

بسم الله الرحمن الرحيم

فصلنامه روان‌شناسی کاربردی

فصلنامه علمی - پژوهشی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۵، شماره ۱ (۵۷)، بهار ۱۴۰۰

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 - خانم 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 طاهرنشادوست: 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: استاد 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 و 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، مفهوم سازی، اجرا، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح، ویراستاری و نهایی سازی

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

• **تعارض منافع:** نشریه علمی روان‌شناسی کاربردی که به صاحب امتیازی دانشگاه شهید بهشتی منتشر می‌شود؛ متعهد به اجرای 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 منافی 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_ پیاپی ۵۰: ۲۹۵-۲۷۳. [[پیوند](#)]

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. [[Link](#)]

• **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 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 رویا آفتاب: دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
۲. دکتر سعید ایمانی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۳. دکتر بهاره برزگر: دانش‌آموخته دانشگاه تربیت مدرس
۴. دکتر سمانه بهزادپور: دانش‌آموخته دانشگاه شهید بهشتی
۵. دکتر منصوره حاج‌حسینی: استادیار دانشگاه تهران
۶. آقای محمود خزائی: دانشجوی دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۷. دکتر عباس ذبیح‌زاده: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۸. دکتر امید شکری: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۹. دکتر سعید صادقی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۱۰. دکتر وحید صادقی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۱۱. خانم مریم فلاح‌پیشه: دانشجوی دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۱۲. دکتر وحید نجاتی: استاد دانشگاه شهید بهشتی
۱۳. دکتر زهرا یوسفی: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان

فهرست عناوین

-
- اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه ایوان
علی رشیدی، فرزاد زندی، یحیی یاراحمدی و مریم اکبری ۹-۲۳
- پیش‌بینی رابطه چندگانه کانون توجه، پردازش پس رویدادی و سوگیری تعبیر (مربوط به خود) با اضطراب اجتماعی دانشجویان شهر اصفهان
فاطمه هدایتی و هاجر ترکان ۲۵-۴۷
- اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
افسانه در تاج، مهناز علی اکبری دهکردی، عبدالرضا ناصر مقدسی و احمد علی پور ۴۹-۷۲
- ساخت نقش میزان استفاده از وسایل دیجیتال در پیش‌بینی مشکلات خواب و تغذیه خردسالان با علائم اختلال طیف اتیسم زیر سه سال
سعید صادقی، حمیدرضا پوراعتماد و رضا شروین بدو ۷۳-۹۴
- رضایت از زندگی و رضایت زناشویی برخاسته از تجارب زیسته زنان شاغل و خانه‌دار: یک مطالعه پدیدارشناسی
دینا رجایی قاضیلو، آسیه شریعت‌مدار و نورعلی فرخی ۹۵-۱۱۵
- الگوی ساختاری استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت و مشکلات رفتاری کودکان با میانجی‌گری تعامل مادر-کودک
زهرآ نوروزی، رسول روشن چسلی و حجت‌اله فراهانی ۱۱۷-۱۳۹
- نقش الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت در پیش‌بینی رضایت زناشویی: یک مطالعه تشخیصی
شیما مقدس علی، مالک میرهاشمی و نسرین باقری ۱۴۱-۱۶۸

Research Article

The Effectiveness of Academic Enthusiasm-Based Educational Program on Self-Defeating Academic Behavior of Ivan's High School Students

A. Rashidi¹, F. Zandi^{2*}, Y. Yarahmadi³ & M. Akbari³

1. Ph.D student, Department of Psychology ,Sannandaj Branch, Islamic Azad University, Sannandaj, Iran.

2. Department of Psychology, Qorveh Branch, Islamic Azad University, Qorveh, Iran. Email: Farzad zandi547@yahoo.com

3. Assistant professor of Psychology, Sannandaj Branch, Islamic Azad University, Sannandaj, Iran.

Abstract

Aim: The purpose of this research was to evaluate the effectiveness of academic enthusiasm-based educational program on self-defeating academic behaviors of Ivan's high school students. **Method:** The present research is methodologically one of the quasi-experimental designs of pre-test, post-test and follow-up with the control group. The statistical population of the research includes all high school students in Ivan city who were studying in the 2019-20 academic year. From this population, 30 students were selected using the random sampling method and randomly replaced in two experimental and control groups. Each group contains 15 people. The experimental group was trained in 10 sessions of 90 minutes based on academic enthusiasm. Members of both groups completed the Cunningham self-defeating behavior questionnaire in all three stages of pre-test, post-test and follow-up. Data were analyzed by mixed variance analysis. **Result:** The findings showed that the mean scores of academic self-defeating behaviors variable in the experimental group were significantly reduced compared with the control group in the post-test and follow-up stages. **Conclusion:** Therefore, academic enthusiasm-based educational program has been effective in reducing self-defeating academic behaviors of the students.

Key words: *academic enthusiasm, educational program, self-defeating academic behaviors*

Citation: Rashidi, A., Zandi, F., Yarahmadi, Y., & Akbari, M. (2021). The Effectiveness of Academic Enthusiasm-Based Educational Program on Self-Defeating Academic Behavior of Ivan's High School Students. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(1):9-23.

اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه ایوان

علی رشیدی^۱، فرزاد زندی^{۲*}، یحیی یاراحمدی^۳ و مریم اکبری^۴

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

۲. گروه روانشناسی، واحد قروه، دانشگاه آزاد اسلامی، قروه ایران. ایمیل: Farzadzandi547@yahoo.com

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

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه ایوان بود. **روش:** پژوهش حاضر از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، همه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان ایوان بودند که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند. از این جامعه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه مبتنی بر اشتیاق تحصیلی آموزش داده شد. اعضای هر دو گروه در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه رفتار خودشکن کانینگام را تکمیل کردند. داده‌ها نیز با روش تحلیل واریانس آمیخته بررسی شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات متغیر رفتارهای خودشکن تحصیلی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری داشته است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین، برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر کاهش رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان اثربخش بوده است.

کلید واژه‌ها: اشتیاق تحصیلی، برنامه آموزشی، رفتارهای خودشکن تحصیلی

مقدمه

زندگی تحصیلی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی فرد است که بر تربیت و یادگیری ثمربخش و موفقیت‌آمیز او اثر می‌گذارد و در آنجا شایستگی‌ها و توانایی‌ها به بار می‌نشینند و پیشرفت‌های علمی حاصل می‌شود، اما در زندگی روزانه تحصیلی، دانش‌آموزان با انواع چالش‌ها، موانع و فشارهای خاص این دوره از جمله نمرات ضعیف، سطوح استرس، تهدید اعتماد به نفس در نتیجه عملکرد، کاهش انگیزش و غیره مواجه می‌شوند. شناسایی عوامل مؤثر بر پیشرفت و افت تحصیلی همواره یکی از حوزه‌های مورد نظر پژوهشگران این عرصه بوده است (یو، دانگ و لیم، ۲۰۱۶).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که تعداد زیادی از دانش‌آموزان با رفتارهای خودشکن درگیر هستند و این تعداد در حال افزایش می‌باشد. بنابراین، با توجه به اینکه رفتارهای خودشکن یکی از مهم‌ترین مشکلات آموزشی است و تعداد زیادی از فراگیران با شیوع بالای ۵۰ درصد، را درگیر خود ساخته است (دی، منسنیک و اوسالیوان، ۲۰۱۴). رفتارهای خودشکن به اعمالی گفته می‌شوند که فرد آگاهانه و از روی عمد انجام داده که در نهایت منجر به شکست یا آسیب به خود شده و بر بهزیستی اثری منفی دارد. افرادی که این اعمال را انجام می‌دهند دائماً به دنبال پیامدهای مثبت هستند در حالی که توجه زیاد به پیامدهای مثبت در طولانی مدت پیامدهای منفی را به دنبال خواهد داشت. در برخی از این رفتارها مانند اهمال کاری یا تعلل‌ورزی و خودناتوان‌سازی، فرد به خاطر ترس از شکست با بهانه تراشی سعی در رفع مسئولیت خود دارد (بامیستر و بوشمن، ۲۰۱۴).

خودناتوان‌سازی از دو طریق می‌تواند ظاهر شود: ۱- خودناتوان‌سازی رفتاری که یعنی ارائه رفتارهایی مبنی بر کاهش احتمال موفقیت که در برگیرنده ایجاد موانع به دست خود فرد است (ریکرت، مراس و ویتکو، ۲۰۱۴). ۲- خودناتوان‌سازی ادعا شده به معنای بیان کردن یک شرایط نامساعد قبل از اینکه فرد بررسی انجام دهد. مقصود نهایی هر دو مورد توجیه و بهانه تراشی است (آینت، هرت، هندریکس و گالانت، ۲۰۱۷). تعلل‌ورزی نیز پدیده نسبتاً شایعی است که تمام جنبه‌های زندگی بخصوص حوزه تحصیلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به معنای تأخیر عمدی در انجام تکالیف با وجود آگاهی شخص از نتایج و پیامدهای آن است (کلینسیک، ۲۰۱۳). در واقع تعلل‌ورزی تحصیلی به عنوان نوعی فرایند ضد انگیزشی عمل می‌کند. تعلل‌ورزی به عنوان

مسئله انگیزشی از این جهت مشکل‌زا است که افراد تعلل‌ورز از انجام تکالیف بیزاری می‌جویند (گراند و فریس، ۲۰۱۸).

مرور پیشینه پژوهشی حاکی از رابطه منفی و معنادار رفتارهای خودشکن تحصیلی با اشتیاق تحصیلی است. اشتیاق تحصیلی در پیشرفت تحصیلی، ارتقای تحصیلی دانش‌آموزان در مدارس و کاهش رفتارهای پرخطر در مدارس نقش عمده‌ای دارد (جنیفر و فردریک، ۲۰۱۵)؛ زیرا تعهد دانش‌آموزان را به اهداف آموزشی و درگیری دانش‌آموز با تکالیف مربوطه را بیشتر می‌کند (بشرپور، عیسی‌زادگان، زاهدبالان و احمدیان، ۱۳۹۲). دانش‌آموزانی که اشتیاق تحصیلی داشته باشند، توجه و تمرکز بیشتری بر مسائل و موضوعات هدف یادگیری دارند، به قوانین و مقررات مدرسه تعهد بیشتری نشان می‌دهند، از انجام رفتارهای ناسازگارانه و نامطلوب اجتناب می‌کنند و در مورد آزمون‌ها عملکرد بهتری دارند (مسلش، اسکافیلی و لیتز، ۲۰۰۱). در مقابل، بی‌اشتیاقی به مدرسه پیامدهای منفی جدی نظیر پیشرفت نکردن در مدرسه، تمایل به رفتارهای انحرافی و خطر ترک تحصیل را به همراه دارد (وانگ و هولکامبی، ۲۰۱۰).

برخی پژوهش‌ها از جمله پژوهش دل‌قندی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که اشتیاق تحصیلی با رفتارهای خودشکن رابطه منفی و معنادار دارد که با نتایج پژوهش فرج‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، سرابی و عسگری (۱۳۹۷)، عباسی و همکاران (۱۳۹۴)، گائو و همکاران (۲۰۱۸) و تسارو همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. علی‌رغم اهمیت فوق‌العاده سازه اشتیاق تحصیلی در تعلیم و تربیت و همچنین نتایج منفی رفتارهای خودشکن تحصیلی، پژوهش‌های محدودی در این زمینه صورت گرفته است.

آنچه پژوهش حاضر را مهم و قابل توجه جلوه می‌دهد، طراحی برنامه‌ای آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی است و فرضیه پژوهش این می‌باشد که تأثیر آن بر متغیر وابسته این پژوهش بررسی شود. بنابراین، با توجه به مرور پیشینه پژوهشی، اهمیت موضوع و عدم بررسی موضوع عنوان شده، هدف پژوهش حاضر بررسی این فرضیه است که برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان اثربخش است.

روش

این مطالعه از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماه بعد از پس‌آزمون) با گروه کنترل است.

جامعه آماری پژوهش همه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه ایوان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بودند. از این جامعه ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به غربالگری دانش‌آموزان با رفتارهای خودشکن تحصیلی پرداخته شد. سپس تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. به گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه مبتنی بر اشتیاق تحصیلی آموزش داده شد. در این مدت دانش‌آموزان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. سپس پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. بعد از گذشت یک ماه نیز آزمون پیگیری انجام و نتایج با نرم افزار SPSS تحلیل شد.

ابزار

پرسشنامه شناخت و رفتار خودشکن^۱

این پرسشنامه توسط کانینگهام (۲۰۰۷) طراحی و دارای ۲۱ سؤال جهت ارزیابی ۶ نوع رفتار خودشکن (اهمال‌کاری، خودناتوان‌سازی، افزایش تعهد، ارزیابی نامعتبر، رفتار تکانشی، تأخیر و ناتوانی در تصمیم‌گیری) تنظیم شده است. دامنه نمرات کسب شده بین ۲۱ تا ۱۲۰ قرار دارد. کسب نمره بیشتر از ۵۲ نشان دهنده رفتار خودشکن بالا است. کانینگهام (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرده است. محمدی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای دو خرده مقیاس اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی، به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. رنجبر و همکاران (۱۳۹۷) نیز ضریب مذکور را برای خرده مقیاس‌های افزایش تعهد (۰/۶۹)، ارزیابی نامعتبر (۰/۷۱)، رفتار تکانشی (۰/۷۳)، تأخیر و ناتوانی در تصمیم‌گیری (۰/۶۲) محاسبه کردند. روایی این پرسشنامه در پژوهش رنجبر و همکاران (۱۳۹۷) مورد تایید متخصصین و پژوهشگران قرار گرفت. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

^۱ Self-Defeating Behavior and Cognition Scale

طرح آموزش

برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به گروه آزمایش ارائه شد. این برنامه براساس مرور پژوهش‌های انجام شده و نتایج حاصل از آن‌ها و همچنین بررسی متغیرهای تأثیرگذار بر اشتیاق تحصیلی، به وسیله پژوهشگر و با نظارت استاد راهنما و مشاور رساله دکتری ساخته شد.

در جدول (۱) عنوان و محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی ارائه شده است.

جدول ۱. عنوان و محتوای جلسات آموزشی

جلسات	محتوای جلسات
اول (معارفه)	معرفی مدرس، تبیین هدف جلسات آموزشی، مراحل و قوانین جلسات آموزشی، برگزاری پیش‌آزمون رفتارهای خودشکن تحصیلی.
دوم (آشنایی دانش‌آموزان با مفاهیم)	آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم اشتیاق تحصیلی، انواع انگیزش تحصیلی با ذکر مثال، حمایت اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی در مدرسه و رفتارهای خودشکن تحصیلی.
سوم (آموزش راهبردهای خودتنظیمی-شناختی)	آموزش راهبردهای تکرار و مرور شامل چندبار روخوانی (مکررخوانی)، چندبار رونویسی (مکررنویسی)، تکرار اصطلاحات مهم و کلیدی باصدای بلند، انتخاب نکات مهم و خط کشیدن زیر مطالب یا استفاده از ماژیک فسفری؛ آموزش راهبردهای بسط و گسترش معنایی شامل استفاده از واسطه‌ها، تصویرسازی ذهنی، روش مکان‌ها، کلمه کلید، سرواژه، یادداشت برداری، خلاصه کردن، علامت‌گذاری و حاشیه‌نویسی، قیاس‌گری و آموزش دادن مطالب آموخته شده به دیگران (کنفرانس). آموزش راهبردهای سازمان دهی شامل دسته بندی اطلاعات جدید و تبدیل متن درسی به طرح، نقشه و نمودار
چهارم (آموزش راهبردهای خودتنظیمی-فراشناختی)	آموزش راهبردهای برنامه‌ریزی شامل تعیین هدف مطالعه، پیش بینی زمان لازم برای مطالعه و یادگیری، تعیین سرعت مطالعه، تحلیل چگونگی برخورد با موضوع یادگیری، انتخاب راهبردهای یادگیری (راهبردهای شناختی)؛ آموزش راهبردهای نظارت و ارزشیابی شامل ارزشیابی از پیشرفت، نظارت بر توجه، طرح سؤال در ضمن مطالعه و یادگیری و بررسی زمان و سرعت مطالعه؛ آموزش راهبردهای نظم‌دهی شامل و تعدیل سرعت مطالعه و اصلاح یا تغییر راهبرد شناختی.
پنجم (آموزش راهبردهای خودتنظیمی- حل مسئله)	آموزش مهارت حل مسئله و مراحل آن شامل شناسایی یا طرح مسئله، تعریف دقیق مسئله، جمع‌آوری اطلاعات، تولید راه حل‌های مختلف و بارش فکری،

بررسی راه حل‌ها و انتخاب مناسب‌ترین آنها و اجرا و ارزیابی؛ و فعالیت‌های مربوط به آن.	
ششم (آموزش هوش هیجانی ۱)	آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم هوش هیجانی و اهمیت آن، آشنایی با انواع هیجان‌ها، آموزش خودآگاهی هیجانی (۱- استفاده از تکنیک تمرکز و ۲- بحث گروهی در مورد حالات هیجانی)، نوشتن داستان‌های کوتاه در مورد حالات هیجانی.
هفتم (آموزش هوش هیجانی ۲)	آموزش شناسایی، تنظیم و کنترل هیجان‌ها و استفاده مؤثر از آنها. آموزش خود ادراکی هیجانی (۱- نامگذاری هیجان‌ها ۲- بیان و درک حس‌ها، افکار و رفتارهای مربوط به هر هیجان و تأثیرات آن‌ها بر روابط اجتماعی)، ایفای نقش افراد با حالات هیجانی مختلف و بازخورد دیگران، چگونگی همدلی و درک احساس دیگران
هشتم (آموزش مهارت‌های جرأت ورزی ۱)	تعریف و بیان ضرورت جرأت ورزی و فواید آن، آشنایی با حقوق افراد و حقوق خود (حق ابراز وجود، حق آزادی انتخاب و حق ابراز نظر).
نهم (آموزش مهارت‌های جرأت ورزی ۲)	تشخیص رفتارهای جرأت‌ورزانه از پرخاشگری، آشنایی با مهارت نه گفتن و آثار مثبت آن، علل ناتوانی در این مهارت، بحث در مورد انتقاد و برخورد مناسب با انتقاد، فواید انتقاد.
دهم (خلاصه مطالب)	مرور خلاصه مطالب ارائه شده جلسات قبل، پاسخ دادن به سوالات دانش‌آموزان و برگزاری پرس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن کل دانش‌آموزان به ترتیب ۱۶/۳۶ و ۰/۶۶۷ بود. آماره‌های توصیفی رفتارهای خودشکن تحصیلی در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد رفتارهای خودشکن تحصیلی

آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	آزمایش	۶۲/۲۰	۱۳/۰۸
	کنترل	۴۶/۸۰	۱۰/۰۵
پس آزمون	آزمایش	۴۶/۴۰	۹/۵۰
	کنترل	۴۵/۸۰	۸/۷۰
پیگیری	آزمایش	۵۷/۴۰	۱۳/۴۰
	کنترل	۴۶/۴۷	۹/۲۸

یافته‌های توصیفی در جدول شماره (۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر رفتارهای خودشکن تحصیلی نسبت به پیش‌آزمون تغییر داشته است، اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود.

به منظور بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. از این آزمون زمانی استفاده می‌کنیم که هم عامل بین گروهی (حداقل دو گروه) و هم عامل درون گروهی (هر گروه دارای چند مشاهده باشد) وجود داشته باشد. بنابراین، با توجه به اینکه در این پژوهش دو گروه داشتیم (آزمایش و کنترل) و برای هر گروه، سه مشاهده (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود داشت، این آزمون، آزمون مناسبی است زیرا علاوه بر بررسی اثر عامل‌ها (اثر گروه و اثر زمان) تعامل آن‌ها را نیز بررسی می‌کند. قبل از انجام این آزمون لازم است که پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، برابری واریانس‌های خطا و برابری ماتریس‌های کوواریانس بین گروهی بررسی شود. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	مراحل	آماره	سطح معنی‌داری
رفتارهای	پیش‌آزمون	۰/۰۸۳	۰/۲۰۰
خودشکن	پس‌آزمون	۰/۱۳۶	۰/۱۶۸
تحصیلی	پیگیری	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰

با توجه به نتایج جدول شماره (۳)، در متغیر رفتارهای خودشکن تحصیلی در تمام مراحل اندازه‌گیری مقدار Z به دست آمده معنادار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$). بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است.

در جدول (۴) نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در سه بار آزمون رفتارهای خودشکن تحصیلی ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیر	مراحل	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
			۱	۲	
رفتارهای خودشکن تحصیلی	پیش آزمون	۰/۲۲۰	۱	۲۸	۰/۸۸۲
	پس آزمون	۳/۵۱۷	۱	۲۸	۰/۰۷۱
	پیگیری	۲/۳۹۲	۱	۲۸	۰/۱۳۳

همان‌طور که نتایج جدول شماره (۴) نشان می‌دهد، مقادیر F به دست آمده برای متغیر رفتارهای خودشکن تحصیلی در سه بار آزمون با درجات آزادی (۱ و ۲۸) $(DF = 28)$ معنادار نیست $(P > 0.05)$. در نتیجه تفاوت معنی‌داری بین واریانس خطای گروه‌ها وجود ندارد و بنابراین فرض همگنی واریانس‌های خطا رعایت شده است و می‌توان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده کرد.

در جدول (۵) نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده و متغیر وابسته در بین گروه‌ها، ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس

متغیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
		۱	۲	
رفتارهای خودشکن تحصیلی	۲۳/۳۸۸	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۶۲

همانگونه که در جدول شماره (۵) نشان داده شده، مقدار F به دست آمده برای متغیر رفتارهای خودشکن تحصیلی با درجات آزادی (۶ و ۵۶۸۰/۳۰۲) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، از این رو می‌توان گفت که در هر دو متغیر وابسته پژوهش، فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده، رعایت شده است.

با توجه به اینکه پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، در جدول (۶) آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تأثیر زمان و همچنین تعامل زمان و گروه ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی کل مدل

متغیر	اثر	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
رفتارهای خودشکن تحصیلی	زمان و گروه	۷۱/۵۲۸	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱
	زمان	۵۰/۹۳۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰

همان‌طور که نتایج جدول شماره (۶) نشان می‌دهد اثر زمان و اثر تعامل زمان و گروه در رفتارهای خودشکن تحصیلی در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد. بنابراین نتایج حاکی از آن است که نمرات در طول زمان و همچنین تعامل زمان و گروه معنادار هستند. در جدول شماره (۷) نتایج آزمون تحلیل واریانس بین گروهی ارائه شده است.

جدول ۷. تحلیل واریانس بین گروهی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
رفتارهای خودشکن تحصیلی	زمان و گروه	۴۸۱/۶۶۷	۱	۴۸۱/۶۶۷	۴۵/۴۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹
	گروه	۴۲۶/۶۶۷	۱	۴۲۶/۶۶۷	۴۰/۲۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
	خطا	۲۹۶/۶۶۷	۲۸	۱۰/۵۹۵			

با توجه به نتایج جدول شماره (۷)، اثر گروه (۴۰/۲۷۰) و اثر تعامل زمان و گروه (۴۵/۴۶۱) در متغیر رفتارهای خودشکن تحصیلی، در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار شده است. در جدول (۸) نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها آورده شده است.

جدول ۸. آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها

متغیر	زمان	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
رفتارهای	۱	۲	۰/۸۰۴	۰/۰۰۱
خودشکن	۱	۳	۰/۸۲۵	۰/۰۰۱
تحصیلی	۲	۳	۰/۸۴۰	۰/۰۰۱

$P < 0/05$ *

بررسی میانگین‌ها در جدول شماره (۸) نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های متغیر رفتارهای خودشکن تحصیلی در زمان اول (پیش‌آزمون) با زمان دوم (پس‌آزمون) و زمان سوم (پیگیری) و همچنین زمان دوم (پس‌آزمون) با زمان سوم (پیگیری) در سطح (۰/۰۰۱) معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه ایوان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان اثربخش می‌باشد و فرضیه پژوهش به صورت کلی تایید گردید. به عبارت دیگر، اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی می‌تواند میانگین نمرات متغیر وابسته در این پژوهش را افزایش دهد.

تحلیل یافته‌های حاصل از آزمون تحلیل واریانس آمیخته در این پژوهش، حاکی از اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی بر کاهش رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود که این یافته با نتایج پژوهش دلغندی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. آن‌ها در پژوهش خود که بر روی ۳۵۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه

شهر ری انجام دادند، دریافتند که اشتیاق تحصیلی، کیفیت زندگی در مدرسه و احساس تعلق به مدرسه با رفتارهای خودناتوان ساز تحصیلی رابطه منفی و معنی داری دارد ($P < 0/01$) که با نتایج پژوهش فرج زاده و همکاران (۱۳۹۹)، سرابی و عسگری (۱۳۹۷)، عباسی و همکاران (۱۳۹۴)، گائو و همکاران (۲۰۱۸) و تسار و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت که با توجه به اینکه اشتیاق تحصیلی ترکیبی از انگیزش و کنجکاو است، ضمن اینکه در برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی نیز این موارد لحاظ شده است؛ لذا انگیزش می تواند در افزایش اشتیاق دانش آموز به تحصیل تأثیرگذار باشد (چمنی و همکاران، ۱۳۹۶). دانش آموزانی که از انگیزش و میل به پیشرفت بالایی برخوردارند، در حوزه های مختلف به ویژه در زمینه تحصیل، پشتکار و تلاش زیادی دارند و در مواجهه با مشکلات تحصیلی، تحت تأثیر هیجان های منفی از جمله ناامیدی قرار نگرفته و راهبردهای سازش یافته را به کار می بندند و مشتاق به تحصیل خواهند ماند.

فراگیران خودناتوان ساز، مجموعه ای از راهبردها را به کار می گیرند تا به آن ها به عنوان قربانیان شرایط و نه قربانیان ناتوانی نگریسته شود. این گونه راهبردها از آن جهت راهبردهای خودناتوان ساز قلمداد می شوند که استفاده از آن ها باعث تضعیف عملکرد تحصیلی دانش آموز می شود. بنابراین با توجه به اینکه در برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی، آموزش راهبردهای خودتنظیمی (حل مسئله، شناختی و فراشناختی) توسط پژوهشگران افزوده شده است، یادگیری و استفاده دانش آموزان از این راهبردها، موجب ارتقای اشتیاق تحصیلی آن ها و کاهش رفتارهای خودناتوان ساز از جمله اهمال کاری، ارزیابی نامعتبر، رفتار تکانشی، تأخیر و ناتوانی در تصمیم گیری در ایشان شد.

به علاوه، آموزش مهارت جرأت ورزی سبب افزایش انگیزش تحصیلی و در نتیجه اشتیاق تحصیلی می شود و آموزش هوش هیجانی که در افزایش کیفیت زندگی کاری دانش آموزان در مدارس مؤثر است و در نهایت موجب افزایش اشتیاق تحصیلی در آنها می شود. در مجموع می توان گفت برنامه آموزشی تدوین شده در پژوهش حاضر، با افزایش اشتیاق تحصیلی دانش آموزان، عامل افزایش تلاش و پشتکار و کاهش رفتارهای خودشکن تحصیلی شد.

با توجه به یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، باید گفت برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی می‌تواند راهکار اجرایی مناسبی جهت کاهش رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود از برنامه آموزشی مذکور به عنوان بخشی از طرح‌ها و کار اجرایی روان‌شناسان تربیتی و حتی مشاوران تحصیلی فعال در این عرصه که در مدارس و سایر آموزشگاه‌ها در حال تلاش هستند، جهت کاهش رفتارهای خودشکن تحصیلی دانش‌آموزان به کار گرفته شود.

جامعه آماری این پژوهش محدود به دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل دوره دوم متوسطه شهرستان ایوان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی، به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر اشتیاق تحصیلی در سنین و مقاطع تحصیلی و رشته‌های تحصیلی مختلف پرداخته شود.

منابع

بشرپور، سجاد؛ عیسی‌زادگان، علی؛ زاهد بابلان، عادل؛ احمدیان، لیلا. (۱۳۹۲). مقایسه خودپنداره تحصیلی و اشتیاق به مدرسه در دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۵(۲)، ۶۴-۴۷. {پیوند}

چمنی، محمد؛ عجم، علی‌اکبر؛ سلم‌آبادی، مجتبی. (۱۳۹۶). بررسی نقش هوش اجتماعی و انگیزش تحصیلی بر اشتیاق تحصیلی دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. *مجله توسعه آموزش جندی‌شاپور*، ۴(۸)، ۴۰۸-۳۹۹. {پیوند}

دل‌قندی، علیرضا؛ بیان‌فر، فاطمه؛ طالع‌پسند، سیاوش. (۱۳۹۸). پیش‌بینی رفتارهای خودناتوان‌ساز تحصیلی بر اساس اشتیاق تحصیلی، کیفیت زندگی در مدرسه و احساس تعلق به مدرسه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر ری. *مجله روان‌شناسی تربیتی*، ۵۳(۱۵)، ۹۲-۷۳. {پیوند}

سیدسرای، مهناز؛ عسگری، شهناز. (۱۳۹۷). پیش‌بینی رفتارهای خود ناتوان ساز تحصیلی بر اساس اشتیاق تحصیلی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی دانش‌آموزان دختر. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۲۵)، ۲۱-۱. {پیوند}

عباسی، مسلم؛ درگاهی، شهریار؛ پیرانی، ذبیح؛ بنیادی، فرزانه. (۱۳۹۴). نقش تعلل‌ورزی و خودتنظیمی انگیزشی در پیش بینی اشتیاق رفتاری دانشجویان. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۸(۵)، ۲۹۵-۳۰۰. {پیوند}

فرج‌زاده، پروین؛ غضنفری، احمد؛ چرامی، مریم؛ شریفی، طیبه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان شناختی بر اهمال کاری تحصیلی دانشجومعلمان دختر با اشتیاق تحصیلی پایین. *پژوهش در یادگیری آموزشی و مجازی*، ۲۸(۴)، ۳۱-۴۲. {پیوند}

Baumeister, R., & Bushman, B. (2014). *Social psychology and human nature*. 3rd ed. Belmont, CA: Wadsworth. [Link]

Day, V., Mensink, D., O'Sullivan, M. (2014). Patterns of Academic Procrastination. *Journal of Coll Read Learn*. 30 (2); 120-134. [Link]

Eyink, J.; Hirt, E.R.; Hendrix, K.S. & Galante, E. (2017). Circadian variations in claimed self-handicapping: Exploring the strategic use of stress as an excuse. *Journal of Experimental Social Psychology*, 69, 102-110. [Link]

Guo, L., Decoster, S., Babalola, M.T., De Schutter, L., Garba, O.A., Riisla, K. (2018). Authoritarian leadership and employee creativity: The moderating role of psychological capital and the mediating role of fear and defensive silence. *Journal of Business Research*, 92, 219-230. [Link]

Grund, A., & Fries, S. (2018). "Understanding procrastination: A motivational approach". *Personality and Individual Differences*, 121, 120-130. [Link]

Klingsieck, K. B. (2013). "Procrastination. When good things don't come to those who wait". *European Psychologist*, 18, 24-34. [Link]

Jennifer A. & Fredricks. (2015). Academic engagement. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 74(1), 31-36. [Link]

Maslach, C., Schaufeli, WB., & Leiter, MP. (2001). Job burnout. *Annual Review of psychology* 2001; 52; 397- 422. [Link]

- Rickert, N.P.; Meras, I.L. & Witkow, M.R. (2014). Theories of intelligence and students' daily self-handicapping behaviors. *Learning and Individual Differences*, 36, 1-8. [[Link](#)]
- Tsaur, S., Hsu, F., Lin, H. (2019). Workplace fun and work engagement in tourism and hospitality: The role of psychological capital. *International Journal of Hospitality Management*, 81, 131-140. [[Link](#)]
- Wang, M. T., & Holcombe, R. (2010). Adolescents' perceptions of classroom environment, school engagement, and academic achievement. *American Educational Research Journal*, 47(3), 633-662. [[Link](#)]
- You, S., Dang, M., & Lim, S. A. (2016). Effects of student perceptions of teachers' motivational behavior on reading, English, and mathematics achievement: The mediating role of domain specific self-efficacy and intrinsic motivation. *Child & Youth Care Forum*, 45(2), 221-240. [[Link](#)]

Research Article

Predicting Multiple Relationships of Attention, Post-Event Processing and Interpretation (Self Related) with Social Anxiety of Isfahan Students

F. Hedayati¹ & H. Torkan^{2*}

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasan Branch, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Isfahan, Iran

Email: h.torkan@khuif.ac.ir

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the multiple relationships of focus, post-processing and interpretation bias (related to yourself) with social anxiety in students in Isfahan. **Methods:** research method of the study was descriptive-correlational research design. The statistical population of the study was all of the university students of Isfahan in the 1396-1397 academic year. A sample of 237 students (96 men and 141 women) was randomly selected by simple cluster sampling among the universities in Isfahan. The participants were then asked to answer the questions of the Social Anxiety Questionnaire Kavner et al (2002), the Self-Focused Attention Questionnaire Woody, Cham bless & Glass (1997), the Post-Event Processing Questionnaire (PEPQ), the Revised Questionnaire of Butler et al. (1983). The descriptive statistics were used for descriptive analysis of data and the multiple regression and internal consistency were used to investigate the testing of the hypotheses.

Results: The results indicated that the interpretation bias and post-event processing with 13.4% of the variance could predict the social anxiety. interpretation bias ($\beta=0/24$, $P<0/01$) and post-event processing ($\beta=0/14$, $P<0/05$) They were able to predict social anxiety. **Conclusions:** Since post-event processing and interpretation bias can be related to social anxiety. Therefore, for predicting and treating students' social anxiety, the mentioned variables can also be targeted and students can be taught ways to deal with social anxiety.

Key words: Focus of Attention, Interpretation Bias, Post-Event Processing, Social Anxiety, Students

Citation: Hedayati, F., & Torkan2, H. (2021). Predicting Multiple Relationships of Attention, Post-Event Processing and Interpretation (Self Related) with Social Anxiety of Isfahan Students. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(1):25-47.

پیش‌بینی رابطه چندگانه کانون توجه، پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر (مربوط به خود) با اضطراب اجتماعی دانشجویان شهر اصفهان

فاطمه هدایتی^۱ و هاجر ترکان^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی واحد خوراسگان دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران. ایمیل: h.torkan@khuif.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین روابط چندگانه کانون توجه، پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر (مربوط به خود) با اضطراب اجتماعی در دانشجویان شهر اصفهان است. **روش:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دهند و در مجموع نمونه‌ای مشتمل بر ۲۳۷ نفر دانشجوی (۹۶ مرد و ۱۴۱ زن) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ساده تصادفی از بین دانشگاه‌های شهر اصفهان انتخاب شدند و سپس به پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۲)، پرسشنامه کانون توجه وودی، چامپلس و گلاس (۱۹۹۷)، پرسشنامه پردازش پس از رویداد (۲۰۰۰)، فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه تعبیر باتلر و همکاران (۱۹۸۳)، پاسخ دادند. در مطالعه حاضر برای تحلیل توصیفی داده‌ها از آمار توصیفی و برای بررسی آزمون فرضیه‌ها از همبستگی درونی و رگرسیون چندگانه استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سوگیری تعبیر پردازش پس‌رویدادی با ۱۳/۴ درصد واریانس قادر به پیش‌بینی اضطراب اجتماعی است. سوگیری تعبیر ($\beta=0/24, p<0/01$) و پردازش پس‌رویدادی ($\beta=0/14, p<0/05$) توانایی پیش‌بینی اضطراب اجتماعی را داشتند. **نتیجه‌گیری:** از آنجایی که پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر می‌تواند با اضطراب اجتماعی رابطه داشته باشد؛ بنابراین می‌توان برای پیش‌بینی و درمان اضطراب اجتماعی دانشجویان متغیرهای مذکور را نیز هدف قرارداد و راه‌های مقابله با اضطراب اجتماعی را به دانشجویان آموزش داد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب اجتماعی، پردازش پس‌رویدادی، دانشجویان، سوگیری تعبیر، کانون توجه

استناد به این مقاله: هدایتی، فاطمه، و ترکان، هاجر. (۱۴۰۰). پیش‌بینی رابطه چندگانه کانون توجه، پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر (مربوط به خود) با اضطراب اجتماعی دانشجویان شهر اصفهان. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۱ پیاپی ۵۷): ۴۷-۲۵.

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و داشتن ارتباط با هموعان و مورد تصدیق واقع شدن توسط دیگران از جمله نیازهای اصلی اوست، بنابراین به خاطر اهمیت روابط اجتماعی، به طور طبیعی از ارزیابی منفی توسط دیگران، همواره می‌ترسد؛ براین اساس ظهور ناسازگارانه‌ی این نگرانی انطباقی تحولی را «اختلال اضطراب اجتماعی»^۱ نامیده‌اند (هافمن، ۲۰۱۰). اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان هراس اجتماعی نیز شناخته می‌شود (ون گلیسچینسکی، ویلاتزکی، استانگیر، هایلر، هویر، لیبینگ و همکاران، ۲۰۱۸). اختلال اضطراب اجتماعی نشانگان عصبی روانشناختی پیچیده‌ای است که در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، طبقه تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد (هیمبرگ، هافمن، لیوویتز، اسکینر، اسمیت، استین و همکاران، ۲۰۱۴). بنابر تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا^۲ (۲۰۱۳)، خصیصه اصلی آن ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی می‌باشد که در آن‌ها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آن‌ها کاری انجام دهد. این افراد از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دور باشند (محمدی مصیری، حاجلو، ابوالقاسمی، ۱۳۹۴).

شروع این اختلال از سنین کودکی و نوجوانی است به‌ویژه این اختلال در دوران جوانی در دامنه سنی ۱۸-۲۹ سال شیوع بسیار بالایی دارد (ریگارام و ماتیس، ۲۰۱۴). این اختلال نرخ شیوع بالایی دارد به‌طوری‌که در ایالات متحده تقریباً در ۱۲٪ از بزرگسالان دیده می‌شود (تیلور، لاندس - ویزن برگر، کولین، مولکووین، جانسون، گابریل و بلاچ، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان داده است ۸۱٪ افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اختلال دیگری نیز دارند (هادسون، رای، لاینهام، مک‌لان، ماتریچ و اسکینرینگ، ۲۰۱۵). تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده است که سوگیری توجه، نقش قابل توجهی را در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (کوآرت والنیدیک، ۲۰۱۱). در رویکرد پردازش اطلاعات، توجه ماهیت شناختی دارد و به معنای تمرکز انتخابی بر روی بخشی از اطلاعات است (هرنگهان والسون، ۱۳۹۵). کانون توجه^۳ به دو عامل کانون توجه متمرکز بر خود^۴ و کانون توجه متمرکز بر دیگران^۵ تقسیم‌بندی می‌شود. توجه متمرکز بر خود و ارزیابی رفتار خویش، بخشی از تلاش نادرست فرد برای جلوگیری از دستپاچگی و تحقیر است. توجه

^۱ Social anxiety

^۲ American Psychiatric Association (APA)

^۳ Focused – Attention

^۴ Self- focused Attention

^۵ External-focused Attention

به خود، دسترسی افراد مبتلا به هراس اجتماعی را به افکار و احساسات خود افزایش داده و با عملکرد آن‌ها تداخل می‌کند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵).

کلارک و ولز (۱۹۹۵) این موضوع اشاره کردند که در طول شرایط اجتماعی، افراد مضطرب اجتماعی تقریباً به طور انحصاری بر روی افکار منفی تمرکز می‌کنند، از دید یک ناظر و احساسات جسمانی ناخوشایند نظیر تپش و تعریق استفاده می‌کنند. این توجه داخلی بیش از حد توجه معطوف به خود نامیده شد و همچنین کلارک و ولز متوجه شدند که این پردازش، فرایند اضطراب اجتماعی را افزایش می‌دهد. به طوری که این مشغولیت ذهنی با توانایی‌های افراد در پردازش اطلاعات محیطی تداخل پیدا می‌کند (تومیتا، ایمای، کانایاما، کامانو، ۲۰۱۹).

اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند بر فرایندهای شناختی دیگر نیز تأثیر منفی بگذارد. یکی دیگر از فرایندهای شناختی، شامل مرور جزئی‌نگرانه تعامل اجتماعی است و تحت عنوان پردازش پس از رویداد^۱ (سک، سنچز و تیمپانو، ۲۰۱۶) نام‌گذاری شده است. پردازش بعد از رویداد به بررسی مفصل عملکرد فرد بعد از اجتماع اشاره می‌کند (باکتر و دین، ۲۰۱۶^۲). به عبارتی؛ پردازش پس رویدادی مفهومی از نشخوار فکری است که مرتبط با ادراک ضعیف و اشتباهات متعلق به عملکرد اجتماعی فرد می‌باشد (زو و ابوت، ۲۰۱۲). کلارک و ولز (۱۹۹۵) بیان کردند در طول این پردازش، افراد عملکرد گذشته خود را در هنگام ورود به موقعیت‌های اجتماعی جدید یادآوری و تجزیه و تحلیل می‌کنند (کاتز، کاشین، وراسینگ و رکتور، ۲۰۱۹).

در زندگی روزمره موقعیت‌های اجتماعی مبهمی وجود دارد که می‌توان آن‌ها را به روش‌های مختلفی تفسیر کرد، اما افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به طور معمول به جای تفسیرهای مثبت، تفسیرهای منفی و سوگیرانه را اتخاذ می‌کنند (موبینی، ۲۰۱۰). سوگیری تعبیر^۳، یکی از انواع سوگیری‌ها در پردازش اطلاعات و از جمله موضوعات جالب در ارتباط با اختلالات اضطرابی، به‌ویژه اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد. سوگیری تعبیر به‌عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبهم به شیوه‌ای کاملاً منفی و تهدیدآمیز تعریف شده است که دارای دو مؤلفه خودارزیابی منفی (سوگیری تعبیر مربوط به خود) و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران (سوگیری تعبیر مربوط به دیگران) است (لیواریت، وندرهیدن و گرت، ۲۰۱۳). در نتیجه، یک چرخه معیوب، منجر به حفظ و تشدید اختلال در اضطراب اجتماعی می‌شود. به این ترتیب، گرایش تفسیر می‌تواند به‌عنوان میانجی رابطه بین اضطراب اجتماعی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی مربوط به وضعیت‌های اجتماعی خاص عمل کند (چن، میلن، دایمان، کیمپز، ۲۰۱۸)؛ بنابراین سوگیری

^۱ Post Event Processing

^۳ interpretation Bias

^۲ Buckne & Dean

تفسیر به‌عنوان یک عامل خطر در آسیب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی دارای اهمیت است (خلیلی طرqbه، صالحی فدردی، امین یزدی و انصاری، ۱۳۹۲). از آنجا که مطالعات در زمینه سوگیری‌های شناختی نشان دادند که فرایندهای توجهی در شکل‌گیری و ماندگاری اضطراب اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌کنند، ازاین‌رو، بررسی و فهم این فاکتورهای شناختی و مکانیسم‌های زیربنایی آن‌ها برای بهبود روند سنجش و درمان مفید می‌باشد (بابایی، ۱۳۹۳).

دانشگاه محیطی اجتماعی است که در آن افراد ناگزیر به برقراری ارتباط، مشاهده شدن و گاهی ارائه دادن در حضور دیگران هستند. بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال تا زمان ورود به دانشگاه این مشکل را نمی‌شناسند. آن‌ها ممکن است برای اولین بار در مواجهه با مقتضیات و تکالیف دانشگاه با مشکل مواجه شوند. با توجه به اهمیت تعاملات در دانشگاه، این اختلال می‌تواند برای دانشجویان باعث ایجاد مشکلات و ازدست‌دادن فرصت‌های پیشرفت زیادی شود؛ لذا درمان این اختلال در دانشجویان باید به طور خاص موردتوجه قرار گیرد (مهدی یار، دادفرنیاء، رحیمی و هادیان‌فر، ۱۳۹۸). اختلال اضطراب اجتماعی موجب بد کارکردی در زندگی و همچنین کاهش کیفیت زندگی می‌شود (دریمان، گاردنر، ویکز و هیمبرگ، ۲۰۱۶) و همچنین اختلال قابل‌توجهی در زندگی اجتماعی، شغلی و تحصیلی ایجاد می‌کند (بالدوین، آساکورا، کویاما، هایانو و همکاران، ۲۰۱۶).

در همین راستا پژوهش‌های مختلفی به رابطه شناخت‌های منفی با اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرده‌اند.

به‌عنوان مثال چیو، کلارک و لی (۲۰۲۱) در پژوهش خود که بر روی ۶۱۴ نوجوان مضطرب انجام شد نشان دادند که شناخت‌های اجتماعی منفی، رفتارهای ایمنی، توجه متمرکز بر خود به طور مستقل، و پردازش پس از رویداد به طور غیرمستقیم، سطح احتمالی اضطراب اجتماعی را بیش از تأثیر سطح پایه اضطراب اجتماعی پیش‌بینی می‌کند. فردوسی، بابائی و بهزاد پور (۱۳۹۸) در پژوهشی که بر روی ۴۰۰ دانشجو انجام دادند نشان دادند که باورهای منفی درباره نگرانی و همچنین تنبیه و کنترل اجتماعی شدت علائم اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش وونگ، مک اووی و رابی (۲۰۱۹) که بر روی ۳۰۶ فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد، نشان داد که عوامل افکار تکراری، به طور متوسط ارتباط معنادار زیادی با اضطراب اجتماعی و اختلال در زندگی روزمره دارد. نتایج مطالعه کراون (۲۰۱۵) نشان داد که بین توجه متمرکز بر خود، و ترس از ارزیابی مثبت و منفی با اضطراب اجتماعی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد. کلارک و هینریچسن (۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود دریافتند افرادی که از پردازش انتظاری استفاده می‌کنند به طور معناداری قبل از موقعیت اجتماعی اضطراب بالاتری را نسبت

به کسانی که از پردازش انتظاری استفاده نمی‌کنند، تجربه می‌کنند. همچنین ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۱) در پژوهش خود دریافتند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی با آگاهی از افزایش ضربان قلب خود در طول یک گفتگو، دچار افزایش علائم اضطرابی، توجه متمرکز بر خود و افزایش افکار منفی می‌شوند. اگرچه پژوهش‌هایی در زمینه مداخلات درمانی این اختلال و همچنین بررسی عوامل همبسته با آن صورت گرفته، لیکن بررسی چندگانه عوامل متعدد روان‌شناختی در آن‌ها کمتر مشاهده می‌شود و با توجه به پیچیدگی سبب‌شناسی این اختلال، ضروری است تا به شکل هم‌زمان به بررسی عوامل مرتبط و پیش‌بین‌های این اختلال در افراد مبتلا پرداخته شود. بنابراین باتوجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان و جوانان است و تأثیرات نامطلوب و مخربی برای نوجوانان و جوانان دارد و با عنایت به اینکه در زمینه پیش‌بینی رابطه چندگانه کانون توجه، پردازش پس رویدادی و سوگیری تعبیر (مربوط به خود) با اضطراب اجتماعی پژوهشی صورت نگرفته و این پژوهش جزء اولین پژوهش‌ها در این زمینه است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رابطه چندگانه کانون توجه، پردازش پس رویدادی و سوگیری تعبیر (مربوط به خود) با اضطراب اجتماعی دانشجویان شهر اصفهان انجام شد تا فرضیه‌های زیر را آزمون کند.

۱. بین ابعاد کانون توجه (مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود، مقیاس کانون توجه بیرونی) با اضطراب اجتماعی در دانشجویان رابطه وجود دارد.

۲. بین پردازش پس رویدادی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان رابطه وجود دارد.

۳. بین سوگیری تعبیر (مربوط به خود) با اضطراب اجتماعی در دانشجویان رابطه وجود دارد.

روش

این پژوهش از نوع همبستگی- توصیفی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل می‌دادند. با توجه به گستردگی جامعه موردنظر، برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به شیوه تصادفی استفاده شد. بدین منظور برای هر خرده مقیاس، ۱۵ نفر انتخاب شدند، زیرا در پژوهش‌های همبستگی لازم است به ازای ورود هر متغیر، ۱۵ نفر وارد پژوهش شوند (تاپاچینک فیدل، ۲۰۱۲). در نهایت نمونه‌ای مشتمل بر ۲۳۷ نفر (۱۴۱ زن و ۹۶ مرد) از دانشجویان از دانشگاه‌های اصفهان، پیام نور، آزاد انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های اصفهان، پیام نور مرکزی و دانشگاه آزاد خوارسگان و نیز تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بودند: ارائه پاسخ ناقص به پرسشنامه. بدین منظور پس از بیان اطمینان از رازداری

و حفظ حریم خصوصی و کسب رضایت از آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها بین دانشجویان توزیع شد. در نهایت داده‌ها با نرم افزار SPSS-24 با روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب اجتماعی^۱: این پرسشنامه توسط کانور و همکاران (۲۰۰۲) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی یا اضطراب اجتماعی تهیه شده است. این پرسشنامه، یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده) واجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و هر ماده براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای، درجه بندی می‌شود. براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه، به این قرار است که پایایی به روش بازآزمایی گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ است و همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروه افراد بهنجار برای کل مقیاس، برابر ۰/۹۴ گزارش شده است (سلاجقه و بخشانی، ۱۳۹۳). در این پژوهش آلفای کرونباخ کل پرسشنامه (۰/۹۳) به دست آمد.

پرسشنامه کانون توجه^۲: این پرسشنامه به وسیله وودی، چامبلس و گلاس (۱۹۹۷) ساخته شده و دارای دو زیر مقیاس با پرسش‌های مدرج پنج نمره‌ای است. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود (سوالات ۱ تا ۵) و مقیاس کانون توجه بیرونی (سوالات ۶ تا ۱۰) (چامبلس و گلاس، ۱۹۹۷). آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسشنامه بر پایه تصور تعامل اجتماعی پیشین پاسخ می‌دهند. هر گویه شامل یک مقیاس ۵ درجه‌ای است که نشان می‌دهد تاجه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ است. نمره‌های هر زیر مقیاس با میانگین پنج گویه مقایسه می‌شود. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان‌دهنده تمرکز بیشتر توجه فرد پاسخ‌دهنده در آن بعد از کانون توجه خواهد بود و برعکس. خیر و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ به دست آورده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای عامل کانون توجه متمرکز بر خود (۰/۷۳) و برای عامل توجه بیرونی (۰/۸۲) است.

¹ Social Anxiety Questionnaire

² Focus Of Attention Questionnaire

پرسشنامه پردازش پس از رویداد^۱: این پرسشنامه توسط راجمن و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. پرسشنامه از ۱۳ سؤال تشکیل شده و دارای ضریب پایایی ۰/۸۷ است. حداکثر نمره ۱۳۰۰ و حداقل نمره صفر است. نمره بالا نشان‌دهنده حداکثر درگیری در پردازش پس از رویداد است. سؤال پنج و نه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامه پردازش پس از رویداد، پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی ملاکی از طریق همبستگی این ابزار با پرسشنامه نگرانی پن استیت ۰/۲۴۹ به دست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه برابر (۰/۸۴) است.

فرم تجدیدنظرشده پرسشنامه تعبیر^۲: نسخه اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط باتلر و همکاران (۱۹۸۳) برای مقایسه تعبیر رویدادها در دو گروه افراد مبتلا به سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، این پرسشنامه را از نظر محتوایی، شکل و ماده‌ها باز بینی نمودند و فرم نهایی یا تجدید نظر شده خود را ارائه کردند. فرم تجدید نظر شده پرسشنامه دارای دو نسخه مربوط به خود (۲۲ ماده) و مربوط به دیگران (۲۲ ماده) است و هرنسخه نیز خود دارای مقیاس‌های فرعی رویدادها یا سناریوهای اجتماعی (۱۵ ماده) و رویدادها یا سناریوهای غیراجتماعی (۷ ماده) است. در پژوهش عبدی (۲۰۰۳) همسانی درونی هر دو نسخه مربوط به خود و مربوط به دیگران به کمک روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۹ گزارش شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه برابر (۰/۸۴) است.

شیوه اجرا

برای اجرای این پژوهش بعد از تعیین جامعه و نمونه‌ی آماری، ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات آماده گردید. سپس معرفی‌نامه‌ای از طرف گروه آموزش دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) برای دانشگاه‌های پیام نور مرکزی، دانشگاه آزاد خوراسگان و دانشگاه اصفهان اخذ شد و پس از هماهنگی با ریاست دانشگاه‌های مربوطه، چند دانشکده به صورت تصادفی انتخاب و از بین دانشکده‌های انتخاب شده چند کلاس و از این کلاس‌ها تعدادی دانشجو انتخاب شدند و با کسب رضایت از دانشجویان پرسشنامه‌ها تکمیل شدند.

یافته‌ها

¹ Post Event Processing Questionnaire

² Interpretation bias Questionnaire

از بین ۲۳۷ نفر اعضای گروه مورد مطالعه، ۴۰/۵ درصد را پسران و ۵۹/۵ درصد را دختران تشکیل داده‌اند. همچنین ۹۴ نفر (معادل ۳۹/۷ درصد) در دانشگاه اصفهان، ۶۴ نفر (معادل ۲۷ درصد) در دانشگاه پیام نور اصفهان، ۵۹ نفر (معادل ۲۴/۹ درصد) در دانشگاه آزاد اصفهان مشغول به تحصیل بوده‌اند و ۲۰ نفر (معادل ۸/۴ درصد) نیز محل تحصیل خود را اعلام نکرده‌اند. در ادامه میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی پیرسون مقیاس‌های مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی پیرسون مقیاس‌های مورد مطالعه

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱. اضطراب اجتماعی	۲۰/۵۴	۱۱/۰۲	۱/۰۰				
۲. پردازش پس‌رویداری	۶۵۶/۴۵	۲۰۲/۸۱	۰/۱۶*	۱/۰۰			
۳. سوگیری تعبیر	۱۵/۱۲	۲/۹۱	۰/۲۶**	۰/۰۳	۱/۰۰		
۴. کانون توجه متمرکز خود	۱۵/۴۷	۳/۷۸	-۰/۰۸	۰/۱۸**	۰/۱۲	۱/۰۰	
۵. کانون توجه بیرونی	۱۳/۹۷	۲/۲۷	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۷	-۰/۴۸**	۱/۰۰
$p < ۰/۰۵$ * $p < ۰/۰۱$ **							

با توجه به جدول شماره ۱. اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معناداری با سوگیری تعبیر با ضریب همبستگی ۰/۲۶ دارد ($P < ۰/۰۱$) و رابطه مثبت معناداری با پردازش پس‌رویداری با ضریب همبستگی ۰/۱۶ دارد ($P < ۰/۰۵$). این بدین معناست که که با بالا بودن سوگیری تعبیر و پردازش پس‌رویداری در بین افراد، نمره اضطراب اجتماعی دانشجویان نیز بالا خواهد بود. برای پیش‌بینی اضطراب اجتماعی توسط مقیاس‌های پردازش پس‌رویداری، سوگیری تعبیر، کانون توجه متمرکز خود و کانون توجه بیرونی از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شده است. در این مدل، اضطراب اجتماعی به عنوان متغیر ملاک و مقیاس‌های پردازش پس‌رویداری، سوگیری تعبیر، کانون توجه متمرکز خود و کانون توجه بیرونی به عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله شده است. نتایج مدل رگرسیونی در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲. پیش‌بینی اضطراب اجتماعی توسط کانون توجه، رفتارهای اجتماعی - انتظاری، پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر

گام	مقدار ثابت و متغیر پیش‌بین	B	SE	β	t	P	R	R^2	F
اول	مقدار ثابت	۵/۷۲	۳/۶۸	-	۱/۵۵	۰/۱۲	۰/۲۵۹	۰/۰۶۷	۱۶/۸۵**
	سوگیری تعبیر	۰/۹۸	۰/۲۴	۰/۲۶	۴/۱	۰/۰۰۱			
دوم	مقدار ثابت	۰/۹	۴/۲۲	-	۰/۲۱	۰/۸۳	۰/۲۹۵	۰/۰۸۷	۱۱/۱۳**
	سوگیری تعبیر	۰/۹۶	۰/۲۴	۰/۲۵	۴/۰۷	۰/۰۰۱			
	پردازش پس‌رویدادی	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۰/۱۴	۲/۲۶	۰/۰۲			

۰/۰۱ $p < **$

چنان‌که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، از میان کانون توجه، پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر، در گام اول، سوگیری تعبیر با ضریب برابر با ۰/۲۶ ($p < ۰/۰۱$, $\beta = ۰/۲۶$) قادر به پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بوده و توانسته ۶/۷ درصد از واریانس این متغیر را تبیین نماید. در گام دوم، پردازش پس‌رویدادی با ضریب برابر با ۰/۱۴ ($p < ۰/۰۵$, $\beta = ۰/۱۴$) در کنار سوگیری تعبیر با ضریب برابر با ۰/۲۵ ($p < ۰/۰۱$, $\beta = ۰/۲۵$) افزوده شده و واریانس تبیین شده اضطراب اجتماعی را به ۸/۷ درصد رسانده است. از این مقدار واریانس تبیین شده، ۲ درصد واریانس انحصاری افزوده مربوط به افزوده شدن پردازش پس‌رویدادی بوده است؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که کانون توجه (کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی)، پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر با اضطراب اجتماعی رابطه دارند، به این صورت تأیید می‌شود که از میان کانون توجه، پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر، طی دو گام، سوگیری تعبیر و پردازش پس‌رویدادی پیش‌بینی‌کننده اضطراب اجتماعی هستند. معادله رگرسیون نهایی برای پیش‌بینی اضطراب اجتماعی در گام دوم تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام به شرح زیر است.

(پردازش پس‌رویدادی) ۰/۱۴ + (سوگیری تعبیر) ۰/۲۵ + ۰/۹ = اضطراب اجتماعی

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان بیان داشت که اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معناداری با پردازش پس‌رویدادی و سوگیری تعبیر داشته است. همچنین پردازش پس‌رویدادی در کنار سوءگیری تعبیر توانسته‌اند ۸/۷ درصد از واریانس اضطراب اجتماعی را تبیین نمایند. این یافته‌ها

با یافته‌های چپو، کلارک و لی (۲۰۲۱) که نشان دادند که شناخت‌های اجتماعی منفی، رفتارهای ایمنی، توجه متمرکز بر خود بطور مستقل، و پردازش پس از رویداد به‌طور غیرمستقیم، سطح احتمالی اضطراب اجتماعی را بیش از تأثیر سطح پایه اضطراب اجتماعی پیش‌بینی می‌کند و همچنین ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۱) در پژوهش خود دریافتند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی با آگاهی از افزایش ضربان قلب خود در طول یک گفتگو، دچار افزایش علائم اضطرابی، توجه متمرکز بر خود و افزایش افکار منفی می‌شوند و علاوه بر این چن، میلن، دایمان و کیمپز (۲۰۱۸) معتقدند گرایش تفسیر می‌تواند به‌عنوان میانجی رابطه، بین اضطراب اجتماعی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی مربوط به وضعیت‌های اجتماعی خاص عمل کند همسو است.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان این‌طور بیان کرد که افراد زمانی که مفروضه‌های اشتباهی در مورد خود و جهان اجتماعی دارند، دچار سوگیری تعبیر رویدادها می‌شوند. در نهایت این امر موجب ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود که خود عامل افزایش اضطراب و اختلال در علائم شناختی، رفتاری و جسمانی می‌شود و عامل دیگری که می‌تواند به سوگیری تعبیر کمک کند پردازشی است که افراد پس از وقوع رویداد دارند. به عبارتی سوگیری تفسیر، منفی و مرتبط با تهدید می‌باشد که این امر موجب می‌شود فرد قبل از قرارگرفتن در یک موقعیت، تمام تجربی را که از قبل به دست آورده و یا حتی در ذهن خود به آن پرداخته است را به یاد آورد و با قرارگرفتن در موقعیت به جزئیات هر چه بیشتر تمرکز کند و نشانه‌هایی در تأیید رویدادهای ذهنی خود بیابد.

کراون (۲۰۱۵)، در پژوهش خود دریافت که ارتباطات مثبت معناداری بین خصیصه اضطراب اجتماعی، توجه متمرکز بر خود، ترس از ارزیابی مثبت و منفی وجود دارد. همچنین باوتیستا و هپ (۲۰۱۵) نیز دریافتند که آزمودنی‌های دارای اضطراب اجتماعی سطح بالا در مقایسه با آزمودنی‌های دارای اضطراب اجتماعی پایین، افکار متمرکز بر خود بیشتر، افکار منفی بیشتر و حالت اضطراب بیشتر را در پاسخ به افزایش بازخورد و ارزیابی منفی تجربه می‌کنند.

در واقع افراد با درگیرشدن در پردازش پس از رویداد که سوگیری منفی دارد، امکان دارد رویارویی‌های اجتماعی را به عنوان یک ناکامی دیگر ادراک کنند که این امر می‌تواند ادراک بی‌کفایتی و اضطراب فرد را در تعاملات اجتماعی آینده تشدید کند. به عبارتی در یک رویداد اجتماعی، افراد مضطرب اجتماعی یک مرور ذهنی جز به جز از آن رویداد انجام می‌دهند، این مرور ذهنی احساس اضطراب فرد و خودارزیابی منفی که در طول رویداد مورد پردازش قرار گرفته است را تحت سلطه خود قرار می‌دهد و باعث افزایش برجستگی باورهای منفی فرد می‌شود. در

نتیجه، پایداری بیشتر این باورها منجر به افزایش پیش‌بینی اضطراب، اثر منفی و تفسیرهای منفی از شرایط اجتماعی می‌شود.

در مورد رابطه معنادار اضطراب اجتماعی با سوگیری تعبیر می‌توان چنین مطرح کرد که از میان عوامل شناختی، سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی از جمله عوامل مهم در اختلال اضطراب اجتماعی هستند (داداش‌زاده، یزدان دوست، غرابی و اصغرنژاد، ۲۰۱۲). گرجیان و عبداللهی (۱۳۹۵) در مطالعه خود دریافتند، سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بیش از افراد بهنجار است و تخمین شناختی و کارکردهای اجرایی در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسب به افراد سالم دارای نقص است. دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه بهنجار، در مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی، سوگیری شناختی و سوگیری تعبیر عملکرد ضعیف‌تری دارند. در واقع می‌توان گفت افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به ارزیابی ذهنی دیگران از خود گرایش دارند. این‌گونه افراد شایستگی‌های عملکرد خود و تأیید یا عدم تأیید دیگران را بر اساس تفسیر خود از رفتار مبهم دیگران مورد قضاوت قرار می‌دهند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به اجرای این پژوهش تنها محدود به منطقه جغرافیایی اصفهان نام برد و لذا تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، جهت مقایسه نمونه دانشگاهی با نمونه بالینی، ارتباط این متغیرها روی نمونه بیماران مضطرب اجتماعی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناسی بررسی گردد. در نهایت توصیه می‌گردد تا در تحقیقات آتی از مدل‌های آماری پیشرفته همچون تحلیل عاملی و تحلیل مسیر استفاده شود و عوامل مؤثر دیگر بر اضطراب نیز بررسی شود.

موازین اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و توضیح مختصر درمورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، هدف از تکمیل پرسشنامه، کسب اجازه از شرکت‌کنندگان جهت تکمیل پرسشنامه، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در ارتباط با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در ارتباط با رعایت اصول بی‌نامی در پیاده کردن تحلیل و گزارش و نشر اطلاعات به صورت کامل رعایت شده است.

سپاسگزاری

از مسئولان دانشگاه‌های اصفهان، پیام‌نور اصفهان و خوراسگان و همچنین دانشجویانی که در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بابایی، زهرا (۱۳۹۳). عاطفه مثبت و نقش میانجی توجه متمرکز بر خود و کنترل توجه در پیش‌بینی شدت علائم اضطراب اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران. [پیوند]
- حسینی رمقانی، نسرين السادات، هادیان فرد، حبیب، تقوی سید محمدرضا و افلاک سیر، عبدالعزیز. (۲۰۱۵). مقایسه عملکردهای اجرایی در دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و دانش آموزان بهنجار شهر شیراز. مجله پزشکی بالینی ابن سینا (مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان)، (دوره ۲۲، شماره ۳)، مسلسل ۷۷. ۲۴۷-۲۳۷. [پیوند]
- خلیلی طرقله، صائمه، صالحی فدردی، جواد، امین یزدی، سید امیر و انصاری، زهره. (۱۳۹۱). تفسیر موقعیت‌های اجتماعی مبهم در اضطراب اجتماعی: کاربرد تکلیف رایانه‌ای سنجش سوگیری تفسیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، (دوره ۲۰، شماره ۳)، ۳۱۳-۳۰۱. [پیوند]
- فردوسی، سیما، بابایی، ز. بهزاد پور، س. (۱۳۹۸). نقش باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در پیش‌بینی علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال ۲۰، شماره ۴، ص ۲۳-۱۵. [پیوند]
- گرجیان، فاطمه و عبداللهی، محمدحسین. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی کارکردهای اجرایی و تخمین شناختی و سوگیری تعبیر در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی و افراد سالم. فصلنامه روان‌شناسی شناختی (دوره ۴، شماره ۳)، ۴۱-۵۰. [پیوند]
- محمدی مصیری، فرهاد، حاجیلو، نادر و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و کمرویی با اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان بهنجار. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (دوره ۱۷، شماره ۶)، ۲۱-۱۰. [پیوند]
- مهدی یار، منصوره، دادفرنیا، شکوفه، رحیمی، چنگیز و هادیان فرد، حبیب. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی عاطفی - عقلانی و درمان گروهی راه حل محور بر اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت. (سال ششم، شماره ۳)، ۱۱۸-۱۲۸. [پیوند]
- هافمن، استفان، اتو، میشل. (۱۳۹۲). درمان شناختی - رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی. ترجمه: مصطفی خانزاده، اسماعیل سلطانی، محسن سعدیان اصل. تهران: انتشارات آوای نور.
- هرینگهان، بی. آر و آلسون، متیو اچ. (۱۳۹۵)، «مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری»، ترجمه علی اکبر سیف. تهران: نشر دوران.

- Adera, I. M., McLean, C. P., Huppert, J. D., Davidson, J. R., & Foe, E. B. (2013). Fear, avoidance and physiological symptoms during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 51(7), 352-358. [[link](#)]
- Asher M., Aderka I.M. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 74(10):1730–1741. [[link](#)]
- Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2015). Fear of negative evaluation, social anxiety and response to positive and negative online social cues. *Cognitive Therapy and Research* .39(5): 658-668. [[link](#)]
- Buckne, D. & Dean, K. (2016). Social anxiety and postevent processing among African-American individuals. *Anxiety, Stress, & Coping*. [[link](#)]
- Baldwin, DS., Asakura, S., Koyama, T., Hayano, T., Hagino, A., Reines E., & Larsen, K. (2016) Efficacy of escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis versus placebo. *European Neuropsychopharmacology*, 26(6), 1062-9. [[link](#)]
- Blackie, R. A & Kocovski, N.L. (2015) Letting go of yesterday: Effect of distraction on post-event processing and anticipatory anxiety in a socially anxious sample. *Journal Cognitive Behaviour Therapy*. Volume 45, 2016 - Issue 1. [[link](#)]
- C,ek, D., Sanchez, A. & Tympana, K.R. (2016). Social anxiety-linked attentional bias to threat is indirectly related to post event processing via subjective emotional reactivity to social stress. *Behavior Therapy*, in press. [[link](#)]
- Chiu, Kenny, David M. Clark, and Eleanor Leigh. (2021). Cognitive predictors of adolescent social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 103801. [[link](#)]
- Clark D.M., Wells A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg G., Liebowitz M.R., Hope D., Scheier F., editors. *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. [[link](#)]
- Cowart,M.J.W. Ollendick, H. (2011). Attention training in social anxious children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 25,972-977. [[link](#)]
- Craske MG, Niles AN, Burklund LJ, Wolitzky Taylor KB, Vilardaga JC, Arch JJ, et al. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social Phobia: outcomes and moderators. *J Consult Clin Psychol*. 82(6):1034-48. [[link](#)]

- Craven, M. (2015). Effects of self-focused attention and fear of evaluation on anxiety and perception of speech performance. Ohio university. [[link](#)]
- Chen, J., Milne K, Dayman J and Kems E. (2018). Interpretation bias and social anxiety: does interpretation bias mediate the relationship between trait social anxiety and state anxiety responses. Journal of Cognition and Emotion. 33(4):630-645 [[link](#)]
- Dadashzade, H., Yazdandoost. R., Gharayi. B., Asgharnejadfarid, A. (2012). The effectiveness of cognitive behavioral therapy and group exposure therapy on the interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder” Iranian journal of psychiatry and psychology. 18(1): 40-51. (Persian). [[link](#)]
- de Lijster J.M., Dieleman G.C., Utens E.M.W.J., Dierckx B., Wierenga M., Verhulst F.C. (2018). Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 230:108–117. [[link](#)]
- Ghazwani JY, Khalil SN, Ahmed RA. (2016). Social anxiety disorder in Saudi adolescent boys: Prevalence, subtypes, and parenting style as a risk factor. JFCM 2016;23(1):25-31. [[link](#)]
- Hafmann, S. G. (2010). Advances in the research of social anxiety and its disorder a nxiety. Anxiety, Stress, & coping. 23(3), 239- 242. [[link](#)]
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. Behaviour Research and Therapy .72, 30-37 [[link](#)]
- Heimberg RG, Hofmann SG, Liebowitz MR, Schneier FR, Smits JA, Stein MB, et al. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. Journal of Depression and anxiety. 31(6):472-9. [[link](#)]
- Katz. D. Cassin S, Weerasinghe. R, Rector. N. (2019). Changes in post-event processing during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A longitudinal analysis using post-session measurement and experience sampling methodology. Journal of Anxiety Disorders. 66. 102107. [[link](#)]
- Lee, J. E. J. (2012). Personality and cultural determinants of social anxiety in Asian Americans. Ph.D. dissertation, Washington state university”. UMI dissertation publishing, ProQuest. [[link](#)]
- Lievaart M, van der Haiden C, Graerts E. (2013). Associations between Depressive Symptoms, Rumination, Over general Autobiographical

- Memory and Interpretation Bias within a Clinically Depressed Sample. *J Psyche Psych other.* 7: 554. [[link](#)]
- Mobini S. (2010). Effects of cognitive bias modification and computer aided cognitive behavior therapy on modifying attentional and interpretative biases and anticipatory social anxiety. PhD Thesis. Norfolk, UK : University of East Anglia. [[link](#)]
- Quincy J.J. Wong, Peter M. McEvoy, Ronald M. Rapee. (2019). Repetitive Thinking in Social Anxiety Disorder: Are Anticipatory Processing and Post-Event Processing Facets of an Underlying Unidimensional Construct? *Behavior Therapy*, Volume 50 Issue 3 (Pages: 571-581). [[link](#)]
- Reghuram R, Mathias J. (2014). A study on occurrence of social anxiety among nursing students and its correlation with professional adjustment in selected nursing institutions at Mangalore. Nitti University. *Journal of Health Science.* 4 (2)64-9. [[link](#)]
- Taylor, J. H., Landeros-Weisenberger, A., Coughlin, C., Mulqueen, J., Johnson, J. A., Gabriel, D. & Bloch, M. H. (2018). Ketamine for social anxiety disorder: A randomized, placebo-controlled crossover trial” *Neuropsychopharmacology* 43(2): 1-9. [[link](#)]
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th edn). Boston: Pearson Education. [[link](#)]
- Tomita . N, Imai, SH . Kanayama . Y, and Kumano. H. (2019). Relationships Between Cortically Mediated Attentional Dysfunction and Social Anxiety, Self-Focused Attention, and External Attention Bias. *Journal of Perceptual and Motor Skills.* 126(6):1101-1116 [[link](#)].
- von Glischinski M, Willutzki U, Stangier U, Hiller W, Hoyer J, Leibing E, et al. (2018). Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS): Optimal cut points for remission and response in a German sample”. *Clinical psychology & psychotherapy.* 25(3):465-73. [[link](#)]
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effect of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370. [[link](#)]
- Zou, J. B., & Abbott, M. J. (2012). Self-perception and rumination in social anxiety”. *Behavior research and therapy*, 50(4), 250-257. [[link](#)]

پرسشنامه هراس اجتماعی (کانور و همکاران، ۱۹۷۹)

دانشجوی گرامی:

لطفاً جملات زیر را بخوانید و مشخص کنید مسائل مطرح شده زیر طی هفته گذشته تا چه میزانی برای شما مشکل ایجاد کرده است. برای هر مورد تنها یکی از گزینه‌ها را انتخاب کنید.

ردیف	عبارات	بسیار بیشتر از میانگین	بسیار کمتر از میانگین	تأثیرهای زیاد	بی‌تأثیر
۱	من از افراد صاحب قدرت و مقام می‌ترسم				
۲	از این‌که جلوی مردم سرخ شوم ناراحت هستم				
۳	مهمانی‌ها و گردهمایی‌ها مرا می‌ترساند				
۴	من از صحبت کردن با افرادی که نمی‌شناسم اجتناب می‌کنم				
۵	مورد انتقاد گرفتن خیلی مرا می‌ترساند				
۶	ترس از دستپاچه شدن موجب می‌شود تا از انجام کارها یا صحبت کردن با افراد اجتناب کنم				
۷	عرق کردن در برابر دیگران مرا آشفته می‌کند				
۸	از رفتن به مهمانی‌ها اجتناب می‌کنم				
۹	از فعالیت‌هایی که در آن‌ها مرکز توجه باشم، اجتناب می‌کنم				
۱۰	صحبت کردن با غریبه‌ها مرا می‌ترساند				
۱۱	من از صحبت کردن در حضور جمع اجتناب می‌کنم				
۱۲	من همه کار انجام می‌دهم تا مورد انتقاد قرار نگیرم				
۱۳	زمانی که با مردم هستم تپش قلبم مرا ناراحت می‌کند				
۱۴	وقتی دیگران مرا زیر نظر خود دارند، از انجام کارها دچار ترس می‌شوم				
۱۵	احساس خجالتی بودن یا احمق به نظر رسیدن از جمله ترس‌های جدی من است				
۱۶	از صحبت کردن با فردی که صاحب قدرت و مقام است اجتناب می‌کنم				
۱۷	دچار لرزش شدن در جلوی دیگران برایم ناراحت‌کننده است				

پرسشنامه کانون توجه

دانشجوی گرامی:

لطفاً خود را در یک موقعیت اجتماعی قرار دهید و سپس جملات زیر را بخوانید و پاسخ خود را در محل مناسب علامت بزنید

کاملاً	زیاد	ت	کمی	اصلاً	در یک تعامل اجتماعی
					۱. من روی آنچه می‌گویم یا انجام می‌دهم تمرکز می‌کنم
					۲. من به تأثیری که روی افراد می‌گذارم توجه می‌کنم
					۳. من روی سطح اضطرابم تمرکز می‌کنم
					۴. من روی واکنش‌های بدنی درونی‌ام تمرکز می‌کنم (برای مثال؛ ضربان قلب)
					۵. من روی شکست‌های اجتماعی گذشته‌ام تمرکز می‌کنم
					۶. من روی ظاهر یا لباس افراد دیگر تمرکز می‌کنم
					۷. من روی شرایط یا ویژگی‌های محیط فیزیکی تمرکز می‌کنم
					۸. من روی اینکه چگونه افراد دیگر در مورد خودشان احساس می‌کنند تمرکز می‌کنم
					۹. من روی آنچه درباره افراد دیگر فکر می‌کنم تمرکز می‌کنم
					۱۰. من روی آنچه افراد دیگر می‌گویند یا انجام می‌دهند تمرکز می‌کنم

پردازش پس رویدادی

دانشجوی گرامی:

لطفاً آخرین زمانی را که در موقعیت اجتماعی اضطراب‌آور قرار گرفتید را به یاد آورید و سپس با دقت به سؤالات زیر پاسخ دهید (لطفاً توجه کنید که پاسخ مناسب را از میان گزینه‌های پیش‌رو انتخاب بفرمایید)

(۱) چه میزان اضطراب را تجربه کرده‌اید؟

☐ ۰ ☐ ۱۰٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۳۰٪ ☐ ۴۰٪ ☐ ۵۰٪ ☐ ۶۰٪ ☐ ۷۰٪ ☐ ۸۰٪ ☐ ۹۰٪ ☐ ۱۰۰٪

(۲) بعد از تمام شدن رویداد آیا متوجه شدید که در موردش زیاد فکر می‌کنید؟

☐ ۰ ☐ ۱۰٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۳۰٪ ☐ ۴۰٪ ☐ ۵۰٪ ☐ ۶۰٪ ☐ ۷۰٪ ☐ ۸۰٪ ☐ ۹۰٪ ☐ ۱۰۰٪

۳) آیا خاطرات و افکار در مورد این رویداد، حتی زمانی که نمی‌خواستید دوباره به آن فکر کنید، همچنان به ذهن شما می‌آمد؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۴) آیا تا به حال افکار مربوط به این رویداد، با تمرکز شما تداخل کرده است؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۵) آیا تا به حال افکار/ خاطرات در مورد این رویداد برای شما خوشایند بوده است؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۶) آیا فراموش کردن این رویداد برای شما دشوار بود؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۷) آیا سعی کردید در مقابل فکر کردن به این رویداد مقاومت کنید؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۸) اگر بارها در مورد این رویداد فکر کردید، آیا احساسات شما درباره‌ی آن به تدریج بدتر شد؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۹) اگر بارها در مورد این رویداد فکر کردید، آیا احساسات شما درباره‌ی آن به تدریج بهتر شد؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۱۰) اگر بارها در مورد این رویداد فکر کردید، آیا آن را از دیدگاه خود دیدید یا از این دیدگاه که سایر افراد آن را چگونه می‌بینند؟

*** در مورد این سؤال در عبارت بالا، دور "از دید خود" یا "سایر افراد" خط بکشید ***

۱۱) تا به حال فکر کرده‌اید که آیا می‌توانستید در طی این رویداد از رفتار و یا احساسات خود اجتناب کرده یا پیشگیری کنید؟

☐ ۰% ☐ ۱۰% ☐ ۲۰% ☐ ۳۰% ☐ ۴۰% ☐ ۵۰% ☐ ۶۰% ☐ ۷۰% ☐ ۸۰% ☐ ۹۰% ☐ ۱۰۰%

۱۲) آیا تا به حال آرزو کرده‌اید که می‌توانستید ساعت را به عقب برگردانید و کار خود را دوباره، اما بهتر انجام دهید؟

% 8. % 7. % 6. % 5. % 4. % 3. 2. % 1. % .
10. % % 9.

(۱۳) در نتیجه این رویداد آیا اکنون شما از رویدادهای مشابه اجتناب می‌کنید؟ آیا این رویداد تصمیم به اجتناب از موقعیت‌های مشابه را در شما تقویت کرد؟

% 8. % 7. % 6. % 5. % 4. % 3. 2. 1. . % 9.

پرسشنامه سوگیری تعبیر (مربوط به خود)

دستور العمل:

در زیر موقعیت‌هایی وجود دارد که مردم در زندگی روزمره خود با آن‌ها مواجه می‌شوند. لطفاً هر موقعیت را با دقت بخوانید و خود را در چنین موقعیتی تجسم کنید و سپس گزینه‌ها را تبیین‌های (الف، ب، ج) را به ترتیب اینکه اگر شما در چنین موقعیتی بودید به احتمال بیشتری به ذهن شما می‌آمد، رتبه بندی کنید. عده (۱) را به گزینه یا تبیینی بدهید که به احتمال زیاد و قبل از بقیه گزینه‌ها به ذهن شما می‌آید. عده (۳) را به گزینه یا تبیینی بدهید که به احتمال کمتری به ذهن شما بیاید. عده (۲) را به گزینه یا تبیین باقیمانده بدهید. لازم به ذکر است که در هر موقعیت هریک از اعداد (۱، ۲، ۳) فقط یک بار می‌توانند تکرار شوند. یعنی هر کدام از این اعداد برای یک گزینه از سه گزینه موجود در هر موقعیت اختصاص می‌یابد. لطفاً عدد مورد نظرتان را برای هر گزینه در طرف راست همان گزینه و داخل مربع بنویسید.

۱. به احتمال زیاد ۳. به احتمال کم ۲. گزینه باقیمانده
۱. شما گروهی از دوستانتان را می بینید که ناهار می خورند. زمانی که به آن ها نزدیک می شوید صحبتشان را قطع می کنند به خاطر اینکه:

☐ (الف) آن‌ها صحبتشان را به اتمام رسانده‌اند.

☐ (ب) آن‌ها آماده می‌شوند تا از شما بخواهند به آن‌ها ملحق شوید

☐ (ج) آن‌ها دارند در مورد شما چیزهای بدی می‌گویند

۲. فردی که مورد علاقه شماست در قرار ملاقات به شما «سلام» می‌کند. زیرا؛
- ☐ الف) او مایل است با شما آشنا شود
- ☐ ب) او به دیگران نیز سلام می‌کند
- ☐ ج) او برای شما احساس تأسف می‌کند
۳. شما در خیابان قدم می‌زنید، به گروهی از افراد برمی‌خورید که دور هم جمع شده‌اند و با هم صحبت می‌کنند. زمانی که شما از کنارشان می‌گذرید آن‌ها شروع به خندیدن می‌کنند.
- ☐ الف) آن‌ها به شما می‌خندند
- ☐ ب) آن‌ها از لباس شما خوششان آمده است
- ☐ ج) یکی از آن‌ها یک جوک تعریف کرده است

۴. از دفتر پستی یا دبیرخانه در محل کارتان اطلاع می‌دهند که برای شما یک بسته پستی دارند.

(الف) آن بسته حاوی جزوه‌هایی است که شما سفارش داده بودید ☐

(ب) آن بسته حاوی اطلاعاتی درمورد سودمندی‌ها و فواید عالی محصول جدید است ☐

(ج) آن پاکت نامه اخراج شما از کارتان است ☐

۵. شما در راهروی یک خواربارفروشی یا سوپرمارکت در حال حرکت هستید. در همان حال خانمی به شما برخورد می‌کند.

او برمی‌گردد و به‌طرف شما نگاه می‌کند

(الف) آن خانم سعی می‌کند تا به کالایی پشت سر شما دست پیدا کند ☐

(ب) آن خانم سعی می‌کند تا از شما عذرخواهی کند ☐

(ج) آن خانم از دست شما ناراحت است ☐

۶. شما به خانه می‌رسید و نامه‌ای را در حیاط یا صندوق پستی خود پیدا می‌کنید

(الف) آن یک اختاریه قطع برق از طرف شرکت برق برای شماست ☐

(ب) یک آگهی تبلیغاتی از طرف رستورانی در نزدیکی خانه شما است ☐

(ج) پیغامی است به شما که یک جایزه برنده شده‌اید. ☐

۷. شما با گروهی از افراد ایستاده‌اید. زمانی که می‌خواهید صحبت کنید، متوجه می‌شوید که فردی با دقت به شما خیره شده است

(الف) آن فرد در وضعیت عطسه کردن است ☐

(ب) آن فرد منتظر است تا شما چیز احمقانه‌ای بگویید ☐

(ج) آن فرد مشتاق است تا آنچه که شما می‌خواهید بگویید را بشنود ☐

۸. در کلاسی از شما خواسته می‌شود تا متنی را با صدای بلند بخوانید، زمانی که شما خواندن متن را تمام می‌کنید، متوجه می‌شوید که دو نفر به شما خیره شده‌اند

(الف) آن‌ها فکر می‌کنند شما متن را بد خوانده‌اید ☐

(ب) آن‌ها به یادداشت‌های نوشته شده در تابلوی پشت سر شما نگاه می‌کنند ☐

(ج) آن‌ها روش متن‌خوانی شما را پسندیده‌اند ☐

۹. کارمندی از بانک راجع به درخواست شما جهت دریافت وام از بانک، با شما تماس تلفنی گرفته است.

(الف) وی به شما می‌گوید که برای تکمیل گزارش به اطلاعات بیشتری نیاز دارد ☐

(ب) وی به شما می‌گوید که میزان اعتبارتان برای دریافت وام به حد کافی نیست ☐

(ج) وی به شما می‌گوید که میزان اعتبارتان عالی است و با درخواست وام شما موافقت شده است ☐

۱۰. شما در حال صحبت کردن با گروهی از دوستان هستید، زمانی که شما صحبت می‌کنید، متوجه می‌شوید که یکی از آن‌ها به دیگری اشاره می‌کند.

☐ (الف) او می‌بیند که دوستشان از آنجا عبور می‌کند

☐ (ب) او علاقه‌مند به آنچه شما گفتید می‌باشد و می‌خواهد بقیه افراد نیز به آن توجه بیشتری بکنند

☐ (ج) او شما را مسخره می‌کند

۱۱. شما قبض تلفنتان را دریافت می‌کنید و متوجه می‌شوید که

☐ (الف) شرکت مخابرات به‌خاطر خدمات با سرویس‌هایی که شما دریافت نکرده‌اید هزینه مطالبه می‌کند

☐ (ب) شرکت مخابرات به شما برای یک ماه دو خط مکالمه رایگان داده است

☐ (ج) شرکت مخابرات قبض ماهانه را برای شما فرستاده است

۱۲. در سوپرمارکت، یکی از فروشندگان چشیدن نوعی غذا را پیشنهاد می‌کند، وقتی شما به او نزدیک می‌شوید، او این پیشنهاد را برایتان ارائه نمی‌کند، به‌خاطر اینکه؛

☐ (الف) وی شما را نادیده می‌گیرد

☐ (ب) وی فکر می‌کند که شما از آن افرادی نیستید که این نوع غذا را بخورید

☐ (ج) وی غذا را تمام کرده است

۱۳. شما برای چکاپ یا معاینه پیش پزشک می‌روید و متوجه می‌شوید که؛

☐ (الف) شما در سلامتی بهتری نسبت به معاینه قبلی قرار دارید

☐ (ب) همه چیز طبیعی و نرمال است

☐ (ج) شما از نظر سلامتی یک مشکل جدی دارید

۱۴. زمانی که شما یک داستان خنده داری می‌گویید، متوجه می‌شوید که شخص بی‌قراری می‌کند

☐ (الف) او مشتاق است تا شما را تشویق و تحسین کند

☐ (ب) او فکر می‌کند که داستان شما خنده‌دار نیست

☐ (ج) او برای رفتن به یک جلسه عجله دارد

۱۵. شما در یک اتاق شلوغ ایستاده‌اید، در همین حال متوجه می‌شوید که دو نفر با هم صحبت می‌کنند و یکی از آن‌ها به شما اشاره می‌کند

☐ (الف) آن‌ها چیزهای بدی در مورد شما می‌گویند

☐ (ب) آن‌ها ب فردی پشت سر شما اشاره می‌کنند

☐ (ج) آن‌ها چیزهای خوبی در مورد شما می‌گویند

۱۶. شما وارد یک رستوران می‌شوید و دوتفری که پشت یک میز نشسته‌اند به شما خیره می‌شوند

☐ (الف) آن‌ها فکر می‌کنند شما لباس شیکی پوشیده‌اید

ب) آن‌ها دنبال پیشخدمت می‌گردند ☐

ج) آن‌ها متوجه می‌شوند که شما فردی شلخته پوش هستید ☐

۱۷. شما نامه از اداره مالیات و دارایی دریافت می‌کنید

الف) محتوای نامه یک چک برگشتی معادل صد هزار تومان است ☐

ب) محتوای نامه این است که شما به همان میزانی که بدهکار بوده‌اید، پرداخت کرده‌اید ☐

ج) محتوای نامه این است که شما به اداره مالیات و دارایی صد هزار تومان بدهکار هستید ☐

۱۸. در سر کلاسی، استاد از شما می‌خواهد تا با او همکاری کنید، دو نفر از دانش‌آموزان که در جلوی شما

نشسته‌اند سرشان را به طرف شما برمی‌گردانند

الف) آن‌ها فکر می‌کنند شما معمولاً پیشنهادات خوبی می‌دهید ☐

ب) آن‌ها می‌خواهند ببینند که شما رفتار احمقانه‌ای از خودتان نشان می‌دهید ☐

ج) آن‌ها به استادی که پهلوی شما نشسته نگاه می‌کنند ☐

۱۹. شما دیر به جلسه‌ای می‌رسید، دو نفر از همکارانتان سرشان را برمی‌گردانند

الف) آن‌ها امیدوار بودند که شما نخواهید آمد زیرا فکر می‌کنند معمولاً نظرات جالب توجه نیستند ☐

ب) آن‌ها خوشحال هستند که شما آنجا حاضر شدید زیرا می‌خواهند نظر شما را بشنوند ☐

ج) صحبت سخنان بسیار کسل‌کننده است و آن‌ها منتظر یک سرگرمی و تفریح هستند ☐

۲۰. شما وارد اتاقتان می‌شوید و متوجه می‌شوید که دچار تپش قلب شده‌اید

الف) شما یک خبر فوق‌العاده عجیبی شنیده‌اید ☐

ب) شما دچار یک حمله قلبی شده‌اید ☐

ج) شما فقط تمرین بدنی و حرکات ورزشی خود را تمام کرده‌اید ☐

۲۱. شما در راهروی دفتر کار خود قدم می‌زنید، رئیس‌تان شما را به کنار می‌کشد و می‌خواهد که با شما صحبت

کند

الف) او می‌خواهد چیزهایی به شما بدهد ☐

ب) او می‌خواهد عملکرد شما را رسماً توبیخ کند ☐

ج) او می‌خواهد از شما به‌خاطر پروژه و کاری که به‌تنهایی انجام داده‌اید، تعریف و تمجید کند ☐

۲۲. در مصاحبه شغلی، مصاحبه‌گر درباره تجربه کاری گذشته شما می‌پرسد، زمانی که پاسخ می‌دهید شما متوجه

می‌شوید که مصاحبه‌گرتان نکاتی را یادداشت می‌کند

الف) او تحت تأثیر شما قرار گرفته است ☐

ب) او یادداشت می‌کند که شما به‌خاطر دلایلی برای این مقام صلاحیت ندارید ☐

ج) او اطلاعات معمولی را یادداشت می‌کند ☐

Research Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance, Pain Perception and Interleukin-12 in patients with Multiple Sclerosis

A. Dortaj^{1*}, M. Aliakbari Dehkordi², A. Naser Moghadasi³ & A. Alipour²

1. Ph.D of Health Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: afsanehdor@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Neurologist, Multiple Sclerosis Research Center, Neuroscience Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aim: The aim of this research was to assess the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on distress tolerance, pain perception and interleukin 12 in patients with Multiple Sclerosis (MS). **Method:** The present study was a quasi-experimental design with pretest-posttest and a three-month follow-up with control group. The statistical population included female patients with Relapsing–Remitting MS who had referred to Multiple Sclerosis Research Center of Tehran University of Medical Sciences in Sina Hospital in 2019. 20 patients were selected by target-based sampling and randomly assigned into experimental and control groups. The experimental group received the ACT in 8 weekly sessions (90 minutes each session) and the control group was placed in the waiting list. Participants completed the Distress Tolerance Scale (DTS) Simons & Gahr (2005) and the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) Kerns, Turk & Rudy (1985). Also, the Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) was used to measure interleukin-12. The data were analyzed using mixed variance repeated measure and Bonferroni post-hoc test. **Results:** The results showed that ACT increased distress tolerance and improved pain perception in post-test and follow-up ($p < 0.001$), but this intervention had no significant effect on interleukin-12. **Conclusion:** ACT can be a good treatment to improve the psychological factors of distress tolerance and pain perception in patients with MS, but not an appropriate treatment for reducing biomarkers such as interleukin 12 in these patients.

Key words: Pain perception, MS, Interleukin-12, Distress tolerance, Acceptance and commitment therapy

Citation: Dortaj, A., Aliakbari Dehkordi, M., Naser Moghadasi, A., & Alipour, A. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance, Pain Perception and Interleukin-12 in patients with Multiple Sclerosis. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(1):49-72.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

افسانه درتاج^{۱*}، مهناز علی اکبری دهکردی^۲، عبدالرضا ناصر مقدسی^۳ و احمد علی پور^۲

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. ایمیل: afsanehdor@gmail.com

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

۳. استادیار، متخصص مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات ام اس، انستیتو تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مولتیپل اسکلروزیس بود. **روش:** پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به ام‌اس عود کننده- بهبود یافته مراجعه کننده به مرکز تحقیقات ام‌اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا در سال ۱۳۹۸ بود. ۲۰ بیمار با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. شرکت‌کنندگان پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرسشنامه چند وجهی درد وست هاون-ییل کرنز، ترک و رودی (۱۹۸۵) را تکمیل کردند. روش آنزیم ایمنونوسورسانس (ELISA) برای اندازه‌گیری اینترلوکین ۱۲ مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل پریشانی و بهبود مؤلفه‌های ادراک درد در بیماران مبتلا به ام‌اس در پس‌آزمون و پیگیری شد ($p < 0/001$)، اما تأثیر معناداری بر اینترلوکین ۱۲ نداشت. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند درمان مناسبی برای بهبود فاکتورهای روانشناختی تحمل پریشانی و ادراک درد بیماران مبتلا به ام‌اس باشد، اما درمان مناسبی در جهت کاهش بیومارکرهای زیستی نظیر اینترلوکین ۱۲ در این بیماران نیست.

کلید واژه‌ها: ادراک درد، ام‌اس، اینترلوکین ۱۲، تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

استناد به این مقاله: درتاج، افسانه، علی اکبری دهکردی، مهناز، ناصر مقدسی، عبدالرضا و علی پور، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۱)، ۷۲-۴۹.

مقدمه

بیماری ام‌اس یا مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری تخریب‌کننده غلاف میلین است که در آن پوشش‌های عایق سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بیند (برگلیو و همکاران، ۲۰۱۸). این آسیب توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال‌ها مختل می‌کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه‌ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می‌شود (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ مورای و همکاران، ۲۰۱۲). علائم خاص می‌تواند شامل دوبینی، کوری در یک چشم، ضعف عضلات و مشکل در احساس یا هماهنگی باشد (برگلیو و همکاران، ۲۰۱۸). بیماری ام‌اس می‌تواند در فرمهای عود کننده یا پیشرونده روی دهد (برگلیو و همکاران، ۲۰۱۸). این بیماری در بزرگسالان جوان شیوع دارد و در زنان بیشتر از مردان است. فاکتورهای روان‌شناختی در بیماری ام‌اس از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند (دنيسون و همکاران، ۲۰۰۹) که از جمله این عوامل می‌توان به تحمل پریشانی^۲ اشاره کرد (ثناگوی محرر و حسین زاده، ۱۳۹۶). مطابق با سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تحمل پریشانی به ظرفیت و توانایی یک فرد در تجربه کردن و تحمل پریشانی‌های روان‌شناختی اشاره دارد. افراد با ظرفیت تحمل پریشانی پایین هیجان‌های خارج از تحمل خود احساس می‌کنند و توانایی مقابله با پریشانی خود را ندارند و در نتیجه وجود هیجان را انکار می‌کنند و از آن احساس پریشانی می‌کنند و با توجه به اینکه خود را قادر به مقابله با هیجانات و احساسات خود نمی‌دانند در جهت سرکوب هیجانات خود قدم بر می‌دارند (شمس و همکاران، ۱۳۸۹). در نتیجه، ظرفیت تحمل پریشانی از ویژگی‌های روان‌شناختی مؤثر در این بیماران می‌باشد. از دیگر متغیرهای مهم در این بیماری، ادراک درد^۳ است. درد که به صورت حاد و مزمن تجربه می‌شود، نوعی تجربه روانی و احساسی ناخوشایند است که با تخریب واقعی یا بالقوه بافت همراه است (ملزاک و وال، ۲۰۱۶). مقوله درد از جمله مباحث مطرح در بیماری ام‌اس است که در متون پزشکی کمتر مورد توجه قرار گرفته، ولی از جمله عواملی است که باعث ایجاد ناراحتی و پریشانی در این بیماران می‌شود و بسیار شایع می‌باشد (بورکیل و همکاران، ۲۰۱۹). احساس درد در بیماری ام‌اس به دلیل آسیب اعصاب، دمیالینیزاسیون، ضعف اسپاسم و عدم هماهنگی عضلات و استخوان‌ها ایجاد می‌شود و به صورت‌های حاد و مزمن تجربه می‌شود (کاهرمین و همکاران، ۲۰۱۹).

1 - Multiple Sclerosis (MS)

3 - perception of pain

2 - distress tolerance

اینترلوکین ۱۲ توسط ترینچیری (۱۹۹۳) توصیف شده است که توسط سلول‌های B، مونوسیت‌ها و سایر سلول‌های جانبی تولید می‌شود (ترینچیری و اسکات، ۱۹۹۴). اینترلوکین ۱۲ یک سیتوکین ایمنی تحریک کننده سیستم ایمنی قوی است که سیستم ایمنی سلولی ذاتی و سازگار را فعال می‌کند و فعالیت درمانی قابل توجهی در مدل‌های بالینی نشان داده است (دل و کیو و همکاران، ۲۰۰۷). اینترلوکین ۱۲ با خود ایمنی در ارتباط است و افزایش اینترلوکین ۱۲، بیماری‌های خود ایمنی را تشدید می‌کند (سان و همکاران، ۲۰۱۵). بدتنظیمی فعالیت این اینترلوکین در بیماران مبتلا به ام‌اس مشاهده شده است (اوزنکی و همکاران، ۲۰۰۱) به طوری که سطح اینترلوکین ۱۲ در افراد مبتلا به بیماری ام‌اس بالا می‌باشد و این اینترلوکین می‌تواند پیش‌آگهی را در ۸۱ درصد بیماران به درستی پیش‌بینی کند (ون بوکسل-دزایر و همکاران، ۲۰۰۰). اینترلوکین ۱۲ هنگام عود بیماری ام‌اس نیز افزایش می‌یابد (لوسی و میچالووسکا-وندرا، ۲۰۰۲) و سطح آن در موارد اولیه و ثانویه نیز بالا می‌باشد (هسن و همکاران، ۱۹۹۹).

با توجه به اینکه تحمل پریشانی و ادراک درد از فاکتورهای روان‌شناختی مهم در بیماران مبتلا به ام‌اس هستند و فاکتورهای روان‌شناختی نیز بر روی بیومارکرهای زیستی نظیر اینترلوکین مؤثر هستند (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین بکارگیری رویکردهای روان‌شناختی در جهت درمان ممکن است مفید باشد. از جمله درمان‌های روان‌شناختی که در مطالعه حاضر به آن پرداخته شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است که اثربخشی آن در بیماران ام‌اس گزارش شده است (پاکنهام و همکاران، ۲۰۱۸؛ مارتین، ۲۰۱۸). این درمان یک رفتار درمانی موج سوم است که در سال ۱۹۸۶ توسط هایز ایجاد شد و به دنبال رویکرد تغییر افکار و احساسات به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آن‌ها است (بننت و اولیور، ۲۰۱۹) و از طریق شش فرآیند شامل پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). برخی مطالعات اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران ام‌اس (شیدایی اقدم و همکاران، ۱۳۹۳؛ شاکرنژاد و همکاران، ۱۳۹۶؛ نیکوگفتار و خانعلی‌لو، ۱۳۹۶؛ شپارد و همکاران، ۲۰۱۰)، کاهش درد در افراد با درد مزمن و ام‌اس (ودرل و همکاران، ۲۰۱۱؛ هان و مک‌کراکی، ۲۰۱۴؛ هاریسون و همکاران، ۲۰۱۷)، و افزایش تحمل پریشانی در زنان وابسته به مصرف مواد و همسران جانبازان (فروزانفر و همکاران، ۱۳۹۶؛ مقتدایی، ۱۳۹۵) مؤثر بوده است. مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش بیومارکرهای التهابی نظیر پروتئین واکنشی سی

نقش داشته باشد (جارولا-ریجونن و همکاران، ۲۰۲۰). با این وجود تحقیقی که به صورت مستقیم اثرات درمان پذیرش و تعهد بر اینترلوکین ۱۲ را سنجیده باشد، وجود ندارد. اما با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته اضطراب، افسردگی و استرس که با اینترلوکین‌ها مرتبط هستند (دی‌اولیویرا و همکاران، ۲۰۱۸؛ سانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۲) در بیماران مبتلا به ام‌اس را کاهش دهد (زواری زارع و همکاران، ۱۳۹۵)، بنابراین این احتمال وجود دارد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش استرس، اضطراب و افسردگی به کاهش سطوح اینترلوکین ۱۲ نیز منجر شود. با توجه به آنچه گفته شد تحقیق حاضر برای اولین بار در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر تحمل‌پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به ام‌اس تأثیر داشته باشد؟

روش پژوهش

تحقیق حاضر یک طرح نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به ام‌اس نوع عود کننده-بهبود یابنده بود که در سال ۱۳۹۸ به مرکز تحقیقات ام‌اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا مراجعه کرده بودند. ۲۰ بیمار با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ بیمار) و گواه (۱۰ بیمار) گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس درمان هایز و همکاران (۲۰۰۶) که متناسب با بیماران ام‌اس توسط گروه پژوهش تدوین شده و به تأیید متخصصین رسیده بود را دریافت کردند و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت و پس از پایان مداخله برای گروه آزمایش، جلسات مشاوره روان‌شناختی رایگان دریافت کرد. جلسات مداخله در مرکز تحقیقات ام‌اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا انجام شد. معیارهای ورود به تحقیق شامل تشخیص قطعی بیماری ام‌اس از نوع عود کننده-بهبود یابنده توسط متخصص مغز و اعصاب، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی طی ۳ ماه گذشته، دریافت درمان‌های پزشکی یکسان، عدم ابتلا به اختلالات روانی جدی با تأیید متخصص روانشناسی حاضر در مرکز درمانی، عدم مصرف داروهای روان‌گردان، نداشتن دیگر بیماری‌های جسمی مؤثر در ام‌اس و رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی بر اساس تشخیص متخصص و سایر بیماری‌های جسمی، شرکت نکردن در جلسات آموزشی بیش از دو جلسه، مایل نبودن به شرکت در تحقیق و دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی به هر دلیلی بود.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: این مقیاس را سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته‌اند و یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) هستند. عبارات این ابزار بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۱۵). این پرسشنامه را برای نخستین بار در ایران، علوی و همکاران، در سال ۱۳۹۰ مورد استفاده قرار داده‌اند و پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴) برای خرده مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم).

۲- پرسشنامه چندوجهی درد وست‌هاون-بیل^۲: این پرسشنامه ۵۲ سؤالی دارای سه بخش مجزای ۱۴، ۱۸ و ۲۰ سؤالی است که توسط کنز، ترک و رودی در سال ۱۹۸۵ در دانشگاه وست‌هاون-بیل ساخته و در ایران توسط میرزمانی، صفری، حلی ساز، سیدی (۱۳۸۶) ترجمه و اعتباریابی شد. این پرسشنامه دارای ۱۲ مقیاس به شرح زیر است: بخش اول مداخله، حمایت، شدت درد، کنترل زندگی و پریشانی عاطفی، بخش دوم واکنش‌های تنبیهی، دلواپسی دیگران، پریشانی و گنجی دیگران و در بخش سوم کارهای خانگی، کارهای خارج از خانه، فعالیت دور از خانه و فعالیت اجتماعی ارزیابی می‌شود و فعالیت کلی از طریق جمع کل بخش سوم تقسیم بر ۱۱ به دست می‌آید. این ابزار برای سنجش دامنه واکنش همسر و دیگر افراد مهم زندگی بیمار مانند برداشت و ادراک آن‌ها از ناتوانی بیمار نیز استفاده می‌شود. روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط میرزمانی و همکاران (۱۳۸۶) در بخشهای مختلف بررسی و ضریب پایایی آن با روش باز آزمایی برابر ۰/۹۵ و پایایی بخش اول با آزمون آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶، بخش دوم برابر ۰/۷۸ و بخش سوم آزمون برابر ۰/۷۵ گزارش شد.

1 - Distress Tolerance Scale (DTS)

2 - West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory
(WHYMPI)

۳- **سنجش اینترلوکین ۱۲:** در این تحقیق برای سنجش اینترلوکین ۱۲ از ابزار آزمایشگاهی آنزیم ایمنونوسورسانس (ELISA)^۱ استفاده شد. الایزا یک تکنیک بیوشیمیایی است که به طور عمده در ایمنی‌شناسی برای شناسایی وجود یک آنتی بادی یا آنتی ژن در یک نمونه استفاده می‌شود. الایزا بر اساس اتصال آنتی بادی و آنتی ژن است و این فرآیند در بستری از جنس نوعی ماده با قدرت اتصال زیاد به پروتئین و دارای نقش جاذب انجام می‌شود. این بستر به صورت پلیتی ۹۶ خانه‌ای دارای ماتریس ۸*۱۲ است که هر کدام یک سانتیمتر ارتفاع و ۰/۷ سانتیمتر قطر دارند. از جمله مزیت‌های الایزا حساسیت بالای این تکنیک، کمی بودن و تکرارپذیر بودن آن می‌باشد. میزان اینترلوکین ۱۲ سرم از نمونه خونی بیماران مبتلا به ام‌اس شرکت کننده در تحقیق حاضر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری اندازه‌گیری شد. در این روش توسط سانتریفیوژ سرم از نمونه خونی جدا شد در فریزر با دمای ۱۸- درجه سانتی‌گراد نگهداری شده و سپس بررسی و آنالیز سطح اینترلوکین ۱۲ انجام شد.

۴- **جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.** در این پژوهش جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس درمان هایز و همکاران (۲۰۰۶) که متناسب با بیماران ام‌اس توسط گروه پژوهش تدوین شده و به تأیید متخصصین رسیده بود، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک جلسه در هفته و به شیوه گروهی اجرا شد.

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایز و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه اول	معارفه و آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی بیماری ام‌اس در هر یک از افراد گروه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد (تغییر رفتار)، تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه‌حل، و معرفی جایگزینی برای کنترل، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف و تصریح موانع، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، اینکه پذیرش یک فرایند همیشگی است، نه مقطعی، و بحث در مورد چالش‌های پذیرش بیماری ام‌اس، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	تکلیف و ادامه بحث شفاف‌سازی ارزش و تعهد رفتاری، و ارائه تکلیف خانگی

1 - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA)

جلسه پنجم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش، جمع بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	عمل متعهدانه و خود مشاهده گری، شناسایی ارزش های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش ها، جمع بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن، بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، فهرست بندی مهم ترین ارزش های آزمودنی ها و موانع احتمالی در پیگیری آنها، جمع بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه، خاتمه درمان و انجام پس آزمون

شیوه اجرا

در این پژوهش که در مرکز تحقیقات ام اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا و توسط نویسنده اول با نظارت اساتید راهنما و مشاور انجام گرفت، جهت رعایت اصول اخلاقی از شرکت کنندگان خواسته شد که با میل و رغبت خود در این مطالعه شرکت کنند و خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه به صورت کاملاً اختیاری است. علاوه بر این به آن ها گفته شد که این پژوهش در راستای کار تحقیقی بوده و اطلاعات آن ها محرمانه باقی خواهد ماند. در نهایت، به آن ها گفته شد که در تکمیل پرسشنامه نیازی به نوشتن نام نیست. همچنین فرم رضایت نامه کتبی تمایل به شرکت در این تحقیق، توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. شایان ذکر است این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی روانشناسی سلامت می باشد که رساله پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه پیام نور، حائز کد اخلاقی به شناسه IR.PNU.REC.1397.006 به تاریخ ۱۳۹۷/۰۳/۱۹ شد.

نمونه پژوهش ریزش نداشت. جلسات درمان هفته ای یک بار برگزار شد. آزمودنی های هر دو گروه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه در شرایط یکسان به پرسشنامه تحمل پریشانی و پرسشنامه چند وجهی درد پاسخ دادند، همچنین برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، برای گروه کنترل جلسات مشاوره رایگان ارائه شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر تحلیل شد.

یافته ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

گروه	سن	وضعیت تأهل، فراوانی (درصد)	تحصیلات، فراوانی (درصد)	سن بیماری	شروع	مدت بیماری								
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	میانگین	انحراف استاندارد	مجرد	متاهل	مطلقه	دیپلم	کارشناسی	ارشد و بالاتر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
	۳۶/۲۰	۹/۳۱	۲	۸۰/۱۰۰	-	۴۰/۱۰۰	۵۰/۱۰۰	۵	۱۰/۱۰۰	۱	۳۸/۹۰	۷/۴۵	۸/۳۰	۵/۴۴
	۳۳/۹۰	۶/۰۸	۴	۶۰/۱۰۰	-	۴۰/۱۰۰	۶۰/۱۰۰	۶	-	-	۳۷/۶۰	۵/۱۹	۶/۳۰	۳/۲۷

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل پریشانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۰/۹۰	۸/۷۳	۶۲/۴۰	۸/۶۴
	گواه	۲۹/۱۰	۸/۲۴	۲۸/۸۰	۸/۳۲
شدت درد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶۴/۵۰	۱۵/۶۵	۴۱/۴۰	۱۲/۸۲
	گواه	۷۱/۲۰	۷/۵۳	۷۱/۷۰	۷/۲۶
		</			

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ...

۱۳/۰۳	۶۴/۸۰	۱۲/۹۳	۶۴/۳۰	۱۲/۶۳	۴۲/۴۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	میزان ادراک تأثیر افراد مهم
۶/۱۷	۴۲/۶۰	۶/۶۴	۴۲/۶۰	۶/۸۴	۴۲/۹۰	گواه	
۱۴/۷۶	۴۹/۸۰	۱۴/۸۷	۵۰/۳۰	۷/۴۱	۳۸/۵۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	انجام فعالیت‌های روزانه
۱۲/۸۵	۴۱/۷۰	۱۳/۰۶	۴۱/۷۰	۱۳/۴۶	۴۲/۳۰	گواه	
۷/۱۵	۵۲/۰۱	۷/۲۷	۵۱/۶۱	۶/۶۴	۵۴/۰۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اینترلوکین ۱۲
۱۶/۲۸	۵۸/۷۹	۱۶/۲۳	۵۸/۷۰	۱۶/۲۷	۵۸/۵۲	گواه	

مطابق جدول ۲، میانگین نمرات تحمل پریشانی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت. میانگین نمره‌های مؤلفه‌های ادراک درد شامل شدت درد در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته و نمره‌های مؤلفه‌های دیگر ادراک درد شامل میزان ادراک تأثیر افراد مهم و انجام فعالیت‌های روزانه در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. نمرات اینترلوکین ۱۲ در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش چندانی نداشته است.

جدول ۳. آزمون توزیع طبیعی داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، کرویت موخلی و ام باکس

معناداری	معناداری	شدت درد	معناداری	میزان ادراک تأثیر افراد مهم	معناداری	انجام فعالیت‌های روزانه	معناداری	اینترلوکین ۱۲	معناداری
لویین پیش‌آزمون	۰/۶۳	۰/۵۴	۲/۹۰	۰/۰۷	۰/۹۲	۰/۴۱	۳/۴۹	۰/۰۶	۲/۵۸
پس‌آزمون	۲/۸۸	۰/۰۷	۲/۷۵	۰/۰۸	۱/۶۵	۰/۲۱	۲/۱۴	۰/۱۴	۲/۵۳
پیگیری	۲/۴۲	۰/۱۱	۲/۸۵	۰/۰۸	۳/۴۴	۰/۰۷	۲/۱۹	۰/۱۳	۲/۷۵
کولموگراف	۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۰۰۸	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰
اسمیرنوف	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۱۱	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۲۰
ام باکس	۶۱/۴۷	۰/۲۶	۲۶/۹۶	۰/۱۶	۲۰/۴۷	۰/۱۸	۲۸/۹۹	۰/۱۴	۳۵/۶۶

در جدول ۳ نتایج آزمون لوین همگنی واریانس‌های خطا را در دو گروه و نتایج آزمون موخلی نیز شکل کروی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته را نشان می‌دهد. نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنوف معنادار نیست؛ بنابراین شرط توزیع طبیعی نمره‌ها رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروهی

تعامل زمان و گروه								
متغیر	منبع	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معنی-داری	مجذور اتا
تحمل پریشانی	زمان اندازه‌گیری	لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۹۲/۰۸	۲	۲۶	* ۰/۰۰۱	۰/۸۸
شدت درد	تعامل زمان و گروه	لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۱۵/۰۵	۴	۵۲	* ۰/۰۰۱	۰/۵۴
	زمان اندازه‌گیری	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۱۸۱/۴۱	۲	۲۶	* ۰/۰۰۱	۰/۹۳
	تعامل زمان و گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۲۵/۴۴	۴	۵۲	* ۰/۰۰۱	۰/۶۶
میزان ادراک تأثیر افراد مهم	زمان اندازه‌گیری	لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۲۵۰/۷۶	۲	۲۶	* ۰/۰۰۱	۰/۹۵
	تعامل زمان و گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۳۲/۴۴	۴	۵۲	* ۰/۰۰۱	۰/۷۱
انجام فعالیت‌های روزانه	زمان اندازه‌گیری	لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۶۹/۸۱	۲	۲۶	* ۰/۰۰۱	۰/۸۴
	تعامل زمان و گروه	لامبدای ویلکز	۰/۳۰	۱۰/۶۰	۴	۵۲	* ۰/۱	۰/۴۵
	زمان اندازه‌گیری	لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۱۹۸/۸۴	۲	۲۶	* ۰/۰۰۱	۰/۹۴

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ...

اینترلوکین	تعامل	لامبدای	۰/۰۴	۵۲/۹۵	۴	۵۲	*	۰/۸۰
۱۲	زمان و گروه	ویلکز					۰/۰۰۱	

$p < ۰/۰۰۱$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه‌گیری در متغیرهای تحمل پریشانی ($p < ۰/۰۰۱$)، شدت درد ($p < ۰/۰۰۱$)، میزان ادراک تأثیر افراد مهم ($p < ۰/۰۰۱$)، انجام فعالیت‌های روزانه و اینترلوکین ۱۲ ($p < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون اثرات درون گروهی و بین گروهی با استفاده از تحلیل

واریانس با اندازه‌گیری مکرر

اثرات	متغیر	منبع	مجموع	درج	میانگین	F	سط	مجد
	تغییرات	مجدورات	ه	آزادی	مجدورات		ح	ور اتا
							معنی- داری	
درون گروهی	تحمل پریشانی	زمان اندازه- گیری	۹۵۷/۶۲ ۷	۲	۴۷۸/۸۱ ۸	۱۸/۱۱ ۱	۰۰* ۰/۱	۸۷ ۰
		زمان X گروه خطا	۴۸۰/۸۴ ۷ ۱۴۲/۸۷	۴ ۵۴	۱۲۰/۹۶ ۱ ۲۶/۴۴	۴۵/۴۶	۰۰* ۰/۱	۷۷ ۰
بین گروهی	تحمل پریشانی	مقدار ثابت	۱۹۵/۲۱ ۳۴۷	۱	۱۹۵/۲۱ ۳۴۷	۱۷/۹۰ ۰۶	۰۰* ۰/۱	۹۸ ۰
		گروه خطا	۱۴۴/۴۲ ۳۰ ۳۰۹/۰۳	۲ ۲۷	۷۲۱/۲۱ ۵ ۱۱۴/۴۵	۶۳/۰۵	۰۰* ۰/۱	۸۲ ۰
درون گروهی	شدت درد	زمان اندازه- گیری	۴۸۹/۸۰ ۹	۲	۲۴۴/۹۰ ۹	۳۴/۸۲ ۴	۰*** ۰/۰۱	۹۳ ۰

۸۷/	***	۹۲/۲۱	۶۵۵/۱۳	۴	۲۶۲/۵۳	زمان		
.	۰/۰۱				۰	Xگروه		
			۷/۱۱	۵۴	۳۸۳/۶۷	خطا		
۹۱/	***	۲۶/۴۷	۲۹۵/۳۴	۲	۵۹۰/۶۹	زمان	میزان	
.	۰/۰۱	۷	۳		۶	اندازه-	ادراک	
						گیری	تأثیر افراد	
							مهم	
۸۵/	***	۷۳/۷۳	۸۱۴/۰۹	۴	۳۲۵/۳۸	زمان		
.	۰/۰۱				۶	Xگروه		
			۱۱/۰۴	۵۴	۵۹۶/۲۷	خطا		
۸۴/	***	۱۳/۸۷	۳۳۵/۰۸	۲	۶۷۱/۱۶	زمان		
.	۰/۰۱	۷	۵		۰	اندازه-	انجام	
						گیری	فعالیت-	
							های	
							روزانه	
۶۹/	***	۲۹/۴۲	۷۱۵/۹۳	۴	۲۸۶/۷۱	زمان		
.	۰/۰۱				۳	Xگروه		
			۲۴/۳۴	۵۴	۱۳۱/۱۳	خطا		
					۴			
۹۷/	***	۸۶/۵۰	۲۸۶/۹۰	۱	۲۸۶/۹۰	مقدار	شدت	
.	۰/۰۱	۶	۶۲۴		۶۲۴	ثابت	درد	بین
								گروهی
۵۴/	***	۱۵/۵۳	۵۱۳/۴۳	۲	۱۰۲/۸۷	گروه		
.	۰/۰۱		۵		۷۰			
			۳۳۰/۷۹	۲۷	۸۹۳/۲۳	خطا		
					۱			
۹۸/	***	۱۰/۲۸	۲۶۱/۸۸	۱	۲۶۱/۸۸	مقدار	میزان	
.	۰/۰۱	۴۸	۰۳۷		۰۳۷	ثابت	ادراک	
							تأثیر افراد	
							مهم	
۴۷/	***	۱۱/۸۶	۲۹۵/۱۸	۲	۵۹۰/۳۶	گروه		
.	۰/۰۱		۴		۸			
			۲۴۹/۰۲	۲۷	۶۷۲/۴۳	خطا		
					۳			

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ...

۹۷/	***	۷۸/۱۶	۲۵۷/۷۸	۱	۲۵۷/۷۸	مقدار	انجام فعالیت- های روزانه	درون گروهی و کین ۱۲
.	۰/۰۱	۵	۰۶۷		۰۶۷	ثابت		
۳۶/	**	۷/۵۱	۲۴۶/۰۸	۲	۴۹۲/۱۶	گروه	خطا	بین گروهی و کین ۱۲
.	۰/۳		.		.			
			۳۲۷/۴۱	۲۷	۸۸۴/۰۷			
۹۴/	**	۳۸/۲۰	۹۹۳/۰۰	۱۲/	۱۱۱/۹۵	زمان	اینترل گیری	و کین ۱۲
.	۰/۱	۸		۱	۲	اندازه- گیری		
۹۶/	*	۲۹/۴۴	۷۵۰/۶۱	۲۴/	۱۶۸/۵۵	زمان	خطا	بین گروهی و کین ۱۲
.	۰/۰۱	۳		۲	۲	X گروه		
			۲/۵۶	۲۶/	۷۷/۴۱			
				۳۰			مقدار ثابت	و کین ۱۲
۹۶/	*	۷۲/۹۶	۲۲۷/۸۳	۱	۲۲۷/۸۳			
.	۰/۰۱	۱	۳۱۵		۳۱۵			
							گروه	خطا
۴۰/	*	۹/۰۹	۲۸۶/۲۶	۲	۵۷۲/۵۱			
.	۰/۰۱		۲		۴			
				۲۷	۳۰۹/۰۳			

$p < 0.001$ $p < 0.003$

طبق نتایج جدول ۵ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی ($p < 0.001$) با اندازه اثر ۰/۷۷، شدت درد ($p < 0.001$) با اندازه اثر ۰/۸۷، میزان ادراک تأثیر افراد مهم ($p < 0.001$) با اندازه اثر ۰/۸۵ و انجام فعالیت‌های روزانه ($p < 0.001$) با اندازه اثر ۰/۶۹ مؤثر بوده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه آزمایش و گواه در

پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه مبنا	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
تحمل پریشانی	پس-آزمون	گواه	آزمایش	-۳۲/۳۴	۳/۷۱	*۰/۰۰۱
	پیگیری	گواه	آزمایش	-۳۳/۰۷	۳/۵۹	*۰/۰۰۱
شدت درد	پس-آزمون	گواه	آزمایش	۲۴/۵۹	۱/۵۲	*۰/۰۰۱
	پیگیری	گواه	آزمایش	۲۴/۱۳	۱/۵۲	*۰/۰۰۱
میزان ادراک تأثیر افراد مهم	پس-آزمون	گواه	آزمایش	-۲۲/۵۰	۰/۹۵	*۰/۰۰۱
	پیگیری	گواه	آزمایش	-۲۲/۹۷	۱/۲۱	*۰/۰۰۱
انجام فعالیت‌های روزانه	پس-آزمون	گواه	آزمایش	-۲۵/۰۶	۴/۷۱	*۰/۰۰۱
	پیگیری	گواه	آزمایش	-۲۴/۸۶	۴/۵۶	*۰/۰۰۱
اینترلوکین ۱۲	پس-آزمون	گواه	آزمایش	۱/۵۰	۰/۵۲	۰/۱۵
	پیگیری	گواه	آزمایش	۱/۴۳	۰/۴۴	۰/۱۷

* $p < 0.001$.

بر اساس نتایج جدول ۶، میانگین نمرات تحمل پریشانی در گروه آزمایش در پس‌آزمون ($p < 0.001$, mean diff = -۳۲/۳۴) و پیگیری ($p < 0.001$, mean diff = -۳۳/۰۷) در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری افزایش یافت. میانگین نمرات شدت درد در گروه آزمایش در پس‌آزمون ($p < 0.001$, mean diff = ۲۴/۵۹) و پیگیری ($p < 0.001$, mean diff = ۲۴/۱۳) در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش یافت. میانگین نمرات میزان ادراک تأثیر افراد مهم در گروه آزمایش در پس‌آزمون ($p < 0.001$, mean diff = -۲۲/۵۰) و پیگیری ($p < 0.001$, mean diff = -۲۲/۹۷) در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری افزایش یافت و میانگین نمرات انجام فعالیت‌های روزانه در گروه آزمایش در پس‌آزمون ($p < 0.001$, mean diff = -۲۵/۰۶) و پیگیری ($p < 0.001$, mean diff = -۲۴/۸۶) اما میانگین نمرات اینترلوکین ۱۲ در گروه آزمایش در پس‌آزمون ($p > 0.05$, mean diff = ۱/۵۰) و پیگیری ($p > 0.05$, mean diff = ۱/۴۳) در مقایسه با گروه گواه تغییر معناداری نداشت. بنابراین

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ادراک درد تأثیر معناداری داشت، ولی بر اینترلوکین ۱۲ تأثیر معناداری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ادراک درد در بیماران ام‌اس پرداخت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشانی در بیماران شد و اثربخشی در طول زمان پایدار بود. این نتایج با یافته‌های مطالعات قبلی (نظیر شیدایی اقدم و همکاران، ۱۳۹۳؛ شاکرنژاد و همکاران، ۱۳۹۶؛ نیکوگفتار و خانعلی لو، ۱۳۹۶؛ شپارد و همکاران، ۲۰۱۰)، که نشان دادند این درمان باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران ام‌اس می‌شود، همسو بود. در همین راستا، مطالعات دیگری نیز نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل پریشانی در زنان وابسته به مصرف مواد و همسران جانبازان (فروزانفر و همکاران، ۱۳۹۶؛ مقتدایی، ۱۳۹۵) شد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که عدم پذیرش شرایط باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (هایز، ۲۰۱۹، ۲۰۰۸). برخی شرایط (نظیر بیماری و هیجانات و احساسات و افکار ناخوشایند مرتبط با آن) باید نهایتاً پذیرفته شوند، چون هیچ کار دیگری جز این نمی‌توانیم انجام دهیم. در جریان مداخله، بیماران مبتلا به ام‌اس دچار باورهای غیر منطقی و ناسازگارانه‌ای بودند که باعث اجتناب آن‌ها از روبه‌رو شدن واقعی و مؤثر با بیماریشان در جهت درمان و بهبودی می‌شد. آن‌ها باور داشتند که بیماریشان غیرقابل کنترل و درمان است و این بیماری باعث شده که زندگی آنان بی‌حاصل گردد و در زمینه‌های بسیاری ناموفق باشند. همچنین آنان به خاطر اینکه به دلیل بیماریشان در رسیدن به برخی اهداف بازمانده بودند، احساس ناامیدی، افسردگی، خشم، احساس حقارت یا ناراحتی داشتند. همچنین آنان باور داشتند که بیماریشان باعث عدم تحرک فیزیکی و داشتن ارتباطات نزدیک با افراد جامعه شده است و با چنین باوری منزوی شده بودند و پیامد بیماری و مبهم بودن درمان و احساسات ناخوشایند و پریشانی‌های مرتبط با آن، بیماران را پریشان کرده بود. با این وجود در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران برای پذیرش بیماری و متعهد بودن در جهت اقدام در جهت بهبودی حالات هیجانی خود و پیگیری اقدامات درمانی، آموزش دیده و توانستند وجود بیماری خود را بپذیرند و برخورد منطقی‌تری با آن داشته باشند و همچنین توانستند در استفاده از شیوه‌های اجتنابی ناسازگارانه در برخورد با بیماری خود و مشکلات مرتبط با آن پرهیز کنند و احساساتشان نسبت به بیماری و پریشانی‌های مرتبط با آن تغییر کرد. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و

پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش پریشانی در بیماران ام‌اس می‌شود (شیدایی اقدم و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین این درمان به واسطه ترغیب بیمار برای پذیرش بیماری و مشکلات مرتبط با آن و همچنین متعهد بودن در قبال تلاش برای بهبودی توانست سطح تحمل این بیماران برای پریشانی‌های مرتبط با بیماریشان را افزایش دهد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش شدت درد و افزایش دو مؤلفه دیگر ادراک درد شامل میزان ادراک تأثیر افراد مهم و انجام فعالیت‌های روزانه در بیماران مبتلا به ام‌اس شد و این اثرات در طول زمان نیز باقی ماندند. نتایج این تحقیق با نتایج مطالعات پیشین (ودرل و همکاران، ۲۰۱۱؛ هان و مک-کراکن، ۲۰۱۴؛ هاریسون و همکاران، ۲۰۱۷) که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند درد در افراد با درد مزمن و ام‌اس را کاهش دهد، همسو بود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار با هدف ایجاد انعطاف‌پذیری روانی متکی است و بر پذیرش هر چه بیشتر، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی تأکید دارد که در راستای ارزش‌های فرد است. به نظر می‌رسد که پذیرش فرایندی کلیدی در دستاوردهای درمانی کم شدن اثر تجارب تلخ نظیر درد می‌باشد. فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری خود را پذیرفته و هر زمان که لازم بود، برای تغییر پافشاری نماید. این درمان به دنبال تعادل بخشیدن به شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در مواردی نظیر رفتار آشکار که قابل تغییر می‌باشد، بر تغییر متمرکز است و در مواردی نیست نظیر درد که تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی متمرکز است (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰). مراقبه ذهن‌آگاهی با افزایش فعالیت پاراسمپاتیک همراه است که این امر می‌تواند منجر به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش برانگیختگی و تنش و در نهایت کم شدن درد شود (گریسون، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد در بیماران مبتلا به ام‌اس، خشم، افسردگی، پریشانی و افکار منفی (از قبیل این درد یا بیماری غیر قابل تحمل و کشنده است و قادر به کنترل آن نیستم)، باعث تشدید درد می‌شود. بدین صورت که پریشانی‌های روان‌شناختی منجر به تشدید تنش می‌گردد. این تنش موجب پایین آمدن آستانه درد و وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی شده و در نهایت منجر به زیاد شدن تغییرات هیجانی و عاطفی بیمار می‌گردد (کرایگ^۱، ۲۰۰۱). کاهش علائم بیماری هدفی نیست

که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن باشیم، اما این نتیجه‌ای است که به عنوان یک محصول جانبی در فرآیند درمانی حاصل خواهد شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر داده تا اشخاص آن‌ها را به عنوان نشانه‌های مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها بی‌ضرر هستند، حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند (هایز، ۲۰۰۸). هسته اصلی در این درمان، پذیرش امری است که از کنترل شخص خارج و همچنین متعهد بودن نسبت به انجام دادن هر آنچه که در کنترل شخص می‌باشد (هایز، ۲۰۱۹؛ هایز و همکاران، ۲۰۰۶). به طور خلاصه، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیماران مبتلا به ام‌اس یاد گرفتند که به جای اجتناب یا متوقف‌سازی افکار و احساساتشان، آن‌ها را تجربه کرده و در راستای اهداف و ارزشهای خود قدم برداشته و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر پذیرش مسئله و عمل متعهدانه در قبال آن متمرکز است، می‌تواند در پذیرش درد این بیماران مؤثر واقع شود و منجر به کاهش ادراک درد در این بیماران گردد.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی معناداری بر اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به ام‌اس نداشت. اگرچه تحقیقی در رابطه با اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اینترلوکین ۱۲ صورت نگرفته است، ولی ناهمخوان با نتایج تحقیق حاضر، گاردنر (۲۰۱۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود بیومارکرهای زیستی نظیر ضربان قلب، فشار خون، قند خون ناشتا، طول تلومر، اینترلوکین ۶، کورتیزول و آلفا آمیلاز بزاق در بیماران مبتلا به سرطان پستان شد. همچنین، برادران و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه دیگری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود شاخص‌های بیولوژیک در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی شد. جارولا-ریجون و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش بیومارکرهای التهابی نقش داشته باشد. به هر حال عدم ناهمخوانی نتایج ذکر شده با تحقیق حاضر را می‌توان بدین گونه تبیین کرد که این تحقیقات بر روی نمونه‌های دیگری غیر از نمونه تحقیق حاضر نظیر بیماران مبتلا به سرطان، فشار خون و افراد چاق انجام شده‌اند. همچنین این مطالعات بیومارکرهای زیستی متفاوت از بیومارکر مورد مطالعه در تحقیق حاضر را بررسی کرده‌اند، نظیر ضربان قلب، فشار خون، قند خون ناشتا، طول تلومر، اینترلوکین ۶، کورتیزول، آلفا آمیلاز بزاق (گاردنر، ۲۰۱۸)، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و کورتیزول (برادران و همکاران، ۱۳۹۵) و پروتئین واکنشی سی (جارولا-ریجون و همکاران، ۲۰۲۰).

این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اینترلوکین ۱۲ بیماران مبتلا به ام‌اس نقشی نداشت. تبیینی که می‌توان در جهت عدم اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اینترلوکین ۱۲ ارائه داد، این است که چهار رویکرد توجه آگاهانه، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار زیربنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند و انعطاف‌پذیری روانی هدف نهایی درمان است بطوری که بیمار، بیماری خود را بپذیرد و با انعطاف‌پذیری و عمل متعهدانه در جهت رعایت اصول درمانی تلاش کند. از آنجایی که این درمان از یک طرف علت افسردگی یا اضطراب را به عنوان دلایل آسیب‌شناسی روانی به شمار نمی‌آورد بلکه رنج، همجوشی با افکار (افکار ما عین واقعیت است)، اجتناب از تجربه درونی و تلاش در جهت حذف یا کم کردن تجربیات ذهنی ناخوشایند، زندگی در حسرت گذشته و ترس از آینده، دنبال کردن تصویری نادرست از خود، واضح نبودن ارزش‌ها و تمرکز صرف بر مشکلات، بی‌عملی، اجتناب و تکانشی رفتار کردن را علت آسیب‌شناسی روانی می‌داند. به علاوه، برای حل این مشکلات به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی متمرکز بر تغییر رفتار، توجه می‌کند (هان و مک-کراکن، ۲۰۱۴) و منجر به تغییر ارتباط احساسات و افکار ناکارآمد می‌شود (هریس، ۲۰۰۹). بنابراین پذیرش و عمل متعهدانه ممکن است اثربخشی بیشتری بر بهبود حالت‌های روان‌شناختی نسبت به فاکتورهای زیستی داشته باشند (کانگاس و مک‌دونالد، ۲۰۱۱) و این تبیین با توجه به تأثیر این درمان بر افزایش تحمل‌پیشانی و کاهش ادراک درد در این مطالعه حاضر، منطقی به نظر می‌رسد.

این تحقیق دارای محدودیت‌هایی بود: ۱- نتایج این تحقیق بر روی نمونه زنان مبتلا به ام‌اس انجام شده و ممکن است قابل تعمیم به جامعه مردان مبتلا به این بیماری نباشد، ۲- بیماری ام‌اس دارای چهار نوع ام‌اس اولیه^۱ پیش‌رونده^۲، ام‌اس ثانویه^۳ پیش‌رونده^۴ و ام‌اس پیش‌رونده^۵ عود کننده^۶ می‌باشد، که فقط نوع عود کننده- بهبود یابنده در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت و بهتر است در تعمیم این نتایج به انواع دیگر بیماری ام‌اس احتیاط شود و ۳- جهت بررسی تحمل‌پیشانی و ادراک درد، ابزارهای خودگزارش‌دهی جهت جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. چنین ابزارهایی می‌توانند باعث سوگیری پاسخ در شرکت‌کنندگان شوند. صرف‌نظر از این محدودیت‌ها، این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل‌پیشانی و بهبود ادراک درد زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر بود، ولی بر بیومارکر اینترلوکین ۱۲ تأثیر معناداری نداشت. با توجه به این نتایج، بکارگیری این درمان در مراکز درمانی مرتبط با بیماران

1 - Primary-Progressive MS

3 - Progressive Relapsing MS

2 - Secondary-Progressive MS

مبتلا به ام اس می تواند در جهت بهبود فاکتورهای روانشناختی مهم در بیماران مبتلا به ام اس نظیر افزایش تحمل پریشانی و بهبود ادراک درد مؤثر باشد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان برای مشارکت در پژوهش، رعایت ورود و خروج آزادانه شرکت کنندگان به پژوهش، رعایت حریم خصوصی مراجعان، عدم ضبط تصویر یا فیلم از شرکت کنندگان، برگزاری جلسات مشاوره رایگان برای گروه گواه بعد از اتمام پژوهش و تأیید اثربخشی مداخله و انتشار صادقانه نتایج به دست آمده انجام شد.

سپاسگزاری

از کارکنان مرکز تحقیقات ام اس دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان سینا و کلیه شرکت کنندگان در پژوهش حاضر که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و سپاسگزاری می شود.

تعارض منافع

بنابر اعلام نویسندگان، مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافع نداشت.

منابع

- برادران، مجید؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد؛ فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجوشی شناختی و شاخصهای سلامت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۴(۱-۲): ۹-۱. [پیوند]
- ثناگوی محرر، غلامرضا؛ حسین زاده، محدثه. (۱۳۹۶). بررسی رابطه خود تنظیمی هیجانی با تحمل پریشانی و کیفیت زندگی انجمن بیماری ام اس (مطالعه موردی بیماران ام اس استان سیستان و بلوچستان). *فصلنامه مطالعات علوم اجتماعی*، ۳(۲): ۲۰۳-۱۹۶. [پیوند]
- زواری زارع، پروانه؛ زواری زارع، آذر؛ ابراهیمی پاکیزه، بهروز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجانات منفی بیماران مبتلا به ام اس. *چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، ۸-۱. [پیوند]

- شاکرنژاد، سپیده؛ نسرین، موذن؛ حمیدی، معصومه؛ هاشمی، رها؛ بزاززاده، نیلوفر؛ بدائی، مظاهر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱): ۱۷-۸. [پیوند]
- شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱): ۱۸-۱۱. [پیوند]
- شیدایی اقدم، شوان؛ شمس الدینی لری، سلوی؛ عباسی، سمیه؛ یوسفی، سارا؛ عبداللهی، صفیه؛ مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرشهای ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. / نديشه و رفتار، ۹(۳۴): ۶۶-۵۷. [پیوند]
- فروزانفر، آزاده؛ لواسانی، مسعود غلامعلی؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۴): ۱۵۴-۱۳۵. [پیوند]
- مقتدایی، مسعود. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان. *اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، ۱۰-۱. [پیوند]
- میرزمانی، سید محمود؛ صفری، اکبر؛ حلی ساز، محمد تقی؛ سیدی، احمد. (۱۳۸۶). ارزیابی اعتبار پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون-ییل در بین بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱(۳): ۲۵-۱۳. [پیوند]
- نیکوگفتار، منصوره؛ خانعلی لو، رویا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه های افسردگی بیماران زن مبتلا به Multiple Sclerosis (MS). *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱): ۶۶-۵۹. [پیوند]
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Routledge.
- Broglio, S. P., Kontos, A. P., Levin, H., Schneider, K., Wilde, E. A., Cantu, R. C., ... & Giza, C. (2018). National Institute of neurological disorders and stroke and department of defense sport-related concussion common data elements version 1.0 recommendations. *Journal of Neurotrauma*, 35(23), 2776-2783. [Link]
- Burkill, S., Montgomery, S., Kockum, I., Piehl, F., Strid, P., Hillert, J., & Bahmanyar, S. (2019). The association between multiple sclerosis and pain medications. *Pain*, 160(2), 424-432. [Link]
- Craig, A.W. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice*. 1st ed. Wiley.
- De Oliveira, J.F., Wiener, C.D., Jansen, K., Portela, L.V., Lara, D.R., de Mattos Souza, L.D., da Silva, R.A., Moreira, F.P., & Oses, J.P. (2018). Serum levels of interleukins IL-6 and IL-10 in individuals with

- posttraumatic stress disorder in a population-based sample. *Psychiatry Research*, 260, 111-115. [[Link](#)]
- Del Vecchio, M., Bajetta, E., Canova, S., Lotze, M. T., Wesa, A., Parmiani, G., & Anichini, A. (2007). Interleukin-12: biological properties and clinical application. *Clinical Cancer Research*, 13(16), 4677-4685. [[Link](#)]
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 141-153. [[Link](#)]
- Gardner, C. M. (2018). *Exploring the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on biomarkers of stress in breast cancer survivors (Doctoral dissertation, University of Southern Queensland)*. [[Link](#)]
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10-18. [[Link](#)]
- Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227. [[Link](#)]
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Harrison, A. M., McCracken, L. M., Jones, K., Norton, S., & Moss-Morris, R. (2017). Using mixed methods case-series evaluation in the development of a guided self-management hybrid CBT and ACT intervention for multiple sclerosis pain. *Disability and Rehabilitation*, 39(18), 1785-1798. [[Link](#)]
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286-295. [[Link](#)]
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-227. [[Link](#)]
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25. [[Link](#)]
- Heesen, Ch., Sieverding, F., Schoser, B. G. H., Hadji, B., & Kunze, K. (1999). Interleukin-12 is detectable in sera of patients with multiple sclerosis—association with chronic progressive disease course? *European Journal of Neurology*, 6(5), 591-596. [[Link](#)]
- Järvelä-Reijonen, E., Puttonen, S., Karhunen, L., Sairanen, E., Laitinen, J., Kolehmainen, M. & Lappalainen, R. (2020). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Intervention on Inflammation and Stress

- Biomarkers: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-17. [[Link](#)]
- Kahraman, T., Özdoğan, A. T., Ertekin, Ö. & Özakbaş, S. (2019). Frequency, type, distribution of pain and related factors in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 28, 221-225. [[Link](#)]
- Kangas, M., & McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 250-276. [[Link](#)]
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 865-878. [[Link](#)]
- Kerns, R.D., Turk, D.C., Rudy, T.E. (1985). The west haven-yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23: 345-356. [[Link](#)]
- Kim, Y. K., Suh, I. B., Kim, H., Han, C. S., Lim, C. S., Choi, S. H., & Licinio, J. (2002). The plasma levels of interleukin-12 in schizophrenia, major depression, and bipolar mania: effects of psychotropic drugs. *Molecular Psychiatry*, 7(10), 1107. [[Link](#)]
- Losy, J., & Michałowska-Wender, G. (2002). In vivo effect of interferon- β 1a on interleukin-12 and TGF- β 1 cytokines in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 106(1), 44-46. [[Link](#)]
- Martin, K. J. (2018). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy self-help for carers of people with multiple sclerosis: A feasibility randomised controlled trial* (Doctoral dissertation, University of Nottingham). [[Link](#)]
- Melzack, R., & Wall, P. D. (2016). Interaction of fast and slow conducting fibre systems involved in pain and analgesia. *Proc. 3rd Int. Pharm. Meet*, 9, 231-242.
- Murray, E.D., Buttner, E.A., Price, B.H. (2012). *Depression and Psychosis in Neurological Practice*. In Daroff R, Fenichel G, Jankovic J, Mazziotta J. Bradley's neurology in clinical practice (6th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.
- Özenci, V., Pashenkov, M., Kouwenhoven, M., Rinaldi, L., Söderström, M., & Link, H. (2001). IL-12/IL-12R system in multiple sclerosis. *Journal of Neuroimmunology*, 114(1), 242-252. [[Link](#)]
- Pakenham, K. I., Scott, T., & Uccelli, M. M. (2018). Short Report: Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Training for Psychologists Working with People with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20(1), 44-48. [[Link](#)]

- Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. (2010). A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*, 12(4), 200-206. [[Link](#)]
- Simons, J. S & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development & validation of a self report measure. *Motivation & Emotion*, 20(9), 83-102. [[Link](#)]
- Song, C., Li, X., Leonard, B. E., & Horrobin, D. F. (2003). Effects of dietary n-3 or n-6 fatty acids on interleukin-1 β -induced anxiety, stress, and inflammatory responses in rats. *Journal of Lipid Research*, 44(10), 1984-1991. [[Link](#)]
- Sun, L., He, C., Nair, L., Yeung, J., & Egwuagu, C. E. (2015). Interleukin 12 (IL-12) family cytokines: Role in immune pathogenesis and treatment of CNS autoimmune disease. *Cytokine*, 75(2), 249-255. [[Link](#)]
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2), 162-173. [[Link](#)]
- Trinchieri, G. (1993). Interleukin-12 and its role in the generation of TH1 cells. *Immunology Today*, 14(7), 335-338. [[Link](#)]
- Trinchieri, G., & Scott, P. (1994). The role of interleukin 12 in the immune response, disease and therapy. *Immunology Today*, 15(10), 460-463. [[Link](#)]
- Van Boxel-Dezaire, A. H. H., van Trigt-Hoff, S. C. J., Killestein, J., Schrijver, H. M., Van Houwelingen, J. C., Polman, C. H., & Nagelkerken, L. (2000). Contrasting responses to interferon β -1 b treatment in relapsing-remitting multiple sclerosis: Does baseline interleukin-12p35 messenger RNA predict the efficacy of treatment? *Annals of Neurology*, 48(3), 313-322. [[Link](#)]
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. [[Link](#)]
- Zhang, M., Li, X., Li, J., Sun, H., Zhang, X., & Bao, J. (2017). Effects of confinement on physiological and psychological responses and expression of interleukin 6 and brain derived neurotrophic factor mRNA in primiparous and multiparous weaning sows. *Asian-Australasian Journal of Animal Sciences*, 30(9), 1350. [[Link](#)]

Research Article

Screen-Time Predicts Sleep and Feeding Problems in Young Children with Autism Spectrum Disorder Symptoms Under the Age of Three

S. Sadeghi^{12*}, H. Pouretmad¹² & R. Shervin-Badv³

1. Institute for Cognitive and Brain Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran, Email: Sae_sadeghi@sbu.ac.ir

2. Center of Excellence in Cognitive Neuropsychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

3. Department of Pediatrics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aim: Young children's access to digital devices has increased significantly in recent years. Individuals with autism spectrum disorder (ASD) use these devices extremely because of restricted and repetitive interests. The aim of this study was to investigate the relationship between the use of digital devices with feeding and sleep problems in young children with ASD symptoms. **Method:** The present research was a cross-sectional study. 45 young children with ASD symptoms between 16 and 36 months were selected by convenience sampling method. Data were collected using a lifestyle checklist, the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), the Gilliam Autism Rating Scale (GARS-2), and the Feeding Problem Inventory (FPI). Pearson correlation coefficient and enter regression were used to analyze the data. **Results:** Pearson correlation coefficient and simultaneous regression analysis showed that children's use of digital devices had a significant relationship with sleeping late ($p < 0.05$, $r = 0.30$), limited food interests ($p < 0.05$, $r = 0.31$), the mother's dissatisfaction with the child's feeding ($p < 0.05$, $r = 0.32$) and the total score of feeding problems ($p < 0.05$, $r = 0.31$) in young children and explain 0.09, 0.11, 0.10 and 0.13% of the changes related to the above variables, respectively. **Conclusion:** More use of digital devices by children with ASD symptoms is associated with the problems in late sleep and limited food interest diversity, maternal dissatisfaction with the child's feeding behavior and feeding problems in general. It seems necessary to provide interventions to manage the use of digital devices in children with autism spectrum disorders symptoms.

Key words: Digital device use, Autism spectrum disorder, Sleep problems, Feeding problems

Citation: Sadeghi, S., Pouretmad, H., & Shervin-Badv, R. (2021). Screen-Time Predicts Sleep and Feeding Problems in Young Children with Autism Spectrum Disorder Symptoms Under the Age of Three. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(1):73-94.

نقش میزان استفاده از وسایل دیجیتال در پیش‌بینی مشکلات خواب و تغذیه خردسالان با علائم اختلال طیف اُتیسزم زیر سه سال

سعید صادقی^{۱*}، حمیدرضا پوراعتماد^۲، رضا شروین بدو^۳

۱. پژوهشکده علوم شناختی و مغز، دانشگاه شهیدبختی، تهران، ایران؛ ایمیل: Sae_sadeghi@sbu.ac.ir

۲. قطب گروه علوم اعصاب اطفال، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. گروه علوم اعصاب اطفال، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

هدف: دسترسی خردسالان به وسایل دیجیتال در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است. افراد با اختلال طیف اُتیسزم به دلیل علائق محدود و تکراری بیشتر از این وسایل استفاده می‌کنند. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین میزان استفاده از وسایل دیجیتال با مشکلات تغذیه و خواب خردسالان با علائم اختلال طیف اُتیسزم انجام شد. **روش:** مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود. ۴۵ خردسال بین ۱۶ الی ۳۶ ماه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست سبک زندگی، چک‌لیست ویرایش شده اُتیسزم در کودکان نوپا (M-CHAT)، مقیاس درجه‌بندی اُتیسزم گیلیام (GARS-2) و پرسشنامه مشکلات غذا خوردن (FPI) جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان نشان داد که میزان استفاده خردسالان از وسایل دیجیتال رابطه معنی‌داری با دیر خوابیدن ($p < 0.05$)، $r = 0.30$ ، علائق محدود غذایی ($p < 0.05$)، $r = 0.31$ ، رضایت مادر از غذا خوردن کودک ($p < 0.05$)، $r = 0.32$ و نمره کل مشکلات تغذیه ($p < 0.05$)، $r = 0.31$ در خردسالان دارد و به ترتیب ۰/۱۱، ۰/۱۰ و ۰/۱۳ درصد از تغییرات مربوط به متغیرهای بالا را به‌طور معنی‌داری تبیین می‌کند. **نتیجه‌گیری:** استفاده بیشتر کودکان با علائم اختلال طیف اُتیسزم از وسایل دیجیتال با تشدید مشکل دیر خوابیدن و تنوع غذایی محدود، نارضایتی مادر از رفتار تغذیه‌ای کودک و به‌طور کلی مشکلات تغذیه همراه است. ارائه مداخلات با هدف مدیریت استفاده خردسالان با علائم اختلال طیف اُتیسزم از وسایل دیجیتال ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: استفاده از وسایل دیجیتال، اختلال طیف اُتیسزم، مشکلات خواب، مشکلات تغذیه

استناد به این مقاله: صادقی، سعید، پوراعتماد، حمیدرضا، و شروین بدو، رضا. (۱۴۰۰). نقش میزان استفاده از وسایل دیجیتال در پیش‌بینی مشکلات خواب و تغذیه خردسالان با علائم اختلال طیف اُتیسزم زیر سه سال. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۱ پیاپی ۵۷): ۹۴-۷۳.

مقدمه

استفاده خردسالان از وسایل دیجیتال در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است و دسترسی آن‌ها به دامنه وسیعی از این وسایل از جمله تلفن‌های هوشمند، تبلت، لپ‌تاپ و تلویزیون روز به روز بیشتر شده است (چنگ، پارک، یو، لین وو و شین، ۲۰۱۸؛ ناگاتا، عبدالمجید و پتی‌گابریل، ۲۰۲۰؛ وایتینگ، بون کریستیانو، جلیوس، ابو عمر، پاتیسون، هیسکا و همکاران، ۲۰۲۱؛ لیو، وو، هووانگ، یان، ما، مائو و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعه اخیر نشان می‌دهد که در ایالات متحده حدود ۰/۹۷ کودکان ۶ ماهه تا ۴ ساله از وسایل دیجیتال استفاده می‌کنند (کابالی، ایریجونز، نان دیویس، بوداسکی، موهانتی و همکاران، ۲۰۱۵) و در کره جنوبی نیز حدود نیمی از کودکان ۲ تا ۵ ساله روزانه بیش از یک ساعت تلویزیون می‌بینند (چنگ و همکاران، ۲۰۱۸). در یک مطالعه زمینه‌یابی در سال ۲۰۱۸ در فرانسه گزارش شده است که حدود ۰/۴۷ خردسالان زیر ۳ سال در هفته حداقل ۳۰ دقیقه با وسایل دیجیتال بازی می‌کنند و از این تعداد ۰/۲۹ از آنان هنگام بازی تنها هستند (آساثینی، گیوری، کارون، چیمول، پیچروت^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). داچ، فیشر، انصاری و هارینگتون (۲۰۱۳) نیز در مطالعه مروری خود گزارش کرده‌اند که ۰/۶۸ از خردسالان زیر ۳ سال روزانه از وسایل دیجیتال از قبیل تلویزیون و دی‌وی‌دی استفاده می‌کنند. این در حالی است که در دستورالعمل‌هایی که با موضوع استفاده خردسالان از وسایل دیجیتال توسط انجمن اطفال امریکا^۲ (۲۰۱۶) به‌عنوان شناخته‌شده‌ترین منبع بین‌المللی در حوزه سلامت کودکان^۳ منتشر شده است، توصیه شده است که خردسالان زیر دو سال نباید از وسایل دیجیتال استفاده کنند و کودکان دو الی پنج سال می‌توانند حداکثر روزی یک ساعت و آن هم در حضور والدین خود از وسایل دیجیتال و برنامه‌های با کیفیت استفاده کنند. میزان مواجهه خردسالان با وسایل دیجیتال شامل وسایل دیجیتال پیش‌زمینه^۴ و پس‌زمینه^۵ می‌شود. وسایل دیجیتال در پیش‌زمینه به شرایطی گفته می‌شود که کودکان خردسال پای برنامه‌ای می‌نشینند که با هدف این گروه سنی طراحی و تهیه شده‌اند و برای آن‌ها قابل درک است. در واقع کودک متمرکز بر^۶

¹ Assathiany, Guery, Caron, Cheymol & Picherot

² American Association of Pediatrics (AAP)

³ prominent international voice in child health

⁴ foreground screen-time

⁵ background screen-time

⁶ sustained manner

این برنامه تلویزیونی یا دی‌وی‌دی است و این برنامه در کانون توجه وی قرار دارد. در مقابل، وسایل دیجیتال در پس‌زمینه به شرایطی اطلاق می‌شود که کودک بسیار اندک به برنامه توجه می‌کند و معمولاً محتوای برنامه با هدف گروه کودکان تهیه و طراحی نشده است و غالباً برای کودک غیرقابل فهم است. تلویزیون پس‌زمینه غالباً در شرایطی اتفاق می‌افتد که والدین، مراقب و یا خواهر و برادرهای بزرگ‌تر کودک تلویزیون می‌بینند. در این شرایط، وسایل دیجیتال معمولاً سبب حواس‌پرتی و تداخل در تلاش کودک برای بازی و تعامل با اعضای خانواده می‌شود (اندرسون و پمپک، ۲۰۰۵).

برخلاف باور بسیاری از والدین که از سنین پایین کودکان خود را در معرض وسایل دیجیتال قرار می‌دهند تا یادگیری آنان سرعت یابد و یا به اصطلاح باهوش‌تر شوند، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که به دلیل عدم رشح کافی مهارت‌های نمادین و توجه و حافظه در سال‌های اولیه پس از تولد، خردسالان نمی‌توانند از وسایل دیجیتال به اندازه تعامل با بزرگسالان یاد بگیرند و انتقال دانش از وسایل دیجیتال به زندگی روزمره برایشان دشوار است و استفاده خردسالان از وسایل دیجیتال در طول سال‌های اولیه بیشتر جنبه سرگرمی تا آموزش دارد (بار، ۲۰۱۳؛ رادسکی و کریستاکیس، ۲۰۱۶). بسیاری از والدین نیز از وسایل دیجیتالی برای ساماندهی اوضاع، آرام کردن کودک، تشویق کودک و یا حتی برای مدیریت استرس خود استفاده می‌کنند (نابی و کراکمر، ۲۰۱۶).

استفاده افراطی از وسایل دیجیتال می‌تواند آسیب‌های جبران ناپذیری بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر مانند نوزادان و نوپایان در حال تحول برجای گذارد (صادقی، پوراعتماد، خسروآبادی، فتح‌آبادی و نیک‌بخت، ۱۳۹۷). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که استفاده افراطی کودکان از وسایل دیجیتالی با مشکلات خوردن (اسسکاگلیونی، کاسمی، سیاپولینو، پارازینی، برامبیل و آگوستین، ۲۰۱۸؛ پیرسون، بیددله، گریتفیس، جانستون و هایکرفت، ۲۰۱۸)، ابتلا به اضافه‌وزن (راس، لارسون، فرانک و هالفن، ۲۰۰۹؛ گرمی، کلاسون، نیبرگ، جاکوبسن، ۲۰۱۴)، کاهش ترشح ملاتونین به عنوان هورمون خواب (فیگوورو، وود، پلتنیک و رئا، ۲۰۱۱)، کاهش مدت خواب بدخواب شدن (بورقس، ترمبلوک، لدوس، بویر و بلانگر و همکاران، ۲۰۱۵؛ نواتین، رای و روس، ۲۰۱۳؛ کارتانیا هیوسو، لیدون مویانو، مارتین سانچز، گونزالس مارون، ماتیل سانتاندر و همکاران،

۲۰۲۱)، رشد مغز در مراحل مختلف مانند شکل‌گیری و ایجاد سیناپس‌ها و میلینه‌شدن^۱ سلول‌های عصبی (تاکوچی، تاکی، هاشیزومه، آسانو، آسانو، ساسا و همکاران، ۲۰۱۵)، ضعف در رشد زبان و رشد حرکتی (چونچایا و پروکسانانوند، ۲۰۰۸؛ بیتمن، رادفورد، براون و انسورث، ۲۰۱۱)، نقص در کارکردهای اجرایی^۲ (ناتانسون، آلا، شارپ، رازومسن و کریستی، ۲۰۱۴؛ لیلارد، درل، ریچی، بوگوسزویسک و اسمیت، ۲۰۱۵)، مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی (رادسکی، اسچوامپر و زاگرم، ۲۰۱۵؛ یوسف، ایپن، زپیدی و مبروک، ۲۰۱۴؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۱) و علائم اختلالات عصبی-رشدی از جمله اُتیسم (صادقی، پوراعتماد، خسروآبادی، فتح‌آبادی و نیکبخت، ۱۳۹۷؛ صادقی، پوراعتماد، خسروآبادی، فتح‌آبادی و نیکبخت، ۲۰۱۹؛ صادقی، پوراعتماد و شلانی، ۲۰۲۱؛ اسلوبدین، هفلر و داوودوویچ، ۲۰۱۹) همراه است.

هفلر و اوستریچر^۳ (۲۰۱۶) در مطالعه توصیفی خود مدلی را ارائه کرده‌اند که تبیین می‌کند، چگونه مواجهه خردسالان با وسایل دیجیتال می‌تواند سبب بروز علائم اختلال طیف اُتیسم شود. طبق این مدل، در سنین حساس رشد مغز و انعطاف‌پذیری عصبی، خردسالان جذب محرک‌های فراوان صوتی و بصری وسایل دیجیتال می‌شوند و محرک‌های اجتماعی اطراف خود را از دست می‌دهند. با رشد کودک در بافتی غیرارتباطی، مدارهای مغزی مربوط به دریافت و پردازش محرک‌های غیراجتماعی تحول می‌یابد و از این طریق اختصاصی شدن مغز در مدارهای غیرارتباطی مانع از توجه کودک به محرک‌های اجتماعی و تحول مدارهای اجتماعی مغز خردسالان می‌شود. هرماواتی، رهمدی، سونکار و وینارنی (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای که به بررسی ۹ کودک پرداخته‌اند، نشان دادند استفاده افراطی و زود هنگام خردسالان از وسایل دیجیتال با رفتارهای شبه اُتیسم از قبیل تأخیر زبانی، دامنه توجه کوتاه^۴ و پرتحرکی همبسته است. یوریکا، هیرویوکی، واکابا، میتسوگو و همکاران (۲۰۱۸) نیز در یک مطالعه موردی نشان دادند که مواجهه افراطی خردسالان با وسایل دیجیتال با علائم شبه اُتیسم (کاهش تماس چشمی، تأخیر زبان و پرتحرکی) و مشکلات دلبستگی همراه است. هفلر، سینکو، سویدی، مک‌کان و بنت (۲۰۲۰) در یک گروه نمونه بزرگ کودکان، رابطه بین تجربیات اجتماعی و مواجهه با وسایل دیجیتال را با

¹ myelination

² Executive functions

³ Heffler & Oestreicher

⁴ short attention span

علائم شبه اُتیسزم مورد مطالعه قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که افزایش مواجهه با تلویزیون، ویدیو، کاهش بازی و تعامل کودک- مراقب در سن ۱۲ ماهگی با شدت علائم شبه اُتیسزم و نه خطر ابتلا به اُتیسزم ارتباط معنی‌داری داشت. چن، استرودل، هوانگ، چن، یانگ و چن (۲۰۲۰) نیز در مطالعه خود رابطه بین مواجهه با وسایل دیجیتال و علائم شبه اُتیسزم را در بین ۲۹,۴۶۱ کودک ۰ تا ۳ ساله مورد مطالعه قرار دادند. این مطالعه نشان داد که میزان مواجهه کودکان با وسایل دیجیتال با رفتارهای شبه اُتیسزم ارتباط معنی‌داری وجود دارد. سالامه، کرامین، یاسین، گویتی و بوستانی (۲۰۲۰) گزارش کرده‌اند که حدود ۸۶ درصد از کودکان با اختلال طیف اُتیسزم در طول روز بیش از دو ساعت از وسایل دیجیتال استفاده می‌کنند و میزان استفاده از وسایل دیجیتال با شدت علائم اختلال طیف اُتیسزم ارتباط معنی‌داری دارد. مطالعه هیل، گانگی، میلر، رافی و اوزنوف (۲۰۲۰) نیز نشان داده است که استفاده زیاد از وسایل دیجیتال در ۳۶ ماهگی با علائم اختلال بیش فعالی و اُتیسزم در آینده در ارتباط است. دونگ، وانگ، لی، لو و جیا (۲۰۲۱) میزان استفاده از وسایل دیجیتال را بین ۱۰۱ کودک با اختلال اُتیسزم و ۵۷ کودک عادی مقایسه کردند و گزارش کردند که میزان استفاده از وسایل دیجیتال در کودکان با اختلال طیف اُتیسزم بیشتر بود و بین میزان استفاده از وسایل دیجیتال با شدت علائم اختلال اُتیسزم ارتباط معنی‌داری وجود دارد. پوراعتماد، صادقی و رحمتی، ۱۳۹۶؛ صادقی، پوراعتماد، خسروآبادی، فتح‌آبادی و نیکبخت، ۲۰۱۹؛ صادقی، پوراعتماد و شلانی، ۲۰۲۱، معتقدند که استفاده افراطی از وسایل دیجیتال در خردسالی می‌تواند سبب بروز پدیده دایه‌گری دیجیتالی در خردسال شود که این پدیده به معنی جایگزینی وسایل دیجیتال با تعامل مادر-کودک می‌شود. این پژوهشگران معتقدند که قرار گرفتن کودک در سبک زندگی همراه با دایه‌گری دیجیتالی می‌تواند علت یا ماشه‌چکان بروز علائم شبه اُتیسزم در خردسالان باشد که اصطلاح "سندرم اُتیسزم از دایه‌گری دیجیتالی"^۱ برای این گروه از خردسالان استفاده کرده‌اند.

از طرفی دیگر، پژوهشگرانی معتقدند از آنجایی که کودکان با اختلال طیف اُتیسزم به دلیل علائق محدود و تکراری به وسایل دیجیتال علاقه نشان می‌دهند و به دلیل مشکلات رفتاری و

^۱ Post Digital Nanning Autism Syndrome (PDNAS)

هیجانی (قشقرق، پافشاری و ضعف در انعطاف‌پذیری و انطباق محیطی)، بیشتر احتمال دارد که والدین آنان از این وسایل با هدف آرام کردن گریه‌های آزاردهنده و پایان دادن به قشقرق کودک استفاده کنند (پوراعتقاد، صادقی و رحمتی، ۱۳۹۶؛ مونتس، ۲۰۱۶؛ اسلوبدین و همکاران، ۲۰۱۹؛ وستبلی، ۲۰۲۰). مطالعات دונگ و همکاران (۲۰۲۱) و هلی، هاگلی، گرنیر و گارکیا (۲۰۱۷) نیز نشان داده‌اند که افراد با اختلال طیف اُتیسْم نسبت به گروه عادی بیشتر از وسایل دیجیتال استفاده می‌کنند. مطالعه دונگ و همکاران (۲۰۲۱) همچنین نشان داده است که استفاده بیشتر از وسایل دیجیتال در خردسالان با علائم اختلال طیف اُتیسْم با شدت علائم این اختلال و ضعف در زبان همبسته است.

مطالعه حاضر برای نخستین بار با هدف بررسی رابطه میزان استفاده از وسایل دیجیتال بر مشکلات خواب و تغذیه در کودکان با علائم اختلال طیف اُتیسْم زیر سه سال انجام شد.

روش و ابزارهای پژوهش

جامعه و نمونه پژوهش

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان زیر سه سالی بود که از شهریور ۹۸ تا بهمن‌ماه ۱۳۹۹ جهت ارزیابی تشخیصی اختلال طیف اُتیسْم به مرکز ساماندهی درمان و توان‌بخشی اختلال اُتیسْم (مراکز اُتیسْم آوا و تهران اُتیسْم) مراجعه کرده بودند. از بین این گروه از کودکان به صورت در دسترس، ۴۵ نفر از خردسالان به همراه والدینشان به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. علت انتخاب این تعداد آزمودنی، دشواری دسترسی به حجم نمونه بالا بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت والدین برای مشارکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه‌ها، نداشتن تشخیص اختلالات روانی و نورولوژیک مستند دیگر، بودن در محدوده سنی زیر سه سال و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن در والدین بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل مخدوش بودن پرسشنامه‌ها (پاسخ‌دهی به صورت تصادفی به سؤالات) بود.

روند اجرای پژوهش

پس از مراجعه والدین به مرکز ساماندهی درمان و توان‌بخشی اختلال اُتیسزم (مراکز اُتیسزم آوا و تهران اُتیسزم) جهت ارزیابی تشخیصی، از والدین جهت تکمیل پرسشنامه‌ها و شرکت در پژوهش دعوت شد و کودکانی که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند و والدین آنان جهت شرکت در این مطالعه رضایت داشتند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های این مطالعه به صورت آنلاین (برخط) در سایت گوگل فرم^۱ بارگذاری شدند و لینک این پرسشنامه‌ها برای والدین خردسالان با رعایت اصول رازداری (بدون نیاز به قید اسم و مشخصات کودک و خانواده) ارسال شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط والدین داده‌ها به صورت فایل اکسل دانلود شد و پس از دسته‌بندی وارد نرم‌افزار SPSS شدند. جهت تحلیل داده‌ها نیز از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس درجه‌بندی اُتیسزم گیلیام (گارز)^۲

این پرسشنامه نوعی مقیاس ارزیابی رفتاری است و با هدف شناسایی رفتارهای کودکان مبتلا به اُتیسزم توسط جیمز ای. گیلیام^۳ در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است. این مقیاس بر اساس تعاریف انجمن اُتیسزم آمریکا^۴ و انجمن روان‌پزشکی آمریکا و با اتکا به مبانی DSM-IV طراحی گردیده است. پرسشنامه مذکور دارای چهار زیر مقیاس شامل: رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط، تعامل اجتماعی و آسیب‌رشدی است و از ۵۶ آیتم تشکیل یافته است. شیوه نمره‌گذاری بر مبنای روش لیکرت از هیچ‌گاه (۰) تا اغلب (۳) است. هرچه پاسخ‌ها به اغلب نزدیک‌تر باشد میزان اُتیسزم شدیدتر خواهد بود. نمره نهایی به صورت نمره استاندارد و ضریب اُتیسزم است. پایایی باز آزمون و درون مقیاسی گارز در دامنه ۰/۸ تا ۰/۹ و روایی محتوای آن ۰/۶۱ تا ۰/۶۹ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای ۰/۹۰ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰/۸۹ برای ارتباط، ۰/۹۳ برای تعامل اجتماعی، ۰/۸۸ برای اختلالات رشدی و ۰/۹ برای نشانه‌شناسی اُتیسزم است. ویژگی‌های

^۱ Google form

^۲ Gilliam Autism Rating Scale (GARS)

^۳ James E. Gilliam

^۴ American Autism Association

روان‌سنجی مقیاس گارز توسط صمدی و مک‌کانکی (۲۰۱۴) در کودکان ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است و این پژوهشگران پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی برای رفتارهای کلیشه‌ای ۰/۹۶، ارتباطات ۱، تعامل اجتماعی ۱ و نمره کل ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند.

با توجه به اینکه سازندگان مقیاس درجه‌بندی ایتسم گیلیام (گارز) استفاده از این مقیاس برای سنجش شدت علائم خردسال را همراه با احتیاط توصیه کرده‌اند، از چک‌لیست ویرایش شده ایتسم در کودکان نوپا نیز استفاده شد که توضیحات آن در ادامه آمده است.

۲. چک‌لیست ویرایش شده ایتسم در کودکان نوپا^۱

در سال ۱۹۹۹، روبین، فین و بارتن به‌منظور ارزیابی کودکان در معرض خطر اختلال طیف ایتسم این چک‌لیست را طراحی کردند که ۲۳ سؤال دارد و با بله یا خیر پاسخ داده می‌شود (چارمن و گوتمن، ۲۰۱۳). پایایی این چک‌لیست به شیوه بازآزمایی، ۰/۹۹ به دست آمده است و ضریب همبستگی آن با CHAT، ۰/۵۸ گزارش شده است (اینادا^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). پایایی چک‌لیست ویرایش شده ایتسم در کودکان نوپا در ایران نیز به شیوه بازآزمایی برابر با ۰/۸۱ به دست آمده است (قمری گیوه و همکاران، ۱۳۹۱).

۳. چک‌لیست سبک زندگی و اطلاعات جمعیت شناختی

سبک زندگی کودکان شامل میزان ساعات خواب و بیداری کودک در شبانه‌روز، میزان تعامل با اطرافیان و میزان استفاده کودکان از دستگاه‌های دیجیتالی در خانه با استفاده از روش خاطره‌نگاری ۲۴ ساعت و از طریق چک‌لیست محقق‌ساخته محاسبه شد. در این چک‌لیست همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه نیز جمع‌آوری شد. از مادر خواسته شد تخمین بزند که در طول سه ماه گذشته در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز به طور متوسط چند ساعت کودک خوابیده است، چند ساعت وسایل دیجیتال (تلویزیون، ویدیو، DVD، موبایل، تبلت) برای کودک روشن بوده و کودک به آن توجه داشته است (میزان استفاده)، چند ساعت در تعاملات اجتماعی دوجانبه (تعاملات داد و ستدی) با دیگران بوده است، حدوداً ساعت چند به رختخواب می‌رفته و ساعت چند بیدار می‌شده است.

^۱ M-CHAT

^۲ Inada

۴. پرسشنامه مشکلات غذا خوردن^۱

این پرسشنامه توسط لویسنسون (۲۰۰۵) ساخته شده است، به بررسی مشکلات غذا خوردن کودک در وعده‌های غذایی می‌پردازد و برای کودکان سنین ۶ تا ۳۶ ماه تدوین شده است. پرسشنامه مشکلات غذا خوردن کودک حاوی ۵۶ عبارت و پنج زیرمقیاس «رضایت مادر از غذا خوردن کودک»، «رفتار غذا خوردن»، «تنش در هنگام غذا خوردن»، «خوردن انواع متنوعی غذا» و «نشانه‌های جسمی وابسته به غذا خوردن» است. این پرسشنامه توسط والد کودک و یا هر کسی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند، تکمیل می‌شود. گویه‌های موجود در پرسشنامه مشکلات غذا خوردن به صورت دو گزینه‌ای (بله=۱، خیر=۰) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر به معنای مشکلات غذا خوردن بیشتری است.

نسخه فارسی این آزمون را زینالی، مظاهری و صادقی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه کرده و مطالعه‌ای مقدماتی روی شاخص‌های روان‌سنجی آن انجام داده‌اند. این پژوهشگران روایی پرسشنامه را در نمونه‌ای متشکل از ۳۱۵ نفر مادر دارای کودک ۱۲-۳۶ ماهه با روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده‌اند. در مطالعه مزبور، همسانی درونی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ و برای هر عامل به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۷، ۰/۶۵، ۰/۶۷، ۰/۵۵ به دست آمده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ خردسال با علائم اختلال طیف اُتیسْم (۳۴ پسر و ۱۱ دختر) زیر ۳ سال حضور داشتند. اطلاعات جمعیت شناختی کودکان و خانواده آنان در جدول‌های ۱ و ۲ گزارش شده است.

جدول ۱. سن شرکت‌کنندگان و والدین

متغیر	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>
سن خردسالان	۲۶/۳۳	۴/۸۰	۱۶	۳۶
سن مادران	۳۳/۴۹	۴/۶۵	۲۴	۴۳
سن پدران	۳۸/۰۷	۴/۱۴	۳۰	۴۶

^۱ Feeding Problem Inventory (FPI)

Abbreviations: M, Mean: SD, Standard deviation: Min, Minimum: Max, Maximum

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی خانواده‌ها

متغیر	والد	فراوانی	درصد
تعداد کودکان خانواده	یک کودک	-	۲۴
	دو کودک	-	۱۹
	سه کودک	-	۲
تحصیلات	دیپلم	پدر	۷
		مادر	۴
	کارشناسی	پدر	۲۰
		مادر	۲۹
شغل	کارشناسی ارشد	پدر	۱۱
		مادر	۹
	دکتری	پدر	۷
		مادر	۳
شغل	شاغل	پدر	۰
		مادر	۳۷
	بیکار	پدر	۴۵
		مادر	۸

در جدول ۳ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده‌اند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	<u>M</u>	<u>S</u> <u>D</u>	<u>Mi</u> <u>n</u>	<u>Max</u>
میزان استفاده از وسایل دیجیتال در طول یک شبانه‌روز	۵/۹۵	۳	۰	۱۲
میزان تعاملات اجتماعی در طول یک شبانه‌روز	۱/۹۲	۱	۰	۸
میزان خواب در طول یک شبانه‌روز	۱۱/۲۸	۱	۹	۱۴
ساعت به رختخواب رفتن	۲۲/۶۰	۱	۲۱	۳
ساعت بیدار شدن	۹/۰۸	۱	۶/۵	۱۲

نقش میزان استفاده از وسایل دیجیتال در پیش‌بینی مشکلات خواب و تغذیه خردسالان ...

۳۴	۰	/۱۹	۸/۸۷	سن شروع استفاده از وسایل دیجیتال	شدت علائم
۴۱	۲۵	/۳۳	۳۲/۷۸	نمره در آزمون M-CHAT	
۳۱	۱	/۰۶	۱۳/۱۱	شدت رفتارهای کلیشه‌ای (خرده آزمون GARS-2)	
۳۴	۱	/۹۱	۱۶/۶۲	شدت مشکلات اجتماعی (خرده آزمون GARS-2)	
۱۳	۱	/۴۴	۵/۱۳	رضایت مادر از غذاخوردن	مشکلات تغذیه
۱۱	۲	/۷۰	۵/۶۰	رفتار غذا خوردن	
۱۲	۱	/۵۵	۴/۷۶	تنش در هنگام غذا خوردن	
۸	۱	/۷۲	۳/۸۹	خوردن انواع متنوعی غذا	
۵	۰	/۰۱	۱/۴۰	نشانه‌های جسمی وابسته به غذاخوردن	
۳۹	۹	/۰۴	۱۸/۸۴	نمره کل	

Abbreviations: M, Mean; SD, Standard deviation; Min, Minimum; Max, Maximum

در جدول ۴ ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول (۴) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱															
۰/۷	۲														
۰/۳	۰/۲	۳													
۰/۳	۰/۲	۰	۴ ^{***}												
۰/۳	۰/۲	۰	۰/۳	۱											
۰/۴	۰/۳	۰	۰/۴	۰	۱										
۰/۲	۰/۱	۰/۲	۰/۸	۰/۲	۰	۱									
۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۲	۰/۸	۰/۶	۰/۱۱	۰	۱								
۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵

۹	۰/۲	۰/۱۸	۰	۰/۲۹	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۰۶	۰/۰۷	۱
۱۰	۳۱*	۰	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۱۶	۰	۰/۲۳	۰/۱۴	۱
۱۱	۰/۱۵	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۰۸	۵**
۱۲	۰/۰۷	۰/۰۲	۰	۰/۲۵	۰/۱۱	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۸	۵**
۱۳	۳۲*	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۲	۴۰*
۱۴	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۰۹	۰/۱۹	۰/۰۳	۰/۱۶	۴**
۱۵	۳۱*	۰/۰۲	۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۰۹	۷**
۱۶	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۹	۰	۰/۰۹	۰/۱۵	۰/۱۳	۰/۰۱	۱۰

*= p<05

**= p<01

۱=میزان استفاده از وسایل دیجیتالی در طول یک شبانه‌روز، ۲=میزان تعاملات اجتماعی در طول یک شبانه‌روز، ۳=میزان خواب در طول یک شبانه‌روز، ۴=ساعت به رختخواب رفتن (زمان خوابیدن)، ۵=ساعت بیدار شدن، ۶=سن شروع استفاده از وسایل دیجیتالی، ۷=نمره در آزمون M-CHAT، ۸=شدت رفتارهای کلیشه‌ای (خرده آزمون GARS-2)، ۹=شدت مشکلات اجتماعی (خرده آزمون GARS-2)، ۱۰=رضایت مادر از غذاخوردن، ۱۱=رفتار غذا خوردن، ۱۲=تنش در هنگام غذا خوردن، ۱۳=خوردن انواع متنوعی غذا، ۱۴=نشانه‌های جسمی وابسته به غذاخوردن، ۱۵=نمره کل مشکلات تغذیه، ۱۶=سن کودک.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که میزان استفاده کودکان از وسایل دیجیتالی با دیرتر به رختخواب رفتن کودک (دیرخوابیدن)، تنوع کمتر در علائق غذایی (علائق غذایی محدود)، میزان رضایت مادر از غذاخوردن کودک و مشکلات تغذیه به‌طورکلی همبسته است. میزان تعاملات اجتماعی خردسال در طول روز با شدت علائم اختلال طیف اوتیسم رابطه معکوس و معنی‌داری داشت. سن کودک نیز تنها با شدت علائم اختلال در آزمون M-CHAT همبستگی معنی‌داری داشت.

در ادامه جهت بررسی توان میزان استفاده کودکان از وسایل دیجیتال در پیش‌بینی مشکلات خواب و تغذیه خردسالان از رگرسیون همزمان استفاده شد که نتایج در جدول ۵ گزارش شده است. قبل از انجام آزمون تحلیل رگرسیون، پیش فرض نرمال بودن شکل توزیع داده‌ها با آزمون آزمون کولموگروف اسمیرنف^۱ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج این آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($KS=0/118$, $p=0/13$).

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون میزان استفاده کودکان از وسایل دیجیتال در پیش‌بینی مشکلات خواب و تغذیه خردسالان

متغیر پیش-بین	متغیر ملاک	R	R ²	F	Sig	SE	Beta	T	p
میزان استفاده از وسایل دیجیتال	زمان خوابیدن کودک	0/30	0/09	4/36	0/04	0/06	0/30	2/09	0/04
	تنوع علائق غذایی کودک	0/33	0/11	5/11	0/03	0/07	-0/33	-2/26	0/03
	رضایت مادر از غذاخوردن کودک	0/32	0/10	5/04	0/03	0/14	-0/32	-2/24	0/03
	نمره کل مشکلات غذاخوردن کودک	0/36	0/13	6/31	0/02	0/28	0/36	-2/51	0/02

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میزان استفاده خردسالان از وسایل دیجیتال ۹ درصد از واریانس دیرخوابیدن، ۱۱ درصد از واریانس علائق محدود غذایی، ۱۰ درصد از واریانس رضایت مادر از غذاخوردن کودک و ۱۳ درصد از واریانس کل مشکلات خردسال در غذاخوردن را پیش‌بینی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه استفاده خردسالان با علائم اختلال طیف اُتسم از وسایل دیجیتال با شدت مشکلات خواب، تغذیه و شدت علائم آنان انجام شد. نتایج نشان داد

^۱ Kolmogorov-Smirnov test

که استفاده از وسایل دیجیتال می‌تواند به طور معنی‌داری دیر خوابیدن خردسالان شرکت‌کننده در این مطالعه را پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج مطالعات قبلی (بورقس و همکاران، ۲۰۱۵؛ نواتین، رای و روس، ۲۰۱۳؛ کارتانیا هیوسو و همکاران، ۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته که استفاده از وسایل دیجیتال سبب تأخیر در خوابیدن خردسالان می‌شود، می‌توان به نقش استفاده از وسایل دیجیتال در سرکوب ملاتونین اشاره کرد. فیگورو و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که استفاده از وسایل دیجیتال سبب کاهش ترشح ملاتونین می‌شود. ملاتونین هورمونی است که احساس خواب‌آلودگی را تقویت می‌کند. گونه انسان برای حفظ چرخه خواب و بیداری مبتنی بر طلوع و غروب خورشید تکامل یافته‌اند. زمانی که فقط در معرض نور طبیعی محیط قرار داریم، سطح ملاتونین در طول روز پایین است و هر چه به عصر و غروب خورشید نزدیک می‌شویم افزایش می‌یابد، در نیمه‌شب به اوج خود می‌رسد و سپس به تدریج تا صبح کاهش می‌یابد. این در حالی است که قرار گرفتن در معرض نور وسایل دیجیتال در شب و نور مصنوعی ساطع شده از این دستگاه‌های دیجیتال (تلویزیون، تبلت، لپ‌تاپ، موبایل و ...)، با فریب مغز برای ترشح نکردن ملاتونین قبل از خواب، چرخه خواب و بیداری طبیعی بدن را مختل و نامنظم می‌کند و خوابیدن را به تأخیر می‌اندازد؛ بنابراین، می‌توان گفت که احتمالاً استفاده بیشتر خردسالان شرکت‌کننده در این مطالعه از وسایل دیجیتال از طریق سرکوب کردن ترشح ملاتونین سبب دیر خوابیدن در آن‌ها شده است. هرچند این تبیین فرضی است و چون داده‌ای برای اثبات آن در این پژوهش نداریم، محتاطانه باید در نظر گرفته شود و پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که استفاده از وسایل دیجیتال با مشکلات تغذیه در کودکان با علائم اختلال طیف اُتیسم همراه است که با نتایج مطالعات قبلی (اسسکاگلیونی و همکاران، ۲۰۱۸؛ پیرسون و همکاران، ۲۰۱۸) همسو است. خردسالی از نظر رشد روانی و جسمانی اهمیت خاصی دارد و به دنبال تلاش کودک برای کسب استقلال، کم شدن تسلط والدین بر کودک، شروع به تنهایی غذا خوردن کودک و استفاده از سفره خانواده همگی می‌توانند سبب بروز تضاد و تنش بین مادر و کودک در ساعت صرف غذا شود (صلواتی قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این عوامل، علائق محدود و تکراری یکی از علائم اختلال طیف اُتیسم که می‌تواند در رفتار

تغذیه‌ای کودک نیز نمود پیدا کند و سبب تشدید عادات غذایی نامناسب در کودک شود. عادات نامناسب تغذیه‌ای، مجموعه رفتارهایی هستند که غذا دادن به کودک را دشوار می‌سازند و تعامل مادر و کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از جمله این عادات می‌توان به خوردن انواع محدودی از غذاها، اجتناب از غذاخوردن، منفی کاری و لجبازی در هنگام غذاخوردن، آهسته غذا خوردن، فریاد کشیدن و عصبانی شدن اشاره کرد (صلواتی قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴). در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان چنین تبیین کرد که احتمالاً علائق محدود و تکراری در غذاخوردن کودک و یا پایین بودن سطح آگاهی و عملکرد نامطلوب مادران در تغذیه کودک می‌تواند سبب سوق دادن کودک به سمت استفاده از تلویزیون حین وعده‌های غذایی می‌شود. روشن کردن وسایل دیجیتال هنگام غذا دادن به خردسال باعث بی‌توجهی نسبت به نوع و مقدار غذایی که می‌خورد می‌شود و با گذشت زمان کودک به غذاخوردن مقابل وسایل دیجیتال عادت می‌کند.

همچنین، مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین میزان استفاده خردسالان از وسایل دیجیتال با شدت علائم اختلال طیف اُتسم نشان نداد. این یافته با نتایج مطالعه اسلوب‌دین و همکاران (۲۰۲۱) ناهمسو است. در تبیین این ناهم‌سویی، علاوه بر متفاوت بودن گروه نمونه از نظر سنی و ابزارهای مورد استفاده، می‌توان به خردسال بودن شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر اشاره کرد. با توجه به اینکه میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر زیر سه سال بود، احتمال اینکه علائم شدید نشده باشند یا همه علائم ظهور پیدا نکرده باشند، وجود دارد. همچنین، با توجه به اینکه ابزارهایی که برای سنجش شدت علائم در این پژوهش استفاده شدند، از نوع خودگزارش‌دهی بودند که توسط والدین تکمیل شدند، می‌توان انتظار داشت که میزان حساسیت آنان در سنین پایین اندک باشد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و حجم نمونه پایین بود که جهت افزایش قدرت تعمیم‌پذیری یافته پیشنهاد می‌شود رابطه استفاده از وسایل دیجیتال بر کیفیت‌های روان‌شناختی و سبک زندگی خردسالان با علائم اختلال طیف اُتسم در گروه‌های بزرگ‌تر و با استفاده از ابزارهای با دقت بالاتر تکرار شود.

آشنا کردن والدین و دادن آموزش‌های لازم در خصوص شناسایی عادات و رفتارهای تغذیه‌ای خردسال و اتخاذ الگوی رفتار تغذیه‌ای درست در جهت باز شکل‌دهی مناسب به عادات غذایی و

مدیریت استفاده از وسایل دیجیتال در خردسالان با اختلال طیف اُتیسْم می‌تواند راهبردی مناسب باشد که می‌تواند توسط پژوهش‌های آتی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی از ابزارهای با حساسیت بالاتر جهت سنجش شدت متغیرهای پژوهش استفاده شود.

تقدیر و تشکر

از صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور که از پژوهش حاضر حمایت مالی کرده است و خانواده‌های شرکت کننده در این مطالعه نهایت قدردانی داریم.

منابع

- پوراعتماد، حمیدرضا، صادقی، سعید، و رحمتی، یاسمین. (۱۳۹۶). دایه‌گری دیجیتالی و اختلال طیف اُتیسْم. *تعلیم و تربیت / استثنایی*. ۳ (۱۴۶)، ۳۹-۴۴. [پیوند].
- زینالی، شیرین. (۱۳۸۹). *بررسی تأثیر آموزش مادران بر کاهش مشکلات تغذیه کودکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. [پیوند].
- صادقی، سعید، پوراعتماد، حمیدرضا، خسروآبادی، رضا، فتح‌آبادی، جلیل، و نیکبخت، صدیقه. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله جیره عاطفی بر رابطه والد-کودک و استرس والدینی مادران خردسالان با علائم شبه اُتیسْم در معرض دایه‌گری دیجیتالی. *دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی*، ۲۶ (۱۳۷)، ۱-۱۰. [پیوند].
- صادقی، سعید، پوراعتماد، حمیدرضا، خسروآبادی، رضا، فتح‌آبادی، جلیل، و نیکبخت، صدیقه. (۱۳۹۷). تأثیر استفاده از وسایل دیجیتال بر سلامت کودکان: مروری نظام‌مند. *مجله آموزش و سلامت جامعه*. ۵ (۲)، ۶۲-۷۱. [پیوند].
- صلواتی قاسمی، شهناز، چراغی، فاطمه، حسن طهران، طیبه، و مقیم بیگی، عباس. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش رفتار تغذیه‌ای به مادران بر عادات غذایی کودکان نوپای مهدهای کودک. *مجله پرستاری کودکان*. ۲ (۲)، ۶۸-۷۹. [پیوند].
- قمری‌گیوی، حسین، کیان‌ارثی، فرحناز، نسودی، رضا، آق، عبدالصمد، و مهرآبادی، سعید. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش تحلیل رفتار کاربردی و روش درمانی-آموزشی بر رفتار کلیشه‌ای، مشکلات تعاملی و ارتباطی کودکان مبتلا به اوتیسم. *مجله توانبخشی*. ۱۳ (۳)، ۲۵-۳۳. [پیوند].

- American Academy of Pediatrics Council on Communications and Media. Media and Young Minds (2016). *Pediatrics*. 138(5): e20162591. [[Link](#)].
- Anderson, D. R., & Pempek, T. A. (2005). Television and very young children. *American Behavioral Scientist*, 48(5), 505-522. [[Link](#)].
- Assathiany, R., Guery, E., Caron, F. M., Cheymol, J., Picherot, G., Foucaud, P., & Gelbert, N. (2018). Children and screens: A survey by French pediatricians. *Archives de Pédiatrie*, 25(2), 84-88. [[Link](#)].
- Barr, R. (2013). Memory constraints on infant learning from picture books, television, and touch screens. *Child Development Perspectives*, 7(4), 205-210. [[Link](#)].
- Bittman, M., Rutherford, L., Brown, J., & Unsworth, L. (2011). Digital natives? New and old media and children's outcomes. *Australian journal of education*, 55(2), 161-175. [[Link](#)].
- Borghese, M. M., Tremblay, M. S., Leduc, G., Boyer, C., Bélanger, P., LeBlanc, A. G., ... & Chaput, J. P. (2015). Television viewing and food intake during television viewing in normal-weight, overweight and obese 9- to 11-year-old Canadian children: a cross-sectional analysis. *Journal of nutritional science*, 4(8), 1-9. [[Link](#)].
- Cartanyà- Hueso, À., Lidón- Moyano, C., Martín- Sánchez, J. C., González- Marrón, A., Matilla- Santander, N., Miró, Q., & Martínez- Sánchez, J. M. (2021). Association of screen time and sleep duration among Spanish 1- 14 years old children. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 35(1), 120-129. [[Link](#)].
- Chang, H. Y., Park, E. J., Yoo, H. J., won Lee, J., & Shin, Y. (2018). Electronic Media Exposure and Use among Toddlers. *Psychiatry investigation*. 15(6):568-573. [[Link](#)].
- Charman, T., & Gotham, K. (2013). Measurement Issues: Screening and diagnostic instruments for autism spectrum disorders—lessons from research and practice. *Child and adolescent mental health*, 18(1), 52-63. [[Link](#)].
- Chen, J.-Y., Strodl, E., Huang, L.-H., Chen, Y.-J., Yang, G.-Y., & Chen, W.-Q. (2020). Early Electronic Screen Exposure and Autistic-Like Behaviors among Preschoolers: The Mediating Role of Caregiver-Child Interaction, Sleep Duration and Outdoor Activities. *Children*, 7(11), 200. [[Link](#)].
- Chonchaiya, W., & Pruksananonda, C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 977-982. [[Link](#)].

- Dong, H. Y., Wang, B., Li, H. H., Yue, X. J., & Jia, F. Y. (2021). Correlation Between Screen Time and Autistic Symptoms as Well as Development Quotients in Children with Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 140. [[Link](#)].
- Duch, H., Fisher, E. M., Ensari, I., & Harrington, A. (2013). Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 10(1), 102. [[Link](#)].
- Figueiro, M. G., Wood, B., Plitnick, B., & Rea, M. S. (2011). The impact of light from computer monitors on melatonin levels in college students. *Neuroendocrinology Letters*, 32(2), 158-163. [[Link](#)].
- Garmy, P., Clausson, E. K., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2014). Overweight and television and computer habits in Swedish school- age children and adolescents: A cross- sectional study. *Nursing & health sciences*, 16(2), 143-148. [[Link](#)].
- Gilliam, JE. (1995). *The Gilliam autism rating scale: GARS*. Austin, TX: Pro-Ed. [[Link](#)].
- Healy, S., Haegele, J. A., Grenier, M., & Garcia, J. M. (2017). Physical activity, screen-time behavior, and obesity among 13-year olds in Ireland with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(1), 49-57. [[Link](#)].
- Heffler, K. F., & Oestreicher, L. M. (2016). Causation model of autism: Audiovisual brain specialization in infancy competes with social brain networks. *Medical hypotheses*, 91, 114-122. [[Link](#)].
- Heffler, K. F., Sienko, D. M., Subedi, K., McCann, K. A., & Bennett, D. S. (2020). Association of Early-Life Social and Digital Media Experiences with Development of Autism Spectrum Disorder-Like Symptoms. *JAMA pediatrics*. [[Link](#)].
- Hermawati, D., Rahmadi, F. A., Sumekar, T. A., & Winarni, T. I. (2018). Early electronic screen exposure and autistic-like symptoms. *Intractable & rare diseases research*, 7(1), 69-71. [[Link](#)].
- Hill, M. M., Gangi, D., Miller, M., Rafi, S. M., & Ozonoff, S. (2020). Screen time in 36-month-olds at increased likelihood for ASD and ADHD. *Infant Behavior and Development*, 61, 101484. [[Link](#)].
- Inada, N., Koyama, T., Inokuchi, E., Kuroda, M., & Kamio, Y. (2011). Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for

- autism in toddlers (M-CHAT). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 330-336. [[Link](#)].
- Kabali, H. K., Irigoyen, M. M., Nunez-Davis, R., Budacki, J. G., Mohanty, S. H., Leister, K. P., & Bonner, R. L. (2015). Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatric*, 136(6): 1044-1050. [[Link](#)].
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Gau, J. M., Joiner, T. R., Striegel-Moore, R. (2005). International Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *Journal of Eating Disorders*, 38 (3), 208 – 219. [[Link](#)].
- Lillard, A. S., Li, H., & Boguszewski, K. (2015). Television and children's executive function. In *Advances in child development and behavior*, 48(1). 219-248). [[Link](#)].
- Liu, W., Wu, X., Huang, K., Yan, S., Ma, L., Cao, H., ... & Tao, F. (2021). Early childhood screen time as a predictor of emotional and behavioral problems in children at 4 years: a birth cohort study in China. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 26(1), 1-9. [[Link](#)].
- Montes, G. (2016). Children with autism spectrum disorder and screen time: Results from a large, nationally representative US study. *Academic pediatrics*, 16(2), 122-128. [[Link](#)].
- Nabi, R. L., & Krcmar, M. (2016). It takes two: the effect of child characteristics on US parents' motivations for allowing electronic media use. *Journal of Children and Media*, 10(3), 285-303. [[Link](#)].
- Nagata, J. M., Abdel Magid, H. S., & Pettee Gabriel, K. (2020). Screen time for children and adolescents during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Obesity*, 28(9), 1582-1583. [[Link](#)].
- Nathanson, A. I., Aladé, F., Sharp, M. L., Rasmussen, E. E., & Christy, K. (2014). The relation between television exposure and executive function among preschoolers. *Developmental psychology*, 50(5), 1497. [[Link](#)].
- Nuutinen, T., Ray, C., & Roos, E. (2013). Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study?. *BMC public health*, 13(1), 684. [[Link](#)].
- Pearson, N., Biddle, S. J., Griffiths, P., Johnston, J. P., & Haycraft, E. (2018). Clustering and correlates of screen-time and eating behaviours among young children. *BMC public health*, 18(1), 1-9. [[Link](#)].

- Radesky, J. S., & Christakis, D. A. (2016). Increased screen time: implications for early childhood development and behavior. *Pediatric Clinics*, 63(5), 827-839. [[Link](#)].
- Radesky, J. S., Schumacher, J., & Zuckerman, B. (2015). "Mobile and interactive media use by young children: the good, the bad, and the unknown." *Pediatrics*, 135(1), 1-3. [[Link](#)].
- Russ, S. A., Larson, K., Franke, T. M., & Halfon, N. (2009). Associations between media use and health in US children. *Academic pediatrics*, 9(5), 300-306. [[Link](#)].
- Sadeghi, S., Pouretamad, H. R., & Shalani, B. (2021). Internet-based versus face-to-face intervention training for parents of young children with excessive screen-time and autism spectrum disorder-like symptoms: a comparative study. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-12. [[Link](#)].
- Sadeghi, S., Pouretamad, H. R., Khosrowabadi, R., Fathabadi, J., & Nikbakht, S. (2019 b). Effects of parent-child interaction training on children who are excessively exposed to digital devices: A pilot study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(6), 408-423. [[Link](#)].
- Sadeghi, S., Pouretamad, H. R., Khosrowabadi, R., Fathabadi, J., & Nikbakht, S. (2019 c). Parent-child interaction effects on autism symptoms and EEG relative power in young children with excessive screen-time. *Early Child Development and Care*, 1-10. [[Link](#)].
- Sadeghi, S., Pouretamad, H., Khosrowabadi, R., Fathabadi, J., & Nikbakht, S. (2019 a). Behavioral and electrophysiological evidence for parent training in young children with autism symptoms and excessive screen-time. *Asian journal of psychiatry*, 45, 7-12. [[Link](#)].
- Samadi, S. A., & McConkey, R. (2014). The utility of the Gilliam autism rating scale for identifying Iranian children with autism. *Disability and rehabilitation*, 36(6), 452-456. [[Link](#)].
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706. [[Link](#)].
- Slobodin, O., Heffler, K. F., & Davidovitch, M. (2019). Screen media and autism spectrum disorder: a systematic literature review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(4), 303-311. [[Link](#)].

- Takeuchi, H., Taki, Y., Hashizume, H., Asano, K., Asano, M., Sassa, Y., ... & Kawashima, R. (2015). The impact of television viewing on brain structures: cross-sectional and longitudinal analyses. *Cerebral Cortex*, 25(5), 1188-1197. [[Link](#)].
- Westby, C. (2020). Screen Time and Children with Autism Spectrum Disorder. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 1-8. [[Link](#)].
- Whiting, S., Buoncristiano, M., Gelius, P., Abu-Omar, K., Pattison, M., Hyska, J., ... & Breda, J. (2021). Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6–9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015–2017. *Obesity facts*, 14(1), 32-44. [[Link](#)].
- Yousef, S., Eapen, V., Zoubeidi, T., & Mabrouk, A. (2014). Behavioral correlation with television watching and videogame playing among children in the United Arab Emirates. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 18(3), 203-207. [[Link](#)].
- Yurika, N. U., Hiroyuki, Y., Hiroki, S., Wakaba, E., Mitsugu, U., Chieko, N., & Shigeo, K. (2018). Attachment Disorder and Early Media Exposure: Neurobehavioral symptoms mimicking autism spectrum disorder. *The Journal of Medical Investigation*, 65(3.4), 280-282. [[Link](#)].

Research Article

Life Satisfaction and Marital Satisfaction Based on Lived Experiences of Working and Housewives: a Phenomenological Study

D. Rajaei Ghazilou^{1*}, A. Shariatmadar² & N. Farrokhi³

1. MSc. family counseling, Counseling Department, Education and Psychology Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: dinargh2@gmail.com

2. Assistant Professor, Counseling Department, Education and Psychology Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3. Associated Professor, Psychometry Department, Education and Psychology Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

Aim: Family is the most important element of society that is necessary for the survival of society. Women's housekeeping and employment may affect life satisfaction and marital satisfaction, which are important factors in strengthening the family. **Aim:** The aim of this research was to study the life satisfaction and marital satisfaction of working and housewives. **Method:** In this study, a qualitative approach was used in a phenomenological way. For this purpose, using semi-structured interviews, lived experience of 13 employed women and 13 housewives who were selected heterogeneous and purposive sampling method. Colaizzi method was used to analyze the data. **Results:** From the analysis of the interviews, 34 codes were obtained. Employed and housewives in 8 experiences including relationship satisfaction with husband, spouse support role, life satisfaction, relationship satisfaction with main family (s), child satisfaction, planning to have a child, richer meaning of life by having a child were common to building a mutually constructive relationship; but They had different experiences in terms of time together, activity, adaptation, hedonism. Examination of lived experiences revealed passivity and hedonism for housewives and role-playing, lack of time with family, and lack of receiving attention for self-employed women. **Conclusions:** The results of this study showed that the disadvantages of working for women are more than the disadvantages of being a housewife, so psychological interventions are necessary to improve negative employment experiences for working women and also to moderate hedonism and avoid passivity for housewives.

Key words: Life satisfaction, marital satisfaction, working women, housewives

Citation: Rajaei Ghazilou, D., Shariatmadar, A., & Farrokhi, N. (2021). Life Satisfaction and Marital Satisfaction Based on Lived Experiences of Working and Housewives: A phenomenological Study. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(1):95-115.

رضایت از زندگی و رضایت زناشویی برخاسته از تجارب زیسته زنان شاغل و خانه‌دار: یک مطالعه پدیدارشناسی

دینا رجایی قاضیلو^۱، آسیه شریعت‌مدار^۲ و نورعلی فرخی^۳

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل: dinargh2@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاور، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: خانه‌داری و اشتغال زنان ممکن است رضایت از زندگی و رضایت زناشویی که از عوامل مهم در تحکیم خانواده هستند را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه رضایت از زندگی و رضایت زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار انجام شد. **روش:** در این پژوهش از رویکردی کیفی به شیوه پدیدارشناسی استفاده شد. بدین منظور تجربه زیسته ۱۳ زن شاغل و ۱۱ زن خانه‌دار که به روش نمونه‌گیری ناهمگون و هدفمند انتخاب شدند، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته، مطالعه شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کلایزی استفاده شد. **یافته‌ها:** از تحلیل مصاحبه‌ها ۳۴ کد بدست آمد. زنان شاغل و خانه‌دار در ۸ تجربه شامل رضایت از رابطه با همسر، نقش حمایتی همسر، رضایت از زندگی، رضایت از رابطه با خانواده (های) اصلی، رضایت از داشتن فرزند، برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن، غنی‌تر شدن معنای زندگی با صاحب فرزند شدن، برقراری ارتباط سازنده متقابل، مشترک بودند، اما در زمینه زمان باهم بودن، فاعلیت، انطباق، لذت‌گرایی تجارت متفاوتی داشتند. بررسی تجارب زیسته برای زنان خانه‌دار انفعال و لذت‌گرایی و برای زنان شاغل گرانباری نقش، کمبود زمان با خانواده بودن، و کمبود میزان توجه به خود را مشخص کرد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که معایب شاغل بودن برای زنان بیش از معایب خانه‌دار بودن است، لذا انجام مداخلات روان‌شناختی در جهت بهبود تجارب منفی اشتغال برای زنان شاغل و همچنین تعدیل لذت‌گرایی و پرهیز از انفعال برای زنان خانه‌دار ضرورت دارد.

کلیدواژه‌ها: رضایت از زندگی، رضایت زناشویی، زنان شاغل، زنان خانه‌دار

مقدمه

خانواده واحد اجتماعی و نظام سازمان‌یافته و بنیادی‌ترین نهاد جامعه است که در بقا و رشد نوع بشر نقش بسزایی دارد. خانواده با کارکرد مطلوب به سالم‌سازی فضای جامعه کمک می‌کند و زمینه رشد و شکوفایی اعضا خود را فراهم می‌کند؛ و اثرگذارترین نهاد در شکل‌گیری شخصیت آدمی است (هابر و اسنادون، ۲۰۱۷؛ گاتفرد، ۲۰۲۱). یکی از مسائل خانواده و سلامت آن، نوع رابطه زوج‌ها و وجود رضایت هر دو از این رابطه است (طیرانی نجاران، ۱۳۹۷؛ اوزن، کاراتاس و پولات، ۲۰۲۱). مطالعه رضایت زناشویی و عوامل تعیین‌کننده آن همیشه مورد علاقه پژوهشگران رشته‌های روان‌شناسی و علوم اجتماعی بوده است (اله‌وریان، رجایی، شکاری و لهراسبی، ۲۰۱۰؛ هملت، لاونر، کارنی و برادبوری، ۲۰۲۱). اخیراً در مطالعات مبتنی بر جنسیت مرد و رابطه آن با پدیده‌های روانی-اجتماعی، افزایش چشم‌گیری مشاهده شده است، اما نقش جنسیت در زندگی زنان تا حد زیادی نادیده گرفته می‌شود (جکسون، میلر، اوکا و هنری، ۲۰۱۴؛ بیلال و راسول، ۲۰۲۰).

رضایت زناشویی به طور کلی فرایندی است که در طول زندگی زوج‌ها به وجود می‌آید؛ زیرا لازمه آن انطباق سلیقه‌ها، شناخت ویژگی‌های شخصیتی، ایجاد قواعد رفتاری و شکل‌گیری الگو-های ارتباطی سازنده بین زن و شوهر است، در عین حال برخی از پژوهشگران رضایت زناشویی را واکنش عاطفی حاصل از ارزیابی ذهنی زوج‌ها از ابعاد مثبت و منفی رابطه زن و شوهری تعریف می‌کنند (پتچ، ۲۰۱۷؛ هو، جانگ و وانگ، ۲۰۱۹؛ فی، چاسک، میمز، ساندمان و هرنیچسن، ۲۰۲۰) و برخی دیگر آن را تطابق وضعیت زناشویی با انتظارات زن و شوهر می‌دانند (نادلو، رانکان و بهنارو، ۲۰۲۰؛ فرجی پاک، خجسته مهر و امیدیان، ۱۳۹۹).

مفهوم رضایت زناشویی ابعاد مختلفی دارد؛ مانند رضایت جنسی، دریافت حمایت از شریک زندگی، مشارکت در روند تصمیم‌گیری، رابطه با خانواده همسر، حمایت اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی (بیلال و راسول، ۲۰۲۰). علاوه بر آن رضایت زناشویی به متغیرهایی از جمله مدت ازدواج، سن، تعداد ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی اجتماعی و شغلی بستگی دارد (جوز و آلفون، ۲۰۰۷، میرسکی، چائو، الیوت و اشنایدر، ۲۰۱۳، توکل و همکاران، ۲۰۱۷؛ اولاسپو، ۲۰۲۰؛ بابروسکا و همکاران، ۲۰۲۰).

در برخی از فرهنگ‌ها، از جمله فرهنگ‌های جمع‌گرای شرقی رضایت زناشویی تعیین‌کننده رضایت از زندگی است (قدیر، سیلوا، پرینسی و خان، ۲۰۰۵). رضایت از زندگی معمولاً یک فرایند قضائاتی را نشان می‌دهد که در آن افراد وضعیت زندگی خود را براساس معیارهای متمایز و منحصر به فرد خود ارزیابی می‌کنند (اسنزیکا و تولیکا، ۲۰۲۰؛ دی‌راک و پرپلوس، ۲۰۲۱). در

حالی که سطح متوسط رضایت از زندگی در مردان و زنان مشابه است، اما تغییرات رضایت از زندگی در زنان بیشتر مشاهده می‌شود (دلاگاستا، جوئل و کام‌هامپاتی، ۲۰۲۱). پژوهش‌های قبلی در مورد رابطه رضایت از زندگی و عوامل مؤثر بر آن، بیشتر بر نقش کار متمرکز بوده‌اند (زائو، زانگ، لیو، لوو، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهش برایانت و کانستانتین (۲۰۰۶) نشان داد که تعادل چند نقش و رضایت شغلی هر یک از آن‌ها مثبت بودن رضایت از زندگی را پیش بینی می‌کنند. باثبات‌ترین خانواده‌ها، تقریباً همیشه زیرسیستم زناشویی قدرتمندی داشته‌اند. به نظر می‌رسد تنها از رهگذر پرداختن به این بنیان زیرساختاری، می‌توان به بهبود اوضاع خانواده‌ها امید بست و سلامت یک خانواده بستگی به میزان استحکام و پویایی زیرسیستم زناشویی دارد (اوچ، براسا، اسچوئیزر، ۲۰۲۰). از این رو برای حفظ و ارتقا روابط زوج‌ها در جهت بهبود کارکردهای خانواده ضرورت دارد هر چه بیشتر پژوهش انجام شود (روبلز، اسلاچر، ترومبلر و مک‌گین، ۲۰۱۴).

برخی از مطالعات به بررسی عوامل جمعیت شناختی مؤثر مانند اشتغال زنان بر رضایت زناشویی پرداخته‌اند؛ برخی از مطالعات هیچ تأثیری از اشتغال زنان بر رضایت زناشویی گزارش نمی‌کنند، در حالی که برخی دیگر نشان داده‌اند که رضایت زناشویی در زنان شاغل در مقایسه با زنان خانه‌دار کمتر است (دابون، ۲۰۱۴؛ روتز، ۲۰۱۶)، در مقابل مطالعاتی نیز تأثیر مثبت اشتغال زنان بر رضایت زناشویی را مورد تأیید قرار داده‌اند. برای مثال فرجی پاک، خجسته مهر و امیدیان (۱۳۹۹)، در یک فراتحلیل با مطالعه ۱۸ پژوهش نشان دادند که اشتغال زنان بر رضایت زناشویی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

خضری و سیاهپوش (۱۳۹۳) در پژوهشی به مقایسه میزان رضایت از زندگی زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار و عوامل مؤثر بر آن پرداختند و نشان دادند که میانگین رضایت از زندگی زناشویی در بین زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار است. جهانگیر (۱۳۹۱) در یک مطالعه، با مقایسه عملکرد خانواده و رضایت‌مندی زناشویی در زنان متأهل شاغل و غیرشاغل مشخص کرد که رضایت‌مندی زناشویی زنان متأهل غیر شاغل به طور معناداری بیشتر از رضایت زناشویی زنان شاغل است. عسگری، پاشا و آذرکیش (۱۳۹۰) در پژوهشی با مقایسه تعهد زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه‌دار، نشان داد که رضایت از زندگی زنان شاغل از زنان خانه‌دار، بیشتر است.

پژوهش‌های انجام شده درباره رضایت زناشویی و رضایت از زندگی زنان عمدتاً بر روی زنان شاغل متمرکز بوده است و میزان رضایت زنان خانه‌دار و مقایسه آن با رضایت زناشویی و زندگی زنان شاغل چندان مورد توجه قرار نگرفته و مغفول مانده و یک خلاء پژوهشی در این زمینه وجود دارد که پژوهش حاضر به دنبال بررسی این موضوع و تا حدی پوشش دادن خلاء موجود

است. در سوی دیگر پژوهش‌هایی که در زمینه رضایت زناشویی و رضایت از زندگی انجام شده، اغلب مبتنی بر پارادایم اثبات‌گرایی و رویکرد کمی انجام شده است، بنابراین بررسی رضایت زناشویی و رضایت از زندگی با استفاده از این پارادایم نمی‌تواند آن موضوع را به خوبی تبیین نماید. مسأله سوم این است که نتایج پژوهش‌های گزارش شده در زمینه رضایت زناشویی و رضایت از زندگی ناهمسو هستند. این ناهمسوایی ابهام موجود در زمینه تفاوت‌های بین رضایت زناشویی و رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه‌دار را بیشتر می‌نماید، لذا هدف پژوهش حاضر آن است که به بررسی رضایت زناشویی و رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه‌دار با استفاده از رویکرد کیفی بپردازد تا بر اساس تجارب زیسته کنش‌گران این حوزه، جنبه‌های مختلف پدیده بررسی شود.

روش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت یک مطالعه کیفی از نوع پدیدار شناسی^۱ است. جامعه مورد مطالعه تمامی زنان شاغل و غیر شاغل دارای حداقل یک فرزند زیر ۱۲ سال، ساکن منطقه دو شهر تهران بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و گلوله برفی تا رسیدن به اشباع نظری^۲ ادامه پیدا کرد. مصاحبه‌ها از شروع مقدمات تا تحلیل نتایج و کشف مقوله‌ها، در طول یک دوره سه ماهه، انجام شد. همه مصاحبه‌ها در زمان مناسب و با اتخاذ تمهیدات لازم جهت ایجاد فضایی آرام و مطلوب انجام شد. از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. به طور ثابت اولین سؤال این بود: «در حال حاضر چه دغدغه‌هایی در زندگی دارید و این دغدغه‌های چه تأثیراتی بر زندگی شما داشته است؟». در ادامه سؤال بعدی از مشارکت‌کننده پرسیده می‌شد، این روند تا آخرین سوال ادامه یافت. زمانی که مشارکت‌کننده از موضوع اصلی فاصله می‌گرفت، با طرح جمله‌های هدایت‌کننده، سعی می‌شد به موضوع اصلی هدایت گردد. جهت کسب اطلاعات بیشتر و روشن‌سازی مطالب مطرح شده، در طول مصاحبه از سؤال‌های کاوشی مانند: «می‌توانید در این باره بیشتر توضیح دهید؟»، «می‌شود منظورتان را واضح‌تر بیان کنید؟»، «می‌توانید مثالی بزنید؟»، استفاده شد. طول مدت هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بود. ابتدا دو مصاحبه به صورت آزمایشی و سپس ۲۴ مصاحبه (۱۳ مصاحبه با زنان شاغل و ۱۱ مصاحبه با زنان خانه‌دار) تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کلایزی^۳ استفاده شد (پاتون، ۲۰۱۵). فرآیند هفت مرحله‌ای تحلیل کلایزی در این پژوهش به صورت زیر به کار رفت:

^۱ Phenomenological

^۳ Colaizzi method

^۲ Data saturation

۱. توضیحات شرکت کننده، به دقت مطالعه شدند. برای این منظور تمام مصاحبه‌ها ضبط و سپس بر روی کاغذ پیاده سازی شدند. در گام بعدی برای کسب معانی، چندین بار خوانده شدند. ۲. مرحله استخراج جملات مهم: در این مرحله، عبارات یا جملاتی که به طور مستقیم به پدیده مورد نظر مربوط بود، از مصاحبه‌ها استخراج گردید. ۳. مرحله فرموله کردن معانی شناخته شده: در این قسمت، معنی هر جمله مهم استخراج و در حاشیه متن مصاحبه، یادداشت گردید. اینها به عنوان معانی منظم شده یا «کُد» شناخته شدند. در پژوهش حاضر جمله‌ها، بندها و کل متن هر مصاحبه به عنوان واحدهای تحلیل، برای شناسایی کدهای اولیه بکار گرفته شدند. نحوه رسیدن به کدهای اولیه بدین صورت بود که هر یک از مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی متن آنها، به صورت جمله به جمله مورد بررسی قرار گرفت و سپس پیام اصلی یا مفهوم کلیدی که در هر یک از عبارات مستتر بود، استخراج و ثبت می‌شد. این کار برای هر بند و کل متن هر مصاحبه نیز انجام گردید. در برخی از جمله‌ها، مصاحبه شوندگان از اصطلاحاتی استفاده می‌کردند که مستقیماً قابل استفاده به عنوان یک کُد بود و در برخی از موارد، مفهومی مستتر در جمله‌ها، بندها و کل متن وجود داشت که پژوهش‌گر با توجه به هدف مصاحبه شونده، مفهومی را به آن نسبت می‌داد و به عنوان یک کُد اولیه در نظر گرفته می‌شد. کدهای اولیه پس از هر مصاحبه پالایش گردید و با توجه به سنخیت و تجانس هر کُد با سایر کُدها، در ذیل یک مفهوم کلان قرار گرفته و این فرایند بارها تکرار شد. برای روشن‌سازی، مقوله‌بندی و رفع تناقض-های موجود در تفسیر، فرایند بازگشت مکرر به متون صورت گرفت. با انجام ۲۴ مصاحبه (۱۳ مصاحبه با زنان شاغل و ۱۱ مصاحبه با زنان خانه‌دار)، داده‌ها اشباع شدند و مصاحبه‌ها به اتمام رسید. ۴. مرحله دسته‌بندی داده‌ها: مورد قبلی برای هر مصاحبه تکرار شد و انبوه معانی استخراج شده به صورت خوشه موضوعات (تم‌ها)، سازماندهی شدند. ۵. تلفیق نتایج در قالب یک توصیف جامع: در این مرحله یک توصیف جامع از خوشه نتایج تهیه گردید. ۶. بیانیه صریح و روشن از ساختار اساسی پدیده مورد مطالعه: در نهایت با فرموله کردن توصیف جامع پدیده تحت مطالعه یک تصویر کلی از ساختار ذاتی پدیده که رضایت زناشویی و رضایت از زندگی زنان شاغل و زنان خانه‌دار، ارائه گردید. ۷. اعتبارسنجی نهایی یافته‌ها: با رجوع به چند نفر از شرکت‌کنندگان و پرسش از آنان در مورد نتایج، از صحت یافته‌ها اطمینان حاصل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های جمعیت شناختی و پس از انجام تجزیه و تحلیل و طبقه بندی داده‌ها و پایان مرحله کدگذاری، یافته‌های حاصل از این پژوهش کدگذاری شد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مصاحبه

شغل	زنان شاغل				زنان خانه دار			
	سن	سن	مدت	تعداد	سن	مدت	تعداد	
	همسر	ازدواج	فرزند		همسر	ازدواج	فرزند	
کارمند بانک	۳۳	۳۷	۹	۱	۳۶	۳۹	۷	۱
آرایشگر	۳۳	۴۲	۱۲	۱	۳۳	۳۵	۷	۲
دبیر	۴۱	۴۳	۱۲	۲	۳۶	۳۴	۱۲	۲
مترجم	۳۰	۳۲	۵	۱	۳۶	۴۱	۱۲	۲
حسابدار	۳۹	۴۱	۱۰	۱	۴۱	۴۶	۱۹	۲
آرایشگر	۳۲	۴۱	۱۳	۱	۳۵	۴۱	۱۳	۲
پرستار	۳۰	۳۳	۸	۱	۴۱	۴۴	۱۳	۲
گرافیکست	۳۸	۳۸	۱۵	۱	۲۵	۳۲	۳	۱
کارمند دفتر	۳۶	۳۶	۸	۱	۳۲	۳۷	۱۰	۱
بازرگانی								
دانشجو	۳۰	۳۴	۸	۱	۳۵	۴۱	۷	۲
مغازه‌دار (لباس فروش)	۳۸	۳۸	۱۱	۱	۳۰	۳۴	۸	۱
میانگین	۳۴/۵۴	۳۷/۷۲	۱۰/۰۹	-	۳۴/۵۴	۳۸/۵۴	۱۰/۱۰	-
(انحراف معیار)	(۴)	(۳/۷۴)	(۲/۸۴)		(۴/۵۹)	(۴/۵۰)	(۴/۳۲)	

در جدول ۲ رضایت از زندگی و کیفیت رضایت زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار بر اساس تجارب زیسته آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته و میزان تشابه و تفاوت آن‌ها در ابعاد رضایت زناشویی بر اساس نتایج حاصل از مصاحبه با آن‌ها ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، مضامین به دست آمده از دو گروه در چهار مضمون اصلی ابعاد رضایت از زندگی، هماهنگی در حوزه فرزندآوری و تربیت، دوسویگی در روابط و پویایی‌های ذهنی زنان طبقه‌بندی شد که عمده تفاوت دو گروه در طبقه آخر است. زنان شاغل و خانه‌دار در رضایت از زندگی و برخی از ابعاد رضایت زناشویی با هم مشترک هستند و در برخی متفاوت. عمده تفاوت‌های دو گروه در حوزه پویایی‌های ذهنی زنان شاغل و خانه‌دار است. در تحلیل مصاحبه‌ها مشخص شد که در هر گروه موانع و عوامل محدود کننده‌ای برای رضایت از

زناشویی وجود دارد که در گروه زنان شاغل این موارد شامل لذت‌گرایی، داشتن محدودیت و انفعال بود و برای زنان شاغل گرانباری نقش، کاهش توجه به خود و کمبود زمان با هم بودن است. در ادامه برای هر یک از مضامین فرعی نمونه‌هایی از گفته‌های مصاحبه‌شوندگان به تفکیک هر گروه ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسه کدهای حاصل از تحلیل مصاحبه زنان شاغل و خانه‌دار

زنان شاغل		زنان خانه‌دار	
مضمون اصلی	مضمون فرعی	مضمون اصلی	مضمون فرعی
ابعاد رضایت از زندگی	رضایت از رابطه با همسر رضایت از شاغل بودن* رضایت از زندگی رضایت از رابطه با خانواده (های) اصلی	ابعاد رضایت از زندگی	رضایت از رابطه با همسر رضایت از زمان با هم بودن* رضایت کلی از زندگی رضایت از رابطه با خانواده (های) اصلی
همه‌پویی در حوزه فرزندآوری و تربیت	لذت و رضایت از داشتن فرزند برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن غنی‌تر شدن زندگی پس از صاحب فرزند شدن مراقبت و مسئولیت مشترک فرزندپروری داشتن برنامه‌ها و اهداف تربیتی برای فرزند	همه‌پویی در حوزه فرزندآوری و تربیت	رضایت از داشتن فرزند برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن غنی‌تر شدن معنای زندگی با صاحب فرزند شدن مراقبت و مسئولیت مشترک والدینی همه‌پویی در تربیت فرزندان آینده‌نگری برای فرزند
دوسویگی در روابط	افزایش نقش حمایتی همسر برقراری ارتباط سازنده متقابل کمبود زمان با هم بودن*	دوسویگی در روابط	نقش حمایتی همسر برقراری ارتباط سازنده متقابل لذت‌گرایی*
پویایی‌های ذهنی زن شاغل	کاهش توجه به خود* فاعلیت* کمبود زمان و مدیریت آن* داشتن استقلال مالی* گرانباری نقش*	پویایی‌های ذهنی زن خانه‌دار	انطباق دهنده احساس محدودیت*

* موارد ستاره‌دار، نشانگر حوزه‌های تفاوت دو گروه زنان خانه‌دار و شاغل هستند.

۱- ابعاد رضایت از زندگی: الف: رضایت از رابطه با همسر: زنان خانه‌دار به دلیل تجربه تعارض کمتر از نقش‌های متفاوت، از رابطه راضی هستند و حتی در صورت بروز استرس‌های شدید، به خوبی از عهده مقابله بر می‌آیند. مشارکت‌کننده شماره ۲ در این زمینه بیان داشت: «*رابطمون به نسبت بقیه که مقایسه می‌کنم، احساس می‌کنم بهم نزدیکتره*». ب: رضایت از زمان با هم بودن: زنان خانه‌دار زمان کافی برای وقت گذراندن با همسر دارند. وقتی همسر برای ناهار یا شام به منزل می‌آید، می‌توانند به راحتی در کنار او باشند. همچنین به این دلیل که فشار نقش دیگری را تحمل نمی‌کنند، زمان با هم بودنشان با کیفیت است. مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان کرد: «*همسر من از سر کار میاد حتماً سه تایی باهم شام می‌خوریم و بعد دخترمو می‌خوابونیم و با همسر من یکم فیلم می‌بینیم و بعدش خودمون می‌خوابیم. ولی روزهای فرد از صبح با دخترم خونه‌ایم. با هم بازی می‌کنیم و با مسائل دیگه‌ی زندگیمون مشغولیم*». ج: رضایت از زندگی: زنان خانه‌دار به دلیل نداشتن گرانباری نقش، داشتن زمان کافی برای رسیدگی به برنامه‌های شخصی، مراقبت از فرزندان و ارتباط با همسر از رضایت زندگی مطلوبی برخوردار می‌باشند. مشارکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد: «*...قبل از به دنیا اومدن آریلا خیلی می‌گشتیم و مسافرت می‌رفتیم و خیلی خوش می‌گذروندیم، ولی مثل این بود که روزها رو می‌گذروندیم، انگار خوشی‌های آری باشه، ولی بعد آریلا/انگار از زندگی بیشتر لذت می‌بریم*». د: رضایت از رابطه با خانواده(های) اصلی: ارتباط زنان خانه‌دار با خانواده همسر، سبب تقویت ارتباط با همسر نیز می‌گردد. زنان خانه‌دار وقت بیشتری برای ارتباط با خانواده همسر داشته و از این ارتباط راضی نیز هستند. مشارکت‌کننده شماره ۵ بیان کرد: «*رابطمون با خانواده همسر منم خوبه خدا روشکر*». ه- رضایت از همسر من تو یک خونه زندگی کردیم. *رابطمون با خانواده منم خوبه خدا روشکر*. ه- رضایت از داشتن فرزند: زنان خانه‌دار به دلیل نداشتن گرانباری نقش و داشتن زمان کافی، بهتر می‌توانند برای فرزندان‌شان وقت اختصاص داده، تجارب عاطفی- هیجانی بیشتری را با آن‌ها داشته باشند. لذا زمان با هم بودن آن‌ها بیشتر، لذت ناشی از بازی کردن و با هم بودن نیز بیشتر است. بنابراین از داشتن فرزند احساس رضایت و لذت دارند. مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان کرد: «*دارم لذت می‌برم در کنار بچه‌هام، با اینکه گاهی اذیتم می‌کنند، ولی در کل شیرین هستند*». برقراری ارتباط سازنده متقابل: زنان خانه‌دار فشار کمتری را تجربه می‌کنند، به این دلیل که بار نقش اضافی را تحمل نمی‌کنند. بدین سبب، در زندگی ارتباط سازنده‌ای برقرار می‌کنند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ اظهار داشت: «*مشکل رو به همدیگه می‌گیم و سعی می‌کنیم حلش کنیم*». ۲- هماهنگی در حوزه فرزندآوری و تربیت: الف) برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن: یکی از نشانه‌های والدین مسئولیت‌پذیر و مراقب، داشتن برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن است، زیرا داشتن برنامه،

می‌تواند پیش زمینه‌های مثبتی مانند آمادگی اقتصادی- روانی برای فرزندپروری ایجاد نماید که زنان خانه‌دار نیز این مقوله را داشته‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ بیان کرد: «برای بچه‌دار شدن برنامه‌ریزی داشتیم/ اما چون من خودم یکم مشکل داشتم، یکم طول کشید». (ب) غنی‌تر شدن معنای زندگی با صاحب فرزند شدن: انتقال به مرحله والدینی با تغییراتی در زندگی همراه است. این رویداد زمان بیشتری از مادر می‌طلبد. پس از صاحب فرزند شدن، نقش زن از همسر، به مادر و همسر، تغییر می‌یابد. چنانچه مادر خانه‌دار باشد و فشار اضافه‌تری، به جز نقش مادری احساس نکند، ورود نوزاد به خانواده می‌تواند زندگی را غنی‌تر و لذت‌بخش‌تر نیز نماید. مشارکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: «... قبل از به دنیا اومدن آیلا خیلی می‌گشتیم و مسافرت می‌رفتیم و خیلی خوش می‌گذروندیم، ولی مثل این بود که روزها رو می‌گذروندیم، انگار خوشی‌های آنی باشه. ولی بعد آیلا انگار از زندگی بیشتر لذت می‌بریم». (ج) مراقبت و مسئولیت والدینی: اگر چه مراقبت و مسئولیت والدینی به عنوان یکی از نقش‌های اصلی و مهم والدین تلقی می‌گردد که زنان خانه‌دار نیز آن را عهده‌دار هستند، اما به نظر می‌رسد وقت کافی می‌تواند کیفیت مراقبت از فرزندان را بیشتر نماید. مشارکت‌کننده شماره ۶ بیان کرد: «من باید چک کنم دفترشونو کتابشونو. اینجور دغدغه‌ها یکم اذیت می‌کنه و همچنین دغدغه‌های تربیتی». (د) هماهنگی در تربیت فرزندان: «اگر چه هماهنگی در تربیت فرزندان صرف زنان خانه‌دار نیست، اما آن‌ها به دلیل داشتن زمان بیشتر بهتر می‌توانند در این زمینه با همسرشان برنامه‌ریزی کرده، در مورد اختلافات گفتگو نموده و برنامه‌های طرح شده را اجرا نمایند. مشارکت‌کننده شماره ۶ بیان کرد: «همسر هم خیلی به این مساله اهمیت میده. برای ایشونم بچه‌هاشون خیلی اهمیت داره. دست به دست می‌دیم سعی می‌کنیم که همه نیازهاشونو تا جایی که می‌تونیم برآورده کنیم تا یک زندگی خوب و راحت داشته باشند». (ه) آینده‌نگری برای فرزند: آینده‌نگری برای فرزند مانند برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن از نشانه‌های والدین مسئولیت‌پذیر و مراقب است. زیرا والدین با برنامه‌هایی که برای آینده فرزندانشان طرح ریزی می‌کنند و با در نظر گرفتن امکانات و پشتیبانی‌های لازم، سعی دارند فرزندانشان در آینده از هر نظر به عنوان شهروند مؤلف و فردی کارآمد زندگی کنند. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ بیان کرد: «دغدغه‌ی من بیشتر دانشگاه رفتنشونه. کلا آیندشون دیگه. اینکه فقط آینده. اینکه در چه رشته‌ای تو چه دانشگاهی میخوان ادامه بدن. بتونن کار پیدا کنن یا نه. ازدواجشون از همه مهم‌تره. آره دغدغه‌های فکری من فقط و فقط همیناست».

۳- دوسویگی در روابط: الف) نقش حمایتی همسر: چنانچه همسران زنان خانه‌دار در کارهای خانه به آن‌ها کمک کنند، زن از کار خانه احساس بی‌هودگی نمی‌کند. همچنین در صورتی که مردان این احساس را به همسر خانه‌دارشان القاء نکنند که کار خانه‌داری ساده و بی‌اهمیت است،

همسرانشان احساس مثبتی در ارتباط با خانه‌داری‌شان خواهند داشت. مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد: «از اینکه می‌بینم رضا چقدر کمکم می‌کند و درکم می‌کند خیلی خوشحالم. به نظرم خیلی با هم آخت شدیم».

ب) ارتباط سازنده متقابل: زنان خانه‌دار فشار کمتری را تجربه می‌کنند، به این دلیل که بار نقش اضافی را تحمل نمی‌کنند. بدین سبب، در زندگی ارتباط سازنده‌ای برقرار می‌کنند. در ادامه نمونه‌هایی از صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان در این زمینه ارائه می‌گردد. مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد «مشکل رو به همدیگه می‌گیم و سعی می‌کنیم حلش کنیم». تو زندگی بحث‌هایی داشتیم. بالاخره دو تا جنس مخالف در کنار هم زندگی می‌کنند و این طبیعیه. اما من در کل از زندگی راضی‌ام، مشارکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: «اصلاً اهل قهر کردن نیستم و خودش اینو می‌گه. من معتقدم دو نفر که با هم زندگی می‌کنند هر مشکلی هم که پیش بیاد باید با گفتگو و مذاکره حلش کنن».

۳- پویایی‌های ذهنی زن خانه‌دار: الف) لذت‌گرایی زنان خانه‌دار به دلیل مشغله کمتر و داشتن وقت کافی بیشتر است. آن‌ها ممکن است تمایل به تفریحاتی مانند رفتن به طبیعت، خرید و مسافرت داشته باشند. لذا طبیعتاً لذت‌گرایی در آن‌ها بیشتر خواهد بود. مشارکت‌کننده شماره ۸ بیان کرد: «من کلاً اهل گردش و الان با بچه خیلی جاها رو همیشه بریم. من خودم کوه زیاد میرم/اما از وقتی که بچه اومده». ب) انطباق دهنده: تعدادی از زنان خانه‌داری که تمایل به داشتن شغل داشته‌اند، اما به دلیل ارجحیت دادن به صاحب فرزند شدن و در اولویت قرار دادن آن‌ها، با خانه‌داری خود کنار آمده و خود را با شرایط توصیف شده انطباق داده‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۵ بیان کرد: «گاهی وقتها دوست داشتم که مثلاً اگه می‌تونستم کار هم بکنم خوب می‌شد، اما وقتی می‌بینم کارای روزانه خودمو به سختی تموم می‌کنم، خدا رو شکر می‌کنم که خانه‌دار هستم و می‌تونم به وظایف و مسولیت‌م رو به خوبی انجام بدم».

ج) احساس محدودیت: داشتن فرزند و صاحب فرزند شدن زمان قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد، به طوری که والدین - علی‌الخصوص مادران - مجبورند از بسیاری از فعالیت‌های دیگر خود صرف نظر کرده و به مراقبت از فرزندان بپردازند که این امر محدودیت‌هایی را برای آن‌ها به همراه دارد. مشارکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد: «دوست داشتم آدم فعال‌تری بودم. دوست داشتم از فرصت‌هام بیشتر استفاده کنم. شاید اون موقع بیشتر از خودم راضی می‌شدم در گروه زنان شاغل نیز نمونه‌هایی از شواهد برای عوامل محافظت‌کننده و خطرناک‌ساز رضایت از زندگی و رضایت زناشویی به شرح زیر ارائه شده است.

۱- ابعاد رضایت از زندگی: الف) رضایت از رابطه با همسر: زنان شاغل به دلیل دریافت حمایت از جانب همسرشان و درک شدن از سوی آن‌ها، از همسرشان رضایت کافی داشته باشند. مشارکت‌کننده شماره ۷ در این رابطه بیان داشت: «رابطه ما بعد از شاغل شدن من، تغییر چندانی از لحاظ عاطفی نداشته چون خوشبختانه قبلاً هم به همین اندازه محکم بود». ب) رضایت از شاغل بودن: شاغل بودن برای زنان شاغل مزایایی از قبیل استقلال مالی، احساس فاعلیت، داشتن جایگاه اجتماعی و احساس مؤد بودن به همراه داشته است. مزایای مذکور به همراه سایر مزایایی که می‌تواند برای آن‌ها داشته باشد، رضایت از اشتغال را برای زنان شاغل به همراه داشته است. مشارکت‌کننده شماره ۵ در این رابطه بیان داشت: «از اینکه شاغلم خوشحالم انرژی‌ای که خدا بهم داده و ارزش استفاده می‌کنم و دوست دارم. خیلی خوشحال می‌شم بابتش. خیلی شکرگزارم». ج) رضایت از زندگی: به نظر می‌رسد که زنان شاغل به دلیل فعال بودن در اجتماع، احساس مؤد بودن، مستقل بودن و دریافت حمایت از همسر، رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند. مشارکت‌کننده شماره ۱ در این رابطه بیان داشت: «از زندگیم خیلی راضی هستم. حتی یک درصد هم ناراضی نیستم. حتی یک بارم نشده که بگم چرا ازدواج کردم». د) رضایت از رابطه با خانواده(های) اصلی: ارتباط زنان شاغل با خانواده همسر، منجر به ارتباط عمیق‌تر بین آن‌ها و همرانشان گردد. زنان شاغل به دلیل نقش حمایتی که خانواده‌های اصلی داشته و حمایت‌های لازم را دریافت کرده‌اند، از این ارتباط راضی هستند. مشارکت‌کننده شماره ۱۲ در این رابطه بیان داشت: «رابطه‌ام با خانواده‌ی همسر من خوبه و راضیم. همیشه احترام بوده بینمون. مشکلی نبوده». ه) - لذت و رضایت از داشتن فرزند: داشتن فرزند علی‌رغم سختی‌هایی که برای زنان شاغل دارد، می‌تواند مایه دلگرمی آن‌ها بوده و به تحمل سختی‌های شغلی و زندگی آن‌ها معنا دهد. آن‌ها می‌توانند بخشی از فشار شغلی را با بازی کردن با فرزندان، بودن با آن‌ها و لذت بردن از با هم بودن کاهش دهند. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این رابطه بیان داشت: «با همه دردسرهاش بچه خیلی خوبه من که بینهایت عاشقش‌م و هر لحظه ازش لذت می‌برم».

۲- هماهنگی در حوزه فرزندآوری و تربیت: الف) برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن: یکی از نشانه‌های والدین مسئولیت‌پذیر و مراقب، داشتن برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن است، زیرا داشتن برنامه برای صاحب فرزند شدن، می‌تواند پیش زمینه‌های مثبتی مانند آمادگی اقتصادی و روانی برای فرزند پروری ایجاد نماید که زنان شاغل نیز این مقوله را داشته‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ در این رابطه بیان داشت: «شاغل بودنم محدودیتی برای تمایل به فرزنددار شدن برامون ایجاد نکرده و اجباری در کار نبود و با همسر خودمون دلمون می‌خواست که بچه‌دار بشیم و برنامه داشتیم». ب) غنی‌تر شدن زندگی پس از صاحب فرزند شدن: داشتن فرزند علی‌رغم

داشتن سختی‌های زیاد، می‌تواند به زندگی معنا داده و باعث رشد یافتگی والدین گردد، زیرا آن‌ها با تشکیل خانواده و داشتن فرزند، تجاربی از قبیل نقش‌های مراقبتی و مسئولیت رشد فرزند، قرار گرفتن در سیستم متقابل عاطفی، لذت از بازی کردن با فرزندان و هدف دار شدن زندگی را تجربه می‌کنند. به این ترتیب، فرزند باعث رشد یافتگی و غنی‌تر شدن زندگی می‌گردد. مشارکت‌کننده شماره ۸ در این رابطه بیان داشت: «با بچه‌دار شدنمون، رابطه‌مون خیلی بهتر شده. چون که قبلاً خیلی حرفمون می‌شد، ولی الان خیلی کمتر شده. من احساس می‌کنم که کمی پخته‌تر و صبورتر شدم و دیگه از کوره در نمیرم و بعضی مسائل برام عادی و راحت شده؛ مثلاً با خودم می‌گم، اخلاق همسر من اینطوره و من باید کنار بیام و خودم رو درست کنم. همسر هم همین‌طور. اونم راحت‌تر برخورد می‌کنه». (ج): مراقبت و مسئولیت مشترک فرزندپروری: اگر چه مراقبت و مسئولیت والدینی به عنوان یکی از نقش‌های اصلی و مهم والدین محسوب می‌شود که زنان شاغل نیز آن را عهده‌دار هستند، اما به نظر می‌رسد زنان شاغل علی‌رغم کمبود زمان به این امر توجه خاصی دارند و با در نظر گرفتن تمهیداتی تلاش می‌کنند این نقش را به خوبی ایفا کنند. مشارکت‌کننده شماره ۱ در این رابطه بیان داشت: «مسئولیت داشتن به بچه تو خانواده خیلی مسئولیت بزرگیه. اینکه به فکر سلامتی باشی به فکر رشد جسمیش و فکریش باشی. یه کودکه در حال رشد داری باید به همه جوانبش فکر کنی». (د): داشتن برنامه‌ها و اهداف تربیتی برای فرزند: داشتن برنامه‌ها و اهداف تربیتی برای فرزند، مانند برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن، از نشانه‌های والدین مسئولیت‌پذیر و مراقب است. زیرا والدین با برنامه‌هایی که برای آینده فرزندانشان طرح‌ریزی می‌کنند، با در نظر گرفتن امکانات و پشتیبانی‌های لازم، سعی دارند فرزندانشان در آینده از هر نظر به عنوان شهروند مولد و فردی کار آمد زندگی نمایند. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این رابطه بیان داشت: «بزرگ‌ترین دغدغه‌ام و نگرانیم آینده‌ی دخترمه. با توجه به این مسائلی که آدم تو جامعه می‌بینه... فعلاً بزرگترین دغدغه‌ام آینده‌ی بشه یه انسان سالم و اسه جامعه».

۳- دوسویگی در روابط: الف) افزایش نقش حمایتی همسر: همسران زنان شاغل، به دلیل درک موقعیت همسرشان، حمایت بیشتری از آن‌ها به عمل آورده و سعی کنند بخشی از فعالیت‌ها و مسئولیت‌های مربوط به همسرشان را به ویژه در امور مربوط به خانه عهده‌دار شوند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ در این رابطه اظهار کرد: «همیشه برای من همه کاری کرده و می‌کنه و چون می‌دونه که کسی نیست که از من حمایت کنه، حتی جلوی خانواده‌اش حواسش به من بوده و هست». (ب) برقراری ارتباط سازنده متقابل: مهمترین ویژگی ارتباط سازنده متقابل این است که در آن الگوی ارتباطی زوجین از نوع برنده- برنده است. در این الگو زوجین احساساتشان

را نسبت به هم ابراز نموده و احساس می‌کنند که همدیگر را درک می‌کنند. به نظر می‌رسد زنان شاغل به دلیل پیچیده‌تر بودن فرایند خانوادگی بیشتر این الگو را تمرین می‌کنند و آن را برای حل درست مسائل زندگیشان به کار می‌برند. مشارکت‌کننده شماره ۶ در این رابطه بیان داشت: «سعی می‌کنم مشکلمو حل کنه / از روی منطق. همسر همیشه پیشمه. ما خدا/روشکر هیچ مشکلی با هم نداریم. هر مشکلی هم که باشه با همدیگه در میون می‌ذاریم». (ج) کمبود زمان با هم بودن: همان‌طور که زنان شاغل حدوداً یک سوم از طول روز را به طور مستقیم و غیر مستقیم به مسائل مربوط به شغلشان می‌پردازند، همسران آن‌ها نیز چنین وضعیتی دارند. لذا به دلیل از دست دادن بخشی از ساعات روز و درگیر بودن در شغل، طبیعتاً زمان کمتری را با هم سپری می‌کنند که این امر برای زنان شاغلی که مشکل مدیریت زمان دارند، دو چندان می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ در این رابطه اظهار کرد: «شاغل بودن باعث شده که به خودم و شوهرم کمتر برسم و زمان کمتری برای خودم بگذارم».

۴- پویایی‌های ذهنی زن شاغل: (الف) کاهش توجه به خود: زنان شاغل به دلیل چند نقشی بودن دچار کمبود وقت می‌باشند. آن‌ها بخشی از زمان خود را به شغل اختصاص داده و بخشی دیگر را صرف امور خانه، همسر و فرزندان می‌کنند. بدین سبب، کمتر می‌توانند زمان مفیدی به امور مربوط به خود اختصاص دهند. مشارکت‌کننده شماره ۴ در این رابطه بیان داشت: «یه جاهایی من واقعاً وقت کم میارم که به خودم برسم یعنی /انقدر وقت کم میارم که وقتی برای خودم ندارم و همش نیازهای خودمو می‌ذارم کنار». (ب) فاعلیت: زنان شاغل به دلیل کمبود وقت سعی می‌کنند نهایت استفاده را از زمان خود در طول روز داشته باشند و این مساله فعال بودن آن‌ها را تقویت می‌کند. آن‌ها سعی می‌کنند مسئولیت‌های شغلی - خانوادگی، را انجام دهند، به عنوان نیروی مولد در اجتماع باشند و به طور کلی فعالیت داشته و پویا باشند که این مساله فاعلیت آن‌ها را نشان می‌دهد. مشارکت‌کننده شماره ۱۲ در این رابطه بیان داشت: «... احساس می‌کنم خیلی پویا و به روز هستم. مهمترینش اینکه احساس مفید بودن می‌کنم. احساس ارزشمند بودن می‌کنم». (ج) کمبود زمان و مدیریت آن: زنان شاغل به دلیل این که حدوداً یک سوم از طول روز را به طور مستقیم و غیرمستقیم به مسائل مربوط به شغلشان می‌پردازند، عملاً زمان کمی را برای پرداختن به فعالیت‌های روزمره دارند. مشارکت‌کننده شماره ۱۳ در این رابطه بیان داشت: «نگار و قتم دیگه اصلاً مال خودم نیست و نمی‌تونم مثل سابق واسش برنامه‌ریزی کنم». (د) داشتن استقلال مالی: چنان‌که پیشتر اشاره شد یکی از مهمترین و برجسته‌ترین مزایای شاغل بودن برای زنان شاغل، استقلال مالی است که می‌تواند برای سایر قسمت‌های زندگی، از قبیل داشتن برنامه‌های ارتقاء بخش، روحیه‌ساز و آموزشی مثرتر باشد. مشارکت‌کننده شماره ۶ در این

رابطه بیان داشت: «حس خوبی دارم از اینکه تو اجتماع هستم. دستم تو جیبمه و مستقل هستم، خوشحالم». ه) گرانباری نقش: یکی از ویژگی‌های نقش شغلی که آن را منشاء دیگری برای استرس شغلی می‌دانند، گرانباری نقش است. به این معنا که اگر فرد نتواند از پس انجام کاری که بخشی از شغل معینی است، برآید، دچار استرس خواهد شد. در این صورت سایر نقش‌های وی از جمله فرزندداری، نقش‌های همسری و خانه‌دار بودن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان شاغل این مفهوم را تجربه می‌کنند. مشارکت‌کننده ۷ در این رابطه بیان داشت: «البته الان هم گاهی اوقات که مثلاً بچه مریض میشه، اعصابم خورد میشه و با توجه به این که نمی‌تونم مرخصی بگیرم، با خود میگیم/این چه کاریه که من باید توش/اینقدر استرس داشته باشم».

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مطالعه عوامل رضایت از زندگی و رضایت زناشویی زنان شاغل و غیر شاغل دارای فرزند زیر ۱۲ سال، در قالب یک مطالعه کیفی پدیدارشناسی انجام شد. نتایج نشان داد که زنان شاغل و خانه‌دار در ۸ تجربه شامل رضایت از رابطه با همسر، نقش حمایتی همسر، رضایت از زندگی، رضایت از رابطه با خانواده(های) اصلی، رضایت از داشتن فرزند، برنامه‌ریزی برای صاحب فرزند شدن، غنی‌تر شدن معنای زندگی با صاحب فرزند شدن، برقراری ارتباط سازنده متقابل، مشترک بودند، اما در زمینه زمان باهم بودن، فاعلیت، انطباق، لذت‌گرایی تجارت متفاوتی داشتند. بررسی تجارب زیسته برای زنان خانه‌دار، انفعال و لذت‌گرایی و برای زنان شاغل گرانباری نقش، کمبود زمان با خانواده بودن، و کم‌بودن میزان توجه به خود را مشخص کرد.

نتایج حاصل با نتایج مطالعات خضری و سیاهپوش (۱۳۹۳)، جهانگیر (۱۳۹۱) و عسگری، پاشا و آذرکیش (۱۳۹۰) ناهمسو است که مهم‌ترین دلایلش شاید آن باشد که در پژوهش‌های مذکور، پارادایم پژوهش اثبات‌گرایی و مبتنی بر ابزار کمی (پرسشنامه) است که این نوع پژوهش نمی‌تواند به طور واقعی و کامل یک پدیده مانند رضایت از زندگی و رضایت زناشویی را مورد بررسی قرار دهد.

در تبیین یافته فوق می‌توان چنین گفت که رضایت از زندگی تعریف گسترده‌ای دارد که صرفاً مربوط به شاغل بودن یا نبودن نیست. به عبارت دیگر رضایت از زندگی منوط به شغل نیست بلکه عوامل متعددی آن را پیش‌بینی می‌کنند. رضایت از زندگی، ارزیابی شناختی فرد از زندگی خویش است که در آن ملاک‌های فرد نقش مهمی در ارزیابی وی از رضایت از زندگی ایفا می‌کند. داینر، ایمونز، لارسن و گریفین (۱۹۸۵) رضایت از زندگی را فرایندی برای داوری می‌داند که به وسیله آن، افراد کیفیت زندگی خود را، بر اساس ملاک‌های منحصر به فرد خود، ارزیابی می‌کنند.

هیبران (۲۰۰۷) مفهوم رضایت از زندگی را به معنای تصور ذهنی از رفاه و بهزیستی انسان می‌داند که فرد به کمک این تصور می‌تواند با موقعیت‌های گوناگون زندگی سازگاری خوبی داشته و احساس شادکامی نماید. زوزا و لیوبامیرسکی (۲۰۰۱) نیز عقیده دارند، رضایت از زندگی تفاوت بین آنچه فرد می‌خواهد و آنچه دارد است، در حقیقت مقایسه‌ای بین واقعیت و ایده‌آل برای تعریف این مفهوم استفاده شده است. بر اساس ویژگی‌های مطرح شده از سوی هر دو گروه شاید بتوان گفت که رضایت از زندگی برای هر دو گروه بر اساس ملاک‌های شخصی هر فرد مناسب باشد. در تبیین دیگری می‌توان گفت که بر اساس رویکرد کیفیت و رضایت از زندگی، رضایت از زندگی «فرایند قضاوت شناختی تعریف می‌شود که در طی آن فرد شرایط خود را با معیارهایی که به نظر او مناسب هستند، مقایسه می‌کند». بر اساس این رویکرد، هر قدر فاصله تصویری بین دستاوردها و آرزوهای فرد کمتر باشد، میزان رضایت بیشتر است (فریش، ۲۰۰۶، ترجمهٔ خمسه، ۱۳۹۰؛ نادلو، رانکان و پهنارو، ۲۰۲۰؛ هملت، لاونر، کارنی و برادبوری، ۲۰۲۱). شاید از این منظر بتوان گفت رضایت از زندگی افراد مورد مطالعه بر اساس قضاوت‌های شخصی و معیارهای شخصی هر فرد بالا بوده و برای اعضای هر دو گروه چنینی وضعیتی دیده می‌شود.

در تبیینی مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام که مفهوم رضایتمندی را به دو حوزهٔ باورهای رضامندی و زمینه‌های رضامندی (لذت کار، هنر تدبیر، خانه برای زندگی، و وسیله نقلیه) تقسیم نموده است نیز شاید بتوان گفت در افراد مورد مطالعه در هر دو گروه باورهای رضامندی بالا و مطلوب بوده و بر این اساس رضایت زندگی را بالا گزارش کرده‌اند. همچنین بر اساس رویکرد سعادت‌گرا، دین، مذهب و معنویت در رضایت از زندگی مؤثر هستند (شریعتمدار، ۱۳۹۰). با توجه به بافت فرهنگی ایران که مبتنی بر ارزش‌های دین اسلام است شاید بتوان گفت که افراد مورد مطالعه در رویکرد سعادت‌گرا غنی بوده و این امر موجبات رضایت از زندگی هر دو گروه را فراهم کرده است.

نتایج دیگر پژوهش حاکی از آن است که بین تجارب زیستهٔ هر دو گروه از زنان مورد مطالعه، مواردی مشترک و متفاوت دیده می‌شود. تجارب زیستهٔ مشترک هر دو گروه عبارتند از: رضایت از رابطه همسر، نقش حمایتی همسر، رضایت از زندگی، رضایت از رابطه با خانواده(های) اصلی، برنامه‌ریزی برای فرزنددار شدن، لذت و رضایت از داشتن فرزند، غنی‌تر شدن زندگی بعد از فرزنددار شدن، مراقبت و مسئولیت فرزندپروری، ارتباط سازنده متقابل و آینده‌نگری برای فرزند. از سوی دیگر تجارب زیسته‌ای وجود دارند که منحصر به زنان خانه‌دار (رضایت از زمان با هم بودن، لذت‌گرایی، انطباق دهنده بودن، احساس محدودیت) و منحصر به زنان شاغل (کمبود زمان با هم بودن، رضایت از شاغل بودن، استقلال، کاهش توجه به خود، گرانباری نقش، احساس

محدودیت) می‌باشند. لذا می‌توان گفت که تجارب زیسته مشترک هر دو گروه بیش از تجارب زیسته متفاوت هر دو گروه است.

در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که عوامل مختلفی از قبیل سن ازدواج، مدت ازدواج، فرزندان، تحصیلات، مسائل مالی، رضایت جنسی، خانواده‌های اصلی و خویشاوندان، اعتقادات مذهبی، ویژگی‌های شخصیت، مهارت‌های زندگی و ارتباطی، هوش هیجانی، تعهد و اوقات فراغت در رضایت زناشویی افراد مؤثر هستند. اگر چه شاغل یا خانه‌دار بودن می‌تواند بر جنبه‌هایی از رضایت زناشویی مؤثر باشد، اما در رضایت زناشویی ابعاد مختلفی وجود دارند که جدا از وضعیت شغلی زنان، می‌تواند در رضایت زناشویی آن‌ها نقش داشته باشد. از این رو می‌توان گفت که شاید در نمونه‌های مورد مطالعه این عوامل تعیین کننده بوده‌اند و به دلیل نزدیکی آن‌ها در بین زنان مورد مطالعه، رضایت زناشویی آن‌ها متفاوت نبوده است.

به طور کلی در مورد نتایج بخش کیفی پژوهش حاضر می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاضر سه مورد را نشان می‌دهد. اول اینکه در رضایت از زندگی و رضایت زناشویی، تفاوت شاغل بودن یا نبودن تعیین کننده نیست، بلکه خواست فرد برای شاغل بودن یا نبودن مهم است. دوم اینکه در مورد فرزند، برنامه‌ریزی برای فرزنددار شدن تأثیرگذار بر رضایت یا عدم رضایت از زندگی و رضایت زناشویی می‌باشد. سوم اینکه دریافت نقش حمایتی همسر و همکاری همسر در خانه‌داری و تقسیم فشار بین همسران، هم خانه‌دار بودن را تبدیل به امری لذت بخش نموده و هم فشار اضافه بار نقش مادران شاغل را کم می‌کند که به این ترتیب رضایت زناشویی و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد.

این پژوهش در شهر تهران انجام شده که به دلیل ویژگی‌های خاص پایتخت بودن، در تعمیم آن به مناطق دیگر باید احتیاط نمود. همچنین به دلیل کیفی بودن بخشی از نتایج، تعمیم نتایج با محدودیت مواجه است. در پژوهش حاضر میزان رضایت از زندگی و رضایت زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار مورد بررسی قرار گرفت. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های بعدی میزان رضایت از زندگی و رضایت زناشویی همسران زنان شاغل و خانه‌دار نیز مورد بررسی قرار گیرد. مشاوران خانواده می‌توانند از نتایج پژوهش حاضر به جهت غنی‌سازی زندگی زنان شاغل و خانه‌دار و همچنین ارتقاء رضایت از زندگی و رضایت زناشویی آن‌ها استفاده نمایند. به این شکل که بر اساس تجارب زیسته استخراج شده در پژوهش حاضر، نکات کلیدی و اساسی را جهت افزایش رضایت از زندگی و رضایت زناشویی به زنان خانه‌دار و شاغل آموزش دهند.

موازین اخلاقی

به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش ابتدا به تمام شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در یک کار پژوهشی شرکت دارند و شرکت در آن اختیاری می‌باشد. همچنین اهداف پژوهش، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ناشناس ماندن مشارکت‌کنندگان و محرمانه نگه داشتن اطلاعات، برای آن‌ها تشریح شد.

سپاسگزاری

از کلیه زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

این پژوهش هیچگونه تعارض منافع نداشت.

منابع

- جهانگیر، پانته‌آ. (۱۳۹۱). مقایسه عملکرد خانواده و رضایت‌مندی زناشویی در زنان متأهل شاغل و خانه‌دار شهر تهران. *فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی*. ۴(۳)، ۱۹۲-۱۷۷. [پیوند]
- خضری، سیده خدیجه، و ارجمند سیاهپوش، اسحق. (۱۳۹۳). مقایسه میزان رضایت از زندگی زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار و عوامل موثر بر آن در شهر ایزده. *مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران*. ۴(۶)، ۱۰۵-۱۹۷. [پیوند]
- شریعتمدار، آسیه. (۱۳۹۰). تدوین برنامه آموزش هشیاری‌افزایی وجودی و هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی و مقایسه اثربخشی آن‌ها بر افزایش رضایت از زندگی. رساله دکترای تخصصی مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی. [پیوند]
- طیرانی نجاران، فرزانه. (۱۳۹۷). بررسی متغیرهای تأثیرگذار بر رضایت زناشویی. *رویش روان‌شناسی*. ۷(۶)، ۸۹-۱۰۰. [پیوند]
- عسگری، پرویز، پاشا، غلامرضا، و آذرکیش، مریم. (۱۳۹۰). مقایسه تعهد زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه‌دار. *مجله اندیشه و رفتار*. ۶(۲۱)، ۵۳-۶۰. [پیوند]
- فرجی پاک، مهدی، خجسته مهر، رضا، و امیدیان، مرتضی. (۱۳۹۹). مقایسه رضایت زناشویی زنان شاغل و غیرشاغل: یک مطالعه فراتحلیل. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*. ۱۸(۱)، ۲۴۸-۲۰۱. [پیوند]
- فریش، مایکل. (۱۳۹۰). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (ترجمه اکرم خمسه، چاپ اول). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶). [پیوند]

- Alahveriani, K., Rajaie, H., Shakeri, Z., & Lohrasbi, A. (2010). Studying the relationship between sexual disorder and marriage satisfaction in those suffering from depression. *Procedia Soc Behav Sci*, 5(0):1672-1675. [[Link](#)]
- Bilal, A., & Rasool, S. (2020). Marital Satisfaction and Satisfaction With Life: Mediating Role of Sexual Satisfaction in Married Women. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1), 77-86. [[Link](#)]
- Bryant, R., & Constantine, M. (2006). Multiple Role Balance, Job Satisfaction, and Life Satisfaction in Women School Counselors. *Professional School Counseling*, 9(4), 265-271. [[Link](#)]
- Dabone, KT. (2014). Effects of age on marital satisfaction of married people in Sunyani Municipality. *Int J Res Soc Sci*, 3(8):1-10. [[Link](#)]
- De Rock, B., & Perilleux, G. (2021). *Time Use and Life Satisfaction within Couples: A Gender Analysis for Belgium* (No. 2021-01). ULB--Universite Libre de Bruxelles. [[Link](#)]
- Della Giusta, M., Jewell, S. L., & Kambhampati, U. S. (2011). Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics*, 17(3), 1-34. [[Link](#)]
- Diener E. D., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1, 71-75. [[Link](#)]
- Dobrowolska, M., Groyecka-Bernard, A., Sorokowski, P., Randall, A. K., Hilpert, P., Ahmadi, K., & Sorokowska, A., ... (2020). Global perspective on marital satisfaction. *Sustainability*, 12(21), 8817. [[Link](#)]
- Fye, M. A., Chasek, C. T., Mims, G. A., Sandman, J., & Hinrichsen, A. (2020). Marital Satisfaction During Retirement. *The Family Journal*, 28(3), 313-318. [[Link](#)]
- Gottfried, A. E. (2021). Maternal Employment in the Family Setting: Developmental and Environmental Issues 1. In *Employed mothers and their children* (pp. 63-84). Routledge. [[Link](#)]
- Hammett, J. F., Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2021). Intimate partner aggression and marital satisfaction: a cross-lagged panel analysis. *Journal of interpersonal violence*, 36(3-4), NP1463-1481NP. [[Link](#)]
- Harper, C., & Snowden, M. (2017). *Environment and society: Human perspectives on environmental issues*: Routledge. [[Link](#)]
- Haybron, D. (2007). Life satisfaction, ethical reflection, and the science of happiness. *Journal of Happiness Study*, 8(1), 99- 138. [[Link](#)]
- Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International Journal of Psychology*, 54(3), 369-376. [[Link](#)]

- Jackson, J. B., Miller, R. B., Oka, M., & Henry, R. G. (2014). Gender differences in marital satisfaction: A meta-analysis. *Journal of marriage and family*, 76(1), 105-129. [[Link](#)]
- Jose, O., & Alfons, V. (2007). Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(1), 73-85. [[Link](#)]
- Mirecki, R. M., Chou, J. L., Elliott, M., & Schneider, C. M. (2013). What factors influence marital satisfaction? Differences between first and second marriages. *Journal of Divorce & Remarriage*, 54(1), 78-93. [[Link](#)]
- Nadolu, D., Runcan, R., & Bahnaru, A. (2020). Sociological dimensions of marital satisfaction in Romania. *PloS one*, 15(8), e0237923. [[Link](#)]
- Ochs, M., Borcsa, M., & Schweitzer, J. (2020). *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling*. Springer. [[Link](#)]
- Olasupo, M. O. (2020). Roles of Selected Psycho-Demographic Factors on Quality of Sex Life and Marital Satisfaction among Dual-career Couples. *Romanian Journal of Psychology*, 22(1), 9-14. [[Link](#)]
- Özen, Ş., Karataş, T., & Polat, Ü. (2021). Perceived social support, mental health, and marital satisfaction in multiple sclerosis patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. [[Link](#)]
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th Edition). Sage. [[Link](#)]
- Petch, J. (2017). Research Perspectives in Couple Therapy: Discursive Qualitative Methods Maria Borcsa and Peter Rober, Springer. [[Link](#)]
- Qadir, F., de Silva, P., Prince, M., & Khan, M. (2005). Marital satisfaction in Pakistan: A pilot investigation. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(2), 195-209. [[Link](#)]
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(1), 140. [[Link](#)]
- Rotz, D. (2016). Why have divorce rates fallen? The role of women's age at marriage. *J Hum Res*. 51(4):961-1002. [[Link](#)]
- Sousa, L., & Lyubomirsky, S. (2001). Life satisfaction, encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender (Vol. 2). SanDiego: CA: Academic press. [[Link](#)]
- Szczęśniak, M., & Tułeczka, M. (2020). Family Functioning and Life Satisfaction: The Mediatory Role of Emotional Intelligence. *Psychology research and behavior management*, 13, 223-232. [[Link](#)]
- Tavakol, Z., Nikbakht Nasrabadi, A., Behboodi Moghadam, Z., Salehiniya, H., & Rezaei, E. (2017). A review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3) :197-207. [[Link](#)]

Zhao, S., Zhang, J., Liu, Y., Ji, H., & Lew, B. (2020). The association between psychological strains and life satisfaction: Evidence from medical staff in China. *Journal of affective disorders*, 260, 105-110. [Link]

Research Article

Structural Equation Modeling of the Relationship Between Mothers' Problematic Internet Use and Child Behavioral Problems with the Mediating Role of Mother-Child Interaction

Z. Norouzi¹, R. Roshan Chesli^{2*}, H. Farahani³

1. Master of clinical psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. Email: RasolRoshan@yahoo.com

3. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim: Mothers' problematic internet use has been associated with suboptimal mother-child interactions and child behavioral problems. This study aimed to investigate the structural model of the relationship between mothers' problematic Internet use and child behavioral problems with the mediating role of mother-child interaction. **Method:** The population was all mothers in Tehran in 2020. From this statistical population, a sample of 322 mothers was selected by using the purposive sampling method. The instruments used included the Problematic Internet use (Caplan, 2010), The Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997), and Child-Parent Relationship Scale (Pianta, 1992). The collected data were analyzed using SPSS-26 and AMOS-24 software. **Results:** The data analysis showed a significant inverse relationship between mothers' problematic internet use with mother-child interaction and a positive and significant relationship with child behavioral problems. The structural equations modeling results showed that the model has a good fit and mother-child interaction played a mediating role in mothers' problematic internet use and child behavioral problem. **Conclusion:** Based on these results, it is suggested that parents and psychotherapists with managing parents' use of the Internet during mother-child interactions and strengthening this interaction, improve behavioral problems in children. Thus, the foregoing variables could be attended in the familial, educational, and therapeutic domains.

Key words: *problematic Internet use, mother-child interaction, child behavioral problems, structural equation modeling (SEM)*

Citation: Norouzi, Z., Roshan Chesli, R., & Farahani, H. (2021). Structural equation modeling of the relationship between mothers' problematic Internet use and child behavioral problems with the mediating role of mother-child interaction. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(1):117-139.

مقاله پژوهشی

الگوی ساختاری استفاده آسب‌زای مادران از اینترنت و مشکلات رفتاری کودکان با میانجی‌گری تعامل مادر- کودک

زهرا نوروزی^۱، رسول روشن چسلی^{۲*} و حجت اله فراهانی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: RasolRoshan@yahoo.com

۳. استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

چکیده

هدف: استفاده آسب‌زای مادران از اینترنت با اخلال در تعامل مادر-کودک و مشکلات رفتاری کودک همراه است. این مطالعه با هدف بررسی مدل ساختاری استفاده آسب‌زای مادران از اینترنت و مشکلات رفتاری کودکان با میانجی‌گری تعامل مادر-کودک انجام شد. **روش:** جامعه آماری این پژوهش تمام مادران شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه‌ای از ۳۲۲ مادر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه استاندارد استفاده آسب‌زا از اینترنت کاپلان (۲۰۱۰)، پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات رفتاری کودک گودمن (۱۹۹۷) و پرسشنامه تعامل والد-کودک پیاننا (۱۹۹۲) بود. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که استفاده آسب‌زای مادران از اینترنت با تعامل مادر-کودک رابطه منفی و معنادار و با مشکلات رفتاری کودک رابطه مثبت و معنادار دارد. یافته‌های برآمده از معادلات ساختاری نشان داد که شاخص‌های نیکویی مدل در محدوده مطلوب قرار دارند و نقش میانجی متغیر تعامل مادر-کودک در رابطه بین استفاده آسب‌زای مادران از اینترنت با مشکلات رفتاری کودک تایید شد. **نتیجه‌گیری:** براساس این نتایج، به والدین و روان‌درمانگران پیشنهاد می‌شود که با مدیریت استفاده والدین از اینترنت در هنگام تعاملات مادر-کودک و تقویت این تعامل، مشکلات رفتاری در کودکان را بهبود بخشند. بدین‌سان می‌توان در گستره روابط خانوادگی، تربیتی و درمانی به متغیرهای یاد شده، توجه نمود.

کلید واژه‌ها: استفاده آسب‌زا از اینترنت، تعامل مادر-کودک، مشکلات رفتاری کودک، مدل‌سازی معادلات ساختاری

استناد به این مقاله: نوروزی، زهرا، روشن چسلی، رسول، و فراهانی، حجت اله. (۱۴۰۰). الگوی ساختاری استفاده آسب‌زای مادران از اینترنت و مشکلات رفتاری کودکان با میانجی‌گری تعامل مادر- کودک. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۱ پیاپی ۵۷): ۱۱۷-۱۳۹.

مقدمه

دسترسی به اینترنت و استفاده از تلفن‌های هوشمند و سایر دستگاه‌های فناوری (مثلاً تبلت‌ها و لپ‌تاپ) به سرعت افزایش یافته‌است (مرکز تحقیقات پیو^۱، ۲۰۱۷). در بین کشورهای غرب آسیا، تعداد کاربران اینترنت در ایران به طور قابل توجهی بیشتر از سایر کشورها است و از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸، تعداد کاربران از ۳٫۸٪ به ۶۹٫۱٪ افزایش یافته است (آمار اینترنت و گزارش‌های مخابراتی ایران^۲، ۲۰۲۰). در پژوهشی که به تازگی با هدف ارزیابی استفاده از اینترنت در شرایط اپیدمی کرونا^۳ روی ۲۰۵۰ شرکت‌کننده انجام شد، استفاده بیش از حد از اینترنت در میان کاربران گزارش شده‌است (دونگ، یانگ، لو و هائو، ۲۰۲۰).

با توجه به میزان بالای استفاده از اینترنت، استفاده آسیب‌زا از اینترنت، یک نگرانی فزاینده است. اعتیاد به اینترنت^۴ و استفاده آسیب‌زا از اینترنت، مفاهیم متفاوتی هستند. اگرچه این اصطلاحات در گذشته به جای یکدیگر استفاده شده‌اند، اما دو چارچوب جداگانه برای استفاده بیش از حد از اینترنت را نشان می‌دهند. از دست دادن کنترل و احساس ترک، ممکن است اعتیاد به اینترنت را بیشتر شبیه حوزه اعتیاد به مواد کلاسیک قرار دهد. استفاده آسیب‌زا از اینترنت، مجموعه گسترده‌تری از مشکلات مربوط به استفاده از اینترنت را شامل می‌شود، از جمله مسائل اجتماعی، رفتاری و عاطفی. استفاده آسیب‌زا از اینترنت ممکن است شامل اعتیاد به اینترنت باشد، اما یک مفهوم گسترده‌تر و چندوجهی است (دانجلو و مورنو، ۲۰۲۰). استفاده آسیب‌زا از اینترنت به شرایطی اشاره دارد که استفاده از اینترنت بر روابط بین‌فردی، زندگی اجتماعی و یا ثبات عاطفی کاربران تأثیر منفی می‌گذارد (یانگ، ۱۹۹۶). داشتن اتصال به اینترنت از طریق تلفن هوشمند یا لپ‌تاپ، به افراد این امکان را می‌دهد تا به طور مداوم با دستگاه خود درگیر شوند و به طور دائمی در دسترس باشند (هرتلین، ۲۰۱۲). از طریق این اتصال مداوم و در دسترس بودن، دستگاه‌های تلفن همراه فرصت زیادی برای حواس پرتی فراهم می‌کنند (مک‌دانیل و کوین، ۲۰۱۶). اگرچه بسیاری از کارها در زمینه استفاده مشکل‌ساز از فناوری و اینترنت بر روی پیامدهای مربوط به به‌زیستی فردی و روابط زوجین متمرکز شده‌است، اما والدین و کودکان در برابر تأثیرات احتمالی این عادات جدید، مصون نیستند. بر این اساس، بخش کوچکی

¹ Pew Research Center

² Iran Internet Stats and

Telecommunications Reports

³ covid-19

⁴ internet addiction

از پژوهش‌ها درمورد حواس‌پرتی والدین یا استفاده از فناوری در حالی که در کنار فرزندان خود هستند، انجام شده‌است (مک‌دانیل و کوین، ۲۰۱۶؛ مک‌دانیل و رادسکی، ۲۰۱۷؛ رابرتز و دیوید، ۲۰۱۷؛ کیلدره و میدلیمس، ۲۰۱۷).

تعامل والد-کودک یکی از تأثیرگذارترین روابط زندگی انسان است. فرزندان خردسال برای تأمین نیازهای اصلی به والدین تکیه می‌کنند و والدین نیازهای فرزندان خود را تأمین می‌کنند (فلوید و مرم، ۲۰۱۴). تعامل مادر-کودک به معنای سبک والدگری است که در طی تعامل متقابل بین مادر و کودک بروز می‌کند. یعنی تعامل، نوعی ارتباط متقابل است (خانجانی، پیمان‌نیا، هاشمی، ۱۳۹۵). در خصوص اهمیت این تعامل، بیشتر پژوهش‌گران به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه منفی یا ناکافی مادر-کودک در بروز مشکلات رفتاری کودک نقش مهمی دارد (والاس، کویتش، رایبنسون، مک‌کوی و مک‌نیل، ۲۰۱۸). مشکلات رفتاری کودک رفتارهایی هستند که با سن، فرهنگ، ارزش‌های اجتماعی و هنجارها مغایرت دارند. به گفته آخنباخ، مشکلات رفتاری را می‌توان به دو دسته "درونی‌سازی"^۱ و "برونی‌سازی"^۲ طبقه‌بندی کرد (گودمن، لامپینگ، پلابیدیس، ۲۰۱۰).

با توجه به فرضیه جابه‌جایی^۳، زمان صرف شده با اینترنت و فناوری ممکن است ارتباطات معنی‌دار والدین و کودک را جابه‌جا کند و کاهش دهد (کوین، پدیدا واکر، فریز، فلوس و دی، ۲۰۱۴). پژوهش‌گران از اصطلاحات "تداخل فناوری"^۴ (مک‌دانیل و کوین، ۲۰۱۶) یا "فابینگ"^۵ (رابرتز و دیوید، ۲۰۱۶) برای توصیف وقفه‌هایی که می‌تواند هنگام استفاده از اینترنت یا دستگاه‌های فناوری، تعامل روزمره یا رابطه را قطع کند، استفاده کردند. فابینگ توسط برخی به عنوان محصول جانبی استفاده‌های وسواسی یا اجباری از فناوری مفهوم‌سازی شده‌است و تأثیرات مضر آن بر روابط، یکی از موضوعات پژوهش‌های اخیر است. بخش عمده‌ای از این تحقیقات به روابط زوجین متمرکز شده است (مک‌دانیل، گالووان، کراونز و دروین، ۲۰۱۸). با این وجود، اخیراً به تأثیراتی که ممکن است استفاده از فناوری بر تعامل والد-کودک داشته باشد نیز توجه شده است (مک‌دانیل و کوین، ۲۰۱۶؛ مک‌دانیل و رادسکی، ۲۰۱۸؛ رادسکی و همکاران، ۲۰۱۶). به طور کلی، این مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از فناوری می‌تواند تأثیر تداخلی یا منفی بر

¹ internalizing behavior

⁴ technoference

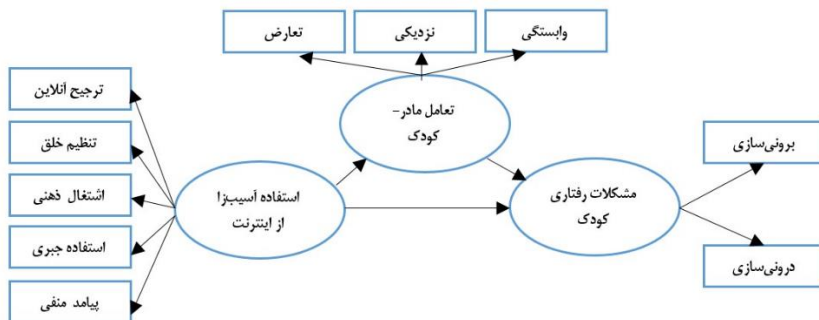
² externalizing behavior

⁵ phubbing

⁵ displacement theory

الگوهای تعامل و سلامت روابط داشته باشد. در مطالعات مقطعی نشان داده شده است که استفاده والدین از فناوری موبایل در حضور کودک با پاسخگویی، حساسیت و توجه پایین‌تر والدین (رادسکی و همکاران، ۲۰۱۵)، خصوصیت بیشتر (رادسکی و همکاران، ۲۰۱۴) و با افزایش مشکلات رفتاری در کودکان (مک‌دانیل و رادسکی، ۲۰۱۷؛ نوروزی، روشن چسلی، فراهانی؛ ۱۳۹۹) همراه است. نتایج پژوهشی که به بررسی رابطه استفاده آسیب‌زای مادران از شبکه‌های اجتماعی مجازی و مشکلات رفتاری کودکان، با میانجی‌گری رضایت زناشویی و رابطه مادر-کودک می‌پردازد، نشان داد که استفاده آسیب‌زا از شبکه‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری کودکان، از طریق تأثیر بر رضایت زناشویی و رابطه مادر-کودک، اثر غیرمستقیم دارد (عامری، فرح بیجاری، دهشیری، یاریگرو، ۱۳۹۸). شریفی و ایروانی (۱۳۹۷) در پژوهشی با هدف پیش‌بینی اختلال رفتاری کودکان بر اساس کیفیت زندگی و اعتیاد به اینترنت مادران، نشان داده‌اند که کیفیت زندگی و اعتیاد به اینترنت به‌طور معناداری می‌تواند اختلال رفتاری در کودکان را پیش‌بینی کند.

به طور کلی، پژوهش‌ها حاکی از آن است که استفاده از اینترنت و فناوری در والدگری ممکن است باعث ایجاد اختلال در تعامل مادر-کودک شود و رفتارهای منفی (مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده) در کودکان ایجاد کند. با توجه به آنچه گفته شد، تعداد کمی از پژوهش‌های اخیر، ارتباط بین استفاده آسیب‌زا از اینترنت و پیامدهای رفتاری کودک را مورد بررسی قرار داده است. در این پژوهش، ما تحقیقات قبلی را با بررسی ارتباط بین استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت با مشکلات رفتاری کودک و نقش میانجی تعامل مادر-کودک در این رابطه، گسترش می‌دهیم. با توجه به گسترش اینترنت و افزایش قابل توجه استفاده از آن در دوران اپیدمی کرونا، اهمیت چنین پژوهشی بیشتر احساس می‌شود و به نظر می‌رسد که نتایج حاصل از این پژوهش بتواند در جهت سلامت خانواده مؤثر باشد. مسئله‌ای که پژوهش حاضر با آن مواجه است، این است که آیا استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت می‌تواند بر به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، از طریق تعامل مادر-کودک، روی مشکلات رفتاری کودکان تأثیرگذار باشد؟



شکل ۱. الگوی پیشنهادی روابط بین استفاده آسیب‌زا از اینترنت و مشکلات رفتاری کودک
با نقش میانجی تعامل مادر- کودک

روش

این پژوهش از نوع همبستگی مبتنی بر روابط ساختاری با مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش تمام مادران شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که حداقل یک فرزند سه تا پنج سال داشتند و جامعه هدف مادرانی بود که در شبکه‌های اجتماعی مجازی ایتا، بله و سروش عضو گروه‌های "مادرانه" و گروه‌های مرتبط با برخی مهدکودک‌های شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش غیراحتمالی هدفمند بود. در معادلات ساختاری، طبق نظر کلاین (۲۰۱۰)، به ازای هر پارامتر برآورد شده، ۲۰ نفر لازم است. با توجه به احتمال ریزش، نمونه اولیه پژوهش شامل ۳۴۲ شرکت‌کننده بود که با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، نمونه نهایی پژوهش، ۳۲۲ نفر شد. ملاک ورود به پژوهش شامل علاقه به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن ابزارهای فناوری مثل گوشی هوشمند و زندگی کردن در کنار همسر و فرزند بود. ملاک خروج از پژوهش، عدم تکمیل کل پرسشنامه و عدم تمایل به همکاری در حین تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار پژوهش

۱. اطلاعات دموگرافیک: شامل سؤالاتی از قبیل سن مادر، سن فرزند، جنسیت فرزند، سطح تحصیلات مادر، میزان درآمد خانواده و منطقه محل سکونت بود.

۲. پرسشنامه استفاده آسیب‌زا از اینترنت^۱: این پرسشنامه برای اولین بار توسط کاپلان در سال ۲۰۰۲ طراحی شد و سپس در سال ۲۰۱۰ مورد بازنگری قرار گرفت. پرسشنامه مجموعاً دارای ۱۵ سوال و ۵ حیطه است که عبارتند از: ترجیح تعامل اجتماعی آنلاین، تنظیم خلق‌وخو، اشتغال ذهنی، استفاده جبری از اینترنت و پیامدهای منفی. سوالات به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از ۱ تا ۷ نمره گذاری می‌شوند. در ایران احمدپور، اصغری، سلطانیان، محمدی و پورالعجل (۱۳۹۷)، در نمونه ای متشکل از ۹۸۶ نفر، روایی کلی پرسشنامه را ۰,۸۵، محاسبه کردند که در مجموع پرسشنامه از روایی قابل قبول برخوردار است. پایایی پرسشنامه اصلی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰,۹۱ گزارش شده بود (کاپلان، ۲۰۱۰). پایایی ویرایش فارسی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰,۹۲ برآورد شد (احمدپور، اصغری، سلطانیان، محمدی و پورالعجل، ۱۳۹۷).

۳. پرسشنامه تعامل والد-کودک^۲: این مقیاس به منظور ارزیابی رابطه والد-کودک در سال ۱۹۹۲ توسط پیانتا ساخته شده است و ادراک والدین را در مورد تعامل خود با کودکشان، مورد سنجش قرار می‌دهد. ماده‌های این مقیاس بر اساس نظریه دل‌بستگی و مطالعات پژوهشی در مورد رابطه مادر-کودک طراحی شده‌اند. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین مناسب است (پیانتا ۱۹۹۲، به نقل از خداپناهی، قنبری، نادعلی و سید موسوی، ۱۳۹۱). این پرسشنامه، ۳۳ ماده و شامل خرده مقیاس‌های تعارض، نزدیکی و وابستگی و نمره مثبت کلی است. تعارض ابعاد منفی رابطه مانند کشمکش، خشم نسبت به یکدیگر، نافرمانی و غیرقابل پیش‌بینی بودن را دربر می‌گیرد؛ نزدیکی به روابط نزدیک و صمیمی کودک-والد تأکید دارد و وابستگی، میزان وابستگی ناهنجار مادر-کودک را می‌سنجد. این پرسشنامه از نوع خودگزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعاً صدق می‌کند و نمره ۰ برای قطعاً صدق نمی‌کند) است. عامل رابطه مثبت کلی (نمره کل) از مجموع نمره‌های حوزه نزدیکی و معکوس نمره‌های حوزه تعارض و وابستگی به دست می‌آید. در یسکول و پیانتا (۲۰۱۱) آلفای کرونباخ را در هر یک از مولفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰,۷۵، ۰,۷۴، ۰,۶۹، ۰,۸۰ گزارش کرده‌اند. طهماسیان (۱۳۸۶) این پرسشنامه را ترجمه کرده است و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان بررسی شده است.

¹ Problematic Internet use (GPIUS2)

² Child-Parent Relationship Scale (CPRS)

ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی (۱۳۸۸)، پایایی این پرسشنامه را در حوزه تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه‌ی مثبت کلی به ترتیب ۰,۸۴، ۰,۷۰، ۰,۶۱، ۰,۸۶ گزارش کرده‌اند.

۴. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات رفتاری کودک^۱: پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات رفتاری کودک (SDQ) یک پرسشنامه غربالگری رفتاری برای کودکان در سنین ۳ تا ۱۶ سال است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی ICD-10، توسط روان‌پزشک انگلستانی روبرت گودمن تهیه شده‌است (گودمن، ۱۹۹۷). در این پرسشنامه نقاط قوت و دشواری (SDQ) در چندین نسخه برای پاسخگویی به نیاز پژوهش‌گران، پزشکان و متخصصان آموزش، وجود دارد. شامل نسخه مخصوص والدین، نسخه مخصوص آموزگاران و نسخه خودگزارشی می‌باشد. در این پژوهش از نسخه مخصوص والدین استفاده می‌شود. تمام نسخه‌های SDQ حدود ۲۵ ویژگی را می‌سنجند، برخی مثبت و برخی دیگر منفی. این ۲۵ مورد بین ۵ مقیاس تقسیم می‌شوند: مشکلات هیجانی (۵ مورد) مشکلات سلوک (۵ مورد) بیش‌فعالی / نقص توجه (۵ مورد) مشکلات ارتباطی (۵ مورد) رفتارهای جامعه‌پسند (۵ مورد) (گودمن، ۱۹۹۷). در نمونه‌های کم‌خطر یا جمعیت عمومی، ممکن است بهتر باشد از تقسیم SDQ به سه خرده مقیاس "مشکلات درونی‌سازی شده" (مشکلات هیجانی + مشکلات ارتباطی، ۱۰ مورد)، "مشکلات برونی‌سازی شده" (مشکلات سلوک + بیش‌فعالی / نقص توجه، ۱۰ مورد) و رفتارهای جامعه‌پسند (۵ مورد) استفاده شود. (گودمن، لامپینگ، پلابیدیس، ۲۰۱۰). سؤالات بر اساس مقیاس سه درجه‌ای لیکرت شامل "درست نیست"، "تا حدودی درست"، و "قطعاً درست" از صفر تا دو نمره‌گذاری می‌شود. از جمع سؤالات مربوط به هر خرده مقیاس، نمره آن خرده مقیاس محاسبه می‌شود. نمرات هر یک از مقیاس‌های رفتار درونی‌سازی شده و رفتارهای برونی‌سازی شده، از صفر تا ۲۰ متغیر است (گودمن و گودمن، ۲۰۰۹). گودمن (۲۰۰۱)، در ارزیابی درونی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰,۷۳ را برای مقیاس‌های مختلف گزارش کرد که مطالعات مشابه نیز در همین محدوده مشابه گزارش شده‌اند. روایی همگرا و افتراقی این پرسشنامه با سیاهه مشکلات رفتاری (CBCL) نشان داده است که این پرسشنامه در مقایسه با CBCL، در نمونه کودک و نوجوان جمعیت عمومی، دقیق‌تر است (گودمن، ۲۰۰۱). غنی زاده، ایزدپناه و عبدالهی (۲۰۰۷)، پژوهشی با هدف تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه انجام دادند. نمونه مورد بررسی، شامل ۳۷۹ پسر و ۳۷۷ دختر در سن ۳-۱۸ سال بود. این پرسشنامه توسط والدین، آموزگاران و نوجوانان تکمیل شد. ضریب

¹ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰,۷۳ گزارش شده است. وفایی و روشن (۱۳۸۵)، آلفای کرونباخ ۰,۸۴ برای مشکلات رفتاری کودک و اعتبار درونی کل مقیاس را ۰,۴۳ گزارش کردند.

شیوه اجرا

در مرحله اول، بعد از انتخاب ابزارها، نسخه‌های فارسی موجود، بررسی شد و نسخه‌های مدنظر، برای سنجش متغیرها، آماده شدند. با توجه به محدودیت حضور در مکان‌های عمومی و تعطیلی مراکز مرتبط به علت کرونا، جمع‌آوری داده‌ها به صورت مجازی انجام شد. در این راستا، ابتدا گروه‌های "مادرانه" به تفکیک مناطق جغرافیایی تهران در شبکه‌های اجتماعی و همچنین گروه‌های والدین که مرتبط با برخی مهدکودک‌های شهر تهران بودند، شناسایی شدند. موافقت اولیه برای توزیع پرسشنامه در بین اعضای این گروه‌ها، گرفته شد. پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌ها، پرسشنامه تدوین‌شده در یکی از سایت‌های پرسشنامه‌ساز اینترنتی وارد شد. سپس لینک پاسخگویی به همراه توضیحاتی درباره پژوهش و اهداف آن، ملاک‌های ورود به پژوهش، نحوه پاسخ دادن به سؤالات و زمان تقریبی پاسخگویی، در شبکه‌های اجتماعی مانند بله، ایتا و سروش، برای مادران ارسال شد. در تمام مراحل اجرای پرسشنامه‌ها، توضیحات لازم ارائه شد و به سؤالات مادران پاسخ داده شده‌است. در این پژوهش برای بررسی معناداری ضرایب مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم و برازندگی مدل از روش آماری مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. برآورد مدل با روش برآورد بیشینه درست‌نمایی^۱ انجام شد. برای آزمون معناداری اثر واسطه‌ای متغیر تعامل مادر-کودک، از روش بوت‌استرپ^۲ استفاده گردید. تمام مراحل با کمک نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 انجام شد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۲۲ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۳۱/۹۴ (SD=۴/۰۲) است و میانگین سنی فرزندان آن‌ها، ۳/۹۱ (SD=۰/۹۴) است. ۴۷/۲٪ کودکان دختر و ۵۲/۸٪ پسر بودند. از این بین ۲۴/۸٪ ساکن شمال تهران، ۲۲/۹٪ ساکن جنوب، ۲۱/۲٪ ساکن شرق، ۱۶/۵٪ ساکن غرب و ۱۴/۶٪ ساکن مرکز تهران بودند.

^۱ maximum likelihood

^۲ boot-strapping

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانه	نما	کمینه	بیشینه	ضریب چولگی	ضریب کشدگی
استفاده آسیب‌زا از اینترنت	۴۵/۷۷	۱۷/۴۰	۴۴/۵۰	۳۰	۱۵	۸۹	۰/۲۶	-۰/۶۴
مشکلات رفتاری نمره کل	۹/۶۹	۴/۳۷	۹	۹	۱	۲۴	۰/۶۷	۰/۲۶
مشکلات برونی‌سازی	۶/۲۷	۲/۷۶	۳	۲	۰	۱۵	۰/۶۶	۰/۱۷
مشکلات درونی‌سازی	۳/۴۱	۲/۵۴	۶	۵	۰	۱۲	۰/۸۱	۰/۵۱
تعامل مادر-کودک	۱۱۹/۱۷	۱۴/۱۲	۱۲۰	۱۲۰	۸۰	۱۵۵	-۰/۲۵	-۰/۱۲

(p<0/01)

جدول ۲. شاخص‌های مربوط به هم‌بستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱ استفاده آسیب‌زا ازاینترنت	۱				
۲ مشکلات رفتاری کودک	۰/۳۳**	۱			
۳ مشکلات برونی‌سازی شده	۰/۲۹**	۰/۸۳**	۱		
۴ مشکلات درونی‌سازی‌شده	۰/۲۴**	۰/۸۰**	۰/۳۶**	۱	
۵ تعامل مادر-کودک	-۰/۳۳**	-۰/۵۸**	-۰/۴۹**	-۰/۴۸**	۱

(p<0/01)

همانطور که نتایج ضرایب هم‌بستگی پیرسون در جدول ۲ نشان می‌دهد، بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد. استفاده آسیب‌زا از اینترنت با مشکلات رفتاری کودک رابطه مثبت و معنادار و با تعامل مادر- کودک رابطه منفی و معنادار ($p<0/01$) دارد. با توجه به مفروضه‌های بنیادی مدل‌یابی معادلات ساختاری، بهنجار بودن^۱ متغیرهای پژوهشی با بررسی مقادیر پرت^۲ با استفاده از فاصله مالاوانوبیس^۳ انجام شد و نقطه‌ای دورافتاده‌ای مشاهده نشد. همچنین بررسی

^۱ normality

^۳ mahalanobis distance

^۲ outlier

بهنجاری داده‌ها، با در نظر گرفتن شاخص‌های کجی^۱ و کشیدگی^۲ هم صورت گرفت. باتوجه به دامنه‌ی قابل قبول بین ۲- تا ۲+ برای کجی و کشیدگی جهت بهنجار دانستن متغیرها، هرچند نقض فرض بهنجاری توزیع متغیرها در نمونه‌های بزرگ‌تر از ۲۰۰ نفر، بدون اثر معنادار بر نتایج پژوهش، قابل اغماض بیان شده‌است، مشاهده گردید که این شاخص‌ها برای تمامی متغیرهای پژوهش در دامنه ۲- تا ۲+ قرار دارند.

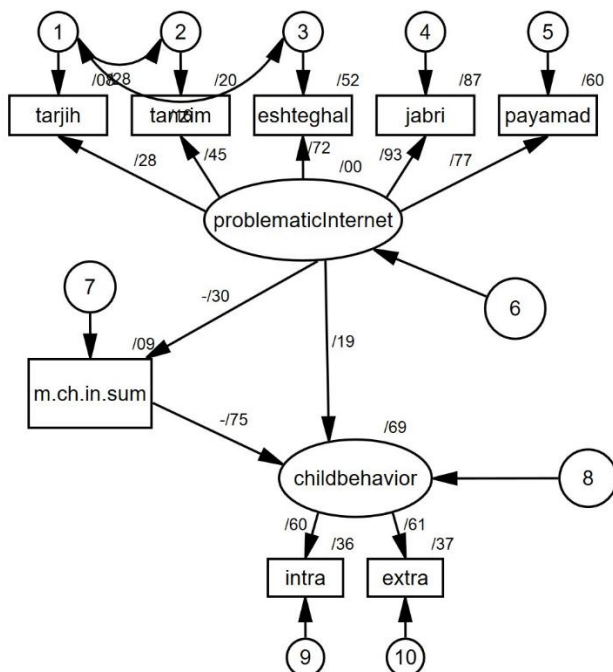
جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص	X2	df	X2/df	GFI	IFI	AGFI	CFI	RMSEA
مدل نهایی	۲۸/۹۶	۱۶	۱/۷۶	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۰۴

در مدل نهایی، مقدار خی دوی نسبی ($X^2/df=1/76$)، برای نشان دادن برازش مدل، مطابق نظر تاباکنیک و فیدل (۱۳۹۵)، کمتر از ۳ بیان شده است. مولایک و دیگر همکارانش (۱۹۸۹) بیان کردند که شاخص AGFI با مقدار بزرگ‌تر از ۰/۹ می‌تواند بیانگر نیکویی برازش و یا تناسب مدل باشند. شاخص برازندگی افزایشی CFI شاخصی است که هر چه به یک نزدیک‌تر باشد، برازش مدل بهتر است (بولن، ۱۹۹۰). بر اساس دیدگاه مک‌کالوم، براون و شوگاوارا (۱۹۹۶) اگر مقدار شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۱ باشد برازندگی مدل بسیار عالی است. مدل نهایی با توجه به شاخص‌های اصلاحی (MI) پیشنهادی، از طریق آزاد کردن کوارینانس خطا بین دو خرده مقیاس متغیر استفاده آسیب‌زا از اینترنت، اصلاح شده‌است. شاخص‌های برازندگی مدل نهایی از برازش مناسبی برخوردار است.

¹ skewness

² kurtosis



شکل ۲. مدل نهایی الگوی ساختاری استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت و مشکلات رفتاری کودکان با میانجی‌گری تعامل مادر-کودک

جدول ۴. اثر استاندارد مستقیم، غیر مستقیم و کلی متغیر پیش‌بین و متغیر واسطه‌ای بر متغیرهای ملاک

مسیرها	مستقیم	مستقیم	غیر مستقیم	مستقیم	کل	معناداری
از روی	بر روی	مستقیم	غیر مستقیم	مستقیم	کل	معناداری
استفاده آسیب‌زا	مشکلات رفتاری کودک	۰/۱۹	۰/۰۰۶	۰/۲۳	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱
استفاده آسیب‌زا	تعامل مادر-کودک	-۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	-	-۰/۳۰	۰/۰۰۰۱
تعامل مادر-کودک	مشکلات رفتاری کودک	-۰/۷۵	۰/۰۰۱	-	-۰/۷۵	۰/۰۰۱

شکل ۲، مدل نهایی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. جهت بررسی نقش میانجی متغیر تعامل مادر-کودک، از روش بوت‌استرپ استفاده شد. حد پایین فاصله اطمینان برای تعامل مادر-کودک به عنوان میانجی بین استفاده آسیب‌زا از اینترنت و مشکلات رفتاری کودک (۰/۱۵) و حد بالای آن (۰/۳۰) است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد، بنابراین تعامل مادر-کودک در رابطه بین استفاده آسیب‌زا از اینترنت و مشکلات رفتاری کودک نقش میانجی دارد ($p < 0/0001$). طبق نتایج مندرج در جدول ۳، تمامی مسیرهای نشان داده شده (مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم) در شکل ۲ در سطح ۰,۰۱ معنادار هستند. بر اساس نتایج جداول، مدل ساختاری استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت و مشکلات رفتاری کودکان با میانجی‌گری تعامل مادر-کودک تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد، مدل ساختاری رابطه بین استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت و مشکلات رفتاری کودکان با در نظر گرفتن نقش میانجی تعامل مادر-کودک از برازش مناسبی برخوردار است. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که استفاده آسیب‌زا از اینترنت بر مشکلات رفتاری کودک اثر مستقیم و معناداری می‌گذارد و با نتایج پژوهش‌های دیگر (مک‌دانیل و رادسکی، ۲۰۱۷؛ رادسکی و همکاران، ۲۰۱۶؛ شریفی و ایروانی، ۱۳۹۷؛ عامری، فرح بیجاری، دهشیری، یارگرو، ۱۳۹۸؛ نوروزی، روشن چسلی، فراهانی ۱۳۹۹) همسو است. همچنین نتایج حاکی از آن بود که استفاده آسیب‌زا از اینترنت بر تعامل مادر-کودک اثر مستقیم و معنادار دارد. این یافته با نتایج برخی از مطالعات هم‌خوانی دارد (مک‌دانیل و کوین، ۲۰۱۶؛ مک‌دانیل و رادسکی، ۲۰۱۸؛ رادسکی و همکاران، ۲۰۱۵؛ رابرتز و دیوید، ۲۰۱۷؛ کیلدره و میدلیمس، ۲۰۱۷).

استفاده آسیب‌زا از اینترنت به عنوان استفاده نامناسب و بیش از حد از اینترنت، می‌تواند به تعاملات بین فردی آسیب‌زننده (مک‌دانیل و کوین، ۲۰۱۶) و در تعامل والد-کودک اختلال ایجاد کند. یکی از مهم‌ترین سرمایه‌هایی که کودک می‌تواند در طول زندگی خود تشکیل دهد، ارتباط با والدین است. کودکان از طریق این فعل و انفعالات اولیه، یک الگو از روابط را تشکیل می‌دهند و این الگو بر روابط آن‌ها در طول زندگی تأثیر می‌گذارد. ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که تعامل مثبت والدین و کودک، چه کلامی و چه غیرکلامی، برای رشد مناسب کودک، ضروری است

(گینزبرگ، ۲۰۰۷). یافته‌ها حاکی از آن است که والدینی که از اینترنت و دستگاه‌های تلفن همراه در طول فعالیت والد-کودک استفاده می‌کنند، درک کمتری از وضعیت روحی و روانی کودک را نشان می‌دهند. (رادسکی و همکاران، ۲۰۱۵). احتمالاً زمانی که والدین درگیر استفاده از اینترنت می‌شوند، توجه کمتری به علائم کودکان، تفسیر و پاسخ مناسب به آن‌ها دارند. والدین به دلیل عدم توجه متمرکز در اثر استفاده از اینترنت، احتمالاً نیازهای کودک را از دست داده یا سوء تفسیر می‌کنند. علاوه بر این، ممکن است پاسخ به آن‌ها را به تأخیر بیندازند و یا ممکن است با عصبانیت به کودک واکنش نشان دهند. هنگامی که مادران سرگرم استفاده از اینترنت می‌شوند، زمان و منابع کمتری را برای روابط با کیفیت مادر-کودک اختصاص می‌دهند. بر این اساس، کودکان ممکن است فاصله روانشناختی از والدین ادراک کنند و این به نوبه خود حس طرد شدن و آسیب به تعامل مادر-کودک را افزایش می‌دهد. این یافته با نظریه جابه‌جایی مطابقت داشت و همسو با نتایج برخی مطالعات است (رابرتز و دیوید، ۲۰۱۷؛ کیلدره و میدلیمس، ۲۰۱۷). بنابراین می‌توان استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت را یک پتانسیل قوی برای اختلال در تعامل مادر-کودک در نظر گرفت.

استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت و تعامل منفی مادر-کودک به دنبال آن، منجر به ایجاد الگوی رفتاری مشکل‌ساز در کودک می‌شود. این یافته با مشاهدات طبیعت‌گرایانه^۱ که افزایش رفتارهای منفی کودکان به منظور جلب توجه والدین هنگام استفاده از تلفن همراه را نشان داد، پشتیبانی می‌شود (رادسکی و دیگران، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد، مادرانی که مشکلات رفتاری کودکشان را بیشتر گزارش می‌کنند، احتمالاً از اینترنت و فناوری‌های دیجیتال به عنوان ابزاری برای کناره‌گیری در هنگام فعالیت والد-کودک استفاده می‌کنند (مک‌دانیل و رادسکی، ۲۰۱۸). این الگو، پتانسیل ایجاد اختلال بیشتر در تعامل والد-کودک و افزایش مشکلات رفتاری کودک را دارد. در همین راستا، در این پژوهش نقش میانجی تعامل مادر-کودک در رابطه بین استفاده آسیب‌زا از اینترنت و مشکلات رفتاری کودک بررسی شد. هم‌جهت با پیش‌بینی پژوهش‌گران (مک‌دانیل و کوین، ۲۰۱۶؛ مک‌دانیل و رادسکی، ۲۰۱۸؛ رادسکی و همکاران، ۲۰۱۶؛ رابرتز و دیوید، ۲۰۱۷؛ کیلدره و میدلیمس، ۲۰۱۷)، یافته‌های تحقیق حاضر، از نقش میانجی تعامل مادر-کودک حمایت نمود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر و ادبیات پژوهشی، می‌توان گفت

¹ naturalistic observations

استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت، میزان آسیب‌پذیری کودک به مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد؛ با این حال، تعاملات کافی و مثبت مادر-کودک از مقدار این اثر، می‌کاهد. به نظر می‌رسد مدیریت استفاده والدین از اینترنت در هنگام تعاملات والد-کودک و تقویت این تعامل، منجر به بهبود رفتار کودک شود. هرچند، دستیابی به نتایج دقیق‌تر، نیاز به پژوهش‌های گسترده‌تری دارد. از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از گزارش‌های خود مادران در مورد استفاده از اینترنت و رفتار کودکان بود. در مطالعات آینده، استفاده از روش‌هایی مانند کدگذاری ویدئویی رفتار کودک در طول فعالیت‌های مادر-کودک، پیشنهاد می‌شود. مطالعات آینده، در مقیاس بزرگ‌تر و متنوع‌تر، می‌تواند بررسی کند که آیا ارتباط بین استفاده آسیب‌زا از اینترنت و مشکلات رفتاری کودک به سایر تاثیرات زمینه‌ای مانند سبک فرزندپروری، سبک دلبستگی، عوامل استرس‌زای خانواده و ... بستگی دارد یا خیر. اگرچه این مطالعه به دلیل مقطعی بودن، ویژگی‌های خاص نمونه و روش نمونه‌گیری غیراحتمالی، محدود شده بود، اما به نظر می‌رسد، نتایج آن، با توجه به افزایش استفاده آسیب‌زا از اینترنت در دوران همه‌گیری کرونا، از اهمیت برخوردار باشد. به این منظور تهیه دستورالعمل‌هایی مبتنی بر تحقیقات، برای خانواده‌ها، که حاوی پیشنهادهایی برای کاهش استفاده آسیب‌زا از اینترنت باشند (مثلاً محدود کردن زمان استفاده از دستگاه‌ها در زمان غذا خوردن)، می‌تواند کمک‌کننده باشد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سوال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند و به آن‌ها اطمینان داده شد، که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که با همکاری صمیمانه خود، انجام چنین پژوهشی را میسر ساختند، تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، با کد اخلاق IR.SHAHED.REC.1399.090 بود.

تعارض منافع

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

منابع

ابارشی، زهره، طهماسیان، کارینه، مظاهری، محمدعلی و پناغی، لیلی. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش برنامه ارتقای روانی اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر کودک بر خود اثرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. *فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۳ (۳)، ۵۲-۵۰. [پیوند]

احمدپور، جمال، اصغری، زهرا، سلطانیان، علیرضا، محمدی، یونس، و پورالعجل، جلال. (۱۳۹۷). بررسی روایی و پایایی ویرایش فارسی پرسشنامه استفاده آسیب‌زا از اینترنت. *مجله اپیدمیولوژی/ایران*، ۱۴، ۱، ۵۳-۶۲. [پیوند]

تاباکینیک، باربارا جی و فیدل، لیندا اس. (۱۳۹۵). *کاربرد آمار چند متغیری*. ترجمه بلال ایزانلو؛ ولی الله فرزاد؛ حمیدرضا حسن‌آبادی، خدیجه ابوالمعالی و مجتبی حبیبی. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۳)

خانجانی، زینب، بهرام پیمان نیا و تورج هاشمی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی کیفیت تعامل مادر-کودک با انواع اختلالات اضطرابی در کودکان دبستانی با توجه به ویژگی‌های فرهنگی مادران ایرانی، *فصلنامه اندیشه های نوین تربیتی* ۱۲ (۲)، ۲۳۹-۲۶۰. [پیوند]

خداپناهی، محمد کریم، قنبری، سعید، نادعلی، حسین و سید موسوی، پریسا سادات. (۱۳۹۱). کیفیت روابط مادر کودک و نشانگان اضطرابی در کودکان پیش دبستان. *روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)*. شماره ۹: ۱۳ - ۵. [پیوند]

شریفی، شهر، و ایروانی، محمدرضا. (۱۳۹۷). پیش بینی اختلال رفتاری کودکان بر اساس کیفیت زندگی و اعتیاد به اینترنت مادران در دانش آموزان دختر دوره ابتدایی. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۴، ۱/۱، ۲۰۲-۱۹۴. [پیوند]

عامری، فریده، فرح بیجاری، اعظم، دهشیری، غلامرضا، و یاریگرو، محیا. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای رضایت زناشویی و رابطه مادر- کودک در استفاده‌ی آسیب‌زای مادران از شبکه‌های اجتماعی مجازی و مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*. مقاله ۹، دوره ۱۰، شماره ۲، ۱۶۰-۱۳۹. [پیوند]

نوروزی، زهرا، روشن چسلی، رسول، و فراهانی، حجت اله. (۱۳۹۹). پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان ۳-۵ ساله براساس تداخل فناوری و استفاده آسیب‌زای مادران از اینترنت. *رویش روان‌شناسی*. ۱۳۹۹ شماره ۹ (۱۱): ۸۷-۹۶ [پیوند]

وفایی، مریم، و روشن، مریم. (۱۳۸۵). بررسی رابطه عوامل پیش‌بینی کننده خطر و محافظ خانواده با توانمندی‌ها و اختلال‌های عاطفی- رفتاری نوجوانان، *روانشناسی معاصر*، ۲، ۱۷-۴. [پیوند]

Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1979). The child behavior Profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 47(2), 223-233. [Link]

Akaihara, A., Haga, C., Kinjo, A., & Osaki, Y. (2019). Association between mothers' problematic Internet use and maternal recognition of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104086. [Link]

Bollen, K. A. (1990). "Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects". *Psychological Bulletin*. 107(2), 256-259. [Link]

Caplan, S. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers In Human Behavior*, 18(5), 553-575. [Link]

Caplan, S. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers In Human Behavior*, 26(5), 1089-1097. [Link]

Coyne, S. M., Padilla-Walker, L. M., Fraser, A. M., Fellows, K., & Day, R. D. (2014). "Media time= family time" positive media use in families with adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 29(5), 663-688. [Link]

D'Angelo, J., & Moreno, M. (2020). Screening for problematic internet use. *Pediatrics*, 145(Supplement 2), S181-S185. [Link]

Dong, H., Yang, F., Lu, X., & Hao, W. (2020). Internet addiction and related psychological factors among children and adolescents in china during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic. *Frontiers In Psychiatry*, 11. [Link]

Driscoll, K., Pianta, R.C. (2011). Mother's and father's perceptions of conflict and closeness in parent- child relationships during early childhood. *Journal of early childhood and infant psychology*, 7, 1-18. [Link]

Drouin, M., & McDaniel, B. (2018). Technology interference in couple and family relationships. *The Oxford Handbook Of Cyberpsychology*, 114-132. [link]

Floyd, K., & Morman, M. (2014). *Widening the family circle: New Research on Family Communication*, second edition. SAGE Publications Inc. [Link]

- Ghanizadeh, A., Izadpanah, A., Abdollahi G. (2007). Scale validation of the strengths and difficulties questionnaire in Iranian children. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2(2), 65-71. [Link]
- Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191. [Link]
- Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB .(2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191. [Link]
- Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 400-403. [Link]
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A Research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. [Link]
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. [Link]
- Hertlein, K. (2012). Digital dwelling: Technology in couple and family relationships. *Family Relations*, 61(3), 374-387. [Link]
- Iran Internet Stats and Telecommunications Reports. (2020). Retrieved 30 October 2020, from <https://www.internetworldstats.com/me/ir.htm> [Link]
- Kildare, C., & Middlemiss, W. (2017). Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review. *Computers In Human Behavior*, 75, 579-593. [Link]
- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Third Edition*. New York: Guilford Publications.
- MacCallum, R. C., Brown, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149. [Link]
- McDaniel, B. T., & Coyne, S. M. (2016). “Technoference”: The interference of technology in couple relationships and implications for women’s personal and relational well-being. *Psychology of Popular Media Culture* 5, 85-98. [Link]
- McDaniel, B. T., & Radesky, J. (2018). Technoference: Parent distraction by technology and associations with child behavior problems. *Child Development* 89(1), 100-109. [link]

- McDaniel, B. T., Galovan, A. M., Cravens, J. D. & Drouin, M. (2018). "Technoference" and implications for mothers' and fathers' couple and coparenting relationship quality. *Computer in Human Behavior*, 80, 303-313. [Link]
- McDaniel, B., & Radesky, J. (2017). Technoference: parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child development*, 89(1), 100-109. [Link]
- Middle East Internet Statistics, Population, Facebook and Telecommunications Reports. (2020). Retrieved 30 October 2020, from <https://www.internetworldstats.com/stats5.htm> [Link]
- Mulaik, S.A., James, L.R., Van Alstine, J., Bennet, N., Lind, S., and Stilwell, C.D (1989), Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105 (3), 430-45. [Link]
- Pianta, R. (1992). Editor's note. *New Directions For Child And Adolescent Development*, 1992(57), 1-3. [Link]
- Radesky, J. S., Kistin, C., Eisenberg, S., Gross, J., Block, G., Zuckerman, B., & Silverstein, M. (2016). Parent perspectives on their mobile technology use: The excitement and exhaustion of parenting while connected. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 37(9), 694-701. [Link]
- Radesky, J., Kistin, C., Zuckerman, B., Nitzberg, K., Gross, J., & Kaplan-Sanoff, M. et al. (2014). Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics*, 133(4), 843-849. [Link]
- Radesky, J., Miller, A., Rosenblum, K., Appugliese, D., Kaciroti, N., & Lumeng, J. (2015). Maternal mobile device use during a structured parent-child interaction task. *Academic Pediatrics*, 15(2), 238-244. [Link]
- Roberts, J. A. & David, M. E. (2016). My life has become a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners. *Computers in Human Behavior*, 54, 134 - 141. [Link]
- Roberts, J., & David, M. (2017). Put down your phone and listen to me: How boss phubbing undermines the psychological conditions necessary for employee engagement. *Computers In Human Behavior*, 75, 206-217. [Link]
- Wallace, N., Quetsch, L., Robinson, C., McCoy, K., & McNeil, C. (2018). Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior problems, and staff sense of competence. *Children And Youth Services Review*, 88, 567-581. [Link]

Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899–902. [\[Link\]](#)

پرسشنامه استفاده آسیب‌زا از اینترنت

ردیف	عبارت	کاملاً مخالفم	بی‌کمی موافقم	کاملاً موافقم
۱	من تعامل اجتماعی آنلاین را بر ارتباط چهره به چهره ترجیح می‌دهم.			
۲	تعامل اجتماعی آنلاین برای من راحت‌تر از تعامل چهره به چهره است.			
۳	من ارتباط آنلاین با مردم را به ارتباط چهره به چهره ترجیح می‌دهم.			
۴	هنگامی که احساس انزوا می‌کنم از اینترنت استفاده می‌کنم تا با دیگران صحبت کنم.			
۵	هنگامی که دلتنگم از اینترنت استفاده می‌کنم تا احساس بهتری در خودم ایجاد کنم.			
۶	هنگامی که ناراحتم از اینترنت استفاده می‌کنم تا احساس بهتری در خودم ایجاد کنم.			
۷	هنگامی که برای مدتی آنلاین نیستم فکرم درگیر آنلاین شدن می‌شود.			
۸	اگر قادر نباشم که آنلاین شوم احساس سردرگمی می‌کنم.			
۹	هنگامی که آفلاین هستم به صورت وسواس‌گونه‌ای به آنلاین شدن فکر می‌کنم.			
۱۰	من برای کنترل مدت زمانی که آنلاین سپری می‌کنم مشکل دارم.			
۱۱	کنترل استفاده از اینترنت برایم دشوار است.			
۱۲	در زمان آفلاین، به سختی می‌توانم در برابر فشار روانی برای آنلاین شدن مقاومت کنم.			
۱۳	استفاده من از اینترنت مدیریت زندگی را برایم دشوار نموده‌است.			
۱۴	به دلیل استفاده از اینترنت فعالیت‌های اجتماعی‌ام را از دست داده‌ام.			

۱۵ استفاده از اینترنت مشکلاتی را برای من در زندگی ام ایجاد کرده‌است.

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک

ردیف	عبارات	درست	تأخیدی	کاملاً
		نیست	درست	درست است
۱	احساسات دیگران را رعایت می‌کند.			
۲	بی‌قرار است، نمی‌تواند مدت زیادی یک جا آرام بگیرد.			
۳	اغلب از سردرد و دل درد یا حالت تهوع شکایت دارد.			
۴	چیزهایش را با دیگران قسمت می‌کند (مانند خوراکی، اسباب‌بازی، مداد و ...)			
۵	اغلب زود از کوره در می‌رود و سر و صدا و دعوا راه می‌اندازد.			
۶	تقریباً گوشه گیر است، بیشتر تنهایی بازی می‌کند.			
۷	عموماً حرف شنو است و معمولاً هر چه بزرگترها بگویند، انجام می‌دهد.			
۸	نگرانی‌های زیادی دارد، اغلب نگران به نظر می‌آید.			
۹	اگر کسی صدمه دیده و یا ناراحت یا مریض باشد، به او کمک می‌کند.			
۱۰	دائماً حرکت می‌کند و می‌جنبد.			
۱۱	حداقل یک دوست خوب دارد.			
۱۲	اغلب با بچه‌های دیگر می‌جنگد و به آن‌ها زور می‌گوید.			
۱۳	اغلب غمگین، دل‌گرفته و یا گریان است.			
۱۴	معمولاً بچه‌های دیگر او را دوست دارند.			
۱۵	زود حواسش پرت می‌شود و تمرکز فکر خود را از دست می‌دهد.			
۱۶	در موقعیت‌های جدید مضطرب می‌شود و یا به دیگران می‌چسبد، اعتماد به نفسش را زود از دست می‌دهد.			
۱۷	با بچه‌های کوچکتر مهربان است.			
۱۸	اغلب دروغ می‌گوید و یا حقه‌بازی می‌کند.			
۱۹	بچه‌های دیگر سر به سر او می‌گذارند و یا به او زور می‌گویند.			
۲۰	اغلب داوطلب می‌شود به دیگران کمک کند (مانند کمک به پدر و مادر، معلمان یا بچه‌های دیگر).			
۲۱	قبل از این که دست به کاری بزند، به آن فکر می‌کند.			
۲۲	از خانه، مدرسه و جاهای دیگر دزدی می‌کند.			
۲۳	با بزرگترها بهتر کنار می‌آید تا با افراد هم سن و سال خودش.			
۲۴	ترس‌های فراوانی دارد، خیلی زود وحشت می‌کند.			
۲۵	کارهایش را تا آخر انجام می‌دهد، دقت و توجه او خوب است.			

پرسشنامه تعامل مادر-کودک

ردیف	عبارات	قطعاً نا حدی صدق	مطمئن نیستم واقعاً نه صدق
۱	من رابطه ای گرم و صمیمی با فرزندم دارم.		
۲	به نظر می رسد من و فرزندم همیشه درحال درگیری هستیم.		
۳	اگر فرزندم آشفته و نگران باشد با وجود من آرامش پیدا می کند.		
۴	فرزندم از نوازش یا لمس کردن خوشش نمی آید.		
۵	فرزندم برای ارتباط من و خودش ارزش قائل است (اهمیت می دهد).		
۶	من از تماس جسمی (نوازش و لمس کردن) با فرزندم لذت می برم.		
۷	وقتی فرزندم به کمک احتیاج دارد، کمک من را نمی پذیرد.		
۸	وقتی فرزندم را تشویق و تحسین می کنم، خوشحال می شود.		
۹	فرزندم به شدت نسبت به جدا شدن از من واکنش نشان می دهد.		
۱۰	فرزندم به راحتی مسائل مربوط به خودش را با من در میان می گذارد.		
۱۱	فرزندم شدیداً به من وابسته است.		
۱۲	فرزندم خیلی زود از دست من عصبانی می شود.		
۱۳	فرزندم سعی می کند مرا راضی نگه دارد.		
۱۴	فرزندم احساس می کند که من با او ناعادلانه رفتار می کنم.		
۱۵	فرزندم زمانی که واقعاً نیاز به کمک ندارد از من می خواهد تا به او کمک کنم.		
۱۶	می توانم احساسات فرزندم را به راحتی درک کنم.		
۱۷	فرزندم مرا تنبیه کننده و انتقادگر می داند.		
۱۸	وقتی که با بچه های دیگر صحبت می کنم یا وقتی با آنها می گذرانم فرزندم احساس آزدگی می کند.		
۱۹	وقتی سعی می کنم به فرزندم اصول تربیتی را آموزش دهم مقاومت می کند یا عصبانی می شود.		
۲۰	وقتی فرزندم رفتار بدی انجام می دهد نسبت به نگاه یا تن صدای من واکنش نشان می دهد.		
۲۱	رسیدگی به فرزندم تمام انرژی مرا می گیرد.		
۲۲	من متوجه شده ام فرزندم رفتارهای من یا شیوه انجام کار را از من تقلید می کند.		
۲۳	وقتی فرزندم با بدخلقی از خواب برمی خیزد می دانم که یک روز طولانی و سخت را در پیش رو دارم.		
۲۴	احساسات فرزندم نسبت به من می تواند غیرقابل پیش بینی باشد یا ناگهان تغییر کند.		

- ۲۵ با اینکه تمام تلاشم را می‌کنم باز هم از اینکه چطور با هم کنار می‌آییم راضی نیستم.
- ۲۶ من در فهمیدن احساسات فرزندم مشکل دارم.
- ۲۷ فرزندم وقتی چیزی از من می‌خواهد یا نق می‌زند یا گریه می‌کند.
- ۲۸ فرزندم مرا فریب می‌دهد یا زیرکانه با من رفتار می‌کند.
- ۲۹ فرزندم به راحتی احساسات یا تجربیاتش را با من در میان می‌گذارد.
- ۳۰ تعاملات من با این فرزندم به عنوان یک والد به من احساس مؤثر بودن و اعتماد به نفس می‌دهد.
- ۳۱ من مطمئن نیستم که بهترین شیوه برای تربیت این فرزندم چیست.
- ۳۲ فرزندم مرا عصبانی می‌کند.
- ۳۳ فرزندم به راحتی می‌تواند با انتقاد و خرده‌گیری از من باعث آزارم شود.

Research Article

The Role Communication Patterns and Identity Styles on Prediction Marital Satisfaction: A Discriminational Study

Sh. Moghadasali¹, M. Mirhashemi^{2*} & N. Bagheri³

1. PhD student of General Psychology, Departement of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

2. Associate Professor, Departement of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. Email: mirhashemi@riau.ac.ir

3. Assistant Professor, Departement of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Abstract

Aim: Family is a natural social system that men and woman are its major subsystems in all of stages of its development and many factors such as communication patterns and identity styles play a role in their marital satisfaction. The purpose of this study was the prediction marital satisfaction based on communication patterns and identity styles. **Method:** The research design was a two-group diagnostic function. The statistical population consisted of all Married men and women are referred to counseling and psychological services related to counseling system Tehran city in year 2019. In this study, according to convenience sampling method, 480 people by formula Keramer were selected as samples. Sample research into scales were asked to Enrich marital satisfaction questionnaire (EMSQ) of Olson and et al (1987), communication patterns questionnaire (CPQ) of Christensen & Sullaway (1984) and revised identity style inventory (RISI) of Berzonsky and et al (2013). For this purpose, 100 people with high marital satisfaction and 100 people with low marital satisfaction were selected and data were analyzed by SPSS-24 software, using discriminant analysis method. **Results:** The obtained data were analyzed by the discriminant analysis method. The results of analysis showed that communication patterns and identity styles can help to prediction marital satisfaction and function discriminant analysis assigned 74 percent of the people with and without of marital satisfaction. Some factors, including communication patterns and identity styles were found to affect couples' marital satisfaction. **Conclusion:** It is recommended that therapists pay more attention to these factors in providing solutions to promote marital satisfaction.

Key words: marital satisfaction, communication patterns, identity styles

Citation: Moghadasali, Sh., Mirhashemi, M., & Bagheri, N. (2021). The Role Communication Patterns and Identity Styles on Prediction Marital Satisfaction: A Discriminational Study. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(1):141-168.

نقش الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت در پیش‌بینی رضایت زناشویی: یک مطالعه تشخیصی

شیمای مقدس علی^۱، مالک میرهاشمی^۲ و نسربین باقری^۳

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

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: mirhashemi@riau.ac.ir

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

چکیده

هدف: خانواده، یک نظام اجتماعی طبیعی است که در همه مراحل تکوین آن زن و مرد، خرده نظام اصلی بوده و عوامل متعددی چون الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت در رضایت زناشویی آنان نقش دارند. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تشخیصی الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت در پیش‌بینی رضایت زناشویی بود. **روش:** طرح پژوهش، تابع تشخیص دو گروهی بود. جامعه آماری این پژوهش مردان و زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی وابسته به نظام مشاوره و روانشناسی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. ۴۸۰ نفر از این افراد بر اساس فرمول کرامر و به شیوه نمونه‌گیری دسترس انتخاب شدند به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (EMSQ) السون و همکاران (۱۹۸۷)، الگوهای ارتباطی (CPQ) کریستنسن و سالوای (۱۹۸۴) و سبک‌های هویت (RISI) برزونسکی و همکاران (۲۰۱۳) پاسخ دادند. از بین آن‌ها به این منظور تعداد ۱۰۰ نفر دارای رضایت زناشویی بالا و ۱۰۰ نفر دارای رضایت زناشویی پایین انتخاب شدند و داده‌های پژوهش به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از روش تابع تشخیص (ممیزی) تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که با کمک الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویتی می‌توان رضایت زناشویی را پیش‌بینی کرد و تحلیل ممیزی توانست با ۷۴ درصد پیش‌بینی صحیح افراد را به دو گروه دارای رضایت زناشویی پایین و بالا طبقه‌بندی نماید. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه‌گیری کرد عواملی همچون الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت بر رضایت زناشویی تأثیرگذار است. پیشنهاد می‌شود درمانگران در ارائه راهکارهای ارتقا دهنده رضایت زناشویی به این عوامل توجه بیشتری مبذول نمایند.

کلید واژه‌ها: رضایت زناشویی، الگوهای ارتباطی، سبک‌های هویت

استناد به این مقاله: مقدس علی، شیمای، میرهاشمی، مالک، و باقری، نسربین. (۱۴۰۰). نقش الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت در پیش‌بینی رضایت زناشویی: یک مطالعه تشخیصی. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۱ پیاپی ۵۷): ۱۶۸-۱۴۱.

مقدمه

پیوند زناشویی از کهن‌ترین پیوندهای انسانی است (بنانو همکاران، ۲۰۲۰) که رشد دهنده شخصیت آدمی بوده و در جهت‌گیری زندگی انسان نقش برجسته‌ای دارد، تا جایی که به خاطر اهمیت این موضوع، این پدیده در کنار زایش، مرگ و شغل، جزء یکی از چهار پدیده برجسته زندگی انسان قرار گرفته است (زالی و همکاران، ۱۳۹۸). خانواده که با پیوند زناشویی تشکیل می‌شود به عنوان یک واحد اجتماعی (استراتون و لاو، ۲۰۲۰)، عاطفی (سیدیس و همکاران، ۲۰۲۰)، یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه و شکل‌دهنده شخصیت آدمی است که موجب رشد احساسات و ارزش‌ها، تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن، قدرت انتخاب و در نهایت تصمیم‌گیری منطقی افراد می‌شود (فلاحیان و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از متغیرهایی که تداوم زندگی زناشویی را تضمین و سلامت زندگی زناشویی و خانواده در گروه آن است رضایت زناشویی^۱ است (کارنی و برادبوری، ۲۰۲۰). رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خرسندی و رضایت از ازدواج خویش می‌کنند. به عبارتی دیگر رضایت زناشویی به عنوان احساس شخصی از شادکامی و یا لذت از زندگی زناشویی در همه جنبه‌های فعلی ازدواج تعریف شده است (آمان و همکاران، ۲۰۱۹).

همچنین رضایت زناشویی یکی از عوامل مؤثر در تحکیم بنیان خانواده (لیم و لی، ۲۰۲۰) و سلامت روان اعضای خانواده (اوسترهوس و همکاران، ۲۰۲۰)؛ در کارایی فردی و اجتماعی افراد نیز نقش بسیار مهمی دارد (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۲). رضایت زناشویی به عنوان یکی از عوامل مهم در پایداری و ثبات زناشویی (براون و همکاران، ۲۰۲۰)، می‌تواند بر اساس متغیرهای متعددی پیش‌بینی شود که یکی از مهمترین آن‌ها الگوهای ارتباطی^۲ است (جبین، ۲۰۱۹). به آن دسته از راه‌های ارتباطی که به وفور در یک خانواده اتفاق می‌افتد، الگوهای ارتباطی گفته می‌شود. به عبارت دیگر الگوهای ارتباطی که شامل ارتباط سازنده متقابل^۳، اجتنابی متقابل^۴ و ارتباط توقع/کناره‌گیری^۵ هستند که در آن ارتباط سازنده متقابل به رابطه اثربخش و کارآمد و اجتناب متقابل به دوری زوجین از ارتباط اشاره دارد و ارتباط توقع/کناره‌گیری به عنوان الگوی تعارض مطرح است که یکی زوجین خواهان تغییر در همسر خود است که با کناره‌گیری دیگری یا دوری از بحث در مورد یک موضوع است (لی و جوهانسون، ۲۰۱۸).

^۱. marital satisfaction

^۲. communication patterns

^۳. mutual constructive

^۴. mutual avoidance

^۵. demand-withdraw

بر اساس نتایج پژوهش‌ها الگوی ارتباطی سازنده متقابل^۱ در جهت مثبت و الگوی ارتباطی اجتناب متقابل^۲ در جهت منفی میزان رضایت جنسی و زناشویی زوجین دارد (معصومی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین در سایر پژوهش‌ها نیز الگوهای ارتباطی زوجین و رضایت زناشویی رابطه معناداری گزارش شده است؛ به طوری که الگو سازنده متقابل تأثیر مثبت بر افزایش رضایت زناشویی و الگوهای اجتنابی و توقع/کناره‌گیری تأثیرات منفی بر رضایت زناشویی دارند (لیتزی‌نگر و گوردن، ۲۰۰۵؛ هوگس و دیکسون، ۲۰۰۵؛ چی و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین بر اساس نتایج تحقیقات، یکی از متغیرهایی که می‌تواند بر رضایت زناشویی تأثیرگذار باشد، سبک‌های هویت افراد است (کوک و جونز، ۲۰۰۲؛ بوزیزگانه و فیلیپ، ۲۰۱۸). بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی برزونسکی، سبک‌های هویت شامل هویت اطلاعاتی^۳، هنجاری^۴، سردرگم یا اجتنابی^۵ و تعهد هویت^۶، ترجیح نسبی افراد برای به کارگیری شیوه‌های خاص حل مسائل هویتی و پردازش اطلاعات مربوط به خود است. بر اساس این نظریه پردازش اطلاعات هویتی بر اساس چهارچوب خود-ارجاعی^۷ بوده و افراد تعارضات^۸ و بحران‌های^۹ هویتی را از طریق تعویق^{۱۰} (تمایل به تعویق انداختن در مورد رویدادهای اطراف تا زمانی که بتواند آن‌ها را ارزیابی کند)، تحلیل هنجاری (همنوايي با انتظارات و دستورهای افراد مهم) و اجتناب (تاخیر انداختن در موقعیت‌های تعارض انگیز) طی می‌کنند (برزونسکی، ۲۰۱۱؛ به نقل از یانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

بر اساس پیشینه پژوهش، نشان داده شده است که رابطه هویت اطلاعاتی با رضایت زناشویی مستقیم و معنی دار است (امینی نژاد و شاه‌نظری، ۱۳۹۵) و می‌تواند رضایت زناشویی را پیش‌بینی کنند (باباخانی و همکاران، ۱۳۹۵). هویت سردرگم/اجتنابی می‌تواند به شکل منفی و معنی‌دار رضایت زناشویی را پیش‌بینی کنند (شکرالله‌زاده و مدنی، ۱۳۹۵). بین سبک هویت اطلاعاتی و اجتنابی با رضایت زناشویی رابطه معنی‌داری وجود دارد (زارعی و همکاران، ۱۳۹۴). در مجموع بر اساس آنچه گفته شد، رضایت زناشویی یکی از اصلی‌ترین عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی هر زن و شوهری به شمار می‌رود و نقش مهمی در تاب‌آوری و ایجاد رضایت از زندگی افراد متأهل دارد (لی و همکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس شناخت عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی می‌تواند به بهبود سلامت، کیفیت زندگی و بهزیستی زناشویی زوجین

1. mutual constructive communication pattern

2. mutual avoidance communication pattern

3. information-oriented

4. normative

5. diffuse-avoidant identity styles

6. commitment

7. self-referent

8. conflicts

9. crises

10. procrastination

کمک کند. از جمله پیش‌بینی‌کننده‌های مهم در این پژوهش که بر آن تأکید شده است، الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت است. از آنجایی که رضایت زناشویی دارای پیامدهای مثبتی برای زندگی زناشویی و تحکیم بنیان خانواده است، انجام این پژوهش نتایج کاربردی دارد و روان‌شناسان خانواده در برنامه‌ریزی‌های خود در جهت بهبود رضایت زناشویی زوجین می‌توانند از نتایج این پژوهش استفاده کنند. لذا این پژوهش دارای اهمیت و ضرورت پژوهشی است و اجرای آن نتایج کاربردی دارد. همچنین این موضوع بدان علت مورد علاقه پژوهشگر واقع شده است که علیرغم مطالعات فراوان درباره همبستگی ساده متغیرهای مورد مطالعه، بررسی مفصلی در قالب یک مطالعه تشخیصی انجام نشده است. لذا این پژوهش در راستای رفع این خلاء پژوهشی به این سؤال پاسخ داده است که آیا الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویتی قادر به تشخیص و طبقه‌بندی افراد به دو گروه دارای رضایت زناشویی بالا و پایین می‌باشند؟

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی و دارای طرح تابع تشخیص دو گروهی بود. جامعه آماری این پژوهش افراد متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی وابسته به نظام مشاوره و روانشناسی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. بر اساس فرمول کرامر حجم نمونه در این پژوهش ۴۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری تصادفی مرحله‌ای تعیین شد. به این صورت که ابتدا ابتدا از بین مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی مستقر در مناطق آموزش شهر تهران و هر یک از ۵ منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز ۳ مرکز مشاوره به طور تصادفی انتخاب و با مراجعه به آن‌ها نمونه مورد نیاز از بین مراجعان به این مراکز انتخاب شدند و به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. بعد از بررسی داده‌ها از بین آن‌ها به این منظور تعداد ۱۰۰ نفر دارای رضایت زناشویی بالا و ۱۰۰ نفر دارای رضایت زناشویی پایین انتخاب شدند و بر اساس سن و جنس همتا شدند. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، ضایع نشدن حقوق افراد نمونه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤالات، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. همچنین این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.176 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به ثبت رسیده

است. بعد از گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های پاسخ‌های آزمودنی‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل تابع تشخیصی^۱) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۲ (EMSQ) السون^۳ و همکاران (۱۹۸۷)

این پرسشنامه شامل ۴۷ سؤال و ۱۲ مؤلفه پاسخ قراردادی^۴ با سؤالات ۱، ۲ و ۳؛ خرسندی^۵ با سؤالات ۴، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱؛ موضوعات شخصیتی^۶ با سؤالات ۲۲، ۳۱ و ۴۰؛ ارتباط زناشویی^۷ با سؤالات ۱۳، ۲۳، ۳۲ و ۴۱؛ حل تعارض^۸ با سؤالات ۱۴، ۲۴، ۳۳، ۳۴ و ۴۲؛ مدیریت مالی^۹ با سؤالات ۱۵، ۱۶ و ۲۵؛ فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت^{۱۰} با سؤالات ۱۷، ۲۶، ۳۵ و ۴۳؛ روابط جنسی^{۱۱} با سؤالات ۱۸، ۲۷، ۳۶ و ۴۴؛ فرزندپروری^{۱۲} با سؤالات ۱۹، ۲۸، ۳۷ و ۴۵؛ بستگان و دوستان^{۱۳} با سؤالات ۲۰، ۲۹، ۳۸ و ۴۶؛ نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد^{۱۴} با سؤالات ۵ و ۱۲؛ جهت‌گیری عقیدتی^{۱۵} با سؤالات ۲۱، ۳۰، ۳۹ و ۴۷ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده به این صورت که کاملاً موافق ۵ نمره، موافق ۴ نمره، نه موافق و نه مخالف ۳ نمره، مخالف ۲ نمره و کاملاً مخالف ۱ نمره تعلق می‌گیرد. سؤالات ۴، ۶، ۸، ۱۱ تا ۱۶، ۱۸ تا ۲۴ تا ۳۰، ۳۳ تا ۳۷ تا ۴۳ تا ۴۵ تا ۴۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (مرتضی و همکاران، ۱۳۹۷). روایی سازه پرسشنامه رضایت زناشویی با پرسشنامه سازگاری زناشویی ضریب ۰/۶۵ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (سراج و همکاران، ۱۳۹۳). ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مؤلفه‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مؤلفه‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ نشانه روایی سازه است. همچنین ضریب بازآزمایی پس از اجرای مجدد ضریب ۰/۸۸ به دست آمده است (آزاد بخت و وکیلی، ۱۳۹۲). در یک پژوهش دیگر در داخل ایران آلفای کرونباخ پرسشنامه رضایت زناشویی ۰/۹۵ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی بالای پرسشنامه است (بحرینی و همکاران، ۱۳۹۸). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی پرسشنامه ضریب ۰/۸۳ به دست آمده است (صابونچی و همکاران، ۱۳۹۹). در خارج

1. discriminant function

2. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire

(EMSQ)

3. Olson

4. marital satisfaction

5. idealistic distortion

6. personality issues

7. communication

8. conflict resolution

9. financial

management

10. leisure activity

11. sexual relationship

12. children and parenting

13. family and friends

14. equalitarian roles

15. religious

orientation

کشور همسانی درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات ۰/۸۵ به دست آمده است (ریکونن و همکاران، ۲۰۱۹) و خود سازندگان ضریب ۰/۹۲ ذکر کرده‌اند (السون و همکاران، ۱۹۸۷). در پژوهش حاضر پایایی و اعتبار پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه الگوهای ارتباطی^۱ (CPQ) کریستنسن و سالوی (۱۹۸۴)

این پرسشنامه ۳۵ سؤال دارد و در یک مقیاس نه درجه ای از اصلاً امکان ندارد (۱) تا خیلی امکان دارد (۹) درجه‌بندی شده است (برزگر و سامانی، ۱۳۹۵). این پرسشنامه رفتارهای همسران را در طول سه مرحله از تعارض زناشویی شرح داده است. این مراحل عبارتند از: ۱- زمانی که در روابط زوجین مشکل ایجاد می‌شود این مرحله شامل ۴ سؤال است که پاسخ هریک در مقیاس ۹ نقطه‌ای درجه‌بندی شده است. ۲- در مدت زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود، این مرحله دارای ۱۸ سؤال است و ۳- بعد از بحث راجع به مشکل ارتباطی که این قسمت از ۱۳ سؤال تشکیل شده است (پروندی و همکاران، ۱۳۹۵). این پرسشنامه سه مؤلفه ارتباط سازنده متقابل (تفاضل سؤالات الف ۲، ب ۲، ج ۴ با سؤالات ب ۱، ب ۳، ب ۱۵ مرد و ب ۱۶ زن)؛ ارتباط اجتناب متقابل با سؤالات الف ۱، ج ۲ و ج ۴ و ارتباط توقع/کناره‌گیری (خرده مقیاس مرد متوقع/کناره‌گیری زن^۲ با سؤالات الف ۳ مرد، ب ۵ مرد، ب ۷ مرد و خرده مقیاس زن متوقع/کناره‌گیری مرد^۳ با سؤالات الف ۴ زن، ب ۶ زن و ب ۸ زن) را اندازه‌گیری می‌کند. در یک پژوهش برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب آلفای کرونباخ برای ارتباط سازنده متقابل ۰/۶۱؛ اجتنابی متقابل ۰/۶۲ و ارتباط توقع/کناره‌گیری ۰/۵۰ (مرد متوقع/کناره‌گیری زن ۰/۵۱ و زن متوقع/کناره‌گیری مرد ۰/۴۷) به دست آمده است (معصومی و همکاران، ۱۳۹۶). در یک پژوهش دیگر ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است (سپهری شاملو و کرامتی، ۱۳۹۵). در خارج کشور همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است (لی و جوهانسون، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر پایایی و اعتبار پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۹ به دست آمد.

^۱. Communication Patterns Questionnaire (CPQ)

^۲. male demand-female withdraw

^۳. female demand-male withdraw

سیاهه سبک‌های هویت^۱ (RISI) برزونسکی و همکاران (۲۰۱۳)

این سیاهه ۴۰ سؤال دارد که چهار مؤلفه هویت اطلاعاتی (با سؤالات ۲، ۵، ۶، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۳۵ و ۳۷)، هویت هنجاری (با سؤالات ۴، ۱۰، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۸، ۳۳، ۳۴ و ۴۰) و هویت سردرگم یا اجتنابی (با سؤالات ۳، ۸، ۱۳، ۱۷، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۶ و ۳۸) را اندازه‌گیری می‌کنند. همچنین سؤالات ۱، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲ و ۳۹ تحت عنوان تعهد هویت^۲ از آن نام برده شده است که در هیچ کدام از خرده مقیاس‌های سه‌گانه هویت یابی قرار ندارند. سؤالات بر اساس یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. به این صورت که کاملاً مخالفم ۱ نمره، مخالفم ۲ نمره، تا حدودی موافقم ۳ نمره، موافقم ۴ نمره و کاملاً موافقم ۵ نمره. تعلق می‌گیرد (برزونسکی و همکاران، ۲۰۱۳). سؤالات ۹، ۱۲، ۱۵، ۳۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود به این ترتیب که کاملاً مخالفم ۵ نمره، مخالفم ۴ نمره، تا حدودی موافقم ۳ نمره، موافقم ۲ نمره و کاملاً موافقم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. در داخل ایران برای بررسی اعتبار (پایایی) سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای هویت اطلاعاتی ۰/۷۳، هنجاری ۰/۶۷ و سردرگم/اجتنابی ۰/۶۹ به دست آمده است (پور ابراهیم و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین در پژوهش‌های دیگر جهت بررسی اعتبار سیاهه آلفای کرونباخ ۰/۸۵ (اکبری و همکاران، ۱۳۹۸) و ضریب ۰/۷۳ به دست آمده است (قناعتی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۹). روایی همگرایی توسط سازندگان بررسی و نشان داده شده است که ضریب همبستگی با سیاهه عزت نفس روزنبرگ برای هویت اطلاعاتی ۰/۳۱، هنجاری ۰/۳۰ و سردرگم-اجتنابی ۰/۳۸ به دست آمده است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار گزارش شده است که نشان دهنده روایی همگرایی سیاهه است (برزونسکی و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین در یک پژوهش دیگر ضرایب آلفای کرونباخ برای هویت اطلاعاتی ۰/۸۱، هنجاری ۰/۶۳، سردرگم-اجتنابی ۰/۷۱ و به روش بازآزمایی برای سبک هویت اطلاعاتی ۰/۸۴، هنجاری ۰/۶۴ و سردرگم-اجتنابی ۰/۷۳ محاسبه شده است (زوکاپوسکینه و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر پایایی و اعتبار سیاهه نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۷۹ به دست آمد.

^۱. Revised Identity
Style Inventory
(RISI)

^۲. commitment

شیوه اجرا

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا از بین مراکز مناطق ۲۲ گانه و هر یک از ۵ منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز ۳ مرکز مشاوره به طور تصادفی انتخاب و با مراجعه به آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه مورد نیاز از بین مراجعان به این مراکز انتخاب شدند. دوره نمونه‌گیری و اجرای ابزار نزدیک به ۴ ماه به طول انجامید. با بررسی پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش و همچنین، بررسی داده‌های پرت از طریق اکسپلور در نهایت ۳۰۲ پرسشنامه سالم تحلیل شدند. در این پژوهش بر اساس پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ از السون و همکاران (۱۹۸۷) نمرات ۴۷ تا ۱۴۰ به عنوان افراد دارای نمره رضایتی زناشویی پایین و نمره بین ۱۴۱ تا ۲۳۵ به عنوان افراد دارای رضایت زناشویی بالا انتخاب شدند. به ترتیب ۱۰۰ نفر به عنوان گروه دارای رضایت زناشویی پایین شناسایی و برای همسازی با گروه فوق، تعداد ۱۰۰ نفر دارای رضایت زناشویی برگزیده شد. از جمله اصول رعایت شده اخلاقی بر اساس انجمن روانشناسی آمریکا عدم تضییع حقوق افراد نمونه در پژوهش و رعایت حقوق انسانی آن‌ها بود. توضیح به افراد نمونه در پژوهش که مشارکت در تحقیق برای آن‌ها خطرناک نبوده و یا حداقل خطر را دارد. توضیح کامل و مفید برای افراد شرکت کننده برای آماده کردن پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به افراد نمونه از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

یافته‌ها

جدول ۱. توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد نمونه

مقدار آماره		گروه رضایت زناشویی بالا		گروه رضایت زناشویی پایین	
مقدار احتمال	t-test	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۰/۱۰۰	-۱/۶۵۴	۸/۸۸۳	۴۲/۳۴	۷/۶۶۲	۴۰/۴۰
مقدار آماره		گروه رضایت زناشویی بالا		گروه رضایت زناشویی پایین	
مقدار احتمال	chi-square	درصد		فرآوری	
		زن	مرد	زن	مرد
۰/۲۰۱	۱/۶۳۳	٪۵۰	٪۵۰	٪۴۱	٪۵۹
		۵۹	۴۱	۵۹	۴۱

بر اساس جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن گروه رضایت زناشویی پایین ۴۰/۴۰ و ۷/۶۶۲ و میانگین و انحراف معیار گروه رضایت زناشویی بالا ۴۲/۳۴ و ۸/۸۸۳ بود. هر دو گروه از نظر

سن ($P=0/100$, $t\text{-test}= -1/654$) هم‌تا بودند. همچنین هر دو گروه از نظر جنسیت ($P=0/201$, $\text{chi-square}=$) هم‌تا بودند. در ادامه در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی آمده است. جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه افراد دارای رضایت زناشویی بالا و

پایین

متغیرهای پژوهش	گروه رضایت زناشویی		گروه رضایت زناشویی بالا		نرمال بودن	
	پایین	انحراف میانگین	پایین	انحراف میانگین	کجی	کشیدگی
الگوی ارتباط سازنده متقابل	۵/۰۴	۸/۹۱	۷/۴۶	۹/۹۱	-۰/۷۱۶	۰/۴۵۹
الگوی ارتباط اجتنابی	۱۳/۹۶	۶/۶۲	۹/۷۹	۵/۰۵	۰/۵۳۱	-۰/۵۳۴
ارتباط توقع/ کناره‌گیری	۲۶/۴۱	۹/۷۹	۲۱/۵۹	۹/۱۵	۰/۳۷۱	-۰/۲۴۱
هویت اطلاعاتی	۳۵/۴۹	۹/۹۳	۳۷/۲۸	۶/۴۷	-۱/۱۸۸	۹۰۶۱
هویت هنجاری	۲۴/۸۵	۷/۲۹	۲۱/۲۷	۷/۴۴	-۰/۰۴۴	-۰/۰۹۴
هویت سردرگم/ اجتنابی	۲۸/۸۷	۷/۴۰	۲۶/۲۱	۶/۸۸	-۰/۱۷۵	۰/۱۶۹

جدول ۲- یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه افراد دارای رضایت زناشویی بالا و پایین را نشان می‌دهد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مشاهده شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن، شامل کجی و کشیدگی استفاده شد که قدر مطلق ضریب کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش باید به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ باشد. در این پژوهش کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ بودند. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است.

جدول ۳. نتایج آزمون برابری میانگین‌ها و ماتریس ضرایب استاندارد و ساختاری متغیرهای

پژوهش

متغیرهای پیش بین	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری	ضرایب ساختار	ضرایب استاندارد
الگوی سازنده متقابل	۰/۸۸۴*	۲۵/۸۸۳	۱	۱۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶	۰/۶۷۴
الگوی اجتنابی	۰/۸۸۸*	۲۵/۰۷۱	۱	۱۹۸	۰/۰۰۱	-۰/۵۶۳	-۰/۶۶۳
ارتباط توقع/ کناره‌گیری	۰/۹۳۹*	۱۲/۹۳۶	۱	۱۹۸	۰/۰۰۱	-۰/۲۷۴	-۰/۴۷۶
هویت اطلاعاتی	۰/۹۸۹*	۹/۲۸۲	۱	۱۹۸	۰/۰۳۳	۰/۲۰۴	۰/۳۲۸
هویت هنجاری	۰/۹۷۵*	۵/۱۳۴	۱	۱۹۸	۰/۰۲۵	-۰/۰۲۸	-۰/۳۰۰

هویت سردرگم/اجتنابی	*۰/۹۷۰	۶/۱۲۱	۱	۱۹۸	۰/۰۱۴	-۰/۱۶۰	-۰/۲۰۰
---------------------	--------	-------	---	-----	-------	--------	--------

* مقادیر آماره F در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار هستند.

در جدول ۳ نتایج آزمون برابری میانگین‌ها ارائه شده است که نتایج بیان‌کننده تفاوت بین میانگین دو گروه در متغیرهای الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت بود. همچنین ضرایب استاندارد و ساختاری متغیرهای پژوهش در جدول فوق آمده است و متغیرهای با ضرایب ساختاری $۰/۳$ و بالاتر، نسبت به سایر پیش‌بین‌ها در تعیین بعد ایجاد شده توسط تابع تشخیص، اهمیت توجه برانگیزی دارند.

جدول ۴. خلاصه نتایج تابع‌های تشخیصی

شاخص	آماره
تابع	۱
مقدار ویژه	۰/۲۸۸
همبستگی کانونی	۰/۴۷۳
مجذور همبستگی کانونی (ضریب تعیین)	۰/۲۲۴
لامبدای ویلکز	۰/۷۷۶
درجه آزادی	۶
معناداری	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴- حاصل از تحلیل تابع تشخیصی و بررسی تابع‌های متعارف^۱ نشان داد که با توجه به مقدار ویژه^۲ و همبستگی کانونی به دست آمده، می‌توان گفت که تابع تشخیص از قدرت تمیز خوبی برای تمایز دو گروه افراد دارای رضایت زناشویی بالا و پایین بهره‌مند است و حدود $۲۲/۴\%$ درصد از واریانس تفاوت دو گروه ناشی از متغیرهای پیش‌بین است. همچنین با توجه به مقدار لامبدای ویلکز، درجه آزادی تابع و معناداری آن، نتایج بیان‌کننده معناداری تابع تشخیص است. در جدول ۵ نتایج حاصل از طبقه‌بندی گروه‌ها توسط تابع تشخیص آمده است.

جدول ۵. فراوانی و درصد نتایج طبقه‌بندی در گروه‌های با رضایت زناشویی بالا و پایین

کل	عضویت در گروه پیش‌بینی شده		گروه	
	رضایت زناشویی بالا	رضایت زناشویی پایین		
تعداد			رضایت زناشویی پایین	۶۹
۱۰۰ نفر	۳۱		رضایت زناشویی بالا	۲۱
۱۰۰ نفر	۷۹		رضایت زناشویی پایین	۶۹٪
٪۱۰۰	٪۳۱			

^۱. canonical functions

^۲. eigenvalue

رضایت زناشویی بالا	۲۱٪	۷۹٪	۱۰۰٪
پیش‌بینی عضویت گروهی	۷۴ درصد		

جدول ۵- خلاصه مفیدی از موفق بودن یا نبودن تابع تشخیصی را نشان می‌دهد. به عبارتی، جدول کلیتی از عضویت گروه‌ها (با رضایت زناشویی بالا و پایین) را نشان می‌دهد. طبق آماره‌های ارائه شده در جدول ۶۹ نفر (۶۹ درصد) از افراد دارای رضایت زناشویی پایین و ۷۹ نفر (۷۹ درصد) افراد با رضایت زناشویی بالا به طور صحیح تشخیص داده شده‌اند. نرخ موفقیت در این تشخیص ۷۴ درصد به عنوان پیش‌بینی عضویت گروهی برای تابع به دست آمده است؛ بنابراین، می‌توان گفت قدرت پیش‌بینی کنندگی تابع ۷۴ درصد است؛ به طوری که می‌توان گفت که تابع در ۷۴ درصد موارد، پیش‌بینی درستی برای عضویت و یا طبقه بندی افراد در گروه‌های با رضایت زناشویی پایین و بالا دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تشخیصی الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت در پیش‌بینی رضایت زناشویی بود. نتایج نشان داد که، نقش تشخیصی الگوهای ارتباطی بر رضایت زناشویی معنادار هستند. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات معصومی و همکاران (۱۳۹۶)، جبین (۲۰۱۹)، لیتزینگر و گوردن (۲۰۰۵)، هوگس و دیکسون (۲۰۰۵) و چی و همکاران (۲۰۱۳) همسویی دارد. در تبیین نقش تشخیصی الگوی ارتباطی سازنده بر رضایت زناشویی می‌توان گفت که در الگوی ارتباطی سازنده همسران طی آن سعی می‌کنند که در مورد مشکلات، تعارضات و اختلالات زناشویی خود بحث و گفتگو کنند، احساسات خود را بروز دهند و برای مشکل ارتباطی خود راه حل ارائه و پیشنهاد دهند و با هم بحث و مذاکره سازنده کنند. همچنین می‌توان گفت که همسرانی که از الگوی سازنده متقابل در روابط زناشویی بیشتر بهره‌مند می‌شوند، از رفتارهای آسیب‌زا و خراب کننده زندگی پرهیز و برای حفظ و تداوم رابطه سالم کوشش می‌نمایند (پروندی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین چنین همسرانی که از الگوی ارتباطی سازنده استفاده می‌کنند؛ احساس می‌کنند همدیگر را درک نموده، احساساتشان را به طور مناسب بروز می‌دهند و برای مشکل ارتباطی خود با همسرشان راهکارهای مناسب پیشنهاد داده و با هم بحث، گفتگو و مذاکره اثربخش می‌کنند در نتیجه از زندگی زناشویی خود بیشتر راضی هستند. لذا منطقی است که الگوی ارتباطی سازنده نقش تشخیصی بر رضایت زناشویی داشته باشد.

در تبیین نقش تشخیصی الگوی ارتباط اجتنابی بر رضایت زناشویی می‌توان گفت که در الگوهای ارتباطی اجتنابی، درک صحیح زوجین از هم کاهش پیدا می‌کند و باعث می‌شود همسران نتوانند

از یکدیگر حمایت کنند، برای ارضای نیاز یکدیگر تلاش نمی‌کنند، در مورد مسائل تعارض برانگیز، دیدگاه یکدیگر را در نکرده و سرانجام باعث می‌شود که مشکلات زناشویی و نارضایتی زناشویی در آنان ایجاد شود (ثناگوی و همکاران، ۱۳۹۰). لذا در الگوی ارتباطی اجتنابی همسران معتقدند که وجود نقص در برقراری ارتباط، به آشفتگی رابطه منجر می‌شود. هنگام بحث و گفتگو، زوجین آشفته غالباً عجله؛ انتقاد و اجتناب می‌کنند و می‌خواهند همدیگر را تغییر دهند و هنگام صحبت درباره مشکلات به طور مداوم به یکدیگر گوش نمی‌دهند، از بحث پیرامون مشکلات زناشویی خود طفره می‌روند و بر اساس «قانون انتقام، جبران و تلافی کردن» به رفتارهای منفی همسر خود پاسخ می‌دهند؛ در نتیجه دامنه برانگیختگی و فراوانی آن در زندگی زناشویی، باعث از بین رفتن رضایتمندی از رابطه می‌شود. لذا منطقی است که الگوی ارتباط اجتنابی نقش تشخیصی بر رضایت زناشویی داشته باشد. در تبیین نقش تشخیصی الگوی ارتباط توقع/کناره‌گیری بر رضایت زناشویی می‌توان گفت که در الگوی توقع و کناره‌گیری یکی از همسران درباره مشکل بحث و گفتگو می‌کنند یا به وسیله انتقاد کردن، غر زدن و یا پیشنهاد تغییر دادن دیگری را وادار به بحث درباره مشکل زناشویی خود می‌کند؛ این در حالی است که طرف مقابل (زن یا شوهر) می‌خواهد مشکل را تمام کند و از بحث درباره آن دوری کند (ثناگوی و همکاران، ۱۳۹۰). این کناره‌گیری و دوری‌گزینی یکی از همسران باعث افزایش کشمکش‌ها و تعارضات زناشویی می‌شود و منجر به این امر می‌شود که مسائل و مشکلات زناشویی لاینحل باقی می‌ماند. در این الگو که همسر متوقع فردی وابسته و همسر کناره‌گیر ترس از وابسته شدن دارد. این وابستگی و ترس از وابسته شدن به همسر باعث می‌شود همسران مشکلاتی مانند افسردگی، خشونت و سوء مصرف مواد به مخدر را تجربه کنند (فرمانی شهرضا و همکاران، ۱۳۹۳). در نتیجه این ارتباط زناشویی ناکارآمد، باعث چیره شدن نارضایتی زناشویی بر زندگی آن‌ها می‌شود و خانواده را در معرض آسیب‌های متعددی قرار می‌دهد. لذا منطقی است که الگوی ارتباط توقع/کناره‌گیری نقش تشخیصی بر رضایت زناشویی داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که، نقش تشخیصی سبک‌های هویت بر رضایت زناشویی معنادار هستند. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات شکرالله‌زاده و مدنی (۱۳۹۵)، باباخانی و همکاران (۱۳۹۵)، امینی نژاد و شاه‌نظری (۱۳۹۵)، زارعی و همکاران (۱۳۹۴)، کوک و جونز (۲۰۰۲) و بوزیزگارانه و فیلیپ (۲۰۱۸) همسویی دارد. در تبیین نقش تشخیصی هویت اطلاعاتی با رضایت زناشویی می‌توان گفت که زنان و مردان متاهل دارای سبک اطلاعاتی به صورت فعال و آگاهانه به جستجوی اطلاعات و ارزیابی آن‌ها می‌پردازند و سپس اطلاعات مناسب را استفاده می‌کنند (لافورد و همکاران، ۲۰۲۰). سبک هویت اطلاعاتی با روابط بین فردی پخته‌تر همراه

است که این ویژگی‌ها با دلپذیر بودن همراه هستند. زنان و مردانی که فرایندهای اطلاعاتی را برای کسب هویت به کار می‌گیرند، دارای تعهدات قویتری نسبت به افراد دارای سبک هویت مغشوش/اجتنابی هستند. افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی، از آنجایی که فعالانه به جستجو و پردازش اطلاعات مربوط به خود می‌پردازند، درگیر فرایند خود کاوشگری فعال هستند و گرایش به اندیشمند بودن دارند، در مورد مفاهیم مربوط به خود شکاک و نسبت به آگاهی‌های مربوط به خود گشوده هستند، فرآیند هویت‌یابی آنان بر تعهد و صمیمیت‌شان نسبت به دیگران اثرگذار است و موجب کاهش تعارضات می‌شود؛ بنابراین وقتی فردی تعارض کمتری را تجربه کند، مشکلاتی کمتری را در زندگی زناشویی خود داشته و همین فرآیند باعث رضایت زناشویی در زندگی زوجی وی می‌شود. لذا منطقی است که هویت اطلاعاتی نقش تشخیصی بر رضایت زناشویی داشته باشد.

در تبیین نقش تشخیصی هویت هنجاری با رضایت زناشویی می‌توان گفت که در سبک هنجاری فرد در مواجهه با مسائل به شیوه‌ای واکنشی و هماهنگ با انتظارات گروه‌های مرجع و دیگران عمل می‌کند و به صورت خودکار و بدون خودارزیابی، ارزش‌ها و باورها را درونی می‌کند (زاریسکا و همکاران، ۲۰۲۰). سبک هنجاری بر اساس تقلید و پیروی از افراد دیگر پی‌ریزی شده است و شامل یک دیدگاه بسته ذهنی، تعهد انعطاف‌ناپذیر است. بسته بودن و انعطاف‌ناپذیری افراد در این سبک، آن‌ها را از تجربه رویدادهای لذت بخش و معنادار زندگی زناشویی باز می‌دارد و آن‌ها را در حالتی قرار می‌دهد که در صورت روبه رو شدن با تعارضات و مشکلات زناشویی قادر نخواهند بود به صورت هوشمندانه و خلاقانه برای رفع مشکلات و تعارضان زناشویی خود عمل کنند و در نتیجه در برابر این اختلالات زناشویی تسلیم می‌شوند و احساس شکست و ناپایداری در زندگی زناشویی می‌کنند و تجربه رضایت زناشویی در زندگی آنان کاهش پیدا می‌کند. لذا منطقی است که بین هویت هنجاری با رضایت زناشویی رابطه وجود داشته باشد. لذا منطقی است که هویت هنجاری نقش تشخیصی بر رضایت زناشویی افراد متأهل داشته باشد. در نهایت در تبیین نقش تشخیصی هویت سردرگم/اجتنابی با رضایت زناشویی می‌توان گفت که افراد سردرگم/اجتنابی، اهمال‌کارند و تا حد ممکن سعی دارند موقعیت‌های تعارض برانگیز و مستلزم تصمیم‌گیری را به تأخیر بیندازند (برزنسکی و کینی، ۲۰۱۹)، در مواقعی که امکان چنین تأخیری وجود نداشته باشد، در تصمیم گرفتن بیشتر به مقتضیات و پیامدهای محیطی تکیه می‌کنند (مورسونبول و همکاران، ۲۰۲۰). در مواقع تصمیم‌گیری، ترس و اضطراب نیز دارند و در این موقعیت‌ها اغلب از راهبردهای نامناسبی مانند اجتناب، بهانه آوردن و دلیل تراشی استفاده می‌کنند، رفتار آن‌ها موقعیتی بوده، الگویی مشخص ندارد. این سبک هویت با هیجان‌مداری، راهبردهای نامطلوب

تصمیم‌گیری، خودآگاهی محدود، دیگر پیروی و به کارگیری راهبردهای اسنادی و شناختی ناکارآمد رابطه دارد (باباخانی و همکاران، ۱۳۹۵). افراد دارای سبک سردرگم/اجتنابی رفتارهای باثبات و به هنجار نداشته و در زندگی زناشویی نیز خود نیز رضایت زناشویی مناسبی را گزارش نمی‌کنند. لذا منطقی است که هویت سردرگم/اجتنابی نقش تشخیصی بر رضایت زناشویی داشته باشد.

از میان محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه مورد پژوهش، حجم نمونه، گردآوری داده‌ها در مقطع زمانی خاص، روش خودسنجی و استفاده از پرسشنامه، عدم کنترل متغیرهایی چون سن، تحصیلات، ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای، باورهای مذهبی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و نوع ساختار خانواده اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه‌ها به ویژه پرسشنامه رضایت زناشویی بر اساس جمعیت و فرهنگ ایران تدوین و هنجاریابی و به علاوه از مصاحبه و مشاهده نیز همراه با پرسشنامه استفاده و با انجام پژوهش کیفی عوامل رضایت زناشویی زنان دقیق‌تر ارزیابی و تحلیل شود تا شاید نتایج حاصل از آن بتواند وضعیت فعلی افراد متاهل ایران را بهتر توصیف کند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تحلیل‌های گسترده‌ای بر مبنای متغیرهایی مانند سن، تحصیلات، ویژگی‌های شخصیتی و جزء آن انجام شود تا پژوهشگران بتوانند مبانی نظری حاصل از این پژوهش را ملاک قرار دهند و بر اساس آن، فرضیه‌های متعددی را مطرح و آزمون کنند. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد که درمانگران و مشاوران خانواده نقش الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت را در رضایت زناشویی در نظر داشته باشند. مشاوران و روانشناسان خانواده، جهت ارتقاء رضایت زناشویی افراد متاهل به شناسایی الگوهای ارتباطی و سبک‌های هویت مبادرت ورزند و سعی در تغییر الگوهای ارتباطی ناسالم و سبک‌های هویت ناسازگارانه و سردرگم/اجتنابی از طریق آموزش، مشاوره و سایر مداخلات درمانی بپردازند.

سپاسگزاری

از همکاری مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی وابسته به نظام مشاوره و روانشناسی شهر تهران و تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن بوده است و به هزینه شخصی انجام شده است. در تدوین این مقاله نویسنده

اول در طراحی، مفهوم‌سازی، گردآوری داده‌ها، دکتر نویسنده دوم به عنوان راهنما در روش شناسی، تحلیل آماری داده‌ها و نهایی سازی و نویسنده سوم به عنوان مشاور در پیش نویس و ویراستاری نقش داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

- آزادبخت، راجیل، و وکیلی، پریش. (۱۳۹۲). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۴ (۳)، ۱۱-۱۸. {پیوند}
- اکبری، بهمن، خوش چین گل، نورا، نادری فر، نسرین، و موسی زاده، نصیبه. (۱۳۹۸). مقایسه تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های هویتی در نوجوانان بزهکار و غیر بزهکار. *مجله سلامت اجتماعی*، ۶ (۲)، ۲۳۵-۲۲۷. {پیوند}
- امینی‌نژاد، مینا، و شاه‌نظری، مهدی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده و سبک‌های هویت. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۷ (۲)، ۳۱-۴۲. {پیوند}
- باباخانی، نرگس، اسدی نیازی، شادی، علیزاده ذکریا، رامین، و بختیاری ارکسی، حمید. (۱۳۹۵). رابطه‌ی سبک‌های هویتی با رضایت زناشویی در زوج‌های متاهل شهر تهران. *اصول بهداشت روانی*، ۱۸ (۱)، ۴۷۷-۴۷۱. {پیوند}
- بحرینی، زهرا، کشوری، بابک، و فرنام، علی. (۱۳۹۸). نقش پیش‌بینی کننده ناگویی هیجانی در رضایت و بخشش زناشویی در میان زنان دارای شخصیت ضد اجتماعی. *مجله سلامت اجتماعی*، ۶ (۲)، ۲۱۶-۲۰۸. {پیوند}
- بیرامی، منصور، باباپور خیرالدین، جلیل، هاشمی نصرت‌آباد، تورج، اسمعیلی، اسماعیل، و بهادری خسروشاهی، جعفر. (۱۳۹۲). پیش‌بینی رضایت‌مندی زناشویی براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی و شیوه‌های حل تعارض. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۷ (۳)، ۲۷-۲۰. {پیوند}
- پروندی، علی، عارفی، مختار، و مرادی، اسما. (۱۳۹۵). نقش عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی زوجین در پیش‌بینی رضایت زناشویی. *دو فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۲ (۱)، ۶۵-۵۴. {پیوند}
- پورابراهیم، تقی، حیدری، جعفر، و خوش‌کنش، ابوالقاسم. (۱۳۹۰). رابطه شیوه‌های فرزندپروری با سبک‌های هویتیابی و گرایش به مشاغل در نوجوانان. *فصلنامه علمی و پژوهشی مشاوره شغلی و سازمانی*، ۳ (۸)، ۱۱-۲۴. {پیوند}
- ثناگوی، محمد، جان‌بزرگی، مسعود، و مهدویان، علیرضا. (۱۳۹۰). رابطه الگوهای ارتباطی زوجین با رضامندی زناشویی. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵ (۹)، ۷۷-۵۷. {پیوند}

زارعی، اقبال، آذری، پریسا، و هدایتی، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک‌های هویتی و سبک‌های دفاعی با رضایت زناشویی در زوجین استان اصفهان. *کنفرانس ملی پژوهش‌های کاربردی در علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران*. {پیوند}

زالی، زهرا، احمدی، صدیقه، و صرامی، غلامرضا. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای بخشودگی زناشویی در رابطه میان نستهوی روانشناختی با بی‌رمقی زناشویی. *آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۵ (۱)، ۱۲۴-۱۰۷. {پیوند}

سپهری شاملو، زهره، و کرامتی، راضیه. (۱۳۹۵). رابطه سرمایه‌های روانشناختی و الگوهای ارتباطی با خشونت خانگی در زنان متأهل. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۲ (۴۱)، ۸۹-۱۰۰. {پیوند}

سراج، فاطمه، نورانی، شهلا، و شاکری، محمدتقی. (۱۳۹۳). همبستگی بین سختی گذر به والد شدن و رضایت زناشویی و مقایسه آن در زنان با اولین و دومین فرزند. *نشریه روان پرستاری*، ۲ (۳)، ۱-۱۱. {پیوند}

شکرالله‌زاده، معصومه، و مدنی، یاسر. (۱۳۹۵). نقش سبک‌های هویتی و عشق ورزی در پیش‌بینی رضایت زناشویی. *دوفصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۲ (۱)، ۷۹-۸۹. {پیوند}

صابونچی، فرانک؛ دوکانه‌ای فرد، فریده؛ بهبودی، معصومه. (۱۳۹۹). الگوی ساختاری رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری هیجانخواهی. *فصلنامه علمی روانشناسی کاربردی*، ۱۴ (۱)، ۱۱۹-۱۳۸. {پیوند}

فرمانی شهرضا، شیوا، رسولی، محسن، و قائدنیای جهرمی، علی. (۱۳۹۱). رابطه بین صمیمیت زناشویی، الگوهای ارتباط زناشویی و همدم طلبی - دوری‌گزینی کارکنان متاهل دانشگاه خوارزمی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴ (۳)، ۴۴۸-۴۷۲. {پیوند}

فلاحیان، حسین، میکایلی، نیلوفر، و یوسفی مریدانی، متین. (۱۳۹۸). پیش‌بینی روابط فرازناشویی بر اساس کیفیت عشق، سبک‌های حل تعارض زوجین و تعهد زناشویی. *دوفصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۵ (۱)، ۵۹-۷۶. {پیوند}

قناعتی کاشانی، جمیله، شکرگزار، علیرضا، و همتی راد، گیتی. (۱۳۹۹). نقش ممیزی سبک‌های هویت در تشخیص استفاده آسیب‌زا از اینترنت در دانش‌آموزان: تحلیل تابع تشخیصی. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵ (۴۲)، ۱۱-۲۰. {پیوند}

مرتضی، حبیبه، قربانی، راهب، علی بیگی، مهناز، میرآخوخلو، شیرین، و ارجنه، مژگان. (۱۳۹۷). بررسی رابطه رضایت زناشویی و رضایت شغلی در کارکنان مرکز بهداشت شهرستان گرمسار. *فصلنامه کومش*، ۲۰ (۲)، ۳۰۹-۳۰. {پیوند}

معصومی، سمیرا، رضاییان، حمید، و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۶). پیش‌بینی رضایت جنسی بر اساس الگوهای ارتباطی زوجین. *مطالعات زن و خانواده*، ۵ (۱)، ۷۹-۱۰۱. {پیوند}

Aman, J., Abbas, J., Nurunnabi, M., & Bano, S. (2019). The Relationship of Religiosity and Marital Satisfaction: The Role of Religious Commitment

- and Practices on Marital Satisfaction Among Pakistani Respondents. *Behavioral Sciences*, 9 (3), 1-13. [\[Link\]](#)
- Bean, R. C., Ledermann, T., Higginbotham, B. J., & Galliher, R. V. (2020). Associations between Relationship Maintenance Behaviors and Marital Stability in Remarriages. *Journal of Divorce & Remarriage*, 61(1), 62-82. [\[Link\]](#)
- Berzonsky, M. D. (2008). Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. *Personality and Individual Differences*, 44 (3), 645-655. [\[Link\]](#)
- Berzonsky, M. D., & Kinney, A. (2019). Identity Processing Style and Depression: The Mediation Role of Experiential Avoidance and Self-Regulation. *Identity*, 19(2), 83-97. [\[Link\]](#)
- Berzonsky, M. D., Soenens, B., Luyckx, K., Smits, I., Papini, D. R., & Goossens, L. (2013). Development and validation of the revised Identity Style Inventory (ISI-5): Factor structure, reliability, and validity. *Psychological assessment*, 25 (3), 893. [\[Link\]](#)
- Bouizegarene, N., & Philippe, F. L. (2018). Longitudinal directive effect of need satisfaction in self-defining memories on friend related identity processing styles and friend satisfaction. *Self and Identity*, 17 (2), 127-138. [\[Link\]](#)
- Brown, M., Whiting, J., Kahumoku- Fessler, E., Witting, A. B., & Jensen, J. (2020). A Dyadic Model of Stress, Coping, and Marital Satisfaction Among Parents of Children With Autism. *Family Relations*, 69(1), 138-150. [\[Link\]](#)
- Chi, P., Epstein, N. B., Fang, X., Lam, D. O., & Li, X. (2013). Similarity of relationship standards, couple communication patterns, and marital satisfaction among Chinese couples. *Journal of Family Psychology*, 27 (5), 806. [\[Link\]](#)
- Christensen, A., & Sullaway, M. (1984). Communication patterns questionnaire. *Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles*. [\[Link\]](#)
- Cook, J. L., & Jones, R. M. (2002). Congruency of identity style in married couples. *Journal of Family Issues*, 23 (8), 912-926. [\[Link\]](#)
- Hughes, P. C., & Dickson, F. C. (2005). Communication, marital satisfaction, and religious orientation in interfaith marriages. *The Journal of Family Communication*, 5 (1), 25-41. [\[Link\]](#)
- Jibeen, T. (2019). Influence of acculturative stress on marital satisfaction: Moderation effect of gender role and communication styles in Pakistani immigrants. *Community Development*, 1-21. [\[Link\]](#)
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on Marital Satisfaction and Stability in the 2010s: Challenging Conventional Wisdom. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 100-116. [\[Link\]](#)

- Lawford, H. L., Astrologo, L., Ramey, H. L., & Linden-Andersen, S. (2020). Identity, Intimacy, and Generativity in Adolescence and Young Adulthood: A Test of the Psychosocial Model. *Identity*, 20(1), 9-21. [[Link](#)]
- Li, P. F., & Johnson, L. N. (2018). Couples' depression and relationship satisfaction: examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns. *Journal of Family Therapy*, 40, 63-85. [[Link](#)]
- Li, X., Ye, L., Tian, L., Huo, Y., & Zhou, M. (2020). Infertility-Related stress and life satisfaction among chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. *Sex Roles*, 82 (1-2), 44-52. [[Link](#)]
- Lim, S. A., & Lee, J. (2020). Gender Differences in the Relationships between Parental Marital Conflict, Differentiation from the Family of Origin, and Children's Marital Stability. *The American Journal of Family Therapy*, 1-16. [[Link](#)]
- Litinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 31 (5), 409-424. [[Link](#)]
- Morsünbül, Ü., Uçar, M. E., & Konal, B. (2020). Adaptation of Identity Styles Scale-5 to Turkish: Validity and reliability study. *Journal of Human Sciences*, 17(1), 142-153. [[Link](#)]
- Olson, D. H., Fournier, D. G., & Druckman, J. M. (1987). Counselor's manual for Prepare//Enrich (Rev. ed). Minneapolis. [[Link](#)]
- Oosterhouse, K., Riggs, S. A., Kaminski, P., & Blumenthal, H. (2020). The Executive Subsystem in Middle Childhood: Adult Mental Health, Marital Satisfaction, and Secure- Base Parenting. *Family Relations*, 69(1), 166-179. [[Link](#)]
- Riikonen, A., Aho, A. L., & Rantanen, A. (2019). The Relationship Satisfaction of Parents to Children With Congenital Heart Disease. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 13 (1), 57-71. [[Link](#)]
- Sidis, A., Ramirez, J., Dawson, L., River, J., Buus, N., Singh, R., & Deane, F. (2020). Not 'Just a Talking Head': Experiences of Australian Public Mental Health Clinicians Implementing a Dialogical Family Therapy Approach for Young People with Severe Mental Health Concerns. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(1), 6-28. [[Link](#)]
- Stratton, P., & Low, D. C. (2020). of Family Therapy. *The Handbook of Systemic Family Therapy, Systemic Family Therapy and Global Health Issues*, 4, 77. [[Link](#)]
- Yang, C. C., Holden, S. M., & Carter, M. D. (2018). Social media social comparison of ability (but not opinion) predicts lower identity clarity:

- Identity processing style as a mediator. *Journal of youth and adolescence*, 47 (10), 2114-2128. [\[Link\]](#)
- Zarzycka, B., Bartczuk, R. P., & Rybarski, R. (2020). Centrality of Religiosity Scale in Polish Research: A Curvilinear Mechanism that Explains the Categories of Centrality of Religiosity. *Religions*, 11(2), 64. [\[Link\]](#)
- Žukauskienė, R., Truskauskaitė-Kunevičienė, I., Kaniušonytė, G., & Crocetti, E. (2018). How do Lithuanian adolescents address identity questions? A four-wave longitudinal study on change and stability in identity styles. *European Journal of Developmental Psychology*, 15 (1), 41-60. [\[Link\]](#)

پیوست

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (EMSQ) السون، فورنیر و دراگمن (۱۹۸۷)

ردیف	سؤالات	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	من و همسرم یکدیگر را کاملاً درک می‌کنیم.					
۲	همسرم خلق و خوی مرا کاملاً درک می‌کند و با آن سازگاری دارد.					
۳	هرگز حتی برای یک لحظه از رابطه با همسرم تأسف نخورده‌ام.					
۴	از ویژگی‌های شخصیتی و عادات همسرم راضی نیستم.					
۵	از این که در زندگی مشترکمان مسئولیت‌های خود را خوب ایفا می‌کنیم، خوشحالیم.					
۶	روابطم با همسرم رضایت بخش نیست و احساس می‌کنم او مرا درک نمی‌کند.					
۷	از نحوه تصمیم‌گیری‌ها در مورد چگونگی حل و فصل اختلافات بسیار خشنود هستم.					
۸	از وضعیت اقتصادی خانواده و نیز شیوه تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن راضی نیستم.					
۹	از نحوه برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت و نیز صرف اوقات در کنار همسرم بسیار خشنود هستم.					
۱۰	از نحوه ابراز عشق و احساسات و نیز رابطه جنسی با همسرم بسیار خشنود هستم.					

- ۱۱ از نحوه ایفای نقش و مسئولیت خود و همسر به عنوان والدین راضی نیستم.
 - ۱۲ گاهی اوقات همسر قابل اطمینان نیست و همیشه خط مشی خود را دنبال می‌کند.
 - ۱۳ همسر گاهی اوقات حرف‌هایی می‌زند که باعث تحقیر من می‌شود.
 - ۱۴ هنگام در میان گذاشتن مشکلات با همسر معمولاً فکر می‌کنم که او مرا درک نمی‌کند.
 - ۱۵ در تصمیم‌گیری‌های مالی مشکل داریم.
 - ۱۶ از این که نمی‌توانم بدون اجازه همسر پول خرج کنم باعث آزارم است.
 - ۱۷ تا زمانی که همسر در کنارم نباشد به من خوش نمی‌گذرد.
 - ۱۸ از اینکه همسر نزدیکی را به صورت غیر منصفانه قبول یا رد کند ناراحت می‌شوم.
 - ۱۹ اختلاف نظر راجع به این که تا چه اندازه باید به فرزندانمان برسیم برای ما به صورت مشکلی در آمده است.
 - ۲۰ من احساس می‌کنم والدینمان مشکلاتی را در زندگی زناشویی ما به وجود می‌آورند.
 - ۲۱ من و همسر در این که چگونه به اعتقادات مذهبی‌مان عمل کنیم، اختلاف نظر داریم.
 - ۲۲ گاهی اوقات همسر خیلی کله شق است.
 - ۲۳ گاهی اوقات می‌ترسم نیاز خود خود را از همسر درخواست کنم.
 - ۲۴ گاهی اوقات درباره مسائل جزئی، جرو بحث‌های زیادی داریم.
 - ۲۵ از نحوه تصمیم‌گیری راجع به میزان پس اندازمان بسیار راضی هستیم.
 - ۲۶ به نظر می‌رسد من و همسر به مهمانی‌ها و فعالیت‌های اجتماعی یکسانی علاقمند باشیم.
 - ۲۷ از میزان ابراز عشق و محبت (پیش از نزدیکی) از سوی همسر راضی هستیم.
 - ۲۸ من و همسر در چگونگی کنترل رفتار فرزندانمان توافق داریم.
-

- ۲۹ ما به قدر کافی با اقوام و دوستانمان وقت صرف می‌کنیم.
- ۳۰ من معتقدم که در زندگی زناشویی‌مان دچار اختلاف عقیدتی هستیم.
- ۳۱ دیر آمدن همسر به منزل مرا آزار می‌دهد.
- ۳۲ ای کاش همسرم بیشتر مایل بود مرا شریک احساساتش کند.
- ۳۳ برای اجتناب از درگیری با همسرم دست به هرکاری می‌زنم.
- ۳۴ من و همسرم هر دو از بدی‌های اصلی مطلع هستیم و در نتیجه آن‌ها برای ما مشکل جدی بشمار نمی‌آیند.
- ۳۵ تصور نمی‌کنم همسرم برای تفریح و گذراندن اوقات بیکاریش همراه من فرصت یا توان کافی داشته باشد.
- ۳۶ ما به دنبال یافتن راه‌هایی هستیم تا از آن طریق بتوانیم روابط جنسی‌مان را جالب‌تر و لذت بخش‌تر سازیم.
- ۳۷ به نظر می‌رسد که بچه‌ها علت اصلی مشکلات در روابط ما هستند.
- ۳۸ از این که وقتم را با بعضی از بستگان همسرم صرف کنیم، لذت نمی‌برم.
- ۳۹ من و همسرم درباره بعضی از آموخته‌های مذهبی من توافق نداریم.
- ۴۰ گاهی اوقات همسرم خیلی مستبد است.
- ۴۱ گاهی اوقات باور کردن تمام حرف‌های همسرم برایم مشکل است.
- ۴۲ گاهی اوقات فکر می‌کنم کشمکش‌های بین من و همسرم همچنان ادامه دارد و پایان نخواهد یافت.
- ۴۳ از این که همسرم علائق و سرگرمی‌های شخصی کافی ندارد، نگران هستم.
- ۴۴ هنگام صحبت راجع به مسائل جنسی با همسرم کاملاً احساس راحتی می‌کنم.

۴۵	از زمانی که صاحب فرزند شده‌ایم به عنوان یک زوج برای باهم بودن به ندرت وقت کافی داریم.
۴۶	همسرم زیادی وقتش را با دوستان و اقوامش می‌گذراند.
۴۷	من و همسرم به خاطر اعتقادات مذهبی مان احساس محدودیت می‌کنیم.

پرسشنامه الگوهای ارتباطی (CPQ) کریستینسن و سالوی (۱۹۸۴)

ردیف	سوالات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
A: زمانی که در روابط شما مشکل ایجاد می‌شود.										
۱	من و همسرم از بحث در مورد مشکل دوری می‌کنیم.									
۲	من و همسرم سعی می‌کنیم در مورد مشکل خود بحث و گفتگو کنیم.									
۳	وقتی که همسرم سعی می‌کند بحث را شروع کند، من سعی می‌کنم از بحث کردن اجتناب کنم.									
۴	وقتی من سعی می‌کنم بحث را شروع کنم، او سعی می‌کند از بحث کردن پرهیز کند.									
B: در مدت زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود.										
۱	من و همسرم یکدیگر را مورد سرزنش و اتهام و انتقاد قرار می‌دهیم.									
۲	من و همسرم احساساتمان را نسبت به یکدیگر ابراز می‌کنیم.									
۳	من و همسرم یکدیگر را به پیامدهای منفی تهدید می‌کنیم.									
۴	من و همسرم پیشنهاد راه حل و آشتی می‌کنیم.									
۵	همسرم غر می‌زند و انتظارات بیش از حد دارد، در حالی که من کناره‌گیری و سکوت اختیار می‌کنم یا از بحث بیشتر امتناع می‌کنم.									
۶	من غر می‌زنم و انتظارات بیش از حد دارم، در حالی که او کناره‌گیری و سکوت اختیار می‌کند یا از بحث بیشتر امتناع می‌کنم.									
۷	همسرم انتقاد می‌کند، در حالی که من از خودم دفاع می‌کنم.									

۸	من انتقاد می‌کنم در حالی که او از خودش دفاع می‌کند.
۹	همسر مرا تحت فشار قرار می‌دهد که کاری را بدون چون و چرا بپذیرم یا کاری را بدون چون و چرا متوقف کنم، در حالی که من مقاومت می‌کنم.
۱۰	من، همسر مرا تحت فشار قرار می‌دهم که کاری را بدون چون و چرا بپذیرد یا کاری را بدون چون و چرا متوقف کند، در حالی که او مقاومت می‌کند.
۱۱	همسر احساساتش را ابراز می‌کند، در حالی که من بدنبال دلیل و راه حل هستم.
۱۲	من احساساتم را ابراز می‌کنم، در حالی که او بدنبال دلیل و راه حل است.
۱۳	همسر مرا به عاقبت یا پیامدهای منفی تهدید می‌کند، در حالی که من کوتاه می‌آیم.
۱۴	من، همسر را به عاقبت یا پیامدهای منفی تهدید می‌کنم، در حالی که او کوتاه می‌آید.
۱۵	همسر به من فحش می‌دهد و به شخصیت من توهین می‌کند.
۱۶	من به همسر فحش می‌دهم و به شخصیت او توهین می‌کنم.
۱۷	همسر به من زور می‌گوید و من را تحت فشار و ضرب و شتم قرار می‌دهد.
۱۸	من به همسر زور می‌گویم و او را تحت فشار و ضرب و شتم قرار می‌دهم.
C: بعد از بحث راجع به مشکل ارتباطی	
۱	من و همسر احساس می‌کنیم که یکدیگر را در موقعیت‌های مختلف درک می‌کنیم.
۲	من و همسر بعد از بحث از یکدیگر کناره می‌گیریم.
۳	من و همسر احساس می‌کنیم مشکل حل شده است.
۴	هیچ یک از ما بعد از بحث و گفتگو به جایی نمی‌رسیم.
۵	بعد از بحث و جدل من و همسر سعی می‌کنیم با یکدیگر خیلی صمیمی شویم.

- ۶ همسر من به خاطر آنچه که گفته است احساس گناه می‌کند، در حالی که من احساس صدمه و آسیب می‌کنم.
- ۷ من به خاطر آنچه که گفته‌ام، احساس گناه می‌کنم، در حالی که او احساس صدمه و آسیب می‌کند
- ۸ همسر من سعی می‌کند که آشتی کند انگار که هیچ اتفاقی نیفتاده است، در حالی که من فاصله می‌گیرم.
- ۹ من سعی می‌کنم که آشتی کنم، انگار که هیچ اتفاقی نیفتاده است، در حالی که او فاصله می‌گیرد.
- ۱۰ همسر من، مرا مجبور به عذرخواهی می‌کند، یا این که قول بدهم به نحو بهتری عمل کنم، در حالی که من مقاومت می‌کنم.
- ۱۱ من، همسر را مجبور به عذرخواهی می‌کنم، یا این که قول بدهد به نحو بهتری عمل کند، در حالی که او مقاومت می‌کند.
- ۱۲ من (مرد) حمایت را در دیگران (والدین، دوستان، بچه‌ها) جستجو می‌کنم.
- ۱۳ من (زن) حمایت را در دیگران (والدین، دوستان، بچه‌ها) جستجو می‌کنم.

سیاهه سبک‌های هویت (RISI) برزونسکی و همکاران (۲۰۱۳)

ردیف	سؤالات	کاملاً مخالفم	مخالف تا حدودی	موافق	کاملاً موافقم
۱	نسبت به اعتقادات دینی خود علم و آگاهی دارم.				
۲	درباره آنچه در زندگی‌ام انجام دهم ساعت‌ها فکر کرده‌ام.				
۳	به آنچه در زندگی انجام می‌دهم مطمئن نیستم.				
۴	بر اساس ارزش‌هایی که با آن‌ها تربیت شده‌ام عمل می‌کنم.				
۵	ساعات زیادی را به خواندن و بحث با افراد درباره اعتقادات دینی‌ام می‌گذرانم.				

- ۶ وقتی با شخصی مسئله‌ای را مطرح می‌کنم، سعی می‌کنم نقطه نظرات او را درک کنم.
- ۷ می‌دانم در آینده چه کاری را می‌خواهم انجام دهم.
- ۸ درباره ارزش‌هایی که در پیش دارم، نگران نیستم. هر چه پیش آید خوش آید.
- ۹ درباره اعتقادات دینی‌ام اطمینان واقعی ندارم.
- ۱۰ طوری بزرگ شده‌ام که می‌دانم چه کار کنم.
- ۱۱ مطمئن نیستم که چه ارزش‌هایی را واقعاً حفظ کنم.
- ۱۲ می‌دانم که دولت و کشور به چه سمتی باید پیش بروند.
- ۱۳ اگر نسبت به مشکلاتم نگران نباشم، معمولاً خود به خود حل می‌شوند.
- ۱۴ مطمئن نیستم که در آینده می‌خواهم چه کاری را انجام دهم.
- ۱۵ احساس می‌کنم کاری را که انجام می‌دهم (یا انجام داده‌ام) مناسب من است.
- ۱۶ زمان زیادی را صرف خواندن و یا سعی در فهم مسائل سیاسی کرده‌ام.
- ۱۷ هم اکنون درباره آینده فکر نمی‌کنم. تا آن موقع هنوز وقت بسیار است.
- ۱۸ زمان زیادی را صرف صحبت با مردم کرده‌ام تا اعتقاداتی پیدا کنم که به کارم بیاید.
- ۱۹ هرگز شک جدی درباره اعتقادات دینی خود نداشته‌ام.
- ۲۰ مطمئن نیستم چه شغلی برای من مناسب است.
- ۲۱ از زمان جوانی می‌دانستم می‌خواهم چه کاره شوم.
- ۲۲ دارای مجموعه‌ای از اعتقادات قوی هستم که در موقع تصمیم‌گیری از آن‌ها استفاده می‌کنم.

- ۲۳ بهتر است یک سری اعتقادات محکمی داشته باشیم تا اینکه به عقاید مختلفی رو بیاوریم.
- ۲۴ وقتی مجبور می‌شوم تصمیم بگیرم، تا آنجا که امکان دارد منتظر می‌شوم ببینم چه رخ می‌دهد.
- ۲۵ وقتی مسئله‌ای دارم برای فهم آن بسیار فکر می‌کنم.
- ۲۶ بهتر است در مواقع مشکل از متخصصین (پزشک، وکیل، معلم و غیره) نظر خواهی کنیم.
- ۲۷ زندگی را جدی نمی‌گیرم فقط سعی دارم از آن لذت ببرم.
- ۲۸ بهتر است مجموعه‌ای از ارزش‌ها را در اختیار داشته باشیم تا اینکه بخواهیم گزینه‌های ارزشی دیگر را مورد ملاحظه قرار دهیم.
- ۲۹ تا آنجا که ممکن است به مشکلات فکر می‌کنم.
- ۳۰ مشکلات من می‌توانند مبارزه طلبی جالبی باشند.
- ۳۱ از مشکلاتی که مرا به فکر فرو می‌برند دوری می‌کنم.
- ۳۲ وقتی راه حل مشکل را می‌یابم دوست دارم همان را دنبال کنم.
- ۳۳ وقتی تصمیم می‌گیرم زمان زیادی را صرف می‌کنم تا درباره انتخاب خود فکر کنم.
- ۳۴ دوست دارم کارها را همانطور که والدین اصرار به انجام آن دارند، انجام دهم.
- ۳۵ دوست دارم به مشکلات خود فکر کنم و به روش خود آن‌ها را حل نمایم.
- ۳۶ اگر از مشکل بالقوه‌ای چشم‌پوشی کنم، کارها معمولاً حل می‌شوند.

۳۷	وقتی مجبور شوم تصمیم بزرگی بگیرم، دوست دارم تا آنجا که ممکن است درباره آن اطلاعات لازم را بدست آورم.
۳۸	وقتی متوجه شوم مشکلی باعث نگرانی من می‌شود از آن دوری می‌کنم.
۳۹	مردم نیاز دارند که به یک سری ارزش‌ها جهت زندگی کامل پایبند باشند.
۴۰	بهتر است هنگام مشکل با دوستان و آشنایان مشورت کنیم.

Contents Titles

- The Effectiveness of Academic Enthusiasm-Based Educational Program on Self-Defeating Academic Behavior of Ivan's High School Students
A. Rashidi, F. Zandi, Y. Yarahmadi & M. Akbari 9-23
- Predicting Multiple Relationships of Attention, Post-Event Processing and Interpretation (Self Related) with Social Anxiety of Isfahan Students
F. Hedayat & H. Torkan 25-47
- The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance, Pain Perception and Interleukin-12 in patients with Multiple Sclerosis
A. Dortaj, M. Aliakbari Dehkordi, A. Naser Moghadasi & A. Alipour 49-72
- Screen-time predicts sleep and feeding problems in young children with autism spectrum disorder symptoms under the age of three
Saeid Sadeghi , Hamid Reza Pouretamad & Reza Shervin- Badv.....73-94
- Life Satisfaction and Marital Satisfaction Based on Lived Experiences of Working and Housewives: a Phenomenological Study
D. Rajaei Ghazilou, A. Shariatmadar & N. Farrokhi95-115
- Structural Equation Modeling of the Relationship Between Mothers' Problematic Internet Use and Child Behavioral Problems with the Mediating Role of Mother-Child Interaction
Z. Norouzi, R. Roshan Chesli &H. Farahani117-139
- The Role Communication Patterns and Identity Styles on Prediction Marital Satisfaction: a Discriminational Study
Sh. Moghadasali, M. Mirhashemi & N. Bagheri141-168

