

بسم الله الرحمن الرحيم

فصلنامه روان‌شناسی کاربردی

فصلنامه علمی - پژوهشی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۷، شماره ۲ (۶۶)، تابستان ۱۴۰۲

ISSN: 2008-4331- eISSN: 2645-3541

صاحب امتیاز: دانشگاه شهید بهشتی

مدیر مسئول: دکتر محمود حیدری

سردبیر: دکتر وحید نجاتی

مدیر داخلی: دکتر عباس ذبیح‌زاده

ویراستار فارسی: دکتر عباس ذبیح‌زاده - آیلین مردان‌پور

ویراستار انگلیسی: دکتر شهریار شهیدی

کارشناس اجرایی، طراح جلد و صفحه‌آرا: مونا نظری

اعضای هیأت تحریریه

دکتر بهمن بلوچ: دانشیار دانشگاه میدلسکس لندن (روان‌شناس)

دکتر حمیدرضا پوراعتماد: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر عصمت دانش: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر سیدحسین سلیمی: استاد دانشگاه بقیه‌الله (روان‌شناس)

دکتر شهریار شهیدی: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

دکتر حمید طاهر نشاط‌دوست: استاد دانشگاه اصفهان (روان‌شناس)

دکتر ولی‌الله فرزاد: دانشیار دانشگاه خوارزمی (روان‌شناس)

دکتر محمدعلی گودرزی: استاد دانشگاه شیراز (روان‌شناس)

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی: دانشیار دانشگاه تهران (روان‌شناس)

دکتر محمدعلی مظاهری: استاد دانشگاه شهید بهشتی (روان‌شناس)

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

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)، پرتال جامع علوم انسانی، ESJI

Magiran، Civilica، DOAJ، Noormags، Google Scholar، Linkedin، Academia، Issn portal 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 ۱۵۰ 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/یتالیک 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:** فصلنامه 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 ۲۵ صفحه وزیری (۱۶/۵ × ۲۳/۵) و به‌صورت تایپ‌شده در محیط word باشد.
- برای تایپ متن مقاله از قلم B Nazanin در اندازه ۱۲ استفاده شود.
- تمام ویرگول‌ها، نقطه‌ها و علائم نگارشی بلافاصله پس از کلمات بیاید و بعد از آن یک فاصله ایجاد شود؛ نه برعکس. یعنی نقطه (.)، نقطه ویرگول (؛) و ویرگول (،) به کلمه قبل چسبیده و از کلمه بعدی یک فاصله داشته باشد.
- تمام پانویس‌ها در همان صفحه آورده شود و زیر هر صفحه با شماره ۱ آغاز شود.
- نیم‌فاصله‌ها رعایت شود (برای درج نیم‌فاصله از گرفتن همزمان کلید Ctrl و کلید علامت - باید استفاده کنید) مثلاً، می شود (غلط)/ می‌شود (صحیح) است.
- تمامی اعداد به‌کاررفته در متن و جدول‌ها فارسی باشد.
- مسئولیت حفظ حقوق دیگر مؤلفان 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 ۴ 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 ۱۵۰/۰۰۰ تومان برای هر مقاله‌ای که موضوع آن مرتبط با اهداف فصلنامه و طبق راهنمای نگارش تنظیم شده است و مبلغ ۳۵۰/۰۰۰ 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» و «حق تألیف»، فقط از طریق پایگاه الکترونیکی apsy.sbu.ac.ir به سامانه فصلنامه روان‌شناسی کاربردی 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 سیده سارا آقائی ثابت: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی
۲. دکتر سعید اکبری زردخانه: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۳. دکتر سعید ایمانی: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۴. دکتر شهلا پاکدامن: دانشیار دانشگاه شهید بهشتی
۵. دکتر تقی پورابراهیم: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۶. دکتر سحر پهلوان نشان: دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۷. دکتر فرزین حق نظری: دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۸. دکتر علی خدائی: استادیار دانشگاه پیام نور تهران
۹. دکتر عصمت دانش: استاد دانشگاه شهید بهشتی
۱۰. دکتر عباس ذبیح‌زاده: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۱۱. دکتر یاسر رضاپور میرصالح: استادیار دانشگاه اردکان
۱۲. دکتر علی زاده‌محمدی: دانشیار دانشگاه شهید بهشتی
۱۳. دکتر امید شکری: استادیار دانشگاه شهید بهشتی
۱۴. دکتر سعید قدرتی: دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۱۵. دکتر روح‌الله منصوری سپهر: دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۱۶. دکتر قیصر ملکی: دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۱۷. دکتر وحید نجاتی: استاد دانشگاه شهید بهشتی
۱۸. دکتر مریم هدایتی: دکترا دانشگاه شهید بهشتی
۱۹. دکتر فریدون یاریاری: دانشیار دانشگاه خوارزمی

فهرست عناوین

- بررسی تغییرات روابط موضوعی در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B
گیتی زارعی، اسحق رحیمیان بوگر، آمنه معاضدیان و علی جهان ۱۱-۳۲
- مقایسه کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن بر اختلال اضطراب اجتماعی
حمید اسدی، مسعود محمدی، قاسم نظیری و اعظم داودی ۳۳-۶۱
- مقایسه اثربخشی آموزش هیجان مدار مبتنی بر رویکرد (HMT-LMG) و تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر تمایز یافتگی و حل تعارض والد- نوجوان
راضیه حافظ شعیراف، بهرام علی قنبری هاشم آبادی و فاطمه علیدوستی ۶۳-۸۹
- مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر طلاق
فرزانه منجزی، اسمعیل اسدیپور، محسن رسولی و کیانوش زهراکار ۹۱-۱۱۳
- اثر بخشی برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر استرس والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات برونی‌سازی شده کودک
فرزانه کوثری، پرویز صباحی و شاهرخ مکوند حسینی ۱۱۵-۱۳۹
- ارزیابی نظریه ذهن در طول دوران کودکی: ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شناخت اجتماعی
فاطمه آبادی، علیرضا مرادی، هادی زرافشان، محمدرضا محمدی، میثم صادقی، جواد نژادی و روح‌الله منصوری ۱۴۱-۱۶۵
- نسخه ایرانی مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال: روایی و پایایی در جمعیت عمومی
احمد عسگری‌زاده، شهبلا پاکدامن، مهسا هونجانی و سعید قنبری ۱۶۷-۱۹۱
- تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی در دانشجویان
الهام کوشکی و علی حاجتی ۱۹۳-۲۱۶
- واکاوی مشکلات روان‌شناختی- زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن
سیدجواد سیفی قوزلو، اسماعیل صدری دمیرچی، علی رضایی شریف و علی شیخ‌الاسلامی ۲۱۷-۲۴۳
- علل کاهش خویش‌داری جنسی در جوانان دارای رفتار پرخطر جنسی: یک پژوهش کیفی
بتول ملائی، خدابخش احمدی و عماد یوسفی ۲۴۵-۲۶۵

Research Article

The Study of Changes in Object Relation at Different time Serials Transference Focused Psychotherapy with Cluster B Personality Disorders

G. Zarei^{1*}, I. Rahimian Boogar², A. Moazedian³ & A. Jahan⁴

1. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Email: zarei.psychology@gmail.com
2. Associate Professor of Health Psychology, department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Mahdishahr, Semnan, Iran. Email: i_rahimian@semnan.ac.ir
3. Assistant Professor of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Email: Marjanmoazedian49@gmail.com
4. Department of human science, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Email: Iranalijahan@yahoo.com

Abstract

Aim: The main purpose of this study was to determine the study of changes in object relation at different time serials transference focused psychotherapy with cluster B personality disorders. **Method:** The research method was quasi-experimental. 32 patients with Cluster B Personality Disorders (17 male and 15 female) were selected by the available sampling method. Participants were randomly divided into experimental and control groups. 51 transference-focused psychotherapy sessions (once a week for 45 minutes) were performed for the experimental group. One pre-test and three post-tests (Bell's Object Relation Inventory) were performed for both groups in different periods of treatment and the experimental group had follow-up. Analysis of variance with repeated measures and paired T-test was used in data analysis. **Results:** According to the research findings, transference-focused psychotherapy has an effect on various dimensions of object relations, and these changes have remained stable in the follow-up phase, there were no significant changes between the third stage and follow-up. **Conclusions:** The results of the study showed that the first changes in the insecure attachment were visible earlier than the rest, the changes of alienation happen later than others, this was deeper than others and require a longer time to change, Follow-up results showed that the symptoms improved after treatment, For as much as the treatment of transference-focused psychotherapy led to improved object relation, it can be used as an effective intervention method to improve Personality Disorders with cluster B.

Key words: Object Relation, Personality Disorders, Psychoanalysis, Transference Focused Psychotherapy

Citation: Zarei, G., Rahimian Boogar, I., Moazedian, A., & Jahan, A. (2023). The Study of Changes in Object Relation at Different time Serials Transference Focused Psychotherapy with Cluster B Personality Disorders. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):11-32.

بررسی تغییرات روابط موضوعی در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B

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

۱. دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. ایمیل: zarei.psychology@gmail.com

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

۳. استادیار روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. ایمیل: Marjanmoazedian49@gmail.com

۴. دانشیار گروه علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. ایمیل: Iranalijahan@yahoo.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی تغییرات روابط موضوعی در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B طرح‌ریزی و اجرا شد. **روش:** مطالعه حاضر شبه آزمایشی است. ۳۲ مراجع اختلالات شخصیت خوشه B (۱۷ مرد و ۱۵ زن) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیده، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۵۱ جلسه (یک‌بار در هفته، به مدت ۴۵ دقیقه) درمان معطوف به انتقال به‌صورت فردی در مورد گروه آزمایش اجرا شد. در بازه‌های مختلف درمان یک پیش‌آزمون و سه پس‌آزمون (مقیاس روابط موضوعی بل) برای هر دو گروه اجرا شد و همچنین برای گروه آزمایش بعد از شش ماه پیگیری انجام شد برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از طرح واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون t زوجی استفاده شد. **یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های پژوهش درمان معطوف به انتقال بر ابعاد مختلف روابط موضوعی اثر داشته ($p=0/05$) و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی‌مانده است. **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد طلیعه تغییرات در دلبستگی ناایمن زودتر و در بیگانگی دیرتر از سایر ابعاد قابل مشاهده است و به نظر می‌رسد بیگانگی عمیق‌تر از سایر ابعاد است و به زمان طولانی‌تری برای تغییر نیاز دارد و نتایج پیگیری نشان داد علائم بعد از درمان بهبود پیدا کرده‌اند؛ از آنجایی که درمان معطوف به انتقال موجب بهبود اختلالات شخصیت خوشه B می‌شود، می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر در درمان اختلالات شخصیت بهره برد.

کلید واژه‌ها: اختلال شخصیت، درمان معطوف به انتقال، روابط موضوعی، روانکاو

مقدمه

روابط موضوعی^۱ یک‌راه سمبولیک برای نشان دادن روابط ما با دیگران است، روابط موضوعی بازنمایی ساختارهای شناختی و عاطفی است که در تجربیات درونی ما نهادینه شده‌اند و رفتارهای ما را سازمان‌دهی می‌کنند و جهت می‌دهند (مولین، هل سنرو، گلد، فاربر، ۲۰۱۷). روابط موضوعی همانند یک ابزار برای تشخیص آسیب شخصیت است که درمانگر را قادر می‌سازد تا میزان آسیب شخصیت را تعیین نماید. به‌طور کلی می‌توان گفت روابط موضوعی ظرفیت افراد برای روابط انسانی است (مسگریان، ۱۳۹۵). عدم دستیابی به روابط موضوعی یکپارچه پیش‌بینی‌کننده پیامدهای نامناسب اجتماعی و عاطفی در دوران بزرگسالی از جمله اختلال شخصیت است (درگان، سراکی، زورسکی، ۲۰۲۱). فروید نخستین بار "موضوع" را در خصوص رابطه مادر و فرزند استفاده کرد و آن را وسیله ارضاء سائق توصیف کرد (عینی، نریمانی، عطادخت، بشرپور و همکاران، ۱۳۹۷). نظریه‌پردازان دیگر دیدگاه متفاوتی در برابر موضوع و روابط موضوعی دارند "موضوع" هم به یک شخص واقعی در دنیای بیرونی و هم به تصویر درونی شده آن فرد اشاره دارد (منجم، منیر پور و میرزا حسینی، ۱۳۹۷). کلاین (۱۹۴۵) تشریح کرد در دوران کودکی، تجربه مادر به‌عنوان فردی لذت‌بخش یا ناخوشایند می‌تواند منجر به بازنمایی‌های خوب و بد در کودک شود و این بازنمایی، هسته اصلی ادراک و هیجان کودک به خود و روابط وی می‌شود. وینی کات مراقبت کافی و پاسخ همدلانه مراقبت‌کننده به نیازهای کودک را سبب شکل‌گیری امنیت و اعتماد می‌داند (زارعی، رحیمیان بوگر، معاضدیان و جهان، ۱۳۹۹). بیون (۱۹۶۳) تأکید دارد که وقتی عواطف دردناک کودک توسط مراقبان درک نشود نه تنها سبب رفتار آشفتۀ کودک می‌شود بلکه او را دچار کمبود ظرفیت برای تحمل موقعیت‌های دردناک می‌نماید. کرنبرگ (۱۹۱۵) مطرح کرد که تجارب ناخوشایند کودکی سبب می‌شود که کودک بازنمایی موضوعی مغشوشی را درونی کند که در یکپارچه کردن جنبه‌های خوشایند و ناخوشایند موضوع، مفید نبوده و این روابط موضوعی مغشوش عامل پدید آمدن ایگوی شکننده می‌شوند که ویژگی اصلی سازمان شخصیت مرزی است. اختلالات شخصیت خوشه^۲ B گروهی از اختلالات مزمن، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر هستند که فرد را در روابط بین فردی دچار چالش می‌کنند و از انجام وظایف شخصی و اجتماعی بازمی‌دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ویژگی‌هایی نظیر؛ هیجانی، دمدمی‌مزاج بودن و نمایشی دارند (گنجی، ۱۳۹۹). دلبستگی ناایمن دارند (پورشهریار، عزیزاده و رجایی نیا، ۱۳۹۷).

^۱Object Relation^۲Cluster B Personality Disorder

شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، خودشیفته،^۲ مرزی^۳ و نمایشی^۴ می‌شود (گنجی، ۱۳۹۹) به دلیل مقاومت مبتلایان به اختلال شخصیت برای کنار گذاشتن الگوهای ناکارآمد و فقدان بینش یابی عمیق در درمان‌های شناختی- رفتاری؛ روش‌های درمانی عمیق‌تر و اثربخش‌تر در درمان اختلال شخصیت ضروری به نظر می‌رسد در این راستا رویکردهای روان پویشی معاصر در خصوص ماهیت، علل و روش‌های درمان اختلالات شخصیت تبیین‌های تأثیرگذاری را مطرح نموده‌اند که آخرین نمونه آن را می‌توان درمان معطوف به انتقال^۵ دانست (کلارکین، کین و لینزگر، ۲۰۱۷) مبنای اصلی این درمان کمک به هوشیار شدن بیماران از سازوکارهای دفاعی و تعارضات روان‌شناختی‌شان در قالب تحلیل روابط موضوعی است این روش درمانی بر مسائل جاری زندگی کنونی فرد تأکید دارد (کلارکین، کین و لینزگر، ۲۰۱۷)، کمتر از تفسیرهای رشدی بهره می‌گیرد و مفهوم وسیع‌تری از انتقال را که شامل کلیه واکنش‌های رفتاری، هیجانی و شناختی فرد می‌شود مورد استفاده قرار می‌دهد و ادعای اصلی‌اش ایجاد تغییرات ساختاری در شخصیت بیماران است (رشن، مکوند حسینی، رضایی و طباطبایی، ۱۳۹۶) به‌عنوان یک روش درمانی برای اختلال شخصیت مرزی به تأیید رسیده (دیاموند و هرش، ۲۰۲۰)؛ (کلارکین، کین و لینزگر، ۲۰۱۷)؛ (لوی، کلارکین، یومانس، اسکات و همکاران، ۲۰۰۶)؛ (کرنبرگ، ۲۰۱۸) و بر اساس تئوری روابط موضوعی برای افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (استرن، دیاموند و یومانس، ۲۰۱۷). به‌طور کلی این رویکرد درمانی بر روی آسیب حوزه خود (هویت)، اعتماد به نفس، تنظیم عواطف و عملکرد درونی نظیر (همدلی و صمیمیت) در سطوح مختلف شدت توجه دارد (کالیگور، کلارکین، کرنبرگ و یومانس، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان معطوف به انتقال به‌اندازه رفتاردرمانی دیالکتیک مؤثر بوده است، و همچنین این روش درمانی سبب بهبودی فراتر از تغییر صرف علائم می‌شود؛ در حقیقت تفسیر انتقال منجر به ژرف‌اندیشی و بهبود چشمگیر کارکرد شخصیت می‌شود (فوناگی، لیتن، مولتون - پرکینز، لی، وارن و هوارد، ۲۰۱۶) و در این راستا نتایج فرا تحلیل شدلر نشان داد درمان‌های روان پویشی به‌اندازه درمان‌های مبتنی بر شواهد^۶ اثربخش هستند؛ علاوه بر این بیمارانی که درمان روان پویشی دریافت می‌کنند بهبود ناشی از درمان را حفظ می‌کنند و حتی پس از درمان به بهبود خودشان ادامه می‌دهند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹). مولین و همکاران (۲۰۱۷) گزارش

1 Anti-Social

2 Narcissistic

3 Borderlin

4 Histrionic

5 Transference focused psychotherapy

6 Reflective functioning

7 Evidence based

کرده‌اند روان‌درمانی تحلیلی سبب بهبود عملکرد روابط موضوعی در افراد مبتلابه اختلال شخصیت می‌شود. در این ارتباط هاپریچ، نیلسون، لینکو و البرایت (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند روابط موضوعی بهتر از بد تنظیمی هیجانی، عاطفه منفی و تکانش‌گری می‌تواند علائم اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌نماید.

باتوجه به اهمیت تغییرات روابط موضوعی در ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات شخصیت پژوهش‌های متعددی نظیر پژوهش عینی و همکاران (۱۳۹۷) و مسگریان و همکاران (۱۳۹۶) در این ارتباط صورت گرفته است. پژوهش عینی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد درمان شناختی-تحلیلی سبب بهبود روابط موضوعی در اختلال شخصیت مرزی می‌شود؛ پژوهش مسگریان و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد بین اضطراب اجتماعی با ابعاد روابط موضوعی (خودمیان بینی، بیگانگی، دل‌بستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی) رابطه معنادار وجود دارد. این پژوهش به دنبال پاسخ به سؤالات زیر است:

۱- در چه مرحله‌ای از درمان در ابعاد روابط موضوعی (خودمیان بینی، بیگانگی، دل‌بستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی) اختلالات شخصیت خوشه B تغییر ایجاد می‌شود؟

۲- آیا تغییرات به‌صورت هم‌زمان در این ابعاد صورت می‌گیرد؟

این مطالعه می‌خواهد با پاسخ به سؤالات فوق خلأ پژوهشی حاضر را بررسی نماید. با اجرای پژوهش حاضر شناخت تئوریک ما نسبت به ابعاد روابط موضوعی و تغییرات آن افزایش یافته و می‌تواند منتج به‌کارگیری اثربخش‌تر فنون روان‌درمانی تحلیلی شود.

روش

طرح کلی مطالعه حاضر شبه آزمایشی و از نوع سری‌های زمانی گروه‌های چندگانه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد (بین سنین ۱۸ تا ۵۰ سال) دارای اختلال شخصیت خوشه B مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی ۶ شهر تهران است. صد و پنجاه نفر برای شرکت در پژوهش مراجعه کردند؛ پنجاه نفر با استفاده از مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM-۵ و معیارهای ورود و خروج برای اختلال شخصیت خوشه B انتخاب شدند و از بین این افراد ۳۲ نفر براساس پرسشنامه میلیون ۳ به‌عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند. معیارهای ورود: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت خوشه B، بر اساس مصاحبه بالینی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم (DSM-۵) و پرسش‌نامه میلیون ۳ (نقطه برش بالای ۷۵)، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم استفاده از روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، نداشتن مسمومیت دارویی، نداشتن سوءمصرف مواد در ۶ ماه

گذشته. معیارهای خروج عبارت‌اند از: مبتلا بودن به هرگونه اختلال بارز دیگر به‌جز اختلالات شخصیت خوشه B وجود نشانگان روان‌پریشی، شرکت در هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر بعد از ورود به پژوهش، سوءمصرف یا وابستگی به مواد در هر مرحله از مراحل پژوهش، گزارش هرگونه تلاش برای اقدام به خودکشی در هر زمان از پژوهش، عدم تمایل برای ادامه درمان. لازم به ذکر است سنجش معیارهای ورود و خروج فوق صرفاً براساس خود اظهاری بیماران بوده است. در این راستا نقاط قوت این پژوهش، استفاده از روش یک‌سو کور بوده با این مفهوم که شرکت‌کنندگان از گماردن خودشان به شرایط تجربی یا کنترل بی‌اطلاع بودند، به‌منظور کنترل تأثیر روانی و انتظارات به وجود آمده و تغییرات پیامدی آن، اطلاعاتی در خصوص تعداد جلسات درمانی و زمان اتمام پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده نشده است علاوه بر موارد مذکور از یک مشاور آماری باهدف حفظ بی‌طرفانه بودن نتایج استفاده گردید.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس چندمحوری میلون^۱: این مقیاس توسط تئودور میلون در سال ۱۹۸۱ تهیه‌شده که شامل ۱۷۵ جمله کوتاه برای توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است و ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را ارزیابی می‌کند و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا قابل استفاده است. در ایران شریفی و همکاران این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال اسکیزوئید) گزارش شد. گزارش رحمانی و همکاران (۱۳۹۱) به نقل از عینی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که اعتبار و روایی این آزمون بالاست و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۸ (وابستگی به الکحل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به‌دست آمده است. پس از تکمیل پرسش‌نامه، نمره‌گذاری از طریق نرم‌افزار میلون ۳ انجام شد. تفسیر به روش گام‌به‌گام است و ابتدا شاخص‌های روایی بررسی می‌شود و در صورت معتبر بودن، مقیاس‌های آسیب‌شدید شخصیت و پس از آن الگوهای بالینی شخصیت واریسی می‌شود (شریفی، ۱۳۹۷).

۲. پرسشنامه روابط موضوعی^۲: این پرسشنامه توسط بل، بکر و بیلینگتون در سال ۱۹۸۶ تهیه‌شده است. بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه‌ای است که برای جمعیت بالینی و غیر بالینی استاندارد شده و دارای ۴۵ ماده است که به‌صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می‌شود. همچنین بل و همکاران (۱۹۸۶) گزارش کردند که قادر به تفکیک جمعیت بالینی است و همبستگی بالای آن

1 Milon Clinical Multiaxial Inventory

2 Bell Object Relations Scale

با دیگر ابزارهای سنجش آسیب‌پذیری روانی، اعتبار هم‌زمان^۱ قابل قبولی را برای آن برآورد نموده‌اند. برآورد همسانی درونی^۲ از طریق ضریب آلفا و ضریب دونیمه سازی اسپیرمن براون، برای چهار خرده مقیاس روابط موضوعی در دامنه‌ای میان ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. بررسی مقدماتی روایی و پایایی آن در ایران توسط هادی نژاد، طباطباییان و دهقانی (۱۳۹۳) صورت گرفته و نتایج پژوهش مسگریان، آزاد فلاح، فراهانی و قربانی (۱۳۹۶) نشان داد اعتبار عوامل پرسشنامه را با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۶۶-۰/۷۷ ضریب اعتبار دونیمه ۰/۷۷/۶۰-۰/۷۶ و تتای ترتیبی کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد و همچنین پژوهش آن‌ها نشان داد روابط موضوعی بل از روایی و اعتبار لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی با نمونه ایرانی دارا می‌باشد.

۳. درمان معطوف به انتقال: از نظریه کرنبرگ نشأت می‌گیرد و مبتنی بر نظریات روابط موضوعی است. یک روش عمیق بررسی ذهن است که دارای مؤلفه‌های کلیدی نظیر ارزیابی جامع، توسعه و حفظ یک چارچوب درمانی و یک فرایند تفسیری طراحی شده به منظور کشف دفاع بیماران است (رونینگستام، ۲۰۱۸). فنون مورد استفاده درمان عبارت‌اند از: تفسیر، تحلیل انتقال، بی‌طرفی فنی و انتقال متقابل. درمان معطوف به انتقال درمانی روان تحلیلی است که باعث یکپارچه شدن عاطفه، فکر و رفتار می‌شود (کلارکین، کین و لینزویگر، ۲۰۱۷) راهنمای گام‌به‌گام با دستور جلسه مشخص ندارد اما می‌توان فرایند اجرای آن را بر اساس منابع موجود، یومانس، کلارکین و کرنبرگ (۲۰۱۵) به سه مرحله (اولیه، میانی و پیشرفته) تقسیم کرد. محتویات هر مرحله به شرح ذیل است:

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

مرحله میانی (۱۶ جلسه): مشاهده و تفسیر پیوند بین دوتایی‌های روابط موضوعی که دفاعی علیه یکدیگر هستند، کشف و بررسی روابط موضوعی درونی دفاعی و مقاومت، شناسایی اضطرابی

1Concurrent validity

2Internal consistency

که باعث برانگیختن دفاع و انگیزش تعارضی زیربنایی می‌شود، تحلیل مقاومت، تحلیل منش، کشف و تحلیل نظام‌دار روابط موضوعی تعارضی، تفسیر و حل‌وفصل تعارض‌های شناسایی‌شده (تفسیر از سطح به عمق) و یکپارچه‌سازی روابط موضوعی تعارضی در تجربه‌هشیار بیمار. مرحله پیشرفته (۱۶ جلسه) : بررسی سایر روابط مهم بیمار، تحلیل جدایی‌ها در طول مدت درمان، حل‌وفصل اضطراب‌های فعال‌شده و تحلیل واکنش‌های افسرده وار به انتهای درمان، سوگواری برای ازدست‌دادن نسخه ایدال آنچه امیدوار بودند، در درمان انجام شود.

شیوه اجرا

در فرایند اجرای پژوهش پس از اخذ کد اخلاق (IR:IAU.SEMNAN.REC/۱۳۹۹/۰۰۳) هماهنگی لازم با مدیریت کلینیک صورت گرفت. مداخله شامل ۵۱ جلسه فردی است که به مدت یک سال، یک‌بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد و مدت‌زمان هر جلسه درمانی (۴۵ دقیقه) است و شش ماه بعد از پایان درمان پیگیری برای گروه آزمایش انجام شد. لازم به ذکر است قبل از شروع درمان پیش‌آزمون و بعد از جلسات ۱۹، ۳۵ و ۵۱ پس‌آزمون‌ها اجرا شد و بعد از ۶ ماه پیگیری انجام شد بعد از اتمام پژوهش به گروه کنترل ۸ جلسه درمان معطوف به انتقال به‌صورت فردی ارائه شد.

تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار spss22 انجام پذیرفت. از طرح واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون t زوجی استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از ۳۲ شرکت‌کننده ۱۰ نفر اختلال شخصیت مرزی، ۸ نفر اختلال شخصیت خودشیفته، ۶ نفر اختلال شخصیت نمایشی و ۸ نفر دارای همبود اختلالات شخصیت خوشه B بودند. دو نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش بعد از پس‌آزمون اول از مطالعه حذف شدند (یک نفر به دلیل عدم تمایل جهت ادامه درمان و یک نفر به خاطر سوء‌مصرف مواد مخدر).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک برحسب گروه‌های آزمودنی

متغیر	گروه	فراوانی (آزمایش)	فراوانی نسبی (%)	فراوانی (کنترل)	فراوانی نسبی (%)	کای دو	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۹	۵۶/۳	۸	۵۰	۰/۱۲	۰/۷۲
	زن	۷	۴۳/۸	۸	۵۰		
وضعیت تاهل	مجرد	۶	۳۷/۵	۴	۲۵	۰/۵۲	۰/۷۴
	متاهل	۵	۳۱/۳	۶	۳۷/۵		
	مطلقه	۵	۳۱/۳	۶	۳۷/۵		
سطح تحصیلات	دیپلم	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳	۰/۱۹	۰/۸۹
	لیسانس	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵		
	بالتر از لیسانس	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳		
وضعیت اقتصادی/ اجتماعی	ضعیف	۶	۳۷/۵	۷	۴۳/۸	۰/۲۲	۰/۸۷
	متوسط	۷	۴۳/۸	۷	۴۳/۸		
	خوب	۳	۱۸/۸	۲	۱۲/۵		
سن	۲۹-۱۸	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳	۰/۱۸	۰/۹۱
	۳۹-۳۰	۶	۳۷/۵	۷	۴۳/۸		
	۴۹-۴۰	۵	۳۱/۳	۴	۲۵		

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود دو گروه آزمایش و کنترل از منظر مشخصات جمعیت‌شناسی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی) تفاوت آماری معناداری نداشتند.

جدول ۲. میانگین نمرات ابعاد روابط موضوعی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر وابسته	میانگین مراحل درمانی			
		پیش‌آزمون	مرحله اول	مرحله دوم	مرحله سوم
آزمایش	خودمیان بینی	۶۲/۸۱	۶۲/۲۵	۶۰/۵۷	۵۷/۵۰
	بیگانگی	۶۳/۶۸	۶۳/۰۶	۶۱/۶۴	۵۸/۱۴
	دلبستگی ناایمن	۶۱/۰۶	۶۰/۵۶	۵۸/۳۵	۵۵/۳۵

بی‌کفایتی اجتماعی	۵۹/۸۱	۵۹/۵۰	۵۶/۷۱	۵۲/۵۰	۵۲/۷۸
خودمیان بینی	۶۳/۶۲	۶۳/۵۶	۶۳/۳۷	۶۳/۵۰	-
بیگانگی	۶۳/۳۱	۶۳/۲۵	۶۳/۲۵	۶۲/۷۵	-
دل‌بستگی نایمن	۶۱/۹۳	۶۱/۸۱	۶۱/۸۱	۶۱/۵۶	-
بی‌کفایتی اجتماعی	۵۸/۹۳	۵۸/۶۸	۵۸/۶۲	۵۸/۵۶	-

بر اساس نتایج جدول شماره (۲) میانگین نمرات ابعاد روابط موضوعی با افزایش تعداد جلسات مداخله، روند کاهشی دارد بر این اساس بیشتر تغییرات بعد از مرحله دوم قابل مشاهده است.

جدول ۳. آزمون‌های چند متغیره اثر تعاملی متغیر مستقل بر حسب ابعاد روابط موضوعی

ساختار شخصیت	اثر	آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معناداری	توان اتا
خود میان بینی		اثر پیلای	۰/۸۹	۷۷/۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸
		لاندا	۰/۱۰	۷۷/۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸
بیگانگی دل‌بستگی نایمن بی‌کفایتی	زمان - گروه آزمودنی	اثر پیلای	۰/۸۶	۵۶/۳	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸
		لاندا	۰/۱۳	۵۶/۳	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸
		اثر پیلای	۰/۸۵	۵۱/۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸
		لاندا	۰/۱۴	۵۱/۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸
		اثر پیلای	۰/۶۴	۱۵/۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶
		لاندا	۰/۳۵	۱۵/۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶

نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که برای بررسی پیش فرض برابری واریانس خطا در بین آزمودنی‌ها، آزمون لون اجرا گردید. براین اساس سطح معنی‌داری برخی از ابعاد ساختار شخصیت دارای واریانس خطای یکسان نمی‌باشند. در عمل با توجه به تعداد تقریباً برابر گروه‌ها، تحلیل واریانس در مقابل برقرار نبودن فرض برابری واریانس خطا توانمند است. به‌منظور آزمون فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته از آزمون ام. باکس استفاده گردید. با توجه به مقدار F و سطح معنی‌داری مشاهده گردید که ماتریس کوواریانس مربوط به متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها در مراحل مختلف برابر نیست. براین اساس شاخص لاندا و لیکز که به این عامل کمتر وابسته است نیز گزارش شده است. بر اساس نتایج آزمون لاندا و لیکز و سطح معنی‌داری، اثرات متقابل زمان و عضویت در گروه‌های آزمودنی بر روی متغیر وابسته ابعاد روابط موضوعی معنی‌دار است.

جدول ۴. نتایج بررسی آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها برحسب ابعاد روابط موضوعی

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان اتا
زمان / خودمیان	زمان	۱۲۰/۵	۲/۳	۵۱/۹	۱۲۸/۵	۰/۰۱	۰/۸
زمان * آزمودنی	زمان	۱۱۰/۵	۲/۳	۴۷/۶	۱۱۷/۹	۰/۰۱	۰/۸
خطا	خطا	۲۶/۲	۶۴/۹	۴۰/۴			
زمان / بیگانگی	زمان	۱۶۰/۴	۱/۵	۱۰۶/۱	۸۶/۳	۰/۰۱	۰/۷
زمان * آزمودنی	زمان	۱۰۵/۵	۱/۵	۷۵	۵۶/۷	۰/۰۱	۰/۶
خطا	خطا	۵۲	۳/۳	۱/۳			
زمان / دلبستگی ناایمن	زمان	۱۲۵/۴	۱/۵	۸۰/۹	۵۴/۱	۰/۰۱	۰/۶
زمان * آزمودنی	زمان	۹۵/۵	۱/۵	۶۱/۶	۴۱/۴	۰/۰۱	۰/۵
خطا	خطا	۶۴/۸	۴/۴	۱/۴			
زمان / ای کفایتی	زمان	۲۱۳/۷	۱/۲	۱۶۴/۷	۴۲/۳	۰/۰۱	۰/۶
زمان * آزمودنی	زمان	۱۸۱/۴	۱/۲	۱۳۹/۸	۳۵/۹	۰/۰۱	۰/۵
خطا	خطا	۱۴۱/۳	۳۶/۳	۳/۸			

نتایج جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر آزمون پیش‌فرض مورد استفاده آزمون کرویت ماچلی است، در آزمون کرویت بر اساس سطح معناداری ($\text{sig} < 0/05$) برای کلیه متغیرهای وابسته مورد بررسی فرض کرویت مبنی بر همخوانی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل شده نرمال با یک ماتریس همانی رد شده و در نتیجه از آزمون جایگزین اسپیلون گرین هاوس - گیسر برای بررسی فرضیه ارائه شده استفاده گردید. باتوجه به سطح معنی‌داری آزمون گرینهاوس می‌توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمرات ابعاد روابط موضوعی در حداقل دو بازه زمانی وجود دارد.

جدول ۵. نتایج بررسی آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها برحسب ابعاد روابط موضوعی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آتا
خودمیان بینی	ثابت	۴۶۰۵۳/۹	۱	۴۶۰۵۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۹
	گروه	۲۴۳/۴	۱	۸/۶	۰/۰۰۷	۰/۲
	خطا	۷۸۹/۵	۲۸			
اثرات بین گروهی	ثابت	۴۶۴۵۱/۱	۱	۳۱۲۸/۳	۰/۰۰۱	۰/۹
	گروه	۷۳/۵	۱	۴/۹	۰/۰۴۳	۰/۱
	خطا	۴۱۵/۶	۲۸			
آزمودن ی	ثابت	۴۳۱۷۱/۵	۱	۴۳۱۷۱/۵	۰/۰۰۱	۰/۹
	گروه	۳۳۲/۱	۱	۱۳/۶	۰/۰۰۱	۰/۳
	خطا	۶۸۲/۵	۲۸			
بی‌کفایتی اجتماعی	ثابت	۳۹۷۷۲/۱	۱	۱۵۸۳/۰	۰/۰۰۱	۰/۹
	گروه	۱۲۰/۲	۱	۴/۷	۰/۰۳۷	۰/۱
	خطا	۷۰۳/۱	۲۸			

در جدول شماره (۵) جدول آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها مهم‌ترین نتایج برای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بوده و معنی‌داری کل مدل و همچنین تأثیر جداگانه متغیر مستقل (عضویت در گروه آزمودنی) بر متغیر وابسته (ابعاد ۴ گانه) روابط موضوعی را نشان می‌دهد. باتوجه به سطح معناداری ($\text{sig} < 0/05$) متغیر مستقل عضویت در گروه آزمودنی اثر معناداری بر میانگین نمرات روابط موضوعی دارند، به عبارت دیگر میانگین نمرات ابعاد روابط موضوعی در بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج برآورد پارامترها برحسب ابعاد روابط موضوعی

متغیر وابسته	پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	ضریب پارهای آتا
خودمیان بینی پیش		-۱/۰۵	۰/۹۷	-۱/۰۷	۰/۲۹	-۳/۰۵	۰/۰۴
		-۱/۵۶	۱/۰۲	-۱/۵۵	۰/۱۳	-۳/۶۱	۰/۰۸
		-۲/۸۰	۱/۰۲	-۲/۷۲	۰/۰۱	-۴/۹۱	۰/۲۱
		-۶	۰/۹۲	-۶/۳۷	۰/۰۱	-۷/۹۳	۰/۵۹
بیگانگی مرحله پیش		۰/۲۵	۰/۷۶	۰/۳۳	۰/۷۳	-۱/۳۱	۰/۰۴
		-۰/۳۲	۰/۷۴	-۰/۴۳	۰/۶۶	-۱/۸۴	۰/۰۷
		-۱/۶۰	۰/۸۱	-۱/۹۶	۰/۰۶	-۳/۲۸	۰/۱۲

بیگانگی سوم						
۰/۶۴	-۳/۲۷	-۵/۹۴	۰/۰۱	-۷/۰۷	۰/۶۵۱	-۴/۶۰
۰/۱۰	۰/۲۶	-۳/۵۷	۰/۰۸	-۱/۷۶	۰/۹۳	-۱/۶۲
۰/۱۴	-۰/۱۱	-۳/۹۴	۰/۰۳	-۲/۱۶	۰/۹۳	-۲/۰۲
۰/۳۲	-۱/۵۳	-۵/۳۷	۰/۰۱	-۳/۶۸	۰/۹۳	-۳/۴۵
۰/۵۹	-۴/۲۱	-۸/۱۹	۰/۰۱	-۶/۳۹	۰/۹۷	-۶/۲۰
بی کفایتی پیش						
۰/۰۰	۱/۷۳	-۱/۷۵	۰/۹۹	-۰/۰۱	۰/۸۵	-۰/۰۹
۰/۰۰	۱/۶۴	-۱/۷۳	۰/۹۵	-۰/۰۵	۰/۸۵	-۰/۰۴
۰/۱۲	۰/۰۴	-۳/۸۶	۰/۰۱	-۲/۰۱	۰/۹۵	-۱/۹۱
۰/۴۳	-۳/۳۷	-۸/۷۴	۰/۰۱	-۴/۶۲	۱/۳۱	-۶/۰۶
بی کفایتی سوم						

*در جدول در ستون پارامتر گروه کنترل به عنوان رفرنس مورد استفاده و مقایسه قرار گرفته است.

همان‌گونه که جدول شماره (۶) نشان می‌دهد پارامترهای برآورد کننده اثر هر پیش‌بینی کننده را، بر روی متغیرهای وابسته نشان می‌دهد. بدین معنی که مقادیر شاخص B (بتا) در گروه آزمایش نشان می‌دهد که با داشتن دو فرد معین با نمرات مشابه در هر کدام از ابعاد روابط موضوعی، شما می‌توانید انتظار داشته باشید که پس از اجرای برنامه درمانی نمرات ابعاد روابط موضوعی فرد شرکت‌کننده گروه آزمایش به میزان مقدار بتا کمتر (نشان‌دهنده بهبود) از فرد گروه کنترل باشد. در پژوهش حاضر، در تمام ابعاد روابط موضوعی به‌جز بعد دلبستگی ناایمن انتظار می‌رود از مرحله دوم درمان تغییرات کاهشی آغاز گردد. علاوه بر این در تمام ابعاد روابط موضوعی انتظار می‌رود نمرات کسب‌شده در گروه آزمایش در مرحله سوم درمان کمتر از گروه کنترل باشد.

جدول ۷. آزمون مقایسه‌های زوجی

سطح معناداری	تفاوت‌های زوجی									
	df	t	۹۵ درصد فاصله اطمینان تفاوت‌ها		میانگین	انحراف	میانگین			
			حد	حد	خطای	معیار				
			پایین	بالا	استاندارد					
۰/۰۸	۱۳	-۱/۸	۰/۰۳	-۰/۴۶	۰/۱۱	۰/۴۲	-۰/۲۱	خودمیان بینی ۳ و پیگیری	زوج ۱	دره قارون

زوج ۲	بیگانگی ۳ و پیگیری	-۰/۲۱	۰/۴۲	۰/۱۰	-۰/۴۵	۰/۰۳	-۱/۸	۱۳	۰/۰۸
زوج ۳	دلبستگی ناایمن ۳ و پیگیری	-۰/۲۱	۰/۵۷	۰/۱۵	-۰/۵۴	۰/۱۱	-۱/۳	۱۳	۰/۱۸
زوج ۴	بی‌کفایتی ۳ و پیگیری	-۰/۲۸	۰/۶۱	۰/۱۶	-۰/۶۳	۰/۰۶	-۱/۷	۱۳	۰/۱۰

به‌منظور بررسی میزان پایداری تغییرات انجام‌شده در ابعاد مختلف روابط موضوعی از آزمون مقایسه زوجی استفاده شد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول (۷) تفاوت معناداری از لحاظ آماری بین میانگین نمرات کسب‌شده در ابعاد روابط موضوعی در گروه آزمایش در فاصله مرحله آخر درمان و پیگیری شش‌ماهه انجام پذیرفته وجود ندارد ($p>0/05$). لازم به ذکر است که به‌طور متوسط نمرات ابعاد مختلف روابط موضوعی با ۹۵ درصد فاصله اطمینان در مرحله آخر (۰/۲۳) واحد کمتر از نمرات به‌دست‌آمده در پیگیری ۶ ماهه بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تغییرات ابعاد روابط موضوعی (بیگانگی^۱، دلبستگی ناایمن^۲، خود میان بینی^۳ و بی‌کفایتی اجتماعی^۴) در بیماران دارای اختلالات شخصیت خوشه B است. لازم به ذکر است طی بررسی‌های انجام‌شده در ادبیات پژوهشی، مطالعاتی مشابه این تحقیق، باهدف انجام مقایسه یافت نشد. بررسی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان معطوف به انتقال در گروه آزمایش باعث بهبود ابعاد روابط موضوعی می‌شود. در خصوص اثربخشی درمان معطوف به انتقال در کاهش دلبستگی ناایمن پژوهش‌هایی وجود دارد که نتایج آن‌ها همسو با پژوهش حاضر است (دیاموند و هرش، ۲۰۲۰)؛ (کلارکین، کین و لینزگر، ۲۰۱۷)؛ (لوی و همکاران، ۲۰۰۶)؛ (کرنبرگ، ۲۰۱۸)؛ (استرن، دیاموند و یومانس، ۲۰۱۷)؛ (کالیگور و همکاران،

¹Alienation

³Egocentricity

²Insecure Attachment

⁴Social Incompetence

۲۰۱۸). در دلبستگی ناایمن، افراد در خصوص دوست‌داشتنی بودن خود و پذیرفته شدن توسط دیگران نگرانی دارند، جدایی، فقدان و تنهایی برایشان قابل‌تحمل نیست (دی بل، ۱۹۸۶). این بعد تنها بعدی است که در مرحله اول درمان تغییرات معنی‌دار در آن مشاهده شد. می‌توان گفت بعد موردنظر نسبت به سایر ابعاد سطحی‌تر است و یا طلیعه‌های تغییرات در آن نسبت به سایر ابعاد زودتر نمایان می‌شود. رابطه بیمار و درمانگر اساس آن چیزی است که روان‌درمانی تحلیلی را تعریف می‌نماید. این فرایند در تبادلات اجتماعی و اعتماد به دیگران نقش اساسی دارد (کاسیدی و فیلیپ، ۲۰۱۶) و وقتی بیمار در محیط امن درمان به این باور می‌رسد که بر محیط خود تأثیر دارد و می‌تواند آن را کنترل کند این دستاورد می‌تواند طلیعه شکل‌گیری دلبستگی ایمن شود.

همچنین نتایج دیگر این پژوهش نشان می‌دهد که بعد از پنجاه و یک جلسه درمان، تغییرات معناداری در این بعد بیگانگی مشاهده شد این یافته همسو با پژوهش مسگریان (۱۳۹۵) است. افرادی که نمرات بالایی در بعد بیگانگی کسب می‌کنند گرایش به ناراضی در روابط دارند و مشکلات جدی در صمیمیت را تجربه می‌نمایند (دی بل، ۱۹۸۶). می‌توان این یافته را به این صورت تبیین کرد که بیگانگی نسبت به سایر ابعاد روابط موضوعی عمیق‌تر است. وقتی بیماران در جلسات درمان خشم خود را ابراز می‌کنند و توانمندی‌ها و اهداف خود را می‌شناسند این موضوع می‌تواند موجب آمادگی افراد برای برقراری ارتباط صمیمی و بالغانه با افراد دیگر گردد. یکی دیگر از نتایج این مطالعه این است که در بعد خودمیان بینی بعد از سی‌وپنج جلسه درمان، تفاوت معناداری مشاهده شد. در بعد خود میان بینی افراد دارای نمرات بالا، دیگران را تنها در رابطه با خود درک می‌کنند و البته از دیگران برای رسیدن به اهداف خود استفاده می‌کنند (دی بل، ۱۹۸۶). در این ارتباط می‌توان گفت فرض اساسی رویکرد روابط موضوعی این است که تصاویر اولیه و ادراک از خود و دیگران در روان ما باقی می‌ماند و چگونگی احساس ما به خود و دیگران را شکل می‌دهد (پور شهریار، علیزاده و رجایی نیا، ۱۳۹۷) تغییر ادراک می‌تواند سبب کاهش خود میان بینی در بیماران گردد.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه این است که بعد از سی‌وپنج جلسه درمان در نمرات بی‌کفایتی اجتماعی تغییر معنادار ایجاد شد. که کسب نمرات بالا در بعد بی‌کفایتی اجتماعی به معنی شرم، عصبی بودن و عدم قطعیت در مقابل جنس مخالف است (دی بل، ۱۹۸۶).

نظریه پردازان روابط موضوعی تأکید دارند وقتی روابط موضوعی نامنسجم و ناقص درونی شود خشم درونی شده به خود و موضوع‌ها در فرد ایجاد می‌شود (ذررانی، برماس و ثابت، ۱۳۹۹). این خشم درونی به موضوع‌ها باعث می‌شود فرد در روابط بین فردی دچار بی‌کفایتی اجتماعی گردد. در نمایش روان تحلیلی فرض بر این است که درک و همدلی عواطف دردناک بیماران در افزایش ظرفیت تحمل این عواطف و توانایی تسکین دادن آن‌ها توسط خود بیماران می‌شود (بیون، ۱۹۶۳). علاوه بر این حضور درمانگر به عنوان موضوع همدلی کننده و نگهدارنده^۱ کافی باعث افزایش ظرفیت روابط موضوعی گردیده و بیماران با درونی کردن ظرفیت تسکین تحمل درد و توانایی تسکین دادن خود از طریق ارتباط درمانی با درمانگر به بهبود روابط موضوعی دست می‌یابند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹).

نتایج پیگیری نشان داد که اثر درمان پایدار است که این یافته با نتایج مطالعه فوناگی و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. از نظر پدیدآورندگان درمان معطوف به انتقال، این روش درمانی سبب ژرف‌اندیشی (توانایی بازنمایی خود و دیگران در قالب نگرش‌ها، هیجان‌ها و انگیزش‌ها) می‌شود و درواقع در طول درمان در نتیجه دعوت درمانگر از بیمار برای شفاف‌سازی مفاهیم پنداره‌های خود و دیگران، رویارو کردن بیمار با ناهماهنگی‌ها، کمک به یکپارچه کردن بازنمایی‌های پیچیده از خود و دیگران از طریق تعبیر اینجا و اکنون سبب ژرف‌اندیشی می‌شود (یومانس، کلارکین و کرنبرگ، ۲۰۱۵).

زمان رسیدن به مرحله پیشرفته برای هر بیمار متفاوت است برخی از بیماران در مدت یک سال به این مرحله می‌رسند. مخصوصاً بیمارانی که ویژگی ضداجتماعی و خودشیفته کمتری دارند و بعضی از بیماران به زمان طولانی‌تر و بیش از یک سال نیاز دارند (خورانیان، بخشی پور رودسری، محمودعلیلو و هاشمی، ۱۳۹۷).

درمان معطوف به انتقال به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای غیرمنطقی ناهشیار را که اغلب زیربنای علائم رفتاری است درک نماید. وقتی این رفتار و احساسات وارد هوشیاری شوند، این درک به بیماران کمک می‌کند بر جنبه‌هایی از خود و نیز تعارضات درونی که قبلاً کنترل ناهشیاری بر روی احساسات و رفتار بیمار اعمال می‌کرد، تسلط پیدا کنند (رشن و همکاران، ۱۳۹۶). براین اساس درمان معطوف به انتقال می‌تواند درمانی مؤثر برای تغییر روابط موضوعی در اختلالات شخصیت خوشه B باشد. درواقع وقتی بیمار و درمانگر کارکردهای یک رابطه موضوعی

1 Container

خاص را درک می‌کنند؛ سایر الگوهای رابطه درونی شده نیز مشخص می‌شود و فرایند فعال‌سازی، اجرا و تفسیر یک تعارض خاص و ارتباط دادن روابط موضوعی مختلف به آن به بیمار کمک می‌کند شناخت عمیق‌تر و ازلحاظ هیجانی معنادارتری به خود پیدا کند. همچنین باعث می‌شود فرد مسئولیت تجربه درونی خود را که قبلاً سرکوب، دوپاره، گسسته و انکار می‌کرد بپذیرد درنهایت این فرایند سبب تعدیل روابط موضوعی دردناک می‌شود و این امر سبب بهبود اختلالات شخصیت می‌شود (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان به‌منظور بهبود روابط موضوعی و درمان اختلالات شخصیت خوشه B می‌توان به روان‌شناسان و روان‌پزشکان استفاده از روش مداخله معطوف به انتقال را در درمان اختلالات شخصیت خوشه B پیشنهاد کرد.

پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بوده است. این پژوهش بر روی بیماران دارای اختلال شخصیت خوشه B کلینیک منطقه ۶ صورت گرفت و تعمیم‌یافته‌ها به جوامع دیگر می‌بایست با احتیاط صورت گیرد. با توجه به دستورالعمل‌های اجرایی و لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی در دوران همه‌گیری بیماری کرونا، ارتباط رودررو با کلیه بیماران ممکن نبود و اکثر جلسات به‌صورت مجازی برگزار شد. این امر ممکن است بر روی مشارکت آنان در درمان و همچنین تکمیل پرسشنامه تأثیر گذاشته باشد و میزان تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش داده باشد. در راستای افزایش تعمیم‌پذیری، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی بیماران دارای اختلال شخصیت خوشه B سایر استان‌ها به‌صورت درمان حضوری اجرا شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی نظیر: اخذ رضایت آگاهانه و رازداری رعایت شد، و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد و به شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان اختیار کامل داده شد. همچنین پس از اتمام پژوهش به گروه کنترل ۸ جلسه درمان معطوف به انتقال ارائه شد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از آزمودنی‌هایی که در این پژوهش شرکت داشتند تشکر می‌کنیم.

مشارکت نویسندگان

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

تعارض منافع

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

منابع

- انجمن روان‌پزشکی امریکا. (۱۳۹۵). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم DSM-5*. ترجمه: رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت و شاملو، فرهاد. تهران: انتشارات ارجمند [انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۳]
- پور شهریار، حسین، علی زاده، حسین. و رجایی نیا، کاظم. (۱۳۹۷). تجربه آزار هیجانی کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگ‌سالی: نقش واسطه سبک‌هایی دلبستگی و تنظیم هیجانی، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، شماره ۲۴ (۲) ۱۶۳-۱۵۳ [پیوند]
- خوریانیان، مهدی، بخشی پور رودسری، عباس، محمودعلیلو، مجید. و هاشمی، تورج. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی انتقال محور بر کنش تأملی و کاهش نشانه شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۴ (۴۰): ۵۸ - ۴۵ [پیوند]
- دی بل، موریس. (۱۳۹۸). *آزمون بل برای ارزیابی روابط موضوعی واقعیت آزمایی* ترجمه: هادی‌نژاد، حسن و طباطباییان، مریم. تهران: انتشارات آزمونبار پویا [انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۸۶]
- ذررانی، ایران، برماس، حامد. و ثابت، مهرداد. (۱۳۹۹). همبستگی ترومای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی با میانجیگری درد روانی و روابط موضوعی، *مدیریت ارتقای سلامت*. ۹ (۳): ۴۸-۳۵ [پیوند]
- رشن، شهرزاد، مکوند حسینی، شاهرخ، رضاعی، علی محمد. و طباطبایی، سید موسی. (۱۳۹۶). تأثیر روان‌درمانی پویشی بلندمدت کرنبرگ بر ساختار شخصیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته. *مجله روانشناسی بالینی*. ۴ (۳۶): ۱-۱۲ [پیوند]
- زارعی، گیتی، رحیمیان بوگر، اسحق، معاضدیان، آمنه. و جهان، علی. (۱۳۹۹). بهبود اختلال شخصیت مرزی در بازه‌های زمانی درمان معطوف به انتقال: گزارش موردی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۳۱ (۴): ۲۶۶-۲۵۵ [پیوند]
- زارعی، گیتی، رحیمیان بوگر، اسحق، معاضدیان، آمنه. و جهان، علی. (۱۳۹۹). تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B، *فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*. ۱۴ (۴ پیاپی ۵۶): ۴۹۷-۴۷۳ [پیوند]

شریفی، علی اکبر. (۱۳۹۷). *راهنمای ام. سی. ام. ای (میلون ۳)*. تهران: روان‌سنجی عینی، ساناز، نریمانی، محمد، عطا دخت، اکبر، بشر پور، سجاد، و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی بر قدرت ایگو روابط موضوعی افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۹، ۱-۱۱: [پیوند]

گنجی، مهدی. (۱۳۹۹). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان محمود علیلو، مجید، هاشمی نصرت‌آباد، تورج. و کریم‌پور وظیفه خورانی، علیرضا. (۱۳۹۷). نقش تکانش‌گری، حساسیت به پاداش و بی‌لذتی در تمایز گذاری میان افراد دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و افراد عادی، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۴ (۲) ۱۵۲-۱۳۹ [پیوند]

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

مسگریان، فاطمه، آزاد فلاح، پرویز، فراهانی، حجت اله. و قربانی، نیما. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس روابط موضوعی، *روان‌شناسی بالینی*، ۱۵، ۲، ۲۹، ۲۰۴-۱۹۳ [پیوند]

منجم، عارفه، منیر پور، نادر. و میرزا حسینی، حسن. (۱۳۹۷). روابط ساختاری سازمان‌یافتگی شخصیت، مکانیزم‌های دفاعی و روابط موضوعی با الگوی مرضی خوردن، *روان‌شناسی بالینی*، سال دهم، ۲ (۳۸) ۱-۱۴ [پیوند]

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

- Bion, W. (1963) *Elements of Psychoanalysis*. New York: Basic Books
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. [Link]
- Cassidy, J., Phillip, R. (2016) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application*. New York: Guilford Press, 2016.
- Clarkin, JF., Cain, NM., Lenzenweger, M. (2017). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Curr Opin Psychol*; 21:80-5. [Link]
- Diamond, D., Hersh, RG. (2020). Transference-Focused Psychotherapy for Narcissistic Personality Disorder: An Object Relations Approach. *J Pers Disord*;34(Supplement):159-76. [Link]
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A. Lee, YW., Warren, F., Howard, S., et al. (2016). Development and validation of a self-report measure of

- mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One.*; 11(7): e0158678. [\[Link\]](#)
- Huprich, S.K., Nelson, S.M., Lenqu, K., & Albright, J. (2017). Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Journal of Personality Disorders*, 8(1): 46-53. [\[Link\]](#)
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders: Resolution of aggression and recovery of eroticism*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. [\[Link\]](#)
- Kernberg, OF, (2015). *Borderline (patient) personality. 2nd ed: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*.
- Klein M. (1945) *The Oedipus complex in the light of early anxieties*. In *Contributions to Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Levy, KN., Clarkin, JF., Yeomans, FE., Scott, LN., Wasserman, RH., Kernberg, OF. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J. Clin. Psychol.*; 62(4): 481-501. [\[Link\]](#)
- Mullin, A.S.J, Hilsenroth, MJ., Gold, J., Farber, BA. (2017). changes in object relations over the course of psychodynamic psychotherapy. *clin Psychol psychother.* 2017; 24:501-11. [\[Link\]](#)
- Ramos, V, Canta, G., de Castro, F., Leal, I. (2016). The relation between attachment, personality, internalizing, and externalizing dimensions in adolescents with borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2016;80(3):213-33. [\[Link\]](#)
- Ronningstam, E. (2018). NPD basics. Unpublished manuscript. *McLean Hospital Medical School*. [\[Link\]](#)
- Stern, BL., Diamond, D., Yeomans, FE. (2017). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality: Engaging patients in the early treatment process. *Psychoanalytic Psychology.*;34(4):381-96. [\[Link\]](#)
- Svrakic DM and Zorumski CF (2021) Neuroscience of Object Relations in Health and Disorder: A Proposal for an Integrative Model. *Front. Psychol.* 12:583743. doi: 10.3389/fpsyg.2021.583743[\[Link\]](#)

مقیاس روابط موضوعی بل

پاسخ دهنده گرمی، لطفاً هر عبارت را به دقت بخوانید، سپس پاسخ خود را علامت بزنید. پاسخ را بر طبق آخرین تجربه خود انتخاب کنید. اگر عبارتی در مورد شما صدق می کند، روی کلمه درست علامت بزنید. اگر عبارتی در مورد شما صدق نمی کند، روی کلمه نادرست علامت بزنید. لطفاً به هر عبارت فقط یک پاسخ دهید و هیچ عبارتی را بدون پاسخ نگذارید.

- ۱) حداقل یک رابطه پایدار و رضایت بخش دارم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲) همواره وقتی کسی از من خوش نیاید، سعی بیشتری می کنم تا برای او خوب جلوه کنم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳) می خواهم برای همیشه در خلوت خودم باشم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۴) گاهی پیش می آید که هفته ها از دیگران فاصله گرفته و با کسی صحبت نمی کنم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۵) معمولاً نزدیک ترین کسانم را در نهایت آزرده خاطر می کنم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۶) اطرافیانم با من بیشتر مانند یک کودک رفتار می کنند تا یک بزرگسال. ☐ درست ☐ نادرست
- ۷) اگر فردی را خوب می شناسم از من دور شود، دلم برایش تنگ می شود. ☐ درست ☐ نادرست
- ۸) من می توانم اختلاف نظرهایی که در خانه پیش می آید را بدون برهم زدن روابط خانوادگی حل و فصل کنم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۹) بی نهایت نسبت به انتقاد حساس هستم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۰) اعمال قدرت بر دیگران، برای من لذتی پنهانی و درونی است. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۱) گاهی برای رسیدن به خواسته ام تقریباً هر کاری انجام می دهم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۲) غالباً وقتی فردی که به من نزدیک است تمام توجهش را به من معطوف نمی کند، احساس آزرده گی و طرد می کنم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۳) اگر به کسی نزدیک شوم و او غیرقابل اعتماد از آب درآید، از خودم به خاطر اوضاع پیش آمده بدم می آید. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۴) نزدیک شدن به هر کسی برایم دشوار است. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۵) زندگی جنسی من رضایت بخش است. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۶) تمایل دارم همان طور که دیگران از من انتظار دارند، باشم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۷) هرچقدر هم که یک رابطه بد شود، من هم چنان آن را ادامه خواهم داد. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۸) هیچ تأثیری روی اطرافیانم ندارم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۱۹) افرادی را که نمی بینم، انگار اصلاً برایم وجود ندارند. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۰) در زندگی ضربه های زیادی خورده ام. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۱) کسی را دارم که بتوانم از درونی ترین احساساتم با او صحبت کنم و او نیز چنین احساساتی را با من در میان بگذارد. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۲) هرچقدر هم که برای اجتناب از مشکلات قوی بلندش، بازهم همان مشکلات در اکثر ارتباط های مهم من ظاهر می شوند. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۳) خیلی دوست دارم با کسی به طور کامل هم عقیده باشم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۴) در روابط با فرد دیگر، فقط در صورتی احساس رضایت می کنم که تمام وقت با او باشم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۵) دیگر را به درستی مورد قضاوت قرار می دهم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۶) روابط با جنس مخالف همیشه برای من به نحو یکسانی پیش می رود. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۷) دیگران دائماً سعی در تحقیر من دارند. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۸) معمولاً در تصمیم گیری های خودم، به دیگران متکی هستم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۲۹) معمولاً از اینکه به کسی اعتماد کردم، پشیمان شده ام. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۰) وقتی از فردی که به من نزدیک است عصبانی باشم می توانم با او در این مورد صحبت کنم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۱) برای رسیدن به آنچه می خواهم، بهترین روش، به کار گرفتن دیگران است. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۲) اغلب وقتی اطراف افرادی از جنس مخالف هستم، عصبی می شوم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۳) اغلب نگرانم که از کارها کنار گذاشته شوم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۴) احساس می کنم باید همه را ارضی کنم وگرنه ممکن است مرا طرد کنند. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۵) گاهی ماه ها با کسی حرف نمی زنم و کسی را نمی بینم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۶) به طرد شدن احتمالی از طرف افراد مهم در زندگی ام حساس هستم. ☐ درست ☐ نادرست
- ۳۷) دوست شدن با دیگران برایم کار مشکلی نیست. ☐ درست ☐ نادرست

- ۳۸) نمی‌دانم چه طور با افراد جنس مخالف ملاقات یا صحبت کنم. درست □ نادرست □
- ۳۹) وقتی نمی‌توانم فردی را که به من نزدیک است به انجام کاری وادار کنم، احساس آزرده‌گی یا عصبانیت می‌کنم. درست □ نادرست □
- ۴۰) تقدیر من این است که زندگی را به‌تنهایی سپری کنم. درست □ نادرست □
- ۴۱) مردم هیچ‌وقت باهم روراست نیستند. درست □ نادرست □
- ۴۲) من زیاد برای روابطم مایه می‌گذارم و به همان میزان هم دریافت می‌کنم. درست □ نادرست □
- ۴۳) از ملاقات یا صحبت با افراد جنس مخالف خجالت می‌کشم. درست □ نادرست □
- ۴۴) برای من مهم‌ترین چیز در یک رابطه، اعمال قدرت برطرف مقابل است. درست □ نادرست □
- ۴۵) معتقدم که یک مادر خوب باید همیشه بچه‌هایش را خشنود سازد. درست □ نادرست □

Research Article

Comparing of Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on Social Anxiety Disorder

H. Asadi¹, M. Mohammadi^{2*}, Gh. Naziri² & A. Davoodi²

1.Ph. D Student Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, College of Economy & Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. Email: hamid_asadi4517@yahoo.com.

2.Assistant Professor. Department of Clinical psychology, College of Economy & Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. Email: mmohamadis@yahoo.com- naziryy@yahoo.com- davoodi.azam@yahoo.com

Abstract

Aim: Aim: The Empirical and Theoretical evidence show that Cognitive-Behavioral Interventions do not have Stable Efficacy. The present study aimed comparin Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on social anxiety disorder. **Method:** This study was as Single blinded clinical trial with a single-case experimental study non-concurrent multiple baseline design, who performed on 9 students with social anxiety disorder who were selected based on purposive random sampling. The treatment lasted for 12 sessions (60 minutes) with two-month follow-up. To compare the results of these two treatment models, the Liebowitz Social Anxiety Scale (Heimberg & et al, 1999), Self- Compassion Scale-Short Form (Raes & et al, 2011) Acceptance and Action Questionnaire (Second Version, Bond & et al, 2011) and the Valued Living Questionnaire (Wilson & et al, 2010) were used. Data were analyzed by visual drawing, recovery percentage, stable change index and six indicators of clinical efficiency. **Results:** The results showed that all three intervention methods reduced social anxiety ($Z < -2.58$) and increased flexibility ($Z > 2.58$). However, Hofmann's CBT was not clinically effective and meaningful in increasing self-compassion and valued living ($Z < 1.96$). these results were maintained at the end of the 2-month follow-up period. **Conclusion:** The ACT Matrix and ACT focused on compassion in terms of the magnitude of change, stability, total of change and safety are more effective Clinical Efficacy than Hoffmann's CBT, but all three interventions were similar in terms of acceptance and generality of change.

Key words: Social Anxiety, Flexibility, Cognitive-Behavioral Therapy, ACT focused on Compassion, ACT Matrix

Citation: Asadi, H., Mohammadi, M., Naziri, Gh., & Davoodi, A. (2023). Comparing of Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on Social Anxiety Disorder. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):33-61.

مقاله پژوهشی

مقایسه کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن بر اختلال اضطراب اجتماعی

حمید اسدی^۱، مسعود محمدی^۲، قاسم نظیری^۱ و اعظم داودی^۱

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. ایمیل: hamid_asadi4517@yahoo.com
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. ایمیل: mmohamadis@yahoo.com- naziry@yahoo.com- davoodi.azam@yahoo.com

چکیده

هدف: شواهد تجربی و نظری نشان می‌دهد که مداخله‌های شناختی- رفتاری، کارایی پایداری ندارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن بر اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی یک‌سر کور با طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند در طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با پیگیری ۲ ماهه بر روی ۹ دانشجو با اختلال اضطراب اجتماعی اجرا شد. برای مقایسه نتایج این سه الگوی مداخله‌ای، از مقیاس اضطراب- اجتماعی لیبویتز (هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۹)، فرم کوتاه مقیاس خود شفقت‌ورزی (ریس و همکاران، ۲۰۱۱)، نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (باند و همکاران، ۲۰۱۱) و پرسشنامه زندگی ارزشمند (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد. داده‌ها به روش ترسیم‌دیداری، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های شش‌گانه کارایی بالینی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر سه روش مداخله‌ای در کاهش اضطراب اجتماعی ($Z < -2.58$) و افزایش انعطاف‌پذیری موثر و از لحاظ بالینی معنادار است ($Z > 2.58$). با این وجود، درمان شناختی- رفتاری هافمن در افزایش خود شفقت‌ورزی و زندگی- ارزشمند از لحاظ بالینی موثر و معنادار نبود ($Z < 1.96$)، و این نتایج نیز در پایان دوره پیگیری ۲ ماهه حفظ شد. **نتیجه‌گیری:** بنابراین ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت از نظر اندازه تغییر، ثبات، کلیت تغییر و ایمنی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری هافمن، کارایی بالینی موثرتری دارند، اما هر سه روش مداخله در میزان پذیرش و عمومیت تغییر مشابه بودند.

کلید واژه‌ها: اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، درمان شناختی- رفتاری، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی با شروع زودرس و دوره‌ای مداوم است (دیکون، مودی، گلدین، فرب، هیمبرگ و گروس، ۲۰۲۰؛ لیچسرنینگ و لویک، ۲۰۱۷). این اختلال با هراسی مشخص و ثابت از شرم‌نده شدن، مورد انتقاد یا سرزنش واقع شدن و یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران شناخته شده است (سیگل و کوسواسکی، ۲۰۲۰). کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب از نگاه کردن، به تعویق انداختن کارها و کمال‌گرایی از ویژگی‌های مهم این اختلال می‌باشد (روس، تندی، ۲۰۲۱؛ ویکز، هول، سریواستاو، گلدین، ۲۰۱۹؛ ایش، تایرا و ساسگوا، ۲۰۱۶). همبودی بالای این اختلال با سایر اختلال‌های روان‌شناختی (جانسون، هوفارت، نوردهال و ومپولد، ۲۰۱۷)، باعث افزایش بار بیماری شده است (گادرم، آلونسو، ویالگوت، زاسالوسکی و کسلر، ۲۰۱۲). در صورت درمان نشدن، آسیب شدیدی به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فردی، آموزشی و اجتماعی وارد می‌شود و موجب مختل شدن بسیاری از جنبه‌های زندگی و در موارد شدید به کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود (اسپنس، دنون، مارچ و همکاران، ۲۰۱۷؛ دریم، گاردنر، ویک و هیمبرگ، ۲۰۱۶)، و همچنین اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی ایجاد می‌کند (کوکرتر، گیلدبرنت، لیلیکوئیست، وپلین، بدلوند و همکاران، ۲۰۱۴؛ دمیر، کرستین، ارلپ، یوسال، ۲۰۱۲).

در دو دهه اخیر درمان‌های جدیدی وارد حوزه روان‌درمانی گردید که با عنوان درمان‌های فراتشخیصی شناخته شده است، که در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی- رفتاری و عدم بهبود هیجان‌های منفی بیماران معرفی شدند. یکی از این درمان‌ها، "درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر" (بارلو) است که بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی تمرکز دارد و با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی کاربرد دارد (فرچین، فایرهلیم، الارد، بوسیو، تامپسون و کارل، ۲۰۱۲). محدودیت‌های این نوع درمان فراتشخیصی، تاکید بر حوزه هیجان به عنوان یک عامل فراتشخیصی و نادیده انگاشتن سایر ابعاد دخیل در سبب‌شناسی و درمان است (اکبری، روشن، شعبانی، فتی، شعیری و ضرغامی، ۱۳۹۴). در همین راستا، "درمان پذیرش و توجه‌آگاهی" به عنوان درمان فراتشخیصی موج سوم اشاره می‌کند که راهبردهای تنظیم هیجان (بارلو) به تنهایی نمی‌تواند شدت و واریانس علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (هیز، ویلسون، گیفورد، فلوت و استروسال، ۲۰۱۵؛ هیز، استروسال، ویلسون، ۲۰۱۱). در این راهبرد، بیماران به‌جای اینکه تنها خشم را تجربه کنند، خشمگین می‌شوند، از خشم نفرت پیدا می‌کنند و آرزو می‌کنند که خشم از آن‌ها دور شود. این پاسخ‌ها

آن‌ها را بیشتر در هیجان‌هایشان گیر می‌اندازد و باعث می‌شود در جهت اجتناب بیشتر تلاش کنند (رومر، ارسیلو و سالتز، ۲۰۰۸).

یکی دیگر از درمان‌های فراتشخیصی موج سوم "درمان متمرکز بر شفقت" است که سیر تاریخی شکل‌گیری آن در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی- رفتاری بود که بر ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی متمرکز است و در آغاز برای افرادی با سطوح بالای شرم و خود انتقادگری که مؤلفه‌های فراتشخیصی آسیب‌شناسی روانی هستند توسعه یافت (گیلبرت، ۲۰۰۹). این الگوی فراتشخیصی و چند بعدی ریشه در روان‌شناسی رشد، نظریه تکاملی، علم عصب شناختی هیجان‌ها دارد و بر نودوستی و رفتار مراقبتی تاکید می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰) و از سنجش کارکردی مشتق شده و بر اساس اصول یادگیری، روش‌های مختلف رفتاردرمانی را به کار می‌گیرد (کالکن و درو، ۲۰۱۵). گیلبرت (۲۰۰۹) بر این باور است که درمان‌های شناختی- رفتاری به جای این‌که شفقت را افزایش دهد باعث می‌شود فرد بعضی وقت‌ها نسبت به خود نامهربانتر گردد و میزان شفقت فرد نسبت به خود کاهش پیدا کند. یکی از حیطه‌های بالینی خاص که می‌تواند خود شفقت‌ورزی را مورد آزمایش قرار دهد اختلال اضطراب اجتماعی است. این افراد نسبت به افراد سالم خود شفقت‌ورزی پایین‌تری دارند و خود شفقت‌ورزی با شدت اضطراب اجتماعی و با ترس از ارزیابی شدن در افراد دارای اضطراب اجتماعی مرتبط است (ورنر، جزائری، گل‌دین، زیو، هیمبرگ و گراس، ۲۰۱۲). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت یک رویکرد امیدوار کننده است که باعث کاهش اضطراب اجتماعی، شرم، خود انتقادگری و کاهش انزوا در این افراد شده است (بورسما، هکانسون و جانسون، ۲۰۱۵). با توجه به خلاء های موجود در درمان‌پذیرش و تعهد مبنی بر اینکه به رابطه‌درمانی در اتاق درمان و تعامل بین‌فردی و شفقت‌ورزی توجه کمتری کرده است، ایفرت و فورثایت (۲۰۰۵) و ویلسون (۲۰۰۹) پیشنهاد می‌کنند درمان‌پذیرش و تعهد بایستی با روان‌درمانی تحلیلی کارکردی یکپارچه شود. پولک و شئوندر (۲۰۱۴) درمان‌پذیرش و تعهد را با روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی (۱۳۹۷) درمان‌پذیرش و تعهد را با درمان مبتنی بر شفقت یکپارچه کردند. بنابراین به نظر می‌رسد که موج چهارمی از رفتاردرمانی با یکپارچه‌سازی درمان‌ها پیش‌رو است. در همین راستا، گیلبرت و کیربی بیان می‌کنند که روان‌درمانی از الگوها، نظریه‌ها و مداخله‌های متنوع رنج می‌برد و آینده روان‌درمانی نیاز به یک چارچوب یکپارچه‌نگر دارد (الدین، ۲۰۱۵).

یکی از جدیدترین درمان‌های فراتشخیصی یکپارچه‌نگر موج سوم که در تقویت و جامعیت بخشیدن به درمان‌پذیرش و تعهد کمک شایانی کرده است "ماتریکس درمان پذیرش و تعهد" است (پولک، شئوندر، وبستر و اولز، ۲۰۱۶). این الگوی یکپارچه‌نگر در برابر نارسائی‌ها و

محدودیت‌های درمان‌پذیرشو تعهد از جمله: پیچیده بودن مفاهیم شش ضلعی (ACT)، یکپارچه نبودن مبانی فلسفی/ نظری (بافتارگرایی کارکردی/ نظریه چهارچوب روابط ذهنی) و فنون کاربردی آن، ناموثر بودن توجه‌آگاهی به روش درمان پذیرش و تعهد و همچنین توجه کمتر به سنجش کارکردی، خود شفقت‌ورزی و دیدگاه‌گیری بوجود آمد و باعث شد که ویراستاران، درمان‌پذیرشو و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در قالب ماتریکس در یک الگوی نظامند تدوین و یکپارچه کنند (پولک و شئوندراف، ۲۰۱۴). ماتریکس، دستاورد کاربست "بافتارگرایی کارکردی" است. رویکردی به فلسفه علم که به دنبال تعیین رفتار کارآمد در بافتارهای خاص است و بر "سنجش کارکردی" تاکید می‌کند (پولک و شئوندراف، ۲۰۱۴)، و می‌تواند طبیعت فراتشخیصی الگوی شش ضلعی درمان‌پذیرشو و تعهد را تقویت کند و تفاوت عمده آن با الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری (ACT) تأکید بر ارتقای انعطاف‌پذیری از مسیر دیدگاه‌گیری و شفقت‌ورزی است (پولک و همکاران، ۲۰۱۶). برخی از شواهد پژوهشی حاکی از این است که ماتریکس درمان‌پذیرشو و تعهد در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، نمره اضطراب کمتر و کیفیت زندگی بالاتری نشان می‌دهد (میرشریف‌نیا، میرزائیان و دوستی، ۲۰۱۹)، و بر تنیدگی، اضطراب و سلامتی دانشجویان اثر مطلوبی داشته و زندگی آن‌ها را تغییر داده است (نلسون، ۲۰۲۰)، و نتایج پژوهشی دیگری نشان می‌دهد که ماتریکس درمان‌پذیرشو و تعهد با شفقت موجب افزایش راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان در مقایسه با گروه گواه شده است (پیمان‌نیا، ۱۳۹۹). با توجه به چند بعدی بودن اختلال اضطراب اجتماعی و نرخ شیوع بالا، مزمن بودن، مقاوم به درمان، تداوم اختلال و پیامدهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی آن، به کارگیری درمان‌های یکپارچه‌نگر، چند بعدی و فراتشخیصی که بر چند عامل فراتشخیصی و چند روش درمانی متمرکز هستند از جمله ماتریکس درمان‌پذیرشو و تعهد، با درمان‌پذیرشو و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن بر چهار متغیر اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در قالب کارآزمایی بالینی بسیار حائز اهمیت است تا تفاوت بین این سه روش مداخله‌ای در بین این متغیرها روشن گردد و همچنین مشخص شود که کدام روش درمانی کارایی بالینی موثرتری دارد. بر همین اساس سوال‌های پژوهش به این شکل طرح شد:

۱. آیا ماتریکس درمان‌پذیرشو و تعهد، درمان‌پذیرشو و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن به یک اندازه در کاهش اضطراب اجتماعی موثرند؟

۲. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری هافمن به یک اندازه در افزایش انعطاف پذیری موثرند؟
۳. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش شفقت‌ورزی از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟
۴. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش زندگی‌ارزشمند از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟
۵. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت از لحاظ کارایی-بالینی از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟

روش

این پژوهش در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT20200816048424N1 ثبت شده است. پروتکل ماتریکس درمان پذیرش و تعهد بر اساس دستور کار پولک و همکاران (۲۰۱۶) توسط پژوهشگر اول تدوین شد. این پژوهشگر در چندین کارگاه تخصصی تربیت‌درمانگر ماتریکس و درمان پذیرش و تعهد در اختلال‌های اضطرابی شرکت کرد و سپس به تدوین تخصصی این پروتکل برای اختلال اضطراب اجتماعی پرداخت، و آن را به‌طور آزمایشی در گروه‌های اضطرابی اجرا کرد و پس از اصلاحات و تجربه‌اندوزی، بر روی اختلال اضطراب اجتماعی به اجرا در آورد. این پروتکل با نظر خواهی سه نفر متخصص آشنا به درمان‌های موج سوم موردتایید قرار گرفت. پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر اساس دستور کار هیز (۲۰۰۵، ۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۱۰، ۲۰۱۴) است که توسط اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) و پروتکل درمان-شناختی-رفتاری بر اساس دستور کار هافمن و اتو (۱۳۹۶) تدوین شد.

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی یک‌سر کور با طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند در طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با پیگیری ۲ ماهه بر روی ۹ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اجرا شد. جامعه آماری شامل ۳۲ دانشجوی زن و مرد در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد مراجعه کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران بود که از بین آن‌ها ۶ نفر توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی دارای اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر و ۳ نفر به اختلال اضطراب اجتماعی خاص تشخیص داده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی؛ مدت اختلال حداکثر دو سال؛ دامنه سنی ۲۰ تا ۲۸ سال؛ سطح تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد، رضایت و تعهد به مشارکت در پژوهش؛ عدم شرکت همزمان در سایر درمان‌ها؛ عدم

دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی؛ تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: داشتن سابقه اختلال سایکوتیک یا دوقطبی در طول عمر؛ داشتن سابقه ابتلا به اختلال‌های شخصیت اسکیزوپید و اجتنابی؛ اختلال وسواس- اجبار؛ وحشت‌زدگی و فکر خودکشی در ۶ ماه اخیر؛ داشتن سوء مصرف مواد یا الکل؛ مصرف داروی روان‌گردان و روان‌درمانی طی ماه اخیر. این افراد در فاصله اوایل مرداد تا اواسط دی ۱۳۹۹ مورد ارزیابی خط پایه چندگانه، درمان و پیگیری دو ماهه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱. مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور ابزاری جهت تشخیص گذاری اختلال‌های روانی براساس معیارهای آن است (فرست، ۲۰۱۶). این ابزار توسط روان‌پزشک و ارزیابی روان‌شناس بالینی به همراه پرسشنامه‌های زیر انجام شد.

۲. مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، نسخه خودسنجی ۲۴ آیتمی از LSAS-CA (همبرگ، هومر، جستر، سقرن، براون و لیبویتز، ۱۹۹۹) است که ترس/ اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت)، ترس/ اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های عملکردی (۱۳ عبارت) را در ۶ خرده مقیاس جداگانه و یک نمره کلی می‌سنجد. برای خرده مقیاس اضطراب یا ترس و اجتناب، هر آیتم از صفر (هیچ) تا ۳ (شدید) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس حداکثر نمره اضطراب عملکرد ۷۸ و حداکثر نمره اضطراب اجتماعی ۶۶ و حداکثر نمره کلی ۱۴۴ می‌باشد. در ایران دامنه آلفای کرونباخ نسخه LSAS-CA توسط حسنی، فیاضی و اکبری از ۰.۸۲ تا ۰.۹۵ به دست آمده که از همسانی درونی مطلوب حکایت دارد. همچنین ضرایب همبستگی میان خرده مقیاس‌ها ۰.۷۰ تا ۰.۹۶ بود (حسنی و همکاران، ۱۳۹۶).

۳. نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): آخرین نسخه این پرسشنامه ۱۰ پرسش دارد که به وسیله بوند، هیز، بیر، کرپنتر، گونل، اورکات، ولتز و زتل (۲۰۱۱) تدوین شده است. این پرسشنامه برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته طراحی شد. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است. مقیاس پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت است که از نمره ۱ هرگز صحیح نیست تا نمره ۷ همیشه صحیح درجه‌بندی شده است (حداقل ۱۰ نمره و حداکثر ۷۰ نمره). نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰.۸۴ (۰.۷۸ و ۰.۸۸) و

پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۸۱٪ و ۷۹٪ به دست آمد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش دیگر با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب پایایی کل آزمون ۸۹٪ و ضریب پایایی بازآزمون ۷۱٪ به دست آمده است (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱).

۴. فرم کوتاه مقیاس خود شفقت‌ورزی: این مقیاس ۱۲ ماده‌ای توسط تاسوس ریس، پامیر، نف و ونگاچت (۲۰۱۱) ساخته شد که شامل ۶ عامل دو وجهی: مهربانی به خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک بین انسان‌ها در برابر انزوا طلبی و توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز در برابر فزون همانندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایستی در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به عبارت‌ها پاسخ دهند به این ترتیب که سوال‌های ۲، ۳، ۵، ۶ و ۷ (تقریباً هرگز، ۱؛ به ندرت، ۲؛ گاهی اوقات، ۳؛ بیشتر اوقات، ۴؛ تقریباً همیشه، ۵) و سوال‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ (تقریباً هرگز، ۵؛ به ندرت، ۴؛ گاهی اوقات، ۳؛ بیشتر اوقات، ۲؛ تقریباً همیشه، ۱) درجه‌بندی می‌شود (حداقل ۱۲ نمره و حداکثر ۶۰ نمره). ریس و همکاران در پژوهش خود، همسانی درونی مقیاس را ۸۶٪ گزارش کردند. در پژوهش قربانی، واتسن، ژو و نوربالا (۲۰۱۲) همسانی درونی مقیاس ۸۴٪ و در مطالعه سبزه آرای لنگرودی (۱۳۹۲) در نمونه ایرانی، آلفای ۶۸٪ گزارش شد.

۵. پرسشنامه زندگی‌ارزشمند: این پرسشنامه ۲۰ سوالی با هدف ارزیابی میزان ارزش قائل شدن برای زندگی خود می‌باشد (ویلسون، سندوز، کیتچنز، و روبرتس، ۲۰۱۰). این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول مربوط به درجه اهمیت حوزه‌های ارزشمندی و بخش دوم مربوط به میزان پیگیری و فعالیت حوزه‌های ارزشمندی است. هر یک از این حوزه‌ها در هر دو بخش امتیازی بین ۱ تا ۱۰ را به خود اختصاص می‌دهد. برای دستیابی به نمره هر یک از این دو بخش، اعداد مربوط به هر یک از این حوزه‌ها را با هم جمع کرده و از مجموع نمره دو بخش اهمیت و پیگیری، نمره کل پرسشنامه زندگی‌ارزشمند حاصل می‌شود (حداقل ۲۰ نمره و حداکثر ۲۰۰ نمره). پایایی آزمون-باز آزمون این پرسشنامه توسط ویلسون و همکاران در طی دو مطالعه برای مقیاس اهمیت و پیگیری به ترتیب ۷۷٪ و ۷۵٪ و آلفای کرونباخ برابر با ۷۹٪ و ۸۳٪ گزارش شده است. نتایج پژوهش اکبری (۱۳۹۷) نشان داد که پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای پرسشنامه زندگی‌ارزشمند برابر با ۷۶٪ و ضریب همسانی درونی آن برای کل ابزار ۸۰٪ به دست آمد.

۶. جدول ۱، پروتکل ماتریکس درمان پذیرش و تعهد بر اساس دستور کار پولک و همکاران (۲۰۱۶) توسط اسدی (۱۴۰۰)، جدول ۲، پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت توسط اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) و جدول ۳، پروتکل درمان شناختی-رفتاری توسط هافمن و اتو (۱۳۹۶) را نشان می‌دهد.

جدول ۱. خلاصه پروتکل ماتریکس درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب اجتماعی

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول و دوم	معرفی جلسات درمانی و آشنایی با اهداف، معرفی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد (توجه- آگاهی به روش ماتریکس) مفهوم زبان و چهارچوب روابطذهنی. مفهوم گیرافتادن و پشت صحنه ماتریکس، تمرین تفاوت بین تجربه‌های حواس پنجگانه با تجربه‌های ذهنی/ درونی و تفاوت بین اقدامات دور شدن و پیش رفتن. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۱).
جلسه سوم و چهارم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، بررسی سه خود، ارزش‌ها و اقدامات کارآمد و ناکارآمد، استعاره مسافران اتوبوس، تمرین تجربی ارزش‌های شخصی و انتخاب دیدگاه‌های زندگی. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۲).
جلسه پنجم و ششم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، بحث متناقض‌نماها در اضطراب (پارادوکس)، خود محتوایی و سنجش و تحلیل کارکردی (کارکردها، بافت و پیامدها)، تمثیل فلکسی و اسپیکری. تمرین تجربی ماتریکس و مسائل بین‌فردی. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۳).
جلسه هفتم و هشتم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، تمرین کوتاه توجه‌آگاهی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی آیکیدوی کلامی. استعاره صفحه شطرنج و خویشتن مشاهده‌گر. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۴).
جلسه نهم و دهم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی مراحل شفقت به خود، تمرین تجربی توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز، ترکیب آیکیدو و شفقت (دیدگاه‌گیری). ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۵).
جلسه یازدهم و دوازدهم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی چشم‌انداز گزینی. اجرای توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز و جمع بندی مراحل شش‌گانه ماتریکس و ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۶).

جدول ۲. خلاصه پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت برای اختلال اضطراب اجتماعی

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول و دوم	اتحاددرمانی، معرفی جلساتدرمانی و آشنایی با اهداف، معرفی درمان اکت متمرکز بر شفقت، ایجاد ناامیدی خلاقانه، معرفی سیستم‌های تنظیم‌هیجان، معرفی انواع رنج انسان و انواع نیازهای انسان، ارزیابی درمان (۱).
جلسه سوم تا پنجم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد و مسائل تعاملی و بین‌فردی (دیدگاه‌گیری)، مغز آگاه، معرفی دلایل رنج انسان، مشاهده رنج پشت رفتار

خود و دیگران و حساس بودن نسبت به رنج، کاربرد فنون توجه‌آگاهی، ارتباط با زمان حال، نگاه توجه‌آگاهانه به رنج، معرفی احساس شفقت آمیز، ارائه برگه تکلیف نگاه توجه آگاهانه به احساسات و ماندن با احساسات، ارزیابی درمان (۲).

جلسه ششم و هفتم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، معرفی تمایل / پذیرش، درگیر شدن با اعمال هدفمند، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، تحمل پریشانی، معرفی استدلال منطقی و استدلال شفقت آمیز نسبت به رنج، ارزیابی درمان (۳).
جلسه هشتم و نهم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، معرفی گسلش، کاربرد فنون گسلش شناختی، معرفی غیر قضاوتی بودن، معرفی مهارت توجه شفقت آمیز، ارائه تکلیف برشمردن ارزش‌های مثبت و منفی خود و دیگران و تمرین توجه به جای خشک بودن. مشاهده خود به عنوان بافت، تضعیف خود مفهومی، نشان دادن جدایی بین خود، انجام تمرین خود، همدلی و همدردی (دیدگاه-گیری)، ارائه تکلیف بررسی رفتارها براساس انواع خود، معرفی تصور شفقت آمیز و انجام تصویر سازی در موقع داشتن رنج، ارزیابی درمان (۴).
جلسه دهم تا دوازدهم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، معرفی مفهوم ارزش، مراقبت از سلامتی، معرفی مهارت تجربه حسی شفقت آمیز، مایل و تعهد، الگوی عمل متناسب با ارزش‌ها، عمل متعهدانه نسبت به التیام رنج، معرفی ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی انواع رفتار شفقت آمیز، جمع‌بندی و ارزیابی (۵ و ۶).

جدول ۳. خلاصه پروتکل درمان شناختی-رفتاری هافمن برای اختلال اضطراب اجتماعی

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، ایجاد آرامش جهت مواجهه با موقعیت‌های دشوار زندگی، معرفی کلی الگوی درمان شناختی- رفتاری هافمن با تاکید خاص بر مواجهه درون جلسه، مفهوم‌پردازی مساله و اهمیت تمرین خانگی و انعطاف‌پذیری در برخورد با مشکلات زندگی.
جلسه دوم و سوم	برقراری رابطه درمانی، مرور تمرین خانگی و مواجهه‌های درون جلسه و توضیح منطق درمان. ارزیابی درمان (۱)
جلسه چهارم تا هشتم	برقراری رابطه درمانی، تمرین مواجهه دشوار (خیالت‌آورترین خاطرات ...)، در باره موضوعی صحبت کنند که اطلاعات اندکی در مورد آن دارند، آوردن حضار جدیدی به جلسه، قطع کردن سخنرانی در جاهای مختلف، از درمانجویان خواسته شود قبل از سخنرانی تند تند نفس بکشند و ... ارزیابی درمان (۳ و ۴).
جلسه نهم تا دوازدهم	برقراری رابطه درمانی، مواجهه برون جلسه در محیط طبیعی و واقعی (بین فردی) جهت تغییر سوگیری‌های شناختی، خلاصه و جمع بندی پیشرفت‌های درمانجویان و پیشگیری از عود و استرس‌های زندگی، جمع بندی و ارزیابی درمان (۵ و ۶).

شیوه اجرا

ابتدا برای اهداف پژوهش حاضر با یک فراخوان در مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران اطلاع رسانی شد. پس از انتخاب افراد واجد شرایط ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و رضایت قبل از درمان، ۹ دانشجوی بطور تصادفی به صورت گروه‌های ۳ نفره در سه مداخله گمارده شدند. این مداخله‌ها به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هفته و پیگیری دو ماهه اجرا شد. در این پژوهش برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی بر اساس اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در هفته دوم، نفرات اول هر گروه وارد اولین جلسه درمان شدند. در هفته سوم، نفرات دوم و در هفته چهارم، نفرات سوم وارد درمان شدند (جدول ۴).

جدول ۴. مراحل خط پایه و شروع درمان آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم
اول	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳. شروع درمان		
دوم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳، ۴	شروع درمان	
سوم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳، ۴	خط پایه ۵	شروع درمان
چهارم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳. شروع درمان		
پنجم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳، ۴	شروع درمان	
ششم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳، ۴	خط پایه ۵	شروع درمان
هفتم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳. شروع درمان		
هشتم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳، ۴	شروع درمان	
نهم	خط پایه ۱، ۲	خط پایه ۳، ۴	خط پایه ۵	شروع درمان

روش تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سوال‌های پژوهش، از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار تفاوت‌ها) و همچنین از ترسیم دیداری، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های شش‌گانه کارایی بالینی (اینگرام، هیز، و اسکوت، ۲۰۰۰) استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۵ شرح و حال بالینی دانشجویان و جداول ۶، ۷ و ۸ روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری سه مداخله را نشان می‌دهد.

جدول ۵. شرح و حال بالینی دانشجویان و نوع مداخله

آزمودنی	اختلال	سن	جنس	تاهل	تحصیلات	سابقه	مدت	نوع مداخله
						دارو	اختلال	
اول	اجتماعی خاص	۲۸	مرد	متاهل	ارشد	-	۱ سال	ماتریکس اکت
دوم	اجتماعی فراگیر	۲۶	زن	متاهل	ارشد	دوره ۱	۲ سال	
سوم	اجتماعی فراگیر	۲۰	مرد	مجرد	کارشناسی	-	۱ سال	
چهارم	اجتماعی خاص	۲۷	زن	مجرد	ارشد	-	۱ سال	اکت/ شفقت
پنجم	اجتماعی فراگیر	۲۵	مرد	متاهل	کارشناسی	دوره ۱	۱ سال	
ششم	اجتماعی فراگیر	۲۲	مرد	متاهل	کارشناسی	-	۱ سال	
هفتم	اجتماعی فراگیر	۲۸	مرد	مجرد	ارشد	-	۱ سال	درمان شناختی
هشتم	اجتماعی فراگیر	۲۲	زن	مجرد	کارشناسی	-	۱ سال	رفتاری هافمن
نهم	اجتماعی خاص	۲۰	مرد	مجرد	کارشناسی	-	۱ سال	

جدول ۶. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد

آزمودنی	متغیر	خط پایه							درمان	پیگیری	شاخص	درصد بهبودی
		۱	۲	۳	۴	۵	ج ۱۲	پ ۱	پ ۲	ت پایا		
اول	SAD	۹۴	۹۶	۹۶	-	-	۳۳	۳۱	۲۷	-۳/۴۶	۶۵/۴	
	AAQ	۲۶	۲۵	۲۵	-	-	۴۲	۴۳	۴۳	۳/۳۵	۶۵/۸	
	VL	۱۰۱	۱۰۰	۱۰۰	-	-	۱۶۵	۱۶۵	۱۷۰	۳/۷۶	۶۴/۴	
	SCS	۲۱	۲۰	۲۰	-	-	۳۵	۳۶	۳۷	۴/۳۷	۷۲/۱	
دوم	SAD	۱۰۶	۱۰۸	۱۰۹	۱۰۹	-	۳۰	۳۰	۲۸	-۴/۸۷	۷۲/۱	
	AAQ	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	-	۳۸	۳۹	۳۹	۴/۲۱	۷۶/۷	
	VL	۱۰۸	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۷	-	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۱	۳/۴۵	۶۸/۲	
	SCS	۲۳	۲۲	۲۲	۲۲	-	۳۸	۳۹	۴۱	۳/۸۷	۷۰/۷	
سوم	SAD	۱۲۲	۱۲۳	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۶	۶۰	۵۹	۵۷	-۲/۹۸	۵۱/۸	
	AAQ	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	۳۴	۳۵	۳۵	۲/۸۶	۵۷/۴	
	VL	۹۶	۹۵	۹۶	۹۵	۹۵	۱۴۸	۱۴۹	۱۵۱	۲/۶۵	۵۵/۱	
	SCS	۲۳	۲۲	۲۳	۲۲	۲۲	۳۵	۳۵	۳۶	۳/۵۴	۵۶/۲	

علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها است.

اضطراب اجتماعی (SAD)، انعطاف‌پذیری (AAQ)، زندگی ارزشمند (VL) و خود شفقت‌ورزی (SCS)

جدول ۷. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

آزمودنی متغیر		خط پایه					درمان		پیگیری		شاخص درصد	
		۱	۲	۳	۴	۵	ج ۱۲	پ ۱	پ ۲	ت پایا	بهبودی	
چهارم	SAD	۹۴	۹۴	۹۵	-	-	۳۷	۳۷	۳۵	۳/۵	۶۰/۷	
	AAQ	۲۴	۲۶	۲۶	-	-	۴۱	۴۱	۴۳	۳/۷۹	۶۱/۸	
	VL	۹۸	۱۰۰	۱۰۰	-	-	۱۶۰	۱۶۵	۱۶۵	۳/۵۳	۶۱	
	SCS	۲۱	۲۲	۲۱	-	-	۳۵	۳۵	۳۷	۳/۹۸	۶۱/۱	
پنجم	SAD	۱۰۱	۹۹	۱۰۰	۱۰۰	-	۳۸	۳۷	۳۶	-۳/۸	۶۲	
	AAQ	۲۲	۲۱	۲۱	۲۱	-	۳۷	۳۸	۳۹	۴/۴۵	۷۴/۱	
	VL	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	-	۱۷۶	۱۷۷	۱۷۸	۴/۱	۶۴/۸	
	SCS	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	-	۳۷	۳۸	۴۰	۴/۳۵	۷۴/۱	
ششم	SAD	۱۱۲	۱۱۳	۱۱۵	۱۱۵	۱۱۵	۵۴	۵۴	۵۳	-۲/۸	۵۱/۸	
	AAQ	۲۳	۲۳	۲۲	۲۲	۲۲	۳۷	۳۸	۳۸	۳/۷۶	۶۵/۱	
	VL	۹۷	۹۶	۹۵	۹۵	۹۵	۱۵۱	۱۵۲	۱۵۱	۳/۸۷	۵۸	
	SCS	۲۱	۲۲	۲۱	۲۲	۲۲	۳۴	۳۶	۳۵	۴/۳۲	۶۶/۶	

علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها است.

جدول ۸. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در درمان شناختی- رفتاری هافمن

آزمودنی متغیر	خط پایه									درمان	پیگیری		شاخص درصد
	۱	۲	۳	۴	۵	ج ۱۲	پ ۱	پ ۲	ت پایا				
هفتم	SAD	۷۳	۷۴	۷۴	-	-	۳۰	۲۹	۲۷	-۳/۸۵	۵۹/۳		
	AAQ	۲۲	۲۳	۲۳	-	-	۳۵	۳۵	۳۶	۲/۹۶	۵۴/۴		
	VL	۹۴	۹۵	۹۵	-	-	۱۲۶	۱۲۰	۱۲۰	۱/۳۲	۳۳/۱		
	SCS	۲۲	۲۳	۲۳	-	-	۲۹	۲۶	۲۴	۱/۵۴	۲۷/۹		
هشتم	SAD	۹۳	۹۵	۹۶	۹۶	-	۳۶	۳۵	۳۶	-۳/۶۸	۶۲/۱		
	AAQ	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	-	۲۳	۲۴	۲۳	۳/۷۸	۵۸/۶		
	VL	۹۶	۹۷	۹۶	۹۶	-	۱۲۳	۱۲۲	۱۲۲	۱/۴۵	۲۷/۷		
	SCS	۱۵	۱۶	۱۶	۱۵	-	۲۰	۱۹	۱۷	۱/۶۷	۲۹		
نهم	SAD	۸۰	۷۹	۸۰	۷۹	۷۹	۳۰	۳۰	۲۸	-۳/۶۵	۶۲/۲		
	AAQ	۲۲	۲۱	۲۲	۲۱	۲۱	۳۵	۳۵	۳۶	۳/۲۳	۶۳/۵		
	VL	۱۰۸	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۷	۱۰۷	۱۴۷	۱۴۵	۱۴۱	۱/۹۲	۳۶/۸		
	SCS	۲۲	۲۲	۲۳	۲۳	۲۳	۲۶	۲۴	۲۲	۱/۱۲	۱۵		

از شاخص‌های ششگانه کارایی بالینی اینگرم و همکاران (۲۰۰۰) نتایج زیر بدست آمد:

۱. اندازه تغییر (چقدر کاهش یا افزایش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟): همانطور که در جداول ۶ تا ۸ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود سطح نمره‌های ۹ دانشجو در آخرین مرحله درمان و مرحله پیگیری در مقایسه با میانگین خط‌پایه کاهش داشته و تغییراتی در آن‌ها مشاهده می‌شود: گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۳٫۱٪ و ۶۵٫۴٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۵۸٫۱٪ و ۵۹٫۴٪ بهبودی و گروه درمان شناختی- رفتاری هافمن به ترتیب به میزان ۶۱٫۲٪ و ۶۲٫۷٪ بهبودی، اضطراب اجتماعی را کاهش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷) هر سه مداخله در متغیر اضطراب اجتماعی در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر سه مداخله، در مرحله درمان و پیگیری کوچکتر از مقدار $(Z < -2,58)$ بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است. یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۶٫۶٪ و ۷۱٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۶۷٪ و ۷۳٫۱٪ بهبودی و گروه درمان شناختی- رفتاری هافمن به ترتیب به میزان ۵۸٫۸٪ و ۶۱٫۴٪ بهبودی، انعطاف‌پذیری را افزایش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر سه مداخله در متغیر انعطاف‌پذیری در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر سه مداخله در متغیر انعطاف‌پذیری، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار $(Z > 2,58)$ بود که نشان می‌دهد تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است.

نتایج پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۲٫۶٪ و ۶۴٫۳٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۶۱٫۲٪ و ۶۳٫۵٪ بهبودی، زندگی ارزشمند را افزایش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر دو مداخله در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو مداخله، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار $(Z > 2,58)$ بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است در حالی که، در گروه درمان شناختی- رفتاری هافمن در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۳۲٫۸٪ و ۲۸٫۷٪ بهبودی، زندگی ارزشمند را افزایش داده است. شاخص تغییر پایا در این مداخله کوچکتر از مقدار $(Z < 1,96)$ است و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار نیست. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

در متغیر زندگی ارزشمند در طبقه موفقیت در درمان محسوب می‌شود اما درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۶,۳٪ و ۷۵,۵٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۶۸,۲٪ و ۷۰,۷٪ بهبودی، خود شفقت‌ورزی را افزایش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر دو مداخله، در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو مداخله، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار ($Z > 2,58$) بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است، در حالی که، در گروه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۲۳,۹٪ و ۱۰,۸٪ بهبودی، خود شفقت‌ورزی را به میزان کمی افزایش داده است. شاخص تغییر پایا در درمان- شناختی- رفتاری هافمن کوچکتر از مقدار ($Z < 1,96$) بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار نیست. همچنین گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن به ترتیب در مراحل پیگیری به میزان ۶۱,۷٪ و ۵۹,۹٪ بهبودی بیشتری نشان دادند. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در متغیر خود شفقت‌ورزی در طبقه موفقیت بالا در درمان محسوب می‌شود اما درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در طبقه شکست درمانی قرار دارد.

۲. کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟): یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در متغیرهای اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، زندگی ارزشمندانه و خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوسی در آماج درمانی داشته‌اند و این تغییرات نیز از لحاظ بالینی معنادار بود، در حالی که در گروه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در متغیر اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوسی در آماج درمانی داشته‌اند اما در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوسی در آماج درمانی نداشته‌اند.

۳. عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مثل عملکرد روان‌شناختی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی چقدر تغییر رخ داده است؟): مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF) حاکی از این است که هر ۹ دانشجو بعد از فرآیند درمان و پیگیری در عملکرد روان‌شناختی، بین فردی و اجتماعی پیشرفت کرده‌اند (جدول ۹).

جدول ۹. نمره‌های دانشجویان در مقیاس ارزیابی عملکرد کلی

آزمودنی‌ها	قبل از درمان	پس از درمان (پیگیری)	نوع مداخله
اول	۴۵	۷۰	ماتریکس اکت
دوم	۴۲	۷۵	
سوم	۴۳	۶۲	
چهارم	۴۸	۷۰	اکت متمرکز بر شفقت
پنجم	۴۵	۷۲	
ششم	۴۴	۶۴	
هفتم	۴۵	۶۵	درمان شناختی رفتاری
هشتم	۵۰	۷۰	هافمن
نهم	۵۵	۷۵	

همانطور که در جدول ۹ مشاهده می‌شود دانشجویان اول تا هفتم عملکرد کلی‌شان قبل از درمان بین ۴۲ تا ۴۸ بود و به این معنی است که آن‌ها در سطح عواطف، هیجان‌ها و دردهای بدنی درگیرند. این افراد صمیمیت را تجربه نکرده‌اند و انگیزه پایینی در درمان نشان می‌دهند. بنابراین برای این افراد بایستی رابطه درمانی و شفقت از همان جلسه اول درمان اتخاذ گردد تا احساس امنیت بیشتری کنند.

۴. **میزان پذیرش** (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته‌اند و آن را به پایان رسانده‌اند؟): در پژوهش حاضر، رایگان بودن هزینه درمان و انعطاف‌پذیری بالای هر سه مداخله، پایداری و علاقه به یادگیری دانشجویان، حضور مستمر در جلسات درمان، انجام دادن تمرین‌های تجربی و آموزشی، جدی گرفتن مداخله در درمان، باعث شد هر ۹ دانشجو با انگیزه بالا تا آخر درمان و دوره پیگیری حضور داشته باشند.

۵. **ایمنی** (آیا در اثر درمان، سلامت جسمی و روانی بیماران افزایش یافته است؟): نتایج پژوهش نشان داد که هر سه مداخله در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش انعطاف‌پذیری، به یک اندازه موثر بودند؛ با این حال، درمان شناختی- رفتاری هافمن در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی موثر نبود و این یافته نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری تا اندازه‌ای در سلامت جسمی و روان شناختی موثر است.

۶. **ثبات** (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟): نتیجه دو ماه پیگیری در پژوهش حاضر نشان داد که هر سه مداخله در آماج‌های درمان اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری دوام داشته‌اند.

با این حال، درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی دوام نداشته است. این یافته نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری ثبات پایداری در زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی نشان نمی‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارزیابی و مقایسه کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، با درمان-پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی انجام شد.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری هافمن به یک اندازه در کاهش اضطراب اجتماعی موثرند؟» نتایج پژوهش نشان داد که هر سه مداخله در کاهش اضطراب اجتماعی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. نتایج این پژوهش در ماتریکس اکت همسو با پژوهش‌های نلسون، (۲۰۲۰)؛ میرشریف‌نیا و همکاران، (۲۰۱۹)، یابنده و همکاران، (۱۳۹۸)؛ استادیان خانی و همکاران، (۱۳۹۶)؛ رستمی و همکاران، (۲۰۱۴)؛ کراسک و همکاران، (۲۰۱۴) بود. پژوهش‌های دیگری نشان می‌دهند که شفقت‌ورزی با کاهش اضطراب اجتماعی مرتبط است (اسماعیلی، و همکاران، (۱۳۹۷)؛ ورنر و همکاران، (۲۰۱۲)؛ آلن و همکاران، (۲۰۱۰)؛ هیمبرگ و همکاران، (۲۰۱۰). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از دیدگاه ماتریکس اکت، دانشجویان یاد می‌گیرند که با افزایش رابطه با افکار و احساسات، فکر را به عنوان فکر، احساس را به عنوان احساس تجربه کنند. همچنین افکار و احساسات خود را از واقعیت متمایز کنند. این کار در توجه و دقت کردن به تفاوت بین تجربه‌های حسی و ذهنی و تفاوت بین اقدامات دور شدن و پیش رفتن، و همچنین مشاهده‌گری بر این دو تفاوت بوجود می‌آید. بوسیله رابطه با خود به عنوان بافت و تماس با لحظه حال می‌توان از طریق دیدگاه‌گیری از تاثیر و نفوذ قلاب‌های توجه دزد و اقدامات ناکارآمد بر زندگی کاسته و در نهایت با خود شفقت‌ورزی و چشم اندازگزینی به سوی زندگی ارزشمند، شاد و معنی دار حرکت کرد. از دیدگاه درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، افراد مضطرب از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید و محافظت (آمیگدال، لیمبیک و سروتونرژیک) آن‌ها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجان‌هایی نظیر اضطراب، خشم یا بی‌زاری می‌شود. با فعال کردن سیستم متمرکز بر ایمنی احساس رضایت، آرامش و بهزیستی و با فعال کردن سیستم متمرکز بر انگیزش (دوپامین) احساس شادی، رضایت و انرژی یا برانگیختگی فراهم می‌شود. بنابراین درمان‌جویان یاد می‌گیرند که با تمرین سنجش

کارکردها و رابطه شفت‌آمیز با دردها و رنج‌های درونی، سیستم تهدید و محافظت که نقش مهمی در استرس بالا و نگرانی دارد کنترل کرده و با افزایش کارکرد سیستم انگیزشی و سیستم ایمنی و همچنین تمرین خود شفت‌ورزی از میزان ترس و اضطراب اجتماعی کاسته و سطح میزان کورتیزول خود (هورمون استرس) را کاهش دهند (گیلبرت، ۲۰۰۹). همچنین با برانگیختگی سیستم متمرکز بر ایمنی، ادراک خطر و تهدیدات را کاهش داده و رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران را افزایش دهند که باعث بدست آوردن تعادل می‌شود. همچنین یافته‌های این پژوهش در درمان‌شناختی- رفتاری هافمن همسو با پژوهش‌های هاشمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ بندلو و همکاران، ۲۰۱۵ بود. در تبیین این یافته از دیدگاه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن می‌توان گفت، درمانجویان با آگاه شدن از موقعیت‌های برانگیزانده اضطراب و همچنین از نقش اجتناب، رفتارهای ایمنی‌ساز، توجه متمرکز شده به خود، نشخوار ذهنی پس رویدادی در تداوم بخشی اختلال آگاه شده و با تمرین‌های چالش و بازسازی شناختی درون- جلسه‌ای، با آمادگی بیشتری به موقعیت‌های سخت‌تر اجتماعی و بیرون از جلسه درمان رفته، و با یادگیری رفتار جراتمندانه و پیش‌بینی استرس‌های زندگی، از بازگشت و عود عوامل تداوم بخش اختلال در آینده پیشگیری می‌کنند. بنابراین هر سه مداخله در کاهش اضطراب اجتماعی کارایی دارند. با این حال، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با دو مداخله دیگر به میزان بیشتری اضطراب اجتماعی را کاهش داده است.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفت و درمان شناختی- رفتاری هافمن به یک اندازه در افزایش انعطاف‌پذیری موثرند؟» نتایج پژوهش نشان داد که هر سه مداخله در افزایش انعطاف‌پذیری در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. این نتایج در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با پژوهش هزاهای و همکاران، (۱۳۹۸)؛ روحی و همکاران (۱۳۹۸)؛ زارع، (۱۳۹۶)؛ آزاده و همکاران، (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمانجویان با ترسیم نمودارهای ماتریکس در طول فرآیند درمان، توجه و دقت کردن گسترده به تفاوت‌ها و مهارت‌یابی در دیدگاه‌گیری و خود شفت‌ورزی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را افزایش می‌دهند. در درمان- پذیرش و تعهد متمرکز بر شفت، این فرآیند حاصل مجموعه‌ای از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی مبتنی بر الگوی شش ضلعی همچون پذیرش، گسلش، خود به عنوان بافت، رابطه با لحظه حال، روشن‌سازی ارزش‌ها، عمل متعهدانه توأم با آموزش خود شفت‌ورزی و توجه آگاهی شفت‌آمیز است که باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، عاطفی و رفتاری در درمانجویان می‌شود. همچنین یافته‌های این پژوهش در درمان‌شناختی- رفتاری هافمن همسو با پژوهش‌های روئین‌فرد و

همکاران، (۱۳۹۳) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فرآیند انعطاف‌پذیری حاصل سازوکارهایی همچون آگاه شدن از عوامل تداوم‌بخش اختلال، شناخت افکار خودآیند منفی و تغییر خطاهای شناختی مرتبط با باورهای ناکارآمد، مهارت در به چالش در آوردن و تعدیل باورهای ناکارآمد درون جلسه‌ای و آمادگی بیش‌تر برای روبرو شدن با موقعیت‌های سخت‌تر اجتماعی، همراه با رفتار جراثمتدانه و پیش‌بینی استرس‌های زندگی آتی، جهت پیشگیری از بازگشت و عود عوامل تداوم‌بخش اختلال در آینده می‌باشد. با این حال، گروه درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و گروه ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد به ترتیب به میزان ۱۱٫۷٪ و ۹٫۶٪، بهبودی بیشتری در افزایش انعطاف‌پذیری نشان دادند.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش زندگی ارزشمند از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟» نتایج نشان داد که ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش زندگی ارزشمند در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند. این نتایج در ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، با پژوهش‌های میرشریفا و همکاران، (۲۰۱۹)؛ آزاده و همکاران، (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظریه چهارچوب روابط ذهنی یا پشت صحنه ماتریکس (زبان و شناخت) افراد بطور معمول در موقعیت‌های پر استرس و بین‌فردی از تجربه‌های ذهنی و درونی ناخوشایند و دردناک اجتناب می‌کنند و بیش از حد با کنترل افراطی به آن‌ها پاسخ می‌دهند (تریچ و همکاران، ۲۰۱۴). در چنین شرایطی فرد نمی‌تواند بین اقدامات دور شدن و پیش‌رفتن تمایزی قائل شود و ذهنش بطور دائم به او می‌گوید که باید موقعیت را کنترل کرد تا افکار و احساسات ناخوشایند یا قلاب‌های ذهنی و هیجانی و تجربه‌های حسی بدنی حذف شوند. چنین نگرش منتقدانه و سخت‌گیرانه به خود، تضاد کامل با خود شفقت‌ورزی است و مانع زندگی ارزشمند می‌شود. از این‌رو، فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی یاد گرفته است آن چیزهای مهم و با ارزشی (مثل سخنرانی در سالن کنفرانس) که در اینجا و اکنون احساس و تجربه می‌کند می‌تواند با حضور در آنجا و آن زمان (اجرای سخنرانی در سالن کنفرانس) تصور کرده و مورد مشاهده قرار دهد. در این فرآیند فرد قادر می‌شود بین این دو چشم‌انداز اینجا و اکنون و آنجا و آن زمان گفتگویی راه‌اندازی کند که او را در جهت رفتار مناسب در برابر قلاب‌های آتی و آن چیزی که برایش مهم و با ارزش است کمک کند (دیدگاه‌گیری). از سوی دیگر، هدف ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد کمک به افراد است که بتوانند به سمت محرک‌های اشتیاق‌آور حرکت کنند اما درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری به دنبال کمک به افراد است تا از این بدبینی‌ها فاصله بگیرند.

با انجام این کار، ناخواسته گرفتار شدن افراد در دام محرک‌های آزاردهنده و دور شدن از این محرک‌ها را تشدید می‌کنند. پس از حذف محرک‌های آزاردهنده، افراد هنوز یاد نمی‌گیرند که به سمت محرک‌های اشتیاق‌آور حرکت کنند، بنابراین همیشه در معرض خطر گیر افتادن در دام محرک‌های آزاردهنده قرار دارند (پولک و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه درمان شناختی-رفتاری هافمن به ترتیب در مراحل پیگیری به میزان ۳۵٫۶٪ و ۳۴٫۸٪ بهبودی بیشتری در افزایش زندگی ارزشمند نشان دادند.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش خود شفقت‌ورزی از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟» نتایج نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند. این نتایج در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت با پژوهش‌های پورصالح و همکاران، (۱۳۹۹)؛ پیمان‌نیا (۱۳۹۹)، روحی و همکاران، (۱۳۹۸)؛ همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، هنگامی که در موقعیت‌هایی افکار و احساسات خود انتقاد گری و سختگیرانه‌شان اوج می‌گیرد بیشتر از هر چیزی با خودشان نامهربان هستند. این افراد توسط افکار نامهربانانه (خود انتقادگری و شرم و خجالت) به دام قلاب‌ها می‌افتند. همچنین این افراد اشتباهات و ناکامی‌های خودشان را نیز مورد سرزنش و انتقاد قرار می‌دهند و دچار احساس ناتوانی و شرم می‌شوند. در چنین فضایی از این افراد خواسته می‌شود یک نامه مهربانانه به دوست خود بنویسند. تا به این وسیله بتوانند با دردها و رنج‌ها خود (افکار و احساسات سختگیرانه و ...) همدلی و همدردی کنند و خودشان را تسکین نمایند. همچنین بتوانند ویژگی‌های فرد مهربان را در تصویر ذهنی ببینند و خود را التیام بخشند. از منظر درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، آموزش خود شفقت‌ورزی، موجب تسهیل تغییرعاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود که انتقاد از خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفته‌گی عاطفی واسترس‌های ناشی از آن را کاهش می‌دهد. همچنین فرد یاد می‌گیرد همان مهربانی که به دیگران ابراز می‌کند به خودش نیز معطوف کند (نف پ، ۲۰۰۳). گیلبرت (۲۰۰۹) بر این باور بود که درمان شناختی-رفتاری به جای اینکه شفقت را افزایش دهد باعث می‌شود که فرد بعضی وقت‌ها نسبت به خود نامهربانتر گردد و میزان شفقت فرد نسبت به خود کاهش پیدا کند. همچنین تحلیل نتایج نشان داد که میزان افزایش خود شفقت‌ورزی در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

در مراحل پیگیری به ترتیب به میزان ۶۱,۷٪ و ۵۹,۹٪ بسیار بالاتر از گروه درمان‌شناختی رفتاری هافمن است.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت از لحاظ کارایی بالینی از درمان‌شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟» نتایج کل پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و گروه درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان‌شناختی-رفتاری هافمن از نظر اندازه تغییر، ثبات، کلیت تغییر و ایمنی، در متغیرهای اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری‌پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی، کارایی بالینی موثرتری دارند اما در میزان پذیرش و عمومیت تغییر، مشابه بودند. بنابراین پژوهش حاضر از کارایی بالینی موثرتر ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر درمان‌شناختی-رفتاری هافمن در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه است که بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد، اول اینکه تعمیم نتایج این پژوهش به جمعیت بالینی مشابه با احتیاط انجام گیرد. دوم خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی، سوم کوتاه بودن دوره پیگیری و چهارم اجرای بیش از ده بار ابزار پژوهش، بی‌میلی و بی‌رغبتی در درمانجویان ایجاد کرد. در این پژوهش میزان تاثیر هر یک از مولفه‌های ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب اجتماعی مشخص نشد. این پژوهش در مراحل مقدماتی بالینی قرار دارد. لذا کارآزمایی‌های بالینی بیشتری برای تعیین کارایی و اثربخشی آن ضروری است، و همچنین این پژوهش به شواهد بالینی و تجربی و مداخله‌های مقایسه‌ای بیشتری نیاز دارد تا بتوان به کارایی و ثبات ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد اعتماد بیشتری کرد.

از عمده‌ترین پیشنهادات پژوهشی برای درمانگران بالینی این است که افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، بیش‌تر از هر چیز دیگری با قلاب‌های هیجانی و ذهنی، زبان و شناخت، مسائل خود محتوایی و داستان‌های چسبناک زندگی گذشته درگیر هستند. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه‌ای برای اندازه‌گیری قلاب‌ها، زبان و شناخت و خودمحتوایی با محوریت مسائل بین‌فردی و همچنین پرسشنامه دیدگاه‌گیری که محور اساسی ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد است با کیفیت روان‌سنجی بالا از نظر میزان حساسیت و دقت، توسط پژوهشگران بافتارگرایی-کارکردی ساخته شود. همچنین علاوه بر مداخله فردی از مداخله گروه‌درمانی و مداخله‌های ترکیبی بیشتر استفاده شود. پیشنهاد می‌شود یک پژوهش مقایسه‌ای و گروهی در میزان تاثیر هر یک از مولفه‌های ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد بر افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و سایر

اختلال‌های اضطرابی انجام شود. مراکز مشاوره خصوصی و دانشگاه‌های کشور برای کمک تخصصی به دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی، از پروتکل‌های یکپارچه‌نگر چند بعدی و فراتشخیصی این پژوهش بهرمند گردند. اثربخشی و کارایی بالینی بالای ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت را می‌توان برای سایر اختلال‌های اضطرابی به روان‌شناسان، مشاوران، روان‌پزشکان و مددکاران پیشنهاد نمود.

موازن اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای کد اخلاقی به شماره IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.010 است. اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل اخذ فرم رضایت بیماران برای شرکت داوطلبانه در مداخله‌ها به صورت کتبی، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن دانشجویان از اهداف پژوهش، توجه به سلامت و آسایش دانشجویان، حق انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش و برگزاری جلسات رایگان، مداخله نتایج پژوهش بدون ذکر نام افراد بود.

سپاسگزاری

از تمامی دانشجویان داوطلب و همچنین از ریاست محترم مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران جناب آقای دکتر علی قائدنیای جهرمی، جناب آقای دکتر محمدرضا شگرف نخعی (روان‌پزشک مرکز) و آقای مرتضی کاظمی (کمک‌درمانگر) که در این شرایط سخت پاندمی کووید ۱۹ همکاری صمیمانه‌ای در تمام مراحل اجرایی پژوهش حاضر داشتند تشکر می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز است که در تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۱۸ توسط شورای تحصیلات تکمیلی به تصویب رسیده است. طراحی، مفهوم‌سازی، تحلیل و تبیین داده‌ها و نگارش: حمید اسدی. نظارت: مسعود محمدی. روش‌شناسی، تجزیه و تحلیل داده‌ها: قاسم نظیری. ویرایش: اعظم داودی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله بدون هیچ‌گونه حمایت مالی و تضاد منافع انجام شد.

منابع

- آزاده قهفرخی، سیده منیره؛ کاظمی زهرانی، حمید؛ بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مشکلات بین فردی و انعطاف پذیری روان‌شناختی در دانش آموزان دختر دبیرستانی با اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله علم بهداشت*. ۸(۳): ۱۳۱-۱۳۸. [پیوند]
- استفان گ، هافمن، میثائل، اتو (۱۳۹۶). *درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی*. خیری پور، فتنه، چاپ سوم، تهران، انتشارات ارجمند. [پیوند]
- استادیان خانی، زهرا؛ فدایی مقدم، ملیحه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۱۸ (۱)، ۶۳-۷۲. [پیوند]
- اسدی، حمید. (۱۴۰۰). *پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی برای اختلال اضطراب اجتماعی*، تهران، چاپ اول، انتشارات پیام مولف.
- اسماعیلی، لیلیا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمد رضا؛ مولوی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۸ (۳۰): ۱۱۷-۱۳۷. [پیوند]
- اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ شعبانی، امیر و همکاران. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند: کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲۱(۲)، ۸۸-۱۰۷. [پیوند]
- اکبری، مهدی. (۱۳۹۷). بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه زندگی ارزشمند: بر اساس رویکرد تعهد و پذیرش. *نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*؛ دوره ۱(۳۰): ۲۴۹-۲۳۹. [پیوند]
- پورصالح، عطیه، حمید، نجمه، داودی، ایران. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر علایم اختلال اضطراب اجتماعی و سرمایه‌های روان‌شناختی دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۵(۵۶)، ۸۳-۹۴. [پیوند]
- پیمان نیا، بهرام. (۱۳۹۹). اثربخشی ماتریکس پذیرش، تعهد با شفقت بر تنظیم شناختی هیجان دانش-آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. *اندیشه‌های نوین تربیتی*. ۱۶(۴). [پیوند]
- تریچ د، ساندروف ب، آر ل، سیلبراستین ا. (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت*. ترجمه: دانشمندی س، ایزدی ر، عابدی م. چاپ اول. انتشارات کاوشیار. [پیوند]
- حسنی، ج؛ فیاضی، م؛ اکبری، ا. (۱۳۹۶). اعتبار، روایی و ساختار عاملی تأییدی نسخه فارسی مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. ۶(۲۴). [پیوند]
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۷). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی. بازتاب دانش، نشریه‌ای درباره شناخت، مغز و رفتار. دوره سوم، شماره ۱۰.

روحی، رومینا؛ سلطانی، امان‌الله؛ زین‌الدین میمند، زهرا؛ رضوی نعمت‌اللهی، ویدا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه بهداشت روان کودک*. ۶ (۳): ۱۷۳-۱۸۷. [پیوند]

روئین فرد، مهدی؛ شاره، حسین؛ حقی، الهام. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر بر بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی دختران نوجوان. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (سرار)*. ۲۱ (۲): ۲۲۶-۲۴۰. [پیوند]

زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. *دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی*. ۶ (۱)، ۱۳۴-۱۲۵. [پیوند]

سبزه‌آرای لنگرودی، میلاد. (۱۳۹۲). رابطه بین آرزوها و وابستگی‌های ارزش خود با شفقت به خود، خودشیفتگی ناسالم، خودشناسی انسجامی و حرمت خود. *پایان‌نامه کارشناسی/ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*.

عباسی، ایمانه؛ فتا، لادن؛ مولودی، رضا؛ ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل، چاپ دوم. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۲ (۱۰): ۸۰-۶۵.

هاشمی، تورج؛ احمدبیگی، نسرين؛ پرواز، سهیلا و کریمی شهابی، رقیه. (۱۳۹۴). نقش سبک دلبستگی در اضطراب اجتماعی با توجه به اثرات میانجی عزت نفس. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*. ۲۲ (۱): ۴۷-۶۶. [پیوند]

هزاوه‌ای، فاطمه؛ رباط میلی، سمیه. (۱۳۹۸). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بازداری رفتاری نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *نشریه مدیریت/ارتقای سلامت*. ۸ (۶): ۱۸-۲۹. [پیوند]

یابنده، محمدرضا؛ بقولی، حسین؛ سروقد، سیروس؛ کورش نیا، مریم. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان علائم اضطراب اجتماعی. *فصلنامه علمی پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۱۰ (۳۶): ۱۹۶-۱۷۷. [پیوند]

Alladin, A. (2015). *Integrative CBT for anxiety disorders: An evidence-based approach to enhancing cognitive behavioural therapy with mindfulness and hypnotherapy*. John Wiley & Sons. [Link]

Allen, A., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. [Link]

Ayyash-Abdo, H., Tayara, R., & Sasagawa, S. (2016). "Social anxiety symptoms: A cross-cultural study between Lebanon and the UK". *Personality and Individual Differences*, 96, 100-105. [Link]

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327. [Link]

Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles,

- family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 397-405. [Link]
- Begley, S. (2007). *Train your mind, change your brain*. New York: Ballantine Books. [Link]
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98. [Link]
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R., D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure OF Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*. [Link]
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-13. [Link]
- Callaghan, G.M., & Darrow, S.M. (2015). "The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: foundations and future directions for a fourth wave", *Current Opinion in Psychology*, 2: 60-64. [Link]
- Craske Michelle G., Niles Andrea N., Burkland Lisa J., Wolitzky-Talor Kate B., Vilardaga Jennifer C. Plumb, Arch Jonna G., Saxbe Darby E., Lieberman Matthew D.(2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *J Consult Clin Psychol.*;74(4):658-7. [Link]
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry*, 28(1), 64-69. [Link]
- Dixon, M. L., Moodie, C. A., Goldin, P. R., Farb, N., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation in social anxiety disorder: reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(1), 119-129. [Link]
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W. and Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38(3): 1-8. [Link]
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness*,

- acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications. [Link]
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Therapy*, 43(3), 666-78. [Link]
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc. [Link]
- Gadernann, A., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2012). Comorbidity and disease burden in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29, 797-806. [Link]
- Gerhart JI, Baker CN, Hoerger M, Ronan GF. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *J Contextual Behav Sci.*;3(4):291-8. [Link]
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology*, 10, 1-11. [Link]
- Gilbert P. (2005). *Compassion conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge. page 387. [Link]
- Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion focused therapy*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199– 208. [Link]
- Gilbert P. (2010). *Training Our Minds in, with and for Compassion*. An Introduction to Concepts and Compassion-Focused Exercises.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. [Link]
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Zhuo, C., & Norballa, F. (2012). Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships with Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22,106-118. [Link]
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 190, 551-565. [Link]
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science+ Business Media. [Link]
- Hayes, S.C. (2008). *The roots of compassion*. Keynote speech delivered at the International ACT Conference, Chicago. [Link]
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press. [Link]

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (2015). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. In *The Act in Context* (pp. 197-230). Routledge. [Link]
- Heimberg, R.G., Brozovich, F.A., & Rapee, R.M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S.G. Hofmann & P.M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, Developmental, and Social perspectives* (2nd ed., pp.395-422). New York: Academic Press. [Link]
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine* 29, 199- 212. [Link]
- Ingram RE, Hayes A, Scott W.(2000). *Empirically supported treatments: A critical analysis*. In Snyder CR, Ingram RE (Eds.). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century*. New York: Wiley; 41-60. [Link]
- Kennedy, A.E., Whiting, S.W., Dixon, M.R.(2014). Improving novel food choices in preschool children using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 228-235. [Link]
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Rae, J. R., Lagbas, E., Lo, J., & Kanter, J. W. (2015). A brief, interpersonally oriented mindfulness intervention incorporating Functional Analytic Psychotherapy' s model of awareness, courage and love. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 107-111. [Link]
- Kuckertz, J. M., Gildebrant, E., Liliequist, B., Karlström, P., Våppling, C., Bodlund, O., ... & Carlbring, P. (2014). Moderation and mediation of the effect of attention training in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 30-40. [Link]
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name?. *Archives of general Psychiatry*, 57(2), 191-192. [Link]
- Leichsenring, F. and Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23): 2255-2264.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 163–169. [Link]
- Johnson, S. U., Hoffarta, a., Nordahlc, H. M., Wampold B. E. (2017). Metacognitive therapy versus disorderspecific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103-112. [Link]

- Mirsharifa, S. M., Mirzaian, B., & Dousti, Y. (2019). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Anxiety and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Medical Investigation*, 8(1), 19-30. [Link]
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102. [Link]
- Nelson, C. (2020). University student anxiety and stress—exploring the feasibility, suitability, and benefits of ACT matrix group workshops for university students experiencing anxiety and stress (*Doctoral dissertation, Laurentian University of Sudbury*). [Link]
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T. and Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(1) 126-139. [Link]
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications. [Link]
- Polk, K. L., Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix, A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings & Populations*. An Imprint of New Harbinger Publications, Inc. [Link]
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 18, 250-255. [Link]
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083. [Link]
- Rose, G. M., & Tadi, P. (2021). Social Anxiety Disorder. *StatPearls [Internet]*. [Link]
- Rostami, M., Veisi, N., Jafarian Dehkordi, F., & Alkasir, E. (2014). Social anxiety in students with learning disability: Benefits of acceptance and commitment therapy. *Practice in Clinical Psychology*, 2(4), 277-284. [Link]
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171. [Link]
- Siegel, A.N., & Kocovski, N. L. (2020). Effectiveness of Self- Compassion Inductions Among Individuals with Elevated Social Anxiety. *Mindfulness*, 1-9. [Link]
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Kenardy, J. A., & Hearn, C. S. (2017). Generic versus disorder specific cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in youth: A randomized controlled trial using internet delivery. *Behaviour research and therapy*, 90, 41-57. [Link]

- Weeks, J. W., Howell, A. N., Srivastav, A., & Goldin, P. R. (2019). "Fear guides the eyes of the beholder": Assessing gaze avoidance in social anxiety disorder via covert eye tracking of dynamic social stimuli. *Journal of anxiety disorders*, 65, 56-63. [Link]
- Wernre, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg R. G., & Gross, J.J. (2012). Self compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*. 25(5), 543-558. [Link]
- Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. (2010). *The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework*. *Psychological Record*. 60: PP. 249-272. [Link]



Research Article

Comparison of (EFT) Training Based on the HMT/LMG Approach and (TA) on the Differentiation and Resolving the Parent-Adolescent Conflict

R. Hafez Sharbaf^{1*}, B. Ghanbari Hashem Abadi² & F. Alidoosti³

1. Doctoral student of clinical psychology, Islamic Azad University, Bojnord branch. Bojnord, Iran. Email: hafez.Sharbaf@gmail.com
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: ghanbarih@um.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khayyam University, Mashhad, Iran. Email: f.alidoosti@khayyam.ac.ir

Abstract

Aim: The aim of the present study was to compare the effectiveness of Emotion-Focused approach training based on HMT/LMG and transactional analysis on the differentiation and resolving the Parent-Adolescent conflict.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest study of two experimental groups with a three-month follow-up and the statistical population included all female high school students in Mashhad in the academic year of 1399-1400 (12018 people). The sample size included 60 students along with their mothers who were selected by multi-stage cluster sampling method and randomly selected into two experimental groups (each group 30 people). In order to collect data from the measures of the Child's Attitude toward Mother Scale (CAMS), Murray Strauss conflict tactics (1990) and Strauss and Skorn and Friedlander's differentiation (1998), as well as Stewart and Joines (2009) transactional analysis training packages and Aikin and Aikin's (2017) Emotion-Focused (HMT/LMG) were used. Both groups completed the mentioned questionnaires and then one group received the transactional analysis intervention and the other group received the HMT/LMG program. At the end of the intervention, both groups completed the questionnaires. **Results:** The effect of time, group and time interaction in the Emotion-Focused (HMT/LMG) training group was significant for differentiation and conflict resolution compared to the transactional analysis group ($p>0.001$). **Conclusion:** According to the obtained results, program HMT/LMG is recommended in Emotion-Focused training to increase differentiation and resolve conflicts during adolescence.

Key words: Emotional Focused group Therapy, Transactional Analysis group Therapy, Differentiation, Parent-Adolescence conflicts

Citation: Hafez Sharbaf, R., Ghanbari Hashem Abadi, B., & Alidoosti, F. (2023). Comparison of (EFT) Training Based on the HMT/LMG Approach and (TA) on the Differentiation and Resolving the Parent-Adolescent Conflict. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):63-89.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش هیجان مدار مبتنی بر رویکرد (HMT-LMG) و تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر تمایز یافتگی و حل تعارض والد- نوجوان

راضیه حافظ شهرباف^{۱*}، بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۲ و فاطمه علیدوستی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران. ایمیل: hafez.Sherbaf@gmail.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: ghanbarih@um.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خيام، مشهد، ایران. ایمیل: f.alidoosti@khayyam.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد هیجان مدار مبتنی بر (HMT/LMG) و تحلیل ارتباط متقابل بر تمایز یافتگی و حل تعارض والد- نوجوان بود. **روش:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه آزمایش با پیگیری سه‌ماهه و جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود (۱۲۰۱۸ نفر). حجم نمونه ۶۰ نفر دانش‌آموز همراه مادر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و با گزینش تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند (هر گروه ۳۰ نفر). جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های نگرش فرزند نسبت به مادر (CAM)، تاکتیک‌های تعارض موری اشتراوس (۱۹۹۰) و تمایز یافتگی اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) و همچنین، بسته‌های آموزشی تحلیل ارتباط متقابل استوارت و جونز (۲۰۰۹) و هیجان مدار (HMT/LMG) آیکین و آیکین (۲۰۱۷) استفاده گردید. هر دو گروه پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل و سپس یکی از گروه‌ها به مورد مداخله تحلیل ارتباط متقابل و گروه دیگر برنامه (HMT/LMG) را دریافت کرد. در پایان مداخله نیز هر دو گروه پرسشنامه‌ها را کامل و داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** اثر زمان، گروه و تعامل زمان در گروه آموزش هیجان مدار (HMT/LMG) نسبت به گروه تحلیل ارتباط متقابل برای تمایز یافتگی و حل تعارض معنادار بود ($p < 0.001$). **نتیجه‌گیری:** با عنایت به نتایج به‌دست‌آمده، آموزش رویکرد هیجان مدار (HMT/LMG) جهت بهبود سطح تمایز یافتگی و حل تعارضات دوره نوجوانی توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: آموزش هیجان مدار، برنامه HMT-LMG، تحلیل ارتباط متقابل، تمایز یافتگی، حل تعارض

مقدمه

وجود تعارض در بین اعضای خانواده در دوران نوجوانی فرزندان به اوج خود می‌رسد (هولمز، ۲۰۰۸)؛ به گونه‌ای که حدود دو سوم از والدین این مرحله را سخت‌ترین دوران در انجام نقش والدینی خود معرفی کرده و نوجوانان نیز تعارض والد-نوجوان و وجود مشکلات ارتباطی با آن‌ها را به عنوان چالش برانگیزترین مسائل دوران بلوغ خود می‌دانند (رضایی جمالوبی، ۱۳۹۶). تعارض والدین و فرزندان در حالت کلی نوعی عدم توافق، بحث و کشمکش است (دیاس و ری، ۲۰۲۲) که ناشی از ناسازگاری‌ها و اختلافات معمول است و می‌تواند رابطه عاطفی والدین و فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد (بانترس و همکاران، ۲۰۲۰؛ چینگ و همکاران، ۲۰۱۸). غالباً از بین تعارض والدین و فرزندان، مادران تعارض بیشتری نسبت به پدر با فرزندان خصوصاً فرزندان دختر خود تجربه می‌کنند. به علاوه، دختران نیز نسبت به پسران هیجانات مثبت و منفی بیشتری داشته، از نظر هیجانی حساس‌ترند و در نهایت روابط بین آنان با مادرانشان از نظر هیجانی شدیدتر خواهد بود (مجد آبادی، ۱۳۹۸).

شمار زیادی از تحقیقات تجربی نشان داده‌اند که روابط والد-فرزند مهم‌ترین پیش‌بینی کننده مشکلات رفتاری نوجوانان است (پانگ، لو و ال-وی، ۲۰۲۲؛ ماهیر، ۲۰۱۵). درگیری و خشونت بین اعضای خانواده، خطر ابتلا به بسیاری از مشکلات رفتاری و افسردگی را افزایش داده و موجب کاهش سلامت روان فرزندان می‌شود. روابط خانوادگی که بر اساس تعارضات بین اعضای آن پریشان باشد، محیط روحی و روانی امنی نیست و سبب ایجاد ستیزه‌جویی، ازهم‌گسیختگی و زوال خانواده می‌گردد (ریاحی، اسماعیلی و کاظمیان، ۱۳۹۶). لذا، با توجه به اینکه بسیاری از مشکلات رفتاری و تعارض با والدین در دوره نوجوانی ظاهر می‌شود؛ بروز این اختلافات و تعارضات می‌تواند بر کنش‌های شناختی و عاطفی نوجوان تأثیر گذاشته و عملکرد آنان را در حیطه‌های مختلف با اختلال مواجه سازد (چوی، کیم و کو، ۲۰۲۰).

اغلب خانواده درمانگران بیان می‌دارند ارتباطات ضعیف در درون خانواده‌ها موجب مشکلات خانوادگی شدید، شکست در حل مشکلات و فقدان صمیمیت می‌شود (پیترسون و گیفین، ۲۰۰۹). بیشتر تعارض‌هایی که در خانواده بین نوجوانان و والدین به وجود می‌آید، ناشی از عدم مهارت‌های کافی در گفت‌وگو بین افراد خانواده و نداشتن توافق در خصوص قوانین و مسؤولیت‌ها، ضعف در مهارت حل مسئله، دریافت شناختی تخریب‌شده، ضعف در تنظیم هیجانی، عدم توانایی درک یکدیگر، ناتوانی در کنترل خشم و عدم تمایز یافتگی می‌باشد که این موارد نیز نشأت گرفته از دور تسلسلی و تکرار غیر منطقی عملکرد هیجانی-رفتاری آموخته‌شده بین اعضای خانواده است (ایزد خواه، نظری و ثنایی ذاکر، ۱۳۹۰). علاوه بر این، تعارض میان فرزندان و والدین با

یکدیگر ممکن است ماحصل تفاوت در درک و تصور والدین از همدیگر بوده که می‌تواند فرد را نسبت به مشکلات روان‌شناختی و رفتاری آسیب‌پذیر نموده (سهراب نژاد، یونسی، دادخواه و بیگلریان، ۱۳۹۳) و زمینه رفتارهای ضد اجتماعی (آحمد، فولکز و بلکمر، ۲۰۲۰)، افسردگی (ایندرایانی، پالوتوری و ویدوواتی، ۲۰۲۰)، اضطراب و رفتارهای پرخطر (گانمی، الوچ و ملج، ۲۰۱۷)، گوشه‌گیری، اعتیاد، روابط بین فردی معیوب و پرخاشگری را در نوجوانان فراهم سازد (روستایی راد، زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

نکته قابل توجه در اکثر مشکلات ناشی از تعارض، وجود بحث‌های دامن‌دار با تبادلات خصمانه و شکست در حل رضایت‌آمیز مسئله می‌باشد (جوی و آن، ۲۰۲۱). این مشکلات به‌خصوص زمانی که با عوامل آسیب‌زای دیگری نظیر دلبستگی ناایمن، والدین رها کننده یا غفلت کننده، خانواده آشفته و روابط ناایمن همراه گردد؛ قطعاً سازگاری نوجوان را به مخاطره انداخته و فرایند گذر طبیعی از این دوره را با چالش‌هایی جدی مواجه خواهد ساخت (مهری نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). لذا، حل تعارض کلید ارتباط گرم و صمیمانه روابط بین والدین و فرزندان و عامل بهبود روابط بین فردی و سازگاری بیشتر، رسیدن به هویت منحصربه‌فرد و تمایز یافتگی نوجوانان است (پلرون، اسپینلوا، سیدوتی، میسیچ، ۲۰۱۵). تمایز یافتگی یا تفکیک خویشتن از مفاهیم مهم در مطالعات خانواده است که نقش کلیدی در بروز تعارضات بین فردی و تنظیم هیجانات افراد دارد. مفهوم فوق، بیانگر نوعی ظرفیت درون فردی جهت متمایز کردن منطق و عاطفه برای حفظ استقلال در روابط عمیق عاطفی با افراد مهم زندگی بوده و به توانایی اشخاص برای تشخیص از خانواده اصلی در سطح عاطفی و عقلی اطلاق می‌گردد. تمایز یافتگی به مثابه پلی بین فهم وابستگی متقابل افراد بوده و توانایی فرد جهت تعادل بین فکر و احساس و همچنین صمیمیت و استقلال در خانواده را نشان می‌دهد (تالمون، سالومون و گینزبورگ، ۲۰۲۰).

می‌توان تمایز یافتگی را به‌صورت یک پیوستار تصور کرد که از یک‌طرف به خودمختاری و از جهت دیگر آن به امتزاج ربط پیدا می‌کند. خودمختاری نشان‌دهنده توانایی تفکر واضح و روشن و امتزاج نشان‌دهنده وابستگی عاطفی شدید به اعضای خانواده در هنگام مواجه شدن با یک موقعیت است. لذا، تمایز یافتگی به معنای رسیدن به حدی از استقلال احساسات و عواطف است که افراد بتوانند در موقعیت‌های هیجانی، بدون توجه به شرایط عاطفی آن موقعیت‌ها، به‌صورت خود مختار و منطقی تصمیم‌گیری نمایند (گلسو و فرتز، ۲۰۰۱). طبق مبانی نظری، افراد تمایز نیافته از نظر عاطفی به دیگران وابسته بوده و به‌دشواری می‌توانند برای خود فکر، احساس و عمل کنند (آزادی و همکاران، ۱۳۹۵). بر این اساس، تمایز یافتگی به‌عنوان فرایند تفرد و استقلال در نوجوان می‌تواند منجر به ایجاد تعارض و یا تعامل والدین و نوجوانان گردد. افراد با تمایز یافتگی

پایین، تحت سلطه واکنش‌های عاطفی غیر عادی یا خودکار هستند و معمولاً در برابر سطوح کم اضطراب هم دچار بد عملکردی شده و لذا، هنگام تعارض و طرد، رفتار واکنشی هیجانی بالایی را نشان می‌دهند (فردوسی، ۱۳۹۵). بر همین مبنا، مشکلات اجتماعی و عاطفی فرزندان در خانواده‌ها اغلب ناشی از تمایز یافتگی پایین و غالب بودن احساسات در ایجاد روابط صمیمانه و حل تعارضات می‌باشد (حدیدی و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط تمایز یافتگی مادران با متغیرهای متعددی نظیر پیشرفت تحصیلی، مهارت‌های شناختی و توان اجتماعی (رحمتی و همکاران، ۱۳۹۸)، خودکارآمدی (فراکو و کونا، ۲۰۲۲)، اضطراب، افسردگی و اختلال کمبود توجه (بابای خاکیان، ۱۳۹۴)، تعارض والد-فرزندی و مسئولیت‌پذیری در فرزندان (محسنی، ۱۳۹۳) بوده است.

در مجموع، با توجه به نقش تجارب خانوادگی و کیفیت ارتباطات بین اعضای خانواده، به نظر می‌رسد که از طریق مطالعه چگونگی شکل‌گیری تعارضات بین والدین-فرزندان و مدیریت وابسته‌های آن در قالب مداخلات حل تعارض و تمایز یافتگی بتوان جهت ایجاد صمیمیت بین اعضای خانواده، کاهش تعارضات والد-فرزندی و پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری نوجوانان گام‌های مؤثری برداشت. در همین راستا، دو رویکرد مهم آموزشی درمانی تحلیل ارتباط متقابل و هیجان‌مدار با توجه به تأکیدی که بر بهبود ارتباطات بین فردی و سعی بر ایجاد و بازسازی روابط صمیمانه در حل مشکلات و حل مشکلات ارتباطی افراد دارند، می‌توانند در جهت آزمون کاهش تعارضات و تمایز یافتگی بین والدین و فرزندان بکار گرفته شوند.

رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (T.A) یک نظریه روانشناسی شخصیت در زمینه ارتباطات بوده و کاربرد وسیعی در حل مشکلات هیجانی و رفتاری دارد (صرامی و همکاران، ۱۳۹۶). این نظریه با تأکید بر پویایی اجتماعی (هرن، ۲۰۱۵) و می‌تواند توانایی‌های فرد را در تحمل و کنترل اضطراب به سرعت افزایش دهد (وحید واقف، ۱۳۸۹). طبق مبانی نظری، تحلیل ارتباط متقابل بر درک روابط متقابل تأکید داشته و در طی درمان به فرد کمک می‌شود تا روابطش با دیگران را بهبود بخشد (تایسیر، ۲۰۲۰). در تحلیل ارتباط متقابل، جهت ایجاد تغییر رفتار، از شیوه‌های مناسب بر اینجا و اکنون استفاده شده و هدف آن افزایش آگاهی شناختی و هیجانی فرد نسبت به مشکلات ارتباطی می‌باشد (کیم، بنگ و کو، ۲۰۱۷). نظریه مذکور با ارائه یک الگوی سه‌بخشی تحت عنوان حالات نفسانی «خود» شامل کودک، بالغ و والد عرضه شده که چگونگی تفکر و رفتار را بیان نموده و به افراد کمک می‌کند تا چگونه شخصیت خود را در قالب رفتارهایشان آشکار سازند (جونز و یان، ۱۳۹۰). پژوهش‌های مختلف اثربخشی (T.A) را در درمان مسائل مربوط به سازگاری عاطفی (تایسیر، ۲۰۲۰)، اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد و بزهکاری (کامپوس،

۲۰۱۸)، کاهش پرخاشگری کلامی (ناندنگ و همکاران، ۲۰۱۶) و بهبود مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی (صدیقی، مکوند حسینی و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۵) تأیید کرده است. به‌طور کلی، این رویکرد با آموزش و ارائه راهکارهایی که به افراد در زمینه همدلی متقابل و بیان احساسات در فضایی همراه با پذیرش به همراه کنترل هیجانات منفی، استفاده از مهارت حل مسئله و برقراری روابط مکمل ارائه می‌دهد، تأثیر مؤثری بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش تعارضات نوجوانان و بهبود سطح تمایز یافتگی در آنان دارد (رحمتی و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی دیگر از رویکردهای تأثیرگذار بر کاهش تعارضات والد-نوجوان و تمایز یافتگی رویکرد متمرکز بر هیجان (EFT) است. روانشناسان با انجام پژوهش‌های علمی دریافته‌اند که تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنشوری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع تنیدگی‌زای زندگی دارد (ارتزودیس، رم، ندلکوویچ و موادینگ، ۲۰۱۷). تأکید رویکرد آموزش هیجان مدار بر تجربه، رویارویی، مواجهه و شهود، فرایند، رشد و کمال، خودانگیختگی، عمل و لحظه‌های اینجا و اکنون بوده و درمان صرفاً در اثر تأمل شناختی و کسب بینش نسبت به مشکلات ایجاد نمی‌شود، بلکه نزدیکی روابط خانوادگی و تنظیم هیجانی در تعامل بین خانواده و درمانگر نقش اساسی در فرایند درمان دارد (برناه، ۱۳۹۲). در رویکرد مذکور، هیجان‌ها به‌عنوان امری انطباقی مانند رویکرد دلبستگی در نظر گرفته شده و ادعا می‌شود که با اکتشاف و بازسازی مجدد هیجان‌ها می‌توان شیوه‌های پاسخ‌دهی افراد را تغییر داد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، سازگاری و کفایت اجتماعی را افزایش، پرخاشگری را کاهش و با ارتقای رفتارهای فرا اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی تأثیر بگذارد (جانسون، ۱۳۹۱).

در پژوهش حاضر، برای آموزش تنظیم هیجان از برنامه هیجان مدار «مرا محکم در آغوش بگیر/مرا رها کن» استفاده شده است. این برنامه توسط آیکین و آیکین (۲۰۱۷) در زمینه زوج‌درمانی هیجان مدار و بر اساس پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان سوزان جانسون (۱۹۹۸) «محکم در آغوشم بگیر» طراحی و تدوین گردیده است. برنامه مذکور به‌عنوان پروتکل راهنمایی برای خانواده‌های دارای فرزند نوجوان کاربرد داشته و مبنای اثربخشی این برنامه تأکید بر توانایی خانواده‌ها جهت توازن رشد فرد و ارتباطات در زمانی می‌باشد که فرزند در حال رشد است (آیکین و همکاران، ۲۰۱۸). برنامه (HMT/LMG) در رویکرد هیجان مدار علاوه بر اینکه امکان فرزندپروری همراه با اقتدار و محافظت را برای والدین فراهم می‌کند، به دنبال آزادسازی نوجوانان نیز است که با امنیت بیشتری مراقبت و پرورش را در زمان نیاز دریافت نمایند (آیکین و همکاران، ۲۰۱۷).

آیکین و همکاران (۲۰۱۸) بیان می‌دارند که ۵ مفهوم ساختاری شامل الگوهای تعاملی منفی، احساس امنیت، تجربه عاطفی، بازسازی تعاملات (تعاملات مجدد) و درک جنبه‌های بلوغ می‌باشد که در برنامه (HMT/LMG) بسیار حائز اهمیت است. در «الگوهای تعاملی منفی» اعضای خانواده احتیاج دارند که به یکدیگر متصل شوند، چرا که لحظات قطع ارتباط در خانواده تهدیدآمیز است. منطبق با «احساس امنیت» دلبستگی ایمن در خانواده‌ها زمانی توصیف می‌شود که مراقبان در حمایت و پرورش از نوجوانان خود احساس موفقیت کنند. در مورد «تجربه عاطفی» شرکت‌کنندگان متوجه می‌شوند که نیازهای دلبستگی و ترس بین والدین و نوجوانان احساسی هستند. «بازسازی تعاملات» به عنوان یکی دیگر از مفاهیم اصلی در این برنامه، با به اوج رسیدن برنامه آموزشی طی یک گفتگوی ساختاریافته به منظور سهولت در روابط آسیب یافته نوجوانان و والدین و ترس و درخواست‌های نوجوانان، طراحی شده و تعاملات واکنشی بین افراد را بازسازی می‌کند. والدین در طول برنامه آموزشی، روابط بلوکه شده خود با فرزندانشان را خنثی کرده و لذا، پاسخگویی آن‌ها نسبت به نیازها و درخواست‌های فرزندانشان افزایش می‌یابد و تعامل عاطفی بیشتر و در دسترس‌تری با نوجوان خود خواهند داشت. مفهوم نهایی در (HMT/LMG) درک جنبه‌های بلوغ و نوجوانی به عنوان یک مرحله رشد شناخته می‌شود که در طی آن نیاز نوجوانان برای رسیدن به والدین خود با نیاز آن‌ها در موارد مشابه رقابت می‌کند. لذا، نوجوانان برای جذب بیشتر به چیزهای جدید به همسالان خود گرایش یافته و به دنیای خارج از خانواده کشیده می‌شوند. بر این اساس، والدین در (HMT/LMG) تشویق می‌شوند تا پریشانی در سال‌های نوجوانی و بلوغ فرزند خود را امری عادی و اجتناب‌ناپذیر بدانند.

لذا، با توجه به حساسیت دوره نوجوانی و مسائلی که به تبع بلوغ و بحران‌های آن برای نوجوان پیش می‌آید؛ همچنین، لزوم ارتباط مناسب بین والدین و فرزندان برای گذر از این مرحله تحولی رشد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش هیجان مدار مبتنی بر رویکرد (HMT - LMG) و تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر تمایز یافتگی و حل تعارض والد-نوجوان، جهت ارائه راهکار برای تسهیل فرایند تمایز یافتگی و تعارضات والد-نوجوان انجام شد و این فرضیه‌ها مطرح گردید: ۱- بین اثربخشی آموزش هیجان مدار (HMT/LMG) و تحلیل ارتباط متقابل بر تمایز یافتگی تفاوت معناداری وجود دارد. ۲- بین اثربخشی آموزش هیجان مدار (HMT/LMG) و تحلیل ارتباط متقابل بر حل تعارض تفاوت معناداری وجود دارد.

اهمیت و ضرورت پژوهش

منطبق با تحلیل رفتار متقابل، چنانچه افراد با یکدیگر رابطه صمیمی و صادقانه‌ای داشته و چنین روابطی را بجای روابط مخرب منفی و تحقیرآمیز استفاده نمایند؛ می‌توانند از فشارهای روانی خود و دیگران بکاهند، تعارض‌های بین فردی را کاهش داده و از زندگی لذت بیشتری ببرند (ثقتی، ۱۳۹۲). به‌علاوه، برنامه آموزشی (HMT/LMG) نیز به والدین کمک می‌نماید تا الگوهای سخت‌گیرانه را در روابط با نوجوان خود، کنترل کرده و علائم عاطفی مربوط به نیازها و ترس‌های نوجوان را به‌گونه‌ای تنظیم کنند که اعضای خانواده به پاسخگویی با صراحت، دسترسی، پاسخگویی و تعامل عاطفی ترغیب شوند. طبق این برنامه، هنگامی که نوجوانان به نیازهای دلبستگی و ترس خود دسترسی پیدا می‌کنند، والدین سعی می‌کنند که از نظر احساسی واکنش کمتری نشان داده و در عوض، تعاملات ارتباطی خود را بهبود بخشند. لذا، برنامه (HMT/LMG) به هر خانواده‌ای که به افزایش درک متقابل و ارتباط متقابل علاقه‌مند هست، کمک می‌کند تا در جهان پیچیده‌ای که زندگی می‌کنند به درک درستی در روابط دست یابند (آیکین و همکاران، ۲۰۱۸).

هرچند تاکنون پژوهش‌های زیادی اثربخشی رویکرد (EFT) را در زمینه‌های مختلف مورد تأیید قرار داده‌اند (کورن، وولی، اسکات، دنیس و توروک، ۲۰۲۰؛ استاوریانوپولوس، ۲۰۱۹؛ لانگلد، اردال، جلمست و فاین، ۲۰۱۹؛ گزالس و همکاران، ۲۰۱۹؛ بل و همکاران، ۲۰۱۷؛ ویب و جانسون، ۲۰۱۷؛ دنالت و دری، ۲۰۱۵؛ سلطانی، احقر و باباخانی، ۱۳۹۹؛ کنارکوهی و همکاران، ۱۳۹۸؛ رستمی، سعادت‌ی و یوسفی، ۱۳۹۷)؛ لیکن، در ایران هیچ پژوهشی در ارتباط با حل تعارض و افزایش صمیمیت بین والدین و فرزندان و با برنامه (HMT/LMG) صورت نگرفته است. به‌علاوه، در تبیین کاربست دو نظریه رویکرد هیجان‌مدار و تحلیل ارتباط متقابل اگرچه هردو تأکید بر مدیریت هیجانات و بهبود روابط بین فردی، افزایش صمیمیت و حل تعارضات و بهبود عملکرد خانواده دارند؛ لیکن، در برخی از موارد فرایند این تغییرات را متفاوت بررسی می‌کنند. در واقع، تکنیک‌ها و روش‌های درمانی این دو رویکرد همپوشی کمی با هم دارند؛ چرا که تحلیل ارتباط متقابل بر تغییر رفتار و رویکرد هیجان‌مدار بر تغییر هیجانات تمرکز بیشتری دارد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و اجرای پیگیری و همراه با آزمون غربالگری است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ است (۱۲۰۱۸ نفر). با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای اول بین نواحی هفتگانه آموزش و پرورش شهر مشهد به صورت تصادفی ناحیه هفت انتخاب و در مرحله بعد با توجه به موقعیت جغرافیایی و محدوده مدارس از بین کلیه مدارس دخترانه متوسطه در این ناحیه، تعداد ۸ آموزشگاه (هر محدوده ۲ آموزشگاه متوسطه اول و متوسطه دوم) به صورت تصادفی انتخاب و به منظور غربالگری کلیه دانش‌آموزان فرم نگرش فرزند نسبت به والدین (فرم مادر) را تکمیل نمودند. سپس از بین دانش‌آموزانی که نمره بالای ۳۰ را کسب کرده بودند، نمونه‌ای به حجم نمونه ۶۰ نفر همراه مادر انتخاب و سپس جلسه توجیهی با حضور والدین (مادر) برگزار و هم مادران و هم فرزندان فرم رضایت شرکت در پژوهش و پرسشنامه‌های تعارض و تمایز یافتگی را کامل کردند. سپس، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند (هر گروه ۳۰ نفر). برای گروه اول آموزش هیجان مدار (HMT/LMG) در ۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (مطابق با پروتکل) و برای گروه دوم مداخله آموزشی تحلیل ارتباط متقابل در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) اجرا گردید. پس از پایان دوره آموزشی، مجدداً هر دو گروه به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش اقدام و جلسه پیگیری جهت بررسی اثربخشی آموزش‌ها نیز سه ماه بعد، با دعوت از آزمودنی‌ها (مادر-دختر) در یک جلسه عمومی و ارزیابی مجدد از طریق تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش صورت پذیرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل با نرم‌افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۱ و تحلیل کوواریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. ابزارهای پژوهش به شرح زیر بود.

- **پرسشنامه تمایز یافتگی (DSI):** نسخه اولیه این پرسشنامه توسط اسکورن و فریدلندر در سال ۱۹۹۸ ساخته و در سال ۲۰۰۳ اسکورن و اشمیت آن را مورد تجدید نظر قرار داده‌اند. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه بوده و در طیف ۶ درجه‌ای مقیاس لیکرت از «اصلاً در مورد من صحیح نیست: نمره ۱» تا «خیلی در مورد من صحیح است: نمره ۶» نمره‌گذاری شده است. مقیاس مذکور، چهار مؤلفه واکنش عاطفی، حالت من، کناره‌گیری عاطفی و آمیختگی با دیگران را می‌سنجد. آزمودنی‌ها در این پرسشنامه نمره‌ای بین ۳۹ تا ۲۳۴ را کسب می‌کنند که نمره بیشتر به معنای تمایز یافتگی بیشتر و نمره کمتر به معنای تمایز یافتگی کمتر می‌باشد. اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) برای این پرسشنامه آلفای ۰/۸۸ را گزارش کرده‌اند. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعات مختلف داخلی نیز مورد تأیید قرار گرفته و همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۱، واکنش عاطفی ۰/۸۱، جایگاه من ۰/۶۹،

کناره‌گیری عاطفی ۰/۶۵ و برای آمیختگی با دیگران ۰/۶۰ درصد گزارش شده است (نظری و علیکی، ۱۳۸۱).

– **مقیاس نگرش فرزند نسبت به مادر (CAM):** توسط والتر دبلیو و هودسن طراحی شده و با ۲۵ سؤال جهت اندازه‌گیری دامنه، میزان و یا شدت مشکلات فرزند با مادر می‌باشد. مقیاس مذکور دو نقطه برش دارد. اول نمره ۳۰ (+۵) نمرات زیر این نقطه نشانه فقدان مشکل مهم بالینی و نمرات بالای ۳۰ به منزله وجود مشکلی است که از نظر بالینی معنادار تلقی می‌شود. نمره دوم برش ۷۰ است. نمرات بالای این نقطه تقریباً همیشه نشان می‌دهد که فرد استرس شدیدی داشته و اینکه احتمال کاربرد نوعی خشونت برای حل مشکلات وجود دارد. مقیاس مذکور با اجرا روی دانش‌آموزان کلاس هفت تا دوازده و با گذشته‌های ناهمگن ساخته شده است. آلفای ۰/۹۴ حاکی از همسانی درونی و بازآزمایی این مقیاس نیز بعد از یک هفته ۰/۹۵ شده که نشان‌دهنده پایایی بالای آن است (ثنایی، ۱۳۸۷).

– **بسته آموزشی آموزش هیجان مدار (HMT/LMG):** بسته آموزشی آموزش هیجان مدار «محکم در آغوش بگیر، رهایم کن» (HMT/LMG) در زمینه زوج‌درمانی هیجان مدار بر اساس پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان جانسون (محکم در آغوش بگیر) تدوین و بر توانایی خانواده‌ها جهت توازن رشد فرد و ارتباطات تأکید دارد (۳۴). این برنامه طی ۵ جلسه تنظیم شده که والدین و فرزندان در طی ۱۰ ساعت در آن شرکت می‌کنند و جلسه اول مختص والدین می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱. جدول شرح جلسات آموزش هیجان مدار (HMT/LMG)

اهداف جلسات	جلسه
درک سیستم دلبستگی والدین و اتحاد فرد همراهی‌کننده در تربیت	جلسه اول
امنیت، رابطه امن و هویت خانوادگی	جلسه دوم
چگونه عشق به خطا می‌رود/ گفتگوهای اهریمنی/ چرخه منفی	جلسه سوم
جداسازی نوجوان و والدین/ گروه‌های والدین	جلسه چهارم
گفتگوی مرا محکم در آغوش بگیر، سبک خانوادگی – اعتمادسازی دوباره نوجوان به والدین	جلسه پنجم
اتمام برنامه و خلاصه	جمع‌بندی جلسات

بسته آموزشی تحلیل ارتباط متقابل: جلسات آموزشی تحلیل ارتباط متقابل، برگرفته از کتاب روش‌های نوین در روان‌شناسی تحلیل ارتباط متقابل بوده و آزمودنی‌ها در ۸ جلسه ۱۲۰

دقیقه‌ای بر اساس برنامه آموزشی تدوین شده شرکت می‌کنند (۴۸). پروتکل آموزشی تحلیل ارتباط متقابل در پژوهش‌های مختلفی (۲۵،۴۹) بکار گرفته شده است.

جدول ۲. جدول شرح جلسات تحلیل ارتباط متقابل

اهداف جلسه	جلسه
معارفه، بیان قواعد گروه، تحلیل ساختاری ساده حالات سه گانه (بالغ، والد، کودک) و ارائه تکلیف (رسم اگوگرام)	جلسه اول
بررسی تکلیف، تحلیل کارکردی و ارائه تکلیف (رسم اگوگرام با توجه به آموزش‌های جلسه)	جلسه دوم
بررسی تکلیف، تحلیل ساختاری پیچیده و ارائه تکلیف (رسم اگوگرام بر اساس تحلیل ساختاری پیچیده)	جلسه سوم
بررسی تکلیف، توضیح نوازش، آموزش روابط مکمل و متقاطع و روش‌های تشخیص حالات سه گانه	جلسه چهارم
بررسی تکلیف، آموزش روابط پنهان و رفتار متقابل مضاعف و ارائه تکلیف (ارائه چند مثال از روابط پنهان)	جلسه پنجم
بررسی تکلیف، آموزش چهار وضعیت وجودی، شفای کودک درون و ارائه تکلیف (پرسش و پاسخ با دست مسلط و نامسلط و نقاشی)	جلسه ششم
بررسی تکلیف، آموزش مفاهیم مدیریت زمان و شیوه‌های فعال کردن بالغ و ارائه تکلیف (تعیین مدیریت زمان و استفاده از بالغ)	جلسه هفتم
بررسی تکلیف، پاسخگویی به سؤالات و جمع‌بندی جلسات	جلسه هشتم

یافته‌ها

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تمایز یافتگی و حل تعارض در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌های هیجان مدار و تحلیل ارتباط متقابل ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی تمایز یافتگی و حل تعارض

متغیر	مرحله	گروه	
		هیجان مدار	تحلیل ارتباط متقابل
واکنش‌پذیری عاطفی	پیش‌آزمون	۲۹/۵۳ (۶/۳۲)	۲۸/۰۶ (۴/۶۳)
	پس‌آزمون	۵۳/۸۶ (۶/۴۹)	۴۷/۱۳ (۹/۳۹)

پیگیری	۶۰/۸۶ (۳/۲۰)	۴۶/۷۳ (۹/۹۶)
پیش‌آزمون	۲۸/۰۶ (۳/۹۳)	۲۸/۶۶ (۶/۸۹)
پس‌آزمون	۵۱/۵۳ (۵/۳۰)	۴۴/۴۰ (۱۱/۰۱)
پیگیری	۵۶/۸۶ (۳/۳۷)	۴۴/۰۰ (۱۱/۵۲)
پیش‌آزمون	۳۸/۲۰ (۷/۰۷)	۳۸/۴۰ (۵/۱۱)
پس‌آزمون	۶۳/۶۶ (۵/۲۴)	۵۴/۵۳ (۱۱/۰۵)
پیگیری	۶۸/۴۰ (۲/۲۶)	۵۳/۹۳ (۱۰/۹۳)
پیش‌آزمون	۳۵/۰۶ (۱۰/۶۶)	۳۹/۵۳ (۷/۳۰)
پس‌آزمون	۵۸/۴۶ (۵/۷۴)	۵۱/۶۰ (۱۰/۴۴)
پیگیری	۶۴/۸۰ (۲/۷۵)	۵۰/۴۶ (۱۰/۴۹)
پیش‌آزمون	۱۶/۰۶ (۳/۴۹)	۱۳/۳۳ (۵/۰۶)
پس‌آزمون	۷/۴۶ (۲/۲۹)	۶/۰۰ (۴/۵۰)
پیگیری	۲/۴۰ (۱/۴۰)	۵/۵۳ (۴/۰۱)
پیش‌آزمون	۱۳/۳۳ (۲/۴۹)	۱۳/۱۳ (۳/۴۴)
پس‌آزمون	۴/۰۰ (۱/۶۴)	۷/۲۶ (۲/۷۶)
پیگیری	۲/۲۶ (۱/۳۸)	۶/۵۳ (۲/۰۹)
پیش‌آزمون	۱/۲۰ (۱/۰۸)	۰/۶۶ (۰/۷۲)
پس‌آزمون	۰/۰۰ (۰/۰۰)	۰/۱۳ (۰/۵۱)
پیگیری	۰/۰۶ (۰/۲۵)	۰/۱۳ (۰/۵۱)

پیش از ارائه نتایج مربوط به هر یک از فرضیه‌های پژوهش که با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر آزمون شدند؛ بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون شاپیرو ویلک نشان داد توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است ($p > 0.01$). همچنین، بررسی همگنی ماتریس کوواریانس که تحت عنوان پیش‌فرض کرویت بیان می‌شود با استفاده از آزمون ماچلی نشان داد پیش‌فرض کرویت برای هر چهار مؤلفه تمایز یافتگی و سه مؤلفه حل تعارض برقرار است ($p > 0.01$).

فرضیه اول پژوهش بیان می‌کرد بین اثربخشی آموزش هیجان مدار و تحلیل ارتباط متقابل بر تمایز یافتگی تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان (نمرات مؤلفه‌های چهارگانه

تمایز یافتگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به‌عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (گروه هیجان مدار و گروه تحلیل ارتباط متقابل) به‌عنوان عامل بین آزمودنی وارد مدل شدند. در جدول ۴ معنادار بودن مقدار شاخص پیلایی برای اثر زمان ($p < 0/001$)، گروه و تعامل زمان * گروه ($p < 0/001$) به این معناست که اثر این عوامل بر ترکیب مؤلفه‌های چهارگانه تمایز یافتگی معنادار بوده است.

جدول ۴. آماره‌های آزمون چندمتغیری برای مقایسه تمایز یافتگی

اثر	ارزش شاخص پیلایی	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۰/۹۲	۳۴/۵۴	۸	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲
گروه	۰/۴۲	۴/۵۲	۴	۲۵	۰/۰۰۷	۰/۴۲
زمان*گروه	۰/۶۳	۴/۶۲	۸	۲۱	۰/۰۰۲	۰/۶۳

مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل اندازه‌گیری و گروه در جدول ۵ ارائه شده و اثر زمان بر هر چهار مؤلفه واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم آمیختگی عاطفی معنادار است ($p < 0/001$). یعنی نمرات این متغیرها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارد. اثر گروه نیز بر هر چهار مؤلفه تمایز یافتگی معنادار است. همچنین اثر تعاملی زمان * گروه برای تمامی مؤلفه‌های تمایز یافتگی معنادار است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه تمایز یافتگی

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
واکنش‌پذیری عاطفی	زمان	۱۱۰۶۷/۸۰	۱/۴۱	۷۸۴۵/۱۳	۱۵۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴
	گروه	۱۲۴۶/۹۴	۱	۱۲۴۶/۹۴	۱۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	زمان*گروه	۶۰۷/۳۵	۱/۴۱	۴۳۰/۵۰	۸/۶۰	۰/۰۰۲	۰/۲۳
جایگاه من	زمان	۸۷۷۱/۸۲	۱/۵۰	۵۸۴۳/۴۸	۱۶۲/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	گروه	۹۴۰/۹۰	۱	۹۴۰/۹۰	۷/۵۶	۰/۰۱	۰/۲۱
	زمان*گروه	۶۸۵/۰۶	۱/۵۰	۴۵۶/۳۶	۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
گریز عاطفی	زمان	۹۵۹۷/۹۵	۱/۱۵	۸۳۱۰/۷۲	۱۱۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	گروه	۱۳۶۸/۹۰	۱	۱۳۶۸/۹۰	۱۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	زمان*گروه	۸۲۶/۶۶	۱/۱۵	۷۱۵/۷۹	۹/۵۶	۰/۰۰۳	۰/۲۵

هم آمیختگی عاطفی	زمان	۷۳۴۶/۷۵	۱/۲۱	۶۰۵۴/۷۱	۶۵/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	گروه	۷۰۰/۰۱	۱	۷۰۰/۰۱	۶/۹۵	۰/۰۱	۰/۱۹
	زمان*گروه	۱۳۴۴/۰۸	۱/۲۱	۱۱۰۷/۷۰	۱۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در گروه هیجان مدار از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و از پس‌آزمون تا پیگیری روند کاهش نمرات هر چهار مؤلفه تمایز یافتگی نسبت به رویکرد تحلیل ارتباط متقابل معنادار است ($p < 0.05$). با توجه به مقادیر اختلاف میانگین نمرات در مراحل مختلف در گروه‌ها حاکی از این است که آموزش هیجان مدار نسبت به تحلیل ارتباط متقابل، اثربخشی بیشتری در بهبود تمایز یافتگی دختران نوجوان دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه تمایز یافتگی در گروه‌های آزمایش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون		پیش‌آزمون-پیگیری		پس‌آزمون-پیگیری	
		اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری
واکنش پذیری عاطفی	هیجان مدار	-۲۴/۳۳	۰/۰۰۱	-۳۱/۳۳	۰/۰۰۱	-۷/۰۰	۰/۰۰۵
	ارتباط متقابل	-۱۹/۰۶	۰/۰۰۱	-۱۸/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
جایگاه من	هیجان مدار	-۲۳/۴۶	۰/۰۰۱	-۲۸/۸۰	۰/۰۰۱	-۵/۳۳	۰/۰۲
	ارتباط متقابل	-۱۵/۷۳	۰/۰۰۱	-۱۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۴۱
گریز عاطفی	هیجان مدار	-۲۵/۴۶	۰/۰۰۱	-۳۰/۲۰	۰/۰۰۱	-۴/۷۳	۰/۰۰۶
	ارتباط متقابل	-۱۶/۱۳	۰/۰۰۱	-۱۵/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۳۲
هم آمیختگی عاطفی	هیجان مدار	-۲۳/۴۰	۰/۰۰۱	-۲۹/۷۳	۰/۰۰۱	-۶/۳۳	۰/۰۰۶
	ارتباط متقابل	-۱۲/۰۶	۰/۰۱	-۱۰/۹۳	۰/۰۳	۱/۱۳	۰/۰۲

فرضیه دوم پژوهش بیان می‌کند بین اثربخشی آموزش هیجان مدار و تحلیل ارتباط متقابل بر حل تعارض تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان (نمرات مؤلفه‌های چهارگانه‌ی تمایز یافتگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (گروه هیجان مدار و گروه تحلیل ارتباط متقابل) به عنوان عامل بین آزمودنی وارد مدل شدند. طبق نتایج جدول ۷ مقدار شاخص پیلایی برای اثر زمان، گروه و تعامل زمان در گروه یعنی اینکه اثر این عوامل بر ترکیب متغیرهای وابسته یعنی تاکتیک‌های سه‌گانه‌ی حل تعارض معنادار است ($p < 0.001$).

جدول ۷. آماره‌های آزمون‌های چندمتغیری برای مقایسه حل تعارض در گروه‌های آزمایش

اثر	ارزش شاخص پیلایی	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۰/۸۹	۳۴/۳۰	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹
گروه	۰/۴۹	۸/۵۶	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
زمان*گروه	۰/۶۵	۷/۳۹	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد بر حسب زمان در نمرات تاکتیک استدلال ($F=77/50, p<0.001$)، پرخاشگری کلامی ($F=123/82, p<0.001$) و پرخاشگری فیزیکی ($F=19/43, p<0.001$) تفاوت معناداری وجود دارد. اثر گروه فقط برای تاکتیک پرخاشگری کلامی ($F=21/36, p<0.001$) معنادار است. همچنین اثر تعاملی زمان*گروه برای استدلال ($F=5/94, p<0.001$) و پرخاشگری کلامی ($F=7/43, p<0.001$) معنادار است.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه حل تعارض

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
استدلال	زمان	۱۸۶۳/۲۶	۱/۱۶	۱۶۰۶/۱۹	۷۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	گروه	۲/۸۴	۱	۲/۸۴	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۰۰۶
	زمان*گروه	۱۴۲/۹۵	۱/۱۶	۱۲۳/۲۳	۵/۹۴	۰/۰۱	۰/۱۷
پرخاشگری کلامی	زمان	۱۳۷۳/۰۸	۱/۳۲	۱۰۳۹/۷۰	۱۲۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۱۳۴/۴۴	۱	۱۳۴/۴۴	۲۱/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳

زمان*گروه	۸۲/۴۲	۱/۳۲	۶۲/۴۱	۷/۴۳	۰/۰۰۶	۰/۳۱
زمان	۱۴/۴۶	۱/۰۴	۱۳/۸۴	۱۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱
گروه	۰/۲۷	۱	۰/۲۷	۰/۶۸	۰/۴۱	۰/۰۲
زمان*گروه	۲/۰۲	۱/۰۴	۱/۹۳	۲/۷۱	۰/۱۰	۰/۰۸

پرخاشگری
فیزیکی

مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل اندازه‌گیری و گروه در جدول ۹ ارائه شده است. نتایج جدول مذکور نشان می‌دهد در گروه هیجان مدار از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری در نمرات استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی نسبت به رویکرد تحلیل ارتباط متقابل رخ داده است ($p < 0/001$). به‌طور کلی نتایج در مورد فرضیه دوم حاکی از تأیید این فرضیه بوده و با توجه به میانگین مراحل مختلف اندازه‌گیری در گروه‌ها، آموزش هیجان مدار نسبت به تحلیل ارتباط متقابل، اثربخشی بیشتری در حل تعارض دختران نوجوان داشته است.

جدول ۹. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه حل تعارض

متغیر	گروه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون		پیش‌آزمون-پیگیری		پس‌آزمون-پیگیری	
		اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری
استدلال	هیجان مدار	۸/۶۰	۰/۰۰۱	۱۳/۶۶	۰/۰۰۱	۵/۰۶	۰/۰۰۱
	ارتباط متقابل	۷/۳۳	۰/۰۰۶	۷/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۴۶	۰/۰۸
پرخاشگری کلامی	هیجان مدار	۹/۳۳	۰/۰۰۱	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۱/۷۳	۰/۰۳
	ارتباط متقابل	۵/۸۶	۰/۰۰۱	۶/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۰۴
پرخاشگری فیزیکی	هیجان مدار	۱/۲۰	۰/۰۰۲	۱/۱۳	۰/۰۰۵	-۰/۰۶	۱/۰۰
	ارتباط متقابل	۰/۵۳	۰/۱۶	۰/۵۳	۰/۱۶	۰/۰۰	-

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش هیجان مدار (HMT/LMG) و تحلیل ارتباط متقابل بر تمایز یافتگی و حل تعارض دختران نوجوان صورت پذیرفت. اولین یافته پژوهش حاکی از آن بود که بین اثربخشی آموزش هیجان مدار و تحلیل ارتباط متقابل بر تمایز یافتگی دختران نوجوان تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که آموزش هیجان مدار HMT-LMG نسبت به

تحلیل ارتباط متقابل از اثربخشی بیشتری برخوردار بود. در این راستا یافته‌های مطالعات متعددی حاکی از اثربخشی رویکرد آموزش هیجان مدار بر متغیرهای روانشناسی بوده است. نتایج پژوهش‌های نظری فر و قاسمی (۱۳۹۹)، جعفری و همکاران (۱۳۹۷)، ملایی (۱۳۹۵)، آزادی (۱۳۹۵)، اصل دهقان و همکاران (۱۳۹۷)، مهین دوست (۱۳۹۵)، عمویی (۱۳۹۴)، کیانی (۱۳۹۳)، مورداک (۲۰۰۴)، پلگ-پوپکو (۲۰۰۴) این اثربخشی را تأیید کرده‌اند. اما نتیجه پژوهش فردوسی (۱۳۹۵) با این یافته همسو نبود.

در تبیین نتیجه فرضیه فوق مبنی بر اثربخشی معنادار رویکرد هیجان مدار (HMT/LMG) نسبت به تحلیل ارتباط متقابل بر تمایز یافتگی، به اعتقاد بوین (۱۹۷۸)، به نقل از کرمی نژاد و همکاران، (۱۳۹۵) زمانی می‌توان خانواده و مشکلات آن را بهتر درک نمود که بتوان از چهارچوب چندنسلی و تاریخی آن را تحلیل کرد. وی از میان عوامل مؤثر در تعارضات بین اعضای خانواده، تمایز یافتگی را بسیار مورد تأکید قرار داده است. مفهوم فوق، بیانگر نوعی ظرفیت درون فردی جهت متمایز کردن منطق و عاطفه برای حفظ استقلال در روابط عمیق عاطفی با افراد مهم زندگی بوده (تالمون و همکاران، ۲۰۲۰) و به توانایی اشخاص برای تشخیص از خانواده اصلی در سطح عاطفی و عقلی اطلاق می‌گردد که به مثابه پلی بین فهم وابستگی متقابل افراد بوده و توانایی فرد جهت تعادل بین فکر و احساس و همچنین صمیمیت و استقلال در خانواده را نشان می‌دهد (جعفرزاده، ۱۳۸۹). هرچند درمان تحلیل ارتباط متقابل از طریق کار بر روی من بالغ، آن را غنی‌تر می‌سازد و با کمرنگ کردن من والد بر تمایز یافتگی مؤثر است. لیکن، با تأمل در مبنای نظری رویکرد هیجان مدار (HMT/LMG) و تأکید آن بر آگاهی هیجانی، پذیرش هیجان‌ها، دستیابی و بازپردازش پاسخ‌های هیجانی افراد به موقعیت‌ها و محرک‌ها، خلق وقایع و رویدادهای تعاملی جدید، جایگزینی تجربیات جدید هیجانی و همچنین کشف و تغییر چرخه منفی گفتگوهای اعضای خانواده (گفتگوی اهریمنی) و بازسازی تجارب مثبت بین اعضای خانواده منجر به ایجاد روابط صمیمانه و کاهش روابط ناکارآمد و واکنش‌های هیجانی بین اعضای خانواده می‌شود (جانسون، ۲۰۰۸).

به‌علاوه، درمان هیجان مدار (HMT/LMG) به دلیل کار کردن بر روی شناخت هیجان‌ها، برنامه‌ریزی برای هیجان و ... می‌تواند بر تمایز یافتگی تأثیر بیشتری بگذارد؛ چرا که هدف رویکرد هیجان مدار (HMT/LMG) ایجاد وضعیتی نسبتاً باثبات همراه با امنیت برای شناسایی نیازهای اصیل، بیان نیازها در فضایی امن و اعتماد به پذیرا بودن، در دسترس و پاسخگو بودن والدین بوده و این موارد بسیار نزدیک به مفاهیم جایگاه من در تمایز یافتگی است. همچنین اثرگذاری این رویکرد را می‌توان در مفاهیمی همچون کسب استقلال در عین تفرد، کاهش

واکنش‌پذیری عاطفی، هم آمیختگی عاطفی و گسلش عاطفی که چهار جنبه مهم تمایز یافتگی را در نوجوانان تشکیل می‌دهند، مشاهده نمود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با توجه به در نظر گرفتن فرض اساسی بوئن در ایجاد تمایز یافتگی که تأکید بر تغییر کنش‌های کل سیستم در ایجاد تمایز یافتگی را ضروری می‌داند، به دلیل شرکت والدین در دوره آموزشی، رویکرد هیجان مدار (HMT/LMG) قادر به بهبود تمایز یافتگی نوجوانان دختر می‌باشد. از آنجایی که مفروضه‌های رویکرد تحلیل ارتباط متقابل نیز نشان‌دهنده تأثیر گذاری زیاد این رویکرد بر تمایز یافتگی افراد است؛ می‌توان معنادار نشدن نتایج این رویکرد نسبت به آموزش هیجان مدار (HMT/LMG) را در نیاز به زمان بیشتر رویکرد تحلیل ارتباط متقابل جهت ایجاد تغییر پایدارتر در جنبه‌های مختلف تمایز یافتگی دانست. لذا، با بهره‌گیری از این رویکرد می‌توان توانمندی‌های ارتباطی و خودکارآمدی نوجوانان را بهبود بخشید (فراکو و کونا، ۲۰۲۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد بین اثربخشی آموزش هیجان مدار و تحلیل ارتباط متقابل بر حل تعارض دختران نوجوان تفاوت معناداری وجود داشته و آموزش هیجان مدار (HMT/LMG) از اثربخشی بیشتری نسبت به رویکرد تحلیل ارتباط متقابل برخوردار بوده است. تاکنون پژوهش‌های زیادی اثربخشی رویکرد هیجان مدار را در رضایت جنسی زناشویی (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷)، الگوهای ارتباطی (کنارکوهی و همکاران، ۱۳۹۸) و حیطه‌های آموزشی (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ دنالت و دری، ۲۰۱۵) مورد تأیید قرار داده‌اند.

منطبق با مبانی نظری، اکثر مشکلات ناشی از تعارض، وجود بحث‌های دامن‌دار با تبادلات خصمانه و شکست در حل رضایت‌آمیز مسئله می‌باشد (چوی و آن، ۲۰۲۱) که استفاده از رویکردهای درمانی قادر خواهد بود این تعارضات را کاهش دهد. در تبیین و حمایت از نتیجه فوق مبنی بر اثرگذاری معنادار رویکرد هیجان مدار (HMT/LMG) در برابر رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر حل تعارض می‌توان به تفاوت در مبانی اساسی این دو رویکرد اشاره کرد. هرچند هر دو رویکرد آموزشی درمانی تحلیل ارتباط متقابل و هیجان مدار با توجه به تأکیدی که بر بهبود ارتباطات بین فردی و سعی بر ایجاد و بازسازی روابط صمیمانه در حل مشکلات ارتباطی افراد دارند و می‌توانند در جهت آزمون کاهش تعارضات بین اعضای خانواده بکار گرفته شوند؛ اما رویکرد تحلیلی ارتباط متقابل بر روابط بین فردی تأکید دارد؛ درحالی که رویکرد هیجان مدار یک مدل سیستماتیک کوتاه‌مدت است که حوزه‌های درون روانی، بین فردی را با یکدیگر و با هیجانات فردی ترکیب می‌کند (گرینبرگ، ۲۰۱۵). رویکرد مذکور با هدف تمرکز بر هیجان و تعادل هیجانی افراد بر این پایه استوار است که سیستم هیجانی راهی جهت شناخت و تغییرات رفتاری بوده (گرینبرگ، ۲۰۰۴) و لذا، با تأکید بر آگاهی از هیجانات و محتویات ذهنی به فرد

کمک می‌شود تا هیجانات و افکار منفی خود را در شرایط پرتنش و متعارض، شناسایی و کنترل نماید (کرمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع، آنچه در (EFT) مطرح است این است که هیجان‌ها خودشان به طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به افراد کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل‌آفرین یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند (ریسی، محمدی، زارعی و نجارپوریان، ۱۳۹۶). بر این اساس، تأکید رویکرد فوق بر تجربه، رویارویی، مواجهه و شهود، فرایند، رشد و کمال، خودانگیختگی، عمل و لحظه‌های اینجا و اکنون بوده و درمان صرفاً در اثر تأمل شناختی و کسب بینش نسبت به مشکلات ایجاد نمی‌شود، بلکه نزدیکی روابط خانوادگی و تنظیم هیجانی در تعامل بین خانواده و درمانگر نقش اساسی در فرایند درمان دارد (برناه، حسین‌آبادی و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۲). طبق مبانی نظری، آیکین و همکاران (۲۰۱۷) برنامه «محکم در آغوش بگیر، رهایم کن» را به جهت غنی‌سازی و بهبود روابط والدین و نوجوانان و بر اساس نظریه و کارهای مرتبط با خانواده‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFFT) طراحی کرده‌اند. در این برنامه علاوه بر تمرکز بر هیجان والدین و نوجوانان بر استقلال‌یافتگی و تفرد نوجوانان نیز تأکید می‌شود؛ زیرا اعتقاد بر این است که رفتارهای مخرب نوجوانان را باید در متن ارتباط با والدین درک و جستجو کرد (بینگ-هال، ۱۹۹۱). همچنین برنامه HMT-LMG بر این اصل استوار است که گذار موفقیت‌آمیز دوران نوجوانی به این معنا نیست که جوانان را از والدینشان جدا کند؛ بلکه این پیوند مستمر بوده و امکان تمایز یافتگی را فراهم می‌کند. لذا، برنامه مذکور علاوه بر اینکه امکان فرزندپروری همراه با اقتدار و محافظت را برای والدین فراهم می‌کند، به دنبال آزادسازی نوجوانان نیز است که با امنیت بیشتری مراقبت و پرورش را در زمان نیاز دریافت نمایند.

علاوه بر آن، اگرچه هر دو رویکرد آموزش هیجان مدار و تحلیل ارتباط متقابل بر مدیریت هیجانات و بهبود روابط بین فردی، افزایش صمیمیت و حل تعارضات و بهبود عملکرد خانواده تأکید دارند ولی در بعضی از موارد این دو رویکرد، فرایند تغییرات را متفاوت بررسی می‌کنند. در واقع، تکنیک‌ها و روش‌های درمانی این دو رویکرد همپوشی کمی با هم دارند؛ چرا که تحلیل ارتباط متقابل بر تغییر رفتار و رویکرد هیجان مدار بر تغییر هیجانات تمرکز بیشتری دارد. رویکرد تحلیل ارتباط متقابل برای حل مشکلات تمرکز بیشتری بر جنبه‌های شناختی، عقلانی و رفتاری افراد دارد و تمرکز رویکرد هیجان مدار بر ایجاد روابط صمیمانه با تمرکز بر هیجانات است. در رویکرد تحلیل ارتباط متقابل به نقش تعیین‌کننده گذشته افراد و ریشه‌های تحولی آن‌ها از طریق پیام‌های والد و کودک و مفاهیمی همچون پیش‌نویس‌های زندگی، بایدها و نبایدهای غیرمنطقی و مفهوم زندگی اهمیت می‌دهد. علاوه بر این، هرچند تمرکز روند درمان بر زمان حال است؛

هدف افزایش بینش و آگاهی‌ها و توانایی‌های شناختی فرد از طریق به‌کارگیری بخش منطقی شخصیت (بالغ) فرد نیز می‌باشد (موسوی، ۱۳۹۲). نکته قابل توجه دیگر در تفاوت این دو رویکرد در محتوای دو برنامه دیده می‌شود. در حالی که رویکرد تحلیل ارتباط متقابل برای حل تعارضات بر گفتگوهای سازنده بالغ-بالغ و موازی تأکید می‌کند، رویکرد هیجان مدار HMT-LMG روابط بین افراد را در یک فرایند دلبسته مدار و نه یک معامله منطقی دوسویه در نظر می‌گیرد و در جهت آموزش مهارت‌های گفتگو به افراد تلاش نمی‌کند؛ چون معتقد است تا وقتی دو نفر به واسطه درگیری با هیجانات زیرساختاری رفتارهای خود، دچار تعارض و آشفتگی در روابط باشند، در به‌کارگیری مهارت گفتگو ناتوانند و ابتدا باید فرایند آگاهی، پذیرش و تنظیم هیجانات را بکار گرفته و در فرایند این تنظیم به حل تعارض خود اقدام کنند. علاوه بر آن، درمانگران تحلیل ارتباط متقابل عقیده دارند برای رسیدن به تغییرات (از جمله تغییر الگوهای رفتاری و احساسی در حل تعارض والد-نوجوان) نیازمند فرایند زمانی طولانی مدت تا یک سال هستیم؛ در نتیجه شاید دلیل معنادار نشدن تأثیر رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر حل تعارضات والد فرزند مدت کوتاه آموزش بوده باشد.

به‌طور کلی، درمان هیجان مدار به دلیل کار بر روی ابراز احساسات و هیجانات و مدیریت آن‌ها، می‌تواند نقش مؤثرتری بر حل تعارضات نسبت به تحلیل ارتباط متقابل داشته باشد. در درمان هیجان مدار، افراد خیلی وارد محتوای خاص تعارضات نمی‌شوند، از یک‌طرف، تعارضات را امری عادی جلوه داده و عادی جلوه داده باعث کاهش تعارضات و عدم قضاوت‌گری میان افراد می‌شود. در پایان باید یادآور شد که نمونه‌ی این پژوهش دختران دانش‌آموز و در شهر مشهد بوده و تعمیم آن به جنسیت پسر و جوامع دیگر باید با احتیاط انجام شده و نیازمند پژوهش‌های علمی مجزا بر روی جنسیت پسران و سایر جوامع است. نتیجه این پژوهش می‌تواند راهگشایی برای برگشت عشق و صمیمیت به ارتباط اعضای خانواده، حل تعارضات، احساس استقلال در کنار وابستگی ایمن نوجوانان و کاهش آسیب‌های اجتماعی باشد. در مجموع، با توجه به موضوع پژوهش و همچنین مفاهیم اجتماعی و روان‌شناختی متغیرهای تحقیق از جمله تعارضات بین والد-نوجوان و ضرورت تمایز یافتگی نوجوانان جهت کاهش تعارضات و افزایش صمیمیت و بهداشت روانی خانواده‌ها، نتایج و پیامدهای تحقیق حاضر می‌تواند مستقیماً مورد استفاده و بهره‌برداری خانواده‌ها، برنامه‌ریزان سلامت و مشاوران در راستای بهزیستی افراد و همچنین حوزه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مرکز بازپروری و مؤسسات مرتبط با مسائل خانواده قرار گیرد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات و مشارکت داوطلبانه شرکت‌کنندگان در پژوهش انجام شد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمام دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهارات نویسندگان، این مقاله هیچ‌گونه پشتیبانی مالی و تعارض منافع نداشته است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول بوده و نویسندگان دیگر به ترتیب استاد راهنما و مشاور، همگی نقش یکسانی در انجام پژوهش داشتند.

منابع

- آزادی، شهذخت. ناهید پور، فرزانه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی مقدار تمایز یافتگی مادران، بررسی انتقال‌های بین نسلی. ویژه‌نامه زن و جامعه، ۷: ۱۲۵-۱۳۶. [پیوند]
- اصل دهقان، فاطمه. حسینیان، سیمین. رضاییان فرجی، حمیدرضا. (۱۳۹۷). نقش انعطاف‌پذیری خانواده و تمایز یافتگی مادران در خودکارآمدی نوجوانان. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۳ (۴۵): ۵۴-۶۱. [پیوند]
- ایزد خواه، محمد. نظری، علی محمد. ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۰). تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد ستیر بر تعارضات والد -فرزند. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. [پیوند]
- بابای خاکیان، زینب. زکیی، علی. نقشینه، طیبیه. (۱۳۹۴). رابطه تمایز یافتگی خود در مادران و همبستگی خانوادگی با اختلالات رفتار کودک. مجله پزشکی ارومیه، ۲۶ (۴): ۳۳۴-۳۴۳. [پیوند]
- برناه، محیا. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار با واقعیت درمانی بر رضایت مندی زناشویی، هوش هیجانی و سلامت روان زوجین. پایان‌نامه ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد. واحد بین الملل. [پیوند]

ثقتی، طویی. شفیع آبادی، عبدالله. سودانی، منصور. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل ارتباط محاوره ای بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر پایه اول دبیرستان رشت. یافته‌های نو در روان‌شناسی. ۵ (۱): ۳۹-۲۳. [پیوند]

ثنایی، باقر. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت. [پیوند]
جانسون، سوزان. (۱۳۹۱). تمرین‌های زوج‌درمانی هیجان مدار، ایجاد رابطه. ترجمه بهرامی، فاطمه. آذریان، زهرا. اعتمادی، عذرا. صمدی، شهین. تهران: انتشارات دانژه. [پیوند]

جعفرزاده، زهرا. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش گروهی تحلیل ارتباط متقابل بر میزان تمایز یافتگی دانش آموزان مقطع متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی - مشاوره و راهنمایی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. [پیوند]

جعفری، فاطمه. صمدی کاشان، سحر. زارچی، محمد صادق. آسیاش، محمد حسن. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار بر خود متمایز سازی زوجین دارای تعارضات زناشویی. فصلنامه مددکاری اجتماعی. ۷ (۱): ۱۳-۵. [پیوند]

حدیدی، ژیلا. شفیع آبادی، عبدالله. زارع بهرام آبادی، مهدی. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش ابراز وجود بر افزایش تمایز یافتگی دانش آموزان دختر دبیرستانی منطقه یک تهران. پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد. ۲۵: ۳۸-۴۵. [پیوند]

رحمتی، صمد. هوشمند، رودابه. انزهایی، آرزوسادات. دهافین، وحیده. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش گروهی تحلیل رفتار متقابل بر تحمل‌پریشانی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان بزهکار. نشریه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۱۰ (۳۷): ۶۴-۴۵. [پیوند]

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

رضایی جمالویی، حسن. حسنی، جعفر. مرادی، علیرضا. فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۶). بررسی الگوی فراتشخیصی و وابسته به تشخیص شخصیتی و تنظیم هیجان رفتارهای پرخطر نوجوانان و بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در آن‌ها. رساله دکتری روان‌شناسی سلامت. دانشگاه خوارزمی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. گروه روان‌شناسی بالینی. [پیوند]

روستایی راد، شیدا. زاده محمدی، علی. حبیبی عسکرایاد، مجتبی. قنبری، نیکزاد. (۱۳۹۷). پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان بر مبنای رضایت از زندگی، تعارض والد نوجوان و تکامل مثبت نوجوانی. مجله رویش روان‌شناسی. ۷ (۱۲): ۶۱-۴۵. [پیوند]

ریاحی، موسی، اسمعیلی، معصومه، و کاظمیان، سمیه. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش آگاهی سیال به مادران بر بهبود روابط والد- فرزند. مطالعات روان‌شناسی بالینی. ۸ (۲۹): ۱۳۵-۱۱۳. [پیوند]

رییسی، سیدجمال. محمدی، کوروش. زارعی، اقبال. نجارپوریا، سمانه. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر بهبود عملکرد ازدواج، ارتقا ابعاد مهارت‌های

- ارتباطی و افزایش تاب آوری خانواده در زنان متأهل. دانشگاه هرمزگان. دانشکده علوم انسانی. رساله دکتری مشاوره. گرایش مشاوره خانواده. [پیوند]
- سلطانی، زینت، احقر، قدسی، باباخانی، وحیده. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش راهبردهای هیجان‌مدار بر یادگیری مشارکتی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول. انجمن جامعه‌شناسی آموزش و پرورش ایران. ۱۳ (۲): ۱۱-۱. [پیوند]
- سهراب نژاد، سجاد، یونسی، سید جلال. دادخواه، اصغر. بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مفاهیم واقعیت درمانی بر تعارضات والد-فرزندی و خودکارآمدی نوجوانان پسر. پایان نامه ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. [پیوند]
- صدیقی، سعیده. مکوند حسینی، شاهرخ. قنبری هاشم‌آبادی، قنبرعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی تحلیل ارتباط متقابل بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین. نشریه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱ (۳): ۴۴-۳۶. [پیوند]
- صرامی، نسیم. یزدخواستی، فریبا. عریضی سامانی، حمیدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی سایکو دراما با محتوای تحلیل ارتباط متقابل بر تنظیم هیجانی و عملکرد اجتماعی - انطباقی دختران نوجوان بدسرپرست. نشریه روان‌شناسی بالینی. ۳۶: ۹۴-۸۳. [پیوند]
- علیکی، محمود. محمد نظری، علی محمد. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین تمایز یافتگی و رضایت زناشویی. تازه‌های پژوهش‌های مشاوره. ۷ (۳۱): ۳۱-۲۳. [پیوند]
- عمویی، ناهید. (۱۳۹۴). نقش عملکرد خانواده در میزان تجربه بحران هویت و تمایز یافتگی نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی - روان‌شناسی بالینی. دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. [پیوند]
- فردوسی، سیده زهرا. (۱۳۹۵). مقایسه تمایز یافتگی خود در نوجوانان با ساختار خانوادگی تک والد (والد-مادر) و خانواده هسته‌ای. مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری. ۱ (۲): ۳۴-۵۴. [پیوند]
- کریمی نژاد، زینب. سودان، منصور. مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ۱۸ (۴): ۲۳-۱۳. [پیوند]
- کنارکوهی، هوشنگ، صادقی، عباس، شیخی قلعه سردی، رحمان. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افزایش شادکامی و بهبود الگوهای ارتباطی زوجین شهر ایزد. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۶۲: ۵۱۸-۵۲۸. [پیوند]
- کیانی، بهناز. (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده با سبک‌های هویت، تمایز یافتگی خود و توانایی حل تعارض در نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی کاربردی. دانشگاه رازی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی. [پیوند]

مجدآبادی فراهانی، زهره. شهرآرای، مهناز. فروزنده، داورپناه. جوادی، سید یاسر. (۱۳۹۳). بافت مدرسه، هویت و رفتارهای مشکل آفرین در اوایل نوجوانی. نشریه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی. ۵ (۳): ۱۹۰-۱۷۳. [پیوند]

محسنی، هاجر. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین خودمتمایز سازی مادران با تعارض والد-فرزندی و مسولیت پذیری دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی. پایان نامه ارشد رشته روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. [پیوند]

ملایی، مرضیه‌سادات. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان مدار (EFT) به شیوه گروهی بر افزایش عشق‌ورزی و تمایزیافتگی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی- مشاوره خانواده. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. [پیوند]

مهری نژاد، سید ابوالقاسم، صدری، نسترن، رمضان ساعتچی، لیلی، غفاری، زینب. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس و تعارض والد-نوجوان دختران دوره متوسطه اول شهرتهران. مجله اندیشه‌های نوین تربیتی. دانشکده علوم و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا ۱۵ (۱): ۴۲-۲۳. [پیوند]

مهین دوست، معصومه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس مبتنی بر خشم بر تنظیم شناختی هیجان و تمایزیافتگی در نوجوانان مقطع دبیرستان. پایان نامه کارشناسی ارشد. روان‌شناسی - روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس، دانشکده علوم انسانی. [پیوند]

موسوی، سکینه. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی تحلیل ارتباط متقابل بر کیفیت زندگی پرستاران زن بیمارستان سلمان فارسی بوشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی - مشاوره و راهنمایی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. [پیوند]

نظری فر، محسن. قاسمی، نرگس. (۱۳۹۹). بررسی آموزش هیجان مدار به شیوه گروهی بر افزایش تمایزیافتگی و رضایت زناشویی زنان. دومین کنگره ملی انجمن روانشناسی خانواده ایران. خانواده در عصرما. اهواز. [پیوند]

وحید واقف، میترا. شفیع آبادی، عبدالله، معین، لادن. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی دو رویکرد تحلیل ارتباط متقابل و راه حل محور در تغییر سطح رضایت زناشویی زنان متأهل شاغل تهران. فصلنامه زن و جامعه. ۱ (۳): ۴۰-۲۱. [پیوند]

یان. استورات، جونز، ون. (۱۳۹۰). تحلیل ارتباط متقابل. ترجمه بهمن دادگستر. تهران: انتشارات دانژه. [پیوند]

Ahmed, S., Foulkes, L., Blakemore, S. J. (2020). Susceptibility to prosocial and antisocial influence in adolescence. Journal of Adolescence. 84: 56-68.

[Link]

Aikin, N. T., & Aikin, P. A. (2017). The hold me tight, let me go program conversations for connection: Facilitators guide for families with teens: A relationship education and enhancement program. Ottawa: ICEEFT. [Link]

Aikin, N. T., & Aikin, P. A. (2018). Hold Me Tight/Let Me Go Enrichment Program for Families and Teens. in Encyclopedia of Couple and Family

- Therapy, J.L. Lebow et al. (eds.). USA: Springer International Publishing AG. [\[Link\]](#)
- Arabatzoudis, T. Rehm, I.C. Nedeljkovic, M. Moulding, R. (2017). Emotion Regulation in individual with and without trichotillomania. *Journal of obsessive compulsive and related disorders* (12). 385-394. [\[Link\]](#)
- Bell, C. A., Denton, W. H., Martin, G., Coffey, A. D., Hanks, C. O., Cornwell, C. S., et al. (2017). Learning Emotionally Focused Couple Therapy: Four clinicians' perspectives. *Journal of Couple & Relationship Therapy-Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 17(1), 61– 78. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1310638>. [\[Link\]](#)
- Bountress, Kaitlin E., Gilmore, Amanda K., Amstadter, Ananda B. (2020). Impact of disaster exposure severity: Cascading effects across parental distress, adolescent PTSD symptoms, as well as parent-child conflict and communication. *Social Science & Medicine*. 264: 11-32. [\[Link\]](#)
- Ching, Bobby Ho-Hong., Wu, Xiaohan. (2018). Parental conflicts and materialism in adolescents: Emotional insecurity as a mediator. *Journal of Adolescence*. 69: 189-202. [\[Link\]](#)
- Choi, Heeseung., Kim, Sumi., Ko, Heesung. (2020). Parents' Perceptions and Responses to Parent-adolescent Conflict Situations: A Mixed Methods Approach. *Korean J Stress Res*. 28:142-152. [\[Link\]](#)
- Compas, B.E. Jaser, S.S. Bettis, A.H. Watson, K.H. Gruhn, M.N. Dunbar, J.P. Thigpen, J. C. (2017). Coping Emotion Regulation and psychopathology in childhood and adolescence. A meta analysis and narrative review. [\[Link\]](#)
- Denault A S, Déry M. (2015). Participation in organized activities and conduct problems in elementary school: The mediating effect of social skills. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(3): 167-179. [\[Link\]](#)
- Gelso, C. & Fretz, B. (2001). Family therapy, an overview. Wadsworth, advision of themas learning. [\[Link\]](#)
- Ghanmi, L., Elleuch, S., Maalej, M. (2017). Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in a sample of Tunisian teenagers. *European Psychiatry*. 41: 43-49. [\[Link\]](#)
- Gonzalez, M., Schweer-Collins, M., Greenman, P. S., Lafontaine, M. F., Fatas, M. D., & Sandberg, J. G. (2019). Short-term and long-term effects of training in EFT: A multinational study in Spanish-speaking countries. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 304– 320. <https://doi.org/10.1111/jmft.12416>. [\[Link\]](#)
- Greenberg L S. (2015). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. American Psychological Association. [\[Link\]](#)

- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-Focused Therapy. *clinical psychology and psychotherapy*, 11, 3-16. [\[Link\]](#)
- Holms, T. R. Bond, L. A. Byrne, C. (2008). Mother beliefs about knowledge and mother –adolescent conflict. *Journal of social personal relationship*. 25-561-587. [\[Link\]](#)
- Horn, E. K. (2015). Effectiveness of short-term inpatient psychotherapy based on transactional analysis with patients with personality disorders: A matched control study using propensity score. *Journal of personality disorders*, 29(5), 663-683. [\[Link\]](#)
- Indrayani, Triana., Palutturi, Sukri., Widowati, Retno. (2020). The illustration of depression tendency on female teenagers due to dating violence in integrated service centre for woman and child empowerment DKI Jakarta 2020. *Enfermería Clínica*. First available on 8 October 2020. [\[Link\]](#)
- Johnson, S. (2008). *Hold Me Tight: Seven conversation for a life time of love*. New York . NY. Little Brown. [\[Link\]](#)
- Kim, M. S. Bang, G. C. Ko, I. J. (2017). The agent communication simulation based on the ego state model of Transactional Analysis. *Advances in computer science and ubiquitous computing*. 421-365. [\[Link\]](#)
- Koren, Réka., Woolley, Scott R., Danis, Ildikó., Török, Szabolcs. (2020). Measuring the Effectiveness of the Emotionally Focused Therapy Externship Training in Hungary done through Translation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2020. [\[Link\]](#)
- Langeland, Ane., Aardal, Hanna., Hjelmseth, Vanja., Fyhn, Kristin Hannevik. (2019). An Emotion Focused Family Therapy workshop for parents with children 6-12 years increased parental self-efficacy. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 25(1):1-13. DOI: 10.1080/13632752.2019.1655921. [\[Link\]](#)
- Myhr, L. G. (2015). *The relation between mindfulness and parenting behaviors with young children*. PhD thesis, Jon's University of New York. [\[Link\]](#)
- Nandang, R. Netrawati, Furgon Syamsu (2016). Solving adolescent verbal aggressions Through Transactional Analysis Counseling Approach. *Journal of education and practice*. Vol: 7. N. 18. [\[Link\]](#)
- Peleg-Popko, O. (2004). Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence* (27) 645-662. [\[Link\]](#)
- Pellerone, M., Spinelloa, C., Sidoti, A., & Micciche, S. (2015). Identity, perception of parent-adolescent relation and adjustment in a group of university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 190, 459-464. [\[Link\]](#)

- Peterson, R. & Gfenn, S. (2009). Families first keys to successful family functioning communication <http://www.ent.vt.edu/pubs/family/92-350.Html>. [Link]
- Stavrianopoulos, Katherine. (2019). Emotionally Focused Family Therapy: Rebuilding Family Bonds. [Link]
- Talmon, Anat., Salomon, Nofar Shaham., Ginzburg, Karni. (2020). Differentiation of the self and the body and adjustment to motherhood – A latent class analysis. [Link]
- Taysir, Morad. (2020). A Research Study into the impact on Emotional Stability of a Transactional Analysis Training Programme intended to develop increased levels of Adult Ego State in Adolescents in Syria. International Journal of Transactional Analysis Research & Practice, 11(1): 4-12. [Link]
- Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (201۷). Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. Current Opinion in Psychology. 13: 65-69. [Link]
- Dias, Fernando H. C., Rey, David. (2022). Robust aircraft conflict resolution under trajectory prediction uncertainty, Operations Research Letters, 50(5): 503-508. [Link]
- Pang, Bizhao., Low, Kin Huat., Lv, Chen. (2022). Adaptive conflict resolution for multi-UAV 4D routes optimization using stochastic fractal search algorithm, Transportation Research Part C: Emerging Technologies, 139: 10-36. [Link]
- Choi, Han-Gyo., Ahn, Sung Hee., (2021). Effects of a conflict resolution training program on nursing students: A quasi-experimental study based on the situated learning theory, Nurse Education Today, 103, 10-49. [Link]
- Feraco, Tommaso., Cona, Giorgia. (2022). Differentiation of general and specific abilities in intelligence. A bifactor study of age and gender differentiation in 8- to 19-year-olds, Intelligence, 94: 10



Research Article

Comparison of the Effect Schema and cognitive Behavioral Therapy on the Cognitive Regulation of Emotions in Girls Adolescent of Divorced

F. Monjezi¹, E. Asadpour², M. Rasouli^{3*} & K. Zahrakar⁴

1. PhD Student Counseling. Department of Counseling. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of kharazmi, Tehran, Iran. Email: Fm.esfahani@gmail.com
2. Associate of professor. Department of Counseling. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of kharazmi, Tehran, Iran. Email: dr.iasadpour@khu.ac.ir
3. Assistant Professor. Department of Counseling. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of kharazmi, Tehran, Iran. Email: dr.rasouli@hotmail.com
4. Professor. Department of Counseling. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of kharazmi, Tehran, Iran. Email: dr_zahrakar@yahoo.com

Abstract

Aim: This research was conducted with the aim of comparing schema and cognitive behavioral therapy on the cognitive regulation of emotions in girls adolescent of divorced. **Methods:** The research was semi-experimental and repeated measurement type with a control group. The statistical population was all adolescent girls from divorced families, who were between the ages of 13 and 15 in Isfahan. A statistical sampl of 45 girls who were randomly assigned to the experimental group of schema therapy and cognitive behavioral therapy and control. experimental groups received group counseling schema and cognitive behavioral therapy for 20 sessions of 90 minutes, and the control group did not receive any training. The instrument used was the 36-question cognitive emotion regulation questionnaire (Granofsky, Kraij and Spinhaven,2002) (CERQ). In order to compare the test averages in each stage, was used of the method analysis of variance with repeated measurements and follow-up tests. **Results:** The results of the analysis of variance with repeated measurements showed experimental groups of schema therapy and cognitive behavioral therapy created a significant increase in the cognitive regulation of emotion ($p<0.01$). And these results remained in the two-month follow-up ($p<0.01$). The comparison between the two experimental groups showed that schema therapy is more effective than cognitive behavioral therapy in the cognitive regulation of emotion in both post-test ($p<0.05$) and follow-up ($p<0.01$) stages. **Conclusion:** Based on this study, therapists in the field of children and adolescents are suggested to use schema therapy and cognitive behavioral therapy for emotional diagnosis.

Key words: Cognitive Emotion Regulation, Cognitive Behavioral Therapy, Divorce, Schema Therapy, Adolescent

Citation: Monjezi, F., Asadpour, E., Rasouli, M., & Zahrakar, K. (2023). Comparison of the Effect Schema and cognitive Behavioral Therapy on the Cognitive Regulation of Emotions in Girls Adolescent of Divorced. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):91-113.

مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر طلاق

فرزانه منجزی^۱، اسمعیل اسدپور^۲، محسن رسولی^۳ و کیانوش زهراکار^۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: Fm.estfahani@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: dr.iasadpour@khu.ac.ir

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: dr.rasouli@hotmail.com

۴. استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: dr_zahrakar@yahoo.com

چکیده

هدف: این پژوهش باهدف مقایسه طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر طلاق انجام شد. **روش:** پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع سنجش مکرر با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر خانواده طلاق که در محدوده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال شهر اصفهان بودند. نمونه آماری ۴۵ دختر که به صورت تصادفی در گروه آزمایشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری و کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایشی به مدت ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری گروهی دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه ۳۶ سوالی تنظیم شناختی هیجان (گرانفسکی، کرایچ و اسپین‌هاون، ۲۰۰۲) (CERQ) بود. جهت مقایسه میانگین‌های آزمون در هر مرحله، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد گروه‌های آزمایشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری افزایش معناداری در تنظیم شناختی هیجان ($P<0/01$)؛ ایجاد کرده و این نتایج در پیگیری دوماهه باقی ماند ($P<0/01$). مقایسه بین دو گروه‌های آزمایشی نشان داد که طرح‌واره درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در تنظیم شناختی هیجان در هر دو مرحله پس‌آزمون ($P<0/05$) و پیگیری ($P<0/01$) اثربخشی بیشتری دارد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این مطالعه به درمانگران در حوزه کودک و نوجوان پیشنهاد می‌گردد که برای تنظیم شناختی هیجان از طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: تنظیم شناختی هیجان، درمان شناختی رفتاری، طلاق، طرح‌واره درمانی، نوجوانان

استناد به این مقاله: منجزی، فرزانه، اسدپور، اسمعیل، رسولی، محسن، و زهراکار، کیانوش. (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر طلاق. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۷ (۲ پیاپی ۶۶)، ۹۱-۱۱۳.

مقدمه

خانواده مهم‌ترین واحد اجتماعی ارزشمند در جوامع انسانی است که در شکل‌گیری شخصیت فرزندان و سازگاری بعدی آن‌ها با جامعه تأثیرگذار است (مددی طائمه، آقاجانی و صلاحیان، ۱۳۹۸). مهم‌ترین عامل فروپاشی این واحد ارزشمند طلاق یا متارکه است که به دنبال گسستگی شبکه اجتماعی خانواده این احساس در فرزند ایجاد می‌شود که مورد پذیرش و حمایت نیست و می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری در فرزندان باشد (رئیسی و همکاران، ۱۳۹۱).

در حال حاضر تحقیقات گسترده‌ای در مورد اثرات مستقیم طلاق بر فرزندان و نوجوانان طلاق انجام شده که باعث اختلال و آشفتگی در زندگی فرزندان می‌شود (آماتو، ۲۰۱۴؛ کونز، ۲۰۱۸؛ لئوپولد و کالمین، ۲۰۱۶؛ یاکوب، یوین، حسب الله، ارشط و جوهری، ۲۰۱۹). اعتقاد بر این است که طلاق والدین به طور متوسط باعث ایجاد طیفی از مشکلات رفتاری و عاطفی در کودکان و نوجوانان می‌شود (بومن، برولین لافتمن، آیوار پرن و جانسون، ۲۰۱۷). تحقیقات نشان داده است که رفتارهای ضداجتماعی در خانه‌های تک والدینی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد (سوپراتمن، ۲۰۲۰). نوجوانانی که در خانواده‌های طلاق زندگی می‌کنند به احتمال زیاد رفتارهای ضداجتماعی دارند، نسبت به اقتدار پرخاشگری نشان می‌دهند و در تعامل با همسالان مشکل دارند (باستاتسا، پاستیل سا و مورتلمنز، ۲۰۱۸). دانشمندان علوم اجتماعی حدس می‌زنند که این رفتارها تا حدی ناشی از کاهش تعامل والدین و فرزندان است (رایان، مارکوویتز، و کلاسنس، ۲۰۱۵). زیرا که مشارکت والدین، نظارت و حمایت کلی از فرزندانشان اغلب در خانواده‌های مجرد و مطلقه کاهش می‌یابد (فوو، ۲۰۲۱). در نتیجه نوجوانان که طلاق را تجربه می‌کنند ممکن است افزایش تأخیر و غیبت را نشان دهند و در نتیجه عملکرد آن‌ها در تحصیلات احتمالاً کاهش می‌یابد (تامسون و مک‌لاناها، ۲۰۱۲).

تنظیم هیجان موجب می‌شود که نوجوانان نسبت به تغییر شرایط و همچنین نیازهای حاضر که موجب ایجاد هیجان‌های جدید می‌شود، با انعطاف‌پذیری بیشتری پاسخ دهند (ابراوانل، سینها، ۲۰۱۴). در نقطه مقابل نقص در تنظیم هیجان موجب اختلال در عملکرد اجتماعی آن‌ها می‌شود؛ بنابراین آن‌ها در مقایسه با دیگران از حمایت اجتماعی کمتری بهره‌مند می‌شوند (آریچی اوزجان، چکیچی و ارسلان، ۲۰۱۹). تحقیقات نشان داده‌اند که مدیریت هیجانات در دوران نوجوانی، جهت پیشگیری از بروز اختلالات هیجانی و رفتاری نقش مهمی دارند (بای و هان، ۲۰۱۶). مهارت تنظیم هیجان در دوران نوجوانی برای رضایت شخصی، سازگاری روانشناختی، کارآمدی اجتماعی، موفقیت تحصیلی، احساس شایستگی و به طور کلی سلامت روانی و جسمی لازم است

(باردین و فرگوس، ۲۰۲۰). بنابراین آگاهی بر نحوه رشد مهارت تنظیم هیجان مهم است و در سالیان اخیر توجه بسیاری از محققین را به خود جلب کرده است.

تنظیم هیجان بر نحوه شناخت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دلالت دارد. به عبارت دیگر، به طرز تفکر اشخاص پس از بروز یک حادثه منفی یا رویداد آسیب‌زا برای آن‌ها اشاره می‌کند (اوچسمر و گروس، ۲۰۰۵). تنظیم هیجان را می‌توان به صورت توالی رویدادها یا فرایندها توضیح داد، به شکلی که مشکل در هر نقطه از توالی منجر به ناکامی در تنظیم هیجان می‌شود (گرانفسکی و کراج، ۲۰۱۸). یک راه سهل و آسان برای توضیح مفهوم تنظیم هیجان، توضیح آن بصورت تلاش فرد برای مدیریت هیجان در نظر گرفته شده، که در آن هر هیجان خاصی برای یک هدف استفاده می‌شود (باردین و فرگوس، ۲۰۲۰). یک راه دیگر توضیح آن، شیوه‌ای که فرد آن را کنترل می‌کند و اینکه چه هیجان‌هایی تجربه می‌کند و فرد آن را چگونه و چه زمانی احساس می‌کند، می‌باشد (گرانفسکی و کراج، ۲۰۱۸). از دیدگاه شناختی تنظیم هیجان با زندگی انسان مرتبط است و به افراد کمک می‌کند در هنگام مواجهه با حوادث استرس‌زا یا پس از آن هیجان خود را مدیریت کنند (گراتز، مور و تول، ۲۰۱۶). تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی دارد (دیتز دکارد، لی و بل، ۲۰۱۶) نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ظرفیت افراد در تنظیم موثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (پارنامانینگ‌سی، ۲۰۱۷). گرانفسکی و کراج (۲۰۱۴) تنظیم شناختی هیجان، مرحله ابتدایی جهت آگاه‌سازی برای شیوه‌های مقابله با حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی می‌باشد که نه راهبرد شناختی متفاوت را شامل می‌شود: ۱. سرزنش خود: داشتن افکاری مبنی بر اینکه فرد خود را مسئول تجربیات تلخ بداند (زیمرمن و ایوانسکی، ۲۰۱۴). ۲. فرد سرزنش دیگران: چنین استدلال می‌کند که دیگران مسئول و مقصر رویداد بدی هستند که برای وی اتفاق افتاده است (رضایی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). ۳. نشخوارگری: تمرکز بر افکار و احساسات مربوط به تجارب منفی می‌باشد (مجدآرا، مکوندحسینی، عرب‌قائنی و اسبقی، ۱۳۹۶). ۴. فاجعه‌نمایی: افکار مربوط با جنبه‌های رعب‌آوری که فرد تجربه کرده است (گرانفسکی و کرایچ، ۲۰۱۸). ۵. تمرکز مجدد مثبت: به جای رویدادهای منفی به تمرکز بر رویدادهای مثبت، اشاره می‌کند (طباطبایی، احدی، بهرامی و خامسان، ۱۳۹۷). ۶. ارزیابی مجدد مثبت: مطابق با رشد و بلوغ شخصی به یک تجربه معنی مثبت داده شود (بروگینک، هیوسمن، ویک، کرایچ و گارنفسکی، ۲۰۱۶). ۷. پذیرش: پذیرش رویداد و تجربه تلخی که پیش آمده است (آریچی‌اوزجان، چکیچی و ارسلان، ۲۰۱۹). ۸. تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: یکی از راهکارهای هماهنگی و سازگاری تنظیم شناختی هیجان است که تمرکز مجدد بر برنامه‌ها می‌باشد (پوتوف و همکاران،

۲۰۱۶). ۹. اتخاذ دیدگاه: تنظیم شناختی هیجان، نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی است که با فرایندهایی مشخص می‌شود که از طریق آن افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را ابراز کنند، کنترل داشته باشند (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۱۸).

تحقیقات مختلف ریشه مشکلات نقص در تنظیم هیجان را در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌دانند از جمله: در تحقیق بریتون و مک‌گلینچی (۲۰۲۰) نشان داده شد که طرح‌واره‌های حوزه طرد و رهاشدگی در جوانانی که خودزنی داشتند، پررنگ بود. همچنین در پژوهشی نشان داده شد که طرح‌واره دلبستگی در پیش‌بینی مهارت‌های تنظیم هیجان، کنترل و مدیریت هیجانات در نوجوانان نقش مهمی ایفا می‌کند (قایم‌پور، اسماعیلیان و سرافراز، ۱۳۹۸). همچنین در بدکاری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی دارند، زیرا این طرح‌واره‌ها زمینه را برای به کارگیری راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان فراهم می‌کنند (لاسا-آریستو، دلگادو-ایگیدو، هولگادو-تلو، امور و دومینگوئز-سانچز، ۲۰۱۹). همچنین بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای غیرانطباقی، همبستگی معنی‌داری وجود دارد به گونه‌ای که به کارگیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، موجب کاهش در به کارگیری راهبردهای مناسب تنظیم هیجان می‌شود (شعبانی خدیو و احمدیان، ۱۳۹۸).

با توجه به آنچه که گفته شد این پژوهش به این منظور انجام گرفت تا با استفاده از شیوه‌های طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری به کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان طلاق بپردازد.

از دیدگاه لوئز، طرح‌واره‌ها که از افکار، احساسات، خاطرات تشکیل شده‌اند، هنگامی که نیازهای اصلی هیجانی برآورده نمی‌شوند، شکل می‌گیرند و راهی برای توضیح تجارب گذشته و تنظیم انتظارات آینده فراهم می‌کنند (لوئز و گراف، ۲۰۱۶). طرح‌واره‌ها بیانگر دیدگاه یک فرد در مورد خود و رابطه با دیگران است که بازتاب دهنده یکنواخت محیط اولیه و ابتدایی دوران کودکی است. در حقیقت طرح‌واره‌ها ذخیره می‌شوند تا در شرایط خاص فعال شوند (لوئز، گراف، زاربوگ و هلت، ۲۰۲۰). در طرح‌واره درمانی مفهوم‌سازی مشکل و آموزش روان‌شناختی طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها اهمیت بسیاری دارد. هنگام کار با کودکان و نوجوانان با افرادی روبرو می‌شویم که هنوز در حال رشد طبیعی، هیجانی و شناختی هستند. بنابراین ظرفیت آن‌ها برای درک مدل‌های نظری محدود است (لوئز، گراف و زاربوگ، ۲۰۱۳). در طی درمان و از طریق مدل تجسم ذهنیت، اشکال کوچکی درون شکل بزرگتری قرار می‌گیرند که بازنمایی از کل شخصیت فرد هستند و با

مدل^۱ SORCK انجام می‌شود. در ابتدا رویدادهای فعال ساز که همانند ماشه چکائی هستند زخم مراجع را باز می‌کند. این زخم همان ذهنیت کودک آسیب‌پذیر است که بعدها فعال می‌شود (لوئز و همکاران، ۲۰۲۰). در مرحله بعد ذهنیت دیگری یکی پس از دیگری به بازی گرفته می‌شود تا اینکه ذهنیت مقابله‌ای ناسازگار جلو می‌آید و رفتار مشکل ساز کودک را آشکار می‌کند. در این مرحله ذهنیت باهوش و خردمند برای تسکین کودک آسیب‌پذیر و پشتیبانی از دیگر ذهنیت‌ها وارد عمل می‌شود (لوئز و همکاران، ۲۰۱۳). بعد از شناسایی ذهنیت‌ها، جهت ایجاد تغییر در مراجع ابتدا خودشفقتی به کودک آسیب‌پذیر، سپس خود ابرازی و جرأت‌مندی به کودک عصبانی آموزش داده می‌شود. پس از آن ذهنیت والد منتقد را باید خاموش و غیر فعال کرد، تا به ذهنیت باهوش و خردمند کمک کرد که رفتار سازگارانۀ جدید را بیاموزد و استفاده کند. همچنین به تصویر کشیدن آدمک به مراجع نوجوان کمک می‌کند تا آنچه در درون او رخ می‌دهد بهتر درک کند و اینگونه باعث ایجاد همکاری می‌شود (لوئز و گراف، ۲۰۱۶).

یکی دیگر از رویکردهای مشاوره در این پژوهش، استفاده از رویکرد درمان شناختی رفتاری است. استفاده از رویکرد درمان شناختی رفتاری برای کودکان و نوجوانان، نخستین بار در اواخر ۱۹۸۰ توسط کندال و هالون مطرح شد (مور و میچر، ۲۰۰۹). در این رویکرد فرض بر این است که تغییر در افکار، منجر به تغییر رفتار می‌شود. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آن‌ها را بسازد. همچنین به او یاد می‌دهد تفکر ناسازگار را به تفکر سازگار تغییر دهد (کانیچر، فوکس، استرچ، ۲۰۱۷). رویکرد درمان شناختی رفتاری با مجموعه‌ای از روش‌ها شناخته می‌شود که بر سازگاری درونی فرد تأکید می‌کند (لیخسنرینگ، اشتاینرت، ۲۰۱۷) و راهبردهایی را در بر می‌گیرد که به جهت تغییر ادراک، تفکر، نگرش و رفتار افراد مسئله دار طراحی شده‌اند (جانسن و فریبورگ، ۲۰۱۵). در این رویکرد که تکنیک‌های شناختی و رفتاری با هم بکار گرفته می‌شوند، تأکید بر شناسایی باورهای نادرست، منفی و غیرمنطقی است که بر عواطف و رفتار تأثیرگذار هستند (کلس و ایدسو، ۲۰۱۸) و این باورهای زیربنایی با استفاده از فنون شناختی و رفتاری اصلاح می‌شوند (سیلک و همکاران، ۲۰۲۰). دوالد-کافمن، دی برون و میچل (۲۰۱۹) بیان می‌کند که شناخت (افکار)، عواطف (هیجان) و رفتار (اعمال) یک کودک را نمی‌توان به شکل جداگانه بررسی کرد، زیرا آن‌ها فرایندهای همپوشی دارند (ارلی و گریدر، ۲۰۱۷). کودک و نوجوان به واسطه آموزش مهارت‌های اجتماعی با رویکرد درمان شناختی رفتاری یاد می‌گیرد که بتواند روابط اجتماعی مثبت و سازنده‌ای را آغاز و حفظ

¹ Stimulus, organism, Response, Consequence, Kanfer

کند (ما، ژانگ، هوانگ و کوی، ۲۰۲۰). صمیمیت و دوستی با دیگران را توسعه دهد و با شرایط ایجاد شده سازگار شود و تقاضاهای محیط اجتماعی را بپذیرد (پریهان، ۲۰۱۹). با توجه به پیامدهای طلاق بر نوجوانان، در صورتی عدم اجرای مداخله‌های روان‌شناختی در نقص در تنظیم هیجان می‌تواند موجب تمرکز زیاد و افراطی بر برون‌ریزی هیجانی شود که زمینه‌ساز مشکلات اجتماعی می‌شود و ارتباط آن‌ها را با خانواده، دوستان و دیگر اعضا می‌تواند خدشه دار سازد (اوبرست، وگمن، استودت، برند و چامارو، ۲۰۱۷). در نقطه مقابل، نتایج این پژوهش می‌تواند به نیازهای عاطفی نوجوانان پاسخ داده، آسیب‌های ناشی از طرحواره را درمان کند (کیایی راد و همکاران، ۱۳۹۹)، با آموزش مهارت‌های سازنده، آن‌ها را برای زندگی فردی و اجتماعی سازگار کند (جوادی و ساعد، ۱۴۰۱)، پرخاشگری را کاهش و سطح تاب‌آوری را افزایش دهد (آوکی و کلسی، ۲۰۱۶). همچنین با ارزیابی خطاهای شناختی و به چالش کشیدن افکار منفی و جایگزین کردن افکار مثبت و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در کاهش مشکلات هیجانی تأثیر بگذارد (آگوستین، ۲۰۱۷).

یکی از اهداف این پژوهش مقایسه تأثیرگذاری دو رویکرد درمان شناختی رفتاری (۱۹۷۰) با طرحواره درمانی کودکان و نوجوانان (۲۰۱۲) به عنوان دو رویکردی متفاوت و تا حدی مشابه است، که کدام یک از این رویکردها می‌تواند درمان غالب‌تری باشد و از طرفی آشکار شدن اثر درمانی این دو می‌تواند استناد علمی برای ترکیب این دو رویکرد درمانی با یکدیگر جهت افزایش تأثیرگذاری آن‌ها بر تنظیم شناختی هیجان باشد.

با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش در پاسخ به این سوال است که آیا بین مشاوره گروهی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان طلاق تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع سنجش مکرر همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر خانواده طلاق در محدوده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال شهر اصفهان بودند. ابتدا ۸۰ نوجوان دختر خانواده طلاق شناسایی شدند، از بین آن‌ها ۶۰ نوجوان دختر که کمترین نمره را در تنظیم شناختی هیجان داشتند انتخاب شدند، در مرحله بعد ۴۵ نوجوان دختر به شکل تصادفی انتخاب و نیز به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری و یک گروه کنترل گمارده شدند. در مرحله اول بعد از جلب همکاری آموزش و پرورش، جهت اینکه مشارکت‌کنندگان از لحاظ سطح اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی همگن باشند یک

ناحیه جغرافیایی اصفهان انتخاب شد. ملاک‌های ورود یعنی جنسیت دختر، گذشتن حداکثر ۵ سال از طلاق قانونی والدین، یکسان بودن ناحیه جغرافیایی محل سکونت، داشتن دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال (دوره متوسطه اول)، عدم مشارکت همزمان در پژوهش یا مداخله آموزشی-درمانی دیگر و عدم شرکت فعال در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه از ملاک‌های خروج بود. جهت ملاحظات اخلاقی طرح، ابتدا مشاوران مدرسه که به پرونده مشاوره‌ای دانش‌آموزان دسترسی داشتند، با والد مراقب دانش‌آموز تماس گرفته و در مورد شرح جلسات و هدف از اجرای طرح توضیح کامل ارائه دادند، در صورت موافقت والد، فرم رضایت آگاهانه ارسال می‌شد و بعد از تکمیل به مشاور مدرسه برگشت داده می‌شد و آن دانش‌آموز در دسته نمونه آماری قرار می‌گرفت و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) تکمیل می‌کرد که در صورت داشتن نمره پایین در تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب می‌شد. در جلسه اول و توجیهی، هدف از اجرای طرح و همچنین توضیحاتی در مورد شرح جلسات داده شد و در صورت موافقت، دانش‌آموزان نیز فرم رضایت آگاهانه را تکمیل می‌کردند. هر دو گروه آزمایشی طی ۲۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت مشاوره گروهی مبتنی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه تا بعد از مرحله پیگیری هیچ آموزشی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، مشارکت‌کنندگان پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در قالب پس‌آزمون و بعد از دو ماه از خاتمه جلسات در قالب پیگیری پرسشنامه را تکمیل کردند. در نهایت جهت مقایسه میانگین‌ها گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون و همچنین خنثی کردن اثر پیش‌آزمون از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پرسشنامه پژوهش عبارت بود از:

ابزار گردآوری اطلاعات

۱- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)

این پرسشنامه بوسیله گرانفسکی، کرایچ و اسپین‌هاون، (۲۰۰۲) تهیه شده است که مقیاسی چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که مختص اشخاص بالاتر از ۱۲ سال است. مقیاس تنظیم شناختی هیجان شامل ۹ بعد است. هر یک از خرده مقیاس‌های آن شامل ۴ سؤال می‌باشد: نشخوارفکری (۳-۱۲-۲۱-۳۰)، راهبرد شناختی ملامت خویش (۲۸-۱۹-۱۰-۱)، پذیرش (۲-۱۱-۲۰-۲۹)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (۵-۱۴-۲۳-۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت (۶-۱۵-۲۴-۳۳)، تمرکز مجدد مثبت (۳۱-۲۲-۱۳-۴)، فاجعه‌انگاری (۳۵-۲۶-۱۷-۸)،

¹ Cognitive Emotion Regulation
Questionnaire

دیدگاه‌پذیری (۳۴-۲۵-۱۶-۷)، و ملامت دیگران (۳۶-۲۷-۱۸-۹). گارانسکی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۴۵، ۰/۷۲، ۰/۷۰ و ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. پرسشنامه حاوی ۳۶ سوال مدرج پنج درجه‌ای از همیشه تا هیچ وقت می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ خواهد بود. نمره بالاتر نشانه تنظیم شناختی هیجان مطلوب است. پیوسته گر و حیدری (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ برای نوجوانان بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سال در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به ترتیب ۰/۸۷ بدست آمد.

محتوای جلسات طرح‌واره درمانی: محتوای جلسات طرح‌واره درمانی بر اساس پروتکل لوئز، برگرفته از کتاب طرح‌واره درمانی برای کودکان و نوجوانان (۲۰۲۰) تدوین شده بود که به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: قوانین زیربنایی گروه: نام گذاری روی گروه، مفهوم گروه، اطلاعاتی درباره نحوه فعالیت طرح‌واره‌درمانی گروهی با هدف ایجاد انگیزه **جلسه دوم:** دادن لیست از ذهنیت‌های مثبت به افراد و انتخاب و رتبه‌بندی ذهنیت‌ها، گفتن داستان در مورد ذهنیت‌های مثبت، تکنیک طراحی همراه با نردبان، گفتگوی صندلی خالی با بانی این ذهنیت. **جلسه سوم:** معرفی نیازها، ارتباط بین طرح‌واره‌ها و نیازها، بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، و هم اکنون در نوجوانی. **جلسه چهارم و پنجم:** مفهوم‌سازی ذهنیت‌ها و پیامد آنها، شناسایی طرح‌واره در زمان حال نوجوان. از **جلسه ششم تا دهم:** به آگاهی و گفتگوی با ذهنیت شاد، آسیب‌پذیر، عصبانی، ذهنیت انتقادگر و باهوش و خردمند پرداخته شد و به برانگیزان آنها، طراحی آدمک بزرگ، و قرار دادن هر کدام ذهنیت‌ها در آن و بررسی نیاز فرد در آن موقع پرداخته شد. **جلسه یازدهم:** آگاهی از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، تکمیل کاربرگ آگاهی از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار و پیامد هر کدام از طریق بحث گروهی مشخص شد. **جلسه دوازدهم:** شناسایی و فرمول‌بندی مشکل، شناسایی ذهنیت‌های فعال شده بین موقعیت برانگیزاننده تا رفتار، **جلسه سیزدهم:** بررسی و هماهنگی بین تیم باهوش و خردمند - اعضای تیم ذهنیت عصبانی، انتقادگر، شاد، آسیب‌پذیر، تهاجمی و خودآرامبخش، استفاده از تکنیک احساس، صحبت. **جلسه چهاردهم:** حمایت باهوش و خردمند از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر - ایفای نقش برای حمایت از ذهنیت آسیب‌پذیر. **جلسه پانزدهم:** حمایت باهوش و خردمند جهت پرورش ذهنیت مثبت یا حمایت ذهنیت منفی، انتخاب ذهنیت و بعد تکمیل کاربرگ مربوط. **جلسه شانزدهم:** فرصت برای تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، شناسایی خاطرات هیجانی و تصویر سازی ذهنی، نامه نوشتن به

ذهنیت مثبت و منفی، خواندن نامه به صندلی خالی. **جلسه هفدهم:** فرصت برای تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، پردازش اطلاعات، شواهد تأیید کننده و رد کننده، تکمیل کار برگ مزایا و معایب ذهنیت. **جلسه هیجدهم:** حمایت از کودک آسیب‌پذیر، تمرین خودشفقتی بصورت گروهی و تهیه لیستی برای آن، نامه مشفقانه به خود، تمرین ذهن‌آگاهی، تهیه کارت‌های آموزشی جهت پاسخ‌های سالم در موقعیت فعال ساز ذهنیت. **جلسه نوزدهم:** مدیریت ذهنیت کودک عصبانی، شناسایی نشانه‌های خشم، تمرین جرات‌ورزی و ایفای نقش، تمرین بادکنک خشم، خودگویی مثبت، تونل زمان احساسات من. **جلسه بیستم:** خلاصه و جمع‌بندی: کشیدن طرح آدمک بزرگ و مشخص کردن ذهنیت‌ها و گفتن داستان آن. تکمیل نهایی کارت های آموزشی برای تمامی ذهنیت‌ها بعنوان سوغات سفر.

محتوای جلسات به شیوه گروهی: درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل کندال برگرفته از کتاب درمان شناختی رفتاری برای کودکان و نوجوانان (۲۰۱۳)، ترجمه شهرپور و ضرغامی، (۱۳۹۸). **جلسه اول:** معرفی و آشنا شدن با اعضا، بررسی قوانین و انتظارات گروه توسط نوجوانان، تعریف خودشناسی به روش دلفی، اهمیت آن به شیوه گروهی، شناسایی ویژگی‌ها و علایق نوجوانان، آگاهی بر پنجره خودشناسی. **جلسه دوم و سوم:** از طریق مدل ABC ارتباط بین افکار، احساس و رفتار مشخص شد. تفاوت بین آن‌ها مطرح و نوجوان به انواع احساسات خودآگاهی یافتند، تمرین کدام احساس، کجا و چرا؟ از تکنیک‌های باورهای بایدی و بررسی پیامد داشتن باور استفاده شد. **جلسه چهارم و پنجم:** آموزش انواع تحریف‌های شناختی و برگذرا بودن فکرتاکید شد. تکنیک‌های چالش افکار با تحلیل معنا، برآورد احتمال و پرس و جو کردن بکار گرفته شد. **جلسه ششم:** ارتباط بین فکرهای منفی با خطاهای فکری آموزش داده شد و اینکه افکار منفی را به یکی از خطاهای شناختی اسناد دهند و در نهایت فکر مثبت را جایگزین کنند. **جلسه هفتم:** تعریف همدلی، و آموزش مراحل همدلی، درک تفاوت افکار و احساس همدیگر، موانع همدلی با استفاده از تکنیک‌های تمرین همدلی کلامی و غیرکلامی و یک تصویر چند تفسیر بررسی شد. **جلسه هشتم و نهم:** سبک‌های ارتباطی چهارگانه و مولفه‌ها و اجزای آن، زبان بدن، گوش دادن فعال، پل‌ها و موانع ارتباطی، با استفاده از ایفای نقش سبک‌های چهارگانه آموزش داده شد. **جلسه دهم:** مرحله‌ای بودن حل مسئله، فهم پیوستار آن، انواع واکنش مسئله‌مدار، اجتنابی و هیجانی، گرفتن بازخورد و پیامد هر شیوه توضیح داده شد. **جلسه یازدهم و دوازدهم:** شناسایی ویژگی‌ها و نشانه‌های خشم در نوجوان، نحوه خشم در سبک‌های ارتباطی مختلف، بررسی حساسیت‌ها. با استفاده از تکنیک‌های بررسی تونل زمان احساسات، نقاشی خشم،

بادکنک خشم توضیح داده شد. جلسه سیزدهم: بازی ریلکسیشن، تصویرسازی ذهنی، متوقف کردن فکر، تکنیک ذهن آگاهی اجرا گردید. جلسه چهاردهم و پانزدهم: جرات ورزی و نه گفتن، سبک مقتدر، پرخاشگر، منفعل، ویژگی هر کدام از این سبک ها و فکر، احساس، رفتار در هر کدام از این سبک ها و پیامد آن ها توضیح داده شد. جلسه شانزدهم: مفهوم تصمیم گیری، تصمیم مهم و غیرمهم، تصمیم کوتاه مدت و بلند مدت، پیامد هر تصمیم با استفاده از تکنیک های: بازی اگر- پس، چه کسی تصمیم می گیرد، یک داستان و دو تصمیم توضیح داده شد. جلسه هفدهم و هیجدهم: شناسایی سه مولفه فقدان، شکست و احساس گناه، بررسی افکار، باور و پیامد آن ها با استفاده از تکنیک های: احساس گناه مثبت و منفی، فعالیت جملات ناتمام توضیح داده شد. جلسه نوزدهم: تعریف استرس، شناسایی علائم شناختی، جسمانی و رفتاری، بررسی موقعیت های استرس زا، باورهای ناکارآمد، خودگویی مثبت و هدایت شده اجرا گردید. جلسه بیستم: مرور کلی بر جلسات، گرفتن بازخورد و تهیه چمدان سوغات به عنوان ماحصل درمان و اجرای پس آزمون بود.

یافته ها

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی های پژوهش

گروه متغیر	طرحواره	شناختی رفتاری	کنترل
پایه تحصیلی	پایه ۷	۶	۵
	پایه ۸	۵	۶
	پایه ۹	۴	۴
حضانت	پدر	۵	۴
	مادر	۱۰	۱۱
مدت زمان طلاق	۲ سال	۲	۲
	۳ سال	۵	۴
	۴ سال	۳	۵
	۵ سال	۵	۴

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی های پژوهش شامل پایه تحصیلی، حضانت و مدت زمان طلاق آن ها در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد نمرات پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در سه گروه

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
طرحواره درمانی	۱۵	۸۸/۴۷	۹/۱۵	۱۲۳/۱۳	۹/۲۵	۱۲۹/۵۳	۸/۰۹
شناختی رفتاری	۱۵	۸۷/۳۳	۱۰/۹۳	۱۱۷/۲۰	۱۱/۸۱	۱۲۰/۲۰	۹/۳۹
کنترل	۱۵	۸۸/۷۳	۷/۶۹	۸۹/۶۰	۷/۰۹	۸۹/۲۰	۷/۱۵

یافته‌های توصیفی در جدول شماره ۲ میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر تنظیم هیجان را نشان می‌دهد. نمرات تنظیم هیجان در گروه‌های طرحواره درمانی و شناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری رو به افزایش است.

جدول ۳. پیش فرض‌های آزمون

گروه	آزمون کلموگروف-اسمیرنف		ماچلی W آزمون کرویت	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
طرحواره درمانی	۰/۱۳۰	۰/۲۰۰	۰/۸۷۸	۰/۱۷۲
درمان شناختی رفتاری	۰/۲۰۳	۰/۰۹۶	۰/۹۲۲	۰/۱۸۸
کنترل	۰/۱۷۷	۰/۲۰۰	۰/۷۴۳	۰/۰۱۸

علاوه بر پیش فرض‌های آزمون در جدول ۳. تحلیل همگنی تساوی واریانس در سه گروه (با آزمون لوین) انجام شد. فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات سه گروه در پس آزمون رد نمی‌شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات در هر سه گروه تأیید گردید. ($P=0/325$ و $F=1/155$) بود

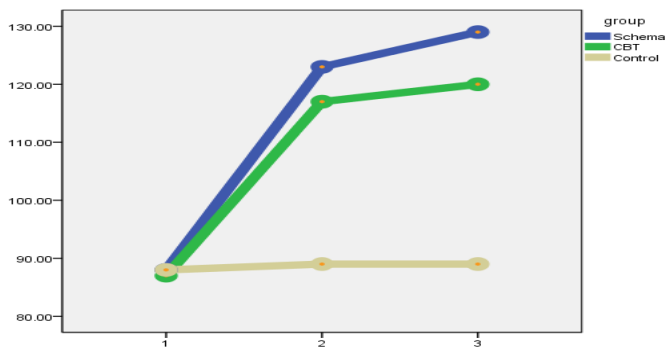
جدول ۴. نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

متغیر تنظیم هیجان

اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ضریب	معناداری (P)	میزان تأثیر
زمان		۱۶۴۸۹/۲۰	۲	۸۲۴۴/۶۰	۵۱۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲

درون	تعامل زمان و گروه	۸۰۶۸/۶۶	۴	۲۰۱۷/۱۶	۱۲۵/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
آزمودنی	خطا	۱۳۵۲/۱۳	۸۴	۱۶/۰۹			
بین	گروه	۱۴۹۲۹/۶۰	۲	۷۴۶۴/۸۰	۳۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲
آزمودنی	خطا	۹۰۴۴/۱۳	۴۲	۲۱۵/۳۳			

همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$). در بررسی اثر متقابل مراحل آزمون و گروه‌ها، نتایج نشان داد که بین نمره‌های عامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و گروه‌ها در متغیر تنظیم هیجان اثر متقابل معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین میزان تفاوت در جدول شماره ۳ ارائه شده است.



نمودار ۱- اثر تعامل بین گروه‌ها و مراحل آزمون

جدول شماره ۳ مقایسه زوجی مراحل سنجش مشاوره گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در سه گروه

گروه	پیش آزمون- پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	۳/۶۷	۰/۰۰۰*	۴/۰۷	۰/۰۰۱*	۱/۴۰	۰/۰۳۹*
	۴	*	۱	*	۶	
درمان شناختی رفتاری	۲/۸۷	۰/۰۰۰*	۳/۸۷	۰/۰۰۰*	۳/۰۰	۰/۰۰۲*
	۹	*	۲	*		
کنترل	۱/۸۶۷	۰/۰۹۱	۱/۴۶۷	۰/۵۶۲	۱/۴۰	۰/۴۶۵
	.	.	.	.	.	.

همان‌گونه که در جدول شماره ۴ نشان داده شده است، بین میانگین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر روی متغیر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد ولی در گروه کنترل تفاوتی یافت نشد ($P < 0/05$). برای تعیین تفاوت از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل تعقیبی LSD متغیر تنظیم شناختی هیجان

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری (P)
پس‌آزمون	S.T	C.B.T	۴/۹۴۶	۲/۲۱۹	۰/۰۳۴*
	C.B.T	S.T	-۴/۹۴۶	۲/۲۱۹	۰/۰۳۴*
پیگیری	S.T	C.B.T	۸/۵۳۵	۱/۹۱۴	۰/۰۰۰**
	C.B.T	S.T	-۸/۵۳۵	۱/۹۱۴	۰/۰۰۰**

جدول ۵. نتایج تحلیل تعقیبی LSD را نشان می‌دهد. که بین گروه طرح‌واره درمانی و شناختی رفتاری از لحاظ متغیر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. و میزان اثربخشی گروه طرح‌واره درمانی در هر دو مرحله پس‌آزمون (۴/۹۴۶) و پیگیری (۸/۵۳۵) بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی فرضیه بین مشاوره گروهی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی نوجوانان دختر طلاق تفاوت معناداری وجود دارد، پرداخته شد. نتایج بدست آمده نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری و پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). به عبارتی تغییرات در طی زمان ماندگار بوده است و در مقایسه بین دو گروه آزمایشی، گروه طرح‌واره درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون در سطح پنج‌صدم و در مرحله پیگیری در سطح یک صدم اثربخشی بیشتری داشته است. بنابراین فرضیه تأیید گردید.

پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان پرداخته باشد، یافت نشد. اما یافته‌ها در زمینه اثربخشی هرکدام از گروه‌های آزمایشی با سایر پژوهش‌ها همسو بود. از جمله: نتیجه تحقیق اثربخشی طرح‌واره درمانی با تحقیقات ون ویک-هربرینک، آرنتز، برووس، رولوف و برنشتاین (۲۰۲۱)، کالوته، فرناندز-گونزالس، گونزالس-کابرا، گامز-

گوادیکس (۲۰۱۸)، وایک هربرینک، بروئرز، روئلفز و برنشتاین (۲۰۱۷)، گودبوی، مارتین و گلدمن (۲۰۱۶) و اسماعیل‌زاده، غلامعلی لواسانی و قاسم زاده (۱۴۰۰) همخوانی دارد و نتیجه تحقیق اثربخشی درمان شناختی رفتاری با تحقیقات تی‌برینک و همکاران (۲۰۲۱)، مٹی، دنیس و اسپچتر (۲۰۲۱)، سیتیورینی و همکاران (۲۰۲۱) گروسمن و انرایش-می (۲۰۲۰) سام مهر، فرش‌باف‌مانی‌صفت، خادمی و شبانی (۱۴۰۱) همخوانی دارد. ون‌ویک-هربرینک و همکاران (۲۰۲۱) در تحقیق خود در مراکز اقامتی نوجوانان به این نتیجه رسیدند که اصول تربیتی بر اساس رویکرد طرح‌واره درمانی می‌تواند در کاهش رفتارهای پرخطر، ایجاد جو عاطفی و ارتباط نزدیک بین کارکنان و نوجوانان موثر باشد. کالوته و همکاران (۲۰۱۸) و گودبوی و همکاران (۲۰۱۶) در طی تحقیقات خود نشان دادند که طرح‌واره‌درمانی نقش قابل توجهی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار خصوصاً قلدری در نوجوانان دارد و در تحقیق وایک هربرینک و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده شد که طرح‌واره درمانی در نوجوانان می‌تواند نقش مهمی در کاهش اختلال رفتاری به ویژه تکانشگری، خودکنترلی و تنظیم هیجان داشته باشد و نتایج تحقیقات اسماعیل زاده و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از این بود که رویکرد طرح‌واره درمانی بر خودتنظیمی هیجانی، عدم پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان نوجوانان تیز هوش موثر است. تی‌برینک و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند برای نوجوانان با معلولیت ذهنی و دارای مشکلات برونی‌سازی موثر باشد و یک درمان شناختی که به آموزش تنظیم هیجان تاکید داشته باشد، از درمان رفتاری صرف موثرتر است و بر تشخیص خشم، توانایی ایجاد راه حل مناسب برای مشکلات اجتماعی، تصمیم‌گیری مبتنی بر تقویت، مهار پاسخ و همدلی نوجوانان موثر است (مٹی و همکاران، ۲۰۲۱). درمان شناختی رفتاری در طول فرایند مداخله، با تکنیک بازسازی شناختی و تغییر افکار منفی و تفسیر آن‌ها به شکل مثبت منجر به افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان قربانی طلاق شد و علاوه بر آن بر بهبود اعتماد به نفس دانش‌آموزان نیز تأثیر داشت (سیتیورینی و همکاران، ۲۰۲۱). همسو با این تحقیقات گروسمن و انرایش-می (۲۰۲۰) در تحقیق خود نشان دادند که پروتکل‌های یکپارچه درمان فراشناختی بر خاموش کردن پریشانی تا حالت‌های هیجانی شدید بر نوجوانان تأثیر گذار بود و منجر به اصلاح سوگیری اسناد خصمانه در نوجوانان شد. در واقع درمان شناختی- رفتاری با تمرکزی که بر ارزیابی مجدد شناخت‌ها و پذیرش جنبه‌های مختلف هیجانی دارد، توانسته به نوجوانان کمک کند تا در موقعیت‌های چالش‌زا بدون دست زدن به واکنش بیرونی ساز و پرخطرانه با موقعیت روبه‌رو شده و تغییرهای شناختی سازگارانه ایجاد کنند (سام مهر و همکاران ۱۴۰۱).

در تبیین چگونگی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان نوجوانان دختر طلاق می‌توان گفت از آنجا که نوجوانان شاهد نزاع و درگیری والدین خود بودند و به خصومت بین والدین با احساسات منفی مانند ترس، خشم و ناراحتی واکنش نشان دادند، در زندگی روزمره و در ارتباط با همسالان این احساسات نمود پیدا کرده بود. در طی جلسات از آن‌ها خواسته شد که خاطرات گذشته را مرور کنند، که چه کسی و یا چه موقعیت‌هایی باعث ایجاد این ویژگی در آن‌ها شده است. از طریق تکنیک تجربی بویژه تکنیک تصویرسازی آن موقعیت و یا آن شخص را بخاطر می‌آوردند و از طریق تکنیک صندلی خالی با آن گفتگو می‌کردند و احساسات و هیجانات خود را نسبت به آن نشان می‌دادند. با طراحی آدمک بر همه ذهیت‌های خود آگاهی یافتند، همین که درکی از ذهیت‌ها پیدا کردند توانستند در داخل و خارج از درمان به راهکارهای سالم جهت مقابله با شرایط ناگوار بپردازند. همچنین بواسطه تکنیک‌های شناختی توانستند بین افکار، هیجان‌ها و رفتار ارتباط برقرار کنند. آن‌ها بر این مسئله آگاه شدند، که ذهیت منفی در شکل دادن برچسب بر خود نقش داشته است و به ارزیابی مجدد آن پرداختند. به واسطه تکنیک رفتاری به کودک آسیب‌پذیر شفقت به خود آموزش داده شد که در برابر ذهیت انتقادگر بایستد و از خود دفاع کند. برای ذهیت عصبانی، تکنیک مدیریت خشم، ابراز وجود و حل مسئله آموزش داده شد و به واسطه کارت‌های آموزشی آن‌ها را به زندگی واقعی خود انتقال دادند و به این ترتیب رویکرد طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان نوجوانان موثر واقع شد.

در تبیین چگونگی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان دختران طلاق می‌توان گفت، بواسطه مدل A-B-C توانستند ارتباط بین فکر و احساس و رفتار درک کنند. با آموزش خطای فکری و تحریف‌های شناختی، از غلط بودن و استدلال‌های نادرست خود آگاه شدند و آن‌ها را به چالش کشیدند و به خطای فکری و تحریف شناختی اسناد دادند و در نهایت فکرهای درست و سالم را جایگزین کردند. عدم مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی منجر به نقص در تنظیم هیجان شده بود. در طی درمان مهارت‌ها و سبک‌های ارتباطی آموزش داده شد و از طریق ایفای نقش به تمرین آن‌ها پرداختند و با استفاده از تکنیک‌های زبان بدن مثبت و منفی، به نحوه ارائه حالت‌های خود در موقعیت‌های اجتماعی آگاه شدند. از طریق حل مسئله به مرحله‌ای بودن حل مسئله شناخت و آگاهی پیدا کردند. از طریق تکنیک‌های مزایا و معایب به راه حل‌های درست آگاه شدند. جهت مدیریت خشم ابتدا نشانه‌ها و ویژگی‌های فیزیولوژیکی و شناختی را در خود شناسایی کردند. در نهایت درمان شناختی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های جرات‌ورزی و قاطعیت توانست توانایی نوجوانان را در تنظیم هیجان ارتقا دهند.

در تبیین اثربخشی بیشتر طرح‌واره درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان می‌توان گفت در شکل‌گیری بدکارکردی تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی دارند، زیرا این طرح‌واره‌ها موجب می‌شوند که فرد از راهبرد غیرانطباقی استفاده کند و در فرآیند تنظیم هیجان مؤلفه شناختی کافی نیست، بلکه به چیزی فراتر از آن نیاز است، در طرح‌واره درمانی چون از تکنیک‌های تجربی جهت تخلیه هیجانی بیشتر استفاده می‌شود و به نیازهای هیجانی ارضا نشده افراد می‌پردازد، نسبت به درمان شناختی رفتاری منجر به اثربخشی بیشتری شد.

تحقیق حاضر همانند هر تحقیق دیگری با محدودیت‌هایی داشت، از جمله: افراد شرکت‌کننده تا حدودی نسبت به هم آشنایی قبلی داشتند، بنابراین در افشاگری تجارب و احساسات خود محافظه کاری می‌کردند. همچنین به علت اینکه اجرا کننده و ارزیاب هر دو یک نفر بودند، ممکن است در جریان جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند، لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی از افراد شرکت‌کننده‌ای که نسبت به هم شناخت قبلی ندارند، دعوت شود، تا ضمن بیان راحت‌تر افکار و هیجانات اثربخشی درمان نیز افزایش یابد. جهت جمع‌آوری اطلاعات علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده شود. ارزیابی پرسشنامه و مداخله توسط دو فرد اجرا شود. براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر به درمانگران در حوزه کودک و نوجوان پیشنهاد می‌شود که طرح‌واره درمانی را بکار گیرند تا در ابتدای شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و قبل از تثبیت آن‌ها در کودکان و نوجوانان، جهت پیشگیری از مشکلات آینده، طرح‌واره‌ها را رفع و درمان کنند.

موازین اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا مشاوران که به پرونده دانش‌آموزان دسترسی داشتند، با والد حضانت تماس گرفته و در مورد محتوای جلسات و هدف از اجرای آن‌ها توضیح کامل بیان کردند، در صورتی که والد مراقب موافقت خود را اعلام می‌کرد برگه رضایت آگاهانه را تکمیل کردند و آن را به مدرسه برگشت دادند. همچنین در جلسه اول، هدف از اجرای طرح به دانش‌آموز توضیح داده شد و در صورت تمایل، دانش‌آموز نیز برگه رضایت را تکمیل می‌کرد. این تحقیق بخشی از نتایج رساله دکتری مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران با شناسه کد اخلاق IR.KHU.REC. 1400.040 بود.

سپاسگزاری

بدینوسیله نویسندگان، مراتب سپاس و قدردانی خود را از سرکار خانم بابلی و خانم همتی مشاور و مدیر مدارس و تمامی نوجوانان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، بیان مسئله، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، مقاله حاضر برعهده داشتند.

تعارض منافع و منابع

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

منابع

- اسماعیل‌زاده، لیلیا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و قاسم‌زاده، سوگند (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی برنامه آموزشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری خودتنظیمی هیجانی نوجوانان تیزهوش. *مجله سلامت اجتماعی*، ۸(۳)، ۴۵۲-۴۴۴. [پیوند]
- پیوسته‌گر، مهرانگیز و حیدری عبدی، احمد (۱۳۸۷). مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم افسردگی در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی و دیگر نوجوانان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۲(۲)، ۵۴۹-۵۶۳. [پیوند]
- جوادی، وحیده و ساعد، امید (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران: یک مطالعه مروری سیستماتیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۴(۱)، ۹-۱۸. [پیوند]
- رضایی، سنا و دشت‌بزرگی، زهرا (۱۳۹۷). نقش کمال‌گرایی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کیفیت خواب در پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۴(۴)، ۹-۱۰. [پیوند]
- رئیزی، رویا؛ گنجی، فروزان؛ شاهمرادی، رضوان؛ مردان پور شهرکردی، الهام؛ آلبرت، شمیمان؛ نکویی، افسانه و همکاران (۱۳۹۱). تأثیر جلسات مشاوره گروهی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان فرزندان خانواده‌های طلاق. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۴(۳)، ۳۰-۳۷. [پیوند]
- سام مهر، وحید؛ فرش‌باف مانی صفت، فرناز؛ خادمی، علی و شبانی، رحیم (۱۴۰۱). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های

ارتباطی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۱)، ۷۲-۵۷. [پیوند]

شعبانی خدیو، امیر و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۸). رابطه ارضاء نیازهای بنیادی روانی و اختلال تنظیم هیجانی با نقش میانجیگری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۱۱۰-۱۱۱. [پیوند]

طباطبایی، تکتّم السادات، احدی، حسن، بهرامی، هادی و خامسان، احمد (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر اضطراب دانشجویان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند. *مجله مطالعات روان شناسی تربیتی*، ۱۵(۲۹)، ۹۷-۱۲۴. [پیوند]

قایم پور، زینب؛ اسماعیلیان، مرضیه و سرافراز، مهدی (۱۳۹۸). تنظیم هیجان در نوجوانان: نقش پیش بینی کننده کارکرد خانواده و دلبستگی. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. دوره سیزدهم، ۵۱، ۱-۱۶. [پیوند]

کندال، فلیپ و متکه، کریستینا (۲۰۱۳). *درمان شناختی رفتاری برای اضطراب کودکان*. ترجمه ی زهرا شهریور و فیروزه ضرغامی (۱۳۹۸). چاپ سوم. تهران: انتشارات ارجمند. [پیوند]

کیایی راد، حسین؛ پاشا، رضا؛ عسگری، پرویز و مکوندی، بهنام (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر روابط فرا زناشویی و خشونت خانگی در زنان با طلاق عاطفی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۹۹)، ۱۶۶۷-۱۶۸۲. [پیوند]

مجدآرا، الهه؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ عرب قائی، ماریه و اسبقی، الهام (۱۳۹۶). نقش میانجی نشخوار فکری در رابطه بین اضطراب اجتماعی و افسردگی با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های نوین روان شناختی*، ۱۲(۴۰)، ۱۱۸-۲۰۳. [پیوند]

مددی طائمه، زهرا؛ آقاجانی، طهمورث و صلاحیان، افشین (۱۳۹۹). مقایسه سلامت عمومی و اختلال خوردن در فرزندان دختر خانواده های طلاق رسمی، طلاق عاطفی و هم‌تایان عادی. *نشریه مدیریت / ارتقاء سلامت*، ۹(۲)، ۲۰-۳۳. [پیوند]

Abravanel BT, Sinha R.(2014). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *J Psychiatr Res*; 61:89-96.[link]

Amato, P. R. (2014). The consequences of divorce for adults and children: An update. *Društvena istraživanja-Časopis za opća društvena pitanja*, 23(1), 5-24. [Link]

Arici-Ozcan, N., Cekici, F., & Arslan, R. (2019). The relationship between resilience and distress tolerance in college students: The mediator role of cognitive flexibility and difficulties in emotion regulation. *International Journal of Educational Methodology*, 5(4), 525-533.[link]

- Avci, D., & Kelleci, M. (2016). Effects of the Anger Coping Programme based on cognitive behavioural techniques on adolescents' anger, aggression and psychological symptoms. *International journal of nursing practice*, 22(2), 189-196.[\[link\]](#)
- Bai, L., & Han, Z. R. (2016). Emotion dysregulation mediates relations between Chinese parents' histories of childhood emotional abuse and parenting stress: A dyadic data analysis. *Parenting*, 16(3), 187-205.[\[link\]](#)
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2020). Emotion regulation self-efficacy mediates the relation between happiness emotion goals and depressive symptoms: A cross-lagged panel design. *Emotion*, 20(5), 910.[\[link\]](#)
- Bastaita, K., Pasteels, I., & Mortelmans, D. (2018). How do post-divorce paternal and maternal family trajectories relate to adolescents' subjective well-being? *Journal of Adolescence*.64:98-108.[\[link\]](#)
- Bohman, H., Brodin Låftman, S., Aivar Päären, A., & Jonsson, U. (2017) Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: a community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. *Bohman et al. BMC Psychiatry* ,17:(117): 1-11.[\[link\]](#)
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2020). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of suicide research*, 24(sup1), 1-24.[\[link\]](#)
- Bruggink, A., Huisman, S., Vuijk, R., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2016). Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 22, 34-44.[\[link\]](#)
- Calvete, E., Fernández-González, L., González-Cabrera, JM., Gámez-Guadix, M. (2018). Continued Bullying Victimization in Adolescents: Maladaptive Schemas as a Meditational Mechanism. *J Youth Adolescent*, 47(3):650-660.[\[link\]](#)
- Deater-Deckard, K., Li, M., & Bell, M. A. (2016). Multifaceted emotion regulation, stress and affect in mothers of young children. *Cognition and Emotion*, 30(3), 444-457.[\[link\]](#)
- Dewald-Kaufmann, J., de Bruin, E., & Michael, G. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) in school-aged children and adolescents. *Sleep medicine clinics*, 14(2), 155-165[\[link\]](#)
- Early, B. P., & Grady, M. D. (2017). Embracing the contribution of both behavioral and cognitive theories to cognitive behavioral therapy: Maximizing the richness. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 39-48.[\[link\]](#)
- Foo, A. (2021). Parental Dissolution and the Transmission of Relational Instability for Adult Children of Divorce. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 13(3), 32-40.

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401-1408.[\[link\]](#)
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2014). Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies. *Journal of Adolescence*. 37: pp.1153-1160.[\[link\]](#)
- Goodboy, A.K., Martin, M.M., & Goldman., Z. W. (2016). Students' experiences of bullying in high school and their adjustment and motivation during the first semester of college. *Western Journal of Communication*, 80(1), 60-78.[\[link\]](#)
- Gratz, K. L., Moore, K. E., & Tull, M. T. (2016). The role of emotion dysregulation in the presence, associated difficulties, and treatment of borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 344.[\[link\]](#)
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201.[\[link\]](#)
- Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 141(4), 747.1-23.[\[link\]](#)
- Kaniturk, L., Fox, L., & Storch, E. (2017). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Individuals with Autism Spectrum Disorders and Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of the Research. *J Dev Phys Disabil*.224-234.[\[link\]](#)
- Keles, S., & Idsoe, T. (2018). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of adolescence*, 67, 129-139.[\[link\]](#)
- Kunz, J. (2018). Parental divorce and children's interpersonal relationships: A meta-analysis. In *Divorce and the Next Generation: Perspectives for Young Adults in the New Millennium*. 19-47. [\[link\]](#)
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F. P., Amor, P. J., & Domínguez-Sánchez, F. J. (2019). Profiles of cognitive emotion regulation and their association with emotional traits. *Clínica y Salud*, 30(1), 33-39.[\[link\]](#)
- Leichsenring F, Steinert C. (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *JAMA* 318(14):1323-4.[\[link\]](#)
- Leopold, T., & Kalmijn, M. (2016). Is divorce more painful when couples have children? Evidence from long-term panel data on multiple domains of well-being. *Demography*, 53(6), 1717-1742.[\[link\]](#)

- Loose, C., Graff, P., Zarbock, G., & Holt, R.A (2020). *Schema Therapy for Children and Adolescents ST-CA A Practitioners Guide*, Ashford Press, ISBN: 978-1-912755-82-0.[\[link\]](#)
- Loose, C. & Graaf, P. (2016). Pictorial Representation of Early Maladaptive Schemas and Modes - for Young and Old. Poster. Stockholm: *46th Annual EABCT Congress CBT*.231-242.[\[link\]](#)
- Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (Eds.) (2013). *Schema therapy with children and Youngsters*.Weinheim: Beltz.[\[link\]](#)
- Loose, Ch., & Graaf, P., Armour, K., & Holt, R. (2020). *Schema Therapy for Pre-School Aged Children. Schema Therapy for Children and Adolescents: A Practitioner's Guide Book*, ISBN: 978-1-912755-820.[\[link\]](#)
- Ma, L., Zhang, Y., Huang, C., & Cui, Z. (2020). Resilience-oriented cognitive behavioral interventions for depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 270, 150-164[\[link\]](#)
- Matthysm, W., Dennis J. L., & Schutter, G. (2021). Increasing effectiveness of cognitive behavioral therapy for conduct problems in children and adolescents: What can we learn from neuroimaging studies? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 484-499.[\[link\]](#)
- Mor, N., & Meijers, J. (2009). Cognitive Behavioral Therapy in Childhood Anxiety. *Journal Psychiatry Relate Science*, 46 (4): 282–289.[\[link\]](#)
- Oberst, U., Wegmann, E., Stodt, B., Brand, M., & Chamarro, A. (2017). Negative consequences from heavy social networking in adolescents: The mediating role of fear of missing out. *Journal of adolescence*, 55, 51-60[\[link\]](#)
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249.[\[link\]](#)
- Perihan, C., Burke, M., Bowman-Perrott, L., Bicer, A., Gallup J, Thompson J, & et al. (2019). Effects of Cognitive Behavioral Therapy for Reducing Anxiety in Children with High Functioning ASD: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Journal of autism and developmental disorders*:1-15.[\[link\]](#)
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., ... & Kraaij, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98, 218-224.[\[link\]](#)
- Purnamaningsih, E. H. (2017). Personality and emotion regulation strategies. *International Journal of Psychological Research*, 10(1), 53-60.[\[link\]](#)

- Ryan, R. M., Markowitz, A. J., & Claessens, A. (2015). Associations between family structure change and child behavior problems: The moderating effect of family income. *Child Development*, 86, 112–127.[\[link\]](#)
- Setyorini, W. W., Wibowo, M. E., & Awalya, A. (2021). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Group Counseling to Improve the Resilience of Students as Divorce Victims. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 10(3), 156-160.[\[link\]](#)
- Silk, J.S., Pramana, G., Sequeira, S.L., Lindhiem, O., Kendall, P.C., Rosen, D., & et al. (2020). Using a Smartphone App and Clinician Portal to Enhance Brief Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*; 51(1):69-84.[\[link\]](#)
- Supratman, L. P. (2020). A qualitative study of teenagers viewpoint in dealing with parents' divorce in Indonesia. *Journal of Divorce & Remarriage*, 61(4), 287-299.[\[link\]](#)
- Te Brinke, L. W., Schuiringa, H. D., & Matthys, W. (2021). Emotion regulation and angry mood among adolescents with externalizing problems and intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 109, 1-9.[\[link\]](#)
- Thomson, E., & McLanahan, S. S. (2012). Reflections on “Family structure and child well-being: Economic resources vs. parental socialization. *Social Forces*, 91, 45–53.[\[link\]](#)
- van Wijk-Herbrink, M. F., Arntz, A., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2021). A schema therapy based milieu in secure residential youth care: Effects on aggression, group climate, repressive staff interventions, and team functioning. *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 289-306.[\[link\]](#)
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(3), 261-279.[\[link\]](#)
- Yaacob, S.N., Yuin, F.J., Hasbullah, M., Arshat, Z., & Juhari, R. (2019). Negative Life Events and Mental Health Problem: The Importance of Coping Strategy. *journal socoal sciences & humanities*. 27 (S1): 77 – 87.[\[link\]](#)
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International journal of behavioral development*, 38(2), 182-194.[\[link\]](#)

Research Article

The Effectiveness of Combined Program of Parent Management Training and Mindful Parenting on Parental Stress, Parent-Child Relationship and Child's Externalizing Problems

F. Kosari¹, P. Sabahi^{2*} & Sh. Makvand Hosseini³

1. Ph. D Student in Psychochology, Mahdishafr Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: farzane.kosari@yahoo.com
2. Assistant professor, Department of Psychology, Mahdishafr Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: p_sabahi@semnan.ac.ir
3. Associate professor, Department of Psychology, Mahdishafr Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: shmavand@semnan.ac.ir

Abstract

Aim: This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of the combined program of parent management training and mindful parenting training on parental stress, parent-child relationship, and child's externalizing problems. **Methods:** The research was semi-experimental with pre-test, post-test and three-month follow-up with a control group. The population of the current study was made up of all mothers with children aged 4 to 9 years in Semnan city in 1400, from among whom 24 mothers were selected by available sampling method and randomly divided into two experimental and control groups. The experimental group received 16 hours combined program in two hours per week, while the control group was placed on the waiting list. The research tools included Abidin's parenting stress index (1995), Pianta's parent-child relationship scale (1992), and Eyberg's Child Behavior Inventory (1978). Data analysis was done through multivariate covariance analysis with SPSS-23 software. **Results:** The mentioned program can be effective in reducing parenting stress ($p < 0/05$) and the child's externalized problems ($p < 0/05$), it is also effective in reducing conflicts between parents and children and bringing their relationship closer ($p < 0/05$) but it does not change the degree of dependence between parent and child ($p = 0.213$), all results were stable in the follow-up phase except the child's externalizing problems ($p = 0.573$). **Conclusion:** This combined program can be an effective intervention to reduce parenting stress and improve parent-child relationship.

Key words: Parent Management Training, Parental stress, Mindful Parenting

Citation: Kosari, F., Sabahi, P., & Makvand Hosseini, Sh. (2023). The Effectiveness of Combined Program of Parent Management Training and Mindful Parenting on Parental Stress, Parent-Child Relationship and Child's Externalizing Problems. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):115-139.

اثر بخشی برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه بر استرس والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات برونی سازی شده کودک

فرزانه کوثری^۱، پرویز صباحی^{۲*} و شاهرخ مکوند حسینی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: farzane.kosari@yahoo.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: p_sabahi@semnan.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: shmavand@semnan.ac.ir

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه بر استرس والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات برونی سازی شده کودک انجام شد. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون، پس آزمون دارای پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش کلیه مادران دارای کودک ۴ تا ۹ سال شهر سمنان در سال ۱۴۰۰ بودند که از میان آن‌ها ۲۴ مادر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به تصادف به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۶ ساعت به صورت هر هفته دو ساعت برنامه ترکیبی را دریافت کرد درحالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل شاخص استرس والدگری آبدین (۱۹۹۵)، مقیاس رابطه والد-کودک پیاننا (۱۹۹۲) و پرسشنامه رفتاری کودک آیرگ (۱۹۷۸) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم افزار SPSS-23 انجام شد. **یافته‌ها:** برنامه مذکور می‌تواند در کاهش استرس والدگری ($p < 0/05$) و مشکلات برونی سازی شده کودک ($p < 0/05$) اثربخش باشد، همچنین در کاهش تعارضات بین والد و کودک و نزدیک شدن رابطه آن‌ها مؤثر است ($p < 0/05$) اما در میزان وابستگی بین والد و کودک تغییری ایجاد نمی‌کند ($p = 0/213$)، تمام نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود به جز مشکلات برونی سازی شده کودک ($p = 0/573$) **نتیجه‌گیری:** این برنامه ترکیبی می‌تواند مداخله مؤثری برای کاهش استرس والدگری و بهبود رابطه والد و کودک باشد.

کلید واژه‌ها: آموزش مدیریت والدین، استرس والدگری، فرزندپروری ذهن آگاهانه

استناد به این مقاله: کوثری، فرزانه، صباحی، پرویز، و مکوند حسینی، شاهرخ. (۱۴۰۲). اثر بخشی برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه بر استرس والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات برونی سازی شده کودک. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۷ (۲ پیاپی ۶۶): ۱۱۵-۱۳۹.

مقدمه

فرزندپروری فرایندی است که هر مرحله آن چالش برانگیز است و این چالش‌ها می‌تواند باعث استرس والدگری^۱ شود (کومالاساری و فورینالیستیواتی، ۲۰۲۰). استرس والدگری سطحی از استرس است که افراد هنگام ایفای نقش والدینی، آن را احساس می‌کنند (زرینا، رضیه، حمیده، زکریا، جمال، ۲۰۱۲؛ کرونین، بچر، کریستیان، ماهر و دیب، ۲۰۱۵).

استرس والدگری باعث می‌شود والدین نتوانند از مهارت‌های والدگری که قبلاً آموخته‌اند، استفاده کنند و در هنگام تعارض با کودکان رفتارهای نامناسبی از خود نشان دهند (چاپلین و همکاران، ۲۰۲۱).

شیوه‌های والدگری نادرست نقش مهمی در رشد مشکلات برونی‌سازی شده^۲ کودکان دارند و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین استرس والدگری و مشکلات رفتاری مشاهده شده در کودکان رابطه وجود دارد و بالا بودن استرس فرزندپروری در والدین باعث افزایش رفتارهای مشکل‌ساز کودک می‌شود (جونز، کال، وولفورد، مک وی، ۲۰۲۱؛ یوسفی سینکی و دولتشاهی، ۱۳۹۸). کوچانوا، پیتمن، مک نیلا (۲۰۲۰) نیز دریافتند استرس والدگری با افزایش مشکلات رفتاری کودک، افزایش می‌یابد. بنابراین هم افزایش مشکلات رفتاری در کودک باعث افزایش استرس والدگری می‌شود و هم افزایش استرس والدگری باعث افزایش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. نوع رابطه والد - کودک مثل طرد کردن، کنترل افراطی، محافظت بیش از اندازه، باورهای غیرمنطقی و بدون انعطاف والدین در بروز مشکلات رفتاری کودک نقش زیادی دارد (گائو و کامینز، ۲۰۱۹) پژوهش‌های بسیاری نشان داداند والدینی که دارای رابطه والد-فرزندی خوبی با کودکان خود نیستند، فرزندانشان مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده و مشکلات سازگاری بیشتری نشان می‌دهند (گاریگا، مارتینز-لوسنا، مورنو، ۲۰۱۹).

با توجه به اینکه درنظر گرفتن سلامت روانی والدین و کودکان بسیار با اهمیت است و حفظ رابطه سالم بین والد و کودک منجر به سلامت خانواده می‌شود، ضروری است که به متغیرهای مهم و تاثیرگذاری که در شیوه فرزندپروری نقش برجسته دارند، پرداخته شود. به همین دلیل تاکنون برنامه‌های آموزشی و مداخلات بسیاری با هدف آموزش والدین و توانمندسازی آنها طراحی و اجرا شده است.

یکی از رایج‌ترین و موثرترین شیوه‌های آموزش فرزندپروری که فواید مداخله‌ای آن در بیشتر پژوهش‌ها تایید شده است، آموزش مدیریت والدین^۳ است (کامینسکی و کلاوسن، ۲۰۱۷؛

¹ Parental Distress² Externalizing Problems³ Parent Management Training (PMT)

مایکلسون، داونپورت، درتزکه، بارلو، دی، ۲۰۱۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که آموزش مدیریت والدین منجر به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود (تانگسیرچ، لایتن، ملندز-تورس، ۲۰۲۰). برنامه آموزش مدیریت والدین برای کودک قوانین مشخصی تعیین می‌کند و مرزها را برای کودک تعریف می‌کند و از پاداش و محروم سازی به شیوه مناسبی بهره می‌برد، به همین جهت والدین می‌توانند کنترل مناسبی بر رفتار کودک داشته باشند. در واقع شیوه‌های درست تشویق و تنبیه تاثیر مستقیمی روی رفتار کودکان دارد و کمک می‌کند تا کودکان مشکلات کمتری داشته باشند (هلندر، ۲۰۲۱؛ نیستراند، هلندر، انبرینک، فلدمن، سامپایو، ۲۰۲۱). اما در این مداخله بیشتر بر آموزش فنون صحیح رفتاری در تعامل با کودک تاکید می‌شود و شرایطی که والد تحت استرس و تنیدگی است مورد غفلت قرار می‌گیرد. والدین در موقعیت‌های تعاملی دشوار و زمانی که هیجانات شدیدی را در تعامل با فرزند خود تجربه می‌کنند به الگوهای رفتاری معیوب و ناکارآمد قبلی خود برمی‌گردند (لیئو، ۲۰۱۲) و توانایی والدین برای به کارگیری مهارت‌های آموزش مدیریت والدین به طور مؤثری به خاطر بی‌نظمی هیجانی والدین مختل می‌شود (ملیکن و کاتز، ۲۰۱۳).

تمرکز اولیه این رویکرد نظارت مناسب بر رفتار کودک است و این رویکرد توجهی به افکار، احساسات و ارزش‌های والدین ندارد. این درحالی است که در مداخلات رویکردهای رفتاری موج سوم مثل فرزندپروری ذهن آگاهانه گفته می‌شود علت روابط آشفته والد-کودک و فرزندپروری ناکارآمد فقط این نیست که والدین دانش و مهارت کافی برای فرزندپروری ندارند، بلکه استرس و اضطراب و سایر مسائل روانشناختی والدین مثل عدم توانایی تنظیم هیجان و فرزندپروری خودکار^۳ سهم مهمی در بروز مشکلات رفتاری کودکان دارد (بوگلز و رستیفو، ۲۰۱۳). آموزش ذهن آگاهی، که بر تنظیم توجه تمرکز دارد (برای مثال، افزایش آگاهی درباره زمان حال، پذیرش و مشاهده بدون قضاوت) به عنوان روشی پیشنهاد شده است که تنظیم هیجان و پاسخ‌های خودکار را در والدین هدف قرار می‌دهد (ژانگ، ونگ، اینگ، ۲۰۱۹).

فرزندپروری ذهن آگاهانه شامل گوش دادن با توجه کامل، پذیرش غیر قضاوتی از خود و کودک، خودتنظیمی^۴ والدگری و همدلی^۴ با خود و کودک است (آناند، سادووسکی، خوری، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فرزندپروری ذهن آگاهانه نتایج مثبتی بر رابطه والد-کودک داشته است (کستورث، تیمپ، دانکن و گرینبرگ، ۲۰۱۸) و استرس والدگری را در مادران دارای کودکان

^۱ Mindful Parenting

^۲ Automatic Parenting

^۳ Self-regulatory

^۴ empathy

کم سن کاهش می‌دهد (کومالاساری و فورینالیستیواتی، ۲۰۲۰) و منجر به کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودک شده است (یانگ، دنگ و وانگ، ۲۰۲۱).

بنابر آنچه تاکنون گفته شد؛ برنامه آموزش مدیریت والدین، مهارت‌های والدگری و فنون صحیح رفتاری در تعامل با کودک را آموزش می‌دهد، اما زمانیکه والد به خاطر مشکلات برونی‌سازی شده کودک و یا موقعیت‌های چالش برانگیز فرزندپروری دچار استرس و اضطراب می‌شود، نمی‌تواند این مهارت‌های فراگرفته شده را به کار ببندد و گرفتار الگوهای رفتاری معیوب گذشته خود می‌شود. از این رو به نظر می‌رسد ترکیب مؤلفه‌های ذهن آگاهی با آموزش مدیریت والدین بتواند با تاثیرگذاری روی افکار، احساسات و استرس‌های والد، او را از نظر ذهنی و روانی آماده به کاربردن فنون رفتاری برنامه آموزش مدیریت والدین کند. تاکنون پژوهشی در این خصوص انجام نشده است. تنها پژوهش موجود در این زمینه (باقری، طهماسیان، مظاهری، ۱۳۹۷) نیز بر روی بهزیستی روانشناختی و شادکامی کودکان بوده است. لذا سؤال پژوهش حاضر این است که آیا برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه می‌تواند بر روی استرس والدگری، مشکلات برونی‌سازی شده‌ی کودک و نیز رابطه‌ی والد-کودک تاثیر بگذارد؟ و آیا این تاثیرات در طول زمان پایدار خواهد ماند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دارای گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری سه ماهه است. جامعه پژوهش حاضر را کلیه مادران دارای کودک ۴ تا ۹ سال شهر سمنان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه شامل ۲۴ مادر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تصادف به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به منظور برآورد حجم نمونه براساس خروجی نرم افزار جی پاور^۱ (اندازه اثر ۰/۳، آلفا ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸، تعداد گروه‌ها ۲ و تعداد سنج‌ها) حداقل حجم نمونه برابر با هر گروه ۱۲ نفر برآورد شد. برای ۱۲ مادر در گروه آزمایش برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه اجرا شد و ۱۲ مادر در لیست انتظار قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن کودک در محدوده سنی ۴ تا ۹ سال، زندگی کردن به همراه همسر، داشتن مدرک حداقل دیپلم برای مادر. ملاک‌های خروج وجود بیماری‌های روانپزشکی و استفاده از داروهای روانشناختی در مادر و یا کودک، وجود بیماری طبی مزمن در مادر و یا کودک. غیبت در جلسات آموزشی بیش از دو جلسه، بودن در وضعیت متارکه و طلاق و دریافت خدمات روانشناختی همزمان با پژوهش بودند.

^۱ G*Power

ابزارها

۱. **فرم کوتاه شاخص استرس والدگری آبیدين (PSI-SF):** شاخص استرس والدگری توسط آبیدين در سال ۱۹۹۰ طراحی شد و این پرسشنامه نسخه کوتاهی از شاخص اصلی استرس والدگری است که سه منبع اصلی استرس را در والدین می‌سنجد و شامل زیرمقیاس‌های آشفتگی والدین، کودک دشوار و تعامل‌های ناکارآمد^۴ است. هر زیرمقیاس ۱۲ ماده و در مجموع شامل ۳۶ پرسش است و در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. آبیدين (۱۹۹۵) ثبات درونی (آلفای کرونباخ) برای استرس کلی، زیرمقیاس آشفتگی والدگری، تعامل‌های ناکارآمد و کودک دشوار را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۰، ۰/۸۵ و اعتبار باز آزمایی را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۶۸، ۰/۷۸ بیان کرد. در ایران فدایی، دهقانی، طهماسیان و فراهادی (۱۳۸۹) ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه شاخص استرس والدگری را بررسی کردند. نتایج آلفای کرونباخ نمره کل استرس والدگری ۰/۹۰ و زیرمقیاس آشفتگی والدین ۰/۸۰، تعامل ناکارآمد ۰/۸۴ و کودک دشوار ۰/۸۰ را بدست آوردند. ضریب اعتبار باز آزمایی، ۰/۷۵ برای کل استرس والدگری، ۰/۸۲ برای آشفتگی والدین، ۰/۷۳ برای تعامل ناکارآمد و ۰/۷۱ برای کودک دشوار بود و روایی همگرا، روایی سازه و روایی محتوایی را نیز رضایت بخش گزارش کردند.

۲. **مقیاس رابطه‌ی والد-کودک^۵ پینتا (PCRS):** این مقیاس نخستین بار در سال ۱۹۹۲ توسط پینتا ساخته شد و دارای ۳۳ گویه است. این مقیاس شامل زیرمقیاس تعارض، نزدیکی، وابستگی است. نمره‌گذاری پرسشنامه مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است که از ۱ (قطعاً صدق می‌کند) تا ۵ (قطعاً صدق نمی‌کند) تنظیم شده است. دریکسول و پینتا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه‌ی مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹، ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی (۱۳۸۸) آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مذکور را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۰ گزارش کردند و روایی محتوایی را بدست آوردند.

۳. **پرسشنامه رفتاری کودک آبرگ:** این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال است و در سال ۱۹۷۸ توسط آبرگ و راس طراحی شده است. دارای دو مقیاس شدت^۷ و مشکل^۸ است و با هدف

^۱ Parenting Stress Index- Short Form (PSI-SF)

^۲ Parental Distress (PD)

^۳ Difficult Child (DC)

^۴ Parent-child Dysfunctional Interaction (P-CDI)

^۵ Parent-Child Relationship Scale (PCRS)

^۶ Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

^۷ Intensity Scale

^۸ Problem Scale

سنجش مشکلات رفتاری و ایزدایی رایج میان کودکان و نوجوانان ساخته شده است. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرتی و ۵ امتیازی است که همیشه نمره ۵، غالباً نمره ۴، گاهی نمره ۳، به ندرت نمره ۲ و هرگز نمره ۱ می‌گیرد. همچنین از والدین سؤال می‌شود که رفتار کودک مشکلی را ایجاد کرده است یا خیر. بله نمره ۱ و خیر نمره ۰ می‌گیرد. از مجموع رفتارها مؤلفه شدت و از مجموع پاسخ بله-خیر مؤلفه مشکل بدست می‌آید. در مطالعه کانرز، ادواردز و گرانت (۲۰۰۷) ضریب آلفای مؤلفه شدت ۰/۹۵ و مؤلفه مشکل ۰/۹۱ به دست آمده است و روایی ملاک محاسبه شده قابل قبول گزارش شده است. در ایران در پژوهشی که حاجی سیدرضی، ازخوش، طهماسبیان، بیات و بیگلریان (۱۳۹۱) انجام دادند، روایی پس از بررسی پنج استاد روانشناسی قابل قبول گزارش شد و اعتبار بازآزمایی برای شدت ۰/۷۴ و برای مشکل ۰/۵۸ بود و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس شدت و مشکل ۰/۹۳ و ۰/۹۲ محاسبه شد.

برنامه‌مداخلاتی استفاده شده در پژوهش: به منظور اجرای برنامه فرزندپروری ترکیبی از جلسات آموزش مدیریت والدین بر اساس مدل سندرز (۲۰۰۰) با نام "برنامه فرزندپروری مثبت" و فرزندپروری ذهن آگاهانه براساس مدل بوگلز و رستیفو (۲۰۱۳) از کتاب فرزندپروری ذهن آگاهانه؛ راهنمایی برای متخصصان سلامت روان استفاده شده است.

محتوای جلسات مداخله‌ای ترکیبی مبتنی بر آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه

جلسه	صورت جلسه
اول	توضیح اصول فرزندپروری ذهن آگاهانه و گفت و گو درباره تاثیر استرس فرزندپروری بر روی والدین و روابط آنها با کودک. مثال‌هایی از موقعیت‌هایی که والدین دچار استرس والدگری می‌شوند و در نتیجه والد با کودک برخورد ناصحیح می‌کند. تفاوت حالت بودن و حالت انجام و توضیح معایب حالت انجام که موجب استرس والدگری می‌شود. آموزش مهارت صحبت کردن و گوش دادن ذهن آگاهانه و تمرین گروهی این آموزش، تمرین خوردن ذهن آگاهانه یک کشمش، توضیح منطق تعامل مثبت. تهیه لیست بازی.
دوم	توضیح نحوه عمل واکنش جنگ، گریز و میخکوب شدن و مسیر کوتاه مغزی که چگونه در تعامل والد و کودک اختلال ایجاد می‌کند، تمرین بررسی بدن ^۲ و بودن با احساسات قوی. تمرین دیدن ذهن آگاهانه با هدف اینکه والدین از فرآیندهای خودکار آگاه شوند. پخش ویدئو گوریل در وسط برای

^۱ Positive Parenting Program (Triple-P)

Mindful Parenting: A Guide for Mental Health Practitioners

^۳ Body scan

نشان دادن این موضوع که چگونه گاهی اوقات آنچه را که در پیش روی ماست به معنی واقعی کلمه نمی‌بینیم. ارائه منطق محبت فیزیکی و جسمانی و تهیه لیست محبت‌های فیزیکی.

سوم

تمرین استرس صبح از زاویه یک دوست و تمرین آوردن مهربانی به سمت خودمان به جهت افزایش شفقت مادران نسبت به خود، در ادامه اجرای تمرین قدردانی و شفقت به خود انجام می‌شود، آموزش سه دقیقه فضای تنفسی به والد. نحوه ارتباط کلامی و همدلی با کودک آموزش داده می‌شود. در این بین خطاهایی که والدین دارند نیز اصلاح می‌شود و ارتباط کلامی صحیح تمرین می‌شود.

چهارم

پاسخ دادن به جای واکنش دادن به کودک تمرین می‌شود و نقش افکار در فاجعه بار کردن امور فرزندپروری به والدین نشان داده می‌شود، مواردی که ما فکر را اضافه کرده‌ایم و خود را بدبخت‌تر از آنچه که در حال حاضر هستیم، دیده ایم. مراقبه^۱ صداها و افکار اجرا می‌شود. صحبت درباره تمایل به کنار زدن و حذف چیزهای ناخوشایند و اینکه چگونه این تمایل می‌تواند منجر به بدتر شدن شرایط شود. اصول صحیح تشویق کودک با ارائه مثال از خود والدین آموزش داده می‌شود و در گروه لیست تحسین نوشته می‌شود.

پنجم

توضیح الگوهای ناکارآمد بین نسلی و حالت‌های طحورهای^۲ که چگونه موجب می‌شوند والدین فرزندپروری واکنشی داشته باشند و اینکه چگونه والدین بدون اینکه بخواهند به اولین تجرب خود باز می‌گردند و به همان شیوه‌ای که بزرگ شدند به کودک خود واکنش نشان می‌دهند. محرک‌ها و حالات کودک درون و والد درونی شده توضیح داده می‌شود. تمرین "نگهداری از هیجانات" اجرا شده تا والدین بتوانند جلوی این حالت‌های طحورهای را بگیرند. اصول صحیح دست‌ور دادن به کودک آموزش داده می‌شود.

ششم

واکنش‌های اشتباهی که والدین در هنگام تعارض با کودک دارند بررسی می‌شوند و علت نادرست بودن آن‌ها شرح داده می‌شود. بازسازی صحیح رابطه والد و کودک آموزش داده می‌شود. تمرین دیدگاه‌گیری^۳ و ترمیم رابطه نیز به همین جهت اجرا می‌شود. تمرین راه رفتن ذهن آگاهانه و یک روز ذهن آگاهانه ارائه می‌شود. پیامد منطقی رفتار و اینکه چگونه باید کودک را با پیامد اعمالش مواجه کنیم آموزش داده می‌شود تا والدین روشی صحیح را برای توانا ساختن کودکان در پایبندی به قانون و محدودیت‌ها بیاموزند.

هفتم

انجام "مراقبه مهربانی" تا والدین بتوانند نسبت به همه موجودات مهربان و مشفق باشند از جمله نسبت به خود و فرزندشان. کمک به پذیرش در والدین، زیرا برای والدین پذیرش فرزندانشان همانطور که هستند همیشه آسان نیست. تمرین محدودیت و نحوه‌ای که والدین برای کودک خود محدودیت ایجاد می‌کنند بررسی می‌شود. آموزش قواعد نحوه استفاده از جدول رفتاری. لیستی از رفتارهایی که می‌توان به کمک جدول رفتاری در کودک افزایش داد در جلسه تهیه می‌شود.

¹ Meditation

² schema modes

³ Perspective taking

هشتم جمع بندی فرزندپروری ذهن آگاهانه و بررسی پیشنهادهای برای فرزندپروری ذهن آگاهانه روزانه. انجام تمرین قدردانی. از مادران خواسته می شود برنامه مراقبه خود را برای هفته های بعد بنویسند. آموزش اصول و نحوه اجرا نادیده گرفتن و محروم سازی برای رفتارهای منفی کودکان. معرفی کتاب ها و یا آموزش هایی که می تواند برای والدین مفید باشد. پاسخ دادن به سوالات و اشکالات والدین. توضیح درباره جلسه پیگیری.

شیوه اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوز و اعلان برگزاری دوره های فرزندپروری برای داوطلبین جلسه توجیهی برگزار شد و از داوطلبین پیش آزمون گرفته شد. ۲۶ مادر انتخاب شدند و به تصادف به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در پژوهش دو نفر افت آزمودنی وجود داشت که ۲۴ نفر باقی مانده نمونه نهایی را تشکیل دادند. آموزش دو ماه به طول انجامید. جلسات در آذر و دی ماه سال ۱۴۰۰ در پیش دبستانی نیکان شهر سمنان انجام شد. بعد از اتمام جلسات پس آزمون و سپس پیگیری سه ماهه از هر دو گروه گرفته شد. از آنجایی که گروه کنترل در لیست انتظار وجود داشت بعد از اتمام دوره پیگیری، برنامه ترکیبی آموزش فرزندپروری برای این گروه اجرا شد. برای تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS ورژن ۲۳ از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی مادران، ۳۵/۸۱ سال بود. میزان تحصیلات مادران دیپلم (۸/۳ درصد)، کارشناسی (۵۸/۳ درصد)، کارشناسی ارشد (۳۰/۶) و دکتری (۲/۸ درصد) بود. ۶۱/۱ درصد مادران شاغل و ۳۸/۹ درصد مادران خانه دار بودند. میانگین سن کودکان ۵/۸۹ بود. به لحاظ تعداد فرزندان ۵۵/۶ درصد مادران دارای یک فرزند و ۴۱/۷ درصد مادران دارای دو فرزند بودند و تنها ۲/۸ درصد آن ها دارای سه فرزند بودند.

جدول ۱. شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و نوع آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
استرس والدینی	میانگین	۱۱۷/۴۲	۱۱۳/۶۷	۷۸/۰۰	۱۱۲/۲۵	۷۶/۵۸	۱۱۲/۰۸
انحراف معیار		۸/۵۸	۱۱/۱۳	۱۱/۴۰	۱۰/۹۲	۱۱/۴۷	۱۰/۳۶

۸۷/۰۸	۱۱۴/۸۳	۸۸/۵۸	۱۱۳/۸۳	۸۹/۳۳	۸۳/۷۵	میانگین	رابطه والد و کودک
۹/۷۴	۱۳/۱۹	۱۰/۷۶	۱۱/۱۵	۱۲/۳۳	۹/۱۶	انحراف	
معیار							
۱۰۸/۵۸	۸۲/۴۲	۱۰۸/۰۰	۸۶/۰۰	۱۰۸/۸۳	۱۱۷/۵۸	میانگین	مشکلات برونی
۱۳/۶۲۱	۷/۰۷۷	۱۴/۱۹۳	۷/۶۵۲	۱۲/۸۸۳	۸/۱۸۵	انحراف	سازی شده کودک
معیار							

جدول ۱ نمرات میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش در متغیر استرس والدینی و مشکلات برونی‌سازی شده کودک در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است که تغییرات در مرحله پیگیری چشمگیر نیست. همچنین در متغیر رابطه والد و کودک میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. برای تحلیل داده‌ها و بررسی معناداری این میزان تفاوت مشاهده شده بین میانگین گروه‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره^۱ استفاده شد، به گونه‌ای که نمرات پیش آزمون متغیرهای پژوهش به عنوان متغیرهای کمکی (کووریت) استفاده شدند تا اثر پیش آزمون کنترل شود.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره پیش فرض‌های لازم برای این آزمون مورد بررسی قرار گرفته است. پیش فرض نرمال بودن داده‌ها در هر گروه توسط آزمون شاپیرو و ویلک مورد بررسی قرار گرفت. در این آزمون سطح معناداری تمام متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل ($P > 0.05$) بود و فرض نرمال بودن داده‌ها تایید شد. همچنین پیش فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس توسط آزمون ام باکس بررسی شد. این پیش فرض فقط در متغیر رابطه والد و کودک ($F = 0.573, P = 0.752, M = 4.042$ باکس) مورد تایید قرار گرفت. از آزمون لون جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته استفاده شد. به جز زیرمقیاس پریشانی والدین در پس آزمون و زیرمقیاس تعارض در پیگیری که در آن ($P < 0.05$) است، در سایر متغیرهای وابسته فرض همگنی واریانس‌های خطا در مراحل پس آزمون و پیگیری تایید می‌شود. نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد پیش فرض همگنی کواریانس (بدین معنی که همبستگی‌ها در تمامی سطوح متغیرها یکسان باشد) در متغیر استرس والدینی ($P = 0.60$) در مرحله پیگیری و در متغیر رابطه والد و کودک ($P = 0.220$) در مرحله پس آزمون و در متغیر مشکلات برونی‌سازی شده کودک ($P = 0.399$) در مرحله پس آزمون تایید می‌شود. با توجه به اینکه ام باکس و کرویت بارتلت در همه‌ی متغیرها تایید نشد از آزمون اثر پیلای استفاده شد.

^۱ Moncova

جدول ۲. آزمون اثر پیلای به منظور مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهشی

متغیر	مرحله	مقدار	F	معناداری	اتا	توان
استرس والدینی	پس آزمون	۰/۹۳۱	۸۶/۱۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۱	۱/۰۰۰
	پیگیری	۰/۹۲۳	۷۵/۴۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۳	۱/۰۰۰
رابطه والد و کودک	پس آزمون	۰/۸۷۵	۴۴/۴۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۵	۱/۰۰۰
	پیگیری	۰/۸۵۵	۳۷/۴۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۵	۱/۰۰۰
مشکلات برونی سازی شده کودک	پس آزمون	۰/۸۳۹	۵۲/۱۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰۰
	پیگیری	۰/۰۱۵	۰/۳۲۹	۰/۵۷۳	۰/۰۱۵	۰/۰۸۵

با توجه به مقدار F و سطح معناداری آن ($p < ۰/۰۵$) نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین گروه‌های مورد بررسی در مرحله پس آزمون در متغیرهای استرس والدینی، رابطه والد- کودک و مشکلات برون‌سازی شده کودک تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری در متغیرهای استرس والدینی و رابطه والد- کودک بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد اما در متغیر مشکلات برون‌سازی شده کودک بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه اثربخشی برنامه ترکیبی بر متغیرهای وابسته و مؤلفه‌های آن‌ها در مرحله پس آزمون / پیگیری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	F	سطح معناداری	نسبت مجذور اتا	توان مشاهده	اختلاف میانگین
پریشانی والدین	۹۷۷/۸۸۶	۱	۳۱/۷۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۲	۱/۰۰۰	-۱۳/۰۱۲
تعامل ناکارآمد	۱۳۲۴/۵۳۲	۱	۱۰۲/۵۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۰	۱/۰۰۰	-۱۵/۱۴۳
کودک دشوار	۵۱۸/۴۶۹	۱	۲۹/۷۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۷	۰/۹۹۹	-۹/۴۷۴
نزدیکی	۸۷۴/۶۶۷	۱	۶۶/۸۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۱	۱/۰۰۰	۱۳/۵۰۱
تعارض	۳۱۰/۸۲۴۲	۱	۷۸/۵۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۹	۱/۰۰۰	۱۹/۴۰۸
وایستگی	۲۲/۰۰۴	۱	۱/۶۵۰	۰/۲۱۳	۰/۰۷۳	۰/۲۳۲	-۱/۹۸۳
مشکل	۲۵۹۸/۶۸۵	۱	۹۵/۴۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۰	۱/۰۰۰	-۲۲/۶۰۰
شدت	۲۵۰/۸۲۹	۱	۱۶/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۰/۹۷۵	-۷/۰۲۱
پریشانی والدین	۱۲۷۲/۳۸۵	۱	۷۲/۳۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۵	۱/۰۰۰	-۱۴/۸۴۲
تعامل ناکارآمد	۱۴۷۵/۳۶۴	۱	۱۶۲/۱۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۵	۱/۰۰۰	-۱۵/۹۸۲
کودک دشوار	۳۶۴/۷۶۷	۱	۲۲/۴۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۶	۰/۹۹۵	-۷/۹۴۷
نزدیکی	۶۹۱/۸۴۱	۱	۵۸/۹۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۷	۱/۰۰۰	۱۱/۱۱۸
تعارض	۲۴۶۴/۵۴۰	۱	۱۰۲/۷۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۰	۱/۰۰۰	۲۰/۹۸۲
وایستگی	۰/۶۶۹	۱	۰/۰۸۳	۰/۷۷۶	۰/۰۰۴	۰/۰۵۹	۰/۳۴۶
مشکل	۳/۳۷۹	۱	۰/۳۲۹	۰/۵۷۳	۰/۰۱۵	۰/۰۸۵	-۱/۲۰۷
شدت	۳/۳۷۹	۱	۰/۳۲۹	۰/۵۷۳	۰/۰۱۵	۰/۰۸۵	۱/۲۰۷

براساس اطلاعات جدول ۳ در مرحله پس آزمون با توجه به مقدار F و سطح معناداری آن مشاهده می‌شود که بین گروه آزمایشی دریافت کننده برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه با گروه کنترل در متغیرهای وابسته پریشانی والدین، تعامل ناکارآمد، کودک دشوار، نزدیکی، تعارض، مشکل و شدت تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). تنها در زیرمقیاس وابستگی مشاهده می‌شود که این تفاوت معنادار نیست. همچنین در مرحله پیگیری با توجه به مقدار F و سطح معناداری آن مشاهده می‌شود که بین گروه آزمایش با گروه کنترل در متغیرهای پریشانی والدین، تعامل‌های ناکارآمد، کودک دشوار، نزدیکی و تعارض تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). اما در متغیرهای وابستگی، مشکل و شدت تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه بر استرس والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات برونی‌سازی‌شده کودک انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد این برنامه ترکیبی بر کاهش استرس والدگری و مشکلات برونی‌سازی‌شده کودک مؤثر است و موجب کاهش تعارضات بین والد و کودک و بهبود رابطه آن‌ها می‌شود اما در میزان وابستگی بین والد و کودک تغییری ایجاد نمی‌کند. به علاوه تاثیرات این مداخله پس از گذشت سه ماه در کاهش استرس والدگری و همچنین کاهش تعارض والد و کودک و بهبود رابطه آن‌ها پایدار ماند اما کاهش مشکلات برونی‌سازی‌شده که در مرحله پس آزمون مشاهده شده بود در مرحله پیگیری بعد از سه ماه پایدار نماند.

پژوهشی به صورت اختصاصی تاثیر این برنامه ترکیبی را بر متغیرهای مذکور بررسی نکرده است. اما هر یک از این برنامه‌های فرزندپروری به تنهایی نتایج مثبتی از اثربخشی را نشان داده‌اند. برای مثال بسیاری از متاآنالیزها اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین را در کاهش پرخاشگری و مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان نشان داده‌اند (مایکلسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ هلندر و همکاران، ۲۰۲۲) همچنین نشان داده‌شده است که برنامه آموزش مدیریت والدین منجر به کاهش استرس و اضطراب در مادران می‌شود و از طرفی بر بهبود رابطه والد و کودک تاثیر گذار است (هلندر، ۲۰۲۱؛ فورگاچ و پترسون، ۲۰۱۰). همچنین همسو با نتیجه پژوهش حاضر، دیگر پژوهشگران دریافتند با مداخله در شیوه فرزندپروری به صورت آموزش مدیریت والدین، می‌توان مهارت‌های والدین و همچنین تعامل والد-کودک را بهبود بخشید (سندرز، کربی، تلگن، دی، ۲۰۱۴).

اگرچه فرزندپروری ذهن آگاهانه یک سازه نسبتاً جدید است و پژوهش‌های اندکی در خصوص تاثیرات این آموزش بر رشد کودکان وجود دارد اما با این حال نتیجه پژوهش حاضر همسو با

پژوهش‌هایی است که در این حوزه تاکنون انجام شده است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فرزندپروری ذهن آگاهانه نتایج مثبتی بر رابطه والد-کودک داشته است (لیپولد، دانکن، کتسورث، نیکس و گرینبرگ، ۲۰۱۵) و استرس والدگری را در مادران کاهش داده است (آناند و همکاران، ۲۰۲۱؛ چاپلین و همکاران ۲۰۲۱؛ محمدی، طهماسیان، قنبری، فتح آبادی، ۱۳۹۷). همچنین باعث کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودک می‌شود (یانگ، دنگ و وانگ، ۲۰۲۱؛ امرسون، آکتر، دی بروین، پوتارست و بوگلز، ۲۰۲۱).

در مطالعه ای دیگر به وسیله کورثن (۲۰۱۸) نشان داده شد که مداخلات فرزندپروری ذهن آگاهانه، ذهن آگاهی والدین را افزایش می‌دهد و استرس والدگری را در مادران دارای کودک پیش از دبستان کاهش می‌دهد. بوگلز، لهتونن و رستیفو (۲۰۱۰) همچنین اشاره کردند که فرزندپروری ذهن آگاهانه به صورت مثبتی بر روی تعاملات والد-کودک اثر می‌گذارد. در واقع این تاثیرگذاری از طریق مکانیزم کاهش استرس والدگری است. نتایج کومالاساری و فورینالیستی‌اواتی (۲۰۲۰) نشان داد که فرزندپروری ذهن آگاهانه نقش برجسته‌ای در سطح پایین استرس والدگری در مادران با کودکان کم سن دارد.

برای اولین بار باقری، طهماسیان و مظاهری (۱۳۹۷) در پژوهشی از این برنامه ترکیبی استفاده کردند، آن‌ها اثر بخشی برنامه ترکیبی والدگری ذهن آگاهانه و آموزش مدیریت والدین را بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی کودکان بررسی کردند و دریافتند برنامه ترکیبی در بالابردن نمرات بهزیستی روان‌شناختی کودکان نسبت به برنامه آموزش مدیریت والدین مؤثرتر بوده است. برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن آگاهانه از طریق چند سازوکار توانسته این نتایج را حاصل کند؛ در این مداخله با تمایز گذاشتن بین "حالت بودن" و "حالت انجام" و تکرار تمرینات بودن در لحظه و همچنین درک مسائل کودک بدون قضاوت، به والد امکان داده شد از فرزندپروری خودکار خود خارج شوند و قادر به کنترل سطح تنش خود در زمان‌های پرچالش فرزندپروری شوند. این تمرینات نه تنها این فرصت را برای والدین ایجاد می‌کرد که رفتار کودک را بدون پیش‌داوری و اصرار به تغییر ببینند بلکه به آن‌ها کمک می‌کرد تا با دیدن مشکلات از منظر کودک، نگاهی همدلانه به رفتار او داشته باشند (بوگلز و رستیفو، ۲۰۱۳).

تمرین دیدن ذهن آگاهانه به همراه تحسین و توجه مثبت به والدین کمک کرد تا خصوصیات مثبت کودک و یا وجوه مثبت تعامل با او را ببیند، مواردی که سال‌ها به خاطر مشکلات ارتباطی میان والد و کودک از دیدشان دور مانده بود و با توجه به تحسین شدن کودک رفتارهای مثبت او افزایش یافت (هلندر و همکاران، ۲۰۲۲).

در این برنامه ترکیبی، والدین با شناخت آثار سوء واکنش جنگ-گریز و میخکوب شدن^۱ در تعاملات والد-فرزند، راهکارهایی را برای دوری از این واکنش کسب می‌کنند در نتیجه والدین می‌توانند از پاسخ خودکار خود به کودک جلوگیری کنند و در آن لحظه تصمیم بهتری بگیرند؛ تصمیماتی که عاقلانه‌تر هستند. در این تمرینات به والدین کمک می‌شود تا هر زمان احساس ناراحتی یا هر هیجان شدیدی را داشتند بتوانند این احساسات را تجربه کنند و در نهایت قابلیت کنار آمدن با احساسات در والد تقویت شود (بوگلز و رستیفو، ۲۰۱۳). در نتیجه سطح تنش والد کم می‌شود و انعطاف پذیری شناختی^۲ آو افزایش می‌یابد (سعادت، یوسفی و گل‌پرور، ۱۳۹۹). زمانی که والد بتواند در بحران‌ها خود را مسلط ببیند و از نظر هیجانی بهم نریزد در امور مرتبط با فرزندپروری احساس اثرمندی و کارآمدی بیشتری می‌کند (ماه، موری، لاک و کاربرت، ۲۰۲۰). یکی از دلایلی که والدین علی‌رغم میل خود با کودک بدرفتاری می‌کنند تجارب منفی دوران کودکی خود والد است. بدون اینکه کامل متوجه شده باشیم همانطور که پدران و مادرانمان با ما به عنوان فرزند رفتار کرده‌اند، با وجود نیت‌های خوبی که برای فرزندمان داریم، می‌بینیم که خودمان هم همان کار را می‌کنیم. در این برنامه ترکیبی با خنثی کردن اثر طرحواره‌ها، والدین قادر به عدم تکرار الگوهای قدیمی فرزندپروری می‌شوند (بوگلز و رستیفو، ۲۰۱۳).

بنابراین فرزندپروری ذهن‌آگاهانه دربردارنده مؤلفه‌های شناختی و هیجانی است که عمده تمرکز آن بر روی آگاهی والدین از هیجان‌ها و عکس العمل‌های خود است و آموزش مدیریت والدین دارای مؤلفه‌های رفتاری است که بر اصلاح رفتار کودکان تاکید دارد. بنابراین هر یک از روش‌های مداخلاتی بیان شده به تنهایی مزایایی دارد که ترکیب آن‌ها باعث اثربخشی بر متغیرهای پژوهشی شده است. با توجه به یافته‌ها و تبیین‌های این پژوهش و بررسی آثار پژوهشی در این زمینه می‌توان به این نتیجه رسید که برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری ذهن‌آگاهانه مداخله‌ای مؤثر و نویدبخش برای روانشناسان با هدف کاهش استرس والدگری و بهبود ارتباط والد و کودک است. از این مداخله می‌توان در کارگاه‌های آموزشی یا جلسات مشاوره با والدین برای بهبود عملکرد والدین استفاده کرد.

از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر این بود که برنامه فرزندپروری فقط به مادران ارائه شده است و اثربخشی این آموزش بر پدران پرداخته نشده است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی پدران نیز شامل شوند. به دلیل پژوهش‌های اندکی که در این حوزه وجود دارد، توصیه می‌شود این برنامه ترکیبی بر روی والدینی که دارای کودکانی با اختلالات بالینی هستند اجرا شود و یا سایر متغیرهای مهم خانواده و والد و کودک مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با دوره‌های

^۱ Fight-flight-freeze reaction^۲ Cognitive Flexibility

پیگیری طولانی‌تر ماندگاری آموزش‌ها بررسی شود و همچنین مقایسه اثربخشی این برنامه ترکیبی با دیگر برنامه‌های فرزندپروری به روانشناسان و متخصصان برای انتخاب مداخله اثربخش‌تر کمک می‌کند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی رازداری و محرمانه بودن اطلاعات مادران رعایت شد. مادران با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند و مداخله هیچ نوع آسیبی برای شرکت کنندگان نداشت. این پژوهش با کد اخلاق IRCT20211006052688N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران و کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.191 در دانشگاه علوم پزشکی سمنان مصوب گردیده است.

سپاسگزاری

از همه مادران شرکت کننده در پژوهش و مدیر دبستان نیکان که امکان انجام این پژوهش را میسر کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه سمنان است. گردآوری پیشینه پژوهش، اجراء و انجام مداخله بر روی شرکت کنندگان، تحلیل داده‌ها، نوشتن نسخه اولیه مقاله توسط نویسنده اول انجام شده است. نویسنده دوم و سوم وظیفه نظارت بر اجراء پژوهش، مشورت و راهنمایی در تمام مراحل پژوهش، تحلیل داده‌ها و ویرایش مقاله را برعهده داشتند.

تعارض منافع

بنابر 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 رشد روانی-اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر-کودک" بر خوداثربندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۳(۳)، ۴۹-۵۸. [پیوند]

باقری، محبوبه، طهماسیان، کارینه، و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه ترکیبی والدگری ذهن آگاهانه و آموزش مدیریت والدین بر بهزیستی روانشناختی و شادکامی کودکان. *مطالعات روانشناسی بالینی*. سال هشتم، شماره ۳۰. ۱-۲۶. [پیوند]

سعادت، نادره، یوسفی، زهرا، و گل‌پرور، محسن. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه‌ی آموزش نظامدار فرزندپروری کارآمد بر استرس والدگری، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مادران پسران نوجوان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، دوره ۱۴، شماره ۲ (۵۴)، تابستان ۱۳۹۹، ۷۷-۱۰۰. [پیوند]

حاجی سید رضی، حمیده، ازخوش، منوچهر، طهماسیان، کارینه، بیات، مریم و بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۱). معناداری اثربخشی آموزش والدین کودکان نافرمان بر روش‌های فرزندپروری مادران و

مشکلات رفتاری کودکان. *خانواده پژوهی*. دوره ۸ (۴)، ۳۷۳-۳۹۰. [پیوند]

فدایی، زهرا، دهقانی، محسن، طهماسیان، کارینه، و فرهادی، فاطمه. (۱۳۸۹) بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه - شاخص استرس فرزند پروری (PSI-SF) مادران کودکان عادی ۱۲-۷

سال. *نشریه تحقیقات علوم رفتاری*. دوره ۸، شماره ۲، ۸۱-۹۱. [پیوند]

محمدی، مریم، طهماسیان، کارینه، قنبری، سعید، و فتح آبادی، جلیل. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه والدگری ذهن آگاهانه بر تنیدگی والدگری و خودکارآمدی والدینی در مادران نوجوانان با تعارض بالا.

روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. دوره ۱۴، شماره ۵۶، ۴۱۹-۴۳۳. [پیوند]

یونسی سینکی، ملیحه، و دولتشاهی، بهروز. (۱۳۹۸). پیش بینی مشکلات رفتاری کودکان بر مبنای سبک‌های والدگری، ابرازگری هیجان، کنترل هیجان و دوسوگرایی در ابراز هیجان مادران. *فصلنامه*

روان شناسی کاربردی. دوره ۱۳، شماره ۱ (۴۹)، بهار ۱۳۹۸، ۳۱-۷. [پیوند]

Abidin RR. Parenting stress index. Professional Manual . Odessa, Florida: *Psychological Assessment Resources*; 1995. [link]

Anand, L., Sadowski, I., Per, M., & Khoury, B. (2021). Mindful parenting: A meta-analytic review of intrapersonal and interpersonal parental outcomes. *Current Psychology*, 1-17. [link]

Bögels S. Restifo K. Mindful parenting: A guide for mental health practitioners 2013: Springer. [link]

Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120. [link]

Coatsworth, J. D., Timpe, Z., Nix, R. L., Duncan, L. G., & Greenberg, M. T. (2018). Changes in mindful parenting: Associations with changes in parenting, parent-youth relationship quality, and youth behavior. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 9(4), 511-529. doi: 10.1086/701148. [link]

Connors, N. A., Edwards, M. C., & Grant, A. S. (2007). An evaluation of a Parenting class curriculum for parents of young children: parenting the strong-willed child. *Journal of child family studies*, 16, 321-330. DOI 10.1007/s10826-006-9088-z. [link]

- Corthorn, C. (2018). Benefits of mindfulness for parenting in mothers of preschoolers in Chile. *Frontiers in psychology*, 9, 1443. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01443>. [link]
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (p. 243–267). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. [link]
- Cronin, S., Becher, E.H., Christians, K.S., Maher M., & Dibb, S. (2015). Parents and stress: Understanding experiences, context and responses. University of Minnesota: *Children's Mental Health Review*. [link]
- Chaplin, T. M., Turpyn, C. C., Fischer, S., Martelli, A. M., Ross, C. E., Leichtweis, R. N., ... & Sinha, R. (2021). Parenting-focused mindfulness intervention reduces stress and improves parenting in highly stressed mothers of adolescents. *Mindfulness*, 12(2), 450-462. [link]
- Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011). Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*, (7) [link]
- Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 7(2), 113-116. [link]
- Emerson, L. M., Aktar, E., de Bruin, E., Potharst, E., & Bögels, S. (2021). Mindful parenting in secondary child mental health: key parenting predictors of treatment effects. *Mindfulness*, 12(2), 532-542. [link]
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training—Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, 2, 159-178. [link]
- Gao, M. (M.), & Cummings, E. M. (2019). Understanding parent–child relationship as a developmental process: Fluctuations across days and changes over years. *Developmental Psychology*, 55(5), 1046–1058. [link]
- Garriga, A., Martínez-Lucena, J., & Moreno, A. (2019). Parents' relationship quality and children's externalizing problems: The moderating role of mother–child relations and family socio-demographic background. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(2), 137-154. [link]
- Helander, M. (2021). Effects of child CBT and parent management training for children with disruptive behavioral disorders. *Karolinska Institutet* (Sweden). [link]
- Helander, M., Asperholm, M., Wetterborg, D., Öst, L. G., Hellner, C., Herlitz, A., & Enebrink, P. (2022). The Efficacy of Parent Management Training With or Without Involving the Child in the Treatment Among

- Children with Clinical Levels of Disruptive Behavior: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-18. [\[link\]](#)
- Jones, J. H., Call, T. A., Wolford, S. N., & McWey, L. M. (2021). Parental stress and child outcomes: The mediating role of family conflict. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 746-756. [\[link\]](#)
- Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(4), 477-499. [\[link\]](#)
- Kochanova, K., Pittman, L. D., & McNeela, L. (2022). Parenting stress and child externalizing and internalizing problems among low-income families: Exploring transactional associations. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(1), 76-88. [\[link\]](#)
- Kumalasari, D., & Fourianalistyawati, E. (2020). THE ROLE OF MINDFUL PARENTING TO THE PARENTING STRESS IN MOTHERS WITH CHILDREN AT EARLY AGE. *Jurnal Psikologi*, 19(2), 135-142. [\[link\]](#)
- Lippold, M. A., Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., Nix, R. L., & Greenberg, M. T. (2015). Understanding how mindful parenting may be linked to mother-adolescent communication. *Journal of youth and adolescence*, 44(9), 1663-1673. [\[link\]](#)
- Liu, S. (2012). Adding emotion-regulation techniques into the Barkley's behavioral parent training pro-gram for parents of school-aged children with ADHD. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'ad-olescence*, 60(5), S196. [\[link\]](#)
- Mah, J. W., Murray, C., Locke, J., & Carbert, N. (2020). Mindfulness-Enhanced Behavioral Parent Training for Clinic-Referred Families of Children with ADHD: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*. [\[link\]](#)
- Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: A trans diagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 173-186. [\[link\]](#)
- Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the 'real world?' A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 18-34. [\[link\]](#)
- Nystrand, C., Helander, M., Enebrink, P., Feldman, I., & Sampaio, F. (2021). Adding the Coping Power Programme to parent management training: The

- cost-effectiveness of stacking interventions for children with disruptive behaviour disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(10), 1603-1614. [\[link\]](#)
- Pianta, R. C. (1992). Child-parent relationship scale. Unpublished measure, University of Virginia, 11, 39-41. [\[link\]](#)
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 624. [\[link\]](#)
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4), 337-357. [\[link\]](#)
- Thongseiratch, T., Leijten, P., & Melendez-Torres, G. J. (2020). Online parent programs for children's behavioral problems: a meta-analytic review. *European child & adolescent psychiatry*, 1-14. [\[link\]](#)
- Yang, W., Deng, J., & Wang, Y. (2021). The association between mindful parenting and adolescent internalizing and externalizing problems: The role of mother-child communication. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-10. [\[link\]](#)
- Zarina, A. L., Radhiyah, R., Hamidah, A., Zakaria, S. Z. S., & Jamal, R. (2012). Parenting stress in childhood leukaemia. *Medicine & Health*, 7(2), 73-83. [\[link\]](#)
- Zhang W, Wang M, Ying L (2019) Parental mindfulness and preschool children's emotion regulation: the role of mindful parenting and secure parent-child attachment. *Mindfulness* 10(12):2481-2491 [\[link\]](#)

پیوست

مقیاس استرس والدینی

عبارات	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱- اغلب احساس می‌کنم که نمی‌توانم کارها را به خوبی انجام دهم.					
۲- هرگز انتظار نداشتم که بخش عمده‌ی زندگیم برای رفع احتیاجات فرزندم صرف کنم.					
۳- احساس می‌کنم که مسئولیت‌های من به عنوان والد من را در دام خود اسیر کرده است.					

				۴- از وقتی این بچه به دنیا آمده، نتوانسته‌ام کارهای جدید و متفاوت انجام بدهم.
				۵- از وقتی که بچه دار شده‌ام، احساس می‌کنم نتوانستم کار موردعلاقه‌ام را انجام دهم.
				۶- در مورد آخرین لباسی که برای خودم خریده‌ام، احساس ناراحتی می‌کنم.
				۷- چیزهای بسیار زیادی در مورد زندگی‌ام من را نگران می‌کند.
				۸- بچه‌دار شدن، بیش از حد انتظار، مشکلاتی را در روابط با همسر ایجاد کرده است.
				۹- من احساس می‌کنم تنها و بدون دوست هستم.
				۱۰- وقتی به مهمانی می‌روم معمولاً انتظار ندارم که به من خوش بگذرد.
				۱۱- رغبت و توجه من نسبت به دیگران مانند گذشته نیست.
				۱۲- چیزها برایم مانند گذشته لذت بخش نیست.
				۱۳- فرزندم کمتر کارهایی را انجام می‌دهد که بتواند من را خوشحال کند.
				۱۴- گاهی احساس می‌کنم که فرزندم دوست ندارد و دلش نمی‌خواهد که پیش من باشد.
				۱۵- گشاده رویی فرزندم نسبت به من کمتر از آن است که انتظار دارم.
				۱۶- وقتی کاری برای فرزندم انجام می‌دهم ارزش زیادی برای آن قائل نیست.
				۱۷- وقتی فرزندم بازی می‌کند، اغلب لبخند نمی‌زند و یا نمی‌خندد.
				۱۸- به نظر نمی‌رسد فرزندم با همان سرعتی یاد بگیرد که بیشتر بچه‌ها یاد می‌گیرند.
				۱۹- به نظر نمی‌رسد که فرزندم به اندازه بچه‌های دیگر بخندد.
				۲۰- توانایی فرزندم در حد انتظار من نیست.
				۲۱- برای فرزندم بسیار سخت است تا به چیزهای جدید عادت کند.

یک والد بسیار خوبی هستم	بهتر از یک والد متوسط هستم	یک والد متوسط هستم	کسی هستم که برای والد بودن مشکلاتی دارد	یک والد خوب نیستم	۲۲- احساس می‌کنم که من:

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	عبارات
					۲۳- من انتظار داشتم که احساساتم نسبت به فرزندم گرم و صمیمی‌تر از احساس کنونی‌ام باشد و این مسئله من را ناراحت می‌کند.
					۲۴- گاهی فرزندم برای اینکه من را آزار دهد کارهای ناراحت‌کننده‌ای می‌کند.
					۲۵- به نظر می‌رسد که ناراحتی و گریه فرزند من از اغلب بچه‌های دیگر بیشتر است.
					۲۶- وقتی فرزندم از خواب بیدار می‌شود، معمولاً بد خلق است.
					۲۷- احساس می‌کنم که فرزندم بسیار دمدمی است و به آسانی برانگیخته می‌شود.
					۲۸- تعداد بسیار کمی از کارهای فرزندم من را ناراحت می‌کند.
					۲۹- فرزندم وقتی اتفاقی می‌افتد که دوست ندارد، عکس‌العمل شدید نشان می‌دهد.
					۳۰- فرزندم به آسانی در برابر کوچک‌ترین چیزها برافروخته می‌شود.
					۳۱- تنظیم برنامه خواب و غذای فرزندم سخت‌تر از آنی بود که انتظار داشتم.

بسیار آسان‌تر از حد انتظار من است.	کمی آسان‌تر از حد انتظار من است.	تقریباً به اندازه‌ی انتظار من است.	کمی سخت‌تر از حد انتظار من است.	بسیار سخت‌تر از حد انتظار من است.	۳۲- به این نتیجه رسیده‌ام که وادار کردن فرزندم به انجام کاری یا منع کردن از کاری:

۱۰ و بیشتر	۸ تا ۹	۶ تا ۷	۴ تا ۵	۱ تا ۳	
					۳۳- با دقت فکر کنید و تعداد کارهایی را که فرزندان انجام می‌دهد و باعث ناراحتی شما می‌گردد، مشخص کنید. مثلاً اتلاف وقت، گوش ندادن به حرف، گریه کردن، ایجاد مزاحمت، دعوا، نق و ...

عبارات	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۳۴- بعضی از کارهای فرزندم به شدت من را ناراحت می‌کند.					
۳۵- مسائل مربوط به فرزندم بیشتر از آن هستند که انتظار داشتم.					
۳۶- خواسته‌های فرزندم بیشتر از اغلب بچه‌های دیگر است.					

پرسشنامه رابطه والد - کودک پیانتا

عبارات	قطلاً صدق نمی‌کند	تا حدودی صدق نمی‌کند	مطمناً درست نیست	تا حدودی صدق می‌کند	قطلاً صدق می‌کند
۱. من رابطه‌ای گرم و صمیمی با فرزندم دارم.					
۲. به نظر می‌رسد من و فرزندم همیشه در حال درگیری هستیم.					
۳. اگر فرزندم آشفته و نگران باشد با وجود من آرامش پیدا می‌کند.					
۴. فرزندم از نوازش یا لمس کردن خوشش نمی‌آید.					
۵. فرزندم برای ارتباط من و خودش ارزش قائل است.					
۶. وقتی فرزندم را تصحیح می‌کنم به نظر می‌رسد که خجالت می‌کشد.					
۷. وقتی فرزندم به کمک احتیاج دارد کمک من را نمی‌پذیرد.					
۸. وقتی فرزندم را تشویق و تحسین می‌کنم خوشحال می‌شود.					
۹. فرزندم به شدت نسبت به جداسدن از من واکنش نشان می‌دهد.					
۱۰. فرزندم به راحتی مسائل مربوط به خودش را با من در میان می‌گذارد.					
۱۱. فرزندم شدیداً به من وابسته است.					
۱۲. فرزندم خیلی زود از دست من عصبانی می‌شود.					
۱۳. فرزندم سعی می‌کند مرا راضی نگه دارد.					
۱۴. فرزندم احساس می‌کند که من با او ناعادلانه رفتار می‌کنم.					
۱۵. فرزندم زمانی که واقعاً نیاز به کمک ندارد از من کمک می‌خواهد.					

					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 فرزندم احساس آزرده گی می کند.
					۱۹. وقتی سعی می کنم به فرزندم اصول تربیتی را آموزش دهم عصبانی می شود.
					۲۰. وقتی فرزندم رفتار بدی دارد نسبت به تن صدای من واکنش نشان می دهد.
					۲۱. رسیدگی به فرزندم تمام انرژی مرا می گیرد.
					۲۲. من متوجه شده ام فرزندم رفتارهای من را تقلید می کند.
					۲۳. وقتی فرزندم با بدخلقی از خواب برمی خیزد می دانم که یک روز سختی دارم.
					۲۴. احساسات فرزندم نسبت به من می تواند ناگهان تغییر کند.
					۲۵. با اینکه تمام تلاشم را می کنم باز هم نمی توانم با کودکم کنار بیایم.
					۲۶. وقتی با یکدیگر نیستیم دائما به فرزندم فکر می کنم.
					۲۷. فرزندم وقتی چیزی از من می خواهد، نق می زند یا گریه می کند.
					۲۸. فرزندم مرا فریب می دهد یا زیرکانه با من رفتار می کند.
					۲۹. فرزندم به راحتی احساسات و تجربیاتش را با من در میان می گذارد.
					۳۰. شیوه ی رفتارم با فرزندم، به من به عنوان یک والد احساس موثر بودن می دهد.
					۳۱. مطمئن نیستم بهترین شیوه برای تربیت فرزندم چیست.
					۳۲. فرزندم مرا عصبانی می کند.
					۳۳. فرزندم به راحتی می تواند با انتقاد و خرده گیری از من باعث آزارم شود.

پرسشنامه رفتاری کودک آبرگ

عبارات		۱	۲	۳	۴	۵	آیا رفتار مشکلی ایجاد می کند؟
		خیلی خیر	بله				
۱. در لباس پوشیدن معطل می کند.							
۲. در غذا خوردن معطل می کند.							
۳. سر سفره غذا رفتار خوبی ندارد.							

							۴. از خوردن غذای داده شده خودداری می کند.
							۵. از انجام کارهایی که از او خواسته می شود خودداری می کند.
							۶. در آمادگی برای خواب کند است.
							۷. از خوابیدن به موقع خودداری می کند.
							۸. از مقررات منزل بدون اینکه به او گفته شود اطاعت نمی کند.
							۹. از دستوراتم اطاعت نمی کند.
							۱۰. وقتی که به او گفته می شود کاری را انجام دهد مخالفت می کند.
							۱۱. در مورد مقررات با پدر و مادر بحث می کند.
							۱۲. وقتی که نمی تواند کار دلخواه خود را انجام دهد عصبانی می شود.
							۱۳. دچار کج خلقی می شود و گریه و شیون می کند.
							۱۴. نسبت به بزرگترها گستاخ است.
							۱۵. آه و ناله می کند.
							۱۶. به آسانی به گریه می افتد.
							۱۷. فریاد می کشد.
							۱۸. پدر و مادرش را می زند.
							۱۹. اسباب بازی ها و سایر اشیاء را خراب می کند.
							۲۰. نسبت به اسباب بازی ها و سایر اشیاء اعتنایی ندارد.
							۲۱. دزدی می کند.
							۲۲. دروغ می گوید.
							۲۳. سایر کودکان را اذیت یا تحریک می کند.
							۲۴. با دوستان هم سن خود مشاجره لفظی دارد.
							۲۵. با برادران و خواهران خود مشاجره لفظی دارد.
							۲۶. با دوستان هم سن خود زد و خورد می کند.
							۲۷. با برادران و خواهران خود زد و خورد می کند.
							۲۸. دائما تلاش می کند توجه دیگران را جلب کند.
							۲۹. حرفها یا کارهای دیگران را قطع می کند.
							۳۰. به سهولت حواسش پرت می شود.
							۳۱. توجه او به چیزها کم و کوتاه است.
							۳۲. نمی تواند تکالیف یا برنامه های تنظیمی خود را تمام کند.
							۳۳. در سرگرم کردن خود دچار مشکل می شود.

							۳۴. در تمرکز بر روی یک موضوع اشکال دارد.
							۳۵. پر تحرک و بی قرار است.
							۳۶. شب ادراری دارد.



Research Article

Investigating Theory of Mind Across Childhood: Development and Evaluation of Psychometric Properties of Social Cognition Checklist

F. Abadi¹, A. Moradi^{2*}, H. Zarafshan³, M. Mohammadi⁴, M. Sadeghi⁵, J. Nezhadi⁶ & R. Mansouri Sepehr⁷

1. PhD Student in social cognition, Cognitive Psychology Department, Institute for Cognitive Science Studies (ICSS), Tehran, Iran. Email: psy.abadi@gmail.com
2. Professor, Clinical Psychology Department, Kharazmi University & Institute for Cognitive Science Studies (ICSS), Tehran, Iran. Email: moradi90@yahoo.com
3. Assistant Professor, Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University Medical Science, Tehran, Iran. Email: zarafshan84@gmail.com
4. Professor, Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, Tehran University Medical Science, Tehran, Iran. Email: mohammadm@tums.ac.ir
5. Assistant Professor, Cognitive Psychology Department, Institute for Cognitive Science Studies (ICSS), Tehran, Iran. Email: meysamsadeghi7@gmail.com
6. PhD Student in social cognition, Cognitive Psychology Department, Institute for Cognitive Science Studies (ICSS), Tehran, Iran. Email: jvdnezhadi@gmail.com
7. PhD in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: r_mansouri1985@yahoo.com

Abstract

Aim: social cognition checklist- parent form has been designed assess mind reading skill across childhood. The aim of this study was development and investigate the psychometric characteristics of social cognition check list (SASHA). **Method:** the research design was descriptive correlational research based on psychometric analysis. The social cognition checklist consists of 44 statement was carried out on 492 children aged 3 to 12 years old through random multi- stage cluster sampling in Tehran. for analysis of data, the confirmatory factor analysis was used. **Results:** the results of confirmatory factor analysis confirmed the three factors of the checklist. The results of the correlation coefficient provided evidence of the convergent validity of the social cognition checklist with theory of mind quotient. The reliability of the checklist was measured by Cronbach's alpha coefficient and the correlation of the subscales with the total score of the checklist. Cronbach's alpha for subscale precursor theory of mind (0/81), elementary theory of mind (0/98), advanced theory of mind (0/97) and total score was (0/98). **Conclusion:** generally, social cognition checklist can be used as practical tool for diagnosis, screening, research and other areas of interventions.

Key words: Autism, Social Cognition, Precursor Theory of Mind, Elementary Theory of Mind, Advanced Theory of Mind

Citation: Abadi, F., Moradi, A., Zarafshan, H., Mohammadi, M., Sadeghi, M., Nezhadi, J., & Mansouri Sepehr, R. (2023). Investigating Theory of Mind Across Childhood: Development and Evaluation of Psychometric Properties of Social Cognition Checklist. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):141-165.

ارزیابی نظریه ذهن در طول دوران کودکی: ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شناخت اجتماعی

فاطمه آبادی^۱، علیرضا مرادی^{۲*}، هادی زرافشان^۳، محمدرضا محمدی^۴، میثم صادقی^۵

جواد نژادی^۶ و روح‌الله منصوری^۷

۱. دانشجوی دکتری شناخت اجتماعی، گروه روان‌شناسی شناختی، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، تهران، ایران. ایمیل: psy.abadi@gmail.com

۲. استاد، دانشگاه خوارزمی و مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، تهران، ایران. ایمیل: moradi90@yahoo.com

۳. استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روان‌شناسی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: zarafshan84@gmail.com

۴. استاد، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روان‌شناسی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: mohammadimr@tums.ac.ir

۵. استادیار، گروه روان‌شناسی شناختی، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، تهران، ایران. ایمیل: meysamsadeghi7@gmail.com

۶. دانشجوی دکتری شناخت اجتماعی، گروه روان‌شناسی شناختی، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، تهران، ایران. ایمیل: jvdnezhadi@gmail.com

۷. دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: r_mansouri1985@yahoo.com

چکیده

هدف: سیاهه شناخت اجتماعی - فرم والدین، ابزاری است که برای ارزیابی مهارت ذهن‌خوانی در طول دوران کودکی طراحی شده است. هدف از پژوهش حاضر ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شناخت اجتماعی (ساشا) بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر، جزء طرح‌های توصیفی - همبستگی مبتنی بر روانسنجی بود. بدین منظور سیاهه شناخت اجتماعی که دارای ۴۴ عبارت است با استفاده از روش نمونه-گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بر روی ۴۹۲ کودک ۳ تا ۱۲ ساله شهر تهران اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتیجه تحلیل عاملی تأییدی وجود سه عامل چک لیست مذکور را مورد تأیید قرار داد. از سوی دیگر نتایج ضریب همبستگی شواهدی دال بر روایی همگرای سیاهه شناخت اجتماعی با ضریب نظریه را فراهم کرد. همچنین به منظور سنجش پایایی سیاهه از ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس نظریه ذهن پایه (۰/۸۱)، نظریه ذهن مقدماتی (۰/۹۸)، نظریه ذهن پیشرفته (۰/۹۷) و نمره کل سیاهه (۰/۹۸) به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** به طور کلی می‌توان از سیاهه شناخت اجتماعی به عنوان ابزاری سودمند برای غربالگری، تشخیص، پژوهش و سایر زمینه‌های مداخلاتی بهره برد.

کلید واژه‌ها: آتیسم، شناخت اجتماعی، نظریه ذهن پایه، نظریه ذهن مقدماتی، نظریه ذهن پیشرفته

استناد به این مقاله: آبادی، فاطمه، مرادی، علیرضا، زرافشان، هادی، محمدی، محمدرضا، صادقی، میثم، نژادی، جواد و منصوری سپهر، روح‌الله (۱۴۰۲). ارزیابی نظریه ذهن در طول دوران کودکی: ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شناخت اجتماعی. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۷ (۲) پیاپی ۱۶۵: ۱۴۱-۱۴۱.

مقدمه

چگونه کودکان یاد می گیرند که از حالت های ذهنی، مانند امیال، دانش، و باورها برای پیش بینی و تبیین رفتار دیگران استفاده کنند (معمولا تحت عنوان شناخت اجتماعی^۱ شناخته می شود)، موضوعی است که نظریه پردازی و تحقیقات تجربی گسترده ای را در چهار دهه به خود جذب کرده است (ولمن، ۲۰۱۴؛ کوعسک و روزتی، ۲۰۲۰). شناخت اجتماعی به عنوان توانایی نسبت دادن حالات ذهنی به خود و دیگران، استنتاج حالات ذهنی از طریق نشانه های غیر کلامی مانند لحن صدا، حالات چهره و بدن، پیش بینی و تبیین رفتار، همدلی و تنظیم هیجانات در روابط بین فردی مفهوم سازی می شود (گرین و هوران، ۲۰۱۰؛ پینخام و همکاران، ۲۰۱۴).

برخی از مطالعات به بررسی سازه های شناخت اجتماعی نظیر خودآگاهی^۲، نظریه ذهن^۳ و خود تنظیمی^۴ پرداخته اند (تودورو، فیسک و پرنیتیک، ۲۰۱۱). نظریه ذهن یکی از انتزاعی ترین توانایی ها و ظرفیت های عالی شناختی است و پیچیده ترین سطح شناخت اجتماعی که برای پردازش ذهنی سازی توسط شبکه ها و پیوندهای عصبی خاص بازنمایی شده و اختصاص یافته است. نظریه ذهن به ما اجازه می دهد تا از دیدگاه اول شخص خود فاصله گرفته و افکار و احساسات دیگران را مد نظر قرار دهیم. این توانایی به ما امکان می دهد تا درگیر تعامل های پیچیده و در عین حال سیال اجتماعی شویم (دوین و هاجز، ۲۰۱۵).

در طول دهه گذشته، دامنه تحول مطالعات در حوزه ارزیابی جنبه های مختلف نظریه ذهن در نوباوگان (لوو و بایلارجن، ۲۰۱۰) و بزرگسالان (آپرلی، سامسون و هومفریس، ۲۰۰۹) به شدت افزایش یافته است. با وجود این، توانایی درک و قضاوت کودکان از ماهیت تفسیری دانش در طول دوران اولیه کودکی میانی^۵ (کارپندیل و چندلر، ۱۹۹۶)، تفاوت های فردی در توانایی استدلال حالات ذهنی پیش از نوجوانی (بوساکی و استینگتون، ۱۹۹۹) و ارزیابی تحول نظریه ذهن در دوره رشد کودکی میانی نادیده گرفته شده است. با این حال، در سال های اخیر، این دوره رشدی توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است (بانرجی، واتلینگ و کاپوتی، ۲۰۱۱). دوران کودکی میانی (دوره رشدی بین ۶ تا ۱۲ سالگی) از منظر تکامل جنبه های مختلف نظریه ذهن بسیار

¹ Social Cognition² Self- Awareness³ Theory of Mind⁴ Self- Regulation⁵ Middle Childhood

حائز اهمیت است. بر همین اساس در طول این دوره می‌توان به مطالعه تحول نظریه ذهن پرداخت.

امروزه ارزیابی نظریه ذهن یکی از مهمترین حوزه‌های سنجش شناخت اجتماعی است (موریس و همکاران، ۱۹۹۹؛ هاپ، ۱۹۹۴؛ ولمن و لیو، ۲۰۰۴؛ هاتچین و همکاران، ۲۰۱۲؛ نجاتی و رامش، ۱۳۹۴؛ قمرانی و همکاران، ۱۳۸۵). در حالیکه نارساکنشی در نظریه ذهن مشخصه بسیاری از اختلالات روانشناختی است (یی و همکاران، ۲۰۲۰؛ سینف و همکاران، ۲۰۲۱؛ نات و همکاران، ۲۰۱۹؛ لوی-شاچر و همکاران) از جمله افراد مبتلا به اختلال طیف اُتیسم. یکی از مهمترین ویژگی‌های کودکان مبتلا به اختلال اُتیسم بدعملکردی شناخت اجتماعی است (بارون کوهن و ویل رایت، ۲۰۰۳؛ بارون کوهن (۲۰۰۸). در پژوهشی نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم در رشد نظریه ذهن دارای تأخیر قابل ملاحظه‌ای هستند و این نارسایی باعث می‌شود که آن‌ها با درجات مختلف به نابینایی ذهنی^۱ دچار شوند. در نتیجه، رفتار دیگران را مبهم و غیرقابل پیش‌بینی تعبیر و تفسیر می‌کنند (مگ و همکاران، ۲۰۲۱). به نظر می‌رسد ارزیابی شناخت اجتماعی به عنوان ارزیابی رایج در کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم استفاده می‌شود. نکته مهم این است که بتوان نوع و شدت تخریب شناخت اجتماعی که به علت اختلالات تکاملی و عوارض آن برای کودکان و نوجوانان ایجاد شده، بصورت سیستمی و به دقت مشخص کرد.

بر اساس پیشینه پژوهش‌های داخل و خارج پژوهشگران به این نتایج دست یافتند که ابزارهای بی‌شماری برای سنجش شناخت اجتماعی وجود دارند اما اکثر ابزارها تکلیف محور هستند و عمدتاً بر تکالیف باور کاذب متمرکز شده‌اند. بطور کلی ابزارهای ارزیابی نظریه ذهن را می‌توان بر اساس شکل و نوع ابزار و یا الگو و نظریه زیربنایی آن تقسیم بندی نمود (جنکینز و آستینگتون، ۱۹۹۶). براساس شکل و نوع ابزار می‌توان سه دسته کلی ابزار برای سنجش نظریه ذهن برشمرد:

۱. تکالیف باور کاذب^۲، تکالیف داستانی^۳، آزمون‌ها. تکالیف باور کاذب شامل «باور کاذب مرتبه اول»، «باور کاذب مرتبه دوم»، «باور کاذب مرتبه سوم» و «باور کاذب مرتبه چهارم»

¹ Mind Blindness

² False Belief Tasks

³ Story Tasks

⁴ First Order False Belief

⁵ Second Order

⁶ Third Order

⁷ Forth Order

می‌شود. همانطور که کودکان رشد می‌کنند، سطوح بالای تکالیف باور کاذب پیچیده‌تر می‌شود و برای ارزیابی نظریه ذهن در کودکان بزرگتر طراحی شده‌اند. پاسخ به این تکالیف اندکی دشوار بوده و مستلزم درک بالای کودکان از روابط بین اشخاص است (گریگوری و همکاران، ۲۰۰۲).

تکالیف داستانی همواره از طریق مصاحبه انجام می‌شوند، بدین صورت که آزمونگر داستانی را برای آزمودنی می‌خواند و در حین و پایان داستان سؤالاتی را از وی می‌پرسد، پاسخ آزمودنی بیانگر آن است که آیا حالات ذهنی شخصیت‌های داستان را درک کرده یا خیر. داستان‌های فوق طیفی از ساده و بسیار پیچیده را در بر می‌گیرند و آزمونگر می‌تواند چنین داستان‌هایی را برای گستره وسیعی از آزمودنی‌ها (خردسالان و بزرگسالان) بکار برد. نمونه‌ای از این تکالیف داستانی «تکالیف داستان‌های عجیب و غریب» است (جولیفه و بارون- کوهن، ۱۹۹۹). آزمون‌هایی که برای ارزیابی نظریه ذهن ارائه می‌شوند شامل آزمون‌های «قلم- کاغذی» و یا آزمون‌های بسیار پیچیده رایانه‌ای هستند. در برخی از این آزمون‌ها آزمونگر می‌تواند با بهره‌گیری از روش‌های تصویربرداری مغز، جایگاه زیستی نظریه ذهن را برگزیند (آبو- آکل و شامای- تسوری، ۲۰۱۱).

تقسیم‌بندی دیگر در زمینه ابزارهای ارزیابی نظریه ذهن، تقسیم‌بندی بر پایه رویکردهای زیربنایی ابزار ارزیابی است. از این رو بر حسب اینکه از کدام رویکرد استفاده نماییم، نوع ابزار ناهمگون خواهد بود. بر پایه دیدگاه‌های موجود می‌توان دو رویکرد را در ارتباط با نظریه ذهن از یکدیگر متمایز ساخت: «رویکرد تحولی» و «رویکرد سنتی».

از دیدگاه سنتی، نظریه ذهن یک سازه تک بُعدی محسوب می‌شود به طوری که درک باور کاذب یکی از رایج‌ترین آزمون‌های نظریه ذهن قلمداد می‌شود (فلاول و همکاران، ۱۹۹۹). در حالیکه در سال‌های اخیر رویکرد تحولی مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. بر مبنای این رویکرد نظریه ذهن مفهومی بیش از درک باور کاذب بوده و یک سازه چند بُعدی است که از سطوح متفاوتی برخوردار است (موریس و همکاران، ۱۹۹۹). استیرمن (۱۹۹۴) با اقتباس از رویکرد تحولی آزمون نظریه ذهن^۲ را طراحی کرده که بر خلاف ابزارهای دیگر به شکل عینی‌تر سطوح مختلف نظریه ذهن را ارزیابی می‌کند.

^۱ Strange Story^۲ Theory of Mind Test

آزمون‌های کنونی برای ارزیابی نظریه ذهن از نظر روایی و پایایی قابلیت اطمینان بالایی دارند و برای ارزیابی‌های بالینی و پژوهشی معتبر هستند اما هر یک از این مقیاس‌ها و آزمون‌های نظریه ذهن بر مؤلفه‌های محدودی متمرکز شده‌اند و برخی از حوزه‌های شناخت اجتماعی و مرتبط با توانایی ذهن‌خوانی را نادیده گرفته‌اند. علاوه بر این در حال حاضر ارزیابی‌های مبتنی بر عملکرد، مؤلفه‌های شناخت اجتماعی را در زمان کوتاه و غیر یکپارچه ارزیابی می‌کنند؛ در صورتی که ارزیابی شناخت اجتماعی بهتر است به موقعیت‌های واقعی زندگی نزدیک‌تر باشد؛ همچنین ارزیابی احتمالا مستلزم ساعت‌ها بررسی و مشورت با افرادی باشد که کودک را به خوبی می‌شناسند. به عنوان مثال، در فهرست ارزیابی نظریه ذهن که توسط هاتچین و پریلاک (۲۰۱۲) طراحی و هنجاریابی شده است، برخی از مؤلفه‌های نظریه ذهن بررسی نشده‌اند.

در این راستا، نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از توانایی بیشتر زنان نسبت به مردان در نظریه ذهن است (کوهن و همکاران، ۱۹۹۷) و در برخی دیگر، شواهدی مبنی بر تفاوت عملکرد در نظریه ذهن در دو جنس گزارش نشده است (جارولدو و همکاران، ۲۰۰۰) و یا اینکه سطح بالایی از توانایی نظریه ذهن در مردان گزارش داده‌اند (راسل و همکاران، ۲۰۰۷). بارون-کوهن (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای تحت عنوان "نظریه مغز مردانه مغرط" به شواهدی پیرامون برتری زنان در آزمون‌های شناخت اجتماعی شامل آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها در بزرگسالان (بارون-کوهن و همکاران)، آزمون اشتباه فاحش^۲ (بارون کوهن و همکاران، ۱۹۹۹)، تکالیف باور کاذب، اتخاذ دیدگاه (راسل، ۲۰۰۷) در کودکان اشاره شده است.

با وجود فعالیت چشمگیر در این زمینه و پیشرفت‌ها در روش‌های ارزیابی نظریه ذهن (بارون-کوهن ۲۰۰۰) سنجش نظریه ذهن معمولا با چالش‌هایی همراه بوده است. اول آن که، آزمون‌های استاندارد نظریه ذهن (به عنوان مثال، آزمون سالی-آن و سایر روش‌های ارزیابی ساختاریافته) اغلب بر پایه پاسخ‌های دو مقوله‌ای (قبول یا رد) امتیازدهی می‌شوند و قابلیت ارزیابی جامع نظریه ذهن را ندارند و برای بهره‌برداری مناسب از دامنه وسیع مؤلفه‌های نظریه ذهن محدود هستند (هاتچین و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، بسیاری از افراد مبتلا به اُتیسْم را نمی‌توان حتی با آزمون‌های استاندارد نظریه ذهن ارزیابی کرد، زیرا آن‌ها فاقد مهارت‌های شناختی و کلامی لازم

^۱ Extreme Male Brain Theory^۲ Faux Pas test

برای پاسخ به سؤالات نظریه ذهن هستند؛ سؤالاتی که موفقیت در آن معمولاً معیار ورود به مطالعه است (هپ، ۱۹۹۵). بنابراین، کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم که غیرکلامی ارتباط برقرار می‌کنند یا مهارت‌های زبانی محدودی دارند، معمولاً از پروتکل‌های پژوهشی حذف می‌شوند.

از آن جاییکه هیچ ابزار جامع و گسترده‌ای برای ارزیابی سطوح مختلف نظریه ذهن در دوران کودکی وجود ندارد، در تلاش برای کمک به پژوهش‌های جدید در این زمینه، با در نظر گرفتن بررسی طیف متنوعی از معیارهای نظریه ذهن در دوران کودکی، تمرکز مطالعه حاضر بر ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شناخت اجتماعی است که به نظر می‌رسد به عنوان شاخص مناسب و مفید تکامل نظریه ذهن در سراسر دوران کودکی امیدوارکننده باشد. همچنین می‌توان از سیاهه شناخت اجتماعی به طور مؤثر در اقدامات بالینی و پژوهشی به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری تأخیر در تحول نظریه ذهن و بروز اختلالات روانشناختی در جمعیت بالینی استفاده کرد. بدین جهت سیاهه شناخت اجتماعی (نسخه والدین) می‌تواند به عنوان ابزاری کارآمد اطلاعات جامعی راجع به گستره درک اجتماعی، حساسیت و بینش کودک و همچنین میزان درک و شناخت وی از احساسات، افکار و دیدگاه دیگران مورد استفاده متخصصین قرار گیرد.

روش

پژوهش حاضر با توجه به بررسی ویژگی‌های روانسنجی یک ابزار و شیوه گردآوری داده‌ها در طبقه طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی قرار می‌گیرد. پس از اخذ مجوز از آموزش و پرورش شهر تهران و هماهنگی با مدارس و مهدکودک‌های مناطق انتخاب شده و فرم گزارش والدین از توانایی نظریه ذهن کودکان در اختیار والدین شرکت‌کنندگان گذاشته شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان و دانش‌آموزان مهدکودک‌ها و مدارس شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. بر اساس یافته‌های پژوهشی در خصوص تعیین حجم نمونه، به ازای هر پارامتر ۱۰ تا ۲۰ پاسخ‌گو برای نمونه کافی است (کلاین، ۲۰۱۱). بر همین اساس مشارکت‌کنندگان در پژوهش ۵۲۹ نفر بر مبنای روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای در

نظر گرفته شد. به این ترتیب که از میان نواحی ۲۰ گانه آموزش و پرورش شهر تهران هشت ناحیه (مناطق ۱۴، ۸، ۷، ۵، ۳، ۲ و ۱۷) و از بین فهرست مدارس ابتدایی، پیش‌دبستانی و مهد کودک در هر ناحیه ۶ مدرسه ابتدایی و پیش‌دبستانی و ۵ مهدکودک انتخاب شدند. پس از جمع‌آوری داده‌های پژوهش تعداد ۳۷ پرسشنامه به علت نقص و عدم پاسخ‌دهی به اکثر سؤالات کنار گذاشته شد و داده‌های ۴۹۲ پرسشنامه که توسط والدین تکمیل شده بود جهت تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار پژوهش

الف. سیاهه ارزیابی شناخت اجتماعی - فرم والدین (ساشا): این سیاهه، برای اولین بار در پژوهش حاضر برای بررسی و اندازه‌گیری سطوح نظریه ذهن (سطح پایه، مقدماتی و پیشرفته) طراحی گردید. در ابتدا پس از استخراج گویه‌ها با استفاده از محتوای مصاحبه با والدین در رابطه با مؤلفه‌های نظریه ذهن و بر اساس استفاده از مبانی نظری شناخت اجتماعی (موریس و همکاران، ۱۹۹۹؛ هاپ، ۱۹۹۴؛ ولمن و لیو، ۲۰۰۴؛ بلیچ-هاگویز و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاتچین و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۱۲)، تعداد ۶۵ گویه طرح و سپس بر اساس روش دلفی گویه‌های مورد نظر در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و متخصصین در این حوزه جهت بررسی روایی محتوا و صوری سیاهه قرار گرفت. سپس بر اساس اظهار نظر متخصصین و اساتید از تعداد ۶۵ گویه ۴۴ گویه استخراج و مورد تأیید قرار گرفت و سایر گویه‌ها حذف و درهم ادغام گردید. پس از مرحله اجرای گویه‌ها بر روی کودکان دارای سیر تحول طبیعی و کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شناخت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت.

سیاهه ارزیابی شناخت اجتماعی - فرم والدین برای بررسی وضعیت سطوح نظریه ذهن در کودکان با سیر تحول طبیعی ۲ تا ۱۲ سال و هشت ماه در کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم ۳ سال و چهار ماه تا ۱۷ سال و هشت ماه مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای ساخت سیاهه از مبانی نظری، تجربه بالینی و پژوهش‌های انجام شده در این حوزه استفاده شده است. سیاهه شناخت اجتماعی بر اساس دیدگاه تحولی و چند بُعدی از نظریه ذهن طراحی شده است (فلاول و همکاران، ۱۹۹۳) و نسبت به سایر آزمون‌ها گستره سنی بیشتر و سطوح پیچیده‌تر و پیشرفته‌تر

نظریه ذهن را ارزیابی می‌کند. نام‌گذاری خرده‌مقیاس‌های سیاهه بر اساس مبانی نظری نظریه ذهن که دارای مؤلفه‌های توجه اشتراکی، بازی وانمودی، باور کاذب، آرایه ادبی است (بارون کوهن، ۲۰۰۵؛ هاولین، ۱۹۹۹؛ پانز، هریس و رازنی، ۲۰۰۴)، صورت گرفت. سیاهه فوق دارای ۴۴ عبارت است که توسط والدین کودک تکمیل می‌شود و زمان لازم برای پاسخ‌گویی به آن بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه است. دامنه نمره‌های سیاهه ۱ (قطعا خیر)، ۲ (احتمالا بله)، ۳ (نمی‌دانم/مرددم)، ۴ (احتمالا بله) و ۵ (قطعا بله) است. نظریه ذهن در این سیاهه به ۳ عامل تقسیم بندی شده است: نظریه ذهن پایه (۸ گویه)، نظریه ذهن مقدماتی (۲۰ گویه)، نظریه ذهن پیشرفته (۱۶ گویه)، خرده مقیاس نظریه ذهن پایه، توجه اشتراکی (تعقیب جهت نگاه)، توجه اشتراکی - نگاه ارجاعی (تعامل سه گانه)، توجه اشتراکی (اشاره کردن و نشان دادن)، بازی وانمودی (شیء جانشین)، بازی وانمودی (اسناد ویژگی‌های وانمودی)، بازی وانمودی (اختراع اشیائی که وجود ندارند)، بازی وانمودی اجتماعی را می‌سنجد. خرده مقیاس نظریه ذهن مقدماتی، تمایز ظاهر از واقعیت، بازشناسی و نامیدن هیجانات، توجیه هیجانات، واکنش هیجانی مبتنی بر میل، واکنش هیجانی مبتنی بر باور، یادآوری هیجانات، تنظیم هیجانات، هیجانات پنهان، درک واژه فکر کردن، قضاوت درباره دانش و بی‌اطلاعی، امیال متضاد، افکار متضاد، تمایز ذهنی - فیزیکی، دیدگاه‌گیری ساده، دیدگاه‌گیری پیچیده، دیدن منجر به دانستن می‌شود، پیش‌بینی اعمال بر اساس دانش، باور کاذب - سطح اول (محتوای غیر منتظره)، باور کاذب (انتقال غیر منتظره) را می‌سنجد. خرده مقیاس نظریه ذهن پیشرفته، هیجانات ناشی از عوامل اخلاقی و غیر اخلاقی، زبان باور کاذب سطح دوم، همدلی، تشبیه، استعاره، اصطلاحات، طعنه، کنایه، اغراق، انسان‌نگاری، نام‌آوا، درک شوخی و جدی، درک جوک، درک ضرب‌المثل، درک چیستان و درک اشتباه فاحش را می‌سنجد. به منظور احرار روایی همزمان، آزمون سیاهه شناخت اجتماعی همراه با مجموعه کتاب‌های نظریه ذهن اجرا شد. مجموعه کتاب‌های نظریه ذهن برای ارزیابی ضریب نظریه ذهن طراحی و ساخته شده است. مجموعه داستان‌های نظریه ذهن یکی از آزمون‌های معتبر و قابل اعتماد است که توسط آزمونگر و بصورت مصاحبه اجرا می‌شود و شامل تصاویر و داستان‌هایی است که آزمونگر بعد از ارائه آن‌ها به آزمودنی، سؤالاتی را مطرح می‌نماید.

ب. مجموعه داستان‌های نظریه ذهن^۱

در پژوهش حاضر از فرم ۱۱۸ سؤالی «ضریب نظریه ذهن» استفاده شده است. فرم اصلی این آزمون توسط هوگوئیز و همکاران (۲۰۰۸) به منظور سنجش نظریه ذهن در کودکان با سیر تحول طبیعی در مهد کودک، پیش دبستانی و دبستان و مبتلایان اختلال فراگیر رشدی با سنین ۳ تا ۱۱ سال طراحی شده و اطلاعاتی راجع به درک و شناخت کودک از افکار، احساسات و دیدگاه دیگران فراهم می‌آورد. این آزمون بر اساس دیدگاه تحولی و چند بعدی از نظریه ذهن طراحی شده است (کار و همکاران، ۲۰۱۸؛ ولمن، ۲۰۱۱، ۲۰۱۷؛ براک و همکاران، ۲۰۱۸) و در مقایسه با آزمون‌های قدیمی (بارون و همکاران، ۱۹۹۷؛ بارون کوهن و گودهارت، ۱۹۹۴؛ هپ، ۱۹۹۴؛ لسل و فریث، ۱۹۹۸؛ ۱۹۹۹؛ ولمن، ۲۰۰۴؛ تاگر- فلاسبرگ، ۲۰۰۳) گستره سنی بیشتر و سطوح پیچیده‌تر و پیشرفته‌تر نظریه ذهن را ارزیابی می‌کند. فرم اصلی آزمون ۷۷ سؤال و ۱۸ سؤال توجیهی است؛ در مجموع ۹۵ سؤال را در بر می‌گیرد. این آزمون به صورت مصاحبه اجرا می‌شود. و متشکل از تصاویر و داستان‌هایی است که آزمونگر بعد از ارائه آن‌ها به کودک، سؤالاتی را مطرح نموده و پاسخ آزمودنی به هر سؤال به صورت «۱» در صورت پاسخ صحیح و «۰» در صورت پاسخ غلط، نمره‌گذاری می‌شود. به برخی از سؤالات توجیهی (چرا علی نمی‌تواند دود را لمس کند؟) با توجه به توانایی کودک در توجیه کردن امتیاز «۲» تعلق می‌گیرد.

یافته‌ها

در ابتدا داده‌های جمع‌آوری شده از نظر سوگیری‌های پاسخ و تعداد آیتم‌های پاسخ داده نشده یا پاسخ‌های مخدوش مورد بررسی قرار گرفت و در این مرحله از تعداد ۵۲۹ داده اولیه، داده‌های ۳۷ کودک (۱۸ نفر از گروه آتیسم و ۱۹ نفر از گروه عادی) به دلایل ذکر شده کنار گذاشته شدند. به این ترتیب داده‌های ۴۹۲ کودک به عنوان نمونه پژوهشی نهایی وارد تحلیل شد (۲۰۱ کودک مبتلا به آتیسم که ۱۳۹ نفر از آن‌ها پسر و ۶۲ نفر دختر بودند در مقابل ۲۹۱ کودک عادی که ۱۳۱ نفر از آن‌ها پسر و ۱۶۰ نفر دختر بودند).

^۱ Theory of Mind
Storybooks

به دلیل تعداد نمونه کم افراد در گروه سه ساله، داده‌های این افراد با گروه ۴ ساله ادغام شد. به این ترتیب تعداد پسران گروه اُتیسم در گروه سنی ۴-۳ ساله ۱۷ نفر، ۵ ساله ۲۶ نفر، ۶ ساله ۳۴ نفر، ۷ ساله ۲۵ نفر، ۸ ساله ۱۳ نفر، ۹ ساله ۶ نفر، ۱۰ ساله ۳ نفر، ۱۱ ساله ۹ نفر و ۱۲ ساله ۶ نفر بود. برای گروه پسران عادی نیز این تعداد به ترتیب عبارت بود از ۳۳ نفر، ۱۶ نفر، ۱۲ نفر، ۱۷ نفر، ۲۵ نفر، ۹ نفر، ۳ نفر، ۵ نفر و ۱۱ نفر. تعداد دختران گروه اُتیسم در گروه‌های سنی مذکور عبارت بود از ۱۳ نفر، ۱۰ نفر، ۵ نفر، ۱۰ نفر، ۳ نفر، ۱۰ نفر، ۴ نفر، ۲ نفر و ۵ نفر و تعداد دختران گروه عادی نیز به ترتیب عبارت بود از ۳۲ نفر، ۱۳ نفر، ۹ نفر، ۲۲ نفر، ۱۳ نفر، ۸ نفر، ۲۷ نفر، ۱۸ نفر و ۱۸ نفر.

به این ترتیب به نظر می‌رسد توزیع فراوانی نمونه مورد پژوهش از نظر نسبت ابتلا به اُتیسم در دو جنس هماهنگ دیده می‌شود. تعداد ۹۷ نفر از کودکان گروه اُتیسم و ۹۳ نفر از کودکان گروه عادی تک فرزند بودند. تعداد ۷ نفر از کودکان گروه اُتیسم و ۵۵ نفر از گروه کودکان عادی دو زبانه بودند. میانگین سن پدران و مادران کودکان مبتلا به اُتیسم به ترتیب برابر با ۴۱/۱ و ۳۶/۱ و برای کودکان عادی به ترتیب برابر با ۴۰ و ۳۵/۳ محاسبه شد.

مدرک تحصیلی ۱۲۴ نفر از مادران کودکان گروه اُتیسم کارشناسی، ۴۳ نفر بالاتر از کارشناسی و ۳۴ نفر پایین‌تر از کارشناسی بود و این تعداد برای مادران کودکان گروه عادی به ترتیب برابر بود با ۱۶۷ نفر کارشناسی، ۴۶ نفر بالاتر از کارشناسی و ۷۸ نفر پایین‌تر از کارشناسی. مدرک تحصیلی ۵۹ نفر از پدران کودکان گروه اُتیسم کارشناسی، ۹۴ نفر بالاتر از کارشناسی و ۴۷ نفر پایین‌تر از کارشناسی بود و این تعداد برای پدران کودکان گروه عادی به ترتیب برابر بود با ۱۴۸ نفر کارشناسی، ۷۷ نفر بالاتر از کارشناسی و ۶۵ نفر پایین‌تر از کارشناسی.

در مرحله بعد داده‌های از دست رفته با روش جایگزینی میانگین آیتم‌های جانبی برطرف شد و سپس شاخص‌های مربوط به مقیاس نظریه ذهن و نمره کل آن مورد محاسبه قرار گرفت. پیش از ارائه آماره‌های توصیفی مربوط به ابزار، نتایج تحلیل‌های آماری برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی ابزار ارائه می‌شود.

با توجه به یافته‌های مذکور در مورد ویژگی‌های روانسنجی قابل قبول این مقیاس، در بخش زیر شاخص‌های توصیفی نمرات کودکان در سه مؤلفه نظریه ذهن پایه، مقدماتی و پیشرفته به همراه نمره کل مقیاس به تفکیک گروه و جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات مؤلفه‌های نظریه ذهن و نمره کل مقیاس بر حسب گروه و جنس

گروه	جنسیت	پایه		مقدماتی		پیشرفته		کل	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
اتیسم	پسر	۵/۹	۳۱/۵	۴۷/۵	۲۴	۲۲/۶	۱۲	۱۰۱/۸	۳۹/۶
	دختر	۶/۴	۳۳/۳	۵۲/۲	۲۷/۷	۲۶/۲	۱۵	۱۱۱/۸	۴۷/۱
	کل	۶/۱	۳۲/۱	۴۹	۲۵/۲	۲۳/۷	۱۳/۱	۱۰۴/۹	۴۲/۲
عادی	پسر	۲/۴	۳۸/۶	۸۳/۵	۱۹/۹	۴۶/۳	۲۰/۳	۱۶۸/۵	۴۰
	دختر	۲/۲	۳۸/۸	۸۶/۷	۱۹/۵	۵۵	۲۲/۵	۱۸۰/۷	۴۲/۲
	کل	۲/۳	۳۸/۷	۸۵/۳	۱۹/۷	۵۱/۱	۲۱/۹	۱۷۵/۲	۴۱/۶
کل	پسر	۵/۷	۳۵	۶۵	۲۸/۵	۳۴/۱	۲۰/۴	۱۳۴/۱	۵۱/۹
	دختر	۴/۶	۳۷/۳	۷۷/۱	۲۶/۹	۴۷	۲۴/۴	۱۶۱/۴	۵۳/۴
	کل	۵/۴	۳۶	۷۰/۴	۲۸/۴	۳۹/۹	۲۳/۱	۱۴۶/۵	۵۴/۳

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در همه مؤلفه‌ها و نمره کل مقیاس، نمرات گروه اتیسم پایین‌تر از گروه عادی و نمرات پسران پایین‌تر از دختران بوده است. شاخص‌های توصیفی نمرات کودکان در سه مؤلفه نظریه ذهن پایه، مقدماتی و پیشرفته به همراه نمره کل مقیاس به تفکیک گروه و مقطع سنی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات مؤلفه‌های نظریه ذهن و نمره کل مقیاس بر حسب گروه و

مقطع سنی

گروه	مقطع سنی	پایه		مقدماتی		پیشرفته		کل	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
اتیسم	۳-۴	۵	۲۵/۶	۲۶/۵	۱۴	۱۷/۷	۹/۳	۶۹/۸	۲۷/۱
	۵	۳	۲۹/۳	۲۶/۸	۹/۷	۱۶	۰۰	۷۲/۲	۱۱/۹
	۶	۵	۲۹/۳	۳۶/۲	۱۳/۳	۱۶/۹	۵/۷	۸۲/۴	۲۱/۵
	۷	۳/۸	۳۲/۶	۵۱/۲	۱۱/۵	۱۷/۶	۲/۷	۱۰۱/۵	۱۵/۹
	۸	۴/۸	۳۵/۷	۶۸/۹	۸/۳	۲۸/۸	۸	۱۳۳/۵	۱۶/۶
	۹	۴/۱	۳۸/۳	۷۵/۹	۱۴/۳	۳۲/۴	۱۱/۸	۱۴۶/۶	۲۶/۲
	۱۰	۰۰	۴۰	۸۷	۰۰	۳۹/۵	۴/۳	۱۶۶/۵	۴/۳
	۱۱	۰۰	۴۰	۸۹	۰۰	۴۷/۱	۱/۴	۱۷۶/۱	۱/۴
	۱۲	۰۰	۴۰	۸۹/۱	۰/۳	۵۵/۹	۱/۹	۱۸۵	۲
	کل	۶/۱	۳۲/۱	۴۹	۲۵/۲	۲۳/۷	۱۳/۱	۱۰۴/۹	۴۲/۲
عادی	۳-۴	۳	۳۵/۹	۵۲/۵	۱۶	۱۹/۵	۳/۸	۱۰۸	۲۰/۷

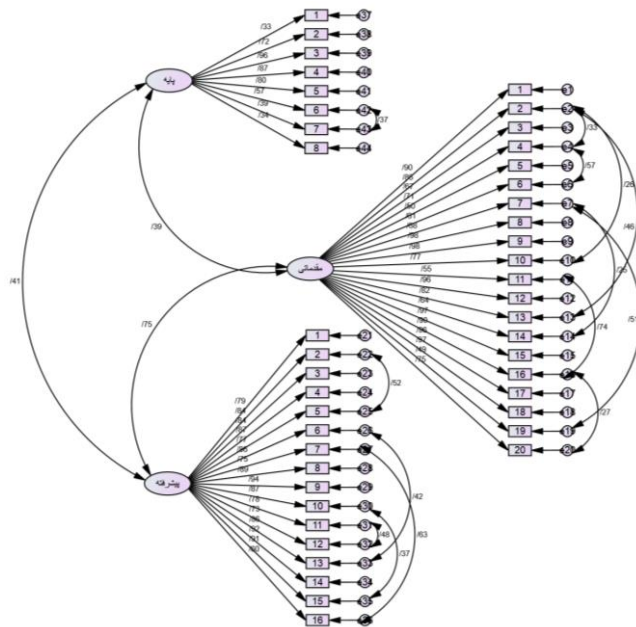
۵	۳۸/۴	۲	۸۵/۹	۶/۵	۳۳/۳	۳/۸	۱۵۷/۷	۷/۵
۶	۳۸/۴	۱/۹	۹۰/۲	۲/۴	۴۴/۶	۳/۳	۱۷۳/۳	۵/۵
۷	۳۹/۷	۱/۱	۹۴/۴	۳/۱	۵۴/۶	۸/۴	۱۸۸/۸	۶/۸
۸	۳۹/۸	۰/۴	۹۲/۷	۲/۸	۵۷/۹	۷/۶	۱۹۰/۵	۱۰/۱
۹	۴۰	۰۰	۹۸/۸	۰/۵	۶۶/۸	۳/۲	۲۰۵/۶	۳/۴
۱۰	۴۰	۰۰	۹۹/۵	۰/۸	۷۶/۶	۳/۳	۲۱۶/۱	۳/۹
۱۱	۴۰	۰۰	۹۹/۳	۱/۱	۷۷/۲	۴	۲۱۶/۶	۴/۹
۱۲	۴۰	۰۰	۹۸/۷	۱	۷۴/۷	۳/۳	۲۱۳/۴	۴/۵
کل	۳۸/۷	۲/۳	۸۵/۳	۱۹/۷	۵۱/۱	۲۱/۹	۱۷۵/۲	۴۱/۶
۳-۴	۳۲/۷	۶/۱	۴۴/۳	۱۹/۷	۱۸/۹	۶/۱	۹۵/۹	۲۸/۹
۵	۳۳/۴	۵/۲	۵۳/۲	۳۰	۲۳/۷	۹	۱۱۰/۳	۴۴
۶	۳۲/۵	۶	۵۵/۱	۲۸/۱	۲۶/۶	۱۴/۲	۱۱۴/۳	۴۷/۱
۷	۳۶/۳	۴/۵	۷۴	۲۳/۱	۳۷/۱	۱۹/۶	۱۴۷/۵	۴۵/۴
۸	۳۸/۶	۳/۲	۸۵/۷	۱۲	۴۹/۲	۱۵/۴	۱۷۳/۶	۲۹
۹	۳۹/۱	۲/۹	۸۷/۷	۱۵/۲	۵۰/۱	۱۹/۳	۱۷۷	۳۴/۹
۱۰	۴۰	۰۰	۹۷/۱	۵	۶۹/۶	۱۵/۱	۲۰۶/۷	۲۰
۱۱	۴۰	۰۰	۱۰۰	۵	۶۷/۵	۱۴/۶	۲۰۳/۵	۱۹/۶
۱۲	۴۰	۰۰	۹۶/۱	۴/۴	۶۹/۵	۹	۲۰۵/۶	۱۳/۴
کل	۳۶	۵/۴	۷۰/۴	۲۸/۴	۴۰	۲۳/۱	۱۴۶/۵	۵۴/۳

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در همه مؤلفه‌ها و نمره کل مقیاس، نمرات گروه اتیسم پایین‌تر از گروه عادی بوده است و با افزایش سن، نمرات کودکان نیز افزایش نشان می‌دهد. به منظور ارزیابی روایی سازه و تعیین برازش ساختار سه عاملی مفروض، از تحلیل عامل تأییدی استفاده شد و برازش مدل با استفاده از نرم افزار AMOS آزمون گردید. قبل از اجرای تحلیل عاملی تأییدی، بر اساس نظر کلاین (۲۰۰۵) و مه‌پرز، گامست و گوارینو (۲۰۰۶) مفروضه‌های نرمالیتی تک متغیری از طریق برآورد مقادیر چولگی و کشیدگی کوچک‌تر از ۲، نرمالیتی چندمتغیری از طریق ضریب مردیا، مقادیر پرت از طریق روش فاصله ماهالانوبیس و داده‌های از دست رفته با روش بیشینه انتظار مورد بررسی و تأیید قرار گرفتند.

در این مطالعه با توجه به حجم نمونه نسبتاً بالا و تأیید نرمال بودن داده‌ها، از رایج‌ترین رویکرد تحلیل عاملی تأییدی که روش حداکثر احتمال برآورد مدل است، استفاده شد و برای ارزیابی برازش مدل از شاخص‌های برازش مطلق و برازش تطبیقی استفاده شد. این شاخص‌ها عبارتند از

شاخص مجذور کا بر درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش مقایسه ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA).

مدل اندازه‌گیری سه عاملی پس از حذف موارد پرت که به نرمال بودن توزیع آسیب می‌زنند و نیز پس از اعمال شاخص‌های اصلاحی و برقراری کوواریانس بین متغیرهای مشاهده شده (با توجه به اشتراکات مفهومی بین گویه‌ها بر اساس نظریه زیربنایی) در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱. مدل مفروض ساختار عاملی مقیاس پس از انجام شاخص‌های اصلاحی

همانطور که در نمودار ۱ نیز مشاهده می‌شود همه متغیرهای مشاهده شده دارای حداقل بار ۰/۳ روی عامل‌های مربوط به خود هستند و هیچ آیتمی در عامل‌های مختلف تکرار نشده است و استقلال عوامل رعایت شده است. شاخص‌های برازش مدل مفروض در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری برای پرسشنامه

شاخص برازش	CMIN/D F	GFI	AGFI	IFI	CFI	RMSEA
مدل سه عاملی مفروض	۲/۷۴	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹	۰/۹	۰/۰۵
مدل تک عاملی	۴/۵۴	۰/۷۲	۰/۷	۰/۷۸	۰/۷۵	۰/۱۳

با توجه به جدول ۳ نسبت مجذور کا به درجه آزادی پایین‌تر از ۳ است (۲/۷۴). شاخص نیکویی برازش، نیکویی برازش اصلاح شده، برازش افزایشی و مقایسه‌ای همگی بالاتر از ۰/۹ هستند و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد نیز ۰/۰۵ می باشد که همه مقادیر حاکی از برازش مناسب مدل اندازه‌گیری بر اساس ساختار سه عاملی سیاهه هستند. اما همانطور که در جدول مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل تک عاملی به عنوان یکی از مدل‌های رقیب حاکی از عدم برازش مدل تک عاملی هستند.

به منظور بررسی اعتبار مقیاس در مرحله اول ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف اسپیرمن-براون برای هر مؤلفه محاسبه گردید تا میزان همسانی درونی گزینه‌ها مشخص شود. این تحلیل به تفکیک گروه‌ها و برای کل نمونه انجام شد. نتیجه این تحلیل در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۴. بررسی همسانی درونی مقیاس شناخت اجتماعی و مؤلفه‌های آن با ضریب آلفای کرونباخ و

تصنیف اسپیرمن-براون

مقیاس	تعداد آیتم	اتیسم		عادی		کل نمونه	
		ضریب	تصنیف	ضریب	تصنیف	ضریب	تصنیف
		آلفا	اسپیرمن- براون	آلفا	اسپیرمن- براون	آلفا	اسپیرمن- براون
تئوری ذهن پایه	۸	۰/۷۸۲	۰/۵۲۸	۰/۷۸۶	۰/۷۵۵	۰/۸۱	۰/۵۶
تئوری ذهن مقدماتی	۲۰	۰/۹۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۸۴	۰/۹۷۴
تئوری ذهن پیشرفته	۱۶	۰/۹۵۸	۰/۹۶۵	۰/۹۷۴	۰/۹۶۱	۰/۹۷۹	۰/۹۷۱

کل مقیاس	۴۴	۰/۹۸۱	۰/۹۱	۰/۹۷۹	۰/۹۲۱	۰/۹۸۷	۰/۹۲۱
----------	----	-------	------	-------	-------	-------	-------

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف اسپیرمن - براون تقریباً برای همه مقیاس‌ها در حد مطلوبی قرار دارد. ضرایب پایین‌تر برای مقیاس نظریه ذهن پایه به دلیل تعداد گویه‌های کمتر و واریانس نسبتاً بالای نمرات در این مقیاس مربوط است. با این حال اکثر ضرایب در حد مطلوب قرار دارد و حاکی از مناسب بودن این مقیاس برای مقاصد ارزیابی و تشخیصی است.

به منظور بررسی اعتبار مقیاس از نظر میزان پایایی نیز از روش بازآزمایی استفاده شد. به این ترتیب که این مقیاس با فاصله یک ماهه مجدداً روی ۵۰ نفر از کودکان عادی و مبتلا به اُتسم اجرا شد و ارتباط نمرات دو اجرا با ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید. در گروه اُتسم ضرایب همبستگی بین اجرای اول و دوم مقیاس برای نظریه ذهن پایه، مقدماتی، پیشرفته و کل به ترتیب برابر با ۰/۵۵، ۰/۶۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۴ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. در گروه عادی نیز ضرایب همبستگی بین اجرای اول و دوم مقیاس برای نظریه ذهن پایه، مقدماتی، پیشرفته و کل به ترتیب برابر با ۰/۵، ۰/۶۸، ۰/۷۳ و ۰/۷۹ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. این نتایج نیز حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس می‌باشند.

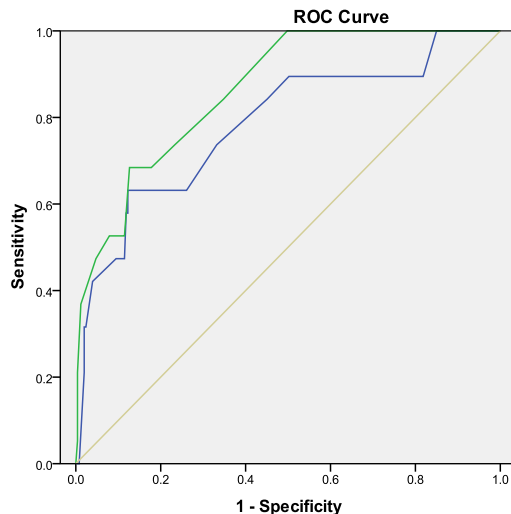
به منظور بررسی روایی همگرا، ارتباط نمرات همه شرکت‌کنندگان در این مقیاس با نمرات آن‌ها در آزمون ضریب نظریه ذهن با ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد که در گروه اُتسم برابر با ۰/۵۷ و در گروه عادی برابر با ۰/۶۹ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. این نتیجه نیز نشان می‌دهد این مقیاس روایی همگرای قابل قبول دارد.

به منظور بررسی روایی تمیزی (افتراقی) مقیاس، تفاوت نمرات گروه عادی و اُتسم در نمرات این مقیاس با آزمون t مستقل مورد آزمون قرار گرفت که نتایج حاکی از بالاتر بودن نمرات گروه عادی از گروه اُتسم در نظریه ذهن پایه ($t = 240.19, P < 0.001$)، نظریه ذهن مقدماتی ($t = 360.4, P < 0.001$)، نظریه ذهن پیشرفته ($t = 480.77, P < 0.001$) و کل مقیاس ($t = 490, P < 0.001$) بود که نشان‌دهنده تمیز دقیق بین این دو گروه توسط این مقیاس است. از آنجا که نمرات این مقیاس به طور نظری در دختران بالاتر از پسران است، به منظور بررسی قدرت

این مقیاس در تمیز بین این دو گروه آزمون t مستقل بر اساس جنسیت نیز انجام شد که نشان داد نمرات دختران به طور معناداری بالاتر از نمرات پسران است و این نتیجه برای نظریه ذهن پایه ($t=4.9, P<0.001$)، نظریه ذهن مقدماتی ($t=4.8, P<0.001$)، نظریه ذهن پیشرفته ($t=6.25, P<0.001$) و کل مقیاس ($t=5.7, P<0.001$) صادق است که حاکی از تمیز دقیق بین این دو گروه توسط این مقیاس است. ب

رای مقایسه نمرات این مقیاس در بین مقاطع سنی مختلف از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نشان داد تفاوت نمرات مقیاس در بین مقاطع سنی مختلف معنادار است. این نتیجه برای نظریه ذهن پایه ($F=28.64, P<0.001$)، نظریه ذهن مقدماتی ($F=59.1, P<0.001$)، نظریه ذهن پیشرفته ($F=112.5, P<0.001$) و کل مقیاس ($F=84.61, P<0.001$) مشاهده شد و نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که تفاوت نمرات هر مقطع سنی با نمرات دو مقطع بالاتر و پایین‌تر از خود معنادار است که می‌تواند ناشی از محدود بودن نسبی نمونه باشد. این نتایج نیز حاکی از روایی تمیزی این مقیاس است.

برای مقایسه قدرت پیش‌بینی‌کنندگی این مقیاس با پرسشنامه ضریب نظریه ذهن از منحنی راک استفاده شد که در نمودار ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۲. منحنی راک برای مقایسه قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مقیاس شناخت اجتماعی (سبزرنگ) با پرسشنامه ضریب نظریه ذهن (آبی رنگ)

همانطور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، سطح زیر منحنی مقیاس شناخت اجتماعی (۰/۸۶) وسیع‌تر از سطح زیر منحنی پرسشنامه ضریب نظریه ذهن (۰/۷۸) است که نشان می‌دهد این مقیاس عملکرد دقیق‌تر و بهتری در تعیین عضویت گروهی کودکان به عنوان عادی یا اُتسم دارد. این نتیجه، تأیید دیگری برای اعتبار و روایی مقیاس شناخت اجتماعی ارائه می‌نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که قبلاً هم اشاره شد هدف از پژوهش حاضر ساخت سیاهه شناخت اجتماعی و بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن در کودکان دارای سیر تحول طبیعی و کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتسم با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بود. نتایج مربوط به پایایی سیاهه شناخت اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ حاکی از آن است که ضرایب پایایی به دست آمده در هر دو گروه و هر دو جنس از منظر روانسنجی برای هر سه خرده مقیاس و کل مقیاس رضایت‌بخش بود. همچنین، دامنه اکثر همبستگی‌های مجموعه گویه‌های این آزمون مطلوب بود.

ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس نظریه ذهن پایه (۰/۸۱)، نظریه ذهن مقدماتی (۰/۹۸)، نظریه ذهن پیشرفته (۰/۹۷) و نمره کل سیاهه (۰/۹۸) به دست آمد. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که خرده مقیاس‌ها از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بودند. همچنین ضرایب تشخیص گویه‌ها حاکی از آن است که تمام گویه‌ها همبستگی مطلوبی با کل مقیاس داشتند و نیاز به حذف هیچ یک از گویه‌ها نبود.

یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص بررسی سیاهه شناخت اجتماعی با نتایج حاصل از داده‌های آزمون‌های نظریه ذهن هم سو است (موریس و همکاران، ۱۹۹۹؛ هاتچین و همکاران، ۲۰۱۲؛ قمرانی و همکاران، ۱۳۸۵). در تمامی این پژوهش‌ها، همانند پژوهش حاضر آلفای کرونباخ در سطح عالی یعنی بالای ۰/۹ گزارش شده است. از این رو می‌توان اظهار داشت سیاهه شناخت اجتماعی از پایایی بالایی جهت سنجش نظریه ذهن در کودکان برخوردار است.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی سیاهه شناخت اجتماعی همانند سایر پژوهش‌ها از جمله موریس و همکاران (۱۹۹۹)، هاتچین و همکاران (۲۰۱۲)، قمرانی و همکاران (۱۳۸۵) الگوی سه بُعدی سیاهه شناخت اجتماعی را مورد تأیید قرار می‌دهد. از این رو، پژوهش حاضر شواهد قوی‌تری

ارائه می‌دهد مبنی بر اینکه سیاهه شناخت اجتماعی می‌تواند برای ارزیابی نظریه ذهن و مؤلفه‌های مرتبط اساسی از جمله آرایه ادبی (سطح پیشرفته نظریه ذهن) در بافت ایرانی مورد استفاده قرار گیرد.

به منظور بررسی روایی همگرا، ارتباط نمرات همه شرکت‌کنندگان در این مقیاس با نمرات آن‌ها در آزمون ضریب نظریه ذهن با ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد که در گروه اُتیسم برابر با ۰/۵۷ و در گروه عادی برابر با ۰/۶۹ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. این نتیجه نیز نشان می‌دهد این مقیاس روایی همگرای قابل قبول دارد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که میانگین نمرات کل شناخت اجتماعی دختران به طور معناداری بالاتر از پسران است. این دستاورد همسو با نتایج پژوهش لسل (۱۹۹۵) بارون کوهن (۱۹۹۷)، والکر (۲۰۰۵) است. در تبیین یافته‌های بدست آمده می‌توان اذعان نمود که بطور قطع فرآیند رشد شناختی در دو جنس متفاوت است چنانکه زنان در توانایی‌های زبان و آزمون‌های روانی کلامی و مردان در مهارت‌های فضایی نسبت به جنس مقابل برتری دارند (ویلتسون، ۱۹۷۶؛ کیمورا، ۱۹۹۲). لذا علیرغم نمرات بالای زنان در تکالیف نظریه ذهن این امر می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر عوامل ژنتیکی یا اجتماعی شدن باشد (بارون-کوهن و هامر، ۱۹۹۷). همچنین این یافته‌ها با نتایج پژوهش تحولی‌نگر والکر مبنی بر برتری دختران پیش‌دبستانی در مقایسه با پسران هم‌سن خود در آزمون نظریه ذهن همسو است. همچنین ورود و همکاران در بررسی فعالیت نواحی مختلف مغز برخاسته از ذهن‌خوانی در دختران ۱۹-۱۸ سال، اوج فعالیت در اتصال بخش آهیانه‌ای-گیجگاهی این افراد در ذهن‌خوانی از روی هیجانات و رفتار را گزارش نمودند. یک فرضیه معروف در مورد تفاوت‌های جنسیتی در شناخت اجتماعی این مفهوم است که زنان در تخصیص حالات ذهنی به دیگران، و در پاسخ‌های تظاهرائی مناسب به حالات چهره‌ای یک فرد دیگر، عملکرد بهتری دارند (لسلی، ۲۰۰۷).

سیاهه شناخت اجتماعی عملکرد دقیق‌تر و بهتری در تعیین عضویت گروهی کودکان به عنوان سیر تحول طبیعی و اُتیسم دارد. همچنین کودکان در سنین بالاتر در مقایسه با کودکان خردسال عملکرد بهتری در سیاهه شناخت اجتماعی داشتند. بدین معنا که همسو با افزایش سن، نمره آزمودنی‌ها در سیاهه شناخت اجتماعی افزایش می‌یافت. این یافته افزون بر آنکه نقش تفاوت‌های

سنی در نظریه ذهن را تأیید می‌کند، بیانگر روایی آزمون بر تحولی بودن آن نیز است و با نتایج پژوهش موریس و همکاران (۱۹۹۹)، قمرانی و همکاران (۱۳۸۵) و هاتچین (۲۰۱۲) در خصوص روایی آزمون همسو است. این نتیجه، تأیید دیگری برای اعتبار و روایی سیاهه شناخت اجتماعی ارائه می‌نماید.

از آنجائی که تا کنون مقیاسی جهت سنجش شناخت اجتماعی برای کودکان در ایران ساخته و طراحی نشده است و معمولاً اکثر ابزارهای ارزیابی در حوزه شناخت اجتماعی به صورت تکلیف‌محور و برای سنجش یک بُعد از نظریه ذهن (به عنوان مثال باور کاذب) طراحی شده‌اند. بنابراین ساخت و طراحی سیاهه شناخت اجتماعی کودکان در حوزه رشدی- اجتماعی که در پژوهش حاضر محقق شد، می‌تواند مسیرهای جدید را در جهت گسترش و انجام غربالگری و آمادگی سنجش باز کند.

البته، محدودیت‌های این مطالعه و راهنمایی برای پژوهش‌های آتی شایان ذکر است. اول آن که، اگرچه در این مطالعه افراد مبتلا به اختلال طیف اُتیسم تا سن ۱۳ سالگی مورد بررسی قرار گرفتند، در برخی از سنین بالاتر حجم نمونه بسیار پایین بود، بنابراین برای ایجاد اطمینان در ثبات نمرات برای برخی سنین در نمونه (سنین ۱۴ تا ۱۷ سال) به نمونه‌های بیشتر نیاز است. از آنجایی که یکی از اهداف سیاهه شناخت اجتماعی ایجاد معیاری بود که برای افراد دارای ارتباط کلامی و غیرکلامی مناسب باشد، نمونه مطلوب، نمونه بزرگ‌تری از افراد مبتلا به اختلال طیف اُتیسم با محدودترین مهارت‌های زبانی است، زیرا نمونه فعلی نسبت به افراد دارای زبان کارکردی سنجیده شده بود.

پژوهش‌های آینده باید بررسی کنند که آیا امتیازات سیاهه شناخت اجتماعی کارکرد اجتماعی را در مشاهدات رفتاری دنیای واقعی پیش‌بینی می‌کند و اگر جواب مثبت است، نظریه ذهن تا چه حد می‌تواند مشکلات رفتاری را پیش‌بینی کند. در آینده، در نظر گرفتن آزمون‌های روایی افتراقی امری مهم خواهد بود. در حال حاضر، این مطالعه پشتوانه قوی برای طراحی و بررسی بیشتر سیاهه شناخت اجتماعی برای استفاده در پژوهش‌ها و محیط بالینی فراهم می‌آورد. با نگرش به نتایج پژوهش حاضر به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد که جهت بسط گستره نظری و مفهومی شناخت اجتماعی، ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شناخت اجتماعی را در جمعیت‌های

دیگر و نیز در ارتباط با مفاهیم و متغیرهای دیگر مورد بررسی قرار دهند. افزون بر این با نگرش به اینکه صرفاً با انجام پژوهش‌های مختلف می‌توان از روایی و پایایی یک ابزار ارزیابی اطمینان حاصل کرد. لذا پیشنهاد می‌شود از طریق پژوهش‌های دیگر نیز روایی و پایایی سیاهه شناخت اجتماعی سنجیده شود. همچنین از سیاهه مذکور جهت غربالگری و سنجش کودکان و نوجوانان در مدرسه و مراکز درمانی استفاده شود و با توجه به تأخیر در رشد نظریه ذهن برنامه و مداخلاتی برای ارتقاء و بهبود توانایی ذهن‌خوانی طراحی شود.

موازن اخلاقی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری در رشته شناخت اجتماعی در مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی (با شناسه اخلاق: IR.UT.IRICSS.REC.1399.011) است که پروپوزال آن در ۱۳۹۹/۴/۱۰ تصویب شده است. کلیه شرکت‌کنندگان ابتدا رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند. حریم خصوصی و رازداری از طریق عدم درج نام و نام خانوادگی آن‌ها رعایت شد.

سپاسگزاری

از کلیه شرکت‌کنندگانی که ما را در اجرای پژوهش همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحلیل آماری و نگارش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع

باقریان خسرو شاهی، ص.، پوراعتماد، ح.، فتح‌آبادی، ج. (۱۳۹۳). مؤلفه‌های مؤثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی از منظر والدین. زمستان، شماره ۴ (۳۲)، ۲۹-۴۲.

https://apsy.sbu.ac.ir/article_96234.html

قمرانی، امیر، البرزی، شهلا، خیر، محمد (۱۳۸۵). بررسی روایی و اعتبار نظریه ذهن در گروهی از دانش-آموزان عقب‌مانده ذهنی و عادی شهر شیراز. فصلنامه روانشناسی، سال دهم، شماره ۱، ۱۸۱-۱۹۹.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/>

نجاتی، وحید، رامش، سمیه (۱۳۹۴). آزمون درک ضرب‌المثل: ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی. مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین. زمستان، ۹ (۲۵)، ۱۰۶-۱۱۴.

<http://mrj.tums.ac.ir/article-1-5453-fa.html>

Apperly, I. A., Samson, D., & Humphreys, G. W. (2009). Studies of adults can inform accounts of theory of mind development. *Developmental psychology*, 45(1), 190.

<https://psycnet.apa.org/doi.org/10.1037/a0014098>

Banerjee, R., Watling, D., & Caputi, M. (2011). Peer relations and the understanding of faux pas: Longitudinal evidence for bidirectional associations. *Child development*, 82(6), 1887-1905.

<https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.2011.01669.x>

Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: a fifteen-year review. pp3-20. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025075115100>

Baron-Cohen, S., & Goodhart, F. (1994). The 'seeing-leads-to-knowing' deficit in autism: The Pratt and Bryant probe. *British Journal of Developmental Psychology*, 12(3), 397-401.

<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-835X.1994.tb00642.x>

Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822.

<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x>

Begeer, S., Howlin, P., Hoddenbach, E., Clauser, C., Lindauer, R., Clifford, P., ... & Koot, H. M. (2015). Effects and moderators of a short theory of mind intervention for children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Autism Research*, 8(6), 738-748.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aur.1489>

- Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stockmann, L. (2003). Theory of mind-based action in children from the autism spectrum. *Journal of autism and developmental disorders*, 33, 479-487.
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025875311062>
- Blijd-Hoogewys, E. M. A., Van Geert, P. L. C., Serra, M., & Minderaa, R. B. (2008). Measuring theory of mind in children. Psychometric properties of the ToM storybooks. *Journal of autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1907-1930.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-008-0585-3>
- Bosacki, S., & Wilde Astington, J. (1999). Theory of mind in preadolescence: Relations between social understanding and social competence. *Social development*, 8(2), 237-255.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-9507.00093>
- Brock, L. L., Kim, H., Gutshall, C. C., & Grissmer, D. W. (2018). The development of theory of mind: Predictors and moderators of improvement in kindergarten. *Early Child Development and Care*.
<https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/03004430.2017.1423481>
- Happé, F. G. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child development*, 66(3), 843-855.
<https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00909.x>
- Harris, P. L., Johnson, C. N., Hutton, D., Andrews, G., & Cooke, T. (1989). Young children's theory of mind and emotion. *Cognition & Emotion*, 3(4), 379-400.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699938908412713>
- Hughes, C. (2016). Theory of mind grows up: Reflections on new research on theory of mind in middle childhood and adolescence.
<https://psycnet.apa.org/record/2016-29993-003>
- Hutchins, T. L., Prelock, P. A., & Bonazinga, L. (2012). Psychometric evaluation of the Theory of Mind Inventory (ToMI): A study of typically developing children and children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 327-341.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-011-1244-7>
- Lamb, M. E., & Lerner, R. M. (2015). *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes*, Vol. 3. John Wiley & Sons, Inc.
[https://www.google.com/books/edition/Handbook_of_Child_Psychology_and_Develop/5h7PBwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=\).+Handbook+of+child+psychology+and+developmental+science:&pg=PA204&printsec=frontcover](https://www.google.com/books/edition/Handbook_of_Child_Psychology_and_Develop/5h7PBwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=).+Handbook+of+child+psychology+and+developmental+science:&pg=PA204&printsec=frontcover)

- Leslie, A. M., & Frith, U. (1988). Autistic children's understanding of seeing, knowing and believing. *British Journal of Developmental Psychology*, 6(4), 315-324.
<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-835X.1988.tb01104.x>
- Levi-Shachar, O., Gvirts, H. Z., Goldwin, Y., Bloch, Y., Shamay-Tsoory, S., Boyle, D., & Maoz, H. (2021). The association between symptom severity and theory of mind impairment in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 303, 114092.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178121003899>
- Luo, Y., & Baillargeon, R. (2010). Toward a mentalistic account of early psychological reasoning. *Current directions in psychological science*, 19(5), 301-307.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0963721410386679>
- Meng, C., Huo, C., Ge, H., Li, Z., Hu, Y., & Meng, J. (2021). Processing of expressions by individuals with autistic traits: Empathy deficit or sensory hyper-reactivity? *Plos one*, 16(7), e0254207.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0254207>
- Muris, P., Steerneman, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Horselenberg, R., van den Hogen, T., & van Dongen, L. (1999). The TOM test: A new instrument for assessing theory of mind in normal children and children with pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(1), 67-80.
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025922717020#citeas>
- Nott, Z., Horne, K., Prangley, T., Adams, A. G., Henry, J. D., & Molenberghs, P. (2019). Structural and functional brain correlates of theory of mind impairment post-stroke. *Cortex*, 121, 427-442.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010945219303399>
- Perner, J., & Wimmer, H. (1985). "John thinks that Mary thinks that..." attribution of second-order beliefs by 5-to 10-year-old children. *Journal of experimental child psychology*, 39(3), 437-471.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022096585900517>
- Pons, F., Harris, P. L., & De Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. *European journal of developmental psychology*, 1(2), 127-152.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17405620344000022>
- Quesque, F., & Rossetti, Y. (2020). What do theory-of-mind tasks actually measure? Theory and practice. *Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 384-396.

- <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691619896607?journalCode=ppsa>
- Synn, A., Mothakunnel, A., Kumfor, F., Chen, Y., Piguet, O., Hodges, J. R., & Irish, M. (2018). Mental states in moving shapes: distinct cortical and subcortical contributions to theory of mind impairments in dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 61(2), 521-535.
- <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad170809>
- Tager-Flusberg, H. (1999). The challenge of studying language development in children with autism. In *Methods for studying language production* (pp. 317-336). Psychology Press.
- <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781410601599-21/challenge-studying-language-development-children-autism-helen-tager-flusberg>
- Tager-Flusberg, H. (2003). Exploring the relationship between theory of mind and social-communicative functioning in children with autism.
- https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C44&q=Exploring+the+relationship+between+theory+of+mind+and+social+communicative+functioning+in+children+with+autism.&btnG=
- Wellman, H. M. (2011). Developing a theory of mind.
- <https://psycnet.apa.org/record/2010-22950-010>
- Wellman, H. M., & Liu, D. (2004). Scaling of theory-of-mind tasks. *Child development*, 75(2), 523-541.
- <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.2004.00691.x>
- Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child development*, 72(3), 655-684.
- <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-8624.00304>
- Yi, Z., Zhao, P., Zhang, H., Shi, Y., Shi, H., Zhong, J., & Pan, P. (2020). Theory of mind in Alzheimer's disease and amnesic mild cognitive impairment: a meta-analysis. *Neurological Sciences*, 41(5), 1027-1039.
- <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-019-04215-5>



Research Article

Iranian Adaptation of the Revised Adult Attachment Scale: Validity and Reliability in the General Population

A. Asgarizadeh^{1*}, Sh. Pakdaman², M. Hunjani³ & S. Ghanbari⁴

1. PhD Student in Psychology, Education and Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: a_asgarizadeh@sbu.ac.ir
2. Associate Professor, Education and Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: pakdaman.shahla@gmail.com
3. MSc in Clinical Family Psychology, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: mahsahunjani@gmail.com
4. Assistant professor, Education and Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: s_ghanbari@sbu.ac.ir

Abstract

Aim: The Revised Adult Attachment Scale (RAAS) is a well-established self-report measure for research purposes. Its three-factor structure has been employed in Iranian populations for years, despite the lack of evidence to support its psychometric properties. The current study aimed to assess the factor structure, convergent validity, and reliability of RAAS in Iranian community adults. **Method:** A sample of 605 participants (354 females, 251 males) was randomly divided into two samples ($n_1 = 303$, $n_2 = 302$) for factor analytic purposes. Along with RAAS, measures of mentalizing capacity, emotion dysregulation and borderline personality disorder were administered. Exploratory and confirmatory factor analyses were applied to evaluate the factor structures proposed for its original version. **Results:** Overall, factor analyses suggested the two-factor structure (i.e., anxiety and avoidance) to be the better fit for the data. Due to weak factor loading, six items were removed, resulting in a 12-item scale. Furthermore, Anxiety and avoidance demonstrated significant correlations with attachment-related instruments ($p < .001$) and their internal consistencies were also acceptable ($\alpha = .83$ and $.76$, respectively). **Conclusion:** Our findings were congruent with previous theoretical underpinnings and provided support for the Iranian adaptation of RAAS in the general population.

Key words: Adult Attachment, Anxiety, Avoidance, Factor Structure, Psychometric Properties

Citation: Asgarizadeh, A., Pakdaman, Sh., Hunjani, M., & Ghanbari, S. (2023). Iranian Adaptation of the Revised Adult Attachment Scale: Validity and Reliability in the General Population. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):167-191.

نسخه ایرانی مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال: روایی و پایایی در جمعیت عمومی

احمد عسگری زاده^{۱*}، شهلا پاکدامن^۲، مهسا هونجانی^۳ و سعید قنبری^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: a_asgarizadeh@sbu.ac.ir

۲. دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: pakdaman.shahla@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی خانواده، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: mahsahunjani@gmail.com

۴. استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: s_ghanbari@sbu.ac.ir

چکیده

هدف: مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال، سنجۀ خودگزارش‌دهی شناخته‌شده‌ای برای اهداف پژوهشی است. ساختار سه‌عاملی این مقیاس، علی‌رغم فقدان شواهدی که از ویژگی‌های روان‌سنجی آن حمایت کنند، سال‌ها در جمعیت‌های ایرانی به کار گرفته شده است. مطالعه حاضر هدف در بررسی ساختار عاملی، روایی همگرا و پایایی مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال در بزرگسالان جامعه ایرانی داشت. **روش:** نمونه‌ای متشکل از ۶۰۵ شرکت‌کننده (۳۵۴ زن، ۲۵۱ مرد)، به‌طور تصادفی و با هدف تحلیل عاملی به دو نمونه مجزا ($\alpha_1 = 30.3$ ، $\alpha_2 = 30.2$) تقسیم شدند. علاوه بر مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال، سنجه‌هایی از ذهنی‌سازی، بدنتظیمی هیجان و اختلال شخصیت مرزی اجرا شدند. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی برای ارزیابی ساختارهای عاملی پیشنهادشده در نسخه اصلی به کار گرفته شدند. **یافته‌ها:** در مجموع، تحلیل عاملی حاکی از آن بود که ساختار دوعاملی (اضطراب و اجتناب) برازش بهتری با داده‌ها دارد. به‌دلیل بار عاملی ضعیف، شش گویه حذف شدند و در نتیجه مقیاسی ۱۲ گویه‌ای به دست آمد. مضاف بر این، اضطراب و اجتناب با ابزارهای مرتبط با دلبستگی همبستگی معناداری نشان دادند ($p < 0.01$) و همسانی درونی‌شان نیز قابل قبول بود (به‌ترتیب α برابر با ۰/۸۳ و ۰/۷۶). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های ما با بنیان‌های نظری پیشین همخوان بود و از نسخه ایرانی مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال برای استفاده در جمعیت عمومی حمایت کرد.

کلید واژه‌ها: اجتناب، اضطراب، دلبستگی بزرگسال، ساختار عاملی، ویژگی‌های روان‌سنجی

مقدمه

نظریه دلبستگی توسط بالبی (۱۹۶۹) پایه‌گذاری شد. دلبستگی، به گرایش عاطفی کودک نسبت به مراقب اشاره دارد؛ گرایشی که خصوصاً در زمان‌های پریشانی به چشم می‌خورد (گراهام و آنترشت، ۲۰۱۵). به اعتقاد بالبی (۱۹۷۳) روابط کودک با مراقبان در سال‌های نخستین زندگی، منجر به شکل‌گیری الگوهایی می‌شود که بر شیوه تعاملات فرد در بزرگسالی اثرگذار است. مطالعات نشان داده‌اند که الگوهای ناایمنی در دلبستگی با سلامت روان (ژانگ، لی، زی، چن، زو و هادسون، ۲۰۲۲)، بدتنظیمی هیجانی و نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی^۱ (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۹؛ فوناگی و لویتن، ۲۰۱۸؛ بشارت، ۱۳۹۱)، اختلال شخصیت مرزی (اسمیت و ساوث، ۲۰۲۰) و اختلالات دو قطبی و افسردگی (هرستل، بتز، پنزل، چپلنیزکی، فیلیهاگ و آنتونوچی و همکاران، ۲۰۲۱؛ داگان، فاکامپره و برنارد، ۲۰۱۸) مرتبط است. پژوهش در باب دلبستگی، به واسطه تأثیر آن بر بسیاری از پدیده‌های زیستی-روانی-اجتماعی، توجه روزافزونی را به خود جلب کرده و پژوهشگران را با چالش سنجش آن مواجه ساخته است (راویتز، ماندر، هانتر، استانکیا و لنسی، ۲۰۱۰). سنجش دلبستگی تاکنون به روش‌های مختلفی انجام شده است، از جمله مصاحبه (جرج، کاپلان و مین، ۱۹۹۶)، مشاهده رفتار (وامپلر، ریگز و کیمبال، ۲۰۰۴)، کدگذاری روایت‌ها (جرج و وست، ۲۰۰۱) و پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی (برای مثال، بارتولومئو و هورویتز، ۱۹۹۱؛ هازان و شیور، ۱۹۸۷). با این حال، به نظر می‌رسد مقیاس‌های خودگزارش‌دهی، به دلیل سهولت در اجرا، رایج‌ترین ابزار نزد پژوهشگران‌اند.

یکی از مشهورترین ابزارها در این حوزه، سنجه‌ای ۱۸ گویه‌ای است که کالینز و رید (۱۹۹۰) تحت عنوان «مقیاس دلبستگی بزرگسال» ارائه کرده‌اند. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس با استفاده از سه مطالعه (با حجم نمونه ۴۰۶، ۱۱۸ و ۱۴۲) به دست آمده و در مطالعه چهارم (کالینز، ۱۹۹۶) مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته است. این ابزار به منظور غلبه بر محدودیت‌های مقیاس تک‌عاملی هازان و شیور (۱۹۸۷) پدید آمده است. کالینز (۱۹۹۰) پیشنهاد می‌کند که به جای استفاده از سبک‌های دلبستگی، پرداختن به ابعاد دلبستگی (از جمله نزدیکی^۲ و وابستگی^۳) رویکردی دقیق‌تر است؛ پیشنهادی که ابزار حاضر در صدد پاسخ‌گویی به آن است. علاوه بر این، این مقیاس در مقایسه با پرکاربردترین ابزار خودگزارش‌دهی سنجش دلبستگی، یعنی مقیاس

^۱ Mentalizing^۲ Closeness^۳ Dependency

تجدیدنظرشده تجارب در روابط نزدیک^۱ (فرالی، والر و برنان، ۲۰۰۰)، کوتاه تر و مقرون به صرفه تر بوده و زحمت پاسخ دهی را کاهش می دهد.

برای مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال دو ساختار عاملی مجزا شناسایی شده است: (۱) سه بعد نزدیکی، وابستگی و اضطراب؛ هر یک با شش گویه و (۲) دو بعد اضطراب و اجتناب، که به ترتیب از شش و دوازده گویه. یافته ها حاکی از روایی همگرایی مناسب برای این ابزارند: نزدیکی، وابستگی و اضطراب با نمرات عزت نفس، نگرش های فردی، اعتماد، رفتار اجتماعی، و نمرات دیگر سنج های دلبستگی همبسته اند (کالینز، ۱۹۹۶؛ برنان، کلارک و شیور، ۱۹۹۸). به علاوه، گراهام و آنترشوت (۲۰۱۵) در فراتحلیلی بر روی ۳۱ مطالعه، میانگین آلفای کرونباخ را برای نزدیکی، وابستگی و اضطراب به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰، و ۰/۸۶ محاسبه کردند.

ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه تاکنون در کشورهای مختلفی سنجیده شده است که غالباً ساختار سه عاملی را پیشنهاد کرده اند؛ از جمله شیلی (فرناندز و دوفی، ۲۰۱۵)، پاکستان (انجم و بتول، ۲۰۱۶)، پرتغال (کانوارو، دیاس و لیما، ۲۰۰۶)، ایتالیا (ترویسسی، پارولا و مارگارتیا، ۲۰۲۲) و برزیل (تکسیرا، فریرا و هاوات رودریگز، ۲۰۱۹). علی رغم برازش خوب ساختار سه عاملی با داده ها در اکثر کشورهای مذکور، همسانی درونی خرده مقیاس های وابستگی و نزدیکی در نسخه های شیلی و پرتغال ضعیف است (آلفای کرونباخ کوچک تر از ۰/۷۰). همچنین، تفاوت هایی در هر یک از نسخه ها گزارش شده است: برای مثال در نسخه های مربوط به کشورهای شیلی، برزیل، پاکستان و ایتالیا چندین گویه برای همسانی درونی مشکل ساز شدند. همچنین، در نسخه ایتالیایی، دو گویه بار عاملی متقاطع^۳ داشتند. در یکی از پژوهش های انجام شده در برزیل نیز خرده مقیاس های نسخه اصلی تأیید نشده و در نهایت سه خرده مقیاس ایمن، اضطرابی، اجتنابی شناسایی شدند. نتایج متفاوت در کشورهای مختلف مؤید این است که دلبستگی تحت تأثیر فرهنگ، ارزش های جامعه و زبان ویژگی های متفاوتی پیدا می کند (آگیشتانین و برومبو، ۲۰۱۳). در ایران از مقیاس مذکور برای مقاصد پژوهشی استفاده شده است. میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده در نمونه های ایرانی، خصوصاً برای خرده مقیاس های وابستگی و نزدیکی، در موارد متعددی زیر ۰/۷۰ گزارش شده است (برای مثال، پاکدامن، ۱۳۸۳؛ حدادی کوهسار و غباری بناب، ۱۳۹۱؛ کوهسار و بناب، ۲۰۱۱؛ حاجی زاده، احدی، جمهوری و رهگذر، ۲۰۱۳؛ نعمتی و

^۱ Experiences in Close Relationships - Revised

^۳ Cross-loading

^۲ Anxiety

عمومی، ۲۰۱۶؛ هاشمی، درتاج، سعدی‌پور و اسدزاده، ۱۳۹۶). پژوهش نعمتی و همکاران (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که خرده مقیاس نزدیکی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای مدنظر پژوهش را ندارد. در پژوهش کوهسار و همکاران (۲۰۱۱) نیز تنها خرده‌مقیاس وابستگی توانست میزان رضایت از زندگی را در افراد پیش‌بینی کند. علاوه بر این، تا به حال ساختار عاملی این مقیاس برای جمعیت ایرانی گزارش نشده است. به نظر می‌رسد که علی‌رغم ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب ابزار حاضر در کشورهای دیگر، ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه ایرانی نیاز به بررسی دارد. لذا هدف مطالعه حاضر، بررسی ساختار عاملی، روایی همگرا و پایایی آن در جامعه ایرانی است.

روش

شرکت‌کنندگان

حجم نمونه ۱۰ برابر تعداد گویه‌ها برای تحلیل عاملی اکتشافی مناسب است (هایر، بابین، اندرسون و بلک، ۲۰۱۹). همچنین، در تحلیل عاملی تأییدی، نسبت تعداد نمونه به پارامترهای آزاد مدل باید بیشتر از ۱۰ باشد (کریازوس، ۲۰۱۸). جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی افراد بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ ساله) ایرانی است. از این رو، معیاری برای ورود و خروج آزمودنی‌ها، به غیر از سن و ملیت، اعمال نشد. به‌منظور گردآوری اطلاعات از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و با توجه به شیوع ویروس کرونا، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت آنلاین طراحی و توزیع شدند. در کل، ۶۲۵ شرکت‌کننده پاسخ‌های کامل خود را ثبت کردند. پس از حذف پاسخ‌های نامعتبر (با توجه به مدت زمان بیش از حد کوتاه برای تکمیل مجموعه ابزارها)، ۶۰۵ شرکت‌کننده (۳۵۴ زن و ۲۵۱ مرد) نمونه نهایی مطالعه را تشکیل دادند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۱۸ تا ۶۵ سال بود (میانگین = ۳۳/۷۶، انحراف معیار = ۱۲/۷۹). مجردها ۳۲۷ نفر (۵۴ درصد) و متأهل‌ها ۲۷۸ نفر (۴۴ درصد) از نمونه را تشکیل می‌دادند. به‌علاوه، واجدین مدارک سیکل، دیپلم، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری به ترتیب ۱۶ (۲/۶ درصد)، ۲۰۹ (۳۴/۵ درصد)، ۴۸ (۷/۹ درصد)، ۱۹۰ (۳۱/۴ درصد)، ۱۱۵ (۱۹/۰ درصد) و ۲۷ (۴/۵ درصد) شرکت‌کننده را شامل می‌شدند. انجام همزمان تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی بر روی یک نمونه می‌تواند روایی نتایج را زیر سؤال برد (فوکما و گرایف، ۲۰۱۷). از این رو، به‌منظور بررسی ساختار عاملی مقیاس، نمونه فوق به‌صورت تصادفی به دو نمونه ۳۰۳ و ۳۰۲ نفری تقسیم شد. نمونه اول متشکل از

۱۷۶ زن و ۱۲۷ مرد با دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال (میانگین = $33/96$ ، انحراف معیار = $12/82$) بود. نمونه دوم شامل ۱۷۸ زن و ۱۲۴ مرد با دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال (میانگین = $33/55$ ، انحراف معیار = $12/78$) بود. تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی به ترتیب بر روی نمونه‌های اول و دوم انجام شد.

روش اجرا

ابتدا ترجمه فارسی موجود از این مقیاس (پاکدامن، ۱۳۸۳) با نسخه اصلی مطابقت داده شد. نظر به عدم تطبیق ترجمه پیشین درباره برخی از گویه‌ها (۱۸-۱۷-۱۳-۱۲-۱۱-۵)، فرایند ترجمه-بازترجمه انجام شد (بریسلین، ۱۹۷۰). یکی از نویسندگان، گویه‌های مذکور را به فارسی ترجمه کرده و نویسنده دیگر گویه‌های ترجمه‌شده را به انگلیسی برگرداند. هردو نویسنده به زبان انگلیسی تسلط داشتند. سپس برگردان ترجمه توسط هر دو نویسنده مذکور با نسخه اصلی مطابقت داده شد و ایرادات موجود رفع شد. در نهایت، مجموعه ابزارهای ذکرشده، به همراه پرسش‌نامه محقق‌ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی، در پلتفرم آنلاین پرس‌لاین (www.porsline.ir) بارگذاری شدند. سپس لینک پرسش‌نامه از طریق رسانه‌های اجتماعی (از جمله تلگرام، واتساپ و اینستاگرام) به اشتراک گذاشته شدند.

ابزارها

ذهنی‌سازی. پرسش‌نامه کنش تأملی (RFQ؛ فوناگی، لویتن، مولتون-پرکینز، لی، وارن، هاوارد و همکاران، ۲۰۱۶) از هشت گویه تشکیل شده است و بر روی یک مقیاس لیکرتی هفت نقطه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. فوناگی و همکاران (۲۰۱۶) دو خرده‌مقیاس قطعیت درباره حالات ذهنی و عدم قطعیت درباره حالات ذهنی را برای آن معرفی کرده‌اند. در مطالعه بادود و همکاران (۲۰۱۵)، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های قطعیت و عدم قطعیت به ترتیب $0/72$ و $0/64$ برآورد شد. علاوه بر این، بین نمرات RFQ و نمرات مقیاس‌های اختلال شخصیت مرزی، افسردگی و تکانشگری رابطه معنادار مشاهده شد (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۶). سید موسوی و همکاران (۲۰۲۱) این پرسش‌نامه را در ایران اجرا کرده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی RFQ برای خرده‌مقیاس‌های قطعیت و عدم قطعیت به ترتیب $0/71$ و $0/62$ محاسبه شده است. پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که ساختار تک‌عاملی (عدم قطعیت) برازش بهتری با داده‌ها دارد (مولر،

وندت، اسپیتزر، ماسوهر، بک و زیمرمن، ۲۰۲۱؛ ووزنیاک-پروس، گمبین، کدو و شارپ و همکاران، ۲۰۲۲). در این ساختار عاملی، تنها گویه هفتم کدگذاری مجدد می‌شود و مجموع نمرات نشان‌دهنده عدم قطعیت درباره حالات ذهنی‌اند. با توجه به همسانی درونی نامناسب ساختار دو عاملی در مطالعات پیشین و شواهد مذکور، در مطالعه حاضر از ساختار تک‌عاملی استفاده شد. آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش فعلی ۰/۸۰ برآورد شد.

پرسش‌نامه ذهنی‌سازی (MZQ؛ هاوسبرگ، شولز، پیگلر، هاپاچ، کلور، بروت، ۲۰۱۲) شامل ۱۵ گویه است و بر روی یک طیف لیکرتی پنج نقطه‌ای (از ۱= مخالفم، تا ۵= موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. شواهد حاکی از روایی افزایشی MZQ در مقایسه با RFQ هستند (رایموندی و همکاران، ۲۰۲۲). هاوسبرگ و همکاران (۲۰۱۲) پیشنهاد کرده‌اند که تمام نمرات ۱۵ گویه تجمیع شده و یک نمره واحد از ظرفیت ذهنی‌سازی محاسبه شود. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۱ گزارش شده است. مطالعات حاکی از این‌اند که نمرات MZQ (۱) میان افراد سالم و بیمار تمیز می‌گذارند (بلودری موری، فریگنو، پنائتی، موزیو و پیچینی، ۲۰۱۷)؛ (۲) با دیگر مقیاس‌های ذهنی‌سازی رابطه‌ای مثبت و معنادار دارند (شوارزر، نولته، فوناگی و گینگلمایر، ۲۰۲۱)؛ (۳) با شدت علائم آسیب‌شناختی ارتباطی منفی و معنادار دارند (پروبت، دهاوست، بروت، شولتز، پای و اندریاس، ۲۰۱۸)؛ و (۴) در طول روان‌درمانی برای بیماران بستری، به‌طرز معناداری افزایش پیدا کرده‌اند (هاوسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲). در ایران و در پژوهشی بر روی ۲۷۲ شرکت‌کننده، ساختار تک‌عاملی پیشنهادی تأیید شده و آلفای کرونباخ ابزار ۰/۸۱ گزارش شده است (به‌نقل از عسگری‌زاده، ۱۴۰۱). آلفای کرونباخ و این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۸۰ بود.

صفات اختلال شخصیت مرزی. ابزار غربالگری مک‌لین برای اختلال شخصیت مرزی (MSI-BPD؛ زانارینی و همکاران، ۲۰۰۳) پرسش‌نامه‌ای ۱۰ گویه‌ای است که علائم اختلال شخصیت مرزی را مطابق با راهنماهای تشخیصی می‌سنجد. گویه‌ها به‌صورت سؤالات بله یا خیر مطرح می‌شوند و هرچه مجموع نمرات بالاتر باشد، نشان از علائم بیشتر برای اختلال شخصیت مرزی دارد. زانارینی و همکاران (۲۰۰۳) نقطه برش ۷ نمره‌ای را برای تشخیص این اختلال مشخص کردند، اما پژوهش‌های اخیر از نقاط برش پایین‌تر حمایت می‌کنند (زیمزن و بالینگ، ۲۰۲۱). نمرات این ابزار با دیگر سنجه‌هایی که افسردگی، اضطراب، تروما، سوء‌مصرف مواد مخدر، اضطراب، تکانشگری، مشکلات بین‌فردی و عزت‌نفس را اندازه می‌گرفتند همبستگی معنادار نشان داد (کنگ، لی، درابو، هنگ، چی، هو و همکاران، ۲۰۱۹؛ لی کورف، مارتین استوری، تیشیت، لاپم و

فرگت، ۲۰۲۱). ابزار حاضر در ایران اجرا شده است و روایی همگرا و پایایی مناسبی را از خود نشان داده است (موسوی اصل، دباغی و تقوا، ۲۰۲۰). همچنین، هر دو ساختار تک‌عاملی و دوعاملی در این مطالعه پشتیبانی شده‌اند. در پژوهش حاضر از ساختار تک‌عاملی استفاده شد و آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برآورد شد.

بدتنظیمی هیجان. نسخه کوتاه مقیاس دشواری‌ها در تنظیم هیجان (DERS-SF؛ کافمن، شا، فسکو، یاپتانکو، اسکیدمو و کراول، ۲۰۱۶) با حفظ ۱۸ گویه از نسخه اصلی این ابزار ایجاد شده است و بدتنظیمی هیجان را در شش خرده‌مقیاس سه‌گویه‌ای عدم‌پذیرش، اهداف، کنترل تکانه، آگاهی هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجان و شفافیت هیجانی می‌سنجد. این مقیاس به‌وسیله طیف لیکرتی پنج نقطه‌ای (از ۱ = تقریباً هرگز تا ۵ = تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان‌ات‌اند. یافته‌ها حاکی از این‌اند که نسخه حاضر دارای ویژگی‌های روان‌سنجی بهتری از نسخه اصلی است (الورانتا، کالتیالا، لیندبرگ، کایوسجا، و پلتونن، ۲۰۲۰؛ مکاوی، واتسون سینگلتن، دیکسون، فانی، میکاپلیس، ۲۰۲۱). ارتباط قوی و معنادار این مقیاس با ابزارهایی که آسیب‌شناسی روانی عمومی، خودجراحی، افسردگی، اضطراب صفت و حالت، اجتناب از تجارب و هویت و خودپنداره را می‌سنجیدند نشانگر روایی همگرایی ابزار است؛ همچنین، آلفای کرونباخ کلی ابزار ۰/۸۹ گزارش شده است (کافمن و همکاران، ۲۰۱۶). در نسخه فارسی مقیاس حاضر، به دلیل ضعف در ویژگی‌های روان‌سنجی، خرده‌مقیاس آگاهی هیجانی حذف شده و ۱۵ گویه باقی ماندند (عسگری زاده و همکاران، در حال نگارش). نسخه فارسی نیز به‌مانند نسخه انگلیسی از ویژگی‌های روان‌سنجی عالی برخوردار است. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ ابزار ۰/۹۳ برآورد شد.

روش تحلیل

از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS برای محاسبه ضرایب همبستگی و تحلیل عاملی اکتشافی، و از نسخه ۲۴ نرم‌افزار AMOS برای تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. با توجه به مبنای نظری ابزار مورد استفاده، تحلیل عاملی اکتشافی با تعداد عوامل ثابت دو و سه انجام شد. به‌منظور استخراج عوامل در تحلیل عاملی اکتشافی، روش عامل‌یابی محور اصلی^۱ به کار گرفته شد. این روش رایج‌ترین روش تحلیل عاملی اکتشافی است، به نرمال نبودن چندمتغیری داده‌ها مقاوم

^۱ Principal axis factoring

است و با احتمال کمتری نسبت به دیگر روش‌های استخراج دچار خطای برآورد می‌شود (پیتوک و استیونس، ۲۰۱۶). به علاوه، با توجه به اینکه ابعاد دلبستگی از لحاظ نظری با یکدیگر مرتبط‌اند، از چرخش متمایل^۱ ابلیمین مستقیم^۲ استفاده شد. حداقل بار عاملی قابل قبول برای گویه‌ها، مقدار محافظه‌کارانه ۰/۴۰ در نظر گرفته شد (هایر و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، بار عاملی بزرگ‌تر از ۰/۳۲ بر روی عوامل فرعی به‌عنوان نشانگر بارگذاری متقاطع تعیین شد (کوستلو و آزبورن، ۲۰۰۵). تحلیل عاملی تأییدی با روش بیشینه درست‌نمایی^۳ انجام شد. بیشینه درست‌نمایی روشی باثبات و مقاوم است و نسبت به دیگر روش‌های برآورد، کارآمدتر است (هایر و همکاران، ۲۰۱۹). برازش مدل به‌وسیله محاسبه شاخص‌های ذیل بررسی شد: نسبت خی‌دو به درجه آزادی، ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)، ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد شده (SRMR)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص تاکر-لویس (TLI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI). مقادیر قابل قبول برای شاخص‌ها در جدول ۳ آمده‌اند (پیتوک و استیونس، ۲۰۱۶). روایی همگرا از طریق بررسی ضرایب همبستگی RAAS با ابزارهایی که سازه‌های مرتبط را اندازه می‌گیرند، سنجیده شد. در آخر، پایایی خرده‌مقیاس‌ها به‌وسیله محاسبه آلفای کرونباخ، امگای مک‌دونالد، میانگین همبستگی گویه‌ها، دامنه همبستگی گویه‌ها و دامنه همبستگی گویه‌ها و عامل انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شامل میانگین، انحراف معیار، همبستگی اصلاح شده با کل مقیاس و آلفای کرونباخ در صورت حذف برای هریک از گویه‌ها است. آزمون کایزر-میر-اولکین^۵ با نتیجه ۰/۸۳ حاکی از کفایت نمونه‌گیری است (میرز، گامست و گوارینو، ۲۰۱۶). به علاوه، آزمون کرویت بارتلت معنادار بود ($\chi^2(153) = 1787.68, p < 0.001$). بنابر پیشنهاد واتکینس (۲۰۱۸)، پیش از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، تمامی گویه‌ها با استفاده از کدگذاری مجدد از لحاظ مفهومی همسو شدند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی برای ساختارهای دو و سه‌عاملی در جدول ۲ آمده است. به ترتیب در ساختارهای دو و سه‌عاملی شش و چهار گویه معیارهای ذکر شده را برآورده نکردند و حذف شدند. در ساختار دوعاملی، برخلاف الگوی مشخص شده توسط طراح ابزار، گویه ۱۵ بر روی عامل اجتناب

¹ Oblique

² Direct Oblimin

³ Maximum likelihood

⁴ Corrected item-total correlation

⁵ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

و گویه ۷ بر روی عامل اضطراب بارگذاری شد (شکل ۱). تمامی شش گویه حذف شده از ساختار دوعاملی متعلق به بعد اجتناب بودند: ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۲ و ۱۴. از سوی دیگر، ساختار سه‌عاملی تغییرات عمده و متعددی را نسبت به ساختار پیشنهادشده توسط سازنده ابزار داشت و گویه‌های ۲، ۵، ۶ و ۱۴ از آن کنار گذاشته شدند. در اصل، ساختار سه‌عاملی کشف شده همان ساختار دوعاملی متشکل از اضطراب و اجتناب است که یک عامل سوم (متشکل از دو گویه) به آن اضافه شده است. آخرین عامل در ساختار سه‌عاملی به‌مانند ابزار اصلی نزدیکی نام‌گذاری شد.

جدول ۱. تحلیل گویه‌ها

شماره گویه	میانگین انحراف معیار	همبستگی اصلاح شده با کل مقیاس	آلفای کرونباخ در صورت حذف
۱	۲/۴۲	۱/۲۶	۰/۸۲
۲	۳/۵۹	۱/۱۶	۰/۸۴
۳	۳/۲۱	۱/۳۱	۰/۸۱
۴	۲/۵۶	۱/۲۵	۰/۸۲
۵	۱/۷۸	۱/۷۸	۰/۸۳
۶	۲/۴۵	۱/۱۹	۰/۸۴
۷	۳/۰۵	۱/۲۷	۰/۸۱
۸	۲/۸۲	۱/۲۹	۰/۸۱
۹	۲/۶۹	۱/۴۱	۰/۸۱
۱۰	۳/۰۵	۱/۳۰	۰/۸۱
۱۱	۳/۳۴	۱/۳۰	۰/۸۱
۱۲	۲/۵۴	۱/۲۹	۰/۸۳
۱۳	۲/۱۵	۱/۱۸	۰/۸۲
۱۴	۲/۸۶	۱/۱۶	۰/۸۲
۱۵	۲/۶۵	۱/۲۸	۰/۸۱
۱۶	۳/۵۸	۱/۲۴	۰/۸۱
۱۷	۲/۹۱	۱/۱۵	۰/۸۲
۱۸	۳/۱۶	۱/۱۶	۰/۸۱

یادداشت. $\alpha = ۰.۶۰۵$

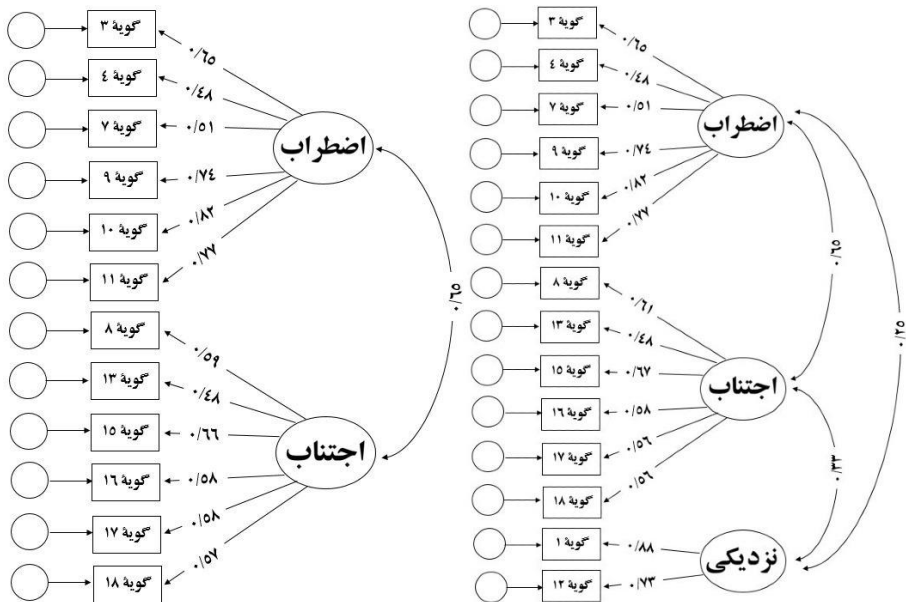
جدول ۲. بارهای عاملی مستخرج از تحلیل عاملی اکتشافی برای ساختارهای دو و سه عاملی

	سه عاملی			دو عاملی			گویه‌ها
	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۱	h^2	
۱	۰/۷۲	۰/۸۵		۰/۱۱			ایجاد ارتباط با دیگران برایم آسان است.
۲	۰/۰۹			۰/۰۹			به سختی به خودم اجازه می‌دهم که به دیگران وابسته باشم.
۳	۰/۵۸		۰/۷۴	۰/۵۷	۰/۷۳		در روابطم اغلب نگرانم که طرف مقابل واقعاً دوستم نداشته باشد.
۴	۰/۲۷		۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۵۲		آنقدر که من دوست دارم به دیگران نزد یک شوم، دیگران به اندازه من تمایل به این ارتباط ندارند.
۵	۰/۰۶			۰/۰۶			اتکا به دیگران برایم را حتم است.
۶	۰/۱۲			۰/۱۱			از اینکه کسی به من نزدیک شود ناراحت نمی‌شوم.
۷	۰/۳۹		۰/۴۹	۰/۳۹	۰/۴۷		فکر می‌کنم وقتی به دیگران احتیاج دارم هیچ‌گاه در دسترس نیستند.
۸	۰/۴۸	۰/۴۷		۰/۴۶	۰/۶۲		از اینکه به مردم نزدیک باشم راحت نیستم.
۹	۰/۵۲		۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۷۲		اغلب اوقات نگرانم که شریک عاطفی‌ام با من نخواهد ماند.
۱۰	۰/۶۰		۰/۷۰	۰/۶۱	۰/۷۰		وقتی احساساتم را به دیگران نشان می‌دهم، می‌ترسم که آنها همان احساس را در باره من نداشته باشند.
۱۱	۰/۶۸		۰/۷۷	۰/۶۷	۰/۷۶		اغلب از خود می‌پرسم آیا شریک عاطفی‌ام واقعاً به من توجه دارد.
۱۲	۰/۵۵	۰/۷۵		۰/۰۸			به راحتی می‌توانم با دیگران روابط نزدیک برقرار کنم.
۱۳	۰/۲۷	۰/۴۴		۰/۲۷	۰/۵۱		وقتی کسی با من بیش از حد صمیمی می‌شود، معذب می‌شوم.
۱۴	۰/۳۰			۰/۲۱			می‌دانم وقتی که به دیگران نیاز داشته باشم، آنها در دسترس خواهند بود.
۱۵	۰/۴۱	۰/۵۳		۰/۳۸	۰/۵۱		دلم می‌خواهد به مردم نزدیک شوم اما می‌ترسم به من صدمه بزنند.
۱۶	۰/۴۵	۰/۶۵		۰/۴۳	۰/۶۴		فکر می‌کنم که مشکل است که آدم به دیگران کاملاً اعتماد کند.
۱۷	۰/۴۳	۰/۶۸		۰/۳۰	۰/۵۶		اغلب اوقات شریک عاطفی‌ام می‌خواهد با من صمیمی‌تر از آن

حدی بشود که من احساس راحتی می‌کنم.			
۱۸	مطمئن نیستم که وقتی به دیگران نیاز دارم، بتوانم روی آنها حساب کنم.	۰/۵۴	۰/۳۸
۰/۵۸	۰/۴۳		

یادداشت. $\alpha = 30.3$ ؛ بارهای عاملی بزرگ‌تر از 0.40 پررنگ شده‌اند.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از ضرایب رگرسیونی قابل‌قبول برای هر دو ساختار است (شکل ۱)؛ با این حال، شاخص‌ها نشان از برازش بهتر ساختار دوعاملی با داده‌ها دارند (جدول ۳). به‌منظور محاسبه تفاوت میان دو ساختار، می‌توان تفاضل مقادیر χ^2 دو و تفاضل درجه‌های آزادی را محاسبه کرده و سطح معناداری را برای مقادیر مستخرج محاسبه کرد. در صورت معنادار بودن تفاوت، ساختاری که درجات آزادی کمتری داشته باشد ساختار ارجح خواهد بود (شرمله-انگل، موسبروگر و مولر، ۲۰۰۳). بنابراین، ساختار دوعاملی به‌شکل معناداری برازش بهتری با داده‌ها دارد ($\chi^2(21) = 73.15, p < 0.001$). به‌علاوه، عامل نزدیکی تنها از دو گویه تشکیل شده است، در حالی که در تحلیل عاملی تأییدی، تعداد حداقلی گویه‌ها برای هر عامل سه الی پنج در نظر گرفته می‌شود (کلاین، ۲۰۱۵). در نتیجه، با وجود پذیرفته‌بودن هر دو ساختار از لحاظ آماری، با توجه به برتری ساختار دوعاملی در برازش با داده‌ها و همخوانی این ساختار با تقسیم‌بندی‌های نظری در حیطه دل‌بستگی، اضطراب و اجتناب به‌عنوان دو عامل نهایی تعیین شدند.



شکل ۱. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای دو ساختار عاملی. اعداد، ضرایب رگرسیونی استاندارد شده هستند. $\Delta = 3.3$.

جدول ۳. شاخص‌های برازش قابل قبول و شاخص‌های مشاهده شده برای تحلیل‌های عاملی تأییدی

AGFI	GFI	TLI	CFI	SRMR	RMSEA	χ^2/df	df	χ^2	
>0.90	>0.90	>0.90	>0.90	<0.08	<0.08	<4	-	-	قابل قبول
0.90	0.93	0.90	0.92	0.061	0.074	2/63	53	139/54	۲ عاملی
0.87	0.91	0.87	0.89	0.068	0.079	2/87	74	212/69	۳ عاملی

یادداشت. $\Delta = 3.2$.

ضرایب همبستگی دو بعد اضطراب و اجتناب با سازه‌های مشابه قوی و معنادار برآورد شد (جدول ۴). این یافته از روایی همگرایی ابزار حاضر و ساختار عاملی برگزیده حمایت می‌کند. همسانی درونی ابزارهای مطالعه نیز قابل قبول، خوب یا عالی بودند (مک‌نیش، ۲۰۱۸). به علاوه، ضرایب چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه ۱- تا ۱+ قرار می‌گرفتند که نشان از نرمالیتی توزیع‌ها دارد (هایر، هالت، رینگل و سرستد، ۲۰۱۷). به منظور بررسی پایایی خرده‌مقیاس‌های ساختار دو عاملی، از آماره‌های آلفای کرونباخ، امگای مک‌دونالد، میانگین همبستگی گویه‌ها، دامنه

همبستگی گویه‌ها و دامنه همبستگی میان گویه‌ها و عامل استفاده شد (جدول ۵). تمامی آماره‌های مذکور حاکی از پایایی قابل قبول دو خرده‌مقیاس اضطراب و اجتناب‌اند.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی، آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

۶	۵	۴	۳	۲	۱	
					۱	۱. اضطراب
				۱	۰/۴۹	۲. اجتناب
			۱	۰/۳۳	۰/۴۸	۳. عدم قطعیت
		۱	-۰/۶۰	-۰/۴۸	-۰/۶۰	۴. ذهنی‌سازی
	۱	-۰/۵۰	۰/۵۳	۰/۴۵	۰/۵۱	۵. صفات مرزی
۱	۰/۵۸	-۰/۵۹	۰/۵۷	۰/۴۴	۰/۶۰	۶. بدتنظیمی هیجان
۳۷/۱۲	۴/۰۰	۴۳/۰۴	۳۰/۸۷	۱۷/۲۸	۱۷/۹۱	میانگین
(۱۳/۱۰)	(۲/۴۶)	(۱۰/۶۷)	(۱۰/۳۹)	(۴/۹۵)	(۵/۸۰)	(انحراف معیار)
۰/۳۷	۰/۲۹	۰/۱۹	۰/۰۶	-۰/۰۶	-۰/۰۹	چولگی
-۰/۵۱	-۰/۶۶	-۰/۱۸	-۰/۶۰	-۰/۲۳	-۰/۷۳	کشیدگی
۰/۹۳	۰/۷۲	۰/۸۰	۰/۸۰	۰/۷۶	۰/۸۳	α

یادداشت. $n = ۶۰۵$ ؛ تمامی ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند.

جدول ۵. سنجه‌های پایایی برای خرده‌مقیاس‌های RAAS

خرده‌مقیاس	α	ω	میانگین همبستگی گویه‌ها	دامنه همبستگی گویه‌ها	دامنه همبستگی گویه‌ها و عامل
مقادیر قابل قبول	$> ۰/۷۰$	$> ۰/۷۰$	۰/۱۵ - ۰/۵۰	۰/۱۵ - ۰/۸۰	$> ۰/۴۰$
اضطراب	۰/۸۳	۰/۸۴	۴۵/۳	۰/۳۲ - ۰/۶۶	$> ۰/۴۶$
اجتناب	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۳۵	۰/۲۰ - ۰/۴۳	$> ۰/۴۵$

یادداشت. $n = ۶۰۵$.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال در نمونه‌ای از بزرگسالان ایرانی انجام شد. نتایج برآمده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان داد که ساختار دوعاملی متشکل از اضطراب و اجتناب پس از حذف شش گویه برازش خوبی با داده‌ها نشان می‌دهد. در نسخه‌های سایر کشورها نیز چنین تغییراتی دیده

می‌شود؛ برای مثال، در نسخه کشور پاکستان سه گویه و در نسخه کشورهای شیلی و برزیل نیز دو گویه حذف شده‌اند. پنج مورد از گویه‌های حذف‌شده (۱۴-۱۲-۶-۵-۱) در واقع به لحاظ مفهومی امنیت در دلبستگی را می‌سنجند. با این حال، محققان نسخه اصلی با انجام تحلیل‌های آماری پیشنهاد کرده‌اند که این گویه‌ها، با نمره‌دهی معکوس، تحت عنوان عامل اجتناب قرار گیرند. به لحاظ نظری، اجتناب و امنیت معکوس یکدیگر نیستند: قرار نگرفتن در بعد امنیت به معنای قرار گرفتن در بعد اجتناب نیست (فرالی و همکاران، ۲۰۰۰). به علاوه، تفاوت‌های فرهنگی-زبانی و معنای ضمنی عباراتی مانند «وابستگی به دیگران»، «نزدیک شدن به دیگران» یا «نیاز داشتن به دیگران» می‌توانند از جمله دلایلی باشند که مسبب حذف این گویه‌ها شده است. برای مثال، ممکن است عبارت «نزدیک شدن» که در گویه‌های ۶ و ۱۲ آمده است در برخی زبان‌ها بیشتر بر نزدیکی جسمانی دلالت داشته باشد (انجم و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، گویه دوم به لحاظ مفهومی اجتناب را هدف قرار می‌دهد، اما در پژوهش حاضر برای هر دو عامل بار عاملی پایینی را نشان داد. این گویه در نسخه‌های شیلی، برزیل و پاکستان نیز حذف شده است. ممکن است واژه «وابستگی» که در این گویه آمده است، در برخی فرهنگ‌ها تداعی‌کننده تبعیت و سلطه‌پذیری باشد (تکسیرا و همکاران، ۲۰۱۹) و به همین دلیل توان تمایزبخشی میان دو مفهوم اضطراب و اجتناب را نداشته باشد.

اغلب مطالعات ساختاری سه‌عاملی برای این مقیاس پیشنهاد کرده‌اند و به ساختار دوعاملی کمتر توجه شده است. ساختار دوعاملی، با داده‌ها برازش بهتری نشان داد و با نظریه دلبستگی نیز همسویی و توافق بیشتری دارد. دو عامل اضطراب و اجتناب در بسیاری از پژوهش‌های حوزه دلبستگی نیز شناسایی شده است (برنان و شیور، ۱۹۹۸؛ فینی، نولر و هانراهان، ۱۹۹۴). یافته‌های برنان و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از آن بود که عوامل اجتناب و اضطراب برای به تصویر کشیدن تفاوت‌های فردی در روابط بزرگسالان بسیار حائز اهمیت‌اند. به علاوه، دو بعد مذکور مشابه عواملی‌اند که در ابتدا توسط اینزورث (۱۹۷۸) در رویه موقعیت ناآشنا شناسایی شد. ابعاد اجتناب و اضطراب دلبستگی با مدل نظری بارتولومئو (۱۹۹۰) نیز همخوان است. در این دیدگاه، مدل منفی خود ارتباط تنگاتنگی با اضطراب و مدل منفی دیگران ارتباط نزدیکی با اجتناب از صمیمیت دارد. از منظر پژوهشی نیز مدل ابعادی سنجش دلبستگی، قدرت آماری را افزایش می‌دهد و به محقق اجازه می‌دهد روابط غیرخطی را شناسایی کند (فستی و همکاران، ۲۰۰۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسالان همبستگی قوی و معناداری با دیگر سازه‌های مشابه دارد. ابعاد اضطراب و اجتناب با سازه ذهنی‌سازی (در هر دو پرسش‌نامه‌ای که آن را می‌سنجیدند)، همبستگی نشان داد. این یافته همسو با بخش عظیمی از پیشینه پژوهشی این حوزه است که نشان‌دهنده روایی مطلوب ابزار پیش‌رو است (لویتن، ملکرپس، فوناگی، انسینک، ۲۰۱۹). ارتباط میان ابعاد دلبستگی با بدتنظیمی هیجان نیز با نظریات و یافته‌های پیشین همخوانی دارد: نایمنی در دلبستگی با بدتنظیمی هیجان همراه است (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۹؛ بشارت، ۱۳۹۱). از سوی دیگر، پیشینه پژوهشی و نظری، سرکوب نیاز به دیگران و دوری از آن‌ها را همواره به‌عنوان یکی از مشخصه‌های برجسته افراد با دلبستگی اجتنابی برشمرده است (بارتولومئو، ۱۹۹۰؛ کالینز، فرد، گشارد و آلر، ۲۰۰۶). در قیاس با بعد اضطراب، ارتباط قوی‌تر بعد اجتناب با صفت انزوای طلبی شاهدی بر روایی محتوایی ابزار حاضر است. در آخر، همبستگی مثبت میان ابعاد اجتناب و اضطراب در مطالعه حاضر از این فرضیه حمایت می‌کند که دو بعد مذکور در تضاد با یکدیگر نیستند (فدرن دونبک و الکلیت، ۲۰۱۴). مضاف بر این، براساس تمامی شاخص‌های سنجیده‌شده، مقیاس حاضر پایایی مطلوبی نیز نشان داد.

دلبستگی گرچه سازه‌ای جهان‌شمول است، اما در فرهنگ‌ها و جوامع گوناگون ویژگی‌های متفاوتی پیدا می‌کند. در نسخه اصلی، عامل «نزدیکی» احساس راحتی افراد را در هم‌نشینی و مجاورت با دیگران می‌سنجد و در مجموع، با امنیت در دلبستگی ارتباط دارد (کالینز، ۱۹۹۶). با این حال، همان‌طور که دیدیم عامل «نزدیکی» منعکس‌کننده دلبستگی در نمونه ایرانی نبود و کنار گذاشته شد. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که در جامعه ایران مفاهیم نزدیکی و وابستگی درهم‌آمیخته‌اند. به بیان دیگر، ممکن است آنچه در سایر فرهنگ‌ها تحت لوای مفهوم امنیت و آرامش در هم‌جواری با دیگران قرار می‌گیرد، در ایران القاکننده وابستگی به دیگران باشد.

در مجموع، مطالعه حاضر نشان داد که نسخه دوعاملی پرسش‌نامه تجدیدنظرشده دلبستگی بزرگسال از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. مضاف بر این، تعداد گویه‌های پرسش‌نامه حاضر نسبت به نسخه اصلی کاهش یافت که باعث کاهش زمان و زحمت پاسخ‌دهنده می‌شود. با این حال، پژوهش حاضر نیز عاری از محدودیت‌های پژوهشی نیست. استفاده از نمونه پژوهشی دردسترس با طیف سنی گسترده و ناهمگن می‌تواند از میزان تعمیم‌پذیری یافته‌ها

بکاهد. همچنین، تعمیم دادن ساختار عاملی به‌دست آمده به گروه‌های دیگر روایی یافته‌ها را تهدید می‌کند (کلاین، ۲۰۱۵). بنابراین، نظر به اینکه از ساختار فعلی صرفاً در جمعیت عمومی حمایت شد، گسترش کاربرد ابزار حاضر در جمعیت بالینی منوط به بررسی روایی سازه در این نمونه‌ها است.

موازن اخلاقی

موازن اخلاقی شامل آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش و حفظ اطلاعات آنها به‌صورت محرمانه، رعایت شد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش یاری‌مان رساندند و داوران گرامی که با نظرات دقیق و ریزبینانه کیفیت مقاله را ارتقا دادند، صمیمانه سپاس‌گزاریم.

مشارکت نویسندگان

احمد عسگری‌زاده: طراحی پژوهش، نگارش روش‌شناسی، تحلیل داده‌ها، اصلاح، ویراستاری/شهرلا پاکدامن: اصلاح و بازبینی/مهسا هونجانی: نگارش مقدمه، نگارش بحث و نتیجه‌گیری/سعید قنبری: طراحی پژوهش، اصلاح و بازبینی.

تعارض منافع

مقاله حاضر حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶ (۱) ۷-۲۲. ([پیوند](#))
- پاکدامن، شهرلا. (۱۳۸۳). رابطه بین سبک‌های دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۷)، ۲۵-۴۷. ([پیوند](#))

حدادی کوهسار، علی اکبر و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۱). رابطه انگاره ذهنی از خدا و دلبستگی با افکار پارانوئیدی در دانشجویان. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۶(۲۴)، ۴۶. (پیوند)

عسگری زاده، احمد. (۱۴۰۱). شناسایی خوشه های مقابله با شرم و بررسی ارتباط آن با ابعاد دلبستگی، ظرفیت ذهنی سازی و آسیب شناسی شخصیت. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی. (پیوند)

هاشمی، سعداله، درتاج، فریبرز، سعدی پور، اسماعیل و اسدزاده، حسن. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری احساسات شرم و گناه بر اساس شیوه های فرزندپروری والدین: نقش واسطه ای سبک های دلبستگی.

فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۱(۴)، ۴۷۵-۴۹۲. (پیوند)

Agishtein, P., & Brumbaugh, C. (2013). Cultural variation in adult attachment: The impact of ethnicity, collectivism, and country of origin. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 7(4), 384. <https://doi.org/10.1037/h0099181> [link]

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Strange situation procedure. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. [link]

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. Text Revision). Washington DC: American Psychiatric Publishing. [link]

Anjum, W., & Batool, I. (2016). Translation and Cross Language Validation of the Revised Adult Attachment Scale among Young Adults in Lahore, Pakistan. *Peshawar Journal of Psychology and Behavioral Sciences* (PJPBS), 2(1), 1-16. <https://doi.org/10.32879/pjpbs.2016.2.1.1-16> [link]

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, 7(2), 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001> [link]

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226. 10.1037/0022-3514.61.2.226 [link]

Belvederi Murri, M., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., Ricci, F., Pompili, M., & Amore, M. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 69-76. <https://doi.org/10.1111/camh.12195> [link]

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Volume III. [link]

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Volume II. [link]

Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of personality*, 66(5), 835-878. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00034> [link]

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. [link]

Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301> [link]

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 156-186. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381> [link]

Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.810> [link]

- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644> [\[link\]](#)
- Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C., & Allard, L. M. (2006). Working models of attachment and attribution processes in intimate relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(2), 201-219. <https://doi.org/10.1177/0146167205280907> [\[link\]](#)
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research, and evaluation*, 10(1), 7. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868> [\[link\]](#)
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 236, 274-290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.091> [\[link\]](#)
- Eloranta, S. J., Kaltiala, R., Lindberg, N., Kaivosoja, M., & Peltonen, K. (2020). Validating measurement tools for mentalization, emotion regulation difficulties and identity diffusion among Finnish adolescents. *Nordic Psychology*, 1-23. <https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1863852> [\[link\]](#)
- Feddern Donbaek, D., & Elklit, A. (2014). A validation of the Experiences in Close Relationships-Relationship Structures scale (ECR-RS) in adolescents. *Attachment & Human Development*, 16(1), 58-76. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.850103> [\[link\]](#)
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). New York: Guilford Press. [\[link\]](#)
- Fernández, A. M., & Dufey, M. (2015). Adaptation of Collins' revised adult attachment dimensional scale to the Chilean context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28, 242-252. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528204> [\[link\]](#)
- Fokkema, M., & Greiff, S. (2017). How Performing PCA and CFA on the Same Data Equals Trouble. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(6), 399-402. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000460> [\[link\]](#)
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. [\[link\]](#)
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678> [\[link\]](#)
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., ... & Maffei, C. (2003). On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 55-79. <https://doi.org/10.1177/02654075030201003> [\[link\]](#)
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development*, 3(1), 30-61. <https://doi.org/10.1080/14616730010024771> [\[link\]](#)
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, Department of Psychology. *University of California, Berkeley*. [\[link\]](#)
- Graham, J. M., & Unterschute, M. S. (2015). A reliability generalization meta-analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 31-41. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.927768> [\[link\]](#)
- Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Black, W. C. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning. [\[link\]](#)

- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (2nd ed.). Sage publications. [\[link\]](#)
- Hajizadeh, K., Ahadi, H., Jomehri, F., & Rahgozar, M. (2013). Psychosocial predictors of barriers to cervical cancer screening among Iranian women: the role of attachment style and social demographic factors. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 54(4), 218–222. [\[link\]](#)
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpper, M., Brütt, A. L., Sammet, I., & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325> [\[link\]](#)
- Herstell, S., Betz, L. T., Penzel, N., Chechelnizki, R., Filihagh, L., Antonucci, L., & Kambeitz, J. (2021). Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 190-201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.002> [\[link\]](#)
- Heshmati, R., Zemestani, M., & Vujanovic, A. (2022). Associations of Childhood Maltreatment and Attachment Styles with Romantic Breakup Grief Severity: The Role of Emotional Suppression. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13–14), NP11883–NP11904. <https://doi.org/10.1177/0886260521997438> [\[link\]](#)
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and Replication in Adolescent and Adult Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443-455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3> [\[link\]](#)
- Keng, S. L., Lee, Y., Drabu, S., Hong, R. Y., Chee, C. Y. I., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2019). Construct Validity of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder in Two Singaporean Samples. *J Pers Disord*, 33(4), 450-469. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_352 [\[link\]](#)
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. [\[link\]](#)
- Koohsar, A. A. H., & Bonab, B. G. (2011). Relation between quality of attachment and life satisfaction in high school administrators. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 954-958. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.185> [\[link\]](#)
- Kyriazos, T. (2018) Applied Psychometrics: Sample Size and Sample Power Considerations in Factor Analysis (EFA, CFA) and SEM in General. *Psychology*, 9, 2207-2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126> [\[link\]](#)
- Le Corff, Y., Martin-Storey, A., Touchette, L., Lapalme, M., & Forget, K. (2021). Validation of a French Translation of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder, Invariance Across Genders, and Association With Depression, Trauma Symptoms, and Substance Use Among University Students. *J Pers Disord*, 35(4), 605-617. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_494 [\[link\]](#)
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 37-62. [\[link\]](#)
- McNeish D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological methods*, 23(3), 412–433. <https://doi.org/10.1037/met0000144> [\[link\]](#)
- Mekawi, Y., Watson-Singleton, N. N., Dixon, H. D., Fani, N., Michopoulos, V., & Powers, A. (2021). Validation of the difficulties with emotion regulation scale in a sample of trauma-

- exposed Black women. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 587-606. <https://doi.org/10.1002/jclp.23036> [\[link\]](#)
- Meyers, L. S., Gamst, G. C., & Guarino A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (3rd ed.). SAGE Publications. [\[link\]](#)
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, 25, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006> [\[link\]](#)
- Mousavi Asl, E., Dabaghi, P., & Taghva, A. (2020). Screening borderline personality disorder: The psychometric properties of the Persian version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder. *J Res Med Sci*, 25, 97. https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_949_19 [\[link\]](#)
- Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., & Zimmermann, J. (2021). A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). *Journal of Personality Assessment*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1981346> [\[link\]](#)
- Nematy, A., & Oloomi, M. (2016). The comparison of attachment styles among Iranian lesbian, gay, and bisexual and heterosexual people. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 28(4), 369-378. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1225545> [\[link\]](#)
- Pituch K. A. & Stevens J. (2016). *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS* (6th Ed.). Routledge. [\[link\]](#)
- Probst, T., Dehoust, M., Brütt, A. L., Schulz, H., Pieh, C., & Andreas, S. (2018). Mentalization and Self-Efficacy as Mediators between Psychological Symptom Severity and Disabilities in Activities and Participation in Psychotherapy Patients. *Psychopathology*, 51(1), 38-46. <https://doi.org/10.1159/000485980> [\[link\]](#)
- Raimondi, G., Samela, T., Lester, D., Imperatori, C., Carlucci, L., Contardi, A., Balsamo, M., & Innamorati, M. (2022). Psychometric Properties of the Italian Mentalization Questionnaire: Assessing Structural Invariance and Construct Validity. *Journal of Personality Assessment*, 104(5), 628-636. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1991362> [\[link\]](#)
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of psychosomatic research*, 69(4), 419-432. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.006> [\[link\]](#)
- Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis*, 30(1), 34-45. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418> [\[link\]](#)
- Seyed Mousavi, P. S., Vahidi, E., Ghanbari, S., Khoshroo, S., & Sakkaki, S. Z. (2021). Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): Psychometric Properties of the Persian Translation and Exploration of Its Mediating Role in the Relationship between Attachment to Parents and Internalizing and Externalizing Problems in Adolescents. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1945721> [\[link\]](#)
- Shaver, P., & Hazan, C. (1987). Being lonely, falling in love. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2(2), 105. [\[link\]](#)
- Smith, M., & South, S. (2020). Romantic attachment style and borderline personality pathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75, 101781. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101781> [\[link\]](#)
- Teixeira, R. C. R., Ferreira, J. H. B. P., & Howat-Rodrigues, A. B. C. (2019). Collins and Read revised adult attachment scale (RAAS) validity evidences. *Psico*, 50(2), e29567-e29567. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.29567> [\[link\]](#)

- Troisi, G., Parola, A., & Margherita, G. (2022). Italian Validation of AAS-R: Assessing Psychometric Properties of Adult Attachment Scale—Revised in the Italian Context. *Psychological Studies*, 67(4), 605-613. <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00672-9> [link]
- Wampler, K. S., Riggs, B., & Kimball, T. G. (2004). Observing attachment behavior in couples: The adult attachment behavior q- set (AABQ). *Family process*, 43(3), 315-335. [link]
- Watkins, M. W. (2018). Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology*, 44(3), 219-246. <https://doi.org/10.1177/0095798418771807> [link]
- Woźniak-Prus, M., Gambin, M., Cudo, A., & Sharp, C. (2022). Investigation of the Factor Structure of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-8): One or Two Dimensions? *Journal of Personality Assessment*, 104(6), 736-746. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2014505> [link]
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord*, 17(6), 568-573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355> [link]
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089. <https://doi.org/10.1037/pspp0000437> [link]

پیوست‌ها

پرسشنامه کنش تأملی

کاملاً موافقم ۷	۶	۵	۴	۳	۲	کاملاً مخالفم ۱	
							۱ افکار آدم‌ها برای من رمزآلودند.
							۲ خودم هم همیشه سر در نمی‌آورم که چرا کاری را انجام می‌دهم.
							۳ وقتی عصبانی می‌شوم، حرف‌هایی می‌زنم که خودم هم واقعاً نمی‌دانم چرا.
							۴ وقتی عصبانی می‌شوم چیزهایی می‌گویم که بعداً پشیمان می‌شوم.
							۵ اگر احساس ناامنی کنم به گونه‌ای رفتار می‌کنم که دیگران از من فاصله می‌گیرند.
							۶ گاهی اوقات کارهایی را انجام می‌دهم، بدون اینکه خودم واقعاً بدانم چرا.
							۷ من همیشه می‌دانم چه احساسی دارم.
							۸ احساسات آتشین معمولاً تفکر من را تیره و تار می‌کنند.

برسشنامه ذهنی سازی

		مخالقم	تا حدی مخالقم	نظری ندارم	تا حدی موافقم	موافقم
۱	اگر توقع داشته باشم که از من عیب جویی کنند یا مرا برنجانند، ترسم مدام بیشتر و بیشتر می شود.					
۲	برای اینکه احساساتم را بفهمم توضیحات دیگران کمک چندانی نمی کنند.					
۳	احساسات گاهی برایم خطرناک اند.					
۴	فقط زمانی می توانم باور کنم کسی مرا خیلی دوست دارد که دلایل عینی برایش داشته باشم (مثلاً یک قرار دوستانه، یک هدیه، یا یک آغوش)					
۵	بهتر است اغلب اوقات آدم هیچ احساسی نداشته باشد.					
۶	اغلب اوقات نمی توانم احساساتم را کنترل کنم.					
۷	برایم سخت است باور کنم که روابط می توانند تغییر کنند.					
۸	معمولاً تا زمانی که احساس تنش جسمانی یا پریشانی تمام توجهم را به خود جلب نکند آن را نادیده می گیرم.					
۹	صحبت کردن درباره احساسات باعث قوی تر شدن هر چه بیشتر آن ها می شود.					
۱۰	گاهی فقط زمانی می توانم از احساساتم آگاه شوم که از یک اتفاق مدتی گذشته باشد.					
۱۱	بیشتر اوقات درک احساساتم با همه شدتی که دارند برایم دشوار است.					
۱۲	اغلب اوقات احساس تهدید می کنم که مبدا کسی از من انتقاد کند یا مرا برنجانند.					
۱۳	خمیازه کشیدن یک فرد در حضور من نشانه ای قابل اطمینان از این است که از بودن با من خسته شده است.					
۱۴	اغلب اوقات مایل نیستم درباره افکار و احساساتم با دیگران صحبت کنم.					
۱۵	اغلب اوقات حتی نمی دانم در من چه می گذرد.					

نسخه کوتاه مقیاس دشواری‌ها در تنظیم هیجان

	عبارات	تقریباً هرگز	گاهی اوقات	نیمی از اوقات	بیشتر اوقات	تقریباً همیشه
۱	من نمی‌دانم چگونه احساسی دارم.					
۲	برایم مشکل است که از احساساتم سر در بیاورم.					
۳	من در مورد آنچه احساس می‌کنم، گیج هستم.					
۴	وقتی آشفته می‌شوم، از چنین احساسی خجالت می‌کشم.					
۵	وقتی آشفته می‌شوم، برای انجام کارهایم با مشکل مواجه می‌شوم.					
۶	وقتی آشفته می‌شوم، کنترلم را از دست می‌دهم.					
۷	وقتی آشفته می‌شوم، معتقدم که سرانجام بسیار افسرده خواهم شد.					
۸	وقتی آشفته می‌شوم، تمرکز بر چیزهای دیگر برایم مشکل است.					
۹	وقتی آشفته می‌شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی، احساس گناه می‌کنم.					
۱۰	وقتی آشفته می‌شوم، تمرکز کردن برایم دشوار است.					
۱۱	وقتی آشفته می‌شوم، کنترل رفتارهایم برایم دشوار است.					
۱۲	وقتی آشفته می‌شوم، گمان می‌کنم که نمی‌توانم کاری انجام دهم تا احساس بهتری داشته باشم.					
۱۳	وقتی آشفته می‌شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی از خودم آزرده خاطر می‌شوم.					
۱۴	وقتی آشفته می‌شوم، کنترلم را روی رفتارهایم از دست می‌دهم.					

۱۵	وقتی آشفته می‌شوم، خیلی طول می‌کشد تا احساس بهتری داشته باشم.				
----	---	--	--	--	--

ابزار غربالگری مک‌لین برای اختلال شخصیت مرزی

بله	خیر	
		آیا برای شما اتفاق افتاده است که در صمیمی‌ترین روابطتان بحث و جدل‌های فراوان یا جدا شدن‌های مکرر داشته باشید؟
		آیا تابحال عمداً به خود آسیب زده‌اید؟ (برای مثال، ضربه زدن، بریدن بدن، سوزاندن یا خودکشی)
		آیا برای شما پیش آمده که حداقل دو مورد از این رفتارها را داشته باشید: پرخوری، ولخرجی، سوء مصرف الکل و بددهنی؟
		آیا برای شما پیش آمده است که به شدت بداخلاق بوده باشید؟
		آیا پیش آمده است که برای مدتی طولانی شدیداً خشمگین باشید، یا رفتار عصبی یا کنایه‌آمیز داشته باشید؟
		آیا اغلب اوقات نسبت به دیگران بی‌اعتماد هستید؟
		آیا غالباً احساس می‌کنید که واقعی نیستید یا چیزهای اطرافتان واقعی نیستند؟
		آیا به صورت مزمن احساس تهی بودن یا پوچی می‌کنید؟
		آیا اغلب اوقات نمی‌دانید که چه کسی هستید یا احساس می‌کنید هویتی ندارید؟
		آیا پیش آمده است که شدیداً تلاش کنید تا احساس طرد شدن نکنید یا طرد نشوید؟ برای مثال، بارها با فرد مورد نظر تماس بگیرید تا مطمئن شوید هنوز به شما اهمیت می‌دهد، خواهش کنید که رهایتان نکند، یا به او بچسبید.



Research Article

Psychometric Analysis of the Farsi Version of the Academic Pride Scale in Students

E. Kushki^{1*} & A. Hajati²

1. PhD in Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: kooshkielham@yahoo.com

2. Master's degree in educational psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. Email: alihajati7980@gmail.com

Abstract

Aim: Pride as a self-conscious achievement emotion, is a commonly experienced emotion in the achievement context and is important for achievement motivation and performance. Therefore, this paper had the aim of adapt and validate the Academic Pride Scale in a student's population.

Method: In this correlational study, 250 students (140 female and 110 male) who were selected using the convenience sampling method, were answered the Achievement Goal Questionnaire-Revised (Elliot & Murayama, 2008), the Stress Appraisal Measure-Revised (Rowley, Roesch, Jurica & Vaughn, 2005) and the Academic Pride Scale (Buechner, Pekrun & Lichtenfeld, 2018).

Results: The results of confirmatory factor analysis showed that the two factor model of Academic Pride Scale including self-based pride and social comparison-based pride had fit well to the data. External validity is demonstrated in terms of relations with students' achievement goals and cognitive appraisals. **Conclusion:** In Sum, these results consistent to Pekrun's control-value theory of achievement emotions, emphasizing the need to analyze and understand the functional characteristics of the academic pride construct, in the realm of positive and negative achievement emotions, provided double and defensible evidence in defense of the study of achievement emotions in two forms of single emotions focused on a single experience and of course, in the field of multiple positive and negative emotions.

Key words: *Academic Pride Scale, Achievement Emotions, Achievement Goals, Cognitive Appraisals*

Citation: Kushki, E., & Hajati, A. (2023). Psychometric Analysis of the Farsi Version of the Academic Pride Scale in Students. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):193-216.

تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی در دانشجویان

الهام کوشکی^{۱*} و علی حاجتی^۲

۱- دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: kooshkielham@yahoo.com
۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. ایمیل: ali-hajati7980@gmail.com

چکیده

هدف: غرور به مثابه یک هیجان پیشرفت خودآگاه، در بافت پیشرفت، یک تجربه هیجانی متداول، تلقی می‌شود و برای فهم انگیزش پیشرفت و کنش‌وری تحصیلی یادگیرندگان از نقش بااهمیتی برخوردار است. براین‌اساس، مطالعه حاضر با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی در بین دانشجویان ایرانی انجام شد. **روش:** در این پژوهش همبستگی، ۲۵۰ دانشجو (۱۴۰ دختر و ۱۱۰ پسر) که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند به نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت (الیوت و موریاما، ۲۰۰۸)، نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی (رویلی، رویسچ، جاریکا و واگن، ۲۰۰۵) و مقیاس غرور تحصیلی (باچنر، پکران و لیچتنفیلد، ۲۰۱۸) پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی تأییدی با تکرار ساختار دوعاملی مقیاس غرور تحصیلی شامل غرور خودمحور و غرور دگرمحور از روایی درونی مقیاس غرور تحصیلی، حمایت کرد. علاوه بر این، نتایج مربوط به روابط بین وجوه غرور تحصیلی با جهت‌گیری‌های هدفی و فرایندهای ارزیابی شناختی، شواهد مضاعفی را در دفاع از روایی بیرونی مقیاس غرور تحصیلی فراهم آورد. **نتیجه‌گیری:** در مجموع، نتایج پژوهش حاضر موافق با مواضع نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت، با تأکید بر ضرورت تحلیل و فهم مشخصه‌های کنشی سازه غرور تحصیلی، در قلمرو هیجانات پیشرفت مثبت و منفی، شواهد مضاعف و قابل دفاعی را در دفاع از مطالعه هیجانات پیشرفت در دو قالب هیجانات منفرد و معطوف بر یک تجربه واحد و البته، در ساحت هیجانات چندگانه مثبت و منفی، فراهم آورد.

کلید واژه‌ها: مقیاس غرور تحصیلی، هیجانات پیشرفت، هدف‌های پیشرفت، ارزیابی‌های شناختی

مقدمه

تعداد فزاینده‌ای از مطالعات بر تحلیل مشخصه‌های کارکردی هیجانات خودآگاهی^۱ متمرکزند که زیربنای خودنگری‌ها^۲ و شناختارهای خودارزیابانه^۳ و ویژه‌ای را شکل می‌دهند و بر یادگیری و عملکرد یادگیرندگان تأثیرگذارند (نومارا، ویزمن، سانوهارا، آکاتسو و لاجوی، ۲۰۲۱). برخی از محققان تربیتی، با هدف تصریح نقش بااهمیت هیجانات پیشرفت، تأکید می‌کنند که در نظریه‌های انگیزشی مختلف مانند نظریه خودکارآمدی، نظریه اسناد، نظریه هدف پیشرفت، نظریه خودتعیین‌گری و حتی نظریه انگیزش، اراده و عملکرد، با وجود تأکید بر ظرفیت تبیینی سازه‌های انگیزشی متفاوتی مانند جهت‌گیری‌های هدفی، باورهای خودکارآمدی و آمایه‌های ذهنی، هیجانات پیشرفت، فصل مشترک تمامی این صور مفهومی چندگانه را شکل می‌دهد (رشیدی‌پور، شکری، فتح‌آبادی و پورشهریار، ۱۴۰۱). به بیان دیگر، محققان تصریح می‌کنند که هیجانات و باورها دو قلمرو مفهومی تعیین‌کننده توان تفسیری تلاش‌های پیشرفت‌مدارانه یادگیرندگان در موقعیت‌های تحصیلی هستند (گراهام، ۲۰۲۰).

نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت^۴ (پکران، ۲۰۰۶) به مثابه یکی از مطمئن‌ترین و پراستنادترین مواضع نظری درباره هیجانات در بر بنیادهای نظری زیربنایی کیفیت تأثیرگذاری تجارب هیجانی یادگیرندگان بر کنش‌وری تحصیلی آن‌ها، استوار است. در نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت، با رجوع به رویکردی شناختی اجتماعی، دغدغه فهم‌پذیری هیجانات پیشرفت یادگیرندگان و معلمان، هدف قرار می‌گیرد. این نظریه، مفروضه‌های روی‌آوردهای نظری اسناد^۵ و ارزش انتظار^۶ را انسجام می‌بخشد. در این نظریه فرض می‌شود که ارزیابی‌های مبتنی بر کنترل ارزش درباره یادگیری، آموزش و پیشرفت، در پیش‌بینی تجارب هیجانی یادگیرندگان و معلمان، واجد اهمیت زیادی است (پکران، موراایاما، مارش، گوئنز و فرنزال، ۲۰۱۹). علاوه بر این، در این نظریه فرض می‌شود که مشخصه‌های ویژه و مرتبط با محیط‌های اجتماعی در موقعیت‌های آموزشی و به‌طور ویژه در کلاس درس، از طریق اثرگذاری بر هیجانات پیشرفت در پیش‌بینی تجارب پیشرفت یادگیرندگان و الگوی تحول حرفه‌ای معلمان، مؤثر واقع می‌شوند (پکران و پری، ۲۰۱۴). در نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت از یک‌سوی، ضرورت انکارناشدنی تمرکز بر قلمروهای سه‌گانه شناخت، هیجان و انگیزش به مثابه دواپری متداخل و از دیگر سوی، تأکید بر

1- self-conscious emotions

2- self-reflections

3- self-evaluative cognition

4- control-value theory of achievement emotions

5- attribution theory

6- expectancy-value

ماهیت چرخه‌ای الگوی پراکندگی مشترک بین سه قلمرو مفهومی شناخت، هیجان و انگیزش، در بسط توان تفسیری و تبیینی مدل پیشنهادی از سهم به سزایی برخوردار است (پکران، الیوت و مایر، ۲۰۰۶).

محققان مختلفی کوشیده‌اند با فهم از مشخصات کنشی هیجانات پیشرفت یادگیرندگان، واریسی مشخصه‌های فنی نسخه‌های کوتاه و بلند پرسش‌نامه هیجانات پیشرفت^۱ را در صدر اولویت‌های پژوهشی خود قرار دهند (عبدالله‌پور، درتاج و احدی، ۱۳۹۳؛ گراوند، ابوالمعالی، کیامنش و گنجی، ۱۳۹۵؛ پکران و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طور کلی، در غالب مطالعات، نتایج روایی عاملی پرسش‌نامه هیجانات پیشرفت، با تأکید بر تمایزگذاری بین هیجانات پیشرفت منفی و مثبت، از ساختار عاملی مرتبه دوم پرسش‌نامه هیجانات پیشرفت، به‌طور تجربی حمایت کردند (عبدالله‌پور و همکاران، ۱۳۹۳؛ پکران و همکاران، ۲۰۱۱). شواهدی از این‌دست، ضمن تصریح تعمیق محتوایی نظریه زیربنایی هیجانات پیشرفت، بر شمول هم‌زمان فراگستری پهنایی ایده هیجانات پیشرفت نیز دلالت دارد. به‌بیان دیگر، موافق با منطق توسعه‌دهندگان نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت، تعقیب انحصاری هر یک از هیجانات پیشرفت مثبت و منفی، در فهم نیمرخ تجارب هیجانی و انگیزشی یادگیرندگان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (آسچ، زیلینبرگ، بریگلمانز و براندت، ۲۰۱۹).

مرور شواهد نشان می‌دهد که تلاش برای توسعه‌مندی خاستگاه مفهومی زیربنایی مقیاس غرور تحصیلی، به‌مثابه وجهی از هیجانات پیشرفت مثبت، به‌طور هم‌زمان بر گستردگی عرضی و تعمیق‌یافتگی عمقی قابل‌اعتنای نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت که تغذیه نظری این ابزارهای سنجش را بر عهده دارد، دلالت دارد. غرور، هیجان پیشرفت خودآگاهی است که محققان در معماری ساختمان فکری آن بر تمایزگذاری دو وجه غرور خودمدارانه و غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی^۲ تأکید کرده‌اند (باچنر، استهن و مورااما، ۲۰۱۹). غرور معطوف بر خود، بیانگر پاسخی هیجانی به بهبود در عملکرد فردی، در طول زمان است. در مقابل، غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی، پاسخی هیجانی به حصول تجربه‌ای موفقیت‌آمیز در بافت مقایسه با دیگران است (باچنر و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس دیدگاه متخصصان، با توجه به تمیز در پس‌اندی چندگانه شناختی، انگیزشی و هیجانی متعاقب رجوع به هر یک از وجوه غرور، تمایزگذاری بین وجوه غرور با تأکید بر غرور مبتنی بر خود و غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی، از اهمیت زیادی برخوردار است. براین‌اساس، غرور مبتنی بر خود، بر تلاش‌های پیشرفت‌مدارانه ناظر بر حصول هدف‌های تسلطی

^۱- Achievement Emotions
Questionnaire

^۲- self-based pride

^۳- social comparison-based pride

و خودبهبوددهنده مبتنی است و دارای خاصیت انرژی‌زایی و نیروبخشی، است. در مقابل، غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی، تسهیل‌گر تلاش‌های پیشرفت‌مدارانه رقابتی و هیجاناتی رقابت‌محور مانند تحقیر دیگرانی که در حصول هدف‌ها ناموفق بوده‌اند، است. موافق با شواهد موجود، وجوه مختلف غرور با همبسته‌های مفهومی متفاوتی مانند هدف‌های پیشرفت، آمایه‌های ذهنی، اسنادهای علی و پایداری انگیزشی و نظم‌بخشی انگیزشی، رابطه دارد (باچنر، پکران و لیچتفیلد، ۲۰۱۸).

نخستین بار باچنر و همکاران (۲۰۱۸) بر اساس منطق مفهومی ناظر بر تمایزگذاری وجوه مبتنی بر خود و مقایسه اجتماعی، مقیاس سنجش غرور تحصیلی را توسعه دادند. در این پژوهش، نتایج تحلیل عاملی تأییدی بر اساس رویکرد مدل‌یابی معادله ساختاری، شواهد متقنی در دفاع از ساختار دو عاملی مقیاس غرور تحصیلی فراهم آورد. علاوه بر این، در پژوهش باچنر و همکاران (۲۰۱۸) ضرایب همسانی درونی وجوه دوگانه غرور مبتنی بر خود و غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین، در این پژوهش، شواهد مربوط به همبستگی بین وجوه غرور تحصیلی با جهت‌گیری‌های هدف پیشرفت تسلطی‌نگر و عملکردی و ارزش‌های پیشرفت فردی و ارزش‌های پیشرفت اجتماعی، شواهد مضاعفی را در دفاع از روایی ملاکی مقیاس غرور تحصیلی، تدارک دید.

پیش‌تر نیز محققان دیگر به کمک ابزارهایی مانند مقیاس غرور حاصل از احساس نیاز به پیشرفت^۱ (متزلر، ۲۰۰۷)، زیرمقیاس اعتماد به خود در برنامه عاطفه مثبت و منفی نسخه بسط‌یافته^۲ (واتسون و کلارک، ۱۹۹۴)، زیرمقیاس‌های غرور آلفا و بتا در آزمون عاطفه خودآگاه^۳ (تانگنی، درینگ، واگنر و گارمزاو، ۲۰۰۰) و ابزار دووجهی غرور^۴ (تریسی و رابینز، ۲۰۰۷) الف و ب، با تعقیب رویکردی کل‌نگر^۵ و ناوابسته به بافت یا موقعیت^۶، معنایابی و سنجش مفهوم غرور را در اولویت پژوهشی خود قرار داده‌اند. به بیان دیگر، این ابزارها غرور را ناوابسته به بافت‌های پیشرفت و به طریقی بافت‌ناوابسته، اندازه‌گیری می‌کنند. در مقابل، در پرسش‌نامه هیجانات پیشرفت (پکران و همکاران، ۲۰۱۱)، غرور به مثابه یکی از ابعاد هیجانات پیشرفت مثبت، در رابطه با موقعیت‌هایی مانند مطالعه، امتحان و کلاس درس، آزمون می‌شود. حتی در این ابزار هم مفهوم غرور اگرچه در موقعیت‌های پیشرفت، اما به مثابه یک سازه کلی آزمون می‌شود و زیرمقیاس‌های

1- Need Achievement Pride Scale

2- Self-Assurance subscale of the Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form

3- Alpha and Beta Pride subscales of the Test of Self-Conscious Affect

4- Two-Facet Measure of Pride

5- global

6- context-unspecific

غرور مبتنی بر خود و غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی را در برنمی‌گیرد؛ بنابراین، با توجه به ویژگی‌های کارکردی سازه وابسته به بافت غرور، در موقعیت‌های پیشرفت تحصیلی، تحلیل مشخصه‌های روان‌سنجی این سازه از اهمیت زیادی برخوردار است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی بودند که در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند. نمونه آماری این پژوهش نیز شامل ۲۵۰ دانشجو (۱۴۰ زن و ۱۱۰ مرد) بودند که از دانشکده‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده حقوق، دانشکده ادبیات و علوم انسانی و دانشکده علوم ورزشی و تندرستی، انتخاب شدند. در این پژوهش، موافق با منطق پیشنهادی کلاین (۲۰۱۵) برای اطلاع از مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس غرور تحصیلی، با توجه به تعداد ۱۰ ماده آن، تلاش شد به انتخاب ۲۵۰ دانشجو و رجوع به قاعده ۲۵ دانشجو به ازای هر ماده مقیاس، شرایط مقبولی از منظر دغدغه‌های روان‌سنجی برای اطلاع از ویژگی‌های فنی روایی و پایایی مقیاس غرور تحصیلی فراهم آید. در این پژوهش، با هدف رجوع به برخی از کدهای اخلاقی پژوهش‌های روان‌شناختی، بر اصل رضایت آگاهانه آن‌ها و رعایت اصل محرمانگی پاسخ‌های گردآوری شده، به‌طور مشخص تأکید شد. در بخش نخست تحلیل، ضرورت واررسی داده‌ها با هدف اطلاع از داده‌های غیرعادی و حذف احتمالی آن‌ها، نشان داد که حذف هیچ‌یک از مشارکت‌کنندگان، ضرورت ندارد.

ابزارهای سنجش

نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت^۱ (الیوت و موراایاما، ۲۰۰۸). الیوت و مک گرگور (۲۰۰۱) نسخه اصلی پرسش‌نامه هدف پیشرفت را با هدف سنجش اهداف ارجح فراگیران در موقعیت‌های پیشرفت توسعه دادند. با توجه به برخی محدودیت‌های غیرقابل انکار نسخه اصلی، الیوت و موراایاما (۲۰۰۸) نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت را توسعه دادند. نسخه تجدیدنظرشده از ۱۲ گویه و چهار بُعد شامل هدف تسلط‌مدار گرایشی^۲ (گویه‌های ۱، ۳ و ۷)، هدف تسلط‌مدار اجتنابی^۳ (گویه‌های ۵، ۹ و ۱۱)، هدف عملکردی گرایشی^۴ (گویه‌های ۲، ۴ و

۱- Achievement Goal Questionnaire-Revised

۲- mastery approach goal

۳- mastery avoidance goal

۴- performance approach goal

۸) و در نهایت هدف عملکردی اجتنابی^۱ (گویه‌های ۶، ۱۰ و ۱۲) تشکیل شده‌است (الیوت و مورایاما، ۲۰۰۸). در این پرسش‌نامه مشارکت‌کنندگان به هر گویه روی یک طیف هفت‌درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۷) پاسخ می‌دهند. در مطالعه شکری، تمیزی، عبدالله‌پور و تقوایی‌نیا (۱۳۹۴) که با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت در بین گروهی از دانشجویان دختر و پسر ایرانی انجام شد، نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس نشان داد که نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت از چهار عامل هدف تسلط‌مدار اجتنابی، هدف تسلط‌مدار گرایشی، هدف عملکردی اجتناب‌مدار و هدف عملکردی گرایش‌مدار تشکیل شده‌است. شاخص‌های برازش تحلیل عامل تأییدی بر پایه نرم‌افزار نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت، وجود این عوامل چهارگانه را تأیید کرد. نتایج مربوط به همبستگی بین اهداف پیشرفت تسلطی و عملکردی با هیجانات پیشرفت مثبت و منفی به‌طور تجربی از روایی سازه نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت، حمایت کرد. مقادیر ضرایب همسانی درونی نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت برای هدف تسلط‌مدار اجتنابی، تسلط‌مدار گرایشی، هدف عملکردی اجتناب‌مدار و هدف عملکردی گرایش‌مدار به‌ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۷۷ و ۰/۷۷ به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب همسانی درونی برای هر یک ابعاد هدف تسلط / گرایش، هدف تسلط / اجتناب، هدف عملکرد / گرایش و در نهایت، هدف عملکرد / اجتناب به‌ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد.

نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی^۲ (رویلی، رویسچ، جاریکا و واگن، ۲۰۰۵). پی‌کاک و لانگ (۱۹۹۰)، نقل از رویلی و همکاران، (۲۰۰۵) بر اساس الگوی تبدلی تنیدگی (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) و به‌منظور اندازه‌گیری فرایندهای ارزیابی شناختی در رویارویی با تجارب استرس‌زا مقیاس ارزیابی استرس را توسعه دادند. در نسخه اصلی این مقیاس، ارزیابی شناختی به‌صورت چندوجهی اندازه‌گیری می‌شود. در این مقیاس، مشارکت‌کنندگان به ۲۴ گویه بر روی یک طیف پنج‌درجه‌ای از هرگز (۰) تا بیشتر وقت‌ها (۴) پاسخ می‌دهند. علاوه بر این، در نسخه اصلی این ابزار، وجه ارزیابی اولیه شامل سه مقیاس تهدید، چالش و مرکزیت و وجه ارزیابی ثانویه مشتمل بر سه مقیاس قابل‌کنترل از طریق فرد، قابل‌کنترل از طریق دیگران و غیرقابل‌کنترل به‌وسیله هیچ‌کس است؛ بنابراین، ساختار عاملی نسخه اصلی مقیاس ارزیابی تنیدگی از طریق شش عامل مشخص می‌شود. در مطالعه رویلی و رویسچ (۲۰۰۵) که با هدف سنجش و توسعه ابزارهای گرایشی^۳ و چندبعدی ارزیابی شناختی استرس انجام شد، نتایج تحلیل

^۱ - performance avoidance goal

^۳ - dispositional

^۲ - Stress Appraisal Measure-Revised

عاملی مقیاس ارزیابی تنیدگی چهار عامل چالش، تهدید، مرکزیت و منابع را نشان داد. علاوه بر این، در مطالعه روایی و همکاران (۲۰۰۵)، نتایج آزمون ساختار عاملی نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی، سه عامل چالش، تهدید و مرکزیت را تکرار کرد. در مطالعه روایی و همکاران (۲۰۰۵) ضرایب همسانی درونی برای مقیاس‌های چالش، تهدید و منابع به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. در مطالعه شکری، تمیزی، عبدالله‌پور و خدای (۱۳۹۵) که با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس ارزیابی تنیدگی که در بین گروهی از دانشجویان ایرانی انجام شد، نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس نشان داد که نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی از سه عامل تهدید، چالش و منابع تشکیل شده است. شاخص‌های برازش تحلیل عامل تأییدی بر پایه نرم‌افزار نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی، وجود این عوامل سه‌گانه را تأیید کرد. نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی با هیجانات پیشرفت مثبت و منفی و خودکارآمدی تحصیلی به‌طور تجربی از روایی سازه نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی حمایت کرد. مقادیر ضرایب همسانی درونی نسخه تجدیدنظرشده مقیاس ارزیابی تنیدگی برای عوامل تهدید، چالش و منابع به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ به دست آمد. در مطالعه حاضر، ضرایب همسانی درونی برای مقیاس‌های تهدید، چالش و منابع به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس غرور تحصیلی (باچنر و همکاران، ۲۰۱۸). باچنر و همکاران (۲۰۱۸) با تأسی از منطق مفهومی نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت (پکران و همکاران، ۲۰۱۱) و به‌منظور تحلیل دقیق‌تر مشخصه‌های کارکردی هیجان غرور تحصیلی، به‌مثابه یک هیجان خودآگاه، دو وجه غرور مبتنی بر خود که در آن تجربه مفتخر بودن بر مقایسه عملکرد فردی با گذشته کنش‌وری خویشتن متمرکز است و غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی که در آن احساس مفتخر بودن بر مقایسه عملکرد فردی با کنش‌وری دیگران دلالت دارد، برای آن از یکدیگر تمایز داده شدند. در پژوهش پاکتر و همکاران (۲۰۱۸) ضرایب همسانی درونی غرور مبتنی بر خود و غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش پاچنر و همکاران (۲۰۱۸) نتایج تحلیل تأییدی مقیاس غرور تحصیلی با رویکرد مدلیابی معادلات ساختاری، از ساختار عاملی مشتمل بر دو وجه غرور معطوف بر خود و غرور معطوف بر مقایسه اجتماعی، به‌طور تجربی حمایت کرد.

در این مطالعه، برای آماده‌سازی نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی در نمونه دانشجویان ایرانی از روش ترجمه مجدد^۱ استفاده شد؛ بنابراین، به‌منظور استفاده از نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی، نسخه انگلیسی آن برای نمونه دانشجویان ایرانی به زبان فارسی ترجمه شد. برای این منظور، با هدف حفظ هم‌ارزی زبانی و مفهومی، نسخه فارسی به‌کمک یک فرد دوزبانه دیگر به انگلیسی برگردانده شدند (مارسلا و لئونگ، ۱۹۹۵). در ادامه، دو مترجم درباره تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی بحث کردند و از طریق «فرایند مرور مکرر» این تفاوت‌ها به حداقل ممکن کاهش یافت. براین‌اساس، مترادف معنایی نسخه ترجمه‌شده با نسخه اصلی به‌دقت بررسی شد.

منطق تحلیل داده‌ها.^۲ در این مطالعه، تحلیل داده‌ها بر پایه نظریه کلاسیک تست انجام شد. ابقا یا حذف مواد نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی برای نمونه ایرانی به اتکای مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی صورت گرفت. در این مطالعه برای استفاده از تحلیل عامل تأییدی از روش بیشینه درست‌نمایی^۴ برای برآورد مدل و همسو با پیشنهاد میرز، گامست و گارینو (۲۰۱۶) به منظور ارائه یک ارزیابی جامع از برازش الگو از شاخص مجذور خی، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی، شاخص برازش مقایسه‌ای^۵ شاخص نیکویی برازش^۶، شاخص نیکویی برازش انطباقی^۷ و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۸ استفاده شد. همسو با نتایج مطالعه باچنر و همکاران (۲۰۱۸)، در این پژوهش نیز الگوی اندازه‌گیری مشتمل بر دو عامل به‌عنوان الگوی مفروض ارجح، انتخاب و آزمون شد.

۱- back translation

۲- iterative review process

۳- motivational

۴- maximum likelihood

۵- Comparative Fit Index (CFI)

۶- Goodness of Fit Index (GFI)

۷- Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

۸- Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

يافته‌ها

در اين مطالعه، داده‌ها با استفاده از بسته‌هاى آمارى SPSS-18 و AMOS-18 تجزيه و تحليل شدند. پس از گردآوري داده‌ها و قبل از تحليل و وارسى تأييدى آن‌ها، پيش‌فرض‌هاى بهنجارى^۱ و هم‌خطى چندگانه آزمون شدند. براى اين منظور، ابتدا مفروضه‌هاى بهنجارى و هم‌خطى چندگانه و همچنين، داده‌هاى غيرعادى (دورافتاده)^۲ وارسى شدند. در اين پژوهش، موافق با پيشنهاده تاباچنيك و فيدل (۲۰۰۷) داده‌هاى غيرعادى تك‌متغيرى، از طريق نمرات استاندارد Z در بسته آمارى SPSS، چك شدند. در اين بخش، نتايج نشان داد كه هيچ داده دورافتاده يا غيرعادى در محدوده داده‌هاى پيش‌بنى شده وجود نداشت. جدول ۱، اندازه‌هاى توصيفى ميانگين، انحراف استاندارد و آماره‌هاى چولگى^۳ و كشيدگى^۴ را براى ماده‌هاى نسخه فارسى مقياس غرور تحصيلى در دانشجويان نشان مى‌دهد. انحراف استاندارد ماده‌هاى ابزار سنجش غرور تحصيلى در بازه ۱/۵۲ تا ۱/۹۵ به دست آمدند. نتايج مربوط به آماره‌هاى چولگى ($|0/۲۲| <$) و كشيدگى ($|0/۵۵| <$) نشان داد كه هيچ يك از ماده‌هاى مقياس، از نقاط برش پيشنهادهى براى آماره‌هاى چولگى برابر با ۳^۵ و كشيدگى برابر با ۸^۶ بيشتر نبودند؛ بنابراين، همسو با منطق پيشنهادهى كلاين (۲۰۱۵) مفروضه بهنجارى تك‌متغيرى براى هر يك از ماده‌هاى نسخه فارسى مقياس غرور تحصيلى رعايت شده است. علاوه بر اين، در اين پژوهش، به منظور آزمون مفروضه هم‌خطى چندگانه، از آماره‌هاى تحمل و عامل تورم واريانس^۷ استفاده شد. در اين بخش، همسو با پيشنهاده هاير، بلڪ، بابين و آندرسون (۲۰۱۰) از آنجاکه تمامى مقادير مربوط به آماره تحمل بزرگ‌تر از ۰/۱۰ و همه مقادير آماره عامل تورم واريانس نيز کوچک‌تر از ۳ بودند، بنابراين، مفروضه عدم هم‌خطى رعايت شد. جدول ۱، اندازه‌هاى توصيفى ميانگين و انحراف استاندارد و آماره‌هاى چولگى و كشيدگى را براى ماده‌هاى مقياس غرور تحصيلى نشان مى‌دهد.

1- normality

2- Multicollinearity

3- outliers

4- skewness

5- kurtosis

6- tolerance

7- variance inflation factor

جدول ۱. اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار و آماره‌های چولگی و کشیدگی ماده‌های مقیاس غرور تحصیلی

ماده‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
وقتی احساس غرور می‌کنم که ...				
... از قبل نتایج بهتری به دست آورده باشم.	۳/۶۴	۱/۸۶	-۰/۳۶	-۰/۹۹
... در طول زمان پیشرفت کرده باشم.	۳/۸۱	۱/۸۰	-۰/۴۰	-۰/۹۳
... نسبت به قبل نمرات بهتری گرفته باشم.	۴/۰۴	۱/۷۵	-۰/۵۶	-۰/۷۵
... در مقایسه با امتحانات مشابه قبلی، عملکرد بهتری داشته باشم.	۳/۷۰	۱/۹۵	-۰/۲۲	-۱/۰۵
... در مقایسه با قبل، به سؤالات بیشتری به‌صورت درست، پاسخ بدهم.	۴/۱۰	۱/۷۹	-۰/۷۰	-۰/۵۵
... در مقایسه با دانشجویان دیگر بهتر باشم.	۳/۰۷	۱/۵۰	۰/۲۳	-۱/۰۱
... در مقایسه با دیگر دانشجویان، نتایج بهتری به دست آورم.	۲/۷۱	۱/۵۳	۰/۵۹	-۰/۶۶
... از دانشجویان دیگر بهتر بتوانم امور مربوط به یادگیری خود را رسیدگی کنم.	۳/۱۴	۱/۶۴	۰/۲۱	-۱/۱۹
... در مقایسه با دانشجویان دیگر، بتوانم به سؤالات بیشتری به‌درستی پاسخ دهم.	۲/۹۶	۱/۶۵	۰/۴۰	-۱/۰۴
... در مقایسه با دیگر دانشجویان، در امتحانات بهتر عمل کنم.	۲/۹۴	۱/۶۳	۰/۳۷	-۱/۰۲

در این بخش، به‌منظور تعیین روایی عاملی مقیاس غرور تحصیلی از روش آماری تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. به‌بیان دیگر، به‌منظور تأیید ماهیت دو بُعدی ابزار سنجش، از مدل‌یابی معادله ساختاری به‌کمک تحلیل عاملی تأییدی، استفاده شد. به‌منظور آزمون فرضیه مربوط به بارهای عاملی عامل‌ها و همبستگی‌های بین عاملی، در تحلیل عاملی تأییدی از روش برآورد بیشینه درست‌نمایی^۱ استفاده شد. در این بخش، به‌منظور ارزیابی برازندگی مدل، مدل استقلال با مدل مفروض، مقایسه شد. نتایج نشان داد که اندازه‌های نیکویی برازش برای مدل استقلال که در آن فرض می‌شود همه متغیرها ناهمبسته‌اند، بر برازندگی ضعیفی مدل مزبور با داده‌ها، دلالت داشت ($\chi^2/df = 39/03$).

^۱- maximum likelihood

^۲- independence model

$\chi^2(78, N=400)=30.44/48, p<0.001$. آماردانان تأکید می‌کنند که مقدار ترجیحی آماره χ^2 باید کوچک و میزان احتمال مربوط به آن از سطح معناداری آماری به دست آمده، بزرگ‌تر باشد. با این وجود، این آماره، به میزان زیادی نسبت به حجم نمونه حساس است. بر این اساس، هر مدل قابل قبولی به دلیل توان بیش از حد بالای این روش آزمون آماری، اغلب اوقات رد می‌شود (میرز، گامست و گارینو، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، موافق با پیشنهاد آماردانان، به منظور اطلاع از برازندگی قابل قبول مدل با داده‌ها، به طور جایگزینی از نسبت χ^2/df (تیلور و تاد، ۱۹۹۵) یا $\chi^2/df < 3$ استفاده می‌شود (میرز و همکاران، ۲۰۱۶). در جدول ۲، با توجه به معناداری آزمون χ^2 ، به منظور اطلاع از برازندگی مدل مفروض با داده‌ها، شاخص‌های نیکویی برازش دیگری واریسی شدند. با توجه به عدم اجماع نظر آماردانان در باره اندازه‌های نیکویی برازش ترجیحی (کلاین، ۲۰۱۵؛ میرز و همکاران، ۲۰۱۶)، در این پژوهش، هم‌سو با منطق آربوکی و و سکی (۱۹۹۹) بر اندازه‌های نیکویی برازش مختلف، عبارات خطای باقیمانده^۲ و شاخص‌های اصلاح^۳ تأکید شد.

با وجود اطلاع از ساختار دوبعدی زیربنای مفهومی مقیاس غرور تحصیلی، به عنوان یک مدل مفهومی ارجح، اما ضرورت مصاف این منطق مفهومی ترجیح داده شده، با دیگر مدل‌های رقیب، فرصت مطمئن‌تری برای دفاع از ساختار دوبعدی مفروض برای ابزار سنجش غرور تحصیلی فراهم خواهد کرد. بر این اساس، در ادامه، با هدف آزمون مدل‌های اندازه‌گیری رقیب، ساختار تک‌عاملی ابزار سنجش غرور تحصیلی، واریسی شد. در این بخش، نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل تک‌عاملی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی میرز و همکاران (۲۰۱۶) شامل شاخص مجذور خی، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی، شاخص برازش مقایسه‌ای، شاخص نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش انطباقی و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب به ترتیب برابر با ۵۳۳/۳۴، ۱۵/۲۳، ۰/۵۶، ۰/۶۱، ۰/۳۸ و ۰/۲۴ به دست آمد که بر برازش ضعیف مدل با داده‌ها دلالت دارد (جدول ۲).

در نهایت، ساختار دوبعدی مرتبه اول با شمول دو وجه غرور معطوف بر ادراک فرد از مقایسه خود با گذشته خویش (غرور مبتنی بر خود) و غرور معطوف بر مقایسه خود با دیگران (غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی)، انتخاب و آزمون شد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل دوعاملی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی میرز و همکاران (۲۰۱۶) شامل شاخص مجذور خی، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزاد، شاخص برازش مقایسه‌ای، شاخص نیکویی برازش، شاخص

^۱- preferable value

^۳- modification indices

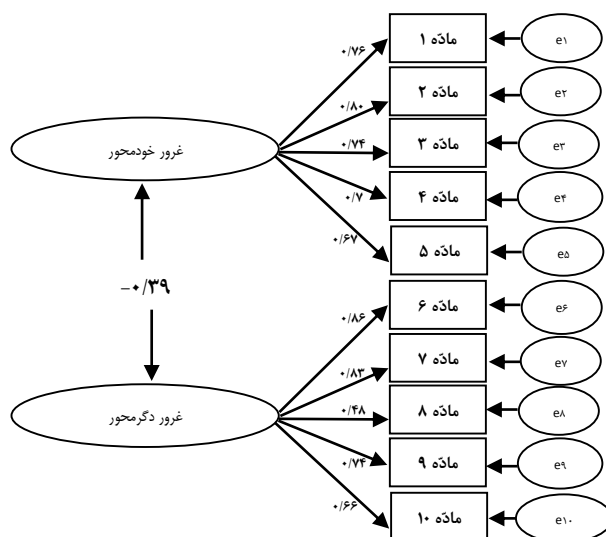
^۲- residual error terms

نیکویی برازش انطباقی و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب به ترتیب برابر با ۸۲/۲۲، ۲/۵۸، ۰/۹۵، ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۰۷ به دست آمد که بر برازش قابل قبول مدل با داده‌ها دلالت دارد (جدول ۲).

جدول ۲. اندازه‌های نیکویی برازش و مقادیر بارهای عاملی مدل‌های اندازه‌گیری رقیب

مدل‌های رقیب	χ^2	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	loadings
مدل استقلال	۱۱۶۹/۵۰	۲۵/۹۸	۰/۴۲	۰/۲۶	۰/۰۰	۰/۳۲	-
مدل تک‌عاملی	۵۳۳/۳۴	۱۵/۲۳	۰/۶۱	۰/۳۸	۰/۵۶	۰/۲۴	۰/۲۰ - ۰/۵۵
مدل دوعاملی مرتبه اول	۸۲/۲۲	۲/۵۸	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۰۷	۰/۴۸ - ۰/۸۶

شکل ۱ نتایج مربوط به وزن‌های رگرسیونی ساختار دوعاملی مدل اندازه‌گیری مقیاس غرور تحصیلی را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که برای هر سه زیرمقیاس، جمع وزن‌های رگرسیونی از لحاظ آماری معنادارند ($P < ۰/۰۰۱$). در شکل ۱، ضرایب رگرسیونی برای غرور مبتنی بر خود بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۰ و ضرایب رگرسیونی برای زیرمقیاس غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶، به دست آمد. در مطالعه حاضر، همبستگی بین وجوه غرور مبتنی بر خود و غرور مبتنی بر مقایسه اجتماعی، منفی و معنادار بود ($r = -۰/۳۹$, $p < ۰/۰۰۱$).



شکل ۱. تحلیل تأییدی ساختار دوعاملی مرتبه اول مقیاس غرور تحصیلی

در این بخش، با هدف اطلاع از مشخصه‌های فنی مقیاس غرور تحصیلی با اخذ رویکردی جزئی‌نگر و معطوف بر هر یک از ماده‌ها، ضریب همبستگی هر ماده با نمره کل و ضریب همسانی با فرض حذف هر ماده، برای ساختار دوعاملی مرتبه اول، گزارش شد (جدول ۳).

جدول ۳. مقادیر آلفای کرانباخ، همبستگی هر ماده با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف ماده برای مدل دوعاملی مرتبه اول

ماده‌ها	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
زیرمقیاس غرور خودمحور $\alpha=0/88$		
۱	۰/۶۸۳	۰/۸۲۳
۴	۰/۷۱۶	۰/۸۱۵
۷	۰/۶۶۰	۰/۸۲۹
۱۰	۰/۶۸۱	۰/۸۲۴
۱۳	۰/۶۱۶	۰/۸۳۹
زیرمقیاس غرور دگرمحور $\alpha=0/86$		
۶	۰/۷۳۷	۰/۷۸۸
۷	۰/۷۳۴	۷۸۸
۸	۰/۵۴۳	۰/۸۴۱
۹	۰/۷۱۹	۰/۷۹۰
۱۰	۰/۶۴۴	۰/۸۱۲

روایی ملاکی

در این بخش، به منظور تعیین روایی ملاکی مقیاس غرور تحصیلی، موافق با پیشینه نظری و تجربی، همبستگی بین وجوه مختلف غرور تحصیلی با هدف‌های پیشرفت تحصیلی و فرایندهای ارزیابی شناختی، محاسبه شد. در این بخش، نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد غرور تحصیلی با جهت‌گیری‌های هدف پیشرفت و ارزیابی‌های شناختی، شواهد متقنی در دفاع از روایی ملاکی مقیاس غرور تحصیلی فراهم آورد.

جدول ۳. همبستگی غرور تحصیلی با هدف‌های پیشرفت و ارزیابی‌های شناختی

غرور خودمحور	غرور دگرمحور	
۰/۴۶**	-۰/۳۱**	هدف‌های تسلطی
-۰/۲۹**	۰/۴۸**	هدف‌های عملکردی
۰/۳۴**	۰/۲۶**	ارزیابی چالشی‌نگر
۰/۳۰**	-۰/۲۳**	ارزیابی از منابع
-۰/۳۶**	۰/۳۹**	ارزیابی تهدیدمحور

** $P < ۰/۰۱$

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی در بین گروهی از دانشجویان دختر و پسر انجام شد. در پژوهش حاضر نتایج مربوط به روایی عاملی مقیاس غرور تحصیلی، موافق با یافته‌های پژوهش باچنر و همکاران (۲۰۱۸) از ساختار دوعاملی مقیاس شامل غرور خودمحور و غرور دگرمحور به‌طور تجربی حمایت کرد. علاوه بر این، در بخش دیگر، نتایج پژوهش حاضر با تأکید بر همبستگی بین وجوه مقیاس غرور تحصیلی با جهت‌گیری‌های هدفی و فرایندهای ارزیابی شناختی، شواهدی در دفاع از روایی ملاکی مقیاس فراهم آورد. ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های غرور خودمحور و غرور دگرمحور نیز قابل قبول بودند.

در بخش نخست، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های باچنر و همکاران (۲۰۱۸) و باچنر و همکاران (۲۰۱۹) با تکرار ساختار دوعاملی مقیاس غرور تحصیلی شامل غرور خودمحور و غرور دگرمحور، شواهد مضاعفی را در دفاع از خاستگاه مفهومی هیجان خودآگاه غرور تحصیلی فراهم آورد. در این بخش، نتایج پژوهش حاضر با تأیید روایی درونی منطق مفهومی تصریح‌شده برای مقیاس غرور تحصیلی، همسو با مواضع رویکرد نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت، تأکید بر اخذ رویکردی معطوف بر ساختار پوشانندهٔ جمیع هیجانات پیشرفت مثبت و منفی در قالب یک واحد مفهومی منفرد و سنجش آن هیجانات به کمک یک ابزار واحد و یا التزام به فهم زوایای عرضی و عمقی هر یک از هیجانات و سنجش هر یک در قالب یک ساختار منفرد و تمیز یافته، در اولویت قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش حاضر، موافق با یافته‌های مطالعات باغی، شکری، فتح‌آبادی و حیدری (۱۳۹۶)، نورمحمدی، شکری و خدایی (۱۳۹۹) و لکی، شکری، سپاه منصور و ابراهیمی (۱۳۹۷)، ضمن حمایت از روایی درونی مقیاس غرور تحصیلی، با تأکید بر ضرورت تحلیل و فهم مشخصه‌های گُنشی سازهٔ غرور تحصیلی، در قلمرو هیجانات پیشرفت مثبت و منفی، شواهد مضاعف و قابل دفاعی را در دفاع از مطالعهٔ هیجانات پیشرفت در دو قالب هیجانات منفرد و معطوف بر یک تجربهٔ واحد و البته، در ساحت هیجانات چندگانهٔ مثبت و منفی، فراهم آورد.

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات الیوت، موریاما و پکران (۲۰۱۱) و پکران، الیوت و مایر (۲۰۰۶) نشان داد که جهت‌گیری‌های هدفی یکی از همبسته‌های مفهومی هیجانات پیشرفت، تلقی می‌شوند. نتایج در این بخش، همسو با آموزه‌های مفهومی نظریه هدف پیشرفت نشان می‌دهد که یادگیرندگان علاقه‌مند به هدف‌های تسلطی که اساساً از طریق ویژگی‌هایی مانند اسناد پیامدها به واحد مفهومی تلاش، ارزیابی شایستگی فردی با تأکید بر مطالبات تکلیف فراروی و نتایج پیشین، ارزیابی چالش‌مدارانه تجارب ناکام‌کننده با تأکید بر ناکافی بودن ظرف یاداندوخته‌های فردی و در نهایت، استفاده از راهبردهای یادگیری متنوع‌تر و حتی رفتار جستجوی کمک برای یادگیری، تعریف می‌شوند، بیشتر مستعد تجربه هیجانات پیشرفت مثبت هستند. در مقابل، یادگیرندگان تعقیب‌کننده هدف‌های عملکردی که عمدتاً به کمک ویژگی‌هایی مانند ارزیابی شایستگی فردی بر اساس مقایسه خود با دیگران، اسناد پیامدها به عنصر اسنادی توانایی، ارزیابی شکست به صورت یک تجربه تهدیدکننده و در نهایت، فقدان جستجوگری برای رویارویی انطباقی با تجارب انگیزاننده فراروی مشخص می‌شوند، بیشتر خویشتن را در معرض هیجانات پیشرفت منفی، قرار می‌دهند (تیبالد، بریتویزر، موریاما و بورد، ۲۰۲۱). به بیان دیگر، همسو با نتایج مطالعات مختلف، دفاع از کارکرد تسهیل‌گر هدف‌های تسلطی در فراخوانی تجارب هیجانی مثبت در بین یادگیرندگان در بستر اطلاع از مشخصه‌های کنشی سازوکارهایی مانند استانداردهای فردی یا مطلق در برابر استانداردهای هنجاری، اسناد‌گزینی‌های علی معطوف بر تلاش در برابر اسناد توانایی، خودتعیین‌گری و خودراهبری در برابر دگرتعیین‌گری، انگیزش درونی یا وجوه خودنظم‌بخش انگیزش برونی مانند یکپارچگی و تنظیم شناساننده در برابر انگیزش بیرونی و وجه کنترل‌شده انگیزش برونی یا تنظیم درون‌فکنی شده، احساسات مبتنی انتخاب‌گری‌های خودتاییدشده در برابر احساسات مبتنی بر متابعت، اصرار بر یادگیری از تجارب ناکام‌کننده در برابر بیش‌تهدیدشدگی در رویارویی با تجارب شکست، آمایه‌های ذهنی رشدمحور یا نظام باورهای ضمنی یادگیرندگان درباره خویشتن با تأکید بر تغییرپذیری هوش و دیگر توانش‌های مربوط به کنش‌وری تحصیلی آن‌ها در برابر آمایه‌های ذهنی تثبیت‌شده یا نظام باورهای ضمنی یادگیرندگان درباره خویشتن با تأکید بر تغییرناپذیری هوش و دیگر توانش‌های مربوط به عملکرد تحصیلی آن‌ها و در نهایت، باورمندی به تغییرپذیری خود و عملکرد خویشتن و ناوابستگی قضاوت ارزشیابانه فرد به توانایی‌های فردی خویش، مشخص می‌شود (گودرزناصری، شکری و کمری، ۱۳۹۶). در این بخش، محققان تربیتی به‌طور ویژه تأکید می‌کنند که مواجهه‌های تکلیف‌محور در مقایسه با رویارویی‌های خود / دگرنگر، اسناد‌گزینی‌های علی معطوف بر الگوی انتظار بالا در مقایسه با الگوی انتظار پایین، فزون‌یافتگی احساس رضامندی حاصل از تجربه

انتخاب‌های خودتاییدشده، بهره‌مندی از سودمندی رجوع به راهبردهای خودنظم‌بخش تحصیلی و در نهایت، تقویت احساس تعلق خودخوانده نسبت به مطالبه‌گری‌های تحصیلی، در بین یادگیرندگان علاقه‌مند به هدف‌های تسلطی در مقایسه با هدف‌های عملکردی، آن‌ها را در معرض سطوح بالایی از هیجانات پیشرفت مثبت خودفزاینده‌ای مانند غرور یا اطمینان، امید و لذت قرار می‌دهد (هال، سامپاسیوان، مویس و رانیلاسی، ۲۰۱۶).

در بخشی دیگر، نتایج پژوهش حاضر، با تأکید بر تداخل بالقوه بین وجوه غرور تحصیلی و ارزیابی‌های شناختی، شواهد دیگری را در دفاع از نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت فراهم آورد. در نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت، فرض می‌شود که نزدیک‌ترین منبع اطلاعاتی تغذیه‌کننده هیجانات پیشرفت یادگیرندگان را ارزیابی‌های معطوف بر کنترل و همچنین، تفاسیر ناظر بر ارزش‌گذاری برای تجارب پیرامونی تشکیل می‌دهد (فارسلم، پکران، لادیر و پیکسوتو، ۲۰۲۲؛ داوودندی و شکری، ۱۳۹۵). در این بخش، محققان یادآوری می‌کنند که ارزیابی معطوف بر کنترل رخدادهای پیرامونی و همچنین، ارزیابی معطوف بر ارزش‌گذاری برای آن تجارب، یادگیرنده را در معرض هیجانات مثبت و انگیزاننده‌ای مانند غرور و اطمینان قرار می‌دهد. در مقابل، ادراک از کنترل‌ناپذیری وقوع رخدادهای عدم قصدمندی و ارزش‌گذاری برای تحقق تجارب پیشرفت در موقعیت‌های تحصیلی، فرصت تجربه هیجانات مثبت انگیزاننده را از یادگیرندگان سلب خواهد کرد (لیچتنفیلد، پکران، هربرت، آلریکی و کریستینا، ۲۰۲۲؛ نوانگی، سینیانگا و کواریکاندا، ۲۰۱۸).

استفاده از یافته‌های پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری باید در بستر اطلاع از محدودیت‌های آن انجام شود. یکم، در این پژوهش، گروه هدف، تعدادی از دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی بودند؛ بنابراین، استفاده از یافته‌های آن برای دیگر گروه‌های یادگیرندگان باید با احتیاط لازم انجام شود. دوم، در این پژوهش، با هدف فهم مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس غرور تحصیلی از بین روش‌های مختلف آزمون ویژگی‌های فنی ابزار منتخب از روایی عاملی، روایی ملاکی و ضرایب همسانی درونی استفاده شد؛ بنابراین، استفاده از دیگر روش‌های ناظر بر فهم‌پذیری ویژگی‌های فنی روایی و پایایی مقیاس مانند روایی تشخیصی و پایایی آزمون بازآزمون، می‌تواند در اولویت قرار گیرد. سوم، اگرچه محققان در این پژوهش، با انتخاب گزینه آزمون مدل‌های رقیب، بستر اطلاعاتی مناسب و قابل دفاعی را برای اعتماد به ساختار دو عاملی مقیاس غرور تحصیلی فراهم آوردند، اما تحلیل هم‌ارزی جنسی مدل اندازه‌گیری ابزار مزبور نیز، میدان مضافی را برای رویارویی منطق اندازه‌گیری مفروض، در دو جنس فراهم

خواهد آورد؛ بنابراین، آزمون تغییرناپذیری جنسی ساختار عاملی مقیاس غرور تحصیلی نیز، در اولویت پژوهشی قرار گیرد.

به‌طورکلی، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با مواضع مفهومی نظریه کنترل ارزش هیجانات پیشرفت نشان داد که تحلیل ویژگی‌های کارکردی هیجانات پیشرفت برای محققان تربیتی علاقه‌مند به سنجش هیجانات پیشرفت، از دو طریق ممکن می‌شود. از یک‌سوی، با اخذ رویه‌ای باهم‌نگرانه، سنجش هیجانات پیشرفت با شمول هم‌زمان جمیع تجارب هیجانی مثبت و منفی، ممکن می‌شود. از دیگر سوی، تعقیب شیوه‌ای انحصاری و محدود به دامنه معنایی هر یک از هیجانات، فرصت مغتنمی را برای اطلاع بیش‌ازپیش از مشخصه‌های کنشی هر یک از آن هیجانات، به‌تنهایی فراهم خواهد آورد.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی شامل حفظ حریم خصوصی و رازداری به‌وسیله عدم پرسش نام و نام‌خانوادگی مشارکت‌کنندگان رعایت شد. در ضمن به آن‌ها یادآوری شد که هر زمان بخواهند می‌توانند از ادامه پژوهش صرف‌نظر کنند.

سپاسگزاری

از تمامی مشارکت‌کنندگان عزیز که با حضور مسئولانه خود همراهان بودند، صمیمانه تشکر می‌شود.

مشارکت نویسندگان

الهام کوشکی: نگارش مقدمه، نگارش بحث و نتیجه‌گیری/ طراحی پژوهش، نگارش روش‌شناسی، تحلیل داده‌ها، اصلاح، ویراستاری (۷۰ درصد) / علی حاجتی: طراحی پژوهش، اصلاح و بازبینی (۳۰ درصد)

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، تعارض منافع وجود ندارد.

منابع

- باغی، زهرا، شکری، امید، فتح‌آبادی، جلیل، و حیدری، محمود. (۱۳۹۶). مدل‌یابی پیشایندها و پسایندهای جهت‌گیری‌های هدف پیشرفت در دانشجویان: یک تحلیل میانجیگر. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۳۷، ۹۲-۵۸. [\[پیوند\]](#)
- داودوندی، فرزانه، و شکری، امید. (۱۳۹۵). فرایندهای ارزیابی شناختی، هیجانات پیشرفت و تعهد تحصیلی: یک تحلیل واسطه‌ای. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۳ (۵۰)، ۱۹۸-۱۸۳. [\[پیوند\]](#)
- رشیدی‌پور، فاطمه، شکری، امید، فتح‌آبادی، جلیل، و پورشهریار، حسین. (۱۴۰۱). ساخت برنامه داربست‌سازی انگیزشی بر اساس الگوی نقشه‌نگاری مداخله و اثربخشی آن بر جهت‌گیری‌های هدفی و ارزیابی‌های شناختی والدین. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶ (۶۳)، ۴۱-۱۱. [\[پیوند\]](#)
- DOI: 10.52547/APS.2021.223032.1100
- شکری، امید، تمیزی، نوشین، عبدالله‌پور، محمد آزاد، و تقوایی‌نیا، علی. (۱۳۹۴). اعتباریابی و رواسازی نسخه تجدیدنظرشده پرسش‌نامه هدف پیشرفت در دانشجویان. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۳ (۴)، ۱۲۲-۱۰۷. [\[پیوند\]](#)
- شکری، امید، تمیزی، نوشین، عبدالله‌پور، محمدآزاد، و خدای، محمدمحسن. (۱۳۹۵). تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارزیابی شناختی استرس در دانشجویان. *تازه‌های علوم‌شناختی*، ۱۸ (۲)، ۱۱-۱. [\[پیوند\]](#)
- عبدالله‌پور، محمدآزاد، درتاج، فریبرز، و احدی، حسن. (۱۳۹۳). ارزیابی ساختار عاملی پرسش‌نامه هیجانات پیشرفت در دانشجویان ایرانی. *فصلنامه مطالعات اندازگیری و ارزشیابی آموزشی*، دوره ۴، شماره ۸، ۱۸۶-۱۶۱. [\[پیوند\]](#)
- گراوند، فریبرز، ابوالمعالی، خدیجه، کیامنش، علیرضا، ر. و گنجی، حمزه. (۱۳۹۵). تحلیل عاملی تأییدی و همسانی درونی مقیاس‌های هیجان مربوط به کلاس در دانشجویان. *فصلنامه اندازگیری تربیتی*، ۷ (۲۶)، ۲۴۸-۲۲۵. [\[پیوند\]](#)
- گودرزناصری، الهه، شکری، امید، و کمری، سامان. (۱۳۹۶). تفاوت‌های جنسیتی در خودناتوان‌سازی تحصیلی: نقش جهت‌گیری‌های هدف پیشرفت. *دوفصلنامه روان‌شناسی معاصر*، ۱۲ (۲)، ۱۴۱-۱۲۸. [\[پیوند\]](#)
- لکی، داود، شکری، امید، سپاه‌منصور، مژگان، و ابراهیمی، سارا. (۱۳۹۷). رابطه تاب‌آوری تحصیلی و ارزیابی‌های شناختی با خودناتوان‌سازی تحصیلی: نقش واسطه‌ای هیجان‌های پیشرفت. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۴ (۵۵)، ۳۴۱-۳۲۸. [\[پیوند\]](#)
- نورمحمدی، رها، شکری، امید، و خدایی، علی. (۱۳۹۹). رابطه بین جهت‌گیری‌های هدف پیشرفت، فرایندهای ارزیابی شناختی و هیجانات پیشرفت در دانشجویان دختر و پسر: یک تحلیل میانجیگری تعدیل‌شده. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۱۲ (۷۸)، ۱۵۸-۱۸۰. [\[پیوند\]](#)

- Beuchnerm, V. L., Stahn, V., & Murayama, K. (2019). The power and affiliation component of achievement pride: antecedents of achievement pride and effects on academic performance. *Frontiers in Education*, 3, 1-10. [\[Link\]](#)
- Chasiotis, A., Wedderhoff, O., Rosman, T., & Mayer, A. K. (2021). The role of approach and avoidance motivation and emotion regulation in coping via health information seeking. *Current Psychology*, 40, 5235–5244. [\[Link\]](#)
- Chazan, D. J., Pelletier, G. N., & Daniels, L. N. (2022). Achievement Goal Theory Review: An Application to School Psychology. *Canadian Journal of School Psychology*, 37 (1), 40-56. [\[Link\]](#)
- Elliot, A. J., & McGregor, H. A. (2001). A 2-2 achievement goal framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 501–519. [\[Link\]](#)
- Elliot, A. J., & Murayama, K. (2008). On the measurement of achievement goals: Critique, illustration and application. *Journal of Educational Psychology*, 100(3), 613–628. [\[Link\]](#)
- Elliot, A. J., Murayama, K., & Pekrun, R. (2011). A 3-2 achievement goal model. *Journal of Educational Psychology*, 103 (3), 632-648. [\[Link\]](#)
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Personality and Individual Differences*, 48, 150–170. [\[Link\]](#)
- Forsblom, L., Pekrun, R., Loderer, K., & Peixoto, F. (2022). Cognitive appraisals, achievement emotions, and students' math achievement: A longitudinal analysis. *Journal of Educational Psychology*, 114(2), 346–367. [\[Link\]](#)
- Graham, S. (2020). An attributional theory of motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101861. [\[Link\]](#)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed., pp. 125–857). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. [\[Link\]](#)
- Hall, N. C., Sampasivam, L., Muis, K. R., & Ranellucci, J. (2016). Achievement goals and emotions: The mediational roles of perceived progress, control, and value. *British Journal of Educational Psychology*, 86(2), 313-330. [\[Link\]](#)
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practices of Structural Equation Modeling* (2nd Eds.). New York: Guilford. [\[Link\]](#)
- Lichtenfeld, S., Pekrun, R., Marsh, H. W., Nett, U. E., & Reiss, K. (2022). Achievement emotions and elementary school children's academic performance: Longitudinal models of developmental ordering. *Journal of Educational Psychology*. [\[Link\]](#)

- Marsella, A. J., & Leong, F. T. L. (1995). Cross-cultural issues in personality and career assessment. *Journal of Career Assessment*, 3, 202-218.[\[Link\]](#)
- Metzler, J. N. (2007). *The significance of locus-of-esteem enhancement in pride-based assessment of the need for achievement* (Unpublished doctoral dissertation). Pennsylvania State University, University Park, PA.[\[Link\]](#)
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Goarin, A. J. (2016). *Applied multivariate research, design and interpretation*. Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication.[\[Link\]](#)
- Muwonge, C. M., Ssenyonga, J., & Kwarikunda, D. (2018). Cognitive appraisals, achievement emotions, and motivation towards learning mathematics among lower secondary students. *African Journal of Research in Mathematics, Science and Technology Education*, 22 (2), 243-253.[\[Link\]](#)
- Nomura, O., Wiseman, J., Sunohara, M., Akatsu, H., & Lajoie, S. P. (2021). Japanese medical learners' achievement emotions: Accounting for culture in translating Western medical educational theories and instruments into an Asian context. *Advances in Health Sciences Education*, 26, 1255-1276.[\[Link\]](#)
- Osch, Y. V., Zeelenberg, M., Breugelmans, S. M., & Brandt, M. J. (2019). Show or hide pride? Selective inhibition of pride expressions as a function of relevance of achievement domain. *Emotion*, 19 (2), 334-347.[\[Link\]](#)
- Pekrun, R. (2006). The control-value theory of achievement emotions: Assumptions, corollaries, and implications for educational research and practice. *Educational Psychology Review*, 18, 315-341.[\[Link\]](#)
- Pekrun, R., & Perry, P. P. (2014). Control-value theory of achievement emotions. In R. Pekrun, & L. Linnenbrink-Garcia (Eds.). *International handbook of emotions in education* (pp. 120-141) Routledge, Taylor & Francis Group, NY [\[Link\]](#)
- Pekrun, R., Elliot, A. J., & Maier, M. A. (2006). Achievement goals and discrete achievement emotions: A theoretical model and prospective test. *Journal of Educational Psychology*, 98, 583-597.[\[Link\]](#)
- Pekrun, R., Goetz, T., Frenzel, A. C., Barchfeld, P., & Perry, R. P. (2011). Measuring emotions in students' learning and performance: The achievement emotions questionnaire (AEQ). *Contemporary Educational Psychology*, 36, 36-48.[\[Link\]](#)
- Pekrun, R., Murayama, K., Marsh, H. W., Goetz, T., & Frenzel, A. C. (2019). Happy fish in little ponds: Testing a reference group model of achievement and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 117(1), 166 - 185.[\[Link\]](#)
- Rowley, A. A., & Roesch, S. C. (2005). Evaluating and developing multidimensional, dispositional measures of appraisal. *Journal of Personality Assessment*, 85(2), 188-196.[\[Link\]](#)

- Rowley, A. A., Roesch, S. C., Jurica, J., & Vaughn, A. A. (2005). Developing and validating a stress appraisal measure for minority adolescents. *Journal of Adolescence*, 28, 547–557. [\[Link\]](#)
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. (p.934), Boston, MA: Allyn & Bacon. [\[Link\]](#)
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (2000). The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). Fairfax, VA: George Mason University. [\[link\]](#)
- Taylor, S., & Todd, P. A. (1995). Understanding information technology usage: A test of competing models. *Information Systems Research*, 6(2), 144–176. [\[Link\]](#)
- Theobald, M., Breitwieser, J., Murayama, K., & Brod, G. (2021). Achievement emotions mediate the link between goal failure and goal revision: Evidence from digital learning environments. *Computers in Human Behavior*, 119, 106726. [\[Link\]](#)
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007a). The psychological structure of pride: A tale of two types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 506–525. [\[Link\]](#)
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007b). Emerging insights into the nature and function of pride. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 147–150. [\[Link\]](#)
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – expanded form*. Ames, IA: The University of Iowa. [\[Link\]](#)

پیوست‌ها

پرسشنامه هدف پیشرفت (الیوت و مورا، ۲۰۰۸)

دانشجوی عزیز لطفاً بر اساس عبارات زیر هدف خود را از تلاش در دانشگاه برای انجام تکالیف درسی به طور دقیق مشخص کنید. به بیان دیگر، لطفاً بر اساس عبارات زیر مشخص کنید که هدف شما از تلاش برای انجام تکالیف درسی در دانشگاه چیست؟

کاملاً مخالف	تا حدودی مخالف	نه مخالف نه موافق	تا حدودی موافق	کاملاً موافق	
					۱. هدفم آن است تا به مطالب ارائه شده در کلاس‌های درس به طور کامل تسلط یابم.
					۲. تلاش می‌کنم تا در مقایسه با دوستانم بهتر عمل کنم.

				۳. هدفم آن است تا حد امکان در کلاس های مختلف مطالب را بیاموزم.
				۴. هدفم آن است تا در مقایسه با دوستانم عملکرد بهتری داشته باشم.
				۵. هدفم آن است تا از عدم تلاش برای یادگیری آنچه می توانم بیاموزم اجتناب کنم.
				۶. هدفم آن است تا در مقایسه با دیگران عملکرد ضعیفی نداشته باشم.
				۷. تلاش می کنم تا محتوای واحدهای درسی مختلف را به طور کامل درک کنم.
				۸. هدفم آن است تا در مقایسه با دوستانم عملکرد بهتری نشان دهم.
				۹. هدفم آن است تا از عدم تلاش برای یادگیری آنچه آموختن آن برایم امکان پذیر است بپرهیزم.
				۱۰. تلاش می کنم تا در مقایسه با دوستانم از اشتباه کردن بپرهیزم.
				۱۱. تلاش می کنم تا از درک ناکافی و ناکامل مطالب درسی اجتناب کنم.
				۱۲. هدفم آن است تا در مقایسه با دوستانم از اشتباه کردن در کلاس های درس اجتناب کنم.

نسخه تجدید نظر شده مقیاس ارزیابی استرس (SAM-R)، رویلی، رویسچ، جاریکا و واگن، (۲۰۰۵). فرض کنید، درباره نتیجه امتحان پایان ترم یکی از دروس اصلی خود، به شما گفته شده است که: "در این درس رد شده اید". لطفاً بر اساس این موقعیت فرضی، به سؤالات این بخش پاسخ دهید.

عبارت ها					هرگز	به ندرت	گاه گاهی	اغلب	بیشتر وقت ها
۱	برای فائق آمدن بر این موقعیت و استرس ناشی از آن از توانایی لازم برخوردارم.								
۲	به نظر من، استرس ناشی از این موقعیت، یک عامل تهدید کننده است.								
۳	در چنین شرایطی به فردی دسترسی دارم که به من کمک می کند.								
۴	می توانم بر تجارب پراسترسی از این دست به خوبی غلبه کنم.								

۵	می‌دانم برای غلبه کردن بر چنین موقعیتی چکار باید بکنم.				
۶	در مواجهه با چنین موقعیتی عصبی می‌شوم.				
۷	این اتفاق، تاثیر منفی زیادی روی من می‌گذارد.				
۸	در این موقعیت فردی وجود دارد که به من کمک می‌کند.				
۹	پيامد وقوع چنین اتفاقات پرسترسى برايم کاملاً منفى است.				
۱۰	این اتفاق بر زندگی من اثراتی جدی می‌گذارد.				
۱۱	برای غلبه بر استرس ناشی از این موقعیت، به منابع حمایتی مورد نیاز دسترسی دارم.				
۱۲	برای غلبه بر استرس ناشی از این موقعیت، از مهارت‌های لازم برخوردارم.				
۱۳	موقعیت‌های استرس‌زا تاثیر منفی روی من می‌گذارند.				
۱۴	مواجهه با چنین تجارب استرس‌زایی، پیامدهای طولانی مدتی برایم به همراه دارد.				

Research Article

Investigating Psychological-Marital Problems of Women who Filed for a Divorce and Examining the Effectiveness of Affective-Reconstructive Therapy on It

J. Seifi Ghozlu¹, E. Sadri Damirchi^{2*}, A. Rezaei Sharif² & A. Sheikholeslami²

1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran. Email: javadseifi18@yahoo.com

2. Associate Professor of counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran. Email: e.sadri@uma.ac.ir- rezaeisharif@uma.ac.ir- sheykholeslami@uma.ac.ir

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate psychological- marital problems of women who filed for a divorce and examining the effectiveness of affective- reconstructive therapy on it. **Methods:** The research design was mixed-method. In the qualitative stage, 15 women who field for a divorce were selected using purposive sampling and interviewed. The statistical population included all women who field for a divorce with a history of early marriage in 1399 in Ardabil. To analyze the data, the thematic analysis was used. This analysis in psychological- marital dimensions led to the identification of 7 themes (anxiety, depression, nostalgia and loss, confusion, insecurity and pessimism, lack of mutual understanding, and marital conflict). Then, based on these themes, a psychological-marital problem questionnaire (PMPQ) was designed and after confirming the psychometric properties, in order to determine the effectiveness of affective- reconstructive therapy, this questionnaire was used. **Results:** The results of the qualitative part showed that women who filed for a divorce with a history of early marriage, experience problems in the psychological-marital dimension. The questionnaire of psychological- marital problems of marriage (PMPQ), had good validity and reliability. Also, Affective-reconstructive therapy was effective in all dimensions of psychological- marital problems and led to the reduction of problems. **Conclusion:** Therapists and researchers can use the psychological- marital problems of marriage questionnaire and Affective-reconstructive therapy to assess and improve the problems of women who field for a divorce with a history of early marriage.

Key Words: Early Marriage, Mixed-Method, Women, Divorce

Citation: Seifi Ghozlu, J., Sadri Damirchi, E., Rezaei Sharif, A., & Sheikholeslami, A. (2023). Investigating Psychological-Marital Problems of Women who Filed for a Divorce and Examining the Effectiveness of Affective-Reconstructive Therapy on It. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2): 217-243.

واکاوی مشکلات روان‌شناختی- زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن

سیدجواد سیفی قوزلو^۱، اسماعیل صدری دمیچی^{۲*}، علی رضایی شریف^۲ و علی شیخ-الاسلامی^۲

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: javadseifi18@yahoo.com
۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: e.sadri@uma.ac.ir -rezaeisharif@uma.ac.ir -sheykholeslami@uma.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، واکاوی مشکلات روان‌شناختی- زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن بود. **روش:** روش پژوهش ترکیبی بود. در مرحله کیفی ۱۵ نفر از زنان متقاضی طلاق با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و مورد مصاحبه قرار گرفتند. جامعه آماری شامل تمام زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در سال ۱۳۹۹ در شهر اردبیل بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مضمون استفاده گردید که در ابعاد روانشناختی- زناشویی منجر به شناسایی ۷ مضمون (اضطراب، افسردگی، دلنگی و فقدان، سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی، عدم درک متقابل، و تعارض زناشویی) شد. بر اساس این مضمون‌ها، پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی (PMPQ) طراحی و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی، و پس از تأیید، جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی مورد استفاده قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج بخش کیفی نشان داد که زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام، مشکلاتی را در بعد روانشناختی- زناشویی تجربه می‌کنند. پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی (PMPQ) اعتبار و روایی مناسبی داشت. همچنین درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در تمام ابعاد مشکلات روان‌شناختی- زناشویی موثر بوده و منجر به کاهش مشکلات شده بود. **نتیجه‌گیری:** درمانگران و پژوهشگران می‌توانند از پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی (PMPQ) و درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی جهت بررسی و بهبود مشکلات زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: ازدواج زودهنگام، روش ترکیبی، زنان، طلاق

مقدمه

ازدواج زودهنگام^۱ به عنوان یک نگرانی رو به افزایش در زمینه بهداشت عمومی شناخته می‌شود که چالش‌های بهداشتی قابل توجهی را برای یک دختر نوجوان ایجاد می‌کند (یاکوب، ۲۰۲۰). تعریف عمومی پذیرفته شده در مورد ازدواج زودهنگام به معنای ازدواج با دختری زیر ۱۸ سال قبل از رسیدن به آمادگی جسمانی، روانی و فیزیولوژیکی برای برآورده کردن مسئولیت‌های ازدواج و فرزندآوری است (واکر، ۲۰۱۲؛ پرلمن، ۲۰۱۶؛ جان، ادمیدث، موریتی و باره، ۲۰۱۹). بنابراین ازدواج زودهنگام یک مشکل بهداشت عمومی در جهان و یک عمل مضر گسترده است که تعداد زیادی از دختران نوجوان را از جهات مختلف تحت تأثیر قرار داده (چاندرا-مولی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ و با عواقب وخیم، از جمله شیوع بالای عوارض مربوط به سلامتی و مرگ و میر مادر و نوزاد همراه است (پترونی، داس و سوپر، ۲۰۱۹؛ راج و بومر، ۲۰۱۳؛ راج، جکسون و دانهام، ۲۰۱۸؛ و تنکورانگ، ۲۰۱۹). بنابراین ازدواج زودهنگام در سطح بین‌المللی به عنوان سوءاستفاده‌ای فراگیر و نقض حقوق بشر شناخته شده است که به طور قابل توجهی سلامت مادر و کودک را به خطر می‌اندازد (راج و همکاران، ۲۰۱۸؛ یونیسف، ۲۰۱۷). در نتیجه محققان تلاش‌های اساسی برای درک علل ازدواج زودهنگام با تمرکز بر مهار و جلوگیری از این عمل انجام داده‌اند (بیچیری، جیانگ، و لیندمانز، ۲۰۱۴).

علاوه بر خطرات سلامتی که ازدواج زودهنگام به همراه دارد، این امر می‌تواند زمینه‌ساز طلاق و جدایی نیز باشد. هر چند عوامل مختلفی مانند فقر اقتصادی، عدم تفاهم زوجین، اختلافات فرهنگی و مذهبی، دخالت اطرافیان و غیره می‌تواند به طلاق منجر شود، اما در ازدواج زودهنگام نیز به دلیل مواردی مانند فقر فرهنگی، فقر اقتصادی، اختلاف سنی با شوهر، عدم بلوغ کافی و دخالت دیگران در گزینش همسر و ...، گاهاً اختلاف در خواسته‌های متقابل زوجین به میزان زیادی رشد کرده و می‌تواند آن‌ها را گرفتار مشکلاتی چون عدم درک متقابل کند و این زوج‌ها به دلیل عدم مهارت و آگاهی و نیز گاهی اوقات به دلیل تفاوت‌های شخصیتی و شناختی ممکن است به راحتی دچار تعارض شوند و با همدیگر مشاجره کنند (نلسون و سالوو، ۲۰۱۷). به خصوص در مورد کسانی که سنین پایین‌تری دارند، افراد زیادی در نوشتن داستان زندگی آن‌ها دخالت دارند (ساویکاس، ۱۳۹۵). همچنین طلاق می‌تواند تأثیر سوئی بر سلامت کلی جامعه داشته و در افراد موجب بروز اختلالات روانی همچون افسردگی، اضطراب و مصرف مواد شود (هیوشی، فال، نتوولی و مونت گومری، ۲۰۱۵). کودکانی هم که والدینشان طلاق گرفته‌اند با

^۱ early marriage

مشکلات آموزشی و دانشگاهی، انزوای اجتماعی، افزایش ابتلا به افسردگی و ضعف قوای ذهنی آشکار می‌شوند (کوهن و ویتسمن، ۲۰۱۶).

برآوردهای جهانی از ازدواج زودهنگام نشان می‌دهد که در حال حاضر ۶۵۰ میلیون زنی که در قید حیات هستند قبل از هجده سالگی ازدواج کرده‌اند، این در حالی است که حدود ۲۵۰ میلیون نفر قبل از ۱۵ سالگی ازدواج کرده‌اند، که بیش از یک مورد در هر سه دختر است (یونیسف، ۲۰۱۹). طبق گزارش مرکز آمار ایران (۱۴۰۰)، در سال ۱۳۹۹ در کل کشور ۵۵۶۷۳۱ مورد ازدواج و ۱۸۳۱۹۳ مورد طلاق ثبت شده است که تقریباً ۳۳ درصد (یعنی یک سوم) از ازدواج‌ها به طلاق منجر شده است. در استان اردبیل که تمرکز این پژوهش بر روی زنان متقاضی طلاق در این استان بوده است، میزان وقوع طلاق در بین زنان با سابقه ازدواج زودهنگام، بیشتر از سایر سنین بوده و ۳۰ درصد از ازدواج‌هایی که در آن‌ها سن دختران پایین‌تر از ۲۰ سال بوده، منجر به طلاق شده است (سایت رسمی بهزیستی استان اردبیل، ۱۳۹۸).

در نتیجه، طلاق به هر دلیلی که رخ دهد، اتفاق تلخی است که پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی زیادی برای زنان دارد. زنان پس از طلاق در معرض فشارهای روحی و روانی زیادی مانند اضطراب و نگرانی از بازگشت به منزل پدری، نوع برخورد اطرافیان، ترس از سرزنش شدن در مورد عدم توانایی اداره زندگی، و در بعضی مواقع عذاب وجدان و پشیمانی قرار می‌گیرند که در برخی موارد آن‌ها را تا مرز افسردگی نیز پیش می‌برد؛ در نتیجه این افراد نیاز به کمک دارند. یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به زوجین دچار آشفتگی هیجانی، ارتباطی و زناشویی، درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی است. درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، منعکس‌کننده یک رویکرد بینش-محور برای درمان است و فرض آن بر این است که ریشه مشکلات فعلی زوجها اغلب از صدمات روابط گذشته نشأت گرفته است که این صدمات منجر به تقویت آسیب‌پذیری‌های بین فردی پایدار و راهبردهای دفاعی مرتبطی شده است که مانع صمیمیت عاطفی هستند (اشنایدر، به نقل از گاسبارینی و اشنایدر، ۲۰۱۷). در بازسازی عاطفی ریشه‌های رشدی مسائل بین فردی و آشکارسازی آن‌ها در روابط بین زن و شوهر با استفاده از تکنیک‌هایی بررسی می‌شود که تقریباً شبیه راهبردهای تفسیری و ارتقاءدهنده بینش هستند اما بر طرحواره‌های بین فردی و رابطه‌ای بیشتر از تکنیک‌ها و سائق‌های غریزی تأکید می‌کنند (اشنایدر، ۱۹۹۹؛ اشنایدر و میچل، ۲۰۰۸). در این درمان به افراد کمک می‌شود تا این موضوع را درک کنند که، گرچه راهبردهای مقابله‌ای مشخصی ممکن است در روابط گذشته انطباقی و یا حتی ضروری بوده باشند، اما ممکن است همان راهبردهای بین فردی مانع صمیمیت عاطفی و رضایت

^۱ Affective-Reconstructive Therapy

^۲ insight-oriented approach

در روابط فعلی شوند. بنابراین در درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی فرصتی پیدا می‌شود تا "تجربه عاطفی اصلاح‌کننده راهبردهای بین فردی بیمارگونه" و "ایجاد الگوهای رابطه‌ای کارا تر" نه تنها بین فرد و درمانگر، بلکه بین فرد و همسرش نیز واقع شود. بنابراین، تفسیر مجدد مسائل بین فردی ناسازگارانه در بافت درمان، فرصت منحصر به فردی برای بازسازی عاطفی این الگوها فراهم می‌کند که ناشی از روابط عاطفی اولیه فرد هستند (گورمن، ۲۰۰۸).

در زمینه ازدواج زودهنگام تحقیقاتی انجام گرفته است؛ از جمله، صفوی و مینایی (۱۳۹۴) نشان دادند که در ازدواج زودهنگام، دختران در فرایند انتخاب همسرانشان دخیل نبوده‌اند و ازدواج‌شان در حقیقت توافقی میان والدین دختر و پسر بوده است. مقدادی و جوادپور (۱۳۹۶) مسائلی مانند فقر، عوامل فرهنگی و اجتماعی، حفظ آبرو و شرف خانوادگی را به عنوان زمینه‌ساز وقوع ازدواج زودرس می‌دانند. در مطالعه سارفو، پندورک و نایدو (۲۰۲۰) این موضوع آشکار شد که ازدواج زودهنگام تحت تأثیر باورها و ساختارهای خاص جامعه همراه با فاکتورهای اجتماعی-اقتصادی مانند فقر، بارداری در نوجوانی، و بی‌توجهی والدین قرار دارد. در تحقیق جان و همکاران (۲۰۱۹) فقدان حق انتخاب در مورد زمان و فرد مورد نظر برای ازدواج و عدم آمادگی برای رابطه جنسی در سال‌های اولیه ازدواج که غالباً ویژگی ازدواج زودهنگام است، منجر به نارضایتی و به خطر انداختن صمیمیت در ازدواج شده بود. در تحقیق میل و وودون (۲۰۱۸) نیز سطح تحصیلات پایین و ازدواج زودهنگام هر دو عمیقاً بر روند زندگی دختران تأثیر منفی داشت.

در تحقیقات دیگر اثرات مداخلات درمانی برای رفع مشکلات مرتبط با ازدواج و خانواده نیز بررسی شده است؛ از جمله: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساس تنهایی، شرم و گناه در زنان متقاضی طلاق را کاهش داده بود (ابوسعیدی مقدم، ثناگوی و شیرازی، ۱۳۹۹)؛ برای کاهش میل به طلاق در زوجین متقاضی طلاق از رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن، و رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور استفاده شده بود (شاهمرادی، صادقی، گودرزی و روزبهنی، ۱۳۹۸)؛ درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی اعتماد در روابط نزدیک و رضایت زناشویی در زوجین با ازدواج مجدد را افزایش داده بود (رجبی، خشنود، سودانی و خجسته‌مهر، ۱۳۹۹)؛ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحات دلبستگی، مداخله موثری برای افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود (دهقانی و اصلانی، ۱۳۹۹)؛ آموزش خود-شفابخشی^۱ موجب بهبود مولفه‌های بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در زنان قربانی خشونت خانگی شده بود (زارعیان، صدیقی و شیخ‌الاسلامی، ۲۰۲۲)؛ و در نهایت نماگردی، فرزاد و نورانی‌پور (۲۰۲۲) پیشنهاد داده

^۱ self-healing

بودند که، آموزش برنامه‌های روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد بازسازی عاطفی و روش‌هایی از این دست به روان‌شناسان، متخصصان سلامت، زوج‌درمانگران و مشاوران خانواده برای بهبود متعارف‌سازی زناشویی و پریشانی عمومی می‌تواند مؤثر باشد.

به طور کلی، درک بیشتر از نقش سلامتی و هنجارهای اجتماعی و نقش دستوری ازدواج زودهنگام در شیوه‌های ازدواج، جزئیات مفیدی را که در طراحی مداخلات اجتماعی و بهداشتی توسط سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران مورد نیاز است، ارائه می‌دهد و زمینه لازم را برای افزایش آگاهی جامعه در مورد اثرات مضر ازدواج زودهنگام نیز فراهم می‌کند (یاکوب، ۲۰۲۰). با توجه به آمار روزافزون طلاق (گزارش مرکز آمار ایران، ۱۴۰۰) و افزایش چشمگیر متقاضیان طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در استان اردبیل (گزارش سازمان بهزیستی اردبیل، ۱۳۹۸)، و با توجه به اینکه پژوهش‌ها در مورد زنان دارای ازدواج زودهنگام غالباً محدود به گزارش‌های کیفی مربوط به وقوع این پدیده می‌باشد (وودون، میل، نایپهوبا، اوناگوروا، ساوادوگو و همکاران، ۲۰۱۸)، در این زمینه معمولاً مداخلات دیگری لازم است. از ضرورت‌های انجام این پژوهش این است که در راستای بررسی‌های کیفی در مورد مشکلات روانشناختی - زناشویی زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام، ابزارهای موثر و مناسبی ساخته شده و در کنار درمان‌های مرتبط در این زمینه به کار گرفته شوند. بنابراین این پژوهش با بهره‌گیری از یک روش ترکیبی دیدگاهی جامع‌تر نسبت به این موضوع داشته است تا هم مطالب مرتبط در این زمینه را بهبود ببخشد و هم اینکه خلاهای ناشی از کمبود ابزار مناسب و کاربرد مداخلات درمانی مرتبط در این زمینه را مرتفع کند؛ همچنین در حال حاضر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی یک درمان کم کاربرد در تحقیقات داخلی بوده است که پژوهش حاضر می‌تواند ادبیات تحقیقاتی این درمان را نیز غنی‌تر سازد.

روش

روش تحقیق حاضر ترکیبی است و در طی دو مرحله کیفی و کمی انجام گرفته است. در بخش کیفی با استفاده از روش مصاحبه با گروه‌های قانونی^۲ و با استفاده از ابزار مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته به بررسی متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد. گروه قانونی شیوه‌ای برای جمع‌آوری داده‌های کیفی است که افراد را در یک بحث گروهی غیررسمی (یا چندین بحث) پیرامون موضوعی خاص یا مجموعه‌ای از موضوعات وارد می‌کند؛ گروه‌های قانونی برای بسیاری از افراد شرکت‌کننده در پژوهش کمتر تهدیدکننده تلقی می‌شوند، زیرا محیط مناسبی را برای بحث

^۱ marital conventionalization

^۲ focused groups

درباره ادراک‌ها، ایده‌ها، عقاید و افکار آنان فراهم می‌آورند (حسینی، ۱۳۹۴). تعامل بین اعضای گروه، ویژگی کلیدی و مهم این شیوه تحقیقی است. این نوع تعامل با عنوان تأثیر "هم‌نیروزادی" توصیف می‌شود که بر همین اساس، برخی پژوهشگران معتقدند در گروه‌های کانونی، اطلاعات به نسبت بیشتری در مقایسه با شیوه‌های پژوهشی دیگر به دست می‌آید (استوارت و شامداسانی، ۱۹۹۰؛ به نقل از حسینی، ۱۳۹۴).

در آغاز مصاحبه، توضیحی کوتاه درباره موضوع، اهداف و روش تحقیق داده شد و با توجه به اینکه ابزار تحقیق در بخش کیفی، یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود، به منظور اجتناب از انحراف در پاسخ‌ها، بر حسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت شدند. در نهایت داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش کیفی با استفاده روش تحلیل مضمون نسخه براون و کلارک (۲۰۰۶) مورد بررسی قرار گرفتند، هر چند برای تحلیل مضمون (تماتیک) روش‌های متعددی وجود دارد اما بدین خاطر که رویکرد براون و کلارک (۲۰۰۶) چارچوب روشن‌تر و قابل استفاده برای تحلیل تماتیک ارائه می‌دهد و از مهم‌ترین رویکردها حداقل در پژوهش‌های اجتماعی است (قاسمی و هاشمی، ۱۳۹۸)، محققان این رویکرد را برگزیدند.

بخش کمی شامل دو مرحله بود. الف) ساخت و اعتباریابی پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ)؛ ب) استفاده از پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) در یک طرح آزمایشی، جهت تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی. بخش آزمایشی پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمام زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زود هنگام (طبق تعریف در زمان ازدواج کمتر از ۱۸ سال داشته‌اند) در سال ۱۳۹۹ در شهر اردبیل بود. جهت انتخاب نمونه مورد نظر ابتدا با همکاری دانشگاه محقق اردبیلی و بهزیستی اردبیل زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زود هنگام شناسایی شدند. در بخش کیفی ۲۲ نفر از زنان به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که پس از مصاحبه با ۱۵ نفر از آن‌ها به اشباع نظری داده‌ها رسید. پس از حذف کدهای تکراری و استخراج مضمون‌های اصلی، مفاهیم مربوط به مولفه‌های روانشناختی-زناشویی استخراج، و مؤلفه‌های بی‌ربط حذف گردیدند. سپس پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) تدوین و تنظیم شد و به همراه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) و پرسشنامه رضایت زناشویی هادسون (۱۹۹۲) بر روی ۱۶۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زود هنگام که به صورت نمونه‌گیری در

دسترس انتخاب شده بودند اجرا شد. پس از بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه، معتبر و روا بودن پرسشنامه تایید شد.

سپس جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام به پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی (PMPQ) پاسخ دادند. در ادامه ۳۰ نفر از زنانی که نمرات بالا در مشکلات روانشناختی- زناشویی داشتند انتخاب شده و به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش و گروه گواه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به خاطر انصراف یکی از شرکت‌کنندگان گروه کنترل در نهایت ۱۴ نفر شد. به دلیل شیوع بیماری کرونا جلسات درمان با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی در فصل تابستان اجرا شد. قبل از اجرای جلسات درمان، پیش‌آزمون اجرا شد، سپس جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در ۸ هفته (تقریباً دو ماه) ارائه شد و در پایان پس‌آزمون اجرا شد. همچنین جلسات پیگیری بعد از سه ماه انجام گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات درمان، داشتن سابقه ازدواج زودهنگام (قبل از ۱۸ سال)، متقاضی طلاق بودن، داشتن مشکلاتی در ابعاد روانشناختی- زناشویی مانند، عدم درک متقابل، عدم امنیت و بدبینی، اضطراب، افسردگی، فقدان و از دست دادن، سردرگمی و داشتن تعارض زناشویی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن سوابق ابتلا به بیماری‌های خاص و ابتلا به بیماری کرونا در حین درمان، داشتن سابقه مصرف مواد و الکل، ارتکاب به جرم و بزهکاری، شرکت نامنظم و عدم تمایل به شرکت در جلسات درمان بود.

ابزار پژوهش در بخش کمی

۱. پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط محققان پژوهش حاضر و بر مبنای مؤلفه‌های استخراجی و اکتشافی از بخش کیفی پژوهش ساخته شده است و مختص بررسی مشکلات روانشناختی- زناشویی در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام است. نتایج مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در سطور آتی مقاله حاضر در بخش یافته‌ها به تفصیل گزارش شده است. این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (اصلاً اینطور نیست = ۰، گاهی این طور است = ۱، نظری ندارم = ۲، اغلب این طور است = ۳،

^۱. Psychological-Marital Problems Questionary (PMPQ)

همیشه این طور است (= ۴) نمره‌گذاری می‌شود. امتیاز کل پرسشنامه حداقل بین صفر تا حداکثر ۱۱۲ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات روانشناختی و زناشویی بیشتر است.

جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی (اشنایدر و میچل، ۲۰۰۸، برگرفته از رجیبی و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	در این جلسه پس از ایجاد توافق مشترک، یک چهارچوب شفاف از مشکلات ارائه می‌شود، سپس اهداف درمان و راهبردهای اساسی ترسیم شده و نقش مربوط به تمام شرکت‌کنندگان در مداخله تعیین می‌شود؛ از وظایف درمانگر در این جلسه می‌توان به پذیرش بی قید و شرط، گوش دادن همدلانه و آموزش تصویری اشاره کرد.
جلسه دوم	در این جلسه درمانگر با بررسی بحران‌های ناتوان‌کننده، نحوه‌ی برخورد شرکت‌کنندگان با بحران‌های ارتباطی (فعال و منفعلانه) را بررسی می‌کند. در این جلسه گوش دادن همدلانه، بررسی گذشته‌نگر، و بررسی سبک‌های مقابله‌ای مد نظر قرار می‌گیرد.
جلسه سوم	در این جلسه درمانگر به تقویت واحد زناشویی می‌پردازد و به دنبال کاهش تبادلات منفی و جایگزینی تبادلات مثبت است. ایجاد مرزهای مناسب، بررسی سلسله مراتب خانواده، لیست موارد لذت‌بخش، و بازی نقش از دیگر موارد مورد نظر در این جلسه است.
جلسه چهارم	ارتقای مهارت‌های ارتباطی مرتبط، از اهداف مهم این جلسه است. درمانگر به بیان ضرورت و آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌پردازد. درمانگر اطلاعات را فراهم می‌کند و به افراد در کسب مهارت جدید یاری می‌رساند. از اهم فعالیت‌های این جلسه می‌توان به گوش دادن فعال، تمرین ارتباط دوسویه، آموزش پیام کامل، ابراز احساسات، بازی نقش، و تکنیک صندلی خالی اشاره کرد.
جلسه پنجم	به چالش کشیدن مولفه‌های شناختی آشفتگی رابطه از اهداف این جلسه است. درمانگر به بررسی تصورات غلط و برداشت‌های اشتباه افراد می‌پردازد که ممکن است افراد هم در مورد رفتار خود و هم در مورد رفتار همسرشان داشته باشند. تمرکز بر روابط قبلی فرد در خانواده مبدأ، پرسش‌های سقراطی، گوش دادن به افکار خود، از مواردی است که در این جلسه بررسی می‌شود.
جلسه ششم	در این جلسه منابع رشدی آشفتگی رابطه بررسی می‌شود. درمانگر به اهمیت روابط گذشته و تاثیر تاریخیچه‌ی هر فرد بر روابط کنونی می‌پردازد. از دیگر ملزومات این جلسه بررسی تجارب رشدی فرد، ارائه‌ی بینش، و مواجهه‌سازی است.
جلسه هفتم و هشتم	مهم‌ترین هدف این جلسات که اهداف نهایی درمان است، "بازسازی عاطفی" است. در این جلسات، در فرایندی به نام "بازسازی عاطفی"، منشاء رشدی بروز مشکلات بین فردی و ظهور آن‌ها در روابط مورد بررسی قرار می‌گیرند؛ یعنی بر تشخیص سازگاری در تعارض‌های بین

فردی و سبک‌های مقابله‌ای در طول رابطه متمرکز شده و روابط قبلی، اجزای تاثیرگذارشان و راهبردهای رضایت عاطفی و جلوگیری از اضطراب بازسازی می‌شود. در نهایت با بررسی تعارض‌های فردی، گوش دادن همدلانه، بررسی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد گذشته و ارائه بینش، بازسازی عاطفی و تغییرات مورد نظر اتفاق می‌افتد.

یافته‌ها

(۱) نتایج بخش کیفی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمونه‌های بخش کیفی

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

بر اساس نتایج جدول ۲، مدت ازدواج زنان مشارکت‌کننده عمدتاً بین ۱۵-۱۱ سال بود، بیشتر آن‌ها دارای ۲ فرزند بودند، از نظر شغلی اکثراً خانه‌دار بودند و تحصیلات ابتدایی داشتند. میانگین و انحراف معیار سن ۱۵ شرکت‌کننده در مصاحبه‌های کیفی $13/1 \pm 26/09$ و میانگین و انحراف معیار سن ازدواج $13/14 \pm 1/22$ بود.

با توجه به اهداف پژوهش که شناسایی مشکلات روان‌شناختی - زناشویی در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام بود، در گذراری و بررسی درون‌مایه‌ها یا تم‌های اصلی و فرعی حاصل از مصاحبه به شیوه تحلیل مضمون نسخه براون و کلارک (۲۰۰۶)، ابتدا ۹۱ مفهوم اولیه شناسایی

شدند که با ادغام موارد مشترک و حذف موارد تکراری، ۱۶ مضمون فرعی‌تر باقی ماندند. در مرحله بعد با حذف موارد غیر مرتبط با مسائل روانشناختی- زناشویی از قبیل مسائل مربوط به سقط جنین، فقر اقتصادی، زایمان زودرس، عشق نافرجام، فرصت شغلی از دست رفته، فرصت تحصیلی از دست رفته، خشونت اطرافیان، نازایی، دخالت دیگران در زندگی، در نهایت ۲ مضمون اصلی، ۵ مضمون فرعی و ۷ مضمون فرعی‌تر باقی ماندند که تلخیص آن‌ها در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳. مشکلات روان‌شناختی- زناشویی استخراج شده از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در طی مصاحبه

مضامین اصلی	مضامین فرعی	مضامین فرعی‌تر
مشکلات روان‌شناختی	آشفته‌گی روانی دلتنگی و فقدان آسیب‌شناختی	اضطراب، افسردگی دلتنگی برای کودکی سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی
مشکلات ارتباطی-زناشویی	مشکلات ارتباطی مشکلات زناشویی	عدم درک متقابل تعارض زناشویی

الف) مشکلات روان‌شناختی: مشکلات روان‌شناختی شامل آسیب‌هایی است که بر اساس کدگذاری شامل آشفته‌گی روانی، دلتنگی و فقدان و نیز آسیب‌شناختی می‌شود. این مشکلات در واقع به مشکلات درون‌فردی ناشی از ازدواج زودهنگام اشاره دارد.

۱. **آشفته‌گی روانی:** شامل اضطراب و افسردگی است. مشارکت‌کننده شماره ۴ در این زمینه بیان کرد: «همش دلهره دارم و انگار قراره اتفاق بدی بیفتد. باور می‌کنید به خاطر این زندگی بدی که دارم و این شرایط بد، شب‌ها نمی‌تونم بخوابم. همش فکرم مشغوله. همش استرس، همش اضطراب».

۲. **دلتنگی و فقدان:** مشارکت‌کننده شماره ۵ در این زمینه بیان کرد: «کودکی‌ام از دست رفت. خیلی زود ازدواج کردم. اصلاً باورم نمیشه. از کودکی‌ام چیزی نفهمیدم».

۳. **آسیب‌شناختی:** شامل سردرگمی و عدم امنیت و بدبینی است. مشارکت‌کننده شماره ۱ در این زمینه بیان کرد: «فشارهایی که در این زندگی به من وارد شد، مرا سردرگم کرد، و باعث شد که نسبت به مردها حس بدی پیدا کنم. من به مردها خیلی اعتماد ندارم و از آن‌ها می‌ترسم».

ب) **مشکلات ارتباطی-زناشویی:** مشکلات ارتباطی-زناشویی اشاره به مشکلات بین فردی دارد که ممکن است بین زوج رخ دهد که به واسطه‌ی کدگذاری شامل مشکلات ارتباطی (عدم درک متقابل) و مشکلات زناشویی (تعارض زناشویی) می‌شود.

۱. **مشکلات ارتباطی:** شامل عدم درک متقابل می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این مورد بیان کرد: «خُب همسر من خیلی بزرگ‌تر بود و تفاوت سنی ما بالا بود. ما هیچ‌وقت دوتایی ننشستیم با هم حرف بزیم. حسرت این توی دلم مونده. وقتی هم می‌خواستیم چیزی بگم همیشه باید قبلش کلی برنامه‌ریزی می‌کردم، آخرش هم اصلاً گوش نمی‌داد!».

۲. **مشکلات زناشویی:** شامل تعارض زناشویی است. مشارکت‌کننده شماره ۵ در این زمینه این‌گونه بیان کرد: «ما وقتی که با هم ازدواج کردیم، خیلی بچه بودیم. نمی‌دانستیم زندگی زناشویی چی هست. به خاطر همین همش با هم دعوا می‌کردیم. راحت بگم گاهی اوقات یه روز نمی‌تونستیم بدون دعوا روز را شب کنیم؛ ما اوایل سر هر مسأله کوچکی خیلی زود حرفمون می‌شد و همیشه در حال بحث بودیم. پایان هر بحث، دعوامون می‌شد و قهر می‌کردیم».

۲) نتایج بخش کمی

الف) **بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات روان‌شناختی - زناشویی (PMPQ):** با توجه به ۷ مفهوم اولیه استخراجی از ابعاد مشکلات روان‌شناختی - زناشویی در مرحله کیفی، برای هر کدام از مفاهیم اولیه ۴ سؤال مرتبط تدوین و در یک پرسشنامه ۲۸ سؤالی ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی گردید که در ذیل به آن‌ها می‌پردازیم:

روایی صوری پرسشنامه: در بررسی روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده گردید. تعیین روایی صوری کیفی، در یک گروه ۵ نفره شامل روانشناسان (۲ نفر) و اساتید دانشگاه (۳ نفر) برای یافتن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام در عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات انجام گرفت که نظرات آنان به صورت تغییراتی جزئی در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین کمی روایی صوری، نمره تأثیر هر سؤال محاسبه شد. برای این منظور، ابتدا برای هر یک از ۲۸ سؤال پرسشنامه، طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از، اصلاً این‌طور نیست (۰) تا همیشه این‌طور است (۴) در نظر گرفته شد. سپس مقیاس مورد نظر جهت بررسی روایی در اختیار ۱۰ نفر از افراد قرار گرفت. پس از تکمیل مقیاس توسط گروه هدف، با استفاده از فرمول تعیین نمره تأثیر سؤال، روایی صوری محاسبه گردید و همه سؤالات به لحاظ روایی صوری مناسب تشخیص داده شد.

روایی محتوایی پرسشنامه: روایی محتوا به این موضوع می‌پردازد که گویه‌ها تا چه میزانی، هدف موضوع را پوشش می‌دهند که به دو صورت کیفی و کمی قابل بررسی است. در بررسی کیفی روایی محتوا، از ۵ نفر از اساتید روانشناسی و مشاوره درخواست شد که پس از مطالعه دقیق گویه‌های مقیاس، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت کتبی ارائه نمایند. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصین، تغییرات لازم در مقیاس، مورد توجه قرار گرفت. سپس برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهمترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (CVR) و برای اطمینان از اینکه سؤالات مقیاس به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. برای اندازه‌گیری نسبت روایی محتوا از ۱۲ نفر متخصص روان‌شناسی و مشاوره خواسته شد تا هر سؤال را بر اساس طیف لیکرت سه گزینه‌ای: ضروری نیست (۱)؛ مفید است اما ضروری نیست (۲)؛ و ضروری است (۳) نمره‌گذاری نمایند. براساس جدول لاشه (۱۹۷۵) و با توجه به تعداد متخصصان، اگر عدد شاخص از ۶۲ درصد بزرگ‌تر باشد، وجود گویه مربوطه در سطح $p < 0.05$ ضروری و معنادار است. ضرایب همه‌ی گویه‌ها، بالای ۶۲ درصد بود و هیچ گویه‌ای حذف نشد. همچنین شاخص روایی محتوایی (CVI) بر اساس سه معیار «سادگی و روان بودن»، «مربوط بودن» و «واضح و شفاف بودن» در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای: غیرمرتبط (۱)، نیاز به بازبینی جدی (۲)، مرتبط اما نیاز به بازبینی (۳) و کاملاً مرتبط (۴) سنجیده می‌شود (والتز و باسل، ۱۹۸۱) و نمره گویه، باید بیشتر از ۰/۷۹ باشد (مونرو، ۲۰۰۵)، که در شاخص روایی محتوا نیز، نیاز به اصلاح و یا حذف گویه‌ای نبود.

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

پس از تعیین روایی صورتی، محتوایی و سازه پرسشنامه و تصحیح موارد مبهم، پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) بر روی ۱۸۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام به شیوه نمونه‌گیری در دسترس اجرا شد که با حذف پرسشنامه‌های ناقص در نهایت داده‌های حاصل از ۱۶۰ پرسشنامه تحلیل شد. بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین و انحراف استاندارد سن نمونه‌ها $19/36 \pm 3/45$ بود. همچنین ۲۶ نفر (۱۶/۳ درصد) بدون فرزند، ۷۷ نفر (۴۸/۱ درصد) دارای یک فرزند، ۴۵ نفر (۲۸/۱ درصد) دارای دو فرزند و ۱۲ نفر (۷/۵ درصد) دارای سه فرزند بودند. برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی مشکلات

روانشناختی-زناشویی (PMPQ) به ترتیب از تحلیل عاملی تأییدی، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. قابل ذکر است که در این مراحل، هیچ سؤالی حذف نشد. در جدول ۴ نتایج شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی

عامل‌ها	گویه‌ها	ضرایب استاندارد	سطح معناداری
سردرگمی	۱. در مورد اینکه طلاق گرفتنم کار درستی هست یا نه، تردید دارم.	۰/۷۱۷	۰/۰۰۱
	۲. در مورد اینکه طلاق بگیرم یا خیر به شدت گیج شده‌ام.	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱
	۳. نمی‌خواهم ادامه دهم، اما تصمیم به جدا شدن برایم مشکل است.	۰/۶۹۷	۰/۰۰۱
	۴. نمی‌دانم اگر طلاق بگیرم، چطور خواهد شد.	۰/۸۰۷	۰/۰۰۱
	۵. شب‌ها به سختی می‌خوابم.	۰/۷۷۹	۰/۰۰۱
	۶. نگرانم اتفاق بدی بیفتد.	۰/۸۴۹	۰/۰۰۱
	۷. احساس دلهره و بی‌قراری دارم.	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
	۸. اخیراً زود عصبی می‌شوم.	۰/۶۹۷	۰/۰۰۱
	۹. نسبت به آدم‌ها احساس بدی دارم.	۰/۷۳۵	۰/۰۰۱
	۱۰. از ازدواج می‌ترسم.	۰/۸۳۰	۰/۰۰۱
عدم امنیت و بدبینی	۱۱. به آدم‌ها خوش‌بین نیستم.	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱
	۱۲. احساس ناامنی می‌کنم.	۰/۸۲۳	۰/۰۰۱
	۱۳. احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنم.	۰/۸۱۸	۰/۰۰۱
	۱۴. حوصله‌ی هیچ کاری را ندارم و هیچ چیزی خوشحالم نمی‌کند.	۰/۹۱۲	۰/۰۰۱
	۱۵. دلم می‌خواهد از دست این زندگی خلاص شوم.	۰/۷۵۵	۰/۰۰۱
	۱۶. ساعت‌ها در تخت خواب می‌مانم و دوست ندارم از خانه بیرون بروم.	۰/۷۸۱	۰/۰۰۱
	۱۷. حس می‌کنم خیلی چیزها را از دست داده‌ام.	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱
	۱۸. احساس می‌کنم که در زندگی بازنده شده‌ام.	۰/۷۰۹	۰/۰۰۱
	۱۹. جای خالی چیزهای زیادی را در زندگی‌ام احساس می‌کنم.	۰/۸۷۸	۰/۰۰۱
	۲۰. دوست دارم برای خودم و زندگی‌ام گریه کنم.	۰/۸۲۸	۰/۰۰۱
تعارض زناشویی	۲۱. با همسرم اختلافات زیادی دارم.	۰/۹۲۲	۰/۰۰۱
	۲۲. حتی در چیزهای جزئی نظر من و همسرم با هم متفاوت است.	۰/۹۱۷	۰/۰۰۱
	۲۳. خیلی زود با همسرم بحث‌مان می‌شود.	۰/۸۶۸	۰/۰۰۱
	۲۴. در رابطه‌ی ما دعوا و قهر زیاد اتفاق می‌افتد.	۰/۷۸۲	۰/۰۰۱
	۲۵. نمی‌توانم کارها و رفتارهای همسرم را درک کنم.	۰/۷۰۰	۰/۰۰۱
	۲۶. من و همسرم از دو دنیای متفاوت هستیم.	۰/۸۹۹	۰/۰۰۱
	۲۷. من و همسرم نمی‌توانیم به‌خوبی با همدیگر ارتباط برقرار کنیم.	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱
	۲۸. همسرم به احساسات من توجهی ندارد.	۰/۸۵۱	۰/۰۰۱
عدم درک متقابل			

در جدول ۴، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که، گویه‌های پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) به خوبی می‌توانند عامل مورد نظر را اندازه‌گیری کنند و از این‌رو دارای همسانی بیرونی هستند. بنابراین، هفت عامل مورد تأیید قرار می‌گیرد. در جدول ۵ نتایج شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج شاخص‌های برازش مدل

شاخص	χ^2	P	χ^2/df	GFI	RMSEA	RFI
دامنه پذیرش	$P > 0.05$		< 3	> 0.9	< 0.1	> 0.9
نتیجه قبل اصلاح	۷۴۷/۵۵	۰/۰۰۱	۲/۲۷	۰/۷۵۸	۰/۰۸۹	۰/۷۹۰
نتیجه بعد اصلاح	۶۳۶/۰۶	۰/۰۰۱	۱/۹۵	۰/۷۹۸	۰/۰۷۷	۰/۸۲۰
شاخص	CFI	TLI	IFI	NFI	PNFI	PCFI
دامنه پذیرش	> 0.9	> 0.9	> 0.9	> 0.9	> 0.5	> 0.5
نتیجه قبل اصلاح	۰/۸۸۷	۰/۸۷۱	۰/۸۸۹	۰/۸۱۷	۰/۷۷۲	۰/۷۱۱
نتیجه بعد اصلاح	۰/۹۱۷	۰/۹۰۳	۰/۹۱۸	۰/۸۴۵	۰/۷۲۸	۰/۷۹۰

شاخص‌های برازندگی تطبیقی (GFI)، برازندگی هنجار شده (NFI)، برازندگی نسبی (RFI)، شاخص توکر-لوییس (TLI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) و نیکویی برازش (GFI)، هر چقدر بالاتر از ۰/۹۰ و نزدیک به یک باشند، بیانگر برازش مطلوب الگو است. همچنین شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و شاخص برازش هنجار شده‌ی مقتصد (PNFI) بیشتر از ۰/۵۰ باشند مدل برازندگی خوبی دارد. هر چند برای بررسی نیکویی برازش معمولاً از شاخص مجذور خی $(CMIN = \chi^2)$ استفاده می‌شود ولی مجذور خی با افزایش حجم نمونه و درجه‌آزادی ارتباط دارد. به همین خاطر هو و بنتلر (۱۹۹۹) استفاده از شاخص برازندگی ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA) را توصیه کرده‌اند. همچنین اگر شاخص نسبت خی‌دو به درجه‌آزادی $(CMIN/DF)$ کمتر از ۳ باشد، می‌تواند نشان از برازش الگو باشد. به اعتقاد شرمه-انجل، موسبورگر و مولر (۲۰۰۳) مقادیر ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA) بین صفر تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ بیانگر برازش قابل قبول است.

! external consistency

با توجه به این توضیحات، در حالت قبل از اصلاح، شاخص نسبت خی‌دو به درجه‌آزادی (CMIN/DF)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA)، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) نشان از برازش مدل داشتند، برای همین منظور از شاخص بهبود برقراری کوواریانس بین مقادیر خطا که توسط نرم‌افزار ارائه شده بود استفاده شد که نتایج آن نشان داد، به غیر از شاخص مجذور خی‌دو ($CMIN = \chi^2$)، شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، برازندگی هنجار شده (NFI) و برازندگی نسبی (RFI)، سایر شاخص‌ها نشان می‌داد که مدل از برازندگی خوبی برخوردار است و پرسشنامه ساختار عاملی مناسبی دارد.

همچنین به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مؤلفه‌های اضطراب ۰/۸۷، افسردگی ۰/۹۰، دلتنگی و فقدان ۰/۸۵، عدم امنیت و بدبینی ۰/۸۹، سردرگمی ۰/۸۳، عدم درک متقابل ۰/۹۰، تعارض زناشویی ۰/۹۲ و نمره‌ی کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد؛ که این نتایج نشان می‌داد، پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) دارای همسانی درونی قابل قبولی است. در جدول ۶ ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) ارائه شده است.

جدول ۶. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱							
۲	۰/۸۱۷**						
۳	۰/۵۷۳**	۰/۶۱۹**					
۴	۰/۴۹۶**	۰/۵۲۹**	۰/۶۱۱**				
۵	۰/۴۷۴**	۰/۵۴۱**	۰/۶۳۱**	۰/۷۶۶**			
۶	۰/۳۲۴**	۰/۳۹۸**	۰/۵۸۱**	۰/۵۹۷**	۰/۸۱۳**		
۷	۰/۳۳۸**	۰/۳۰۵**	۰/۲۸۷**	۰/۳۲۲**	۰/۲۹۸**	۰/۲۴۸**	
۸	۰/۷۷۴**	۰/۸۰۶**	۰/۸۱۰**	۰/۸۰۸**	۰/۸۴۰**	۰/۷۳۲**	۰/۵۳۳**

$(p < ۰/۰۵)^*$ $(p < ۰/۰۱)^{**}$

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

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۶، تمام مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) با همدیگر همبستگی مثبت و معناداری دارند و این موضوع نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی قابل قبولی دارد. همچنین همبستگی مؤلفه‌های این پرسشنامه با پرسشنامه DASS-۲۱ و پرسشنامه نارضایتی زناشویی هادسون (۱۹۹۲) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد، بین افسردگی، اضطراب و استرس از پرسشنامه‌ی DASS-۲۱ و نمره کل آن، و همچنین بین نارضایتی زناشویی هادسون (۱۹۹۲) با مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) همبستگی معناداری وجود دارد.

ب) نتایج بخش آزمایشی

نمونه این پژوهش در بخش آزمایشی شامل ۳۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام بود (به دلیل انصراف یکی از افراد گروه کنترل، ۳۰ نفر در نهایت ۲۹ نفر شد) که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه بازسازی عاطفی $26 \pm 22/26$ و گروه کنترل $17 \pm 21/64$ بود. در گروه بازسازی عاطفی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) دارای یک فرزند، ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای دو فرزند و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای ۳ فرزند بودند. در گروه کنترل نیز ۸ نفر (۵۷/۱ درصد) دارای یک فرزند، ۴ نفر (۲۸/۶ درصد) دارای دو فرزند و ۲ نفر (۱۴/۳ درصد) دارای ۳ فرزند بودند. در جدول ۷ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش ارائه شده است.

جدول ۷. شاخص‌های توصیفی متغیر مشکلات روانشناختی-زناشویی و مولفه‌های آن برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	
		بازسازی عاطفی	کنترل
		میانگین	انحراف
		میانگین	انحراف
سردرگمی	پیش‌آزمون	۱۶/۵۳	۱/۶۴
	پس‌آزمون	۱۱/۲۰	۲/۵۱
	پیگیری	۱۱/۳۳	۲/۴۴
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۵/۹۳	۱/۶۷
	پس‌آزمون	۱۰/۶۷	۱/۶۸
	پیگیری	۱۱/۰۰	۲/۳۶
عدم امنیت و بدبینی	پیش‌آزمون	۱۵/۴۰	۱/۶۴

۱/۸۸	۱۵/۲۱	۱/۸۸	۱۰/۶۰	پس‌آزمون	
۱/۹۴	۱۴/۷۱	۲/۱۵	۱۱/۰۷	پیگیری	
۱/۴۴	۱۶/۰۷	۱/۹۶	۱۶/۴۷	پیش‌آزمون	افسردگی
۱/۷۹	۱۵/۱۴	۲/۱۹	۱۱/۲۷	پس‌آزمون	
۱/۹۵	۱۴/۸۶	۲/۴۷	۱۱/۳۳	پیگیری	
۱/۹۱	۱۶/۴۳	۱/۶۴	۱۵/۸۷	پیش‌آزمون	فقدان و از دست دادن
۲/۱۷	۱۵/۴۳	۲/۰۶	۱۱/۶۰	پس‌آزمون	
۱/۹۸	۱۵/۷۱	۲/۳۷	۱۲/۲۷	پیگیری	
۱/۸۰	۱۶/۷۸	۲/۰۹	۱۵/۴۰	پیش‌آزمون	تعارض زناشویی
۲/۰۱	۱۵/۲۱	۳/۰۱	۱۱/۶۷	پس‌آزمون	
۲/۳۳	۱۵/۲۱	۲/۷۶	۱۱/۹۳	پیگیری	
۲/۲۵	۱۵/۸۶	۲/۰۲	۱۵/۳۳	پیش‌آزمون	عدم درک متقابل
۲/۳۳	۱۵/۷۱	۳/۳۱	۱۰/۸۷	پس‌آزمون	
۲/۲۸	۱۵/۵۷	۲/۳۹	۱۱/۸۷	پیگیری	
۵/۳۱	۱۱۲/۱۴	۳/۴۷	۱۰۹/۹۳	پیش‌آزمون	مشکلات روانشناختی -
۵/۹۷	۱۰۶/۵۰	۶/۶۹	۷۷/۸۶	پس‌آزمون	زناشویی (کل)
۵/۳۲	۱۰۵/۷۸	۷/۵۵	۸۰/۶۰	پیگیری	

با بررسی داده‌ها، آماره‌ی آزمون شاپیرو - ویلکز (S-W) برای مشکلات زنان در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نبود ($p < 0.05$)؛ بنابراین توزیع دو متغیر نرمال است. به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های نمره‌ی کل مشکلات روانشناختی-زناشویی [$F(1,29) = 1.78, p = 193$] در مرحله‌ی پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد ($p > 0.05$). به منظور تحلیل داده‌ها و بررسی مفروضه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس دو راهه‌ی مختلط (ANOVA) استفاده شد. پیش از انجام آزمون دو شرط معناداری آزمون کرویت موچلی و همگونی کواریانس‌ها که پیش شرط‌های انجام تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر هستند، بررسی و مورد تایید قرار رفت. همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس یکی از مفروضه‌های اصلی در استفاده از تحلیل واریانس است. روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کواریانس آزمون M باکس است که در آن معناداری آماری شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود. نتایج آزمون M باکس برای همسانی ماتریس کواریانس‌های نمره‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی نشان داد که معناداری بالای 0.05 است و در نتیجه می‌توان گفت که، پیش فرض برقرار است [$BOX S M = 4.943, F = 723, P = .631$].

همچنین قبل از بررسی واریانس‌های درون گروهی کرویت نمرات هر مرحله با آزمون موچلی بررسی شد. نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که پیش فرض کرویت برقرار نیست ($P \leq 0/001$, $X^2 = 7/089$, $W = 0/761$). تخطی از پیش فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با روش هاوس-گیسر و هاین فلت تصحیح می‌کنند. برای اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، پیتوچ و استیونس (۲۰۱۲) پیشنهاد می‌کنند، اگر مقدار اسپیلون بزرگتر از $0/75$ باشد از تصحیح هاین فلت استفاده شود و اگر اسپیلون کوچکتر از $0/75$ باشد از تصحیح گرین هاوس - گیسر استفاده شود؛ بنابراین با در نظر گرفتن مقادیر اسپیلون، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است. نتایج تحلیل واریانس ارائه شده در جدول ۸، تغییرات درون گروهی و بین گروهی را نشان می‌دهد.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرها								
متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایشی	df	MS خطا	df	آماره F	p	مجدور توان آماری
مشکلات روانشناختی - زناشویی	اثر اصلی گروه	۷۵/۳۸	۱	۷۰/۷۵	۲۷	۱۰/۰۹	۰۰	۱/۷۹۹
	زمان	۳۶۹/۶۸	۷۶۶	۱/۵۷۳	۴/۶۷۷	۱۹/۷۱	۰۰	۰/۸۸۰
مشکلات روانشناختی - زناشویی	اثر زمان	۱۶/۳۲	۷۶۶	۱/۵۷۳	۴/۶۷۷	۹۱/۱۲	۰۰	۰/۷۷۱
	*گروه	۹۲	۱	۸	۷	۰/۱	۰	۰/۱

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تأیید کرد که اثرات چند متغیری معنی‌داری برای گروه‌ها ($V = 0/085$, $F(2, 26) = 139/32$, $P = 0/001$) و تعامل بین گروه و زمان ($V = 0/161$, $F(2, 26) = 67/76$, $P = 0/001$) وجود داشت. نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد، میزان F اثر تعامل زمان و گروه برای متغیر مشکلات روانشناختی - زناشویی (۹۱/۱۲) در سطح $0/001$ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که، گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. همچنین مجدور اتا برای دو متغیر بیشتر از $0/10$ است که این موضوع نشان می‌دهد، تفاوت بین گروه‌ها، بزرگ و قابل توجه است. با توجه به نتایج مبنی بر تاثیر زمان بر مشکلات روانشناختی - زناشویی، جهت اطلاع از

محل و میزان دقیق تفاوت، مقایسه دو به دوی مراحل سه‌گانه ارزیابی انجام شد که نتایج آن در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹. مقایسه مشکلات روانشناختی-زناشویی در مراحل سه‌گانه ارزیابی

متغیر	زمان ۱	زمان ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
مشکلات		پس آزمون	۱۸/۸۵	۱/۱۴	۰/۰۰۱
روانشناختی-	پیش آزمون	پیگیری	۱۷/۸۴	۱/۲۴	۰/۰۰۱
زناشویی	پس آزمون	پیگیری	-۱/۰۱	۰/۷۸۰	۰/۶۲۰

با توجه به نتایج جدول ۹، میانگین مشکلات روانشناختی- زناشویی در پیش‌آزمون به صورت معناداری، بیشتر از پس‌آزمون است که نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی دارای تاثیر معنادار بر کاهش مشکلات روانشناختی- زناشویی در بازه زمان است. همچنین بین میانگین پیش‌آزمون و مرحله پیگیری مشکلات روانشناختی-زناشویی، تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از آن است که مداخله توانسته در بلندمدت نیز باعث کاهش مشکلات روانشناختی- زناشویی به صورت معناداری گردد؛ اما بین میانگین پس‌آزمون و مرحله پیگیری مشکلات روانشناختی-زناشویی، تفاوت معناداری یافت نشد که حاکی از آن است که مداخله نتوانسته به صورت پیوسته باعث کاهش این متغیر به صورت معنادار گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، واکاوی مشکلات روان‌شناختی - زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تاثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن بود. مضامین استخراج شده در بخش کیفی در بُعد روانشناختی شامل: اضطراب، افسردگی، سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی، فقدان و از دست دادن، و در بُعد زناشویی شامل عدم درک متقابل و تعارض زناشویی بود که مولفه‌های این قسمت از یافته‌های پژوهش با یافته‌های فولادیان و شجاعی قلعه‌نی (۱۳۹۹)، مقدادی و جوادپور (۱۳۹۶)، صفوی و مینایی (۱۳۹۴)، سارفو، یندورک و نایدو (۲۰۲۰)، جان و همکاران (۲۰۱۹)، واهی، زالسکی، لامپه، بیوان-هاولی و کوسکی (۲۰۱۹)، و میل و وودون (۲۰۱۸) همسو بود.

در مورد پدیده ازدواج زود هنگام بیان این نکته حائز اهمیت است که، با توجه به اینکه این پژوهش در یک کشور اسلامی (ایران) انجام گرفته است ما با گفته‌ی وودون (۲۰۱۵) کاملاً موافق هستیم که ازدواج زود هنگام مشکلی "اسلامی" نیست؛ زیرا این پدیده در بسیاری از جوامع

غیرمسلمان هم انجام می‌شود و بسیاری از کشورهای با اکثریت مسلمان نیز وجود دارند که میزان بروز ازدواج زودهنگام در آن‌ها محدود است. بنابراین به هیچ وجه ارتباط یک به یک بین ازدواج زودهنگام و اسلام وجود ندارد. اکنون در بسیاری از کشورها ازدواج زودهنگام توسط قانون منع شده است؛ اما در عین حال چنین قوانینی اغلب تأثیر کمی دارند (تویو، ۲۰۰۶). عدم تأثیرگذاری قانون تا حدودی به سنت‌های فرهنگی مربوط می‌شود (پرتیتوره، ۲۰۱۵؛ و اسکولارو، بلاژوویچ، فیلیون، چاندر-مولی، سای، اسوانیمیر و همکاران، ۲۰۱۵). "فقر فرهنگی" و "مشکلات اقتصادی" خانواده‌ها نیز از عوامل مهمی است که باعث می‌شود خانواده‌ها به ازدواج زودهنگام فرزندان‌شان تن دهند. همچنین مروری بر شواهد موجود نیز نشان می‌دهند که امکان دختران نوجوان برای ماندن در مدرسه، یکی از بهترین راه‌کارها برای پایان دادن به ازدواج زودهنگام است. انگیزه‌های فردی می‌تواند باعث شود که دختران بیشتری از ازدواج زودهنگام اجتناب کنند و در مدرسه بمانند، همچنین این امر می‌تواند منجر به نقاط عطفی شود که به نوبه خود اقدامات و بسیج همگانی را در جهت پایان دادن به ازدواج زودهنگام تسهیل کند، و به طور کلی، این اطمینان را بدهد که دختران و زنان از یک ظرفیت و توانایی برای حق انتخاب در زندگی‌شان برخوردارند (میل و وودون، ۲۰۱۸).

در ادامه فرایند تحقیق حاضر، مضامین استخراج شده از بخش کیفی، مبنای طراحی و تدوین پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی (PMPQ) بود. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه نشان داد، پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی ازدواج (PMPQ) اعتبار و روایی مناسبی دارد و می‌تواند در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری درمان، جهت ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر مشکلات روانشناختی- زناشویی مورد استفاده قرار بگیرد. با توجه به فقدان پژوهش‌های مرتبط در زمینه‌ی تدوین و طراحی ابزارهای پژوهشی در این زمینه، با رعایت جانب احتیاط می‌توان گفت که همسویی نتایج این پژوهش نیازمند تحقیقات بیشتر در آینده است. اما ابزار ساخته‌شده در این پژوهش، ضمن غنا بخشیدن به ادبیات پژوهش در زمینه پدیده ازدواج زودهنگام، گامی موثر و پیشگام جهت ورود مداخلات روانشناختی به این حوزه بوده است.

در مرحله آزمایشی پژوهش، نتایج به دست آمده نشان داد که، اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بوده و منجر به کاهش مشکلات روانشناختی- زناشویی شده است. یافته‌های این قسمت از پژوهش با یافته‌های رجبی، خشنود، سودانی و خجسته‌مهر (۱۳۹۹) و نماگردی، فرزاد و نورانی‌پور (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین اثربخش بودن درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در کاهش مشکلات روانشناختی- زناشویی می‌توان

گفت: در جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، روابط قبلی مورد توجه قرار گرفته و از اهمیت بسیاری برخوردارند؛ چرا که صدمات آن‌ها باعث آسیب‌پذیری‌های بین‌فردی و مکانیسم‌های دفاعی می‌شود. در نتیجه، تفسیر الگوهای ارتباطی ناسازگارانه که ریشه در فرایندهای رشدی دارند، با ارائه‌ی بینش باعث کاهش مشکلات می‌شوند (گاسبارینی و اشنايدر، ۲۰۱۷؛ به نقل از رجبی، خشنود، سودانی و خجسته‌مهر، ۱۳۹۸). بنابراین در درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، گذشته افراد نادیده گرفته نمی‌شود. در این رویکرد طیفی از تکنیک‌های تجربی قدرتمند، به منظور برچیدن حصار ضعف‌های هیجانی فرد در گذشته، تجربه‌های آسیب‌زا و الگوهای رفتاری، مورد استفاده قرار می‌گیرند (سیمئونه -دیفرانسیسکو، رویدیگر و ایستونس، ۲۰۱۵). علاوه بر این، در درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی به بیان راه‌هایی پرداخته می‌شود که در آنها، راهبردهای مقابله‌ای قبلی که برای روابط گذشته حیاتی بودند نشان‌دهنده‌ی راه‌حل‌های نامناسب و انحرافی برای صمیمیت عاطفی و رضایت در روابط کنونی هستند (اشنايدر و میچل، ۲۰۰۸).

همچنین درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، مداخلات ساختاری، رفتاری و شناختی را از قبل در سلسله مراتب درمانی ترکیب می‌کند. در جلسات درمان، مداخلات مبتنی بر بینش که ناشی از ادعاهای زیر هستند با هم ترکیب می‌شوند. اول اینکه، یک منشأ مهم برای مشکلات فعلی وجود دارد که اغلب شامل صدمات روابط قبلی است که این صدمات، در نتیجه‌ی تحمیل آن دسته از آسیب‌پذیری‌های بین‌فردی و راهبردهای دفاعی ایجاد شده‌اند که با صمیمیت عاطفی تداخل دارند. دوم، گاهی تعدادی از روش‌های درمانی در پاسخگویی به تجارب رشدی که منجر به این آسیب‌پذیری‌ها و واکنش‌های مرتبط با آن‌ها می‌باشند شکست می‌خورند، بدین دلیل که افراد را از یک دسته منابع غنی محروم می‌کنند؛ اما درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در این زمینه به افراد کمک می‌کند تا رفتارهای خود و همسرشان را درک کرده و جنبه‌های مضر تعامل‌هایشان را از حالت شخصی‌سازی خارج کنند و موضع همدلی را اتخاذ کنند (اشنايدر و میچل، ۲۰۰۸). بنابراین درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی دارای تکنیک‌های قدرتمندی است که در جلسات درمان باعث نفوذ در الگوهای ناکارآمد ارتباطی شده و با ایجاد بینش منجر به کاهش مشکلات روانشناختی - زناشویی در جلسات درمان می‌شود.

در مورد محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت، این پژوهش در بخش کیفی به خاطر صرفه‌جویی در زمان و هزینه در یک محیط جغرافیایی محدود بر روی زنان متقاضی طلاق با سابقه‌ی ازدواج زودهنگام در شهر اردبیل اجرا شده است. بدیهی است که به دلیل تنوع‌های نژادی و زبانی و فرهنگی در گستره‌ی جغرافیایی ایران، تعمیم نتایج این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه است. همچنین ابزار ساخته شده نیز یک ابزار نسبی برای بررسی مشکلات روانشناختی - زناشویی

زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زود هنگام است. همان‌طور که می‌دانیم ازدواج زود هنگام یک پدیده چندبُعدی است که عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی و گاه‌ها مذهبی نیز در آن دخیل هستند که طبق اهداف پژوهش حاضر این موارد کنار گذاشته شده‌اند، که در تحقیقات آتی پژوهشگران می‌توانند این ابعاد را نیز مد نظر قرار دهند. در بخش آزمایشی نیز امکان تعمیم نتایج حاصله به دلیل کنترل‌هایی که در محیط آزمایش انجام می‌شود با محدودیت مواجه است، در نتیجه انجام مداخلات درمانی در محیط‌های جغرافیایی دیگر می‌تواند امکان تعمیم نتایج همسو با تحقیق حاضر را تقویت کند.

موازین اخلاقی

از تمام شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه مشارکت آگاهانه کسب گردیده است. به جای نام شرکت‌کنندگان از کدهای عددی استفاده شده و تمام اطلاعات حاصله محرمانه بوده و هویت شرکت‌کنندگان محفوظ خواهد ماند. پژوهش حاضر دارای شناسه اخلاق به شماره (IR.UMA.REC.1400.040) از دانشگاه محقق اردبیلی است.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی، و بهزیستی اردبیل که همکاری‌های لازم را در طی مراحل این پژوهش داشتند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره از دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد. نویسنده اول در انتخاب موضوع، اجرای مصاحبه و برگزاری جلسات درمان، نویسنده دوم به عنوان نویسنده مسئول در نظارت کلی، اجرای پژوهش و انجام هماهنگی‌های لازم بین موسسات و اخذ کد اخلاق، نویسنده سوم در انتخاب روش پژوهش و تهیه مطالب مرتبط با آن، و نویسنده چهارم در نظارت و بازبینی نهایی و ارائه بازخوردهای اصلاحی مورد نیاز در فرایند پژوهش مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

پژوهش حاضر حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابوسعیدی مقدم، نجمه، ثناگوی محرر، غلامرضا، و شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه در زنان متقاضی طلاق. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. ۱(۴) پیاپی ۵۳: ۳۵-۵۴. [پیوند] Doi 10.52547/APS.Y.14.1.35.
- حسینی، مریم. (۱۳۹۴). معرفی روش گروه کانونی و کاربرد آن در تحقیقات. مرکز پژوهش و سنجش افکار. چاپ دوم: قشقایی. [پیوند]
- دهقانی، مصطفی، اصلانی، خالد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر مدل درمان جراثت دلبستگی با زوج درمانی یکپارچه نگر بر بخشش در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. ۱۴(۲): ۱۴۷-۱۷۱. [پیوند] Doi: 10.52547/APS.Y.14.2.147.
- رجبی، غلامرضا، خشنود، قاسم، سودانی، منصور، و خجسته‌مهر، رضا. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر بازسازی عاطفی بر افزایش اعتماد و رضایت زناشویی در زوجین با ازدواج مجدد. مجله روان-پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۶(۱): ۱۱۴-۱۲۸. [پیوند]
- ساویکاس، مارک، ال. (۱۳۹۵). مشاوره‌ی شغلی. ترجمه آرزو ضاربی و حمید درودی. انتشارات ارسباران. (۲۰۱۱). [پیوند]
- سایت رسمی بهزیستی استان اردبیل. [پیوند]
- شاهمرادی، حسین، صادقی، مسعود، گودرزی، کوروش، و روزبهرانی، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه‌حل‌محور بر کاهش میل به طلاق. روانشناسی خانواده. دوره‌ی ۶، شماره‌ی ۲، ۷۱-۸۶. [پیوند]
- صفوی، حنا، سادات، و مینایی، ماه‌گل. (۱۳۹۴). تجربه‌ی زیسته دختران نوجوان در نقش همسر (مطالعه ازدواج زودهنگام دختران آران بیدگل). ویژه‌نامه پژوهش‌نامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. ۱(۶): ۸۷-۱۰۶. [پیوند]
- گزارش مرکز آمار ایران (۱۴۰۰). [پیوند]
- مقدادی، محمد مهدی، و جوادپور، مریم. (۱۳۹۶). تاثیر ازدواج زودهنگام بر سلامت جنسی کودکان و سازوکارهای مقابله با آن. فصلنامه حقوق پزشکی. ۱۱(۴۰): ۳۳-۵۸. [پیوند]
- قاسمی، یارمحمد، و هاشمی، علی. (۱۳۹۸). انجام پژوهش به روش تحلیل تماتیک: راهنمای عملی و گام به گام برای یادگیری و آموزش (مورد مطالعه: مصرف موسیقی دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه ایلام). مجله فرهنگ ایلام. ۲۰، (۶۴ و ۶۵): ۳۳-۷. [پیوند]

- Bicchieri, C., Jiang, T., & Lindemans, J. W. (2014). *A social-norms perspective on child marriage: The general framework* (Draft report for UNICEF). Philadelphia: Behavioral Ethics Lab, University of Pennsylvania. [\[Link\]](#)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, 3, 2, 77-101. [\[Link\]](#)
- Chandra-Mouli, V., Greifinger, R., Nwosu, A., Hainsworth, G., Sundaram, L., Hadi, S., Braeken, D. (2013). Invest in adolescents and young people: It pays. *Reproductive Health*, 10(1), 51. [\[Link\]](#)
- Cohen, G. J., & Witzman, C. C. (2016). Helping children and families deal with divorce and separation. *Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics*. 138(6), [e20163020]. [\[Link\]](#)
- Gasbarrini, M. F., & Snyder, D. K. (2017). Affective reconstructive approach to couple therapy. *Encyclopedia of couple and family therapy*. 1-6. [\[Link\]](#)
- Gurman, A. S. (2008). Integrative couple therapy: A depth-behavioral approach. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 383-423). The Guilford Press. [\[Link\]](#)
- Hiyoshi, A., Fall, K., Netuveli, G., & Montgomery, S. (2015). Remarriage after divorce and depression risk. *Social Science & Medicine*, 141: 109-114. [\[Link\]](#)
- Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1): 1-55. [\[Link\]](#)
- Hudson, W.W. (1992). Index of marital satisfaction tempe. AZ, Walmyr Publishing Co. [\[Link\]](#)
- John, N.A., Edmeades, J., Murithi, L., & Barre, I. (2019). Child marriage and relationship quality in Ethiopia. *Culture, health & sexuality*, 21, 853-66. [\[Link\]](#)
- Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. [\[Link\]](#)
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4): 563-575. [\[Link\]](#)
- Male, C., Wodon, Q. (2018). Girls' education and child marriage in West and central Africa: Trends, impacts, costs, and solutions. *Forum for Social Economics*, Taylor & Francis. [\[Link\]](#)
- Munro, B. H. (2005). Statistical methods for health care research (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. [\[Link\]](#)
- Namagardi, H. D., Farzad, V., Nooranipoor, R. (2022). Effectiveness of Affective-Reconstructive couple therapy on marital Conventionalization and global distress. *International Journal of Health Studies*, 8(1): 38-43. [\[Link\]](#)
- Nelson, O., & Salawu, A. (2017). Can my wife be virtual-adulterous? An experiential study on facebook, emotional infidelity and self- disclosure. *Journal of International Women's Studies*, 18(2): 166-179. [\[Link\]](#)
- Perlman, D. (2016). Delaying age of marriage through girls' education in Northern Nigeria. Women's empowerment and global health. In S. Dworkin, M. Gandhi, & P. Passano (Eds.), *Women's empowerment and global health: A twenty-firstcentury agenda* (pp. 72-92). University of California Press. [\[Link\]](#)

- Petroni, S., Das, M., & Sawyer, S. M. (2019). Protection versus rights: Age of marriage versus age of sexual consent [PDF file]. Retrieved on October 26, 2019. [\[Link\]](#)
- Pituch, K.A., & Stevens, J.P. (2015). Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS, Sixth Edition (6th ed.). Routledge. [\[Link\]](#)
- Prettitore, P.S. (2015). "Family Law Reform, Gender Equality, and Underage Marriage: A View from Morocco and Jordan." *The Review of Faith & International Affairs*, 13 (3), 32–40. [\[Link\]](#)
- Raj, A., & Boehmer, U. (2013). Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. *Violence Against Women*, 19(4), 536–551. [\[Link\]](#)
- Raj, A., Jackson E., & Dunham, S. (2018). Girl child marriage: A persistent global women's health and human rights violation. In S. Choudhury, J. Esausquin, & M. Withers (Eds.), *Global perspectives on women's sexual and reproductive health across the lifecourse*. Springer, Cham. [\[Link\]](#)
- Sarfo, E.A., Yendork, J.S., & Naidoo, A.V. (2020). Examining the intersection between marriage, perceived maturity and child marriage: perspectives of community elders in the Northern region of Ghana. *Culture, health & sexuality*, 23(7), 1-15. [\[Link\]](#)
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74. [\[Link\]](#)
- Scolaro, E., A. Blagojevic, B. Filion, V. Chandra-Mouli, L. Say, J. Svanemyr, & Temmerman, M. (2015). "Child Marriage Legislation in the Asia-Pacific Region." *The Review of Faith & International Affairs*, 13 (3), 23–31. [\[Link\]](#)
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. A. (2015). Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships. John Wiley & Sons. [\[Link\]](#)
- Snyder, D. K., & Mitchell, A. E. (2008). Affective-reconstructive couple therapy: A pluralistic, developmental approach. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 353–382). The Guilford Press. [\[Link\]](#)
- Tenkorang, Y. E. (2019). Explaining the links between child marriage and intimate partner violence: Evidence from Ghana. *Child Abuse & Neglect*, 89, 48–57. [\[Link\]](#)
- Toyo, N. (2006). "Revisiting Equality as a Right: The Minimum Age of Marriage Clause in the Nigerian Child Rights Act, 2003." *Third World Quarterly*, 27 (7), 1299–1312. [\[Link\]](#)
- UNICEF. (2017). The state of the world's children 2017: Children in a digital world. Retrieved from [\[Link\]](#)
- UNICEF. (2019). "Child marriage." Retrieved October 16, from [\[Link\]](#)
- Wahi, A., Zaleski L. Z, Lampe, J., Bevan-Hilvely, P., & Koski, A. (2019). The lived experience of child marriage in united states. *Social Work in Public Health*, 1-14. [\[Link\]](#)
- Walker, J. A. (2012). Early marriage in Africa—Trends, harmful effects and interventions. *African Journal of Reproductive Health*, 16(2), 231–240. [\[Link\]](#)

- Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, A., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Kes, A., Neetu, J., Steinhaus, M., Murithi, L., Edmeades, J., & Petroni, S. (2018). Economic impacts of child marriage in ethiopia: Global Synthesis Report. Washington, D.C.: World Bank Group. [\[Link\]](#)
- Wodon. Q. (2015). Islamic Law, Women's Rights, and State Law: The Cases of Female Genital Cutting and Child Marriage. *The Review of Faith & International Affairs*, 13, 3, 81-91. [\[Link\]](#)
- Yakub, H. (2020). Child marriage: Parents' lived experience of decision-making processes and consequential health effects. Doctoral thesis of philosophy of public health. Walden University. [\[Link\]](#)
- Zarean, F., Sadri Damirchi, E., & Sheykholeslami, A. (2022). Effect of self-healing intervention program on psychological well-being and marital satisfaction of women victimized by domestic violence. *The American Journal of Family Therapy*, 1-19. [\[Link\]](#)



Research Article

Causes of Decreased abstinence in Young People with High-Risk Sexual Behavior: A Qualitative Study

B. Mollaei¹, Kh. Ahmadi² & E. Yousefi³

1. PhD Student of Counseling, Department of Counseling, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran. Email: mollaei3378@gmail.com

2. Professor in, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: kh_ahmady@yahoo.com

3. Assistant Professor of, Department of Psychology and Educational Science, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran. Email: emad.yousefi30@gmail.com

Abstract

Aim: This study was to investigate the lived experiences of young people who had high-risk sexual behavior. **Method:** The approach studied in this study was qualitative and of the Grounded theory. Sixteen adolescents who experienced high-risk sexual behavior and were willing to cooperate with the researcher were selected by theoretical sampling method. These individuals were examined in depth using semi-structured interviews. After analyzing the data by Strauss and Corbin (1990) method, a total of 58 concepts, 15 primary categories and three secondary categories were extracted. **Results:** These categories were: 1- Predisposing factors (weakness of religious beliefs, structural problem of family, Sexual experiences and awareness in childhood, childhood abuse and developmental problems); 2. Involving factors (access to sexual stimuli, the impact of friendships, normalization and reduction of shame and guilt, low self-esteem or sexual audacity, poor sexual awareness and attitude, and easy access to sex); And 3- The existence of sexual perversions (having experiences of sexual perversions, gaining emotional rewards, having sexual temptations and seeking the maximum sexual excitement). **Conclusion:** it can be said that high-risk sexual behavior is caused by the interaction of several factors, and to prevent such behaviors, we need the joint cooperation of family, school and community.

Key words: High Risk Behavior, Sex, Abstinence, Qualitative Approach

Citation: Mollaei, B., Ahmadi, Kh., & Yousefi, E. (2023). Causes of Decreased abstinence in Young People with High-Risk Sexual Behavior: A Qualitative Study. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):245-265.

مقاله پژوهشی

علل کاهش خویشتن‌داری جنسی در جوانان دارای رفتار پرخطر جنسی: یک پژوهش کیفی

بتول ملایی^۱، خدابخش احمدی^{۲*} و عماد یوسفی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران. ایمیل: mollaei3378@gmail.com

۲. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران. ایمیل: kh_ahmady@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران. ایمیل: emad.yousefi30@gmail.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تجارب زیسته جوانانی انجام گرفت که رفتار پرخطر جنسی داشتند. **روش:** رویکرد مورد مطالعه در این پژوهش کیفی و از نوع داده بنیاد بود. تعداد ۱۶ نوجوان که تجربه رفتار پرخطر جنسی داشتند و متمایل به همکاری با پژوهشگر بودند با شیوه نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند. این افراد با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته به صورت عمیق مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از تحلیل داده‌ها به شیوه استراوس و کوربین (۱۹۹۰) در مجموع ۵۸ مفهوم، ۱۵ مقوله اولیه و سه مقوله ثانویه استخراج شدند. **یافته‌ها:** این مقوله‌ها عبارت بودند از: ۱- عوامل مستعد کننده (سستی باورهای مذهبی، مشکل ساختاری خانواده، تجارب و آگاهی‌های جنسی در کودکی، سوء استفاده دوره کودکی و مشکلات رشدی)؛ ۲- عوامل درگیر کننده (دسترسی به محرک‌های جنسی، تأثیر از روابط دوستی، عادی انگاری و کاهش شرم و گناه، ضعف اعتماد به نفس یا جرات‌مندی جنسی، ضعف آگاهی و نگرش جنسی، و دسترسی راحت به روابط جنسی)؛ و ۳- وجود انحرافات جنسی (داشتن تجربی از انحرافات جنسی، کسب پاداش‌های هیجانی، وجود وسوسه‌های جنسی و جستجوی حداکثر هیجان جنسی). **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت که رفتار پرخطر جنسی در اثر تعامل عوامل متعددی بروز می‌کند، و برای پیشگیری از بروز چنین رفتارهایی نیاز به همکاری‌های مشترک خانواده، مدرسه و جامعه داریم.

کلید واژه‌ها: رفتار پرخطر، رابطه جنسی، خویشتن‌داری جنسی، پژوهش کیفی

مقدمه

میل جنسی بخش مهمی از زندگی افراد تلقی می‌شود (مکلود و مک کابی، ۲۰۲۰). بیدار شدن آن دوره پرآشوبی در زندگی ایجاد می‌کند که نیازمند سازگاری‌های بسیاری است (هافر و هافر، ۲۰۱۷). از نظر فرهنگی انتظار می‌رود افراد، فعالیت‌های جنسی خود را تا زمان رسیدن به سن ازدواج به تأخیر بیندازند (کربی و همکاران، ۲۰۰۷). اما این انتظار باعث نمی‌شود که افراد همواره اینگونه عمل کرده و انتظارات اجتماعی را برآورده سازند (ون در دوف، و ریندرز، ۲۰۱۸). رشد هورمونی و فشار همسالان دلمشغولی‌های زیادی در رابطه با فعالیت‌های جنسی ایجاد می‌کند (اوسالیوان، تامسون، ۲۰۱۴) و در نتیجه، خطرپذیری (آرنت، ۱۹۹۲) و درگیر شدن در فعالیت‌های جنسی تشدید می‌گردد (لفکویتز، واسیلنکو، و لاویت، ۲۰۱۶). چنین رفتارهایی گاهی مواقع منجر به رشد رفتارهای پرخطر جنسی می‌شود (دکریس، ۲۰۱۳).

در رابطه با تعریف رفتارهای پرخطر جنسی گمانه‌زنی‌هایی زیادی وجود دارد (کان و همکاران، ۲۰۱۸؛ ریچ وود و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهشگران رفتارهای پرخطر جنسی را به عنوان فعالیت‌هایی تعریف می‌کنند که افراد را در معرض بیماری‌های مقاربتی قرار داده و سلامت آن‌ها را تهدید می‌کند (رامیرو-سانجز، ۲۰۱۸). تمرکز محققان عمدتاً بر روی رابطه جنسی محافظت نشده و درگیر شدن در فعالیت‌های جنسی با چندین شریک جنسی بوده است (چاولا، و سارکر، ۲۰۱۹). البته باید توجه داشت که در این زمینه تفاوت‌های فرهنگی وجود دارد. به عنوان مثال در ایران برخی از پژوهش‌ها دوستی با جنس مخالف و رابطه قبل از ازدواج را رابطه جنسی پرخطر تعریف می‌کنند (آتش نفس و همکاران، ۱۳۹۳). گذشته از تعریف (کان و همکاران، ۲۰۱۸؛ رامیرو-سانجز، ۲۰۱۸) و تفاوت‌هایی فرهنگی (آتش نفس و همکاران، ۱۳۹۳) که در تعریف رفتار پرخطر جنسی وجود دارد، رفتار پرخطر جنسی یکی از نگرانی‌های عمومی جدی است که سلامت و بهزیستی جامعه را معرض خطر قرار می‌دهد (لارا و عبدو، ۲۰۱۶). با این وجود نقش تجربیات جنسی، به ویژه در تحول جنسی افراد برجسته قابل انکار نیست و تحت تأثیر عواملی از قبیل بلوغ، پذیرش تصویر بدن فرد، کشف نیازهای جنسی و یادگیری روابط جنسی قرار دارد (ویدمن، چوکاس-برادلی، هلمز، و پرنتین، ۲۰۱۶). اما افراد در تجربه نخستین مقاربت‌های جنسی خود (لفکویتز و همکاران، ۲۰۱۶)، به دلیل نقص در دانش و خودکارآمدی جنسی (ویدمن، گولین و همکاران، ۲۰۱۸) در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و عفونت‌هایی ناشی از آن قرار می‌گیرند (هندریک، کانس، ماسلوسکی، ۲۰۱۶).

در دهه‌های اخیر، سن شروع روابط جنسی کاهش یافته است. به عنوان مثال در اروپا سن شروع روابط جنسی به ۱۵ سال کاهش یافته است (رامیرو-سانجز و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر رابطه

جنسی در سنین پایین، دیگر رفتارهای پرخطر، از قبیل فراوانی بیشتر روابط جنسی، استفاده نادرست از کاندوم، داشتن چندین شریک جنسی (نل، الیفسون، دپالیدا، و استریک، ۲۰۱۶)، داشتن رابطه جنسی با افراد سن بالا (باگلیر، هلرینگر، هنس، و دلوا، ۲۰۱۶) یا استفاده از الکل و موادمخدر (کاسترو، سانتوز-لجسیاس، ۲۰۱۶، جعفرزاده و محمدی، ۱۳۹۸) هم در میان افراد رو به گسترش است.

در رابطه با این مسئله که چرا برخی از افراد در سنین پایین‌تری درگیر رفتارهای پرخطر جنسی می‌شوند، دلایل زیادی مطرح شده است. به عنوان مثال سوءاستفاده جنسی در کودکی (نگریف، شندرن، و تیکت، ۲۰۱۵)، مصرف مواد و الکل (یان، ویت، کوبولسکی، ۲۰۱۸) تجربه خشونت در کودکی (اسمیت، جکوب، لویز-سانچز، گرابواک، یانگ و همکاران، ۲۰۲۰)، بحران‌های معرفتی یا مذهبی و وعده ازدواج (جعفرزاده و محمدی، ۱۳۹۸) از جمله دلایل رفتارهای جنسی پرخطر مطرح شده‌اند. پیامدهایی که رفتارهای جنسی پرخطر به دنبال دارد متعدد است. از جمله می‌توان به خشونت جنسی (سنشیا و جویی، ۲۰۱۵)، شیوع بالای بیماری‌های مقاربتی (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های، ۲۰۱۷)، سلامت روان ضعیف در بزرگسالی (موتا، کوکس، کاتس، سارین، ۲۰۱۰)، میل به تجرد (محمدی و محمدی، ۱۳۹۵)، تأثیر منفی بر میل به ازدواج و کیفیت آن (خلج آبادی فراهانی، ۱۳۹۸)، بروز تعارضات خانوادگی، آسیب‌های ارتباطی، مشکلات قانونی و مالی (میرزایی، احمدی، سعادت، و رمضانی، ۲۰۱۶)، بارداری در نوجوانی (هندریک، کانس، ماسلوسکی، ۲۰۱۶) و اقدام به خودکشی (اسمیت، جکسون، و ونکامپورتف، جکوب، فرث و همکاران، ۲۰۱۹) اشاره کرد.

با وجود چنین عوارض منفی، شیوع رابطه جنسی در میان افراد بسیار بالا است. در واقع در یک پژوهش مدرسه‌محور که در چندین کشور اجرا شد مشخص شد که از جمعیت ۸۴۸۶۷ نفری دانش‌آموزان ۱۲-۱۵ سال، ۳۴۶۷۴ نفر رابطه جنسی کامل داشته‌اند (اسمیت، جکسون، جاکوب، گرابواک، یانگ و همکاران، ۲۰۱۹). این شیوع بالا نشان می‌دهد که اولین رابطه جنسی را باید یکی از مسائل بغرنج در سطح جهانی تلقی کرد. برای پیشگیری و تدوین مداخلات مناسب باید ضمن شناسایی رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز در میان جمعیت جوان، راهبردهای مداخلاتی مناسبی را تدارک دید. این در حالی است که در جامعه ایران در مورد رفتارهای جنسی از قبیل روش‌های پیشگیری از بارداری و ابتلا به ایدز هیچ آموزش رسمی در دسترس نیست (خلج آبادی فراهانی، ۱۳۹۸). با شناخت بهتر عوامل مرتبط با رفتارهای پرخطر جنسی و امکان طراحی استراتژی پیشگیری و آموزش‌های جنسی که تفاوت‌های جنسیتی را مد نظر دارد، می‌توان به کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، در سنین اولیه کمک کرد. از همین رو شناسایی مکانیسم‌های

منتهی به این رفتارها و تدارک راهبردهای پیشگیرانه به منظور پیشگیری از پیامدهای منفی خصوصاً در جمعیت‌های پرخطر از اهمیت اساسی برخوردار است (یان، ویث، کوبولسکی، ۲۰۱۸). روی هم رفته به نظر می‌رسد تغییرات سریع اجتماعی، پیامدهایی از قبیل کاهش سن بلوغ و امکان دسترسی به شرکای جنسی را با خود به همراه داشته است، این مسائل باعث شده تا جمعیت جوان‌تر جامعه در معرض رفتارهای جنسی پرخطر قرار بگیرند، برای شناخت، پیشگیری و تدوین راهکارهایی که فرهنگ خاص جامعه را مد نظر دارند، ما نیازمند انجام پژوهش‌هایی معرف در این زمینه هستیم. پژوهش فعلی در همین راستا و با هدف پاسخ به این سؤال صورت می‌گیرد که افراد به چه دلیل دست به رفتارهای پرخطر جنسی دست می‌زنند؟

روش

پژوهش حاضر کیفی و به روش داده بنیاد بود. جمعیت مورد مطالعه شامل پسران ۱۸ تا ۲۴ سال بود که تجربه انجام رفتارهای جنسی پرخطر را داشتند. این افراد در محدوده زمانی سال ۱۴۰۰ در استان هرمزگان ساکن بودند. تعداد افراد نمونه با توجه به نمونه‌گیری نظری انتخاب شده است. بعد از رسیدن به اشباع نظری تعداد افراد در مطالعه فعلی به ۱۶ نفر با تجربه انجام رفتارهای پرخطر جنسی رسید (جدول ۱).

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان در پژوهش

مشارکت کننده	سن	سن در زمان شروع رفتار پرخطر جنسی	تعداد شرکای جنسی	تجربه سوءاستفاده در کودکی
۱	۱۸	۱۴	۳	خیر
۲	۱۹	۱۳	۲	خیر
۳	۲۱	۱۲	۳	بلی
۴	۱۸	۱۴	۴	خیر
۵	۲۲	۱۴	۴	خیر
۶	۲۱	۱۳	۳	بلی
۷	۱۸	۱۴	۳	خیر
۸	۲۰	۱۳	۴	بلی
۹	۲۴	۱۲	۳	خیر
۱۰	۱۸	۱۲	۳	خیر
۱۱	۲۱	۱۳	۳	بلی

۱۲	۲۲	۱۴	۲	خیر
۱۳	۲۳	۱۵	۲	خیر
۱۴	۱۹	۱۴	۴	خیر
۱۵	۲۱	۱۴	۴	بلی
۱۶	۱۹	۱۶	۴	خیر

مصاحبه نیمه ساختاریافته: با هدف گشودن باز مسئله در این پژوهش از ابزار مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. این نوع مصاحبه این آزادی را به مصاحبه‌گر می‌دهد تا اینکه به بررسی و پرسیدن سؤالاتی بپردازد که روشن‌سازی موضوعات خاص را به دنبال دارد. سؤالات مصاحبه بر روی زمینه‌های پیش‌آیندی رفتارهای پرخطر جنسی (ارتباط و تعارض خانوادگی، تجربیات ناخوشایند کودکی، سابقه مصرف مواد و خشونت در خانواده، نقش شریک جنسی در انجام رفتارهای پرخطر جنسی، نقش دوستان)، انجام رفتارهای جنسی پرخطر (مسائلی از قبیل مصرف مواد و یا الکل، تنش‌های جنسی، دوستان و غیره که تسهیل‌گر انجام رفتارهای پرخطر جنسی بود)، بافت رابطه (در محیط‌هایی که مصرف مواد و الکل وجود داشت، دسترسی به شرکای جنسی، ترغیب این رفتارهای از سوی دوستان و یا اعضای خانواده) و پس‌آیندهای رفتار پرخطر جنسی (نقش کسب لذت در ادامه این رفتارها، نقش عزت نفس، پاداش‌های بیرونی و درونی، عذاب وجدان یا حس غرور) متمرکز بود. نمونه‌هایی از سؤالات مربوط به مصاحبه عبارتند از: آیا در کودکی تجربه‌ای در مورد مسائل جنسی دارید؟ (شاهد رابطه بودن، هدف رابطه قرار گرفتن ...)، در چند سالگی متوجه تنش‌های جنسی در وجود خودتان شدید؟ اولین باری که وارد رابطه جنسی شدید چند سال داشتید؟ بعد از رابطه چه احساسی داشتید؟ (غرور، لذت، عذاب وجدان و غیره) آیا با کسی هم این تجربه را در میان گذاشتید؟ با چه هدفی این کار را کردید؟ قبل از رابطه چه تصویری درباره این گونه روابط داشتید؟ بعد از رابطه چگونه؟ مسائلی وجود داشت که جلوی رابطه شما را بگیرد؟ اگر به شریک جنسی دسترسی نداشته باشید از چه روش‌هایی استفاده می‌کنید؟ حفظ موضع بی‌طرفی مورد توافق طرفین بود. مصاحبه برای هر نفر تقریباً ۴۵ دقیقه تا یک ساعت و نیم به طول می‌انجامید. همه مصاحبه‌ها در کنار خلاصه جلسات ثبت شد. برای حفظ محرمانه بودن اطلاعات به هر یک از اطلاعات یک کد اختصاص یافت. همه موارد مصاحبه از قبیل دست نوشته‌ها و فایل‌های صوتی در محل امنی نگاه داری شد. در فهرست اصلی به هر یک از افراد یک کد اختصاص داده شد. ویژگی‌های دموگرافیک افراد براساس این کدها در جدول یک گزارش شده است.

شیوه جمع‌آوری داده‌ها: در این پژوهش افراد ملاک‌های زیر را دارا بوده‌اند، (۱) پسر، (۲) داشتن رفتار پرخطر جنسی، (۳) دامنه سنی بین ۱۸-۲۵، (۴) نداشتن اختلال روانی در هنگام اجرای پژوهش، (۵) نداشتن میل جنسی بیش‌انگیزه یا اعتیاد جنسی. این پژوهش در مراکز مشاوره و خدمات روان‌درمانی شهرستان بندرعباس انجام گرفت. از بین افرادی که ملاک‌های ورود را برآورده می‌کردند، پژوهشگر از افراد داوطلب همکاری استفاده کرده است، این افراد حاضر به همکاری با پژوهشگر بوده‌اند. قبل از مصاحبه، هدف از مطالعه و سابقه پژوهشگر توضیح داده شد و موافقت افراد با مصاحبه کسب شد. در ابتدای شروع هر مصاحبه در خصوص محرمانه بودن موضوعات آگاهی‌های لازم ارائه شد. علی‌رغم اطلاع‌رسانی در مورد محرمانه بودن اطلاعات افراد مشارکت‌کننده در مورد بیان تجربیات خود احساس نگرانی می‌کردند به همین دلیل ۱۳ نفر از افراد حاضر به ضبط متن مصاحبه نشدند. در نتیجه پژوهشگر اقدام به نوشتن مصاحبه نمود. پاسخ درست و غلطی وجود نداشت، و هر زمان که مشارکت‌کنندگان می‌خواستند، حق پایان دادن به مصاحبه را داشتند. قبل از مصاحبه اطلاعات دموگرافیکی از قبیل سن، تحصیلات، در صورت داشتن شغل سطح درآمد، به وسیله پژوهشگر تکمیل شد. به موازات فرایند مصاحبه، یافته‌ها تحلیل می‌شده و تعداد جلسات تا اشباع مقوله‌ها ادامه داشته است. همین‌طور که با هر یک از مشارکت‌کنندگان مصاحبه می‌شد، صداها ضبط شده و محتوای مصاحبه‌ها به صورت متن‌های نوشتاری در می‌آمد. به صورت منظم هر ایده یا مقوله‌ای که مشخص می‌شد کدگذاری می‌گشت.

شیوه تحلیل داده‌ها: روش مورد استفاده برای کدگذاری داده‌ها گام‌های پیشنهادی استرواس و کوربین بود (استرواس و کوربین، ۱۹۹۰). برای تحلیل و تولید داده‌ها، مفهوم‌بندی (کدگذاری باز)، کدبندی سطح اول (تولید مفاهیم اولیه)، کدبندی سطح دوم (تولید مقوله‌های عمده) مد نظر بود. در این پژوهش برای کدگذاری متن از تحلیل جمله و پاراگراف کامل استفاده شده است. در جریان کدگذاری باز، داده‌ها به پاره‌های مجزا، خرد شده و با دقت مورد بررسی قرار گرفته‌اند و از جهت شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه و دسته‌بندی شده‌اند (محمدپور، ۱۳۹۲).

یافته‌ها

در جدول ۲ کدهای یافت شده در کدگذاری گزارش شده است. در مجموع در پژوهش فعلی در کدگذاری سطح اول ۵۸۹ کد، در کدگذاری سطح دوم ۹۴ کد یافت شد، که این کدها پس از

گروه‌بندی‌های متعدد و اصلاحات انجام شده، در نهایت به ۵۸ مفهوم، ۱۵ مقوله فرعی و سه مقوله عمده رسید.

جدول ۲. مفاهیم و مقولات مرتبط با رفتارهای پرخطر در مشارکت‌کنندگان

مقولات ثانویه	مقولات اولیه	مفاهیم
عوامل مستعدکننده (قبل از بروز رفتار پرخطر جنسی)	سستی باورهای مذهبی	سستی باورهای مذهبی خانواده
		سستی باورهای مذهبی جوان
		سستی باورهای مذهبی دوستان
	مشکل ساختاری خانواده	نظارت ضعیف خانواده
		ضعف قدرت والدین
		مصرف مواد در خانواده
	تجارب و آگاهی‌های جنسی در کودکی	انجام رفتارهای جنسی از سوی والدین در حضور کودکان
		تماشای فیلم‌های پورنوگرافی از سوی والدین در حضور کودک
		مشاهده رابطه جنسی والدین
		نبود حیا جنسی در کلام والدین
		پوشش کم والدین در حضور فرزندان
	سوءاستفاده دوره کودکی	خشونت جسمانی
		سرزنش شدن
		غفلت و عدم پذیرش احساسات
		تجربه سوءاستفاده جنسی
	مشکلات رشدی	داشتن بلوغ زودتر از همسالان
		کنجکاوی‌های جنسی زود هنگام
		رشد جسمانی سریع
عوامل درگیر کننده (مرتبط با عبور از خطوط قرمز و درگیر شدن در رابطه پرخطر جنسی)	دسترسی به محرک جنسی	تماشای فیلم‌های پورن
		سهولت در برقراری ارتباط با جنس مخالف
		مشاهده تصاویر محرک جنسی
		خواندن داستان‌های جنسی
	تأثیر از روابط دوستی	تماشای دست جمعی فیلم‌های پورنوگرافی
		ترغیب دوستان به روابط جنسی گروهی
		به اشتراک گذاشتن تجربیات جنسی با دوستان
		ارتباط با دوستانی که تجربه جنسی دارند
		داشتن اوقات بیکاری زیاد با دوستان

ترس از طرد شدن از سوی دوستان	ضعف اعتماد به نفس	
ناتوانی در نه گفتن		
ادامه دادن به رفتارهای جنسی علی‌رغم میل باطنی		
تداوم رابطه جنسی بخاطر دوستان		
نداشتن اطلاعات جنسی مناسب	ضعف آگاهی و نگرش جنسی	
داشتن اطلاعات غلط درباره روش‌های پیشگیری از بیماری‌های جنسی		
نگرش‌های سهل‌گیرانه در میان نوجوانان		
کاهش احساس گناه به دنبال توجیه‌های شناختی	عادی انگاری و کاهش شرم و گناه	
احساس راحتی در خیال‌پردازی‌های جنسی مرتبط با اشیاء جنسی		
بیان رفتارهای جنسی و از بین رفتن شرم مرتبط با آن‌ها		
دسترسی به مکان‌هایی که امکان رابطه جنسی را تسهیل می‌کنند	دسترسی راحت به روابط جنسی	
دسترسی ساده به شرکای جنسی سهل‌گیر		
حضور در مهمانی‌های مختلط		
داشتن شرکای جنسی متعدد		
امکان رفتارهای جنسی متنوع		
چشم‌چرانی و دید زدن اندام‌های جنسی	داشتن تجاربی از انحرافات جنسی	
کنجکاوی در مورد اندام‌های جنسی		
خیال‌پردازی‌هایی در زمینه انحرافات جنسی		
انجام استمناء		
میل به شرکای همجنس در اوایل بلوغ		
احساس غرور به دنبال رابطه جنسی	کسب پاداش‌های هیجانی	وجود انحرافات جنسی
دریافت توجه از ناحیه دوستان به دنبال روایت تجربیات جنسی		
لذت‌های ناشی از ارتباط جنسی		
احساس آرامش بعد از رابطه جنسی		
پیوند زدن ارزش شخصی به لذت جنسی	وجود وسوسه‌های جنسی	
اصرار بر رابطه جنسی		
وسوسه به تجربه جنسی در اولین ملاقات		
افزایش هیجان جنسی به دنبال مصرف مواد مخدر		

میل به شرکای جنسی چندگانه	جستجوی حداکثر هیجان جنسی	
انجام رفتارهای جنسی مشترک به همراه دوستان		
کسب لذت بیشتر با عدم استفاده از کاندوم		

مقولات ثانویه

مقوله ثانویه: عوامل مستعدکننده (قبل از بروز رفتار پرخطر جنسی)

سستی باورهای مذهبی. یکی از عوامل مهم در بروز رفتارهای جنسی پرخطر سست شدن باورهای مذهبی در جوانان بود. افرادی که در پژوهش فعلی مشارکت داشتند عموماً در مورد باورهای مذهبی سهل‌گیرانه رفتار می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "من و خانوادم اعتقاد چندانی به رعایت اصول و قواعد شرعی نداریم، شرکت در مراسم مذهبی و انجام اعمال مذهبی از نظر من و خانوادم اهمیت چندانی ندارد. (مشارکت‌کننده ۱۲)".

مشکل ساختاری خانواده. یکی دیگر از عوامل مهم ساختار مسئله‌دار خانواده بود که نظارت را بر جوانان سست می‌کرد و با انجام رفتارهایی که تناسب فرهنگی خاصی نداشتند، در برابر رفتارهای جنسی پرخطر آسیب‌پذیر می‌شدند. روایت یکی از مشارکت‌کنندگان این چنین است: "خوب، ما خانواده بازی هستیم، یعنی راحتیم، زیاد سخت نمی‌گیریم، و وقتی پرسیده شد که خانواده بزرگ شما همگی این‌گونه هستند پاسخ داد نه فقط ما اینجوری هستیم (مشارکت‌کننده ۲)".

تجارب و آگاهی‌های جنسی در کودکی. بسیاری از این افراد در کودکی در معرض رفتارهای جنسی بودند که اثرات دیرپایی را بر جای گذاشته بود. برخی از این افراد مستقیماً قربانی شده بودند و عده‌ای دیگر به شیوه‌های غیرمستقیم شاهد کنش‌های جنسی بودند. روایت یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه است: "من وقتی کوچک بودم یه سی دی گذاشتم روی دستگاه چیزای خوبی نبود یادم میاد چیزایی در مورد رفتارهای جنسی افراد داخل فیلم که دیده بودم می‌گفتم، اون موقع نمی‌دونستم چی هست، اما یادمه رابطه کامل اون آدم‌ها را برای اولین بار دیدم و می‌خواستم بدونم اونا دارن چکار می‌کنن... (مشارکت‌کننده ۱۰)".

سوءاستفاده دوره کودکی. تجربه مشارکت‌کنندگان در پژوهش فعلی نشان می‌داد که این افراد تجربه خشونت‌های جسمانی و کلامی را در خانواده داشتند و در این خانواده‌ها احساسات افراد چندان مورد پذیرش نبود. به تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان توجه کنید: "حقیقتش محیط ما خیلی امن نبود، ما در کودکی مون چیزای خوبی اتفاق نیفتاد، مثلاً من یادم میاد دایی من منو لمس می‌کرد، اون موقع می‌دونستم یه چیزی نادرسته اما نمی‌دونستم چیه، خیلی منو اذیت

می‌کرد مدت‌ها زندگی منو تحت‌الشعاع خودش قرار داده بود، حس می‌کردم گناه بزرگی مرتکب شدم کثیف شدم (مشارکت‌کننده ۱۳).

یا تجربه مشارکت‌کننده دیگری این‌گونه بود:

"زمانی که در مقطع ابتدایی بودم، راننده سرویسم بارها به من تعرض کرد که تاثیرات منفی روی من داشت تا مدت‌ها حالم بد بود، همش کابوس‌های شبانه داشتم و با گریه از خواب بیدار می‌شدم، درسهایم افت کرده بود این حالات من از طرف خانواده جدی گرفته نمی‌شد و این تاثیرات منفی تا الان هم ادامه دارد".

مشکلات رشدی. بلوغ زودرس و عدم توجه خانواده یکی از عواملی است که باعث می‌شود افراد برای دست یافتن به اطلاعات جنسی از مجاری متعدد استفاده کنند. کنجکاوی‌های جنسی و توجه به بدن، آن‌ها را مستعد رفتارهای جنسی پرخطر می‌ساخت. روایت یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه بود: "من زود به بلوغ رسیدم و شاهد یک سری تغییراتی در بدنم بودم، بدنم دیوانه شده بود، و نمی‌توانستم با والدینم صحبت کنم، بارها و بارها به بدنم نگاه می‌کردم و بدنم رو وارسی می‌کردم، هیجان خاصی تجربه می‌کردم و هر بار بیشتر از دفعه قبل این کار را تکرار می‌کردم، تا اینکه خیلی زود و در همان سن پایین اولین دوستی با جنس مخالف را تجربه کردم. (مشارکت‌کننده سه)".

مقوله ثانویه: عوامل درگیرکننده (مرتبط با عبور از خطوط قرمز و درگیر شدن در رابطه پرخطر جنسی)

دسترسی به محرک جنسی. بسیاری از افراد به دنبال افزایش تنش‌های جنسی به جای تصعید این تنش‌ها در رفتارهای اجتماعی جامعه‌پسند به سمت جستجوی تحریک بیشتر پیش می‌رفتند. این افراد برای تخلیه تنش جنسی به استمناء، تماشای فیلم‌های پورنوگرافی، تماشاگری جنسی و رفتارهای دیگر متوسل شده بودند. روایت یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه است: "من در اینستاگرام دنبال‌کنندگان و دنبال‌شوندگان زیادی دارم، هر بار وارد برنامه اینستاگرام می‌شوم با پیشنهادهای زیادی مینی بر برقراری رابطه جنسی مواجه می‌شوم. الان پنج سال است که با افرادی در رابطه هستم در ابتدا رابطه فقط به چت و ارسال عکس ختم می‌شد اما بعد از مدتی با تعدادی از اونا قرار ملاقات حضوری داشتم که منجر به رابطه جنسی هم شد (مشارکت‌کننده چهار)".

تأثیر از روابط دوستی. این افراد بعد از رابطه احساس غرور می‌کردند زیرا دوستان آن‌ها چنین رفتارهایی را ستایش می‌کردند. لذت‌های ناشی از رابطه این افراد را به سمت انجام بیشتر این رفتارها سوق می‌داد. به تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان توجه کنید: "وقتی در دورهمی‌ها و جمع دوستان حضور داری، اونا از تجربیات و احساساتی که در مورد دوستی با جنس مخالف دارند صحبت می‌کنند و حتی در این خصوص از بقیه افراد حاضر در جمع هم سؤالاتی می‌پرسند و اگه شما چیزی برای گفتن نداشته باشی در جمع مورد تمسخر و استهزاء قرار می‌گیری، پس ناچاری هم‌رنگ اونا بشی، البته در این شرایط واقعا مورد حمایت دوستان هم قرار می‌گیری حتی افرادی رو جهت آشنایی و دوستی بهت معرفی می‌کنن من هم به همین شیوه اولین تجربه دوستیم با جنس مخالف رقم خورد و تجارب بعدی هم به دنبال اون شکل گرفتند (مشارکت‌کننده پنج)".

ضعف اعتماد به نفس. یکی دیگر از مشکلات بروز رفتارهای جنسی پر خطر نداشتن جراتمندی جنسی بود. این افراد علیرغم میل باطنی به انجام رفتارهایی پرداخته بودند که به نوعی خود-تخریب تلقی می‌شد. مشارکت‌کنندگان در برابر درخواست‌های جنسی محافظت نشده قادر نبودند پاسخ نه بدهند. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه است: "برای من رد درخواست‌های جنسی سخت و یا بهتر بگم، غیرممکنه. حتی در مقابل درخواست شریک جنسی‌ام مبنی بر عدم استفاده از وسایل محافظتی به دلیل کاهش لذت، طولانی شدن مدت زمان نزدیکی و پاره‌ای دیگر از مسایل قدرت مقاومت ندارم و با اینکه میدونم انجام این روش خطراتی به همراه داره اما به راحتی تسلیم درخواست طرف مقابلم میشم خیلی وقتا از خودم بدم می‌یاد (مشارکت‌کننده پانزده)".

ضعف آگاهی و نگرش جنسی. یکی دیگر از دلایل انجام رفتارهای جنسی پر خطر ضعف دانش و آگاهی‌های جنسی بود. این مسئله باعث کاهش ادراک خطر در افراد شرکت‌کننده می‌شد. در نتیجه، افراد خطر انجام رفتارهای جنسی پرخطر را اندک تلقی می‌کردند. از همین رو استفاده از وسایل پیشگیری را کنار نهاده و شرکای جنسی متعددی را تجربه می‌کردند. روایت یکی از افراد مشارکت‌کننده این‌گونه بود: "هنوز بیماری‌های آمیزشی وارد ایران نشده، من و شریک جنسی‌ام بدن قوی و ورزیده‌ای داریم هر دو ورزش می‌کنیم احتمال بیمار شدنمون خیلی کمه، حالا اگر مریض هم بشویم علم آنقدر پیشرفت کرده که خیلی راحت بیماری‌ها درمان می‌شوند و فکر می‌کنم اصلا جای نگرانی وجود ندارد (مشارکت‌کننده نه)".

عادی‌انگاری و کاهش شرم و گناه. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از سد هیجان‌های بازدارنده عبور کرده بودند و با توجیه‌های شناختی از شرم و گناه ناشی از انجام این رفتارها عبور کرده بودند. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه بود: "اولین بار که وارد رابطه جنسی شدم عذاب

وجدان گرفته بودم، به حس بدی داشتم و تا مدت‌ها از خودم، بابت ورود به این رابطه بدم می‌اومد به خودم قول داده بودم که دیگه وارد این روابط نشم. اما بعد از مدتی دیدم خیلی‌ها این روابط را دارند و من تنها نیستم چرا من به خودم سخت گرفتم و کم‌کم از شر احساسات منفی رها شدم و به روابطم ادامه دادم (مشارکت‌کننده هفت).

دسترسی راحت به روابط جنسی. بسیاری از افراد برای انجام رفتارهای جنسی خود به راحتی به افراد و مکان‌هایی برای برقراری ارتباط دسترسی داشتند. عده‌ای از این افراد در مهمانی‌های مختلط شرکای جنسی را هدف قرار داده بودند. روایت یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه بود: "الان خیلی راحت از طریق اینترنت، اینستاگرام، چت روم‌ها میشه افرادی رو پیدا کنی و بهشون شماره تلفن بدی و قرار ملاقات بذاری و باهاشون وارد رابطه عمیق بشی. راستش منم اولش از همین طریق رابطه شکل گرفت. یکم که از رابطه من و دوستم، یا میریم ویلای یکی از دوستانم که مهمانی‌های مختلط دارند یا میریم خونه مجردی. خب وقتی مهمانی‌های مختلط و خونه مجردی باشه می‌تونه عامل خیلی از اتفاقات دیگه یا حتی رابطه جنسی بشه (مشارکت‌کننده یازده).

مقوله ثانویه: وجود انحرافات جنسی

داشتن تجربی از انحرافات جنسی. عده‌ای از افراد به راهبرد تماشاگری جنسی متوسل شده و اقدام به مشاهده برجستگی‌های اندام جنسی در جنس مخالف می‌کردند. این افراد در مورد این اقدام‌ها اقدام به خیال‌پردازی می‌کردند و خود را در رابطه‌ای فعال متصور می‌شدند. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه بود: "گاهی به مکان‌هایی مثل اطراف باشگاه‌های ورزشی زنان، پیاده‌روی طولانی در بازارها و مراکز خرید، پارک‌ها می‌رفتم و مدت‌ها به بدن خانم‌ها خیره می‌شدم به جورایی نمی‌تونستم نگاهم رو از اونا بگیرم حتی گاهی وقتا دزدانه و یا از پشت عینک آفتابی بهشون تا مدت‌ها نگاه می‌کردم دید می‌زدم واسم لذت داشت حظ می‌بردم (مشارکت‌کننده دوازده).

کسب پاداش‌های هیجانی. دسترسی به چند شریک جنسی و عدم استفاده از وسایل پیشگیری هیجان جنسی افراد را افزایش می‌داد. ضمن اینکه انجام رفتارهای جنسی متعدد از سوی شرکای جنسی این عوامل را شدت می‌بخشید. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه بود: "خب در بعضی از روابط جنسی من، فقط یک نفر حضور نداره و وقتی با چند نفر به صورت همزمان وارد رابطه میشی استفاده از وسایل حفاظتی (کاندوم) بالاخره با مخالفت بعضی از شرکای

جنسی همراه همیشه و بعضی از شرکای جنسی هم استفاده از این وسایل رو سوسول بازی می‌دونن ضمن اینکه این جور وسایل محدودیت‌هایی مثلاً در رابطه دهانی ایجاد می‌کنه، لذت کم میشه پس ترجیح میدی که استفاده نکنی (مشارکت‌کننده سه).

وجود وسوسه‌های جنسی. افرادی که تمایل به برقراری رابطه، و تجربه جنسی داشتند، از مدت‌ها قبل از نظر شناختی خود را برای این مسئله آماده کرده بودند. برقراری رابطه برای آن‌ها به گونه‌ای نشان از افتخار داشت و روایت آن برای دوستان به نوعی با افزایش ارزش ادراک شده آن‌ها ارتباط داشت. در قرار ملاقات‌های خود تمایل به برقراری رابطه در اولین تماس را ابراز می‌کردند. به تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان توجه کنید: "خوب، خیلی جالب بود اولین ارتباط، یعنی همش تو ذهنم داری که بهش دست بزنم و بعد یاد می‌گیری که چطوری این کار رو کنی و بلدی در همون ملاقات اول هدف‌تو تیک بزنی، غالباً هم موفق‌ی دیگه، اونا هم پذیرفتن، چون پسرا معمولاً می‌گن ما پسریم دیگه نیاز داریم (مشارکت‌کننده دهم)".

جستجوی حداکثر هیجان جنسی. استفاده از مواد و الکل ضمن اینکه انجام رفتارهای جنسی را تسهیل می‌کرد، باعث می‌شد تا افراد هیجان جنسی بیشتری را تجربه کنند. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان این گونه بود: "وقتی مشروبات الکلی می‌خوری و مواد می‌زنی به هیچ چیزی به جزء لذت و خوشی، فکر نمی‌کنی. یه جورایی عواقبش واست مهم نیست. واست اهمیتی نداره بعدش چی پیش می‌یاد. مصرف الکل، مواد و حضور جنس مخالف در کنارت، بی‌اختیار رفتار جنسی رو هم به دنبال خودش داره (مشارکت‌کننده چهارده)".

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربیات زیسته افرادی انجام شد که تجربه رفتار پرخطر جنسی داشتند. بعد از تحلیل داده‌ها مشخص شد که رفتار جنسی پرخطر، در جمعیت جوان را می‌توان در سه مقوله عمده قرار داد. عوامل مستعدکننده، عوامل درگیرکننده و وجود انحرافات جنسی. این عوامل در تعامل با یکدیگر باعث بروز رفتارهای پرخطر جنسی می‌شوند. در واقع در عوامل مستعدکننده با عواملی سروکار داریم که زمینه را برای بروز رفتارهای جنسی پرخطر مهیا می‌کنند. در پژوهش فعلی سستی باورهای مذهبی، مشکل ساختاری خانواده، تجارب و آگاهی‌های جنسی در کودکی، سوءاستفاده دوره کودکی و مشکلات رشدی از جمله عوامل مستعدکننده رفتارهای جنسی پرخطر بودند.

همان‌گونه که عنوان شد، یکی از عوامل مستعدکننده افراد برای انجام رفتارهای جنسی پرخطر سست شدن باورهای مذهبی است؛ باورهای مذهبی یکی از عوامل محافظت‌کننده در کاهش

رفتارهای پرخطر جنسی تلقی می‌شوند، پژوهش‌ها هم به این مسئله اشاره داشته‌اند (هولدر و همکاران، ۲۰۰۰). در ادبیات پژوهش افراد مذهبی‌تر تمایل بیشتری برای به تأخیر انداختن فعالیت‌های جنسی خود نشان می‌دهند (کیربی، ۲۰۰۲؛ روستوسکی و همکاران، ۲۰۰۴). در صورتی که در افراد نمونه فعلی افراد درگیر در رفتار پرخطر جنسی، نگرش‌های مذهبی چندانی نداشتند. در این افراد باورهای نهادینه شده، آموزه‌ها و معیارهای اخلاقی که چگونگی زندگی خوب را مشخص می‌ساخت ارزش چندانی نداشت. از سوی دیگر ساختار مسئله‌دار خانواده در این افراد مسئله را بغرنج‌تر می‌ساخت؛ پژوهش فومبی و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان می‌دهد که ساختار مسئله‌دار خانواده با شروع زود هنگام رابطه جنسی ارتباط دارد. در چنین ساختارهایی افراد با بی‌اعتبارسازی‌های عاطفی/جسمانی مواجه است و در معرض انواع بدرفتاری‌ها از قبیل غفلت، سوءاستفاده بدنی، یا جنسی قرار می‌گیرد و این مسائل به احتمال بیشتر، رفتارهای جنسی پرخطر را در پیش‌بینی می‌کنند (هام و همکارانش، ۲۰۱۰). مسئله‌ای که در پژوهش فعلی هم مورد اشاره قرار گرفته است. یکی دیگر از عواملی که مشارکت‌کنندگان را در پژوهش فعلی مستعد رفتارهای پرخطر جنسی می‌ساخت تجارب و آگاهی‌های جنسی در کودکی بود (ولاک، میشل، فینکلهور، ۲۰۰۷). هر چند بسیاری از این افراد به صورت ناخواسته با مواد و محتوای جنسی مواجه شده بودند؛ اما آگاهی‌های جنسی (بروان-کورویل، و روجاس) آن‌ها را نسبت به رفتارها و حرکات جنسی حساس ساخته بود. نتایج برخی از پژوهش‌ها هم نشان می‌دهد، افرادی که در کودکی به گونه‌ای در معرض آگاهی‌های جنسی قرار گرفته‌اند بیش از دیگران دست به رفتارهای پرخطر جنسی می‌زنند (یبارا و میشل، ۲۰۰۵) و چنین تجربیاتی افراد را در برابر درخواست‌های جنسی آسیب‌پذیر می‌سازند (بامگاتر، والگنبرگ و پیتر، ۲۰۱۰). یکی دیگر از عوامل مستعد-کننده رفتارهای پرخطر جنسی سوءاستفاده جنسی در کودکی بود. برخی پژوهش‌ها (کلایتون و همکاران، ۲۰۱۸) نشان می‌دهند که سوءاستفاده جنسی از کودکان عواقب ویرانگری را در زندگی افراد باقی می‌گذارد، این مسئله با وارد ساختن آسیب بر هیجان‌ها و رفتارهای کودکی به صورت جدی رشد دوران کودکی را مختل می‌سازد (کلایتون و همکاران، ۲۰۱۸) و طیف وسیعی از رفتارهای پرخطر جنسی را پیش‌بینی می‌کند (رومانو و دلوکا، ۲۰۰۱). رفتارهای پرخطر جنسی برای این افراد، ممکن است ابزار مقابله‌ای برای به دست آوردن پاداش‌ها و عواطفی باشد که در پی سوءاستفاده جنسی بروز می‌کنند، یا هیجان‌های منفی مرتبط با سوءاستفاده را تسکین بدهند (لیتلتنوف گریلز-تاکوچل، بوک، روزمن، و دود، ۲۰۱۳؛ مسمن-مور، والش، و دیلیلو، ۲۰۱۰) چیزی که در افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی هم مشهود بود. علاوه بر این، مشکلات رشدی از قبیل بلوغ زودرس، رشد سریع بدنی و کنجکاوای جنسی هم از عوامل مخاطره‌آمیز بروز

رفتارهای پرخطر جنسی بودند. در این افراد رشد هورمونی و فشار همسالان (اوسالیوان، تامسون، ۲۰۱۴) دل‌مشغولی‌های زیادی در رابطه با فعالیت‌های جنسی ایجاد کرده بود و در نتیجه خطرپذیری (آرنت، ۱۹۹۲) و درگیر شدن در فعالیت‌های جنسی در این افراد تشدید شده بود. بلوغ زودهنگام و رشد سریع جسمانی در کنار کمبود دانش جنسی افراد، پژوهش فعلی را به سمت انجام رفتارهای جنسی اجباری (دکریس، ۲۰۱۳) سوق داده بود. این اجبار به دلیل میل به آزمایش، اکتشاف و خطرپذیری (لارا و عبدو، ۲۰۱۴) که در اوایل بلوغ پدیدار شده بود، افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی را مستعد انجام رفتارهای جنسی پرخطر ساخته بود.

در کنار عوامل مستعدکننده، عواملی از قبیل دسترسی به محرک‌های جنسی، تأثیر از روابط دوستی، عادی‌انگاری و کاهش شرم و گناه، ضعف اعتماد به نفس یا جرات‌مندی جنسی، ضعف آگاهی و نگرش جنسی، و دسترسی راحت به روابط جنسی افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی را به سمت مشارکت در رفتارهای جنسی پرخطر سوق داده بود. دسترسی به محرک جنسی به عنوان یکی از عوامل مرتبط با رفتارهای جنسی پرخطر از حمایت پژوهشی برخوردار است (والکنبورگ و پیتر، ۲۰۱۱). به عنوان مثال برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند دسترسی آسان به محرک‌های جنسی به افراد اجازه می‌دهد تا به بررسی موضوعات حساس جنسی بپردازند (والکنبورگ و پیتر، ۲۰۱۱). این محرک‌ها با افزودن بر تنش جنسی افراد آن‌ها را مستعد انجام رفتارهای جنسی پرخطر می‌ساخت زیرا در شرایط تنش جنسی افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی مجرای برای کانالیزه کردن این میل در مسیرهای بهنجار در اختیار نداشتند. به عبارت دیگر امکان تصعید این میل در افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی وجود نداشت. پس چندان دور از ذهن نیست که میل جنسی بدون مجرای برای تخلیه به سمت رفتارهای پرخطر جنسی سوق پیدا کند. از سوی دیگر وابستگی بسیار افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی به همسالان خود باعث شده بود تا با مشاهده دوستان و رفتار سهل‌گیرانه آن‌ها، در مورد رفتارهای هنجاری و انحرافی سهل‌گیری بیشتری نشان داده و به تقویت رفتارهای و نگرش‌های جنسی سهل‌گیرانه (پترسون، دیشون، و یورگر، ۲۰۰۰؛ پلر، و دیشون، ۲۰۰۷) خود بپردازند. این مسئله به نوبه خود باعث سست شدن خودکنترلی در افراد نمونه شده بود. عامل بعدی که در پژوهش فعلی یافت شد عبور از سد هیجان‌های خودآگاه مثل شرم و گناه بود. شرم و گناه را به عنوان هیجانات "اخلاقی" توصیف می‌کنند که افراد را در مسیر اخلاقی نگاه می‌دارند (استویگ و همکاران، ۲۰۱۰). اما در پژوهش فعلی به نظر می‌رسید که افراد بعد از اولین رابطه، از سد این مانع عبور کرده و برای تکرار عمل خود آسوده‌تر رفتار می‌کردند، به عبارت دیگر شرم و گناه عادی‌انگاری شده و کاهش یافته بود، البته به نظر می‌رسید حمایت همسالان بر این مسئله تأثیری بسیاری

دارد. علاوه بر این نداشتن اعتماد به نفس یا جراتمندی جنسی، باعث می‌شد افراد به صورت مؤثر قادر به بیان درخواست‌ها و یا امتناع از رفتارهای پرخطر نباشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پیامد چنین رفتارهایی عفونت مقاربتی است (ساتروایتوهمکاران، ۲۰۱۳؛ چنال، روجاسوتراورس، ۲۰۱۵). از سوی دیگر افراد آسیب‌پذیر اغلب در مورد مخاطرات جنسی دانش اندکی دارند که این مسئله باعث کاهش اعتماد به نفس و جراتمندی جنسی افراد می‌شود (دگراف و همکاران، ۲۰۱۲). در صورتی که پژوهش ویدمن، گولین، کامک، بورت، و پرنستین (۲۰۱۸) نشان می‌دهد افرادی که مهارت‌های جراتمندی جنسی بهتری از خود نشان می‌دادند و دانش آن‌ها در رابطه با بیماری‌های مقاربتی بالاتر رفته بود، نگرش‌های جنسی بهنجار و ایمن‌تری داشتند. هر چند افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی چندان جراتمندانه رفتار نمی‌کردند. از سوی دیگر تحول اجتماع، دسترسی به روابط جنسی را تسهیل کرده است و سهل‌گیری که افراد در مورد برقراری رابطه در اولین تماس دارند، آن‌ها را به سمت رفتار پرخطر سوق می‌دهد (باسیل و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش معرف لامن و همکاران (۱۹۹۴) هم نشان می‌دهد که بسیاری از افراد در نخستین آمیزش خود تحت فشار جذابیت‌های شریک جنسی و سهل‌گیری که در انجام رفتارهای جنسی دارند، قرار گرفته‌اند. این جذابیت‌ها و سهل‌گیری‌های جنسی دسترسی به روابط را تسهیل کرده و رفتار پرخطر جنسی مشارکت‌کنندگان در پژوهش فعلی را تشدید کرده بود.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش فعلی در عوامل مرتبط با انحرافات جنسی با داشتن تجاربی از انحرافات جنسی، کسب پاداش‌های هیجانی، وجود وسوسه‌های جنسی و همچنین جستجوی حداکثر هیجان جنسی مواجه بودند. به نظر می‌رسد نظم پیش‌رونده در رفتارهای جنسی تا زمان رسیدن به سن بزرگسالی (ون دردوف، و ریندرز، ۲۰۱۸) با بهداشت جنسی ارتباط دارد. اما تجربیات جنسی انحرافی (دان، ماگ، بیگلوف، و موستانسکی، ۲۰۱۲) نظم پیش‌رونده را مختل کرده و افراد را در برابر رفتارهای جنسی پرخطر آسیب‌پذیر می‌سازد. افرادی که اقدام به این کار می‌کنند به میزان زیادی از رابطه جنسی دهانی، مقعدی، واژینال، استفاده می‌کنند (داکو، پریس، مازبارز، و وارد، ۲۰۱۲) و این مسئله آن‌ها را در معرض رفتارهای جنسی پرخطر قرار می‌دهد. مسئله‌ای که در رفتارهای افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی هم مشاهده می‌شد. این افراد در اوایل بلوغ از راهبردهایی مانند تماشاگری جنسی، کنجکاو‌های جنسی با ماهیت‌های همجنس‌گرایانه استفاده کرده بودند. یکی دیگر از رفتارهای این افراد استمنا و استفاده از فانتزی‌های جنسی بود که این رفتار را تشدید می‌کرد. از سوی دیگر تمایل به کسب پاداش‌های هیجانی زمانی که افکار تحریک‌کننده رابطه جنسی، نسبت به افکار بازدارنده اولویت می‌یافت، افرادی که پیش از این در مورد رابطه جنسی احتیاط می‌کردند، در رابطه جنسی پرخطر (استونر،

گورگ، پیترز، و نوریس، ۲۰۰۷) درگیر می‌شدند. بنا به گفته مک کیران و همکارانش (۱۹۹۶) در این وضعیت میان میل به برقراری رابطه جنسی و تمایل به دوری از ابتلا به ایدز شکاف ایجاد می‌شود. در این حالت افراد از نظر شناختی تمایلی به فرار از خطر را ندارند و بیشتر در معرض خطر رابطه جنسی محافظت نشده قرار می‌گیرند (پی، شیدلو، و ساندفورت، ۲۰۱۱). با تشدید هیجان‌های جنسی، ترغیب به ادامه دادن به رابطه، پرخاطر می‌گردد. این یافته با یافته‌های دیاموند و همکاران (۲۰۱۵) و ون در دوف، و ریندرز (۲۰۱۸) همخوانی دارد. کیفیت ذهنی تجربیات جنسی تحت تأثیر انگیزه و انتظاراتی قرار می‌گیرد که افراد را وارد رابطه می‌کند و چگونه پیامد چنین انگیزه‌ها و انتظاراتی تجربیات جنسی افراد را با کیفیت و یا بی کیفیت می‌سازد (مک لین، و پاسوپاتی، ۲۰۰۷). افرادی که رابطه آن‌ها و شریک جنسی‌شان لذت‌بخش بوده است (دیاموند و همکاران، ۲۰۱۵؛ ون در دوف، و ریندرز، ۲۰۱۸)، به احتمال بیشتر دست به تکرار چنین رفتارهایی می‌زنند. چنین لذتی به عنوان یک لقمه بزرگ لذت در اختیار افراد قرار گرفته و آن‌ها را تشویق به تکرار این رابطه می‌کند، که تجربه افراد مشارکت‌کننده در پژوهش فعلی هم آن را تأیید می‌کند.

در نتیجه، می‌توان گفت که مجموعه‌ای از عوامل در تعامل با یکدیگر زمینه را برای بروز رفتار جنسی پرخطر مهیا می‌سازند. از همین رو پیشنهاد می‌شود متولیان امر بر روی مداخلات پیشگیرانه خانواده‌محور، مدرسه‌محور و جامعه‌محور تمرکز بیشتری داشته باشند. این برنامه‌ها باید مؤلفه‌هایی از قبیل آموزش، غربالگری، مشاوره، خدمات پیشگیرانه، و درمان را مدنظر داشته باشند. اما ذکر این نکته مهم است که مؤلفه‌های سیاسی و فرهنگی تا حد زیادی تعیین می‌کنند کدام یک از اجزای آموزش، غربالگری، مشاوره، خدمات پیشگیرانه و درمان قابل قبول باشند، چون در این رابطه حساسیت‌های فرهنگی وجود دارد، متخصصان بهداشت روان باید به این نکته هم توجه داشته باشند که این یافته ضمن اهمیتی که دارند در تعمیم‌پذیری با محدودیت مواجه هستند و باید در این زمینه پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد.

موازین اخلاقی

به منظور رعایت اصول اخلاقی مرتبط با پژوهش، اطلاعات کاملی پیرامون هدف پژوهش، فرایند و چگونگی گزارش نتایج در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شد، مشارکت‌کنندگان با رضایت کامل با پژوهشگر همکاری داشته‌اند. در مورد حفظ اصل رازداری به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شده است که اطلاعات آنان فاش نخواهد شد. همچنین پژوهش فعلی با کد تصویب ۹۹/۱۵/۰۰۱ مستخرج از پایان نامه دکتری است.

سیاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمام کسانی که خطر کرده و ما را در تجربیات خود سهیم کردند و همین‌طور افرادی که امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول، در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی قشم است. نویسنده اول در گردآوری اطلاعات نقش داشته است؛ نویسنده دوم بر فرایند گردآوری و تحلیل داده‌ها نظارت داشته و نویسنده سوم در تهیه پیشینه نظری و تحلیل داده‌ها نقش داشته است.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع و حمایت مالی ندارد.

منابع

- آتش نفس، ا.، قربانی، ر.، طباطبایی، س. م.، عبدوس، ح.، عباس پور، س.، محمودیان، ع. (۱۳۹۳). رفتارهای پرخطر شایع و عوامل خانوادگی موثر بر آن از دیدگاه نوجوانان: یک پژوهش کیفی. *خانواده پژوهشی*، ۱، ۳۸، ۲۰۱۷-۲۳۳. [پیوند]
- جعفر زاده، س.، محمدی، ص. (۱۳۹۸). بحران‌های معرفتی و درونی و تأثیر آن‌ها بر گرایش جوانان به جرائم منافی عفت. *مطالعات معرفتی دانشگاه آزاد*، ۲۳، ۴ (۸۱)، ۶۴۶-۶۲۵. [پیوند]
- خلج آبادی فراهانی، ف.، کاظمی پور، ش.، رحیمی. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر معاشرت با جنس مخالف قبل از ازدواج بر سن ازدواج و تمایل به ازدواج. *خانواده پژوهی*، ۹، ۳۳، ۷-۲۸. [پیوند]
- محمدی، ف.، محمدی، ح. (۱۳۹۵). مطالعه کیفی پیامدهای ارتباط با جنسی مخالف در میان نوجوانان دختر و پسر. *مطالعات و تحقیقات علو اجتماعی در ایران*، ۴، ۴، ۶۴۱-۶۶۲. [پیوند]
- محمد پور، ا. (۱۳۹۲). *روش‌های تحقیق کیفی ضد روش*. تهران: جامعه شناسان. [پیوند]
- Beauclair, R., HELLINGER, S., HENS, N., & DELVA, W. (2016). Age differences between sexual partners, behavioural and demographic correlates, and HIV infection on Likoma Island, Malawi. *Scientific reports*, 6, 36121. [Link]
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The psychoanalytic study of the child*, 22(1), 162-186. [Link]

- Castro, Á., & Santos-Iglesias, P. (2016). " Sexual behavior and sexual risks among Spanish university students: A descriptive study of gender and sexual orientation": Erratum. [\[Link\]](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2015. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2016. *Google Scholar*, 79-80. [\[Link\]](#)
- Chawla, N., & Sarkar, S. (2019). Defining "high-risk sexual behavior" in the context of substance use. *Journal of Psychosexual Health*, 1(1), 26-31. [\[Link\]](#)
- De Crisce, D. (2013). Sexual addiction and hypersexual behaviors in adolescents. *Clinical handbook of adolescent addiction*, 362-376. [\[Link\]](#)
- Hendrick, C. E., Cance, J. D., & Maslowsky, J. (2016). Peer and individual risk factors in adolescence explaining the relationship between girls' pubertal timing and teenage childbearing. *Journal of youth and adolescence*, 45(5), 916-927. [\[Link\]](#)
- Hendrick, C. E., Cance, J. D., & Maslowsky, J. (2016). Peer and individual risk factors in adolescence explaining the relationship between girls' pubertal timing and teenage childbearing. *Journal of youth and adolescence*, 45(5), 916-927. [\[Link\]](#)
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., ... & Ethier, K. A. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(8), 1. [\[Link\]](#)
- Lara, L. A., & Abdo, C. H. (2016). Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5), 417-423. [\[Link\]](#)
- Lefkowitz, E. S., Vasilenko, S. A., & Leavitt, C. E. (2016). Oral vs. vaginal sex experiences and consequences among first-year college students. *Archives of sexual behavior*, 45(2), 329-337. [\[Link\]](#)
- Mirzaei, M., Ahmadi, K., Saadat, S. H., & Ramezani, M. A. (2016). Instruments of high risk sexual behavior assessment: A systematic review. *Materia socio-medica*, 28(1), 46. [\[Link\]](#)
- Mota, N. P., Cox, B. J., Katz, L. Y., & Sareen, J. (2010). Relationship between mental disorders/suicidality and three sexual behaviors: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of sexual Behavior*, 39(3), 724-734. [\[Link\]](#)
- Negriff, S., Schneiderman, J. U., & Trickett, P. K. (2015). Child maltreatment and sexual risk behavior: Maltreatment types and gender differences. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 36(9), 708. [\[Link\]](#)
- Nehl, E. J., Elifson, K., DePadilla, L., & Sterk, C. (2016). Sex partner type, drug use and condom use self-efficacy among African Americans from

- disadvantaged neighborhoods: Are associations with consistent condom use moderated by gender?. *The Journal of Sex Research*, 53(7), 805-815. [[Link](#)]
- Ramiro-Sánchez, T., Ramiro, M. T., Bermúdez, M. P., & Buela-Casal, G. (2018). Sexism in adolescent relationships: A systematic review. *Psychosocial Intervention*, 27(3), 123-132. [[Link](#)]
- Ritchwood, T. D., Ford, H., DeCoster, J., Sutton, M., & Lochman, J. E. (2015). Risky sexual behavior and substance use among adolescents: A meta-analysis. *Children and youth services review*, 52, 74-88. [[Link](#)]
- Santhya, K. G., & Jejeebhoy, S. J. (2015). Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: Evidence from low-and middle-income countries. *Global public health*, 10(2), 189-221. [[Link](#)]
- Smith, L., Jackson, S. E., Jacob, L., Grabovac, I., Yang, L., Johnstone, J., ...& Koyanagi, A. (2019). Leisure-time sedentary behavior, alcohol consumption, and sexual intercourse among adolescents aged 12-15 years in 19 countries from Africa, the Americas, and Asia. *The journal of sexual medicine*, 16(9), 1355-1363. [[Link](#)]
- Smith, L., Jackson, S. E., Vancampfort, D., Jacob, L., Firth, J., Grabovac, I., ...& Koyanagi, A. (2020). Sexual behavior and suicide attempts among adolescents aged 12-15 years from 38 countries: A global perspective. *Psychiatry research*, 287, 112564. [[Link](#)]
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., & Prinstein, M. J. (2016). Adolescent susceptibility to peer influence in sexual situations. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 323-329. [[Link](#)]
- Widman, L., Golin, C. E., Kamke, K., Burnette, J. L., & Prinstein, M. J. (2018). Sexual assertiveness skills and sexual decision-making in adolescent girls: randomized controlled trial of an online program. *American journal of public health*, 108(1), 96-102. [[Link](#)]
- Yoon, S., Voith, L. A., & Kobulsky, J. M. (2018). Gender differences in pathways from child physical and sexual abuse to adolescent risky sexual behavior among high-risk youth. *Journal of adolescence*, 64, 89-97. [[Link](#)]

Contents Titles

- The Study of Changes in Object Relation at Different time Serials Transference Focused Psychotherapy with Cluster B Personality Disorders
G. Zarei, I. Rahimian Boogar, A. Moazedian & A. Jahan11-32
- Comparing of Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on Social Anxiety Disorder
H. Asadi, M. Mohammadi, Gh. Naziri & A. Davoodi 33-61
- Comparison of (EFT) Training Based on the HMT/LMG Approach and (TA) on the Differentiation and Resolving the Parent-Adolescent Conflict
R. Hafez Sharbaf, B. Ghanbari Hashem Abadi & F. Alidoosti 63-89
- Comparison of the Effect Schema and cognitive Behavioral Therapy on the Cognitive Regulation of Emotions in Girls Adolescent of Divorced
F. Monjezi, E. Asadpour, M. Rasouli & K. Zahrakar 91-113
- The Effectiveness of Combined Program of Parent Management Training and Mindful Parenting on Parental Stress, Parent-Child Relationship and Child's Externalizing Problems
F. Kosari, P. Sabahi & Sh. Makvand Hosseini 115-139
- Investigating Theory of Mind Across Childhood: Development and Evaluation of Psychometric Properties of Social Cognition Checklist
F. Abadi, A. Moradi, H. Zarafshan, M. Mohammadi, M. Sadeghi, J. Nezhadi & R. Mansouri Sepehr 141-165
- Iranian Adaptation of the Revised Adult Attachment Scale: Validity and Reliability in the General Population
A. Asgarizadeh, Sh. Pakdaman, M. Hunjani & S. Ghanbari 167-191
- Psychometric Analysis of the Farsi Version of the Academic Pride Scale in Students
E. Kushki & A. Hajati 193-216
- Investigating Psychological-Marital Problems of Women who Filed for a Divorce and Examining the Effectiveness of Affective-Reconstructive Therapy on It
J. Seifi Ghazlu, E. Sadri Damirchi, A. Rezaei Sharif & A. Sheikholeslami 217-243
- Causes of Decreased abstinence in Young People with High-Risk Sexual Behavior: A Qualitative Study
B. Mollaei, Kh. Ahmadi & E. Yousefi 245-265

In the Name of God

Quarterly of Applied Psychology, Vol. 17, No. 2(66), Summer 2023

ISSN: 2008- 4331- eISSN: 2645- 3541

Manager: **Mahmod Heidari (Ph.D)**

Chief- Editor: **Vahid Nejati (Ph.D)**

Internal Director: **Abas Zabihzadeh (Ph.D)**

Presian Editor: **Abas Zabihzadeh (Ph.D)- Aylin Mardanpour**

English Editor: **Shahriar Shahidi (Ph.D)**

Executive secretary & Typographer: **Mona Nazari**

Editorial Board

B. Baluch, Ph.D.(Psychology)

E. Danesh, Ph.D.(Psychology)

V. A. Farzad, Ph.D.(Psychology)

M. A. Goodarzi, Ph.D.(Psychology)

M. A. Mazaheri, Ph.D.(Psychology)

V. Nejati, Ph.D.(Psychology)

H. R. Pour Etemad, Ph.D.(Psychology)

S.H. Salimi, Ph.D.(Psychology)

Sh. Shahidi, Ph.D.(Psychology)

Masoud Gholamali lavasani .(Psychology)

H. T. Neshat Doost, Ph.D.(Psychology)

Address: Journals office, Quarterly of Applied Psychology, Faculty of Education & Psychology, Shahid Beheshti University, Evin, Tehran.

Tel Fax: 29905340

Email: apsy@sbu.ac.ir

WebSite: apsy.sbu.ac.ir

The articles in this quarterly have an impact factor and are indexed in databases of the: ISC, ESJI, Civilica DOAJ, Noormags , Google Scholar, Linkedln, Academia, EuroPup, Academic Resource Index, National Library and Archives of I.R IRAN, Issn portal, Magiran, Emsani Portal & SID.