	۴	۵	همواره سعی می‌کنم فرد مفیدی برای کشورم باشم.
۳	۱	۲	۳	۴	۵	به والدینم احترام می‌گذارم و در کارها به آن‌ها کمک می‌کنم.
۴	۱	۲	۳	۴	۵	سعی می‌کنم در همه حال با خدا ارتباط داشته باشم.
۵	۱	۲	۳	۴	۵	فکر می‌کنم تلاش‌های فعلی من برای دستیابی به شغل مناسب در آینده کمک می‌کند.
۶	۱	۲	۳	۴	۵	سعی می‌کنم مهارت‌های زندگی مشترک را از حالا یاد بگیرم.
۷	۱	۲	۳	۴	۵	تلاش می‌کنم به دیگران و افراد نیازمند یاری برسانم.
۸	۱	۲	۳	۴	۵	درس‌هایم را مطالعه می‌کنم و تکالیف تحصیلی‌ام را دقیق انجام می‌دهم.
۹	۱	۲	۳	۴	۵	سعی می‌کنم فعالیت‌های هنری را یاد گرفته و انجام دهم.
۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	مطمئنم تلاش‌های امروزم امکان یک زندگی مادی خوب در آینده را فراهم می‌کند.
۱۱	۱	۲	۳	۴	۵	با دوستانم خوش‌رفتاری می‌کنم.
۱۲	۱	۲	۳	۴	۵	هر کاری برای حفظ سلامتی خانواده‌ام انجام می‌دهم.

پرسشنامه خودهای ممکن در حوزه نگرانی‌ها

ردیف	نوع وظیفه	نوع وظیفه	نوع وظیفه	نوع وظیفه	نوع وظیفه	تأثیر
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	۱	۲	۳	۴	۵	نسبت به بیمار شدنم نگرانم.
۲	۱	۲	۳	۴	۵	نگرانم که زود عصبانی شوم و دیگران را برنجانم.
۳	۱	۲	۳	۴	۵	ناراحت‌م که نتوانم در یادگیری و انجام فعالیت‌های هنری موفق شوم.
۴	۱	۲	۳	۴	۵	نگرانم که خداوند از من راضی نباشد.
۵	۱	۲	۳	۴	۵	نگران هستم که اعضای خانواده‌ام بیمار شوند.
۶	۱	۲	۳	۴	۵	می‌ترسم که در تحصیلم موفق نشوم.
۷	۱	۲	۳	۴	۵	نگرانم که نتوانم ازدواج کنم.
۸	۱	۲	۳	۴	۵	نگران این هستم که شغل مناسبی پیدا نکنم.
۹	۱	۲	۳	۴	۵	نگران مرگ عزیزانم هستم.

ساخت و تحلیل روان‌سنجی پرسشنامه توازن خودهای ممکن در دانش‌آموزان

۱۰	نگرانم وضعیت مالی نامطلوبی داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	از این‌که نتوانم به پیشرفت کشورم کمک کنم ناراحت می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	نگرانم که نتوانم به خانواده‌ام کمک و رسیدگی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵

Research Article

Psychometric Properties of the Student Version of the Academic Motivation Scale

S. Mohammadali¹, D. Manavipor^{2*}, M. Sedaghatifard²

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 investigate the psychometric properties (validity and reliability) of the student version of the Academic Motivation Scale. **Method:** This study was a psychometric correlation study. The sample consisted of 400 students of the Islamic Azad University, South Tehran Branch, who were selected by available sampling method and completed the student version of the Vallerand, Pelletier, Blais, and Briere (1992) Academic Motivation Scale. Data were analyzed using exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, Cronbach's alpha and retest. **Results:** The results of exploratory factor analysis showed 23 items 7 intrinsic motivation factors (with the amount of variance explained 12.85), achievement (with the amount of variance explained 11.89), identified (with the amount of variance explained 10.44), amotivation (with an explained variance of 10.40), extroversion (with an explained variance of 10.19), stimulation (with an explained variance of 7.9), and knowledge (with an explained variance of 6.57). The results of confirmatory factor analysis confirmed the findings of exploratory factor analysis. Fit indices were obtained in both models of confirmatory factor analysis at the appropriate level of 0.001. The overall reliability coefficient of the scale was obtained by Cronbach's alpha (0.88) and retest method (0.86) for the desired level. **Conclusion:** The results of the study showed that the student version of the Academic Motivation Scale has good validity and reliability and can be used to measure academic motivation in students.

Key words: academic motivation, internal motivation, external motivation

Citation: Mohammadali, S., Manavipor, D., & Sedaghatifard, M. (2020). Psychometric Properties of the Student version of the academic motivation scale. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(4):415-434.

ساخت ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی

سمیرا محمدعلی^۱، داود معنوی‌پور^{۲*}، مجتبی صدافتی‌فرد^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

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و پایایی) نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه همبستگی از نوع روان‌سنجی بود. نمونه شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی والرند، پلتیر، بلایس و بریر (۱۹۹۲) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی، آلفای کرونباخ و بازآزمایی بررسی شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد ۲۳ گویه ۷ عامل درون‌نگری (با مقدار واریانس تبیین شده ۱۲/۸۵)، دستاورد (با مقدار واریانس تبیین شده ۱۱/۸۹)، تمایز (با مقدار واریانس تبیین شده ۱۰/۴۴)، بی‌انگیزشی (با مقدار واریانس تبیین شده ۱۰/۴۰)، برون‌نگری (با مقدار واریانس تبیین شده ۱۰/۱۹)، تحریک (با مقدار واریانس تبیین شده ۷/۰۹) و دانش (با مقدار واریانس تبیین شده ۶/۵۷) را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی، یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی را تأیید کرد. شاخص‌های برازش در هر دو مدل تحلیل عاملی تأییدی در سطح ۰/۰۰۱ مناسب به دست آمد. ضریب پایایی کلی مقیاس با دو روش آلفای کرونباخ (۰/۸۸) و روش بازآزمایی (۰/۸۶) در حد مطلوب به دست آمدند. **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان دادند که نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار هستند و می‌توان از آن برای اندازه‌گیری انگیزش تحصیلی در دانشجویان استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: انگیزش تحصیلی، انگیزش درونی، انگیزش بیرونی

استناد به این مقاله: محمدعلی، سمیرا، معنوی‌پور، داود، و صدافتی‌فرد، مجتبی. (۱۳۹۹). ساخت ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۴ پیاپی ۵۶): ۴۳۴-۴۱۵.

مقدمه

ایران کشور جوانی است که میزان تقاضا برای ورود به دانشگاه در آن بالا است. با این حال، دلایل مختلفی وجود دارد که دانشجویان در پی‌گیری تحصیلات عالی موفق نیستند. مسلماً مهم‌ترین دلیل فقدان انگیزش تحصیلی^۱ است (کاپا، ۲۰۲۰). انگیزش تحصیلی پایین ممکن است سبب ترک تحصیلی شود (کوکلی، ۲۰۱۵). دیدگاه رایان و دسی (۲۰۱۷) در ده‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران علاقمند به حوزه انگیزش تحصیلی قرار گرفته است. دسی و رایان (۲۰۱۴) انگیزش تحصیلی را بر روی پیوستاری که از بی‌انگیزگی^۲ شروع شده و به سمت انگیزش بیرونی^۳ حرکت می‌کند و در نهایت به سمت بالاترین نوع انگیزش که انگیزش ذاتی^۴ و درونی است، ادامه می‌یابد، در نظر می‌گیرند. مطابق این دیدگاه، هر شخص ممکن است در یک نقطه از این پیوستار (در پایین‌ترین یا بالاترین و یا در میانه این پیوستار انگیزشی) قرار گیرد. مطابق این دیدگاه، انگیزش ذاتی یا درونی برای افراد، شادمانی و رضایت درونی فراهم می‌کند (ناتالیا و پورواتو، ۲۰۱۸). هنگامی که عملی با انگیزه درونی انجام شود، آن عمل صرفاً به خاطر پاداش بیرونی آن انجام نمی‌شود، بلکه به خاطر رضایت درونی انجام می‌گیرد (کان، ۲۰۱۵). دسی و رایان (۲۰۱۴) معتقد هستند که انگیزش درونی، پدیده‌ای محوری برای آموزش است، زیرا سبب بهبود یادگیری و افزایش خلاقیت می‌شود. انگیزش درونی از سه عامل: (۱) خودمختاری^۵، (۲) دستاورد^۶، و (۳) تحریک^۷ تشکیل شده است (رایان و دسی، ۲۰۱۷). انگیزش درونی خودمختاری یا انگیزش درونی برای شناخت، به معنای داشتن کنترل بر رفتار جهت دستیابی به پاداش‌های درونی است و باعث احساس شادمانی و تجربه رضایت‌مندی هنگام یادگیری و کشف مسائل می‌شود (اوتوایر و هائوگان، ۲۰۱۶). لیتالین، مورین، گاگن، والرند، لوسیر و رایان (۲۰۱۷) معتقد هستند که انگیزش ذاتی برای شناخت، ناشی از یک سائق برای پیگیری فعالیت‌های ارادی است که احساس خرسندی را در یادگیری فراهم می‌کند. دستاورد یا انگیزش درونی برای انجام کارها، به معنای احساس اثربخشی و کارایی فرد در انجام فعالیت‌ها است (مارتلا و رایان، ۲۰۱۶) و اشاره به شایستگی شخص برای کسب امور منحصر به فرد که در تعامل با محیط است، دارد (کومارک، هاریچوا و شیرر، ۲۰۲۰). شخصی که دارای انگیزش درونی بالایی برای انجام کارها است، برای انجام دادن فعالیت‌ها حتی بیش از حد ظرفیت خویش خوشحال می‌شود؛ در مقابل، اشخاص با انگیزش درونی برای تحریک ترجیح می‌دهند خود را درگیر فعالیت‌هایی کنند که زیبایی‌شناختی آن‌ها را

^۱. academic motivation

^۲. amotivation

^۳. extrinsic motivation

^۴. intrinsic motivation

^۵. autonomy

^۶. accomplishment

^۷. intrinsic motivation to experience stimulation (IMES)

برانگیخته می‌کند. بنابراین افراد دارای انگیزش درونی برای تحریک، از انجام فعالیت بدون توجه به کسب دانش و شایستگی، هیجان‌زده و خرسند می‌شوند (اوتوایر و هائوگان، ۲۰۱۶).

در مقابل انگیزش درونی، انگیزش بیرونی قرار دارد (رایان و دسی، ۲۰۱۷). انگیزش بیرونی، سائق برای انجام عملی جهت کسب پاداش و یا پیامدهای مثبت بیرونی است (جونز، لی و کروز، ۲۰۱۷). شخص دارای انگیزش بیرونی کارها را صرفاً جهت کسب پاداش یا منفعت و نه برای لذت بردن از آن انجام می‌دهد (ربو، روسناک و کارانفیل، ۲۰۱۹). انگیزش بیرونی از سه عامل تشکیل شده است: (۱) تنظیم‌گری بیرونی، (۲) تنظیم‌گری درون‌نگری و (۳) تنظیم‌گری تمایز^۱ (رایان و دسی، ۲۰۱۷). تنظیم‌گری بیرونی، انگیزه‌ای برای لذت بردن از فعالیت است که خود-تنظیم‌گر نیست. شخصی که دارای تنظیم‌گری بیرونی است به دلیل اضطراب و اجبار بیرونی برای کسب پاداش، فعالیت‌ها را انجام می‌دهد. این پایین‌ترین سطح خودمختاری با توجه به دیدگاه خود-تنظیم‌گری (رایان، دسی و ونستینکیست، ۲۰۱۶) است. در مقایسه با تنظیم‌گری بیرونی، تنظیم‌گری درون‌نگری، انگیزشی برای لذت بردن از فعالیت‌هایی است که تا حدودی درونی شده است؛ هم‌چنین تنظیم‌گری درون‌نگری، تمایل شخص به احساس لذت و گناه در امور را تعیین می‌کند (اوتوایر و هائوگان، ۲۰۱۶). تنظیم‌گری تمایز، انگیزشی برای لذت بردن از فعالیت‌هایی است که احساس مهم بودن در شخص را بر می‌انگیزد (رایان و دسی، ۲۰۱۷). به گفته دیگر، انگیزش تنظیم‌گری تمایز، بیانگر تمایل فرد برای انجام فعالیت‌هایی است که اهمیت و ارزش‌های شخصی را افزایش می‌دهد (اوتوایر و هائوگان، ۲۰۱۶). کوکلی (۲۰۱۵) بی‌انگیزشی را به‌عنوان پایین‌ترین سطح انگیزش خودمختار معرفی کرد. بی‌انگیزشی فقدان تعمدی در انگیزش بیرونی و انگیزش درونی است. این تجربه بی‌انگیزشی، معمولاً احساس فقدان شایستگی را به همراه می‌آورد (گای، مورین، لیتالین، والویس و والرند، ۲۰۱۵). بنابراین شخص نتایج و تأثیرات آن را بر رفتار احساس نمی‌کند (مارتلا و رایان، ۲۰۱۶).

والرند، پلتیر، بلایس و بریر (۱۹۹۲) با توجه به نظریه خود-تنظیم‌گری مقیاس انگیزش تحصیلی را تدوین کردند که سه نوع انگیزش درونی دانش، دستاورد و تحریک، سه نوع انگیزش بیرونی تمایز، درون‌نگری و برون‌نگری و بی‌انگیزشی را اندازه‌گیری می‌کند. ویژگی‌های روان‌سنجی آن در بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله کانادا (گای و همکاران، ۲۰۱۵)؛ نروژ (اوتوایر و هائوگان، ۲۰۱۶)؛ آمریکا (کوکلی، ۲۰۱۵)؛ لیتالین، مورین، گانگه، والرند، لوسیر و رایان، ۲۰۱۷)؛ برزیل (سیلوا، سیسیلیا، بورگوئنا و لیرولا، ۲۰۱۸)؛ لیل، میراندا و کارمو، ۲۰۱۳)؛ اسپانیا (استور، دلا ایگلسیا، بوبتا و لیپورس، ۲۰۱۲)؛ اورسینی، بینی، اوانس، لدزما، فونتس و ویلیچ، ۲۰۱۵)؛ بورگوئنا،

^۱ . identified regulation

سیسیلیا، مدینا-کاسابون، الکراز-ایبانز و لیرولا، ۲۰۱۷؛ پرتغال (لوپز، سیلوا، اولیویرا، آمبروزیو، فریرا، کرسپو، فیتیریا و رزا، ۲۰۱۸)؛ ترکیه (کان، ۲۰۱۵؛ کاراگون، ۲۰۱۲؛ هاسلوفکا و کورکماز، ۲۰۱۵)؛ سنگاپور (لیم و کاپمن، ۲۰۱۴؛ کالئون، وویی، تان، چیم، سان و کینگ، ۲۰۱۵)؛ چین (ژانگ، لی، لی، لی و ژانگ، ۲۰۱۶)؛ مالزی (چانگ و احمد، ۲۰۱۲)، رومانی (ربا و همکاران، ۲۰۱۹) و مجارستان (تاث-کرای، اورسوز، دومبی، جاگادیک، فارکس و آمورا، ۲۰۱۶) مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعات فوق با استفاده از دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی ساختار ۷ عاملی مقیاس احرار شد. در مطالعه لانگ، پروپات، کلیو و تامپسون (۲۰۱۹) جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس انگیزش تحصیلی والرنند و همکاران (۱۹۹۲) از نمونه‌ای به حجم ۶۴۸ دانشجوی سال اول کشور ویتنام استفاده و از روش تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی ساختار عاملی مقیاس استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل هفت عاملی با ۲۳ گویه به بهترین وجه ساختار عاملی این ابزار را نشان می‌دهد. در مطالعه کاپا (۲۰۲۰) که بر روی نمونه‌ای از دانشجویان آفریقای جنوبی انجام شد، ساختار عاملی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. نتایج از یک ساختار سه عاملی که شامل انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و بی‌انگیزشی بود حمایت کرد. همچنین پایایی این ابزار نیز در مطالعات مختلف مطلوب گزارش شده است. برای مثال، در مطالعه لانگ و همکاران، پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه ربا و همکاران (۲۰۱۹) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای هفت عامل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ به دست آمد. در مطالعه کان (۲۰۱۵) آلفای کرونباخ این ابزار بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۶ محاسبه شد. در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانش‌آموزی این مقیاس که برای محدوده سنی بین ۱۰-۱۸ سال است، توسط باقری، شهرآرای و فرزاد (۱۳۸۲) بر روی ۸۳۸ دانش‌آموز دبیرستانی تهران بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، وجود ۵ عامل را نشان داد و پایایی عامل‌های مقیاس نیز بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شد.

مجموع این مطالعات نشان می‌دهند که این مقیاس ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری انگیزش تحصیلی در فرهنگ‌ها و کشورهای مختلف است. با توجه به حجم گسترده از مطالعات جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس انگیزش تحصیلی والرنند و همکاران (۱۹۹۲) در فرهنگ‌های مختلف، اهمیت این ابزار را در اندازه‌گیری انگیزش تحصیلی به خوبی نشان می‌دهد؛ زیرا این ابزار کاملاً مبتنی بر نظریه خود-تنظیم‌گری رایان و دسی (۲۰۱۷) است.

با توجه به اهمیت بررسی میزان انگیزش تحصیلی در مسائل آموزشی دانشجویان و نبود ابزاری روا و پایا در داخل کشور که مبتنی بر نظریه خود-تنظیم‌گری رایان و دسی (۲۰۱۷) باشد، در مطالعه حاضر تلاش شد تا این خلأ پژوهشی تکمیل شود. برای این منظور نسخه

دانشجویی مقیاس تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) که در بسیاری از کشورها از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی مورد تأیید قرار گرفته بود انتخاب شد، به خصوص این که ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانشجویی این ابزار در داخل کشور مورد بررسی قرار نگرفته بود. با عنایت به مطالب ارائه شده، مطالعه حاضر در پی پاسخ به این سؤالات است که:

۱. آیا نسخه دانشجویی مقیاس تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) هفت عامل سازندگان آن را در جامعه دانشجویی ایران اندازه‌گیری می‌کند؟

۲. آیا عامل‌های استخراجی بر روی یک عامل کلی دارای واریانس مشترک هستند؟

۳. آیا نسخه دانشجویی مقیاس تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) از پایایی و ثبات مناسب در طول زمان برخوردار است؟

روش

این مطالعه با توجه به شیوه گردآوری داده‌ها، از نوع پژوهش‌های همبستگی و به صورت دقیق‌تر اعتباریابی آزمون است. جامعه آماری شامل همه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب با تعداد ۳۵۶۲۴ در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بوده است. با مراجعه به جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، به نقل از حسن‌زاده، (۱۳۹۱) برای این جامعه آماری تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه پیشنهاد شده است. در این پژوهش ۴۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که پس از صحبت با افراد در کلاس درسی دانشگاه و قبول شرکت در مطالعه، ابزار مطالعه در اختیار افراد نمونه قرار گرفت.

معیار ورود به پژوهش شامل دانشجوی آزاد اسلامی تهران جنوب بودن، موافقت شخص جهت شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه شامل رخ دادن حادثه تنیدگی‌زا مانند طلاق و فوت نزدیکان در شش ماه گذشته، داشتن بیماری جسمانی و روانی مشهود، سوء مصرف مواد و عدم پاسخگویی کامل به گویه‌های مقیاس انگیزش تحصیلی بود.

ابزار پژوهش

مقیاس انگیزه تحصیلی والرند

مقیاس انگیزش تحصیلی والرند، پلتیر، بلایس و بریر (۱۹۹۲): این مقیاس توسط والرند و همکاران (۱۹۹۲) جهت اندازه‌گیری انگیزه تحصیلی برای سنین ۱۸ سال به بالا تدوین شده و هفت عامل را با استفاده از ۲۸ گویه می‌سنجد. دانش شامل گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۷ و ۱۲، دستاورد شامل گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۱۳ و ۱۷، تمایز شامل گویه‌های ۸، ۹، ۱۴ و ۱۵، درون‌نگری شامل

گویه‌های ۱۰، ۱۱، ۱۶ و ۲۲، تحرک شامل گویه‌های ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱، برون‌نگری شامل گویه‌های ۲۳، ۲۴ و ۲۵ و بی‌انگیزشی شامل گویه‌های ۲۶، ۲۷، ۲۸ است. پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از "به هیچ وجه صحیح نمی‌باشد" (۱) تا (۷) "کاملاً صحیح است" قرار می‌گیرند. همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ از ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. ساختار هفت عاملی مقیاس با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی آن، در مطالعات متعددی تأیید شده است (والرند و همکاران، ۱۹۹۲؛ کان، ۲۰۱۵؛ اوتوایر و هائوگان، ۲۰۱۶). پایایی این مقیاس نیز در حد مطلوب گزارش شده است. برای مثال در مطالعه تات-کرای و همکاران (۲۰۱۶) پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای تمام مؤلفه‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در مطالعه یوسفی، شریفی و شریفی (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ این مقیاس برای تمام مؤلفه‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۰ به دست آمد و در مطالعه کریمی، کاوسیان، کرامتی، عرب‌زاده و رضانی ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های انگیزش درونی، بیرونی و بی‌انگیزگی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۸۰ به دست آمد. در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس با دو روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های دانش، تحریک، دستاورد، نمره کل انگیزش ذاتی، درون‌نگری، برون‌گرایی، تمایز، نمره کل انگیزش بیرونی، بی‌انگیزشی و نمره کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۶، ۰/۸۵، ۰/۷۰، ۰/۸۸، ۰/۶۵، ۰/۷۵، ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۸۸ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۹۰، ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۸۶ به دست آمد.

شیوه اجرا و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

ابتدا مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) توسط دو نفر از اساتید روان‌شناسی ترجمه شد. در مرحله بعد این ترجمه توسط یک دانشجوی دوره دکتری مترجمی زبان انگلیسی مجدد به انگلیسی ترجمه شد؛ سپس این ترجمه توسط استاد روانشناس اول با نسخه اصلی مقایسه و پس از رفع چند ایراد کوچک آماده شد؛ سپس به صورت مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از افراد نمونه اجرا شد. پس از بررسی این ۳۰ پرسشنامه و رفع اشکالات موجود، مقیاس جهت اجرا آماده شد. برای این منظور نخست با مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب صحبت و مجوزهای لازم اخذ شد؛ سپس در کلاس درسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، نظر افراد جهت شرکت در مطالعه جلب شد. آن‌گاه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش، شرایط شرکت در پژوهش و بیان اصول اخلاقی مانند رضایت آگاهانه، رازداری، و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی داده شد؛ سپس مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) بدون ذکر نام در اختیار افراد

قرار گرفت و پرسشنامه‌های تکمیل وارد مطالعه شدند. در نهایت تعداد ۴۰۰ مقیاس که به صورت کامل تکمیل شده بودند، جمع‌آوری شد (تعداد ۵۰ پرسشنامه مخدوش از مطالعه کنار گذاشته شد)؛ همچنین برای همسانی درونی عامل‌های به دست آمده از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمون استفاده شد (رستمی، نوابی نژاد، و فرزاد، ۱۳۹۸). به منظور سنجش اعتبار بازآزمون، پس از ۲ ماه از اجرای اول، پرسشنامه مجدد در اختیار ۶۰ نفر از اعضای گروه نمونه قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار اس-پی-اس-نسخه ۲۴ و نرم افزار لیزرل نسخه ۸ مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

نمونه پژوهش شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب بودند که از این تعداد ۱۳۶ نفر (۴۴٪) مرد و ۲۶۴ نفر (۶۶٪) زن بودند. ۱۳۸ نفر در دامنه سنی ۱۹-۲۴ سال (۳۴/۵٪)، ۱۲۴ نفر در دامنه سنی ۲۵-۳۰ سال (۳۱٪)، ۸۶ نفر در دامنه سنی ۳۱-۳۶ سال (۲۱/۵٪) و ۵۲ نفر در دامنه سنی ۳۷ سال به بالا (۱۳٪) بودند. از این تعداد، ۱۹۲ نفر (۴۸٪) مجرد، ۱۸۹ نفر (۴۷/۲۵٪) متاهل، ۱۲ نفر (۳٪) مطلقه و ۷ نفر بیوه (۱/۷۵٪) بودند. همچنین ۱۸۶ نفر در دوره کارشناسی (۴۶/۵٪)، ۱۷۲ نفر در دوره کارشناسی ارشد (۴۳٪) و ۲۲ نفر در دوره دکتری (۵/۵٪) مشغول به تحصیل بودند.

در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار، بیشینه، کمینه، کجی و کشیدگی عامل‌های مقیاس قابل مشاهده است.

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی مقیاس انگیزه تحصیلی دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه	کجی	کشیدگی
دانش	۱۱/۵۷	۱/۹۴	۱۴	۴	-۱/۰۴	۱/۶۵۵
تحریک	۸/۹۴	۳/۰۴	۱۴	۲	-۰/۴۲۸	-۰/۱۴۱
دست‌آورد	۲۵/۸۰	۵/۶۰	۳۵	۸	-۰/۵۷۱	۰/۳۴۷
نمره کل انگیزش ذاتی	۴۶/۳۱	۷/۸۰	۶۳	۱۷	-۰/۵۸۰	۱/۱۵۰
تنظیم درون‌نگری	۲۱/۳۶	۵/۵۵	۲۸	۴	-۱/۰۸۱	۱/۲۰۵
تنظیم برون‌گرایی	۱۸/۰۹	۳/۶۵	۲۱	۳	-۱/۹۹	۰/۵۸۹

تنظیم تمایز	۱۷/۱۸	۵/۷۵	۲۸	۴	۰/۳۹۴	۰/۲۸۹
نمره کل انگیزش	۵۶/۹۰	۱۱/۵۹	۷۷	۱۲	۰/۸۹۸	۰/۹۸۸
بیرونی						
بی‌انگیزشی	۱۰/۸۰	۵/۲۷	۲۱	۳	۰/۱۶۵	۰/۹۳۸

در جدول ۱، شاخص‌های آمار توصیفی ارائه شده است. با توجه به میزان کجی و کشیدگی همه متغیرها بین ۲+ و ۲- است. با توجه به این میزان کجی و کشیدگی، داده‌ها نرمال هستند (عشورنژاد، کدیور، حجازی و نقش، ۱۳۹۷).
در این مطالعه ابتدا از روش تحلیل عاملی اکتشافی جهت بررسی ساختار عاملی مقیاس انگیزه تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) استفاده شد. برای به دست آوردن کفایت نمونه از آزمون کایزر- مایر- اوکلین^۱ استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲. نایج آزمون کی.ام.ا و آزمون بارتلت

آزمون کی.ام.ا	۰/۷۹۴
آزمون بارتلت	$\chi^2=1796/475$ ؛ $P<0/000$

با توجه به نتایج جدول ۲، نتایج شاخص کفایت نمونه‌گیری نزدیک به ۱ است و بیانگر کفایت حجم نمونه است. آزمون کرویت که توانمندی مقیاسی جهت تشکیل عامل‌ها را می‌سنجد، معنادار و بیانگر برقراری این شرط برای استفاده از روش تحلیل عاملی است. بررسی ساختار عاملی مقیاس انگیزه تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس و با توجه به شیب منحنی اسکری انجام شد.

جدول ۳. تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس انگیزه تحصیلی دانشجویان

$\frac{\lambda}{\lambda_{\max}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\min}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\max}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\min}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\max}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\min}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\max}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\min}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\max}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\min}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\max}}$	$\frac{\lambda}{\lambda_{\min}}$
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

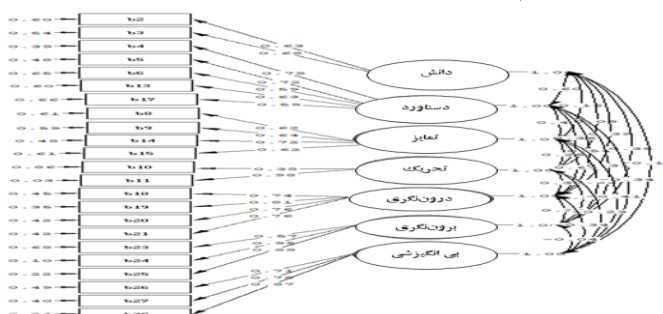
^۱ . Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

ساخت ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی

۱۸	۷۰	۴	۰/۸۰	۸	۰/۷۵	۲۶	۷۶	۲۳	۶۲	۱۰	۷۸	۲	۸۴
۰/	۰/					۰	۰		۰		۰/		۰/
۱۹	۷۴	۵	۰/۷۷	۹	۰/۶۴	۲۷	۸۶	۲۴	۸۹	۱۱	۸۰	۳	۷۶
۰/	۰/					۰	۰		۰/		۰/		۰
۲۰	۸۰	۶	۰/۶۴	۱۴	۰/۷۴	۲۸	۸۷	۲۵	۹۰				
۰/	۰/					۰/	۰/						
۲۱	۷۵	۱۳	۰/۷۴	۱۵	۰/۵۸								
۰/	۰/												
		۱۷	۰/۵۸										
عامل	درون	دست‌آورد	تمایز	بی‌انگیزشی	برون‌نگری	تحریک	دانش						
ارزش ویژه	۳/۶۷	۳/۳۸	۲/۹۷	۲/۹۶	۲/۹۰	۲/۰۲	۱/۸۷						
واریانس	۱/۸۵	۱۱/۸۹	۱/۴۴	۱۰/۴۰	۱۰/۱۹	۷/۰۹	۶/۵۷						
	۲		۰										
کل								۶۹/۴۳					

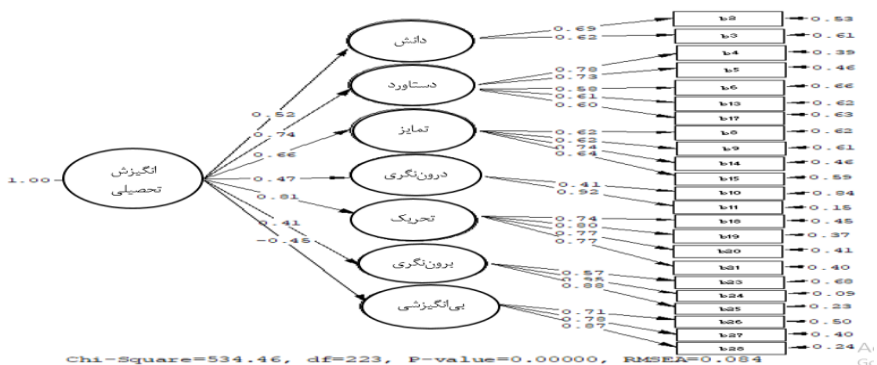
نتایج جدول ۳، پس از چند مرحله با حذف گویه‌های نامناسب (حذف گویه‌های ۳، ۷، ۱۲، ۱۶ و ۲۲) به علت همبستگی پایین، داشتن بار عاملی بر روی چند عامل و داشتن همبستگی منفی با عامل‌ها، منجر به استخراج ۷ عامل شد که در مجموع توانستند ۶۹/۴۳ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کنند. این هفت عامل شامل درون‌نگری، دست‌آورد، تمایز، بی‌انگیزگی، برون‌نگری، تحریک و دانش بود.

از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی دقیق‌تر ساختاری عاملی مقیاس انگیزش تحصیلی استفاده شد. دو مدل مبنای مطالعه قرار گرفت: (۱) این مقیاس از هفت عامل مرتبه اول (شکل ۱) و از یک مؤلفه مرتبه دوم تشکیل شده است (شکل ۲).



شکل ۱: مدل با هفت مؤلفه همبسته مرتبه اول

با توجه به شکل ۱، مقیاس انگیزش تحصیلی والرند (۱۹۹۲) از هفت مؤلفه مرتبه اول یعنی دانش، دستاورد، تمایز، درون‌نگری، تحریک، برون‌نگری و بی انگیزشی تشکیل شده است. مقدار ارزش (t) برای همه مسیرها معنادار به دست آمد ($t > 96/1$). شاخص‌های برازش به دست آمده مانند مجذور کای، درجه آزادی، مجذور کای نرم شده، ریشه خطای میانگین مجذورات تغییرات، شاخص نرم نشده برازش، شاخص برازش تطبیقی، شاخص برازش نسبی، شاخص برازش افزایشی و شاخص برازش تعدیل یافته نرم شده به ترتیب، $472/08$ ، 216 ، $2/18$ ، $0/077$ ، $0/89$ ، $0/90$ ، $0/92$ ، $0/88$ ، $0/92$ و $0/74$ به دست آمدند که بیانگر برازش مناسب مدل هستند.



شکل ۲. مدل با یک مؤلفه مرتبه دوم با هفت مؤلفه همبسته مرتبه اول

با توجه به شکل ۲، مقیاس انگیزش تحصیلی والرند (۱۹۹۲) از یک مؤلفه مرتبه دوم یعنی انگیزش تحصیلی و از هفت مؤلفه مرتبه اول یعنی دانش، دستاورد، تمایز، درون‌نگری، تحریک، برون‌نگری و بی انگیزشی تشکیل شده است. مقدار ارزش (t) برای همه مسیرها معنادار به دست آمد ($t > 96/1$). شاخص‌های برازش به دست آمده مانند مجذور کای، درجه آزادی، مجذور کای نرم شده، ریشه خطای میانگین مجذورات تغییرات، شاخص نرم نشده برازش، شاخص برازش تطبیقی، شاخص برازش نسبی، شاخص برازش افزایشی و شاخص برازش تعدیل یافته نرم شده به ترتیب، $534/46$ ، 223 ، $2/39$ ، $0/084$ ، $0/88$ ، $0/90$ ، $0/91$ ، $0/88$ ، $0/92$ و $0/70$ به دست آمدند که بیانگر برازش مناسب مدل می‌باشند. در جدول ۲، همبستگی درونی متغیرهای مقیاس انگیزه تحصیلی دانشجویان ارائه شده است

جدول ۴. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های درونی مقیاس انگیزه تحصیلی دانشجویان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. دانش									
۲. تحریر	۰/۲۸**								
۳. دستاور	۰/۳۷**	۰/۲۷**							
۴. نمره کل انگیزش ذاتی	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۷۸**						
۵. درون‌نگری	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۴۸**	۰/۵۱**					
۶. برون‌گرایی	۰/۲۰**	۰/۲۵**	۰/۳۴**	۰/۳۷**	۰/۳۸**				
۷. تمایز	۰/۲۱**	۰/۳۸**	۰/۳۵**	۰/۴۰**	۰/۴۹**	۰/۲۱**			
۸. نمره کل انگیزش بیرونی	۰/۲۶**	۰/۳۷**	۰/۵۲**	۰/۷۸**	۰/۶۸**	۰/۸۱**			
۹. بی‌انگیزش	۰/۱۷*	۰/۱۶*	۰/۳۰**	۰/۳۰**	۰/۲۷**	۰/۱۵**	۰/۳۶**	۰/۳۸**	
ی	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	**P<۰/۰۱				*P<۰/۰۵				

با توجه به نتایج جدول ۴، بین مؤلفه‌های دانش، محرک، دستاور، نمره کل انگیزش ذاتی، درون‌نگری، برون‌گرایی، تمایز و نمره کل انگیزش بیرونی ارتباط مثبت معنادار و با بی‌انگیزشی ارتباط منفی معنادار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

نظریه خود- تنظیم‌گری دسی و رایان (۲۰۱۷) یکی از نظریه‌های بسیار تأثیرگذار در زمینه انگیزش تحصیلی است که والرند و همکاران (۱۹۹۲) با استفاده از این نظریه، مقیاسی را برای سنجش انگیزش در زمینه تحصیلی تهیه کردند. هدف مطالعه حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانشجویی این ابزار با استفاده از دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی پس از حذف گویه‌های نامناسب ۱، ۷، ۱۲، ۱۶ و ۲۲ نشان داد که ۲۳ گویه هفت عامل دانش، دستاورد، تحریک، درون‌نگری، برون‌نگری، تمایز و بی انگیزشی را اندازه‌گیری می‌کند. در مطالعه لانگ و همکاران (۲۰۱۹) نیز هفت عامل مشابه مطالعه حاضر توسط ۲۳ گویه به بهترین نحو ساختار عاملی این ابزار را نشان داد.

در مطالعه کاپا (۲۰۲۰) که بر روی نمونه‌ای از دانشجویان آفریقای جنوبی انجام شد، ساختار عاملی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. نتایج از یک ساختار سه عاملی که شامل انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و بی انگیزشی بود حمایت کرد. همچنین پایایی این ابزار نیز در مطالعات مختلف مطلوب گزارش شده است.

از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی دو مدل استفاده شد. در مدل نخست مشخص گردید که انگیزش تحصیلی در بین دانشجویان از ۷ عامل دانش، دستاورد، تحریک، درون‌نگری، برون‌نگری، تمایز و بی انگیزشی تشکیل شده است. در مدل دوم نیز هفت عامل فوق بر روی عامل کلی انگیزش تحصیلی قرار گرفتند. با توجه این پژوهش و نظریه خود- تنظیم‌گری می‌توان گفت انگیزش ذاتی (درونی) از سه عامل دانش، دستاورد و تحریک و انگیزش بیرونی از سه عامل درون‌نگری، برون‌نگری و تمایز تشکیل شده است. در مطالعه کاپا (۲۰۲۰) ساختار هفت عاملی مقیاس به سه عامل انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و بی انگیزشی کاهش یافت که این سه عامل قابل قیاس با هفت عامل مطالعه حاضر است.

در این مطالعه عامل کلی انگیزش تحصیلی یک سطح کلی از خودتنظیم‌گری انگیزش تحصیلی را مطابق با هفت عامل مقیاس انگیزش تحصیلی نشان می‌دهد. این عامل کلی با شش عامل دانش، دستاورد، تحریک، درون‌نگری، برون‌نگری و تمایز همبستگی مثبت و معنادار و با عامل بی‌انگیزگی همبستگی منفی معنادار دارد (شکل ۲). در مطالعه لیتالین و همکاران (۲۰۱۷) و هاوارد، گاگن، مورین و فرست (۲۰۱۶) نیز عامل کلی انگیزش تحصیلی با عامل بی‌انگیزشی همبستگی منفی داشت. همچنین عامل کلی انگیزش تحصیلی به دست آمده در مطالعه حاضر تا حدودی شواهد تجربی برای استفاده از نمره کل این مقیاس را نشان می‌دهد، اما پژوهشگرانی مانند لانگ و همکاران (۲۰۱۹)، لوپز و همکاران (۲۰۱۸) و لیتالین و همکاران (۲۰۱۷) ارائه مدل

روابط ساختاری اکتشافی-بی‌فاکتور^۱ را به عنوان بهترین راه حل و شواهد استفاده از نمره کل مقیاس پیشنهاد دادند.

با توجه به تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مشخص گردید که دو مؤلفه دانش و تحرک با دو گویه ارزیابی می‌شوند. در این زمینه عده‌ای از متخصصین روان‌سنجی بر این باور هستند که برای سنجش یک مؤلفه حداقل باید سه گویه وجود داشته باشد. این دو عامل به سه دلیل حذف نشد: (۱) با توجه به تحلیل عاملی اکتشافی و میزان بار عاملی بالای این گویه‌ها تصمیم بر حفظ این عامل‌ها شد. میزان بار عاملی بالای این گویه‌ها بیانگر ارزش بالای این‌ها می‌باشد. عامل دانش با دو گویه ۲ (بار عاملی ۰/۸۴) و ۳ (بار عاملی ۰/۷۶) و عامل تحریک با دو گویه ۱۰ (بار عاملی ۰/۷۸) و ۱۱ (بار عاملی ۰/۸۰)؛ (۲) به دلیل برازش مناسب تحلیل عاملی تأییدی در دو مدل، خود دلیل مهم دیگری برای حفظ این دو عامل بود. لازم به ذکر است که در صورت حذف دو عامل، دستاورد و تحریک مدل تحلیل عاملی تأییدی دارای برازش نبودند؛ و (۳) در محدوده مناسب بودن ضریب پایایی این دو عامل با دو روش ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی که دلیل دیگری برای ماندن این دو عامل بود.

به طور کلی یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های (سیلوا و همکاران، ۲۰۱۸؛ لویز و همکاران، ۲۰۱۸؛ بورگوینا و همکاران، ۲۰۱۷؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ تات-کرای و همکاران، ۲۰۱۶؛ اوتوایر و هائوگان، ۲۰۱۶؛ گای و همکاران، ۲۰۱۵؛ کوکلی، ۲۰۱۵؛ اورسینی و همکاران، ۲۰۱۵؛ هاسلوفکا و کورکماز، ۲۰۱۵؛ کالتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ کان، ۲۰۱۵؛ لیم و چاپمان، ۲۰۱۴؛ لیل و همکاران، ۲۰۱۳؛ چانگ و احمد، ۲۰۱۲؛ استور و همکاران، ۲۰۱۲؛ کاراگوون، ۲۰۱۲) بود. این پژوهشگران در مطالعات خویش نشان دادند که مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) از هفت عامل دانش، دستاورد، تحریک، درون‌نگری، برون‌نگری، تمایز و بی‌انگیزشی تشکیل شده است.

اولین محدودیت مطالعه حاضر، محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب بود. محدودیت دوم، ارائه مدل انگیزش تحصیلی بر اساس یک مطالعه مقطعی و اعتماد به یک زمینه نظری قوی و نتایج سایر مطالعات بود، بنابراین انجام تحقیقات طولی برای تأیید نتایج مطالعه حاضر مورد نیاز است. هم‌چنین باید در نظر داشت که نظریه خود-تنظیم‌گری رایان و دسی (۲۰۱۷) شامل حوزه‌های گسترده‌ای چون ورزش، کار و غیره است و نتایج مطالعه حاضر صرفاً مربوط به تحصیل است و در سایر حوزه‌ها کاربرد ندارد. محدودیت دیگر عدم بارگیری

^۱ . Using bifactor exploratory structural equation modeling

مدل‌هایی مانند مدل بی‌فاکتور و مدل روابط ساختاری اکتشافی - بی‌فاکتور بود که پیوستگی انگیزشی تحصیلی را بهتر از مدل‌های تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم نشان می‌دهد. به طور کلی، نتایج مطالعه حاضر از وجود یک مدل هفت عاملی در ساختار انگیزش تحصیلی دانشجویان حمایت می‌کند، اما پیوستگی این مدل را نشان نمی‌دهد؛ بنابراین در مطالعات آتی بایست پیوستگی ساختار انگیزشی با استفاده از مدل‌های بی‌فاکتور، مدل روابط ساختاری اکتشافی و مدل روابط ساختاری اکتشافی - بی‌فاکتور نشان داده شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران دارای روایی و پایایی مناسبی است و می‌توان از این ابزار برای بررسی انگیزش تحصیلی دانشجویان استفاده کرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط نمونه‌ها و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تاکید به تکمیل تمامی پرسش‌ها به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت گردید.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب تشکر می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله نویسنده اول است و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی آن داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

باقری، ناصر، شهرآرای، مهرناز، و فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۸۲). واری روان‌سنجی مقیاس انگیزش تحصیلی در بین دانش‌آموزان تهرانی. *دو فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد دانشور رفتار* ۱۰ (۱): ۱۱-۲۴. [پیوند]

حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۱). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر ساوالان. [پیوند]
رستمی، مهدی، نوابی نژاد، شکوه، و فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۸). ساخت، رواسازی و اعتبارسنجی پرسشنامه‌ای برای سنجش الگوها و آسیب‌های پیش از ازدواج. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۳ (۳ پیاپی ۵۱): ۴۵۳-۴۷۳. [پیوند]

عشورنژاد، فاطمه، کدیور، پروین، حجازی، الهه، و نقش، زهرا. (۱۳۹۷). تحلیل چند سطحی بهزیستی روانشناختی نوجوان‌ها از راه عاملیت فردی، فرهنگ مدرسه و حمایت خانواده. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۳ پیاپی ۴۷): ۳۷۴-۳۵۷. [پیوند]

کریمی، کامبیز، کاوسیان، جواد، کرامتی، هادی، عرب‌زاده، مهدی، و رضانی، ولی‌اله. (۱۳۹۳). الگوی ساختاری کمال‌گرایی، انگیزش تحصیلی و بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۰ (۳ پیاپی ۳۹): ۳۱۱-۳۲۷.

یوسفی، نوریه؛ شریفی، حسن پاشا؛ و شریفی، نسترن. (۱۳۹۷). الگوی ساختاری فرسودگی تحصیلی بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، عدالت آموزشی و انگیزشی تحصیلی دانشجویان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۳ پیاپی ۴۷): ۴۱۸-۴۳۸. [پیوند]

Burgueño, R., Sicilia, Á., Medina-Casabón, J., Alcaraz-Ibáñez, M., & Lirola, M.J. (2017). Academic motivation scale revised. Inclusion of integrated regulation to measure motivation in initial teacher education. *anales de psicología*, 33 (3), 670-679. [Link]

Caleon, I.S., Wui, M.G.L., Tan, J.P.L., Chiam, C.L., Soon, T C., & King, R.B. (2015). Cross-cultural validation of the academic motivation scale: A Singapore investigation. *Child Indicators Research*, 8(4), 925-942. [Link]

Can, G. (2015). Turkish version of the Academic Motivation Scale. *Psychological Reports*, 116(2), 388-408. [Link]

Chong, Y.S.C., & Ahmed, P.K. (2012). Understanding Student Motivation in Higher Education Participation: A Psychometric Validation of the Academic Motivation Scale in the Malaysian Context. [Link]

Cokley, K. (2015). A confirmatory factor analysis of the academic motivation scale with black college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 48(2), 124-139. doi: 10.1177/0748175614563316 [Link]

Cokley, K.O., Bernard, N., Cunningham, D., & Motoike, J. (2001). A psychometric investigation of the academic motivation scale using a United

- States sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(2), 109-119. [[Link](#)]
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2014). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. In R. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of human motivation* (pp. 85–107). New York, NY: Oxford University Press. [[Link](#)]
- Guay, F., Morin, A.J.S., Litalien, D., Valois, P., & Vallerand, R.J. (2015). Application of exploratory structural equation modeling to evaluate the academic motivation scale. *The Journal of Experimental Education*, 83(1), 51-82. doi: 10.1080/00220973. 2013.876231. [[Link](#)]
- Haslofça, F., & Korkmaz, N.H. (2015). Reliability and validity of academic motivation scale for sports high school students. *SHS Web of Conferences*, 26, 01104(2016), DOI: 10.1051/20162601104. [[Link](#)]
- Howard, J. L., Gagné, M., Morin, A. J. S., & Forest, J. (2016). Using bifactor exploratory structural equation modeling to test for a continuum structure of motivation. *Journal of Management*. Advance online publication. doi: 10.1177/0149206316645653
- Jones, B. D., Li, M., & Cruz, J. M. (2017). A cross-cultural validation of the MUSIC® Model of Academic Motivation Inventory: Evidence from Chinese-and Spanish-speaking university students. *International Journal of Educational Psychology*, 6(1), 25-44.
- Kapp, A. (2020). *The psychometric properties of the Academic Motivation Scale-College version of South African first-year university students* (Doctoral dissertation, North-West University (South Africa))
- . Karagüven, M.H.U. (2012). The adaptation of academic motivation scale to Turkish. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 12(4), 2611-2618. [[Link](#)]
- Komarc, M., Harbichová, I., & Scheier, L. M. (2020). Psychometric validation of Czech version of the Sport Motivation Scale. *Plos one*, 15(1), e0227277.
- Leal, E.A., Miranda, G.J., & Carmo, C.R.S. (2013). Self-Determination Theory: An Analysis of Student Motivation in an Accounting Degree Program. *R. Cont. Fin. – USP, São Paulo*, 24(62), 162-173. [[Link](#)]
- Lim, S.Y., & Capman, E. (2014). Adapting the academic motivation scale for use in pre-tertiary mathematics classrooms. *Mathematics Education Research Journal*, 27(3), 331-357. [[Link](#)]
- Litalien, D., Morin, A. J.S., Gagné, M., Vallerand, R.J., Losier, G.F., & Ryan, R.M., (2017). Evidence of a continuum structure of academic self-determination: A two-study test using a bifactor-ESEM representation of academic motivation. *Journal Contemporary Educational Psychology*, 51 (67-82). Publisher Academic Press. [[Link](#)]
- Lopes, p., Silva, R., Oliveira, J., Ambrósio, I., Ferreira, D., Crespo, C., Feiteira, F., & Rosa, P.J. (2018). Rasch Analysis on the Academic

- Motivation Scale in Portuguese University Students. *Neuro Quantology*, 16(3), 41-46 [[Link](#)]
- Luong, L., Poropat, A., Klieve, H., & Thompson, K. (2019). Psychometric examination of the academic motivation scale using a Vietnamese university student sample. *International Journal of Quantitative Research in Education*, 4(4), 269-292. [[link](#)]
- Martela, F., & Ryan, R.M. (2016). The benefits of benevolence: Basic psychological needs, beneficence, and the enhancement of well-being. *Journal of personality*, 84(6), 750-764. [[Link](#)]
- Natalya, L., & Purwanto, C.V. (2018). Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of the Academic Motivation Scale (AMS)–Bahasa Indonesia. *Makara Hubs-Asia*, 22(1), 29-42. [[Link](#)]
- Orsini, C., Binnie, V., Evans, P., Ledezma, P., Fuentes, F., & Villegas, M.J. (2015). Psychometric Validation of the Academic Motivation Scale in a Dental Student Sample. *Journal of Dental Education*, 79, 971-981. [[Link](#)]
- Robu, V., Rusnac, S., & Caranfil, N. G. (2019). Academic Motivation Scale: Adaptation and psychometric analyses for Romanian high school students. In *Contemporary methodological guidelines and practices in social sciences* (pp. 17-18). [[link](#)]
- Ryan, R.M., Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2016). Autonomy and autonomy disturbances in self-development and psychopathology: Research on motivation, attachment, and clinical process Autonomy and autonomy disturbances in self-development and psychopathology: Research on motivation, attachment, and clinical process. Developmental psychopathology, 1-54, Publisher John Wiley & Sons, Inc. [[Link](#)]
- Ryan, R.M., & Deci, E. L. (2017). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford. ISBN 978-1-4625-2876-9. [[Link](#)]
- Stover, U.B., de la Iglesia, G., Boubeta, A.R., & Liporace, M.F. (2012). Academic Motivation Scale: adaptation and psychometric analyses for high school and college students. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 71–83. [[Link](#)]
- Tóth-Király, I., Orosz, G., Dombi, E., Jagodics, B., Farkas, D., & Amoura, C. (2016). Crosscultural comparative examination of the Academic Motivation Scale using exploratory structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*. [[Link](#)]
- Utvær, B. K. S., & Haugan, G. (2016). The academic motivation scale: dimensionality, reliability, and construct validity among vocational students. *Nordic Journal of Vocational Education and Training*, 6(2), 17-45. [[link](#)]
- Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., Blais, M.R., & Briere, N.M. (1992). The academic motivation scale: A measure of intrinsic, extrinsic, and

amotivation in education. Educational and Psychological Measurement, 52(4), 1003-1007. doi: 10.1177/0013164492052 004025. [Link]
 Zhang, B., Li, Y.M., Li, J., Li, Y., & Zhang, H. (2016). The revision and validation of the Academic Motivation Scale in China. Journal of Psychoeducational Assessment, 34(1), 15-27. [Link]

						۱	در هنگام یادگیری چیزهای جدید، لذت و رضایت را تجربه می‌کنم.
						۲	لذتی که در هنگام کشف چیزهای جدید تجربه می‌کنم لذتی است که قبلاً هرگز دریافت نکردم.
						۳	من لذتی را در افزایش دانش خود در مورد موضوعی تجربه می‌کنم که برای من جذاب است.
						۴	مطالعات من، این امکان را فراهم می‌آورد تا همچنان به یادگیری در مورد چیزهای زیادی که برای من جذاب هستند، ادامه دهم.
						۵	لذت را تجربه می‌کنم و در عین حال، خود را در مطالعاتم پیش می‌اندازم (در مطالعاتم بهبودی حاصل می‌شود).
						۶	لذت را تجربه می‌کنم و در عین حال در یکی از دستاوردهای شخصی خود پیش می‌افتم (پیشرفت می‌کنم).
						۷	زمانی که مشغول پروژه اتمام فعالیت‌های آکادمیک دشوار هستم، احساس رضایت می‌کنم.
						۸	تحصیلات دبیرستان، این امکان را برای من فراهم می‌کند تا یک رضایت شخصی را در تلاش برای تعالی در مطالعاتم تجربه کنم.
						۹	من واقعاً رفتن به مدرسه را دوست دارم
						۱۰	از نظر من، مدرسه سرگرمی است
						۱۱	زمانی که با معلم‌ان گیرا و جذاب بحث می‌کنم، لذت را تجربه می‌کنم.
						۱۲	زمانی که در مورد موضوعات جذاب، مطلبی را می‌خوانم، احساس برتری می‌کنم.
						۱۳	زمانی که در مورد موضوعات جذاب، مطلبی را می‌خوانم، احساس برتری می‌کنم.
						۱۴	فکر می‌کنم که تحصیلات دبیرستان به من کمک می‌کند تا بهتر برای شغلی که انتخاب کرده‌ام، آماده شوم.
						۱۵	تحصیلات نهایتاً مرا قادر می‌سازد تا در زمینه مورد علاقه‌ام، وارد بازار کار شوم.
						۱۶	تحصیلات به من کمک می‌کند تا انتخاب بهتری درباره جهت‌گیری شغلی خود داشته باشم.
						۱۷	می‌خواهم به خود نشان دهم که می‌توانم در مطالعات خود موفق شوم.
						۱۸	می‌خواهم به خودم اثبات کنم که من قادر هستم دبیرستان خود را به اتمام برسانم.
						۱۹	به دلیل این حقیقت که زمانیکه در مدرسه موفق باشم، احساس مهم بودن می‌کنم.

ساخت ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه دانشجویی مقیاس انگیزش تحصیلی

							تا به خودم نشان دهم که من شخص باهوشی هستم.	۲۰
							می‌خواهم به خودم نشان دهم که می‌توانم در مطالعات خود موفق باشم	۲۱
							بعدها برای یافتن یک شغل پردرآمد، حداقل به مدرک متوسطه نیاز دارم.	۲۲
							بعدها یک شغلِ برخوردار از پرستیژ بیشتر بدست آورم	۲۳
							می‌خواهم بعدها زندگی خوبی داشته باشم	۲۴
							بعدها حقوق و دستمزد بهتری داشته باشم.	۲۵
							اگر بخوام صادقانه بگویم، نمی‌دانم. من واقعاً احساس می‌کنم که وقتی را در مدرسه تلف می‌کنم.	۲۶
							قبلاً دلایل خوبی برای رفتن به مدرسه داشتم، اما اکنون تردید دارم که آیا باید ادامه بدهم یا خیر.	۲۷
							نمی‌فهمم چرا باید به مدرسه بروم و صادقانه بگویم، اصلاً مهم نیست.	۲۸

Research Article

Study of Psychometric Properties of the International Index of Erectile Function (IIEF) in Substance Dependent Men

Sh. Babazadeh¹, M. Habibi^{2*}, V. Sadeghi-Firoozabadi³
& N. Gohari-Derakhshande⁴

1. MA in Family Therapy, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. Health Promotion Research Center, Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Habibi.m@iums.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

4. MA Student in Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim: Erectile dysfunction is one of the problems caused by substance dependence, which is important to measure and evaluate. Therefore, the present research was conducted to study of factor structure, reliability and validity of the Persian version of the *International Index of Erectile Function* (IIEF) among substance dependent men. **Method:** The statistical population of this cross sectional study of males has substance abuse, who referred to the National Center for Addiction Studies, Addiction Treatment Clinics in Tehran. Using cluster sampling method, 450 participants were selected. Sexual Function Questionnaire (CSFQ-14) and International Index of Erectile Function (IIEF) were used to collect data. **Results:** An examination of the values of the factor loads indicates that the factor loads of all the questions on the principal component are satisfactory. Cronbach's alpha coefficient of *International Index of Erectile Function* (IIEF) was Desirable ($P < 0/01$). Convergent validity of Correlation Coefficient in Sexual Function Questionnaire (CSFQ-14) with scales the International Index of Erectile Function (IIEF) was desirable ($P < 0/01$). The findings also showed that there was a difference between employed and unemployed substance dependent men in sexual dysfunction, but no significant difference was observed in hospitalization history and education levels. **Conclusion:** International Index of Erectile Function (IIEF) had good reliability and validity and therefore a good tool to use in the population have substance dependent in Iran. In prevention and treatment planning, it is necessary to pay attention to the demographic factors affecting the International Index of Erectile Function (IIEF).

Key words: Erectile function, Reliability, Sexual Function Index, Substance Abuse, Validity

Citation: Babazadeh, Sh., Habibi, M., Sadeghi-Firoozabadi, V., & Gohari-Derakhshande, N. (2020). Study of Psychometric Properties of the International Index of Erectile Function (IIEF) in Substance Dependent Men. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(4):435-457.

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) در مردان وابسته به مواد

شیدا بابازاده^۱، مجتبی حبیبی^{۲*}، وحید صادقی فیروزآبادی^۳ و ندا گوهری درخشنده^۴

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی خانواده درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ایمیل: Habibi.m@iums.ac.ir
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: اختلال در عملکرد نعوظی یکی از مشکلات ناشی از وابستگی به مواد است که سنجش و ارزیابی آن دارای اهمیت است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی نسخه فارسی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) در بین مردان وابسته به مواد صورت گرفت. **روش:** جامعه آماری این پژوهش مقطعی افراد مذکر دارای سوء مصرف مواد بودند که به مرکز ملی مطالعات اعتیاد و کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، تعداد ۴۵۰ نفر شرکت‌کننده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) و پرسشنامه عملکرد جنسی (CSFQ-14) استفاده شد. **یافته‌ها:** بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است که بارهای عاملی همه سؤال‌ها روی مؤلفه اصلی در حد رضایت‌بخشی است. ضریب آلفای کرونباخ شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) در حد مطلوب بود ($P < 0/01$). بررسی روایی همگرا از طریق محاسبه ضریب همبستگی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) با مقیاس عملکرد جنسی (CSFQ-14) در حد مطلوب بود ($P < 0/01$). همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مردان وابسته به مواد شاغل و بیکار از نظر اختلال عملکرد جنسی تفاوت وجود دارد اما در مورد سابقه بستری و سطوح تحصیلات تفاوت معناداری مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بود و ابزار مناسبی جهت استفاده در بین جمعیت وابسته به مصرف مواد در ایران محسوب می‌شود. در برنامه‌ریزی‌های پیشگیری و درمان لازم است به عوامل دموگرافیک مؤثر بر شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) توجه شود.

کلید واژه‌ها: پایایی، روایی، سوء مصرف مواد، شاخص عملکرد نعوظی، عملکرد جنسی

مقدمه

در سال‌های اخیر به دلیل شیوع بالای سوء مصرف مواد در بین سنین مختلف و اهمیت توجه به پیامدهای زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی (شاه‌محمدی و تقی‌لو، ۱۳۹۸)، غربالگری و تشخیص مشکلات مرتبط با مصرف مواد به طور گسترده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (میدگ و لنگ، ۲۰۱۱). کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند سوء مصرف مواد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از سوء مصرف مواد، هر روزه بر شمار سوء مصرف‌کنندگان افزوده می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد که ۲۵ درصد جمعیت دنیا مصرف مواد را تجربه کرده‌اند (نجارزادگان، تولایی و کرمی، ۱۳۹۱) و ۱۵ درصد آن‌ها به بیماری‌های ناشی از سوء مصرف مواد مبتلا شده‌اند (نجارزادگان و همکاران، ۱۳۹۱).

اختلال عملکرد جنسی^۱ یکی از اختلالات اساسی است که به درجات مختلف و اشکال مختلفی در بین افراد دارای سوء مصرف مواد مشاهده می‌شود (کاظمی، قربانی، بحرینی بروجنی و سپهری بروجنی، ۱۳۹۳). اطلاعات بسیار محدودی در زمینه میزان بروز اختلالات عملکرد جنسی وجود دارد (ام‌سی‌کیب و همکاران، ۲۰۱۳)؛ ولی بصیرنیا و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش مرور سیستماتیک خود نشان دادند شیوع اختلال در عملکرد جنسی در مردان حدود ۰/۱۰ الی ۰/۲۵ و در زنان حدود ۰/۲۵ الی ۰/۶۴ برآورد شده است (به نقل از ناصحی و همکاران، ۲۰۱۷). اختلال عملکرد جنسی نعوظی^۲ اثر مصرف مداوم و مزمن مواد افیونی، همواره یکی از مشکلات جدی است که سوء مصرف‌کنندگان مواد با آن مواجه هستند (ازگلی، ضیایی، احمدی و آذر، ۱۳۹۴).

اختلال عملکرد جنسی نعوظی یکی از موارد اختلال در عملکرد جنسی مردان بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی محسوب می‌شود (سادوک، سادوک و روئیز،^۳ ۲۰۱۵). سوء مصرف مواد یکی از رایج‌ترین عوامل موثر در بروز اختلال نعوظ در مردان زیر ۴۰ سال است (دوناتوچی و لوئی، ۱۹۹۳). پژوهش‌های انجام شده در کشورهای توسعه یافته نشانگر افزایش شیوع اختلال نعوظی در مردان است. از میان مردانی که برای مراقبت‌های اولیه مراجعه کرده بودند، درصد قابل توجهی (۵۷/۴ در نیجریه، ۶۳/۶ در مصر و ۸۰/۸ در پاکستان) به اختلال نعوظی مبتلا بودند (گادیگونکار و مورتی، ۲۰۱۹). در ایران نیز پژوهش رضاخانیها و صفری نژاد (۱۳۸۵) شیوع اختلال نعوظی در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه را ۲۲/۷٪ به دست آورد. شیوع اختلال نعوظی در بین افراد دارای سوء مصرف مواد بین ۰/۵ الی ۵۹/۳٪ برآورد شده است (کوسمر، کوسمر و دیلباز، ۲۰۱۶). اختلال نعوظی به‌صورت ناتوانی در ایجاد و حفظ نعوظ لازم

^۱ . sexual dysfunction disorder

^۳ . Sadock, Sadock & Ruiz

^۲ . sexual dysfunction erectile

جهت انجام فعالیت جنسی رضایت‌بخش تعریف می‌گردد (دراگاتیس و برنت، ۲۰۰۸). علت اصلی بروز اختلال نعوظی در مردان، پدید نیامدن فشار کافی در سامانه کاورنوز اندام جنسی است و عوامل فیزیکی (بیماری‌های عروقی، دیابت‌ها، اختلال دستگاه عصبی، مشکلات هورمونی، جراحی، ضربه‌ها، شرایط پزشکی مزمن و اثرات جانبی داروهای تجویز شده، سبک زندگی نافع، مصرف بیش از اندازه الکل و سیگار) و عوامل روان‌شناختی (عزت نفس پایین، تنیدگی، افسردگی، احساس گناه و مشکلات ارتباطی) در بروز این اختلال تأثیر دارند (ازگلی و همکاران، ۱۳۹۴).

در سال‌های اخیر ابزارهای بالینی و استاندارد شده چند بعدی برای اندازه‌گیری کارکرد جنسی و ارزیابی کمی اثرات درمانی ساخته شده است و به کمک این ابزارها درمانگران توانسته‌اند با کارکرد جنسی همسران بیشتر آشنا شوند و در حال حاضر مقیاس‌ها یا ابزارهای متنوعی برای سنجش ارزیابی عملکرد جنسی نعوظی و تغییرات ناشی از مداخلات درمانی در دسترس است. از جمله مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی^۱ که توسط فیختن و همکاران در سال ۱۹۹۸ و بر پایه بررسی‌های بندورا، آدامز و بیرز، پرسشنامه اهداف برای درمان جنسی (لوبیتز و بیکر، ۱۹۷۹) و پرسشنامه دشواری نعوظی^۲ (رینولدز، ۱۹۷۸) ساخته شده است (رجبی، داستان و شهبازی، ۱۳۹۱). پرسشنامه خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی (۱۹۹۸) دارای ۲۵ ماده پنج گزینه‌ای (از خیلی زیاد= ۵ تا خیلی کم= ۱) است. نمره کل در این مقیاس با جمع کردن نمره ماده‌ها و تقسیم کردن بر شمار آن‌ها به دست می‌آید و دامنه نمره‌ها از ۲۵ تا ۱۲۵ نوسان دارد. این مقیاس توسط خود مردان برای به دست آوردن درجه‌بندی‌های شخصی یا همسر، با هدف به دست آوردن اطمینان او تکمیل می‌شود. همچنین این ابزار برای سنجش بعد شناختی و میزان اعتماد و اطمینان جنسی ساخته شده است (رجبی و همکاران، ۱۳۹۱). یکی دیگر از مقیاس‌هایی که در این زمینه طراحی شده است، پرسشنامه دشواری نعوظی است که توسط رینولدز در سال ۱۹۷۸ ساخته شده است که یک مقیاس چندبعدی ۴۰ سؤالی است و شامل ۶ خرده مقیاس عملکرد جنسی فعلی (حال حاضر)، ارزیابی قبلی، درمان‌های قبلی، ریسک فاکتورهای اختلال نعوظ، سابقه پزشکی و تاریخچه خانوادگی است. از نقاط ضعف این ابزار می‌توان به طولانی بودن آن، قدیمی بودن و مشکلات اجرای آن در افراد دارای اعتیاد اشاره کرد که باعث شده این ابزار کارایی لازم را برای سنجش مشکلات نعوظی در بین مردان نداشته باشد (روزن و همکاران، ۱۹۹۷). پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی^۳ (کوستا و همکاران، ۲۰۰۳)،

1. Cavernous system

2. Sexual Self-Efficacy scale erectile functioning

3. Erectile Difficulty Questionnaire

4. quality of sexual life questionnaire

پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی^۱ (سیموندز، بول و کوویرک، ۲۰۰۵)، مقیاس رابطه جنسی^۲ (کلارک، اولیت، پاول و میلبرگ، ۱۹۸۷) و مقیاس جهت‌گیری مبادله‌ای^۳ (کلارک، تارابان، هو و وسنر، ۱۹۸۹) از دیگر ابزارهایی است که جهت سنجش کارکرد جنسی تهیه شده‌اند. خوشبختانه در دهه‌های اخیر پرسشنامه‌های کوتاهی که در بردارنده حوزه‌های اصلی اختلالات عملکرد جنسی نعوظی است، مانند آزمون شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی^۴ که برای بررسی نیرومندی نعوظ و میزان رضایتمندی افراد از روابط جنسی توسط روزن و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است. این مقیاس ۱۵ سؤالی است و ۵ محدوده اصلی عملکرد جنسی شامل عملکرد ارگاسمیک، میل جنسی، عملکرد نعوظی، رضایت از مقاربت و رضایت کلی فرد را می‌سنجد. روزن و همکاران (۱۹۹۷)، آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های عملکرد نعوظی، عملکرد ارگاسمیک، میل جنسی، رضایت از مقاربت و رضایت کلی را به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۶۸، ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۱ بدست آوردند. کوئک، لو، رازاک، چوا و لوه (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. پایایی و روایی این شاخص جهان‌شمول که به طرز گسترده‌ای در سایر کشورها استفاده می‌گردد توسط مهربان، شعبانی‌نیا، نادری و اصفهانی (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای که بر روی نسخه فارسی بین‌المللی عملکرد نعوظ و نقش سونوگرافی داپلر در ارزیابی مردان مبتلا به ناتوانی جنسی، صورت پذیرفت، تایید شده است.

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که ابزارهای مختلفی جهت بررسی اختلال در عملکرد جنسی وجود دارد، بعضی از این ابزارها مانند پرسشنامه خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی (۱۹۹۸) و پرسشنامه دشواری نعوظی (۱۹۷۸) طولانی و زمان‌بر هستند، در حالی که شاخص بررسی شده در پژوهش حاضر دارای ۱۵ سؤال بوده و به سهولت قابل اجرا است. اکثر ابزارهای تهیه شده معمولاً بخشی از عملکردهای جنسی افراد را مورد ارزیابی قرار داده‌اند، به‌عنوان مثال پرسشنامه خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی (۱۹۹۸) صرفاً به سنجش بعد شناختی و میزان اعتماد و اطمینان جنسی افراد و پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی (۲۰۰۵) صرفاً به کیفیت رابطه جنسی پرداخته است، در حالی که شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (۱۹۹۷) علاوه بر ابعاد جسمانی و عملکرد ارگاسمیک فرد، میل جنسی، عملکرد نعوظی، رضایت فرد از مقاربت و رضایت کلی را نیز مورد پوشش قرار می‌دهد. شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (۱۹۹۷) برای استفاده در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی طراحی شده است (روزن و همکاران، ۱۹۹۷) و این امکان را برای

۱. sexual quality of life questionnaire

۲. sexual relationship scale

۳. exchange orientation scale

۴. international index of erectile function (IIEF)

آزمونگر فراهم می‌کند که جهت ارزیابی عملکرد جنسی جمعیت‌های بالینی و غیربالینی از این ابزار استفاده کند. همچنین پژوهشی در خصوص بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (۱۹۹۷) موجود نیست.

نظر به اینکه عملکرد نعوظی یک مؤلفه مهم در رابطه با عملکرد جنسی است، همچنین با در نظر گرفتن اینکه خط مقدم هرگونه برنامه مداخلاتی در رابطه با مشکلات جنسی، شناسایی این اختلال است و شناسایی خود نیازمند به ابزاری معتبر است لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی نسخه فارسی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی در بین مردان دارای سوءمصرف مواد صورت گرفت. به عبارت دیگر، این مطالعه با هدف بررسی تعمیم‌پذیری شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی صورت می‌گیرد و آزمون‌های بیشتری را برای اعتبار و روایی همگرا و روایی سازه آن فراهم می‌کند. اهداف دیگر مطالعه به منظور ارزیابی وضعیت تأهل، سن، نوع ماده مصرفی و روش مصرف (در صورت وجود) در میانگین نمرات مقیاس این ابزار است.

روش

جامعه آماری این پژوهش مقطعی کلیه افراد مذکر دارای سوءمصرف مواد بودند که به مرکز ملی مطالعات اعتیاد و کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه مورد نیاز برای تحلیل عامل تأییدی به ازای هر سؤال ۱۵ مورد است (هومن، ۱۳۹۸)، که با توجه به تعداد سؤالات شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی که ۱۵ سؤال است، حدود ۲۲۵ نفر مناسب است. به منظور نمونه‌گیری ابتدا از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۸ منطقه را از شمال، جنوب، شرق و غرب تهران انتخاب و از هر منطقه ۴ کلینیک ترک اعتیاد انتخاب شد و از هر کلینیک تقریباً تعداد ۱۶ نفر را به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شد. که در نهایت، تعداد ۵۰۰ نفر از این افراد که واجد معیارهای ورود بودند، انتخاب شدند. و پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص در نهایت تحلیل بر اساس ۴۵۰ نفر از شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شد. از نظر محدوده سنی ۱۰۹ نفر (۲۴/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان کمتر از ۳۰ سال، ۱۰۴ نفر (۲۳/۱ درصد) از آنان بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۸۲ نفر (۱۸/۲ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۱۵۵ نفر (۳۴/۴ درصد) بالاتر از ۴۱ سال داشتند. از نظر میزان تحصیلات ۲۶ نفر (۵/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان بی‌سواد بودند. میزان تحصیلات ۸۲ نفر (۱۸/۲ درصد) ابتدایی، میزان تحصیلات ۱۵۳ نفر (۳۴/۰ درصد) راهنمایی، میزان تحصیلات ۱۵۵ نفر (۳۴/۴ درصد) دیپلم و میزان تحصیلات ۳۴ نفر (۷/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان لیسانس یا بالاتر از لیسانس بود. از نظر وضعیت شغلی ۲۵۴ نفر (۵۶/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان شاغل و ۱۹۳ نفر (۴۲/۹ درصد) از آنان

بی‌کار بودند. گفتنی است که ۳ نفر از شرکت‌کنندگان وضعیت شغلی خود را تعیین نمودند. از نظر نوع ماده مصرفی ۲۲۲ نفر (۴۹/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان تنها هروئین، ۱۴۳ نفر (۴۹/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای اعتیاد به سوءمصرف دو ماده هروئین و مرفین، ۴۴ نفر (۹/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای اعتیاد به سوءمصرف سه ماده هروئین، مرفین و شیشه و ۴۱ نفر (۹/۱ درصد) دیگر از سایر مواد مخدر استفاده می‌کردند. بر اساس سابقه بستری ۸۸ نفر (۱۹/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای سابقه بستری و ۳۵۷ نفر (۷۹/۳ درصد) فاقد سابقه بستری بودند. گفتنی است که ۵ نفر به سؤال مربوط به داشتن یا نداشتن سابقه بستری پاسخ ندادند. براساس سابقه خانوادگی مصرف مواد ۱۷۴ نفر (۳۸/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای سابقه خانوادگی سوءمصرف مواد و ۲۷۶ نفر (۶۱/۳ درصد) فاقد سابقه خانوادگی سوءمصرف مواد بودند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بوده‌اند از: داشتن سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، دارا بودن سوءمصرف مواد مخدر بر اساس نتایج آزمایش ادرار و عدم وابستگی به مواد محرک که بر اساس پرونده فرد مورد نظر مشخص شده، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی سوءمصرف مواد افیونی به تشخیص اولیه روان‌پزشک و تشخیص روان‌شناس بالینی براساس نتایج مصاحبه SCID-I/CV و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی.

ملاک‌های خروج از پژوهش به این شرح بوده‌اند: داشتن علائم سایکوتیک در ۶ ماه گذشته که در پرونده قید شده باشد، اختلال ارگانیک مغزی در ۶ ماه گذشته، که در پرونده قید شده باشد، داشتن افکار جدی در مورد خودکشی بر اساس مصاحبه روان‌پزشک که در پرونده قید شده باشد، و دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به تشخیص اولیه روان‌پزشک براساس مصاحبه تشخیصی یا به تشخیص روان‌شناس بالینی براساس نتایج مصاحبه SCID-I/CV، که در پرونده قید شده است.

ابزار پژوهش

۱. **آزمون اختلال عملکرد جنسی (CSFQ-14):** این آزمون توسط کالر، ام‌سی‌کاروی و کلاپتون در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است. این آزمون دارای ۱۴ سؤال است که ۴ خرده مقیاس را اندازه‌گیری می‌کند (خرده مقیاس‌ها شامل میل، برانگیختگی، ارگاسم و لذت هستند). نمره‌گذاری این آزمون به وسیله طیف پنج درجه‌ای لیکرت است (۱= هرگز و ۵= همیشه). حاصل جمع تمامی سؤالات نشانگر نمره این آزمون است که دامنه نمرات این آزمون از ۱۴ الی ۷۰ هستند. نمرات بالا در این آزمون نشانگر عملکرد جنسی بهتر و همچنین نمرات پایین نشانگر اختلال عملکرد جنسی است (کالر و همکاران، ۲۰۰۶). کالر و همکاران (۲۰۰۶) آلفای کرونباخ

مقیاس را برای مردان ۰/۸۹ گزارش دادند و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های میل، برانگیختگی، ارگاسم و لذت را به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ گزارش کردند. لیانزه و همکاران (۲۰۱۱) برای بررسی روایی این ابزار از روایی واگرا استفاده کردند و روایی واگرای این مقیاس با مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی^۱ ۰/۲۶۳ - ($P < ۰/۰۱$) به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود. در ایران نیز بابازاده (۱۳۹۵) در پژوهش خود آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۶۴ به دست آورد و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های میل، برانگیختگی، ارگاسم و لذت را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۱، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ گزارش کرد. بابازاده (۱۳۹۵) از طریق محاسبه ضریب همبستگی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی با مقیاس عملکرد جنسی روایی همگرای این مقیاس را ارزیابی کرد و نتیجه نشان داد روایی همگرای این ابزار در حد مطلوب بود ($P < ۰/۰۱$).

۲. شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF): این مقیاس بوسیلهٔ روزن و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است. این مقیاس ۱۵ سؤالی است و ۵ محدوده اصلی عملکرد جنسی شامل عملکرد ارگاسمیک، میل جنسی، عملکرد نعوظی، رضایت از مقاربت و رضایت کلی فرد را می‌سنجد (روزن و همکاران، ۱۹۹۷). کوئک و همکاران (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۴ گزارش دادند (کوئک و همکاران، ۲۰۰۲). روزن و همکاران (۱۹۹۷) آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های عملکرد نعوظی، عملکرد ارگاسمیک، میل جنسی، رضایت از مقاربت و رضایت کلی را به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۶۸، ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۱ بدست آوردند. وان کولنبرگ، بورین و ویکسترا (۲۰۱۹) روایی همگرای این مقیاس را با مقیاس شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی ۵ سؤالی ۰/۹۲ گزارش کردند ($P < ۰/۰۵$). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه در حد مطلوب بود ($P < ۰/۰۱$) و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های عملکرد ارگاسمیک، میل جنسی، عملکرد نعوظی، رضایت از مقاربت و رضایت کلی فرد به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۹، ۰/۸۷، ۰/۸۸ و ۰/۶۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر بررسی روایی همگرا از طریق محاسبهٔ ضریب همبستگی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی با مقیاس عملکرد جنسی در حد مطلوب بود ($P < ۰/۰۱$).

شیوهٔ اجرا

ابتدا پرسشنامهٔ شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی به فارسی ترجمه شد و سپس به انگلیسی برگردانده شد و مقایسهٔ آن با نسخهٔ اصلی انگلیسی توسط یک متخصص زبان انجام شد که این مقایسه نشان داد بین دو پرسشنامه هماهنگی وجود دارد. سپس پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از

^۱ . Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)

افراد دارای اعتیاد قرار گرفت تا واضح و قابل فهم بودن سؤالات بررسی شود. به هر کدام از سؤالات یک پاسخ پنج گزینه‌ای با طیف لیکرت اختصاص داده شد که به ترتیب از غیرقابل فهم (نمره صفر) تا کاملاً واضح (نمره ۴) نمره‌گذاری شد. برای جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم به مرکز ملی مطالعات اعتیاد و کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه شد. در این مراکز پس از ارائه توضیحات لازم به هر گروه از افراد نمونه و روشن کردن اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد داوطلب قرار گرفت و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. که در نهایت، از میان ۵۰۰ پرسشنامه تعداد ۵۰ پرسشنامه مخدوش کنار گذاشته شد و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزارهای اس پی اس اس و لیزرل استفاده شد.

یافته‌ها

مدل اندازه‌گیری

ابتدا برازش آماری مدل اندازه‌گیری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار لیزرل ۸/۸ مورد بررسی قرار گرفت. مدل مورد بررسی پرسشنامه شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی شامل مدل پنج بعدی، با بار شدن ۱۵ سؤال روی پنج عامل بود. در جدول ۱ بارهای عاملی، خطای استاندارد برآورد پارامترها، آزمون t برای بررسی معنی‌داری پارامترها و ضریب تبیین پارامترها ارائه شده است. با توجه به نقض مفروضه نرمال بودن از روش بیشینه درست‌نمایی حداکثر مقاوم در برابر نقض مفروضه نرمال بودن توزیع، برای برآورد مدل و از شاخص‌های زیر برای برازش مدل استفاده شد: شاخص مجذور خی ساتورا-بنتلر (χ^2)^۱، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df)^۲، شاخص نیکویی برازش (GFI)^۳، شاخص نیکویی برازش انطباقی ($AGFI$)^۴، مقایسه‌ای (CFI)^۵، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب ($RMSEA$)^۶ و باقی‌مانده ریشه مجذور میانگین ($RMSR$)^۷.

بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است بارهای عاملی همه سؤالات روی مؤلفه اصلی در حد رضایت‌بخشی است ($P=0/45$) (جدول ۱). بررسی میزان تفاوت برازش مدل مورد بررسی حاکی از آن بود که مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد، یعنی نتایج پژوهش از مدل پنج عاملی حمایت می‌کند. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش

۱. Satorra-Bentler scaled chi-square

۲. Goodness of Fit Index

۳. Adjusted Goodness of Fit Index

۴. Comparative Fit Index

۵. Root Mean Square Error of Approximation

۶. Root Mean Square Residual

نسبتاً مطلوبی با داده‌ها دارد. شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت دارد و شاخص‌های RMSEA و RMR بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد و بر مبنای شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی برازش رضایت‌بخش هست (جدول ۲ و نمودار ۱).

جدول ۱. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی

سؤال	بارهای عاملی	t. value	Z-نرمال بودن تک متغیره
۱- هر چند وقت یکبار از مواد (به غیر از الکل) استفاده می‌کنید؟	۰/۷۱	۱۹/۳۸	۲/۰۹
۲- آیا بیشتر از یک نوع مواد را در یک زمان مصرف می‌کنید؟	۰/۸۱	۲۳/۶۹	۲/۳۴
۳- وقتی که مواد مصرف می‌کنید، چند بار در یک روز معمولی مواد مصرف می‌کنید؟	۰/۷۸	۲۳/۵۳	۲/۳۳
۴- هر چند وقت یکبار به شدت تحت تأثیر مواد قرار می‌گیرید؟	۰/۷۶	۲۱/۹۴	۲/۲۲
۵- در طول سال گذشته، آیا احساس کرده‌اید اشتیاقان برای مواد در حدی است که شما نمی‌توانید در مقابل آن مقاومت کنید؟	۰/۷۸	۲۲/۵۱	۲/۶۶
۶- آیا در طول سال گذشته اتفاق افتاده که نتوانید مصرفی که شروع کرده‌اید را متوقف کنید؟	۰/۷۹	۲۴/۹۸	۱/۹۳
۷- در طول سال گذشته، هر چند وقت یکبار مواد مصرف کرده‌اید و سپس کارهایی را که باید انجام می‌دادید بی توجه بوده‌اید؟	۰/۸۶	۳۰/۶۰	۲/۳۴
۸- در طول سال گذشته هر چند وقت یکبار صبح شبی قبلی که مصرف سنگین موادی داشته‌اید، نیاز به مصرف داشته‌اید؟	۰/۸۶	۲۸/۹۱	۲/۲۵
۹- در طول سال گذشته هر چند وقت یکبار احساس گناه یا عذاب وجدان به خاطر مصرف مواد داشته‌اید؟	۰/۸۷	۲۷/۲۲	۲/۴۲
۱۰- آیا شما یا فرد دیگری از مصرف مواد شما صدمه دیده است (روانی یا جسمی)؟	۰/۸۳	۲۴/۶۵	۲/۵۶
۱۱- آیا یک خویشاوند یا یک دوست، یک دکتر یا پرستار، یا هر کسی دیگری در مورد مصرف مواد شما نگران بوده‌اند یا به شما گفته‌اند که باید مصرف مواد را متوقف کنید؟	۰/۸۱	۱۹/۱۶	۳/۰۹
۱۲- آیا یک خویشاوند یا یک دوست، یک دکتر یا پرستار، یا هر کسی دیگری در مورد مصرف مواد شما نگران بوده‌اند یا به شما گفته‌اند که باید مصرف مواد را متوقف کنید؟	۰/۷۱	۱۵/۱۵	۲/۹۷

۱۳- آیا یک خویشاوند یا یک دوست، یک دکتر یا پرستار، یا هر کسی دیگری در مورد مصرف مواد شما نگران بوده‌اند یا به شما گفته‌اند که باید مصرف مواد را متوقف کنید؟	۰/۶۹	۱۴/۶۵	۳/۱۴
۱۴- آیا یک خویشاوند یا یک دوست، یک دکتر یا پرستار، یا هر کسی دیگری در مورد مصرف مواد شما نگران بوده‌اند یا به شما گفته‌اند که باید مصرف مواد را متوقف کنید؟	۰/۶۸	۱۳/۸۱	۳/۱۳
۱۵- آیا یک خویشاوند یا یک دوست، یک دکتر یا پرستار، یا هر کسی دیگری در مورد مصرف مواد شما نگران بوده‌اند یا به شما گفته‌اند که باید مصرف مواد را متوقف کنید؟	۰/۴۵	۸/۹۹	۲/۹۲

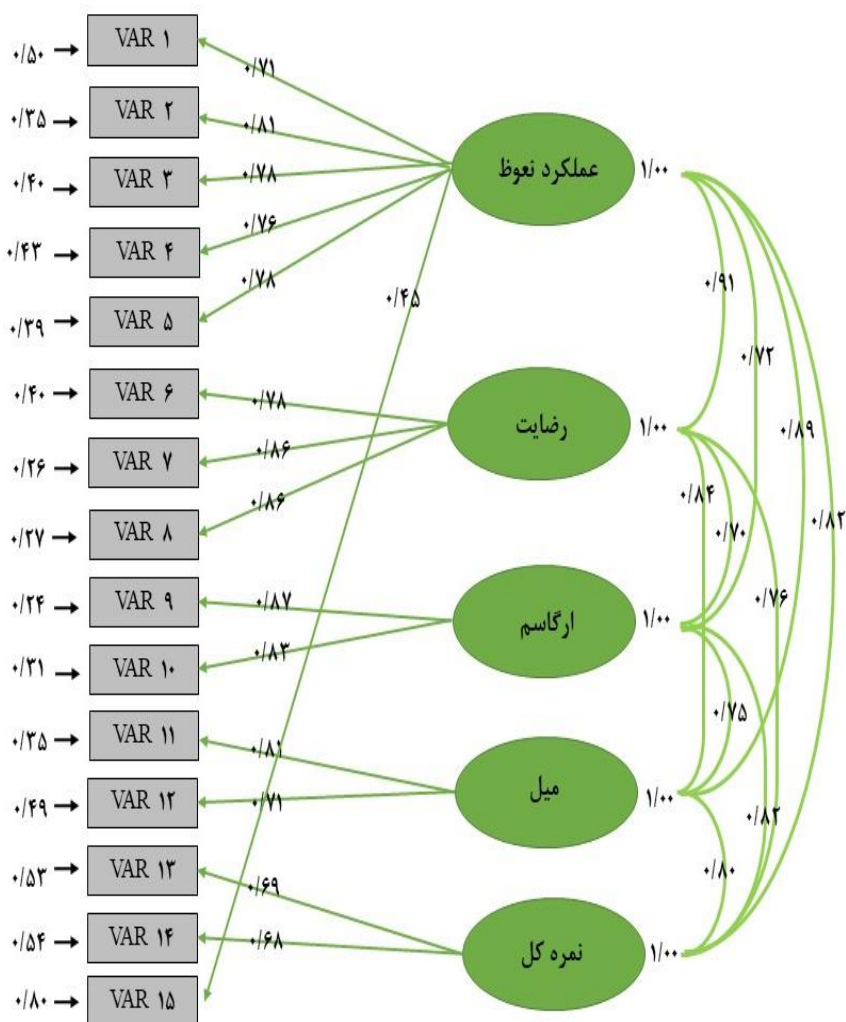
جدول ۲. آماره ماریا: نرمال بودن چند متغیره

کجی		چولگی		کجی-چولگی	
آماره	Z-Score	P-Value	آماره	Z-Score	P-Value
۱۹/۵۳	۱۶/۱۵	۰/۰۰۱	۳۰۱/۱۱	۱۳/۴۷	۰/۰۰۱

جدول ۳. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی

SRMR	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	χ^2/df	Df	χ^2 Satorra-Bentler
۰/۰۳۹	۰/۰۵۹	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۵	۲/۵۷	۸۰	۲۰۵/۸۴

روایی همزمان: به منظور ارزیابی روایی همزمان نمرات مؤلفه‌های حاصل از تحلیل عاملی پرسشنامه اختلال عملکرد نعوظی، ضرایب همبستگی مؤلفه‌های استخراج شده آن با مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد نعوظی محاسبه شد. جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب آلفای کرونباخ هر یک از مؤلفه‌های عملکرد جنسی و عملکرد نعوظی را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. آماره‌های استاندارد شده سؤالات پرسشنامه شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (IIEF) روی مدل پنج عاملی

جدول ۴. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های عملکرد جنسی و عملکرد نعوظی (IIEF)

متغیر حقیقی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. میل به لذت جنسی	-								
۲. فعالیت‌های تحریک‌کننده	۰/۳۷۰**	-							
۳. برانگیختگی جنسی	۰/۴۰۲**	۰/۴۱۰**	-						
۴. ارگاسم	۰/۵۰۲**	۰/۳۰۰**	۰/۳۶۵**	-					
۵. عملکرد نعوظی	۰/۴۰۶**	۰/۳۸۰**	۰/۳۵۱**	۰/۲۷۳**	-				
۶. عملکرد ارگاسمیک	۰/۳۴۸**	۰/۳۲۶**	۰/۲۴۸**	۰/۲۶۴**	۰/۷۴۶**	-			
۷. میل جنسی	۰/۳۹۰**	۰/۳۰۷**	۰/۳۰۵**	۰/۳۰۸**	۰/۶۲۹**	۰/۶۰۶**	-		
۸. رضایت از مقاربت	۰/۳۰۴**	۰/۳۰۸**	۰/۲۶۹**	۰/۲۶۱**	۰/۷۸۶**	۰/۷۷۷**	۰/۵۶۹**	-	
۹. رضایت کلی	۰/۳۷۴**	۰/۳۶۱**	۰/۲۵۹**	۰/۲۳۱**	۰/۵۹۱**	۰/۵۷۹**	۰/۵۸۴**	۰/۵۰۲**	-
میانگین	۱۲/۶۳	۹/۹۲	۱۲/۹۱	۸/۹۵	۱۴/۷۷	۵/۰۸	۶/۱۲	۶/۶۸	۶/۴۰
انحراف استاندارد	۳/۴۰	۲/۵۸	۲/۹۴	۲/۴۹	۸/۱۳	۳/۳۸	۲/۳۴	۴/۹۵	۲/۵۱
ضریب آلفای کرونباخ	۰/۷۵۱	۰/۶۸۱	۰/۶۱۳	۰/۷۱۱	۰/۸۷۴	۰/۸۶۴	۰/۶۹۹	۰/۸۸۵	۰/۶۲۵

$P^{**} < ۰/۰۱$ و $P^* < ۰/۰۵$

براساس نتایج ارائه شده در جدول ۴ همه مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ با همه ابعاد شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی همبسته‌اند. این موضوع بیانگر روایی همزمان پرسشنامه عملکرد جنسی است. همچنان که جدول فوق نشان می‌دهد، مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی ضرایب همبستگی بالایی با یکدیگر دارند و این موضوع نشان دهنده این است که همبستگی درونی مطلوب در بین مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی است. لازم به ذکر است که همسانی درونی هر یک از مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی با

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که هر یک از مؤلفه‌ها از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار هستند.

همچنین نتایج بررسی تفاوت موجود در میانگین نمره عملکرد نعوظی در دو گروه افراد دارای سوءمصرف مواد شاغل و بیکار از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره عملکرد نعوظی در افراد دارای سوءمصرف مواد شاغل ($M=41/65$) و افراد دارای سوءمصرف مواد بیکار ($M=34/35$) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود دارد ($P<0/01$). جهت مقایسه عملکرد نعوظی در افراد با سابقه به سوءمصرف مواد، با و بدون سابقه بستری از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که بین میانگین افراد با سابقه بستری ($M=35/75$) و افراد بدون سابقه بستری ($M=39/3$) تفاوت معنی‌داری از لحاظ عملکرد نعوظی وجود ندارد ($P=0/1$ ، $t(445)=-1/63$). بین میانگین نمره عملکرد نعوظی در افراد دارای سابقه به سوءمصرف مواد دارای سابقه خودکشی ($M=34/5$) و افراد دارای سابقه به سوءمصرف مواد بدون سابقه خودکشی ($M=39/46$) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود دارد ($P<0/05$ ، $t(445)=-2/4$). و بین میانگین نمره عملکرد نعوظی در افراد دارای سابقه به سوءمصرف مواد دارای سابقه مصرف مواد در خانواده ($M=37/1$) و افراد دارای سابقه به سوءمصرف مواد بدون سابقه مصرف در خانواده ($M=39/25$) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده نشد ($P=0/22$ ، $t(445)=-1/2$). به منظور مقایسه عملکرد نعوظی در افراد با سطوح تحصیلی مختلف، از آنوای یک‌راهه استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده آن است که بین افراد بی‌سواد ($M=41/27$)، ابتدایی ($M=39/16$)، تحصیلات راهنمایی ($M=38/6$)، دیپلم ($M=37/9$)، لیسانس ($M=36/9$)، و افراد دارای تحصیلات بالاتر ($M=38/7$) تفاوت معنی‌داری از لحاظ عملکرد نعوظی وجود ندارد ($P=0/8$ ، $F(5, 444)=0/43$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی نسخه فارسی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی در بین مردان دارای سوءمصرف مواد صورت گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سوءمصرف کنندگان شاغل و بیکار از نظر اختلال عملکرد جنسی تفاوت وجود دارد اما در مورد سابقه بستری و سطوح تحصیلات، تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. بررسی مقادیر بارهای عاملی شاخص عملکرد نعوظی حاکی از آن است که بارهای عاملی تمام سؤال‌ها، روی مولفه اصلی در حد رضایت‌بخشی است. همچنین نتایج نشان داد که همه مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی

به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ با همه ابعاد شاخص عملکرد نعوظی همبسته‌اند. این موضوع بیانگر روایی همزمان پرسشنامه عملکرد جنسی است. همچنین مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی ضرایب همبستگی بالایی با یکدیگر دارند که این موضوع نشان می‌دهد همبستگی درونی مطلوب در بین مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی وجود دارد. لازم به ذکر است که همسانی درونی هر یک از مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ملاحظه شد که هر یک از مؤلفه‌ها از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار هستند. بنابراین شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و ابزار مناسبی جهت استفاده در جمعیت دارای سوءمصرف مواد در ایران است. همچنین توجه به عوامل دموگرافیک مؤثر بر شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی در برنامه‌ریزی‌های پیشگیری و درمان لازم است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های گونزالز و همکاران (۲۰۱۳)؛ وان کولنبرگ و همکاران (۲۰۱۹) و کلوپینگ، محرم و رسواری (۲۰۲۰) همخوانی دارد. گونزالز و همکاران (۲۰۱۳) شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی را برای شرکت‌کنندگان اهل برزیل که مشکلات سوخت و ساز قلبی و ریوی داشتند اجرا کردند و شاخص‌های پایایی و روایی این ابزار را محاسبه کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی، ابزاری پایا و روا برای بررسی عملکرد جنسی افرادی که مشکلات سوخت و ساز قلبی و ریوی دارند، محسوب می‌شود. وان کولنبرگ و همکاران (۲۰۱۳) شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی را برای بیماران اهل کشور هلند که مشکلات اورولوژی داشتند، هنجاریابی کردند. نتایج پژوهش نشان داد شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. کلوپینگ و همکاران (۲۰۲۰) نیز در پژوهش خود به هنجاریابی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی در جامعه‌ی اندونزی پرداختند. نتایج نشان داد شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی، هم برای تشخیص‌های کلینیکی و هم برای بررسی عملکرد جنسی افراد جامعه اندونزی، ابزاری پایا و روا محسوب می‌شود. شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی برای جمعیت‌های بالینی از جمله افراد دارای سوءمصرف مواد و غیر بالینی طراحی شده است (روزن و همکاران، ۱۹۹۷) و این امکان را برای آزمونگر فراهم می‌کند که جهت ارزیابی عملکرد جنسی جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی از این ابزار استفاده کند و این مورد از جمله نقاط قوت این ابزار محسوب می‌شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان به صورت کتبی رعایت شد و همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

سپاسگزاری

از کلیه عزیزانی که در مراحل انجام این پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم شیدا بابازاده فارغ التحصیل روان‌شناسی خانواده‌درمانی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی با عنوان "رابطه تنظیم هیجان و سبک زندگی با اختلال عملکرد جنسی در مردان سوءمصرف مواد: نقش واسطه‌ای رضایت زناشویی" است.

تعارض منافع

پروپزال این پژوهش در تاریخ ۱۳۹۴/۹/۱۷ در شورای پژوهشی پژوهشکده خانواده تصویب و با شماره فعالیت ۳۱۰۵۲ در سیستم گلستان ثبت گردیده، از نظر رعایت اصول اخلاقی در پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است و منع اخلاقی برای انتشار ندارد.

منابع

ازگلی، گیتی؛ ضیایی، سعیده؛ احمدی، فضل‌الله؛ آذر، ماهیار. (۱۳۹۴). طراحی الگوی اصلاح رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ. *فصلنامه پیشرفت در پرستاری و مامایی*، ۲۵ (۸۸): ۳۹-۴۹.

[پیوند]

بابازاده، شیدا. (۱۳۹۵). *رابطه تنظیم هیجان و سبک زندگی با اختلال در عملکرد جنسی در مردان سوء مصرف مواد: نقش واسطه ای رضایت زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد خانواده درمانی. پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران. [پیوند]

داراب، مهربان؛ شعبانی نیا، شهرام؛ نادری، غلامحسین؛ اصفهانی، فاطمه. (۱۳۸۵). پرسشنامه فارسی شاخص بین المللی عملکرد جنسی مردان و مقایسه آن با سونوگرافی داپلر در بررسی مبتلایان به ناتوانی جنسی. *نشریه جراحی/ایران*، ۱۴ (۱): ۳۱-۲۵. [پیوند]

رجبی، غلامرضا؛ داستان، نصیر؛ شهبازی، مسعود. (۱۳۹۱). پایی و روایی مقیاس خودکارآمدی جنسی-کنش وری نعوظی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۱۸ (۱): ۸۲-۷۴. [پیوند]

رضاخانیها، بیژن و صفری نژاد، محمدرضا. (۱۳۸۵). بررسی فراوانی انواع اختلال جنسی و عوامل مرتبط در بیماران مرد مراجعه کننده به درمانگاه اورولوژی بیمارستان ۵۰۱ ارتش طی سال‌های ۱۳۸۳-۸۴. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۴ (۴): ۱۰۴۵-۱۰۴۱. [پیوند]

شاه‌محمدی، معصومه و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۸). پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس نظام های فعال ساز-بازدارنده رفتاری و بیش فعالی بزرگسالی در مردان دچار سوء مصرف مواد. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۳ (۱): ۳۳-۵۳. [پیوند]

نجارزادگان، محمدرضا؛ تولایی، سید عباس؛ کرمی، غلامرضا. (۱۳۹۱). پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در پرسنل نیروهای انتظامی. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طبيب شرق)*، ۱۴ (۲): ۸-۱. [پیوند]

هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۸). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت). [پیوند]

Clark, M. S., Oullette, R., Powell, M. C., & Milberg, S. (1987). Recipient's mood, relationship type, and helping. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 94. [Link]

Clark, M. S., Taraban, C., Ho, J., & Wesner, K. (1989). A measure of exchange orientation. *Unpublished manuscript, Carnegie Mellon University*. [Link]

Costa, P., Arnould, B., Cour, F., Boyer, P., Marrel, A., Jaudinot, E. O., & de Gendre, A. S. (2003). Quality of Sexual Life Questionnaire (QVS): a reliable, sensitive and reproducible instrument to assess quality of life in subjects with erectile dysfunction. *International journal of impotence research*, 15(3), 173-184. [Link]

- DeRogatis, L. R., & Burnett, A. L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*, 5(2), 289-300. [\[Link\]](#)
- Donatucci, C. F., & Lue, T. F. (1993). Erectile dysfunction in men under 40: etiology and treatment choice. *International journal of impotence research*, 5(2), 97-103. [\[Link\]](#)
- Ghadigaonkar, D. S., & Murthy, P. (2019). Sexual dysfunction in persons with substance use disorders. *Journal of Psychosexual Health*, 1(2), 117-121. [\[Link\]](#)
- González, A. I., Sties, S. W., Wittkopf, P. G., de Mara, L. S., Ulbrich, A. Z., Cardoso, F. L., & de Carvalho, T. (2013). Validation of the International Index of Erectile Function (IIFE) for use in Brazil. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 101(2), 176. [\[Link\]](#)
- Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of sex & marital therapy*, 32(1), 43-52. [\[Link\]](#)
- Kloping, Y. P., Muharram, F. R., & Reswari, A. M. (2020). Validity and reliability of the Indonesian version of the International Index of Erectile Function. *Journal of Clinical Urology*, 20(2), 109-117. [\[Link\]](#)
- Kumsar, N. A., Kumsar, Ş., & Dilbaz, N. (2016). Sexual dysfunction in men diagnosed as substance use disorder. *Andrologia*, 48(10), 1229-1235. [\[Link\]](#)
- Llaneza, P., Fernández-Iñarrea, J. M., Arnott, B., García-Portilla, M. P., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2011). Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire. *The journal of sexual medicine*, 8(8), 2144-2151. [\[Link\]](#)
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D. & Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152. [\[Link\]](#)
- Mdege, N. D., & Lang, J. (2011). Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: a systematic review. *Addictive behaviors*, 36(12), 1111-1119. [\[Link\]](#)
- Nasehi, A. A., Raisi, F., Ghaeli, P., Amini, M., Yahyavi, S. T., Arabkheradmand, J., ... & Abdi, F. (2017). Prevalence of sexual dysfunction among general population of Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(4). [\[Link\]](#)
- Quek, K. F., Low, W. Y., Razack, A. H., Chua, C. B., & Loh, C. S. (2002). Reliability and validity of the Malay version of the International Index of Erectile Function (IIEF-15) in the Malaysian population. *International journal of impotence research*, 14(4), 310-315. [\[Link\]](#)

- Reynolds, B. S. (1978). Erectile difficulty questionnaire. *Unpublished manuscript*) Los Angeles: *UCLA Human Sexuality Program*.[\[Link\]](#)
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830. [\[Link\]](#)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer. [\[Link\]](#)
- Symonds, T., Boolell, M., & Quirk, F. (2005). Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of sex & marital therapy*, 31(5), 385-397. [\[Link\]](#)
- Van Kollenburg, R. A., de Bruin, D. M., & Wijkstra, H. (2019). Validation of the electronic version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5 and IIEF-15): a crossover study. *Journal of medical Internet research*, 21(7), e13490. [\[Link\]](#)

پیوست

الف) پرسشنامه CSFQ-14 (ویژه مردان)

لطفاً با نهایت دقت و صداقت به عبارات زیر پاسخ دهید و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارید.

- سن: وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐ مدت ازدواج: میزان تحصیلات: نوع ازدواج: فامیلی ☐ غیر فامیلی ☐ تعداد فرزندان: میزان تحصیلات همسر: وضعیت اشتغال: شاغل ☐ غیر شاغل ☐ نوع رابطه با همسر: گرم ☐ صمیمانه ☐ احترام آمیز ☐ بی تفاوت ☐ سرد ☐ آیا تاکنون تصمیم به طلاق گرفته‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت داشتن تصمیم به طلاق علت آن مربوط به مشکلات فعلی شما بوده است؟ بله ☐ خیر ☐ زمان شروع مشکلات از همان اول ازدواج بوده است یا مدت‌ها بعد؟ اولیه ☐ ثانویه ☐ در صورت مصرف در مقابل آن علامت بزنید. داروهای اعصاب ☐ مواد مخدر ☐ سیگار ☐ سایر داروها ☐ نام ببرید: آیا از بیماری خاصی در رابطه با مشکل فعلیتان رنج می‌برید؟ بله ☐ خیر ☐ نام ببرید:

جملات	هرگز	بندرت	گاهگاهی	اغلب اوقات	هر روز
۱- در مقایسه با لذت‌بخش‌ترین دوران زندگی جنس خود در حال حاضر این زندگی برای شما لذت‌بخش و خوشایند است؟					
۲- هر چند وقت یکبار فعالیت جنسی (مثل: مقاربت جنسی، استمناء و ...) دارید؟					
۳- اغلب چقدر به انجام فعالیت جنسی میل دارید؟					
۴- اکنون چقدر به فعالیت جنسی میل دارید؟					
۵- آیا از کتاب‌ها و فیلم‌ها و موسیقی و آثار هنری که محتوی جنسی دارند لذت می‌برید؟					
۶- از تفکر درباره فعالیت جنسی یا خیال‌پردازی‌های جنسی چقدر لذت می‌برید؟					
۷- هر چند وقت یکبار بخاطر فعالیت جنسی مرتبط یا نامرتبط دچار نعوظ (تحریک شدگی) می‌شوید؟					
۸- آیا به آسانی در حالت نعوظ قرار می‌گیرید؟					
۹- آیا می‌توانید حالت نعوظ (تحریک شدگی) خود را حفظ کنید؟					
۱۰- هر چند وقت یکبار نعوظ‌های طولانی و دردآور دارید؟					
۱۱- هر چند وقت یکبار انزال دارید؟					
۱۲- آیا هر زمانی که بخواهید می‌توانید انزال داشته باشید؟					
۱۳- از ارگاسم (اوج لذت جنسی) خود چقدر لذت می‌برید؟					
۱۴- هر چند وقت یکبار ارگاسم (اوج لذت جنسی) دارید؟					

ب) شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی

با سلام و تشکر از همکاری شما، قبل از تکمیل پرسشنامه خواهشمندیم به موارد زیر دقت نمایید: اطلاعات حاصل از پرسشنامه شما کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و به جز تیم پژوهش هیچ کس به آن دسترسی نخواهد داشت. اطلاعات به صورت کلی ارائه خواهند شد و لذا تکمیل مشخصات شخصی مانند نام و یا نام خانوادگی ضرورتی ندارد.

۱- در طی یک ماه گذشته هر چند وقت یک بار در طی فعالیت جنسی نعوظ داشته‌اید:

صفر= فعالیت جنسی نداشته‌ام

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۲- در طی یک ماه گذشته وقتی شما نعوظ با تحریک جنسی داشتید، هرچندوقت یکبار نعوظتان برای

دخول به اندازه کافی سفت بود؟

صفر= فعالیت جنسی نداشته‌ام

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۳- در طی یک ماه گذشته وقتی شما قصد مقاربت دارید هر چند وقت یکبار توانایی دخول دارید؟

صفر= مقاربت نداشته‌ام

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۴- در طی یک ماه گذشته در طول مقاربت، هر چند وقت یکبار توانستید نعوظ خود را بعد از این که

دخول انجام شد حفظ کنید؟

صفر= مقاربت نداشته‌ام

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۵- در طی یک ماه گذشته در طول مقاربت حفظ نعوظتان برای کامل کردن مقاربت چقدر سخت بود؟

صفر= مقاربت نداشته‌ام

یک= خیلی خیلی مشکل

دو= خیلی مشکل

سه= مشکل

چهار= مختصری مشکل

پنج= مشکلی نداشتم

۶- در طی یک ماه گذشته چند بار اقدام به مقاربت داشته‌اید؟

صفر= هیچ اقدامی نداشتم

یک= یک تا دو بار اقدام کرده‌ام

دو= سه تا چهار بار اقدام کرده‌ام

سه= پنج تا شش بار اقدام کرده‌ام

چهار= هفت تا ده بار اقدام کرده‌ام

پنج= یازده بار یا بیشتر اقدام داشته‌ام

۷- در طی یک ماه گذشته وقتی شما اقدام به مقاربت کردید هر چند وقت یکبار این امر برای شما

رضایت بخش بود؟

صفر= مقاربت نداشتم

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۸- در طی یک ماه گذشته چقدر از مقاربت لذت برده‌اید؟

صفر= مقاربت نداشتم

یک= لذت‌بخش نبود

دو= خیلی لذت‌بخش نبود

سه= نسبتاً لذت‌بخش بود

چهار= خیلی لذت‌بخش بود

پنج= خیلی خیلی لذت‌بخش بود

۹- در طی یک ماه گذشته وقتی شما تحریک جنسی یا مقاربت داشتید، هرچند وقتی یکبار انزال

داشتید؟

صفر= تحریک جنسی/مقاربت نداشتم

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۱۰- در یک ماه گذشته وقتی شما تحریک جنسی یا مقاربت داشتید، هر چند وقت یک بار احساس

ارگاسم یا اوج لذت جنسی داشتید؟

صفر= تحریک جنسی / مقاربت نداشتم

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۱۱- در طی یک ماه گذشته هر چند وقت یکبار تمایلات جنسی داشته‌اید؟

یک= تقریباً هرگز/ هرگز

دو= چند بار (بسیار کمتر از نیمی از موارد)

سه= گاهی اوقات (حدود نیمی از موارد)

چهار= اکثر اوقات (خیلی بیشتر از نیمی از موارد)

پنج= تقریباً همیشه/ همیشه

۱۲- در طی یک ماه گذشته سطح میل جنسی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

یک= خیلی پائین

دو= پائین

سه= متوسط

چهار= بالا

پنج= خیلی بالا

۱۳- در طی یک ماه گذشته در کل چقدر از زندگی جنسی خود لذت برده‌اید؟

یک= خیلی ناراضی بودم

دو= بطور متوسط ناراضی بودم

سه= تقریباً رضایت و نارضایتی برابر بوده است

چهار= بطور متوسط راضی بودم

پنج= خیلی راضی بوده‌ام

۱۴- در طی یک ماه گذشته از رابطه جنسی خود با همسر/تان چه مقدار راضی بوده‌اید؟

یک= خیلی ناراضی بودم

دو= بطور متوسط ناراضی بودم

سه= تقریباً رضایت و نارضایتی برابر بوده است

چهار= بطور متوسط راضی بودم

پنج= خیلی راضی بوده‌ام

۱۵- در طی یک ماه گذشته میزان اعتماد به نفس خود در مورد اینکه بتوانید نعوظ داشته و آن را حفظ کنید چگونه ارزیابی می‌کنید؟

یک= خیلی پائین

دو= پائین

سه= متوسط

چهار= بالا

پنج= خیلی بالا

Research Article

Delay Discounting Test: Development and Evaluation of Psychometric Properties in a Sample of Iranian Children

V. Nejati^{1*}, A. Sarraj Khorrami², M. Sharifian³ & M. Jafarzadeh⁴

1. Associate Professor, Department of Cognitive Neuroscience (Brain and Cognition), Shahid Beheshti University. Email: nejati@sbu.ac.ir

2. PhD Candidate in educational psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

3. MA of general psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

4. MA of clinical psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim: Delay discounting, as a hot executive function, refers to a tendency toward smaller immediate rewards compared to larger delayed rewards. In the present study we aimed to design a Persian version of delay discounting test and evaluation of its psychometric properties. **Method:** In the present cross-sectional study, 219 elementary school students were required with the mean age of 9.72 years (7-12 years), by non-probably sampling. The delay discounting task was conducted on the subjects. This task was repeated in 35 students after 3 weeks. The ANOVA and Pearson correlation test was performed for the assessment of differential validity and test-retest reliability, respectively. **Results:** There was a significant difference between the educational groups and genders, at the level of $p < 0.05$. The Pearson correlation coefficient was 0.71 that represents the test-retest reliability of the delay discounting test. **Conclusion:** According to the results of this study girls had a better performance in delay discounting than boys and this task is a reliable and valid test for the evaluation of delay discounting in children.

Key words: Delay Discounting Test, Validity, Reliability

Citation: Nejati, V., Sarraj Khorrami, A., Sharifian, M., & Jafarzadeh, M. (2020). Delay Discounting Test: Development and Evaluation of Psychometric Properties in a Sample of Iranian Children. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(4):459-472.

آزمون درک ارزش آینده: طراحی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی در نمونه‌ای از کودکان ایرانی

وحید نجاتی^{۱*}، آذین سراج خرمی^۲، مریم شریفیان^۳ و مهناز جعفرزاده^۴

۱. دانشیار علوم اعصاب شناختی (مغز و شناخت)، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: nejati@sbu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: درک ارزش آینده که از جمله کارکردهای اجرایی گرم محسوب می‌شود که به گرایش افراد برای ترجیح پاداش فوری و بی‌واسطه در مقابل پاداش بزرگتر ولی با تاخیر، اشاره دارد. هدف از مطالعه حاضر طراحی نسخه فارسی آزمون ادراک ارزش آینده کودکان و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن است. روش: مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۲۱۹ دانش‌آموز مقطع ابتدایی شهر تهران با میانگین سنی ۹/۷۲ و دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال، از طریق نمونه‌گیری در دسترس، صورت گرفت. آزمون درک ارزش آینده بر روی نمونه‌ها اجرا شد. همچنین این آزمون بر روی ۳۵ دانش‌آموز با فاصله ۳ هفته تکرار گردید. برای بررسی روایی تمیز از آزمون آماری تحلیل واریانس دو راهه، برای مقایسه میانگین نمرات استفاده شد. همچنین از آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی تکرار پذیری و پایایی بازآزمون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار نمرات آزمون درک ارزش آینده، هم بین دو جنس و هم در پایه‌های تحصیلی مختلف، در سطح ۰/۰۵ بود. ضریب همبستگی پیرسون نیز برابر با ۰/۷۱ بود که نشان‌دهنده پایایی بازآزمون نتایج بود. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج این مطالعه، ارزش آینده برای دختران، نسبت به پسران بیشتر است و این آزمون یک ابزار روا و پایا برای ارزیابی درک ارزش آینده در کودکان است.

کلید واژه‌ها: آزمون درک ارزش آینده، روایی، پایایی

مقدمه

کارکردهای اجرایی^۱ اصطلاحی برای انواع مختلف فرایندهای شناختی مانند برنامه‌ریزی، توجه، مهار و خودتنظیمی است (گلدشتاین و ناگلیری، ۲۰۱۳). این کارکردها فرایندهای شناختی سطح بالایی هستند که منجر به تنظیم افکار و رفتار و به‌طور موفقیت‌آمیز سبب تحقق یک هدف خاص می‌شود (میاک و فریدمن، ۲۰۱۲). بر اساس مدل کارکردهای اجرایی، سه بعد اصلی آن حافظه کاری، مهار پاسخ و انعطاف‌پذیری شناختی است که کارکردهای اجرایی پیچیده از جمله برنامه‌ریزی و سازماندهی بر پایه آن شکل می‌گیرد (زلازو و کارلسون، ۲۰۱۲، گارون و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس تمایز بین کنترل محرک‌های هیجانی و مرتبط با پاداش در مقابل محرک‌های صرفاً شناختی، دو نوع کارکرد اجرایی قابل تعریف است: کارکردهای اجرایی گرم، پردازش شناختی معطوف به هدف و آینده‌گرا در زمینه‌هایی است که موجب انگیزش، هیجان و تنش بین لذت آنی و پاداش‌های طولانی‌مدت، برای مثال تصمیم‌گیری عاطفی یا دیرکرد پاداش می‌شود. در مقابل، کارکردهای اجرایی سرد به عنوان مهارت‌های معطوف به هدف و آینده‌گرایی تعریف می‌شود که صرفاً شناختی هستند و پردازش‌های شناختی مرتبط با آن، برانگیختگی هیجانی بالایی را شامل نمی‌شود و بر پایه منطق هستند مانند مهار، برنامه‌ریزی و حافظه کاری (نجاتی و همکاران، ۲۰۱۸). اثر دیرکرد پاداش یا درک ارزش آینده^۲ که از جمله کارکردهای اجرایی گرم و منعکس‌کننده تکانشگری رفتاری است، به گرایش افراد برای ترجیح پاداش فوری و بی واسطه به جای پاداش با تأخیر، حتی اگر مقدار پاداش تأخیری بزرگتر باشد، اشاره دارد (بیکل و مارش، ۲۰۰۱؛ گرین و مایرسون، ۲۰۰۴)، که پیش‌بینی‌کننده سوء مصرف مواد، رفتارهای جنسی پرخطر و دیگر رفتارهای نابهنجار است (ادم و همکاران، ۲۰۲۰). توانایی به تأخیر انداختن لذت و پاداش، رابطه نیرومندی با مهارت‌ها و رفتارهای ضروری برای دستیابی به موفقیت و پیشرفت در مدرسه دارد (ساکسلر، ۲۰۱۶). آزمایش مارشمالو^۳ یکی از مثال‌های مربوط به تکالیف اثر دیرکرد پاداش است که والتر میشل (۱۹۶۰)، پیشگام آن بود و نشان داد که کودکان در توانایی مهار تکانه‌ها و خودنظم‌بخشی به توجه و هیجان‌اتشان، در منتظر ماندن جهت دریافت پاداش مورد نظرشان، متفاوت هستند. این آزمایش بدین‌گونه بود که کودکان، یک به یک به اتاقی دعوت می‌شدند که روی میز آن یک شیرینی (مارشمالو) بود و به بچه‌ها گفته می‌شد که می‌توانند شیرینی را بردارند ولی اگر پانزده دقیقه صبر کنند و به شیرینی دست نزنند، علاوه بر همان شیرینی، یک شیرینی دیگر هم جایزه می‌گیرند (میشل و میشل^۴، ۱۹۸۳). آزمایش مارشمالو فرصتی را فراهم می‌کند

¹ executive function

² delay discounting

³ Marshmallow test

⁴ Mischel

تا نحوه تصمیم‌گیری و خودنظم‌دهی کودکان را در شرایطی که آن‌ها از نظر هیجانی مجبور به انتخاب بین انگیزه‌های متناقض می‌شوند، مشاهده کنیم (ساکسلر، ۲۰۱۶) برخی از تصمیمات روزمره نیازمند این است که افراد بین دستاوردهای فوری و کوتاه‌مدت در برابر بلندمدت و با تأخیر، دست به انتخاب بزنند (برای مثال انتخاب بین خرید یک وسیله در مقابل پس‌انداز کردن و سرمایه‌گذاری همان مقدار پول؛ دویت، ۲۰۰۹). تصمیم‌گیری زمانی منطقی است که بیشترین سود و منفعت را داشته باشد اما طبق مطالعات تصمیم‌گیری‌های کودکان در هنگام آزمون‌های مربوط به درک ارزش آینده، از الگوی معکوس پیروی می‌کند و اغلب آن‌ها دست به انتخاب‌های فوری می‌زنند که نظریه کمبود ظرفیت^۱، علت این نوع انتخاب‌ها را اینگونه توجیه می‌کند که یکی از دلایل احتمالی ناتوانی برای صبر کردن برای انتخاب‌های آینده، کمبود ظرفیت خودکنترلی است که بر اساس آن کودکان قابلیت مهار پاسخ‌های تکانشی خود را ندارند، که به دلیل عدم رشد کارکردهای اجرایی در کودکان است (کید و همکاران، ۲۰۱۳). بر طبق مطالعات افراد تکانشگر کمتر موفق به در نظر گرفتن گزینه‌های مؤخر در فرایند تصمیم‌گیری می‌شوند. بررسی الگوی به تأخیر انداختن پاداش در کودکان، به فهم این‌که چرا عده‌ای از افراد پاداش فوری و کوچک‌تر را ترجیح می‌دهند و برخی دیگر پاداش بیشتر اما با تأخیر را انتخاب می‌کنند، کمک می‌کند. این تفاوت‌ها پیش‌بینی‌کننده پیامدهای بلندمدت در آینده هستند (کیسی و همکاران، ۲۰۱۱). برای مثال بررسی‌ها نشان داده است که توانایی به تأخیر انداختن لذت در کودکان پیش‌دبستانی، ارتباط معناداری با راهبردهای مقابله‌ای بهتر هنگام مواجه شدن با ناکامی و استرس در نوجوانی و بزرگسالی دارد (ایدوک و همکاران، ۲۰۰۰). به علاوه افراد دارای تصمیم‌گیری پرخطر و تکانشگری، گزینه‌های آنی و دم‌دستی را انتخاب می‌کنند که نشان‌دهنده ارتباط بین اثر دیرکرد پاداش و تصمیم‌گیری پرخطر و تکانشگری است. از آن‌جا که افراد در ارزش‌گذاری برای پاداش‌های آینده متفاوت هستند، روان‌شناسان از درک ارزش آینده به‌عنوان مقیاسی برای سنجش خودکنترلی^۲ و تکانشگری^۳ در افراد استفاده می‌کنند (دویت، ۲۰۰۹). همچنین بر اساس ادبیات پژوهشی عملکرد کودکان در سنین مختلف در این مقیاس متفاوت است و ریشه بسیاری از اقدامات تکانشگرانه آن‌ها به این کارکرد مربوط می‌شود که با افزایش سن و تحول مغز این کارکرد و به دنبال آن رفتارهای تکانشی بهبود می‌یابد. با توجه به اینکه سن شروع این تحول در فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت است (مایرسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ استینبرگ و همکاران، ۲۰۰۹) یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی این تفاوت‌ها و سن شروع نقطه اوج این

¹ Deficient capacity

³ impulsivity

² self control

تحول است. به دلیل ارتباط این کارکرد شناختی با مشکلات اجتماعی مهم، اخیراً توجه به این مؤلفه افزایش یافته است. همچنین در اختلالات روانی، به‌ویژه اختلالات طیف برون‌ساز^۱، از جمله اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی^۲ (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلال سلوک^۳ (کاستلانوس و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلال شخصیت ضداجتماعی^۴ (مودی و همکاران، ۲۰۱۵) و اختلال شخصیت مرزی^۵ (لارنس و همکاران، ۲۰۱۰)، نرخ بالای اثر دیرکرد پاداش دیده می‌شود. به‌طور خلاصه ادبیات کنونی نشان می‌دهد که میزان ناهنجار این مؤلفه، می‌تواند هم علت و هم ناشی از رفتارهای اعتیادآور باشد و در نتیجه ممکن است باعث ایجاد یک حلقه معیوب در فرد شود (فراست و مک‌ناتن، ۲۰۱۷). مطالعات تصویربرداری مغناطیسی عملکردی، نشان داده است که مکانیسم‌های عصبی زیربنایی درک ارزش آینده، به‌طور عمده شامل سه شبکه مغز است: شبکه ارزش‌گذاری^۶ (شامل قشرشکمی‌میانی^۷، قشر کمربندی خلفی^۸ و جسم مخطط میانی^۹)، شبکه کنترل شناختی^{۱۰} (مانند قشر خلفی پیش‌پیشانی^{۱۱} و قشر کمربندی قدامی^{۱۲}) و شبکه آینده‌نگر^{۱۳} که شامل هیپوکامپ و آمیگدال است (پیترز و بوچل، ۲۰۱۱؛ فینگر و همکاران، ۲۰۱۰؛ کبل و گلیمچر، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰؛ مک‌کلور و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین طبق این مطالعات، تحول کارکردهای اجرایی مغز به‌صورت پیوسته تا نوجوانی ادامه دارد و تحول ساختاری ادامه‌دار در طی سال‌های کودکی تا نوجوانی در قشر پیش‌پیشانی مغز رخ می‌دهد (سویل و همکاران، ۲۰۰۲؛ گاگتی و همکاران، ۲۰۰۴).

در آزمون ارزش آینده که نخستین بار توسط کربی در سال ۱۹۹۷، طراحی شده است، همبستگی بالایی با رفتارهای تکانشگرانه وجود دارد. در این آزمون از فرد شرکت‌کننده خواسته می‌شود که بین مبلغ کوچک‌تر اما فوری و مبلغ بیشتر اما با مدتی تأخیر، که به‌طور همزمان بر روی صفحه نمایشگر به فرد ارائه می‌شود یکی را انتخاب کند، زمان تأخیر نیز متغیر است (دو و همکاران، ۲۰۰۲). کلیه تکالیف دیرکرد پاداش هفت زمان تأخیر را به‌کار می‌برند که شامل ۱ هفته، ۲ هفته، ۱ ماه، ۶ ماه، ۱ سال، ۵ سال و ۲۵ سال (به ترتیب صعودی) و مقدار مشابه پاداش بیشتر تأخیری می‌شود (رانگ و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر طراحی

¹ external spectrum

² attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD)

³ conduct disorder

⁴ antisocial personality disorder

⁵ borderline personality disorder

⁶ valuation network

⁷ ventromedial prefrontal cortex

⁸ posterior cingulate cortex

⁹ ventral striatum

¹⁰ cognitive control network

¹¹ lateral prefrontal cortex

¹² anterior cingulated cortex

¹³ prospection network

نسخهٔ کودک آزمون ارزش آینده بود، پژوهشگران آزمون حاضر را بر اساس نسخهٔ اصلی آزمون کربی طراحی کرده‌اند.

به‌طور خلاصه آزمون درک ارزش آینده، یکی از ابزارهای بسیار پرکاربرد در زمینهٔ سنجش کارکردهای اجرایی است و در زمینه‌های تشخیصی و پژوهشی مورد استفاده فراوان قرار می‌گیرد و همچنین این مولفه به‌عنوان یکی از عوامل میانجی‌گر بسیاری از اختلالات است، و با توجه به اینکه تنها نسخهٔ فارسی موجود این آزمون، مربوط به بزرگسالان است (جبرائیلی و همکاران، ۱۳۹۹) که نمی‌تواند برای ارزیابی اختلالات تحولی کودکان، به‌کار رود، بر این اساس، تدوین آزمونی برای کودکان، که اختصاصاً روی نمونه‌ای کافی از کودکان ایرانی انجام شده باشد، جهت بررسی مؤلفه‌های ذکر شده، ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعه حاضر یک آزمون مداد-کاغذی برای سنجش درک ارزش آینده در کودکان را معرفی نموده و با سنجش متغیر اصلی این آزمون یعنی شاخص کا، تفاوت در عملکرد دختران و پسران، پایایی و همچنین روایی آن را مورد بررسی قرار داده است.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه دانش‌آموزان ابتدایی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ است. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی پاور تعیین شد و بر این اساس مطالعه بر روی ۲۱۹ دانش‌آموز ابتدایی با میانگین سنی ۹/۷۲ و با دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال، به روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. نمونه‌ها از ۳ دبستان ابتدایی شهر تهران و در هر پایه تحصیلی در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ انتخاب شد. شرایط ورود به مطالعه رضایت از شرکت در آزمون، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن و قرار گرفتن در دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال بود. آزمودنی‌هایی که به تمام سوالات مقیاس پاسخ نمی‌دادند، از مطالعه خارج می‌شدند.

آزمون درک ارزش آینده

در این آزمون که نسخهٔ فارسی آزمون درک ارزش آینده است و کربی در سال ۱۹۹۷ آن را طراحی کرده است، به صورت قلم-کاغذی اجرا شد و فرد می‌بایست بین یک گزینهٔ فوری اما کوچک و یک گزینهٔ با تأخیر اما بزرگ، دست به انتخاب بزند. اگر فرد گزینهٔ کمتر و فوری را انتخاب کرد، سؤال بعد از او پرسیده می‌شود. اما اگر گزینهٔ با تأخیر را انتخاب کرد مدت زمان تأخیر برای انتخاب بزرگ‌تر افزایش می‌یابد تا زمانی که فرد گزینهٔ فوری را انتخاب نماید. در ارتباط با روایی این آزمون، کربی و همکاران (۱۹۹۹)، بین نمرات این آزمون و تکانشگری

شناختی، همبستگی بالایی مشاهده کردند. همچنین مطالعات ضریب پایایی بازآزمون آن را ۰/۹ گزارش کردند (سیمپسون و واچینیچ ۲۰۰۰؛ مارتینز-لوردو و همکاران ۲۰۱۷).
در این مطالعه با بهره‌گیری از الگوی آزمون درک ارزش آینده، از تصاویر شکلات جهت پاداش فوری و تأخیری برای کودکان استفاده شده است. این آزمون به صورت مداد-کاغذی اجرا شد و شامل ۲۴ سوال بود که کودکان در هر سوال باید بین پاداش فوری اما کوچک و پاداش بزرگتر و با تأخیر دست به انتخاب می‌زدند. پاداش کوچک ولی فوری یک شکلات و پاداش‌های بزرگ به ترتیب دو، پنج، ده، بیست شکلات در بازه زمانی یک روز (فردا)، دو روز (پس فردا)، سه روز، پنج روز، یک هفته و یک ماه بود. برای نمره‌دهی این آزمون از فرمول $V = \frac{A}{1+KD}$ استفاده شد که در آن V برابر با ارزش پاداش کوچک ولی فوری، A برابر با ارزش پاداش بزرگ ولی با تأخیر و D نیز نشان‌دهنده مدت زمان تأخیر پاداش است. K شاخص اثر دیرکرد پاداش است که با استفاده از این فرمول به دست می‌آید و هر چقدر میزان شاخص کای به دست آمده، کمتر باشد به این معنی است که افراد برای انتخاب‌های آینده بیشتر صبر کرده‌اند و برعکس (رینولدز و شیفبائر، ۲۰۰۵).

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۲۱۹ نفر دانش‌آموز ابتدایی (۱۰۵ پسر و ۱۱۴ دختر) انجام شد. مشخصات جمعیت‌شناختی و میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها

۷سال	۸سال	۹سال	۱۰سال	۱۱سال	۱۲سال	جمع	میانگین (انحراف استاندارد)
۱۵	۱۵	۲۰	۲۰	۲۰	۱۵	۱۰۵	۳/۳۹ (۳/۲۰)
۱۲	۱۳	۲۲	۲۰	۲۶	۲۱	۱۱۴	۱/۹۷ (۲/۲۸)
۲۷	۲۸	۴۲	۴۰	۴۶	۳۶	۲۱۹	۲/۶۶ (۲/۸۴)

جهت بررسی روایی تمیز، میانگین نمرات آزمون در بین گروه‌های سنی ۷ تا ۱۲ سال مقایسه شد. برای انجام این مقایسه از آزمون آماری تحلیل واریانس دو راهه استفاده گردید و برای بررسی معنی‌دار بودن تفاوت بین گروه‌ها آزمون تعقیبی توکی، مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۲ و ۳). همچنین از نتایج حاصل، برای بررسی سیر تحولی درک ارزش آینده بین این گروه‌های سنی استفاده شد. نتایج نشان داد که بین امتیازات آزمون درک ارزش آینده هم بین جنسیت‌های مختلف و هم در پایه‌های گوناگون تفاوت‌های معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) (جدول ۲). میانگین نتایج دختران و پسران نشان داد که دختران با میانگین شاخص کای ۱/۹۷ در مقایسه با پسران که میانگین شاخص کای آن‌ها ۳/۳۹ بود، عملکرد بهتری در انتخاب پاداش‌های مربوط به آینده دارند. هم‌چنین نتایج مقایسه مستقل بین گروهی نشان داد که تفاوت معنی‌دار در امتیاز اثر دیرکرد پاداش بین پایه اول و پایه‌های چهارم، پنجم، ششم، و بین پایه دوم با پایه‌های چهارم و ششم وجود داشت ($P < 0.05$) و با افزایش سن، میانگین شاخص کای کمتر می‌شود و البته با توجه به نتایج، این اختلاف شاخص کای، در پایه‌های سوم، چهارم و پنجم در مقایسه با گروه‌سنی بزرگتر از آن پایه، معنی‌دار نبود (جدول ۳).

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس دوراهه بین گروه‌ها در آزمون درک ارزش آینده

شاخص کای	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری
جنسیت	۱۱۰/۷۰	۱	۱۱۰/۷۰	۱۷/۱۱	*۰/۰۰
سن	۱۹۱/۲۰	۵	۳۸/۲۴	۵/۹۱	*۰/۰۰
جنسیت و سن	۴۷/۷۹	۵	۹/۵۵	۱/۴۷	۰/۱۹

*تفاوت معنی‌دار ($P < 0.05$)

جدول ۳. آزمون تعقیبی توکی برای بررسی تفاوت میانگین‌ها

پایه تحصیلی	پایه تحصیلی	امتیاز اثر دیرکرد پاداش
اول	دوم	۰/۹۹
	سوم	۰/۵۷
	چهارم	*۰/۰۰
	پنجم	*۰/۰۲
	ششم	*۰/۰۰
دوم	سوم	۰/۸۳
	چهارم	*۰/۰۱

۰/۰۷	پنجم	
*۰/۰۰	ششم	
۰/۲۰	چهارم	سوم
۰/۶۳	پنجم	
۰/۰۵	ششم	
۰/۹۶	پنجم	چهارم
۰/۹۹	ششم	
۰/۷۰	ششم	پنجم

* تفاوت معنی‌دار ($p < 0.05$)

در نهایت به‌منظور بررسی پایایی آزمون مورد بحث، آزمون برای بار دوم با فاصله سه هفته از بار اول، بر روی ۳۵ نفر اجرا شد و برای تحلیل، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج ضریب همبستگی بین نمرات دوبار ارزیابی، برابر با ۰/۷۱ شد که در سطح ($p < 0.01$) معنی‌دار بود و نشان‌دهنده همبستگی مثبت بین دو بار ارزیابی در فاصله زمانی مختلف و در نتیجه پایایی بازآزمون است.

بحث

هدف از مطالعه حاضر اعتباریابی و بررسی ویژگی‌های روانسنجی آزمون، درک ارزش آینده در کودکان بود. ضریب همبستگی پایایی بازآزمون در طول یک دوره سه هفته‌ای برای شاخص کا آزمون درک ارزش آینده ۰/۷۱ بود که همبستگی مثبت بین دو بار ارزیابی در فاصله زمانی مختلف نشان‌دهنده پایایی بازآزمون در زمان‌های مختلف اجراست. مطالعه مارتینز-لوردو و همکاران (۲۰۱۷) و سیمپسون و واچینیچ (۲۰۰۰) نیز در دو جلسه متفاوت، پایایی بازآزمون بالایی را برای این آزمون نشان داده است. در بررسی روایی آزمون، روایی تمیز نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار در سازه درک ارزش آینده در جنسیت‌های مختلف و همچنین پایه‌های تحصیلی مختلف است. این تفاوت قابل مشاهده بین پایه اول با پایه‌های چهارم و پنجم و ششم و همچنین بین پایه دوم با پایه‌های چهارم و ششم بود. همچنین این نتایج نشان می‌دهند تحول ارزش آینده از پایه چهارم ابتدایی شروع به رشد می‌کند، بنابراین همانطور که در مطالعات میرسون و همکاران، (۲۰۰۱) و استینبرگ^۱ و همکاران، (۲۰۰۹) نیز ذکر شده است، می‌توان شروع سیر تحولی درک ارزش آینده را در کودکان حدود ده سالگی عنوان کرد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت

^۱ Steinberg et al

که کودکان در سنین پایین‌تر به دنبال پاداش فوری و در لحظه هستند که این امر منجر به رفتارهای تکانشی و پرخطر در آن‌ها می‌شود که این تکانشگری با افزایش سن آن‌ها کاهش می‌یابد زیرا با رشد قسمت‌های قشر پیش‌پیشانی مغز که تا نوجوانی ادامه دارد و مسئول کارکردهای اجرایی گرم از جمله ارزش آینده و تصمیم‌گیری پرخطر هستند، این کارکرد نیز تحول می‌یابد و انتخاب‌های مربوط به آینده بیشتر می‌شود (گاگتی و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سن، توانایی افراد برای صبر کردن برای پاداش بیشتر در آینده، افزایش می‌یابد (استینبرگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ گلنر و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج تکمیلی به دست آمده از این آزمون نشان می‌دهد دختران نسبت به پسران در انتخاب پاداش‌های مربوط به آینده عملکرد بهتری دارند. که این نتیجه با مطالعه سیلورمن (۲۰۰۳) همسو و با پژوهش دوکورت و سلیگمن (۲۰۰۶) ناهمسو است که نتایج آن تفاوت معنی‌داری بین دختر و پسر نیافته است. دلیل این ناهمسو بودن را می‌توان به ابزار سنجش متفاوت، متفاوت بودن گروه و حجم نمونه و شیوه‌های نمونه‌گیری نسبت داد.

در تبیین عملکرد بهتر دختران می‌توان بیان کرد که آن‌ها توانایی استفاده از راهبردهای فکری بهتری دارند که به تأخیر افتادن لذت را برایشان آسان‌تر می‌کند (سیلورمن، ۲۰۰۳)، همچنین به‌طور کلی منتظر ماندن برای مردان نسبت به زنان کار دشوارتری است به این دلیل که مردان زمان را به‌صورت متفاوتی تجربه می‌کنند، به‌گونه‌ای که در مقایسه با زنان طول گذر زمان را بیش‌برآورد می‌کنند و به همین دلیل است که پاداش‌های کوتاه مدت را بیشتر انتخاب می‌کنند (اسپینوزا-فرناندز و همکاران، ۲۰۰۳). از دلایل دیگر عملکرد بهتر دختران در آزمون درک ارزش آینده که مطالعات نشان داده‌اند این است که زنان تمایل بیشتری به پس‌انداز کردن دارند و افق زمانی فکری‌شان برای به‌دست آوردن پاداش طولانی‌تر است (پاتروس و همکاران، ۲۰۱۸) و همچنین زنان خطرپذیری پایین‌تری دارند و عواقب خطر کردن را شدیدتر از مردان ارزیابی می‌کنند به همین خاطر کمتر دست به انتخاب‌های تکانه‌ای می‌زنند و بیشتر عواقب انتخاب در آینده را در نظر می‌گیرند (اولسون و کاکس، ۲۰۰۱).

نتیجه کلی این است که آزمون درک ارزش آینده یک آزمون روا و پایا برای سنجش درک ارزش آینده در کودکان است و دختران در این توانایی بهتر از پسران عمل می‌کنند.

سپاسگزاری

از تمامی مسئولان مدارس، دانش‌آموزان و همه عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود. این پژوهش با حمایت مرکز پژوهشی علوم اعصاب شناختی رفتار انجام شده است.

منابع

- جبرائیلی، ه.، فعله‌گری، م.، صیدی، ط. (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس سنجش کاهش اهمیت تأخیری. *تازه‌های علوم شناختی*. ۲۲ (۲): ۱۲-۲۱.
- Ayduk, O., Mendoza-Denton, R., Mischel, W., Downey, G., Peake, P. K., & Rodriguez, M. (2000). Regulating the interpersonal self: strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. *Journal of personality and social psychology*, 79(5), 776.
- Bickel, W. K., & Marsch, L. A. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: Delay discounting processes. *Addiction*, 96(1), 73-86.
- Casey, B. J., Somerville, L. H., Gotlib, I. H., Ayduk, O., Franklin, N. T., Askren, M. K., & Glover, G. (2011). Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(36), 14998-15003.
- Castellanos-Ryan, N., Struve, M., & Whelan, R. (2014). Neural and cognitive correlates of the common and specific variance across externalizing problems in young adolescence. *Am J Psychiatry* 171:1310-19.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14, 22-31.
- Du, W., Green, L., & Myerson, J. (2002). Cross-cultural comparisons of discounting delayed and probabilistic rewards. *Psychol. Rec.* 52, 479-92.
- Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. (2006). Self-discipline gives girls the edge: Gender in self-discipline, grades, and achievement test scores. *Journal of educational psychology*, 98(1), 198.
- Figner, B. Knoch, D. Johnson, EG., Krosch, AR., Lisanby, SH., & Fehr, E. (2010). Lateralprefrontal cortex and self-control in intertemporal choice, *Nat. Neurosci.* 13, 538-9.
- Frost, R., & McNaughton, N. (2017). The neural basis of delay discounting: a review and preliminary model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 79, 48-65.
- Garon, N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. (2008). Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework. *Psychol Bull*; 134(1): 31-60.

- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., & Vaituzis, A. C. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 101(21):8174-9.
- Goldstein, S., & Naglieri, J.A. (2013). Handbook of executive functioning. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media.
- Göllner, L. M., Ballhausen, N., Kliegel, M., & Forstmeier, S. (2018). Delay of gratification, delay discounting and their associations with age, episodic future thinking, and future time perspective. *Frontiers in psychology*, 8, 2304.
- Green, L., & Myerson, J. (2004). A discounting framework for choice with delayed and probabilistic rewards. *Psychological bulletin*, 130(5), 769.
- IVRYR, . B. (1997) Cerebellar timing systems. *International Review of Neurobiology*, 41, 555-73.
- Kable, J. W., & Glimcher, P. W. (2007). The neural correlates of subjective value during intertemporal choice. *Nature neuroscience*, 10(12), 1625.
- Kable, J. W., & Glimcher, P. W. (2010). An “as soon as possible” effect in human intertemporal decision making: behavioral evidence and neural mechanisms. *Journal of neurophysiology*, 103(5), 2513-31.
- Kidd, C., Palmeri, H., & Aslin, R. N. (2013). Rational snacking: Young children’s decision-making on the marshmallow task is moderated by beliefs about environmental reliability. *Cognition*, 126(1), 109-14.
- Kirby, K.N., (1997). Bidding on the future: evidence against normative discounting of delayed rewards. *Journal of Experimental Psychology: General* 126, 54–70.
- Kirby, K.N., Petry, N.M., & Bickel, W.K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental psychology: general*, 128(1): 78.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: reward-based decision-making and its relationship to emotional distress. *Journal of personality disorders*, 24(6), 785-99.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., & Fernández-Artamendi, S. (2017). Long-term reliability and stability of behavioral measures among adolescents: The Delay Discounting and Stroop tasks. *Journal of Adolescence*, 58, 33-39.
- McClure, S. M., Laibson, D. I., Loewenstein, G., & Cohen, J. D. (2004). Separate neural systems value immediate and delayed monetary rewards. *Science*, 306(5695), 503-7.
- Mischel, H. N., & Mischel, W. (1983). The Development of Children’s Knowledge of Self-Control Strategies. *Child Development*, 54(3), 603.

- Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: four general conclusions. *Curr Dir Psychol Sci*; 21(1): 8-14.
- Moody, L., Franck, C., Hatz, L., & Bickel, W. K. (2016). Impulsivity and polysubstance use: A systematic comparison of delay discounting in mono, dual-, and trisubstance use. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 24(1), 30.
- Myerson, J., Green, L., & Warusawitharana, M. (2001). Area under the curve as a measure of discounting. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 76(2), 235-43.
- Nejati, V., Salehinejad, M. A., & Nitsche, M. A. (2018). Interaction of the left dorsolateral prefrontal cortex (l-DLPFC) and right orbitofrontal cortex (OFC) in hot and cold executive functions: Evidence from transcranial direct current stimulation (tDCS). *Neuroscience*, 369, 109-23.
- Odum, A. L., Becker, R. J., Haynes, J. M., Galizio, A., Frye, C. C., Downey, H., ... & Perez, D. M. (2020). Delay discounting of different outcomes: review and theory. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 113(3), 657-79.
- Olsen, R., & Cox, C. M. (2001). The influence of gender on the perception and response to investment risk: The case of professional investors. *Journal of Psychology and Financial Markets*, 2, 29-36.
- Patros, C. H., L. Sweeney, K., Mahone, E. M., Mostofsky, S. H., & Rosch, K. S. (2018). Greater delay discounting among girls, but not boys, with ADHD correlates with cognitive control. *Child Neuropsychology*, 24(8), 1026-1046.
- Peters, J. Büchel, C. (2011). The neural mechanisms of intertemporal decision-making: understanding variability, *Trends Cogn. Sci.* 15, 227-39.
- Reynolds, B., & Schiffbauer, R. (2005). Delay of gratification and delay discounting: A unifying feedback model of delay-related impulsive behavior. *The Psychological Record*, 55(3), 439-60.
- Rubia, K., Noorloos, J., Smith, A., Gunning, B., & Sergeant, J. (2003). Motor timing deficits in community and clinical boys with hyperactive behavior: the effect of methylphenidate on motor timing. *Journal of abnormal child psychology*, 31(3), 301-13.
- Rung, J. M., Argyle, T. M., Siri, J. L., & Madden, G. J. (2018). Choosing the right delay-discounting task: Completion times and rates of nonsystematic data. *Behavioural processes*, 151, 119-25.
- Saxler, P. K. (2016). *The marshmallow test: delay of gratification and independent rule compliance* (Doctoral dissertation).
- Silverman, I. W. (2003). Gender differences in delay of gratification: A meta-analysis. *Sex roles*, 49(9-10), 451-63.

- Simpson, C.A., & Vuchinich, R.E. (2000). Reliability of a measure of temporal discounting. *Psychological Record*, 50, 3-16.
- Sowell, E. R., Trauner, D. A., Gamst, A., & Jernigan, T. L. (2002). Development of cortical and subcortical brain structures in childhood and adolescence: a structural MRI study. *Developmental medicine and child neurology*, 44(1), 4-16.
- Espinosa-Fernández, L., Miró, E., Cano, M., & Buela-Casal, G. (2003). Age-related changes and gender differences in time estimation. *Acta psychologica*, 112(3), 221-232.
- Steinberg, L., Graham, S., O'Brien, L., Woolard, J., Cauffman, E., & Banich, M. (2009). Age differences in future orientation and delay discounting. *Child development*, 80(1), 28-44.
- Toplak, M. E., & Tannock, R. (2005). Tapping and anticipation performance in attention deficit hyperactivity disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 100(3), 659-75.
- Wilson, V. B., Mitchell, S. H., Musser, E. D., Schmitt, C. F., & Nigg, J. T. (2011). Delay discounting of reward in ADHD: application in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(3), 256-64.
- Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. (2012). Hot and cool executive function in childhood and adolescence: Development and plasticity. *Child Development Perspectives*, 6(4), 354-60.

Research Article

Changes Personality Organization at Different Time Serials in Transference Focused Psychotherapy in Cluster B Personality Disorders

G. zarei¹, I. Rahimian Boogar^{2*}, A. Moazedian³ & A .Jahan⁴

1. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2. Associate Professor of Health Psychology, department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Mahdishahr, Semnan, Iran. Email: i_rahimian@semnan.ac.ir.

3. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

4. Department of human science, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

Abstract

Aim: The aim of study was to determine changes in the personality organization in different time serials of Transference focused psychotherapy in Cluster B personality disorders. **Methods:** A quasi-experimental of the type Multiple Time-Series Design. 32 patients with Cluster B Personality Disorders selected by available sampling method based on Milon clinical multi-axial inventory (III) and input and output criteria. Patients were randomly assigned to two experimental and control groups. 51 Transference focused psychotherapy sessions performed individually for one year in experimental group. One pre-test and three post-test of STIPO performed for both groups in different periods of treatment. **Results:** The results showed that there were no significant changes in first stage of treatment. But significant changes occurred in all of dimensions of personality except rigidity. And also the most rate of change was in third stage of treatment ($\text{sig} < 0.05$). **Conclusion:** According to the results, it can be externalized Transference focused psychotherapy as an effective treatment can be improving Cluster B personality disorders.

Key words: Object relation, Personality disorder, Psychodynamic, Psychotherapy

Citation: zarei, G., Rahimian Boogar, I., Moazedian. A., & Jahan, A. (2020). Changes Personality Organization at Different Time Serials in Transference Focused Psychotherapy in Cluster B Personality Disorders. *Quarterly of Applied Psychology*, 14 (4):473-493.

تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B

گیتی زارعی^۱، اسحق رحیمیان بوگر^{۲*}، آمنه معاضدیان^۳ و علی جهان^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲. دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: i_rahimian@semnan.ac.ir

۳. گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۴. گروه علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف تعیین تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در بیماران دارای اختلالات شخصیت خوشه B طرح‌ریزی و اجرا شد. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر شبه آزمایشی از نوع سری‌های زمانی گروه‌های چندگانه بود. ۳۲ بیمار اختلال شخصیت خوشه B با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ۵۱ جلسه درمان معطوف به انتقال به‌صورت فردی به مدت یک سال برای گروه آزمایش اجرا شد. یک پیش‌آزمون و سه پس‌آزمون (مصاحبه ساختاری سازمان شخصیت) برای هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** مطابق با یافته‌های پژوهش در مرحله اول درمان، تغییر معناداری مشاهده نشد، در مرحله دوم بعد از ۳۵ جلسه درمان در ابعاد (هویت، کیفیت روابط موضوعی، پرخاشگری، دفاع‌های بدوی و ارزش‌های اخلاقی) تغییر معنادار مشاهده شد و در مرحله سوم در بعد انعطاف‌ناپذیری تغییر معنادار مشاهده شد. همچنین در مرحله سوم درمان بعد از ۵۱ جلسه بیشترین میزان تغییرات در کلیه ابعاد ساختار شخصیت مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد روان‌درمانی معطوف به انتقال به عنوان یک روش درمانی مؤثر موجب بهبود اختلالات شخصیت خوشه B می‌شود.

کلید واژه‌ها: اختلال شخصیت، روابط موضوعی، روان تحلیلی، روان‌درمانی

مقدمه

اختلالات شخصیت خوشه B^۱ گروهی از اختلالات با الگوهای دیرینه، انعطاف‌ناپذیر و مزمن هستند که با انتظارات فرهنگی فرد مغایر بوده و افراد را در روابط دچار چالش می‌کنند و از انجام وظایف شخصی و اجتماعی باز می‌دارند، شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی^۲، خودشیفته^۳، مرزی^۴ و نمایشی^۵ می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و به خاطر بالا بودن میزان شیوع و ویژگی‌های منحصر به فرد بیشتر مورد توجه درمانگران و محققان روانشناسی هستند (سید مهدوی اقدم، محمود علیلو و رضایی، ۱۳۹۲).

رویکردهای مختلف روان‌شناختی، علل اختلالات شخصیت خوشه B را بررسی کرده‌اند، دیدگاه روان تحلیلی به خاطر بررسی ریشه مشترک اختلالات به عمیق‌ترین رویکرد معروف شده است (مسگریان، ۱۳۹۵). نظریه‌های روان پویشی به‌ویژه کلاین بر شکل‌گیری شخصیت در سال‌های اولیه زندگی تأکید دارند و از نظر کلاین تجربه مادر در سال‌های اولیه به‌عنوان فردی خوشایند یا ناخوشایند می‌تواند منجر به بازنمایی‌های خوب و بد در کودک شود و این بازنمایی، هسته اصلی ادراک و هیجان کودک به خود و روابطش می‌شود (سنت کلا، ۱۳۹۶). کرنبرگ نیز تأکید دارد در مراحل اولیه رشد، کودکان در حال کسب تجربه هستند، تجربیات بلوک‌های اصلی ساخت شخصیت هستند و در بیشتر افراد، نهایتاً به شکل بازنمایی درونی، گروه‌بندی خواهند شد (سیفرت و پورسرلی، ۲۰۱۵). از نظر کرنبرگ^۶ شناخت هسته اصلی اختلال شخصیت و چگونگی شکل‌گیری آن می‌تواند راهگشای چگونگی درمان آن باشد به همین دلیل با معرفی ساختارهای زیربنای شخصیت و آسیب، نقش بسیار ارزشمندی در ارزیابی و درمان روان تحلیلی ایفا کرد. این ساختارهای روان‌شناختی الگوهای بادوام و باثبات شخصیت هستند که مکرراً در روابط بین فردی فعال شده و تجربه ذهنی، ادراکات و رفتار فرد را سازمان می‌دهند و شامل؛ دفاع‌های بدوی، کیفیت روابط موضوعی، پرخاشگری، انعطاف‌ناپذیری، هویت و ارزش‌های اخلاقی می‌شود (کلارکین و همکاران، ۲۰۱۷).

تلاش‌هایی برای درمان اختلالات شخصیت خوشه B با استفاده از روش‌های مختلف نظیر؛ طرحواره^۷ درمانی (خدابنده‌لو، نجفی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷ و بیداری و حاج علیزاده، ۱۳۹۸) رفتاردرمانی دیالکتیک^۸ (وکیلی، کیمیایی و صالحی، ۱۳۹۵ و آذر فر، مکوند حسینی و صباحی،

^۱ Cluster B Personality Disorder

^۲ Anti-Social

^۳ Narcissistic

^۴ Borderlin

^۵ Histrionic

^۶ Kernberg

^۷ Schema Therapy

^۸ Dialectical Behavior Thrpy

۱۳۹۸) شناختی- تحلیلی^۱ (عینی و نریمانی، ۱۳۹۸) و روان درمانی تحلیلی^۲ (قائم پناه، ۱۳۹۷؛ مجد آرا، ۱۳۹۷ و خوربانیان و همکاران، ۱۳۹۷) انجام شده است. نتیجه فرا تحلیل اسوارت برگ و استایلز (۲۰۰۴) به نقل از رشن، (۱۳۹۶) نشان داده است که تغییراتی که درمان روان پویشی^۳ در اختلال شخصیت را ایجاد می‌کند نسبت به سایر درمان‌ها پایدارتر است و همچنین نتایج فراتحلیل شدلر^۴ (۲۰۱۰) نشان داد درمان‌های روان پویشی به اندازه درمان‌های مبتنی بر شواهد،^۵ اثربخش هستند. علاوه بر این بیمارانی که درمان روان پویشی دریافت می‌کنند بهبود ناشی از درمان را حفظ کرده و حتی پس از درمان به بهبود خودشان ادامه می‌دهند.

درمان معطوف به انتقال^۶، از نظریه کرنبرگ نشأت گرفته است و می‌توان آن را مؤثرترین تبیین روان پویشی در درمان بیماران دارای سازمان شخصیت مرزی (اختلال شخصیت مرزی، خودشیفته، هیستریونیک و اسکیزوتایپال) توصیف کرد (کلارکین، کین و لینزویگر، ۲۰۱۷). مبنای اصلی درمان، معطوف به انتقال کمک به آگاه‌سازی بیماران از سازوکارهای دفاعی و تعارضات روان‌شناختی‌شان در قالب تحلیل روابط موضوعی است. درواقع رابطه بین بیمار و درمانگر پدیدایی تعارضات را تسهیل می‌نماید (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷). یکی از سازوکارهای تغییر در روان‌درمانی معطوف به انتقال کنش تأملی است که تکلیفی تحولی می‌باشد و ظرفیت و امکان تفسیر، استنباط و معنادار کردن حالات روانی (نظیر؛ افکار، احساسات، انگیزه‌ها و امیال) و رفتار خود و دیگری را فراهم می‌کند (فوناگی^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). این روش درمانی برخلاف رویکردهای کلاسیک روانکاوی بر مسائل جاری زندگی فرد تأکید بیشتری دارد و کمتر از تأویل‌های رشدی بهره می‌گیرد، به‌علاوه مفهوم وسیع‌تری از انتقال را که شامل کلیه واکنش‌های رفتاری، شناختی و هیجانی فرد می‌شود را مورد استفاده قرار می‌دهد و ادعای اصلی‌اش اصلاحات ساختاری در شخصیت بیماران است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این روش درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی به تأیید رسیده است (دیاموند و هرش، ۲۰۲۰؛ کلارکین و همکاران، ۲۰۰۴؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ دیزنی، ۲۰۱۳؛ ورهات پلیر و دین ماجر، ۲۰۰۶؛ دورینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دومالیستر و همکاران، ۲۰۱۷) و بر اساس تئوری روابط موضوعی برای افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (استر^۸، دیاموند و یومانس، ۲۰۱۷).

¹ Cognitive-Analytical

² Analytical Psychotherapy

³ Psychodynamic Therapy

⁴ Shedler

⁵ Evidence Based

⁶ Transference focused psychotherapy

⁷ Fonagy

⁸ Stern

نتایج مطالعه خوریانیان و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان معطوف به انتقال، در بهبود روابط موضوعی و کاهش دفاع‌های بدوی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده و همچنین پیشنهاد شده است این روش درمانی با حجم نمونه بیشتر و با بررسی ابعاد ژرف‌تر درمان مورد مطالعه قرار گیرد. مطالعات مختلف اثربخشی، این روش درمانی در بیماران دارای سازمان مرزی شخصیت را نشان می‌دهند ولی در خصوص چگونگی و میزان تغییر و همچنین پیش‌بینی تغییر در خلال جلسات درمانی، پژوهش‌های کاربردی انجام نشده است. این تحقیق به دنبال بررسی جامع‌تر و دقیق‌تر تغییرات ساختار شخصیت در طی دوره درمان اختلالات شخصیت خوشه B است و می‌خواهد این خلأ پژوهشی را پر نماید.

اهمیت ساختار شخصیت در ارزیابی، تشخیص و درمان روان تحلیلی از یک سو، شیوع بالا اختلالات شخصیت خوشه B و ویژگی‌های منحصربه‌فرد آن‌ها از سوی دیگر، دلایل متقن بر بررسی دقیق‌تر تغییرات درمان است. با اجرای چنین تحقیقی، شناخت تئوریک نسبت به ابعاد مختلف ساختار شخصیت و تغییرات آن‌ها در قبل، حین و بعد از درمان اختلالات شخصیت خوشه B افزایش یافته و می‌تواند با به‌کارگیری فنون اثربخش به رویکردهای روان‌درمانی تحلیلی منجر شده و در خصوص تعداد جلسات درمانی، نوع و میزان آن‌ها اطلاعات و تجربیات مفیدی را در اختیار درمانگران تحلیلی قرار می‌دهد.

روش‌ها

طرح کلی مطالعه حاضر شبه آزمایشی و از نوع سری‌های زمانی گروه‌های چندگانه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد (بین سنین ۱۸ تا ۵۰ سال) مبتلا به اختلال شخصیت خوشه B و مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی منطقه ۶ شهر تهران از تیرماه ۱۳۹۸ تا خردادماه ۱۳۹۹ است. حجم نمونه مورد بررسی در مطالعات آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود (دلاور، ۱۳۹۴ به نقل از مسگریان؛ ۱۳۹۵). در این پژوهش با توجه به پیشینه پژوهشی و فرمول تعیین حجم نمونه، ۳۲ نفر نمونه با توان ۹۵٪ تعیین گردید. نمونه پژوهش ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خوشه B با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود عبارت‌اند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت خوشه B بر اساس تشخیص مصاحبه بالینی و پرسشنامه میلون ۳ (نقطه برش بالای ۷۵)، موافقت با اهداف و شرایط درمان، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم استفاده از روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، نداشتن مسمومیت دارویی، نداشتن سوءمصرف مواد در ۶ ماه گذشته. معیارهای خروج عبارت‌اند

از: دارا بودن هرگونه اختلال بارز دیگر به‌جز اختلالات شخصیت خوشه B بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم، وجود نشانگان روان‌پریشی، شرکت در هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر بعد از ورود به پژوهش، وجود سابقه سوءمصرف یا وابستگی به مواد در هر زمان از مراحل پژوهش، گزارش هرگونه تلاش برای اقدام به خودکشی در هر زمان از پژوهش، عدم تمایل برای ادامه درمان.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه چندمحوری میلون^۱: این پرسشنامه توسط تئودور میلون در سال ۱۹۸۱ تهیه شده است که شامل ۱۷۵ جمله کوتاه برای توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است و ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را ارزیابی می‌کند و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا قابل استفاده است. نمره‌گذاری از طریق نرم‌افزار میلون ۳ انجام شد. تفسیر به روش گام‌به‌گام است، ابتدا شاخص‌های روایی بررسی می‌شود، در صورت معتبر بودن، مقیاس‌های آسیب شدید شخصیت و بعد از آن الگوهای بالینی شخصیت واری می‌شود (شریفی، ۱۳۹۷).

در ایران چگینی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار و روایی این آزمون را بالا ارزیابی کردند و همچنین رحمانی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۸ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد. شریفی و همکاران (۱۳۸۶) این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه بین ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد.

۲- مصاحبه ساختاری سازمان شخصیت^۲: این پرسشنامه توسط کلارکین، کالیگور، اشترن و کرنبرگ در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است. این پرسشنامه یک آزمون ۸۷ سؤالی است. ۲۹ سؤال شاخص هویت، ۲۲ سؤال روابط موضوعی، ۸ سؤال خشکی شخصیت، ۹ سؤال مکانیزم‌های دفاعی، ۸ سؤال اخلاقیات و ۱۱ سؤال پرخاشگری را می‌سنجد. نمره‌گذاری: نمره نهایی در هر مقیاس توسط طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ نمره سنجیده می‌شود و توسط مصاحبه‌گر با توجه به پاسخ‌های مراجع به سؤالات آن شاخص داده می‌شود. برای هریک از ابعاد ساختار شخصیت راهنمای نمره‌گذاری وجود دارد تا مصاحبه‌کننده را در نمره‌گذاری صحیح یاری کند. مصاحبه‌گر باید فراوانی، شدت، وخامت و گستردگی رفتار یا احساس مورد ارزیابی را در نظر بگیرد و در نهایت

¹ Milon clinical multi-axial inventory (III)

² The Semi-Structured Interview of the Personality Organization

با تکیه بر قضاوت خود به نمره‌گذاری اقدام کند. دورینگ و همکاران (۲۰۱۰) اعتبار این پرسشنامه و ضریب همسانی درونی، را بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ اعلام کردند. دورینگ و همکاران (۲۰۱۳) پایایی بین ارزیابی کنندگان در همبستگی‌های درون‌گروهی را بین ۰/۸۹ تا ۱ گزارش کردند و آلفای کرونباخ کلیه ابعاد ساختار شخصیت را بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۳ اعلام کردند. این پرسشنامه در ایران توسط واحدی، مکوندحسینی و بیگدلی (۱۳۹۰) ترجمه و اعتبار یابی شده است.

۳- درمان معطوف به انتقال: درمانی روان تحلیلی است که راهنمای گام‌به‌گام با دستور جلسه مشخص ندارد اما می‌توان فرایند اجرای آن را بر اساس منابع موجود؛ یومانس، کلارکین و کرنبرگ (۱۳۹۶) به سه مرحله (اولیه، میانی و پیشرفته) تقسیم کرد. درمان معطوف به انتقال، مداخلات لحظه‌به‌لحظه‌ای هستند که درمانگر در جلسه درمان از آن‌ها برای بیمار استفاده می‌کند. این درمان یک تا چهار سال می‌تواند به طول بیانجامد و فنون مورد استفاده در این مداخله عبارت‌اند از: تفسیر، تحلیل انتقال، بی‌طرفی فنی و انتقال متقابل.

محتویات هر مرحله به شرح ذیل است:

محتویات مراحل درمان معطوف به انتقال (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶)

مرحله آغازین (۱۹ جلسه): کسب رضایت آگاهانه، بررسی کاندید مناسب درمان تحلیلی بودن بیمار، تعیین قرارداد درمانی (چارچوب درمان)، مشخص کردن اهداف درمان، روشن‌سازی، تأویل، مواجه سازی، بی‌طرفی تخصصی، ایجاد پیوند درمانی و استحکام بخشیدن به آن، کشف دفاع‌های بیمار، کشف مقاومت‌های نخستین به ارتباط آزاد و باز، کشف خصایل مقاومتی نخستین فرد، مشخص ساختن روابط موضوعی غالب در جلسه درمان (شناسایی موضوع در اولویت) نام‌گذاری بازیگران در رابطه موضوعی غالب، توجه به واکنش‌های بیمار به مشخص شدن این رابطه موضوعی، کشف و بررسی روابط موضوعی تعارضی و بررسی انحراف از چارچوب درمان، کشف و بررسی کنش‌نمایی داخل جلسات و خارج از جلسات، توجه به رابطه درمانی، چالش با قرارداد درمانی، تعیین اهداف نفع اولیه و نفع ثانویه، بررسی انحراف از چارچوب درمان.

مرحله میانی (۱۶ جلسه): مشاهده و تفسیر پیوند بین دوتایی‌های روابط موضوعی که دفاعی علیه یکدیگر هستند، کشف و بررسی روابط موضوعی درونی دفاعی و مقاومت، شناسایی اضطرابی که باعث برانگیختن دفاع و انگیزش تعارضی زیر بنایی می‌شود، تحلیل مقاومت، تحلیل منش، کشف و تحلیل نظام‌دار روابط موضوعی تعارضی، کشف و حل و فصل روابط موضوعی معرف تضادهای هسته‌ای، شدت بخشی به انتقال و تمرکزآزایی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تفسیر و حل و فصل تعارض‌های شناسایی‌شده (تفسیر از سطح به عمق و گسستگی قبل از

سرکوبی، ایجاد ارتباطات تفسیری با گذشته رشدی) و یکپارچه‌سازی روابط موضوعی تعارضی در تجربه خود هشیار بیمار، ماندن بر روی اهداف درمانی.

مرحله پیشرفته (۱۶ جلسه): حل‌وفصل ظرفیت بیمار برای تجربه رابطه‌ای متفاوت در انتقال و بررسی سایر روابط مهم بیمار، شدت بخشی به انتقال و تمرکز افزایی بر روی کار با انتقال و انتقال متقابل، تحلیل جدایی‌ها در طول مدت درمان، حل‌وفصل اضطراب‌های فعال شده و تحلیل واکنش‌های افسرده وار به انتهای درمان، سوگواری برای از دست دادن نسخه‌ی ایدال آنچه امیدوار بودند در درمان انجام شود.

شیوه اجرا

بعد از دریافت کد اخلاق پژوهش (IR:IAU.SEMNAN.REC.۰۳/۱۳۹۹) هماهنگی لازم با مدیریت کلینیک منطقه شش صورت گرفت. طی فراخوان ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خوشه B پس از غربالگری از طریق مصاحبه بالینی و آزمون میلون ۳ (نقطه برش بالای ۷۵) انتخاب و وارد دوره پژوهشی و درمانی شدند.

مداخله شامل ۵۱ جلسه فردی است که از اواسط ۱۳۹۸ الی ۱۳۹۹ به مدت یک سال، یک یا دو بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد و مدت هر جلسه (۴۵ دقیقه) است. گروه گواه در طی مراحل اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نمی‌کند.

شرایط مصاحبه‌کنندگان (۳ نفر) و درمانگر (۱ نفر): داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، داشتن پروانه مطب از سازمان نظام مشاوره و روانشناسی جمهوری اسلامی ایران، آشنایی با رویکرد تحلیلی و گذراندن دوره‌های کارگاهی رویکرد درمانی روابط موضوعی کرنبرگ، گذراندن حداقل سه سال سوپرویزن فردی یا گروهی درمان معطوف به انتقال. نقاط قوت این پژوهش عبارت‌اند از: نقش‌های دوگانه نظیر مجزا بودن درمانگر و مصاحبه‌کننده سازمان شخصیت به حداقل رسیده، از روش یک‌سو کور به‌منظور اینکه شرکت‌کنندگان از گم‌کردن خودشان به شرایط تجربی یا کنترل بی‌اطلاع باشند استفاده شده، باهدف کنترل تأثیر روانی و انتظارات به وجود آمده و تغییرات پیامدی آن، اطلاعاتی در خصوص تعداد جلسات درمانی و زمان اتمام پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده نشده و از یک مشاور آماری به‌منظور حفظ بی‌طرفانه بودن نتایج و گزینش روش تجزیه و تحلیل آماری استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از SPSS22 در دو بخش آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای بررسی تفاوت‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه بر اساس بررسی‌های صورت پذیرفته از ۳۲ شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۰ نفر دارای اختلال شخصیت مرزی، ۸ نفر دارای اختلال شخصیت خودشیفته، ۶ نفر اختلال شخصیت نمایشی و ۸ نفر دارای همبود اختلالات شخصیت خوشه B (شامل اختلالات مرزی، ضداجتماعی، خودشیفته و نمایشی) بودند. لازم به ذکر است دو نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بعد از پس‌آزمون اول از مطالعه حذف شدند؛ یک نفر به دلیل عدم تمایل جهت ادامه درمان و یک نفر به خاطر سوءمصرف مواد مخدر. دو گروه آزمایش و گواه از منظر مشخصات جمعیت‌شناسی تفاوت آماری معناداری نداشتند.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک برحسب گروه‌های آزمودنی

متغیر	گروه	فراوانی (آزمایش)	فراوانی نسبی (%)	فراوانی (گواه)	فراوانی نسبی (%)	مجدور خی دو	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۹	۵۶/۳	۸	۵۰	۰/۱۲۵	۰/۷۲۳
	زن	۷	۴۳/۸	۸	۵۰		
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۳۷/۵	۴	۲۵	۰/۵۲۸	۰/۷۴۸
	متأهل	۵	۳۱/۳	۶	۳۷/۵		
	مطلقه	۵	۳۱/۳	۶	۳۷/۵		
	دیپلم و فوق	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳		
سطح تحصیلات	لیسانس	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	۰/۱۹۷	۰/۸۹۵
	فوق	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳		
	ضعیف	۶	۳۷/۵	۷	۴۳/۸		
وضعیت اقتصادی/ اجتماعی	متوسط	۷	۴۳/۸	۷	۴۳/۸	۰/۲۲۷	۰/۸۷۱
	خوب	۳	۱۸/۸	۲	۱۲/۵		
	۲۹-۱۸	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳		
سن	۳۹-۳۰	۶	۳۷/۵	۷	۴۳/۸	۰/۱۸۸	۰/۹۱۰
	۴۹-۴۰	۵	۳۱/۳	۴	۲۵		

بر اساس یافته‌های پژوهش، فراوانی مردان در گروه آزمایش (۵۶٪) و زنان در گروه گواه (۵۰٪) نسبت به گروه دیگر بیشتر بود. این در حالی است که در خصوص وضعیت تأهل فراوانی مجردها در گروه آزمایش (۳۷/۵٪) و متأهل و مطلقه در گروه گواه (۳۷/۵٪) بالاتر بود. علاوه براین، هر دو گروه از نظر سطح تحصیلات فراوانی یکسانی را دارا بودند. از نقطه نظر گروه‌های سنی

فراوانی ۳۰-۳۹ ساله‌ها در گروه گواه بیشتر و ۴۹-۴۰ ساله‌ها در گروه آزمایش فراوان‌تر بودند. لازم به ذکر است که دو گروه آزمایش و گواه از منظر مشخصات جمعیت‌شناسی تفاوت آماری معناداری نداشتند.

جدول ۲. نتایج بررسی آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب پارهای اتا
زمان / هویت	برای تفاوت در پیشرفت	۱۵/۴۱۵	۲/۰۳۵	۷/۵۷۴	۲/۵۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹۰
زمان*گروه		۱۱/۹۴۴	۲/۰۳۵	۵/۸۶۸	۱/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳
خطا		۱/۸۹۶	۵/۹۹۰	۰/۰۳۳			
زمان / کیفیت		۱۵/۹۷۱	۲/۰۰۷	۷/۹۵۶	۳/۸۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶
زمان*گروه		۱۳/۷۷۴	۲/۰۰۷	۶/۸۶۲	۲/۹۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۴
خطا		۱/۴۶۷	۵/۲۰۴	۰/۰۲۶			
زمان / دفاع		۱۳/۸۱۵	۱/۵۷۳	۸/۷۸۳	۲/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹
زمان*گروه		۱۳/۵۳۰	۱/۵۷۳	۸/۶۰۱	۲/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
خطا		۱/۳۷۹	۴/۰۴۴	۰/۰۳۱			
زمان /انعطاف‌ناپذ		۱۲/۳۶۷	۱/۷۵۲	۷/۰۶۱	۱/۱۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۶
زمان*گروه		۷/۰۶۶	۱/۷۵۲	۴/۰۳۴	۶/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰
خطا		۳/۱۷۱	۴/۰۴۳	۰/۰۶۵			
زمان /پرخاشگری		۹/۴۴۱	۱/۸۵۵	۵/۰۸۹	۲/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷
زمان*گروه		۸/۶۸۵	۱/۸۵۵	۴/۶۸۲	۲/۸۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸
خطا		۱/۲۰۵	۵/۹۳۹	۰/۰۲۳			
زمان / ارزش‌های		۱۱/۶۶۲	۲/۱۲۵	۵/۴۸۷	۳/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲
زمان*گروه	۶/۲۹۶	۲/۱۲۵	۲/۹۶۲	۱/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	
خطا	۰/۹۸۹	۵/۵۹۰	۰/۰۱۷				

با توجه به اینکه آزمون پیش‌فرض مورد استفاده برای این تحلیل آزمون کروییت ماحلی است، در آزمون کروییت بر اساس سطح معناداری به‌دست‌آمده برای کلیه متغیرهای وابسته مورد بررسی، فرض کروییت مبنی بر همخوانی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل‌شده نرمال با یک ماتریس همانی رد شده و در نتیجه از آزمون جایگزین اپسیلون گرین هاوس-گیسر برای بررسی فرضیه ارائه‌شده استفاده گردید. با توجه به سطح معنی‌داری آزمون می‌توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمرات ابعاد ساختار شخصیت در زمان‌های

مختلف اجرای مطالعه وجود دارد. علاوه بر این، در مورد اثر تعاملی، زمان و عضویت در گروه آزمودنی نیز بر میانگین نمرات متغیرهای وابسته موردبررسی تأثیر دارد.

جدول ۳. نتایج بررسی آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع	مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضریب پارهای اتا
ثابت	۱۲۰/۸۷۵	۱	۱۲۰/۸۷۵	۳۰۸۲/۱۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱
گروه آزمودنی	۶/۵۰۶	۱	۶/۵۰۶	۱۶/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۳
خطا	۱۰/۹۳۷	۲۸	۰/۳۹۱			
ثابت	۱۲۱/۹۴۷	۱	۱۲۱/۹۴۷	۲۳۴/۲۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
گروه آزمودنی	۷/۵۰۰	۱	۷/۵۰۰	۱۴/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۰
خطا	۱۴/۵۴۲	۲۸	۰/۵۱۹			
ثابت	۹۹۹/۸۴۹	۱	۹۹۹/۸۴۹	۱۷۱/۵۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
گروه آزمودنی	۵/۰۴۴	۱	۵/۰۴۴	۸/۶۲۹	۰/۰۰۷	۰/۲۳۶
خطا	۱۶/۳۶۶	۲۸	۰/۵۸۵			
ثابت	۹۹۶/۰۷۲	۱	۹۹۶/۰۷۲	۱۲۷/۷۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۸
گروه آزمودنی	۳/۶۵۹	۱	۳/۶۵۹	۴/۶۷۵	۰/۰۳۹	۰/۱۴۳
خطا	۲۱/۹۱۴	۲۸	۰/۷۸۳			
ثابت	۹۸۰/۳۵۰	۱	۹۸۰/۳۵۰	۷۴۴/۲۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴
گروه آزمودنی	۵/۶۸۸	۱	۵/۶۸۸	۴/۳۱۸	۰/۰۴۷	۰/۱۳۴
خطا	۳۶/۸۸۳	۲۸	۱/۳۱۷			
ثابت	۱۰۳/۷۳۲	۱	۱۰۳/۷۳۲	۵۷۵/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
گروه آزمودنی	۲/۵۹۱	۱	۲/۵۹۱	۱۴/۳۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹
خطا	۵/۰۴۶	۲۸	۰/۱۸۰			

روان‌شناسی کاربردی

جدول آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها مهم‌ترین نتایج برای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بوده و معنی‌داری کل مدل و همچنین تأثیر جداگانه متغیر مستقل (عضویت در گروه آزمودنی) بر متغیر وابسته ابعاد ساختار شخصیت را نشان می‌دهد. با توجه به سطح معناداری متغیر مستقل، عضویت در گروه آزمودنی اثر معناداری بر میانگین نمرات ساختار شخصیت دارند، به عبارت دیگر در میانگین نمرات ابعاد ساختار شخصیت در بین دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج برآورد پارامترها برحسب ابعاد ساختار شخصیت

متغیر وابسته	پارامتر	میانگین	B	خطای استاندارد	t	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪ حد بالا حد پایین	ضریب پارهای اتا
هویت مرحله	گروه	۳/۶۶	۰/۰۶۵	۰/۱۰۴	۰/۶۲۴	۰/۵۳۸	-۰/۱۴۹ ۰/۲۷۹	۰/۰۱۴
هویت مرحله	آزمایش	۳/۴۳	۰/۰۰۸	۰/۱۳۷	۰/۰۵۹	۰/۹۵۴	-۰/۲۷۲ ۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
هویت مرحله		۲/۹۱	-۰/۴۲۹	۰/۱۳۲	-۳/۲۵۶	۰/۰۰۳	-۰/۷۰۰ ۰/۱۵۹	۰/۲۷۵
هویت مرحله		۱/۸۶	-۱/۵۱۱	۰/۱۲۰	-۱۲/۶۰۷	۰/۰۰۰	-۱/۷۵۶ ۰/۲۶۵	۰/۸۵۰
کیفیت روابط	گروه	۳/۶۸	۰/۱۳۰	۰/۱۴۲	۰/۹۲۱	۰/۳۶۵	-۰/۱۶۰ ۰/۴۲۰	۰/۰۲۹
کیفیت روابط	آزمایش	۳/۴۳	-۰/۰۵۷	۰/۱۴۰	-۰/۴۱۰	۰/۶۸۵	-۰/۳۴۳ ۰/۲۲۹	۰/۰۰۶
کیفیت روابط		۲/۹۲	-۰/۴۶۰	۰/۱۴۱	-۳/۲۶۴	۰/۰۰۳	-۰/۷۴۸ ۰/۱۷۱	۰/۲۷۶
کیفیت روابط		۱/۸۰	-۱/۶۱۸	۰/۱۳۱	-۱۲/۳۳۰	۰/۰۰۰	-۱/۸۸۷ ۰/۳۴۹	۰/۸۴۴
دفاع بدوی	گروه	۳/۴۰	۰/۱۹۹	۰/۱۵۹	۱/۲۵۶	۰/۲۱۹	-۰/۱۲۶ ۰/۵۲۴	۰/۰۵۳
دفاع بدوی	آزمایش	۳/۱۷	-۰/۰۰۱	۰/۱۴۷	-۰/۰۰۶	۰/۹۹۵	-۰/۳۰۲ ۰/۳۰۰	۰/۰۰۱
دفاع بدوی		۲/۷۹	-۰/۳۰۸	۰/۱۳۷	-۲/۲۴۱	۰/۰۳۳	-۰/۵۹۰ ۰/۰۲۶	۰/۱۵۲
دفاع بدوی		۱/۶۳	-۱/۵۳۴	۰/۱۳۹	-۱۱/۰۶۱	۰/۰۰۰	-۱/۸۱۸ ۰/۲۵۰	۰/۸۱۴
انعطاف‌ناپذیری	گروه	۳/۴۴	-۰/۰۳۷	۰/۱۵۳	-۰/۲۴۶	۰/۸۰۸	-۰/۳۵۰ ۰/۲۷۵	۰/۰۰۲
انعطاف‌ناپذیری	آزمایش	۳/۱۸	۰/۰۵۹	۰/۱۸۸	۰/۳۱۴	۰/۷۵۶	-۰/۳۲۵ ۰/۴۴۳	۰/۰۰۴
انعطاف‌ناپذیری		۲/۷۶	-۰/۲۵۲	۰/۱۷۹	-۱/۴۰۷	۰/۱۷۰	-۰/۶۱۸ ۰/۱۱۵	۰/۰۶۶
انعطاف‌ناپذیری		۱/۸۷	-۱/۱۷۰	۰/۱۷۲	-۶/۸۱۹	۰/۰۰۰	-۱/۵۲۱ ۰/۸۱۸	۰/۶۲۴
پرخاشگری	گروه	۳/۳۱	۰/۱۲۰	۰/۲۲۵	۰/۵۳۲	۰/۵۹۹	-۰/۳۴۱ ۰/۵۸۱	۰/۰۱۰
پرخاشگری	آزمایش	۳/۰۴	-۰/۱۱۳	۰/۲۱۵	-۰/۵۲۲	۰/۶۰۵	-۰/۵۵۴ ۰/۳۲۹	۰/۰۱۰
پرخاشگری		۲/۶۰	-۰/۴۵۱	۰/۲۱۰	-۲/۱۵۱	۰/۰۴۰	-۰/۸۸۰ ۰/۰۲۱	۰/۱۴۲
پرخاشگری		۱/۷۹	-۱/۳۰۲	۰/۲۰۳	-۶/۴۱۳	۰/۰۰۰	-۱/۷۱۸ ۰/۸۸۶	۰/۵۹۵
ارزش‌های	گروه	۳/۳۵	۰/۱۰۳	۰/۰۸۸	۱/۱۷۴	۰/۲۵۰	-۰/۰۷۷ ۰/۲۸۳	۰/۰۴۷
ارزش‌های	آزمایش	۳/۰۹	۰/۰۹۹	۰/۰۹۶	۱/۰۳۶	۰/۳۰۹	-۰/۰۹۷ ۰/۲۹۵	۰/۰۳۷
ارزش‌های		۲/۶۶	-۰/۳۶۱	۰/۰۸۶	-۴/۱۷۳	۰/۰۰۰	-۰/۵۳۸ ۰/۱۸۴	۰/۳۸۳
ارزش‌های		۱/۹۹	-۱/۰۲۰	۰/۰۶۷	-۱۵/۱۵۲	۰/۰۰۰	-۱/۱۵۷ ۰/۸۸۲	۰/۸۹۱

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد با توجه به مقادیر بتا و سطح معنی‌داری بدست آمده، تغییرات معنادار در تمام ابعاد سازمان شخصیت به جز بعد انعطاف‌ناپذیری از مرحله دوم درمان آغاز شده است. در همین راستا و بر اساس ضریب پاره‌ای اتا، نسبتی از کل تغییرات واریانس ایجاد شده در مراحل دوم و به خصوص سوم را می‌توان به اثرات عضویت در گروه آزمایش و درمان انجام گرفته اختصاص داد.

نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی تغییرات ساختار شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B است. پژوهش‌های مختلف اثربخشی درمان معطوف به انتقال را نشان می‌دهند اما ویژگی منحصر به فرد پژوهش حاضر بررسی و مشخص نمودن یکی از مهم‌ترین ابهامات درمانی در این خصوص یعنی تعیین زمان ایجاد تغییرات در فرایند درمان معطوف به انتقال است. بر اساس نتایج به دست آمده از یافته‌ها در مرحله اول درمان یعنی بعد از ۱۹ جلسه مداخله در ابعاد ساختار شخصیت، تغییرات معنادار ایجاد نشد. نتایج این پژوهش همسو است با یافته‌های استادتر (۲۰۰۹؛ به نقل از نجارپور، ۱۳۹۵) مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت نیاز به رابطه‌ای دارند که در آن بدون قید و شرط پذیرفته شوند و به زمان بیشتری برای استفاده از دستاوردهای درمان نیاز دارند، در این صورت است که می‌توانند اعتماد کنند و از نتایج درمان استفاده کنند و در ساختار شخصیتشان تغییر ایجاد کنند (چی کوا و استایل، ۲۰۰۴). پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد، یافت نشد اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آن‌ها استنباط کرد؛ به طور کلی نتایج پژوهش‌ها (کرنبرگ، ۱۹۷۶؛ کلارکین و همکاران، ۲۰۰۴؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ دیزنی، ۲۰۱۳؛ ورهات پلیتر و دبن ماجر، ۲۰۰۶؛ دورینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ استرن، دیاموند و یومانس، ۲۰۱۷؛ دومالیستر و همکاران، ۲۰۱۷؛ خوریانیان و همکاران، ۱۳۹۸ و دیاموند و هرش، ۲۰۲۰) در خصوص اثربخش بودن این روش درمانی در درمان اختلالات شخصیت است. بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش، در پیش‌آزمون، گروه گواه و آزمایش دارای اغتشاش هویت متوسط بودند. بعد از سی و پنج جلسه درمان، گروه آزمایش، دارای اغتشاش هویت خفیف بود و بعد از پنجاه و یک جلسه درمان، دارای انسجام هویت و ادراک سطحی از خود و دیگران بود و گروه گواه همچنان دارای اغتشاش هویت متوسط بود. از نظر رویکردهای روان‌پویشی، پراکندگی هویت ملاک تشخیص اختلال شخصیت است که با درمان معطوف به انتقال، این ملاک تشخیصی بهبود می‌یابد. از مرحله دوم در بعد هویت تغییرات معنادار مشاهده شد، کرنبرگ (۱۹۷۶) تأکید دارد که این روش درمانی می‌تواند

به بیمار در شناخت عمیق‌تر از خود کمک کند تا فقدان تصویرهای ایده‌آل از خود و دیگری را بپذیرد و تحمل کند و این امر سبب می‌شود تا هویت منسجم‌تری پیدا کند.

بعد کیفیت روابط موضوعی به روابط بین شخصی فرد و ماهیت تجربه درونی از خود و دیگران در تعاملات انسانی، پایداری و میزان یکپارچگی و عمق تجربه درونی شخص از خود و دیگران در طی زمان اشاره دارد. یکی از ویژگی‌های اختلال شخصیت مختل بودن روابط موضوعی است که با درمان معطوف به انتقال، این بعد ساختار شخصیت بهبود می‌یابد. در بعد کیفیت روابط موضوعی، در پیش‌آزمون افراد هر دو گروه دارای روابط ناپایدار و مبتنی بر ارضاء نیازهای خود و فقدان همدلی بودند و در گروه آزمایش پس از سی‌وپنج جلسه درمان، افراد دارای روابط منسجم و همدلی اندک بودند. پس از پنجاه‌ویک جلسه درمان، افراد گروه آزمایش دارای روابط پایدار و بادوام همراه با همدلی بودند ولی در ترکیب احساسات مهرآمیز با احساسات جنسی مشکل داشتند. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد وقتی بیماران با ادامه روند درمان اطمینان خاطر پیدا کردند که یک نفر در کنارشان است و به آنان کمک می‌کند همین عامل باعث شد به ثبات روابط موضوعی برسند (فراکلند، ۲۰۱۸) و کسب ثبات روابط موضوعی در بهبود روابط بین‌فردی اثربخش است و پژوهش‌ها نشان می‌دهد وقتی فرد قادر به تعامل با افراد دیگر باشد و از مشوق‌ها برای خودتنظیمی استفاده کند در طول زمان کژکاری شخصیت کمتر می‌شود (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶).

بعد دیگر ساختار شخصیت، دفاع‌های بدوی است. دفاع‌های بدوی عادت‌های من برای دور کردن اضطراب هستند، انعطاف‌ناپذیرند و اغلب پریشانی روانی به بار می‌آورند. نتایج پیش‌آزمون نشان می‌دهد که دفاع‌های بدوی، دفاع غالب در هر دو گروه (آزمایش و گواه) است و سبب نقص چشمگیر در عملکرد افراد می‌شود. پس از ۳۵ جلسه درمان در گروه آزمایش، دفاع بدوی دیگر دفاع غالب نیست و بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان، گروه آزمایش به‌ندرت به دفاع بدوی متوسل می‌شود و در عملکردشان بهبود ایجاد شده است ولی در گروه گواه همچنان دفاع بدوی غالب است. پیشینه پژوهش در حمایت از این یافته نشان می‌دهد که دفاع‌های رشدنیافته با اختلال‌های شخصیت رابطه دارند (مک ویلیامز، ۲۰۱۱). نتایج این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش خوریانیان و همکاران (۱۳۹۸) همسو است.

خشکی / انعطاف‌ناپذیری؛ ظرفیت فرد در پاسخ انعطاف‌ناپذیر و سازش نیافته به موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا است که به شیوه خودکار و قالبی می‌باشد. در بعد انعطاف‌ناپذیری؛ بر اساس نتایج به‌دست‌آمده؛ در پیش‌آزمون هر دو گروه دارای انعطاف‌ناپذیری و مقابله غیر انطباقی هستند و بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان، انعطاف‌ناپذیری گروه آزمایش اندک است و گروه گواه همچنان دارای

انعطاف‌ناپذیری به صورت غالب است. تنها بعد ساختار شخصیت است که از مرحله سوم تغییرات معنادار در آن مشاهده شد. می‌توان این یافته را این‌گونه تبیین کرد که دست یافتن به بینش از سازوکار دفاعی و به هوشیار آمدن تعارضات باعث می‌شود که انعطاف‌ناپذیری و خشکی شخصیت کاهش یابد. این بعد نسبت به سایر ابعاد عمیق‌تر است و زمان طولانی‌تری برای تغییر نیاز دارد. بعد دیگر ساختار شخصیت پرخاشگری است که به صورت رفتار مخرب و خود تخریبی، کنترل مطلق، تخریب دیگران و نفرت از دیگران تعریف می‌شود. در پیش‌آزمون هردو گروه پرخاشگری بدوی معطوف به خود و دیگران داشتند. پس از سی‌وپنج جلسه درمان، گروه آزمایش پرخاشگری معطوف به دیگران ندارد و نسبت به خود پرخاشگری اندک دارند. بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان که برای افراد گروه آزمایش اجرا شد این گروه دیگر پرخاشگری بدوی ندارند ولی در گروه گواه همچنان پرخاشگری بدوی غالب است.

ارزش‌های اخلاقی به حدود و میزان درونی‌سازی ارزش‌ها و اخلاقیاتی که تجربه درونی شخص را متأثر و رفتار او را هدایت می‌کند، اشاره دارد. از نظر کرنبرگ یکی از ویژگی‌های سازمان شخصیت بهنجار، وجود ارزش‌های درونی شده است. در پیش‌آزمون هر دو گروه دارای ارزش‌های اخلاقی ناپایدار هستند. پس از سی‌وپنج جلسه درمان، ارزش‌های اخلاقی گروه آزمایش دارای انسجام درونی اندک است و بعد از پنجاه‌ویک جلسه درمان، ارزش‌های اخلاقی درونی شده ولی افراد دارای معیارهای سخت‌گیرانه بودند ولی در گروه گواه همچنان ارزش‌های اخلاقی ناپایدار است. می‌توان این یافته پژوهش را بدین‌سان تبیین کرد که از نظر کرنبرگ یک سوپر ایگو پخته شامل لایه‌های پیاپی از سیستم‌های ارزشی مرتبط با بازنمودهای درونی شده خود و موضوع است؛ لایه رشدی نخست، بازتاب اخلاقیات ابتدایی و مقتضیات تجربه‌شده به وسیله کودک است. لایه دوم بازتاب آرمانی خود و موضوع است و لایه سوم سوپرایگو زمانی شکل می‌گیرد که لایه آزاررسان و لایه آرمانی‌ساز ادغام، تعدیل و واقع‌بینانه‌تر شوند (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶).

از نظر کرنبرگ، شخصیت به سه دسته؛ بهنجار، نوروتیک (یک و دو) و مرزی (یک، دو و سه) تقسیم‌بندی می‌شود (مک ویلیامز، ۱۳۹۸). درواقع تغییرات مشاهده‌شده در ساختار شخصیت اختلالات شخصیت خوشه B را می‌توان این‌گونه نیز تبیین نمود که افراد هر دو گروه در پیش‌آزمون در سطح مرزی دو بودند. پس از سی‌وپنج جلسه درمان، گروه آزمایش به سطح مرزی یک رسیدند و پس از پنجاه‌ویک جلسه درمان معطوف به انتقال، گروه آزمایش به سطح نوروتیک دو رسیدند. همچنین برای رسیدن به سطح نوروتیک یک و بهنجار نیاز به درمان طولانی‌تر است و در گروه گواه همچنان افراد در سطح مرزی دو قرار دارند. چگونگی تأثیر درمان معطوف به انتقال را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که درمان با بررسی الگوهای رابطه‌ای که به لحاظ دفاعی

بسیج شده، شروع می‌شود و به سمت روابط موضوعی تعارضی‌تر و بنیادی‌تر پیش می‌رود. به محض اینکه بیمار و درمانگر کارکردهای دفاعی یک رابطه موضوعی درونی خاص را درک می‌کنند، سایر الگوهای رابطه درونی شده که قبلاً درمقابلش دفاع می‌شد، مشخص می‌گردد. بدین طریق با پیشرفت درمان، بیمار درک عمیق از مشکلات و اضطراب‌های کنونی خود پیدا می‌کند. فرایند فعال‌سازی، اجرا و تفسیر مکرر یک تعارض خاص و مرتبط ساختن روابط موضوعی مختلف مربوط به آن، به بیمار کمک می‌کند تا شناخت عمیق‌تر و معنادارتری به خود پیدا کند و همچنین وقتی بیمار از روابط درون موضوعی سرکوب‌شده آگاه می‌شود، مسئولیت تجربه درونی خود را می‌پذیرد که این امر منجر به تعدیل روابط موضوعی دردناک می‌شود (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از دستاوردهای این پژوهش، برآورد پیش‌بینی کننده اثر درمان معطوف به انتقال به صورت کمی در هر مرحله درمان برای ابعاد ساختار شخصیت است. بدین معنی که مقادیر شاخص B (بتا) در گروه آزمایش نشان می‌دهد که با داشتن دو فرد معین با نمرات مشابه در هر کدام از ابعاد ساختار شخصیت، شما می‌توانید انتظار داشته باشید که پس از اجرای درمان معطوف به انتقال، نمرات ابعاد ساختار شخصیت فرد شرکت‌کننده در برنامه درمانی (گروه آزمایش) به میزان مقدار بتا کمتر (نشان‌دهنده بهبود) از فرد گروه گواه باشد.

هدف درمان معطوف به انتقال، ایجاد تغییر در ادراک بیمار از خود و دیگران است (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹) و به نظر می‌رسد افراد گروه آزمایش به این اهداف دست‌یافته‌اند. این پژوهش نشان داد درمان معطوف به انتقال توانست در مدت یک سال در کلیه ابعاد ساختار شخصیت و اختلالات شخصیت خوشه B تغییر ایجاد کند. روان‌درمانی معطوف به انتقال، درمانی ساختارمند است که از فنون شفاف‌سازی، مواجهه و تعبیر در رابطه اینجا و اکنون انتقال استفاده می‌کند. ابتدا به بیمار کمک می‌کند تا هیجان‌های طوفانی و آشوبناک را تحمل کند، سپس درمانگر با حفظ موضعی بی‌طرفانه، فضایی برای تعامل بیمار با بازنمایی‌ها و تجسم‌های ارتباطی فراهم می‌آورد و در این رابطه درمانی ایمن، دفاع‌های دوپاره کاهش پیدا می‌کنند و بازنمایی‌ها به گونه‌ای یکپارچه‌تر و تمایز یافته‌تر می‌شوند. این فرایند ابتدا در فضای انتقالی در رابطه با درمانگر سپس در حوزه‌ای وسیع‌تر در رابطه با اشخاص مهم زندگی بیمار رخ می‌دهد (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۱۳۹۶) و به میزان چشمگیری سطح کارکرد تأملی^۱ (توانایی بازنمایی خود و دیگران در قالب نگرش‌ها، هیجانات و انگیزش‌ها) بیماران را بهبود می‌بخشد (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۶).

^۱ Reflective Functioning

محدودیت پژوهش: استفاده از پرسشنامه میلون ۳ در غربالگری اولیه است. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده در غربالگری اولیه از مصاحبه ساختار شخصیت استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و رازداری رعایت شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. همچنین به شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان اختیار کامل داده شد. پس از اتمام پژوهش، گروه گواه ۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای درمان معطوف به انتقال دریافت کردند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی است. نویسنده اول در طراحی، مفهوم‌سازی، گردآوری و اجرای پژوهش، نویسنده دوم در مفهوم‌سازی، ویراستاری و نهایی سازی، نویسنده سوم و چهارم در روش‌شناسی مقاله با یکدیگر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

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

منابع

آذرفر، فاطمه، مکوند حسینی، شاهرخ، و صباحی، پرویز. (۱۳۹۸). بررسی تأثیردرگیری خانواده در اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه‌مدت بر بهبود نوجوانان دختر دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. خانواده پژوهی. ۵۷: ۱۲۵ - ۱۰۵ [پیوند]

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم DSM-5. ترجمه: رضاعی، فرزین؛ فخرايي، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت و شاملو، فرهاد. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۳]

- بیداری، فرزانه. و حاج عزیزاده، کبری. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا (س). ۱۵ (۲): ۱۶۵-۱۸۰. [پیوند]
- چگینی، مریم، دلاور، علی. و غرابی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون ۳. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. ۸ (۲۹): ۱۶۲-۱۳۵. [پیوند]
- خوریانیان، مهدی.، بخشی پور رودسری، عباس، محمودعلیلو، مجید. و هاشمی، تورج. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی انتقال محور بر کنش تأملی و کاهش نشانه شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله روانشناسی بالینی. ۴ (۴۰): ۵۸ - ۴۵. [پیوند]
- رشن، شهرزاد.، مکوند حسینی، شاهرخ، رضاعی، علی محمد. و طباطبایی، سید موسی. (۱۳۹۶). تأثیر روان‌درمانی پویشی بلندمدت کرنبرگ بر ساختار شخصیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته. مجله روانشناسی بالینی. ۴ (۳۶): ۱۲-۱. [پیوند]
- زارعی، گیتی.، رحیمیان بوگر، اسحق، معاضدیان، آمنه. و جهان، علی. (۱۳۹۹). بهبود اختلال شخصیت مرزی در بازه‌های زمانی درمان معطوف به انتقال: گزارش موردی. مجله مطالعات علوم پزشکی. ۳۱ (۴): ۲۶۶-۲۵۵. [پیوند]
- سنت کلا، مایکل. (۱۳۹۷). درآمدی بر روابط موضوعی و روان‌شناسی خود. ترجمه: طهماسب، علیرضا. و علی آقایی، حامد. تهران: نشر نی [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸]
- سید مهدوی اقدم، میر روح اله.، محمود علیلو، مجید و رضایی، امید. (۱۳۹۲). رابطه تجربه انواع مختلف سوء رفتار دوره کودکی و اختلالات شخصیت خوشه B، مجله پزشکی ارومیه، ۲۴، ۳: ۲۱۸-۲۱۰. [پیوند]
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۹۷). راهنمای ام.سی.ای (میلون ۳) تهران: نشر روان‌سنجی
- خدابنده لو، سعید، نجفی، محمود. و اسحق، رحیمیان بوگر. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر عزت نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد. مطالعات روانشناسی بالینی. ۸ (۳۰): ۱۰۱-۶۵. [پیوند]
- عینی، ساناز.، نریمانی، محمد، عطا دخت، اکبر.، بشر پور، سجاد. و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی بر قدرت ایگو روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله پزشکی ارومیه. ۲۹، ۱: ۱۱-۱. [پیوند]
- فراکلند، آلن ج. (۱۳۹۷). روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه‌ای ترجمه: کیانپور، سعید. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۰]
- قائم پناه، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی روابط موضوعی کوتاه مدت بر الگوهای اجباری به تکرار در نشانگان شخصیت مرزی: پژوهش تک آزمودنی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران [پیوند]

مجد آراء الهه. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی ساخت زدا پویشی بر بهبود روابط موضوعی و سازمان شخصیت بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی. رساله دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدی‌شهر، دانشگاه سمنان، ایران

مسگریان، فاطمه. (۱۳۹۵). واریسی مفهوم ارتباط با موضوع و سودمندی روان‌درمانی CCRT (مبتنی بر مضمون محوری تعارض ارتباطی) در اضطراب اجتماعی. رساله دکتری روانشناسی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، ایران

مک ویلیامز، نانسی. (۱۳۹۸). تشخیص روان تحلیلی. ترجمه: جواد زاده، غلامرضا. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۱]

نجار پور محمدآبادی، الهام. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کاهش حساسیت بین فردی افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی؛ پژوهش تک آزمودنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران

وکیلی، جواد، کیمیایی، سید علی. و صالحی فدردی، جواد. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زندانیان. مجله روان‌شناسی بالینی. ۳ (۳۱): ۱۰۶-۹۷ [پیوند]

واحدی، اندیشه، مکوند حسینی، شاهرخ. و بیگدلی، ایمان الله. (۱۳۹۱). تشخیص آسیب‌های سطحی شخصیت از طریق روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، مجله روانشناسی بالینی. ۱۵: ۸۶-۷۵ [پیوند]

یومانس، فرانک ا، کلارکین، جان ف. و کرنبرگ، اوتو. (۱۳۹۶). روان‌درمانی معطوف به انتقال برای اختلال شخصیت مرزی راهنمای بالینی. ترجمه: رضاعی، فرزین. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵]

- Caligor, E., Kernberg, OF., Clarkin, JF. (2007). *Hand book of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. 2nd ed. Washangton, DC: Am psychiatr publ.
- Chioqueta, AP., & Stiles, T. (2004). Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis*.;25 (3):128-33. [Link]
- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B., Kernberg, OF. (2017). *Structured Interview of the Personality Organization (STIPO)*. [Link]
- Clarkin, JF., Cain, NM., Lenzenweger, M. (2017). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Curr Opin Psychol*;21:80-5. [Link]
- Clarkin, JF., Levy, KN., Lenzenweger, MF., Kernberg, OF. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder:

- rationale, methods, and patient characteristics. *J. Pers. Disord.*; 18 (1): 52-72. [[Link](#)]
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry research.*; 258: 141-4. [[Link](#)]
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., Lowyck, B. (2017). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*; 9 (1): 22[[Link](#)]
- Diamond, D., Hersh, RG. (2020). Transference-Focused Psychotherapy for Narcissistic Personality Disorder: An Object Relations Approach. *J Pers Disord*;34 (Supplement):159-76. [[Link](#)]
- Disney, KL. (2013). Dependent personality disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev.*;33 (8):1184-96. [[Link](#)]
- Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *BJPsych.*;196 (5):389-95. [[Link](#)]
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., et al. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO).*BMC Psychiatry.*;13 (1):210.[[link](#)]
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, YW., Warren, F., Howard, S., et al. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One.*; 11 (7): e0158678. [[Link](#)]
- Kernberg, OF. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. 1st ed. New York: Jason Aronson.
- Levy, KN., Clarkin, JF., Yeomans, FE., Scott, LN., Wasserman, RH., Kernberg, OF. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J. Clin. Psychol.*; 62 (4): 481-501. [[Link](#)]
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *AmPsychol.*;65 (2):98–109 [[Link](#)]
- Siefert, C., Porcerelli, JH. (2015). Object relations theory and personality disorders: Internal representations and defense mechanisms. *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment*. Washington, DC, US: American Psychological Association;. p. 203-24. [[Link](#)]

- Stern, BL., Diamond, D., Yeomans, FE. (2017). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality: Engaging patients in the early treatment process. *Psychoanalytic Psychology*.;34 (4):381-96. [[Link](#)]
- Verheugt-Pleiter, A., Deben-Mager, M. (2007). Transference-Focused Psychotherapy and Mentalization-Based Treatment: Brother and Sister? *Psychoanal. Psychother.*; 20 (4): 297-315. [[Link](#)]

Contents Titles

- The Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Family Function and Sexual Function of Women with Addicted Spouse
F. Shiri1 & M. Goudarzi 345-368
- The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction in Premenopausal Women Referred
M. Behbahani1 & Sh. Ghorbanshiroodi 369-389
- Construction and Psychometric Analysis of Possible Selves' Questionnaire in Students
F. Zadshir, S. Saber & Kh. Abolmaali 391-414
- Psychometric Properties of the Student Version of the Academic Motivation Scale
S. Mohammadali, D. Manavipor, M. Sedaghatifard 415-434
- Study of Psychometric Properties of the International Index of Erectile Function (IIEF) in Substance Dependent Men
Sh. Babazadeh, M. Habibi, V. Sadeghi-Firoozabadi & N. Gohari-Derakhshande435-457
- Delay Discounting Test: Development and Evaluation of Psychometric Properties in a Sample of Iranian Children
V. Nejati, A. Sarraj Khorrami, M. Sharifian & M. Jafarzadeh.....459-472
- Changes Personality Organization at Different Time Serials in Transference Focused Psychotherapy in Cluster B Personality Disorders.
G. zarei, I. Rahimian Boogar, A. Moazedian & A. Jahan473-493