

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

علمی - پژوهشی

سال هشتم، شماره ۳۰، تابستان ۱۳۹۲

- ۱ بررسی رابطه الگوی امواج مغزی با میزان رفتارهای آشکار پرخاشگری
پریچهر احمدی؛ حسین واحدی؛ فاطمه رنجبر؛ مهدی فرهادی؛ پریچهر مازوجی؛ سارا پورحسن
- ۲ مقایسه بخشندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با همسران آنها و افراد سالم
منصور بیرامی
- ۳ سبک‌های عشق: رابطه با پنج عامل بزرگ شخصیت و سبک‌های دلبستگی
الهه حجازی؛ زهرا تنها؛ سوده رحمانی؛ روشنگر نیک‌پور
- ۴ بررسی تأثیر شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی کودکان دبستانی با استفاده از نرم‌افزار مشاهده‌گر
سیده‌معصومه سیدی اندی؛شاهرخ مکوند حسینی؛ فرحناز کیان ارثی
- ۵ سبک اسناد و رفتارهای پرخطر: نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله در شرایط تنش‌زا
کوثر عظیمی یانچشمه؛ زهرا تنها؛ سوده رحمانی
- ۶ اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر مولفه‌های سلامت عمومی مبتلایان به بیماری پارکینسون (PD)
مهناز علی‌اکبری دهکردی؛ احمد علی‌پور؛ حسین زارع؛ غلامعلی شهیدی؛ زیبا برقی ایرانی
- ۷ مقایسه کارکردهای مغزی و ویژگی‌های رفتاری در شرایط انجام تکالیف حافظه‌کاری در دو زیرگروه اختلال بیش فعالی/کمبود توجه از طریق پتانسیل‌های وابسته به رویداد (ERPs)
سپه‌یلا عیسایی؛ رضا رستمی؛محمدعلی نظری؛ صفورا بابایی
- ۸ بررسی اثربخشی روش‌های آموزش مستقیم، آموزش شناختی اخلاق، شفاف‌سازی ارزش‌ها، و تلفیقی بر قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان پسرپایه اول دبیرستان ناحیه چهار تبریز
ابوالفضل فرید
- ۹ رابطه ویژگی‌های شخصیتی مدل آیزنک و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش‌آموزان دختر
جهانگیر کرمی؛ علی زکی‌بی؛ مصطفی علیخانی؛ فرهاد محمدی
- ۱۰ آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی دانشجویی
شهرام محمدخانی؛ نیلوفرالسادات سیدیپورمند؛ حمیدرضا حسن‌آبادی
- ۱۱ مقایسه کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سه شیوه آموزش تلفیقی، استثنایی و عادی
تورج هاشمی نصرت‌آباد؛ ناصر بیرامی

به نام خداوند بخشنده مهربان

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

علمی - پژوهشی

سال هشتم، شماره ۳۰، تابستان ۱۳۹۲

صاحب امتیاز: دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

مدیر مسئول: دکتر منصور بیرامی

سر دبیر: دکتر امیر هوشنگ مهریار

مدیر داخلی: دکتر تورج هاشمی

ویراستار انگلیسی: دکتر جلیل باباپورخیرالدین

کارشناس اجرایی: یاشار نجاتی

شمارگان: ۱۰۰۰

قیمت تک شماره: ۱۰۰۰۰ ریال

تابپ و صفحه‌آرایی: وحیده جاهدفر

طرح روی جلد و صفحات: طاهر ساداتی

چاپ و لیتوگرافی: انتشارات دانشگاه تبریز

اشتراک: با ارسال فرم اشتراک

پست الکترونیکی: mstp@tabrizu.ac.ir

این مجله در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) نمایه می‌شود.

این نشریه در مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی به نشانی WWW.SID.ir نمایه است.

درجه علمی - پژوهشی در جلسه مورخ ۸۳/۴/۲۰ کمیسیون بررسی نشریات علمی

کشور به مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی اعطا گردیده است.

تبریز: دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دفتر مجله

کدپستی: ۵۱۶۶۶۱۴۷۷۶ تلفن ۰۴۱۱-۳۳۹۲۰۷۵ فاکس ۰۴۱۱-۳۳۵۶۰۰۹

اعضای هیأت تحریریه

- ۱- دکتر جواد اژه‌ای دانشیار روانشناسی کودک، دانشگاه تهران
- ۲- دکتر غلامعلی افروز استاد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران
- ۳- دکتر جلیل باباپور خیرالدین دانشیار روانشناسی، دانشگاه تبریز
- ۴- دکتر عباس بخشی‌پور رودسری استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز
- ۵- دکتر منصور بیرامی دانشیار روانشناسی یادگیری، دانشگاه تبریز
- ۶- دکتر زینب خانجانی استاد روانشناسی، دانشگاه تبریز
- ۷- دکتر احمد علیپور استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران
- ۸- دکتر پروین کدیور استاد روانشناسی تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران
- ۹- دکتر مجید محمودعلیلو استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز
- ۱۰- دکتر امیر هوشنگ مهریار استاد روانشناسی بالینی، مؤسسه عالی پژوهش در مدیریت و برنامه‌ریزی
- ۱۱- دکتر تورج هاشمی نصرت‌آباد دانشیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه تبریز
- ۱۲- دکتر علیرضا مرادی استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه تربیت معلم تهران

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	بررسی رابطه الگوی امواج مغزی با میزان رفتارهای آشکار پرخاشگری پریچهر احمدی؛ حسین واحدی؛ فاطمه رنجبر؛ مهدی فرهودی؛ پریچهر مازوجی؛ سارا پورحسن
۱۳	مقایسه بخشندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با همسران آنها و افراد سالم منصور بیرامی
۲۹	سبک‌های عشق: رابطه با پنج عامل بزرگ شخصیت و سبک‌های دلبستگی الهه حجازی؛ زهرا تنها؛ سوده رحمانی؛ روشنک نیک‌پور
۵۵	بررسی تأثیر شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی کودکان دبستانی با استفاده از نرم‌افزار مشاهده‌گر سیده‌معصومه سیدی اندی؛ شاهرخ مکوند حسینی؛ فرحناز کیان ارثی
۷۷	سبک اسناد و رفتارهای پرخطر: نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله در شرایط تنش‌زا کوثر عظیمی یانچشمه؛ زهرا تنها؛ سوده رحمانی
۹۷	اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر مولفه‌های سلامت عمومی مبتلایان به بیماری پارکینسون (PD) مهناز علی‌اکبری دهکردی؛ احمد علی‌پور؛ حسین زارع؛ غلامعلی شهیدی؛ زیبا برقی ایرانی
۱۲۳	مقایسه کارکردهای مغزی و ویژگی‌های رفتاری در شرایط انجام تکالیف حافظه‌کاری در دو زیرگروه اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه از طریق پتانسیل‌های وابسته به رویداد (ERPs) سهیلا عیسایی؛ رضا رستمی؛ محمدعلی نظری؛ صفورا بابایی
۱۴۹	بررسی اثربخشی روش‌های آموزش مستقیم، آموزش‌شناختی اخلاق، شفاف‌سازی ارزش‌ها، و تلفیقی بر قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان پسرپایه اول دبیرستان ناحیه چهار تبریز ابوالفضل فرید
۱۶۷	رابطه ویژگی‌های شخصیتی مدل آیزنک و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش‌آموزان دختر جهانگیر کرمی؛ علی زکی‌بی؛ مصطفی علیخانی؛ فرهاد محمدی
۱۸۳	آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی دانشجویی شهرام محمدخانی؛ نیلوفرالسادات سیدپورمند؛ حمیدرضا حسن‌آبادی
۲۰۵	مقایسه کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سه شیوه آموزش تلفیقی، استثنایی و عادی تورج هاشمی نصرت‌آباد؛ ناصر بیرامی

راهنمای تهیه مقاله

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی دانشگاه تبریز

مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی به صورت فصلنامه با امتیاز علمی - پژوهشی و به زبان‌های فارسی و انگلیسی منتشر می‌گردد. در این مجله مقالاتی چاپ می‌شود که نتایج پژوهش‌های بنیادی، کاربردی، توسعه‌ای و تحلیلی نوین در حوزه‌های مختلف روانشناسی باشد.

۱- اصولی کلی:

- ۱-۱- آیین نگارش زبان فارسی به طور کامل رعایت شده و از به کار بردن کلمات خارجی که معادل‌های دقیق و رسایی در زبان فارسی دارند، خودداری شود.
- ۱-۲- مقالات ارسالی در چهار نسخه (یک نسخه اصل و سه نسخه کپی) تهیه و به آدرس فصلنامه فرستاده شود.
- ۱-۳- مطالب مقاله فقط در یک رویه صفحه‌ی A4 با حفظ ۲/۵ سانتی‌متر حاشیه از هر طرف، و با درج شماره صفحه و فاصله سطور ۱/۵ سانتی‌متر به صورت رایانه‌ای تهیه گردد.
- ۱-۴- مقاله ارسالی به‌طور همزمان برای سایر مجلات ارسال نگردد.
- ۱-۵- دیسکت مقاله که با نرم‌افزار (Xp 2001-Word 2003) تهیه شده باشد به همراه نسخه کتبی ارسال گردد.
- ۱-۶- نوع مقالات پذیرفته شده شامل مقالات اصیل (Original Article) باشد.
- ۱-۷- مقالات از ۱۵ صفحه تایپ شده تجاوز نکند (با احتساب جداول و تصاویر).
- ۱-۸- پس از چاپ مقاله، ۳ نسخه از مجله به‌صورت رایگان در اختیار نویسنده مسئول قرار خواهد گرفت.

۲- نحوه تنظیم مقالات:

- ۲-۱- صفحه اول و دوم (صفحه‌ی عنوان Title Page) بایستی به فارسی و انگلیسی شامل: عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی، درجه علمی، گروه آموزشی و آدرس دقیق نویسنده یا نویسندگان، تلفن و دورنگار و آدرس پست الکترونیکی نویسنده مسئول، محل انجام پژوهش، مسئول مقاله (یا رابط) و تاریخ ارسال مقاله باشد.

۲-۲- صفحه سوم و چهارم باید شامل خلاصه فارسی و انگلیسی و کلمات کلیدی باشد. خلاصه مقاله از ۲۵۰ کلمه بیشتر نباشد و در متن آن به هدف، مواد و روش‌ها، یافته‌ها و نتیجه‌گیری اشاره شده باشد.

۲-۳- اصل مقاله بایستی شامل موارد زیر باشد:

مقدمه: بیان مسأله و هدف آن با مروری بر بررسی‌های گذشته.

روش تحقیق: شرح دقیق طرح تحقیق، مواد و روش‌ها، جامعه آماری و نمونه و روش‌های تحلیل آماری به کار گرفته شده.

یافته‌ها (نتایج): شرح کامل یافته‌های تحقیق.

بحث: شامل شرح نکات مهم یافته‌ها، مقایسه آن با یافته‌های حاصل از مطالعات دیگر، توجیه و تفسیر موارد مشترک و موارد اختلاف، بیان کاربرد احتمالی یافته‌ها، نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهاد‌های حاصل از یافته‌های تحقیق.

تشکر: اگر کسانی به‌طور غیرمستقیم در انجام تحقیق دخالت داشته‌اند، در انتهای مقاله از آنان قدردانی به‌عمل آید.

۲-۴- **منابع:** ذکر و نحوه تنظیم منابع به روش APA می‌باشد.

۲-۵- عکس‌ها، نمودارها و جداول مربوط دارای عنوان و شماره باشد.

۳- هیأت تحریریه مجله در قبول یا عدم‌قبول و یا اصلاح مقاله (با تأیید مؤلف) آزاد و از پس دادن مقاله و ملحقات آن معذور است.

۴- مسئولیت صحت مطالب درج شده به عهده نویسنده یا نویسندگان می‌باشد.

۵- استفاده از مندرجات مجله با ذکر کامل ماخذ آزاد است.

داوران این شماره

هیأت تحریریه فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی دانشگاه تبریز، وظیفه خود می‌داند از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات را بر عهده داشته‌اند و با راهنمایی‌های ارزنده و ابراز نظر خویش بر غنا و اعتلای علمی مجله افزوده‌اند، تجلیل و سپاسگزاری کند.

دکتر باباپور خیرالدین، جلیل	دانشگاه تبریز
دکتر محمودعلیلو، مجید	دانشگاه تبریز
دکتر زارع، حسین	دانشگاه پیام نور تهران
دکتر هاشمی، تورج	دانشگاه تبریز
دکتر میکائیلی، فرزانه	دانشگاه ارومیه
دکتر بخشی‌پور، عباس	دانشگاه تبریز
دکتر علیپور، احمد	دانشگاه پیام نور تهران
دکتر کیامنش، علیرضا	دانشگاه تربیت معلم تهران
دکتر خانجانی، زینب	دانشگاه تبریز
دکتر صبوری مقدم، حسن	دانشگاه تبریز
دکتر اسماعیل‌پور، خلیل	دانشگاه تبریز
دکتر بدری گرگری، رحیم	دانشگاه تبریز

این فصلنامه با همکاری انجمن روانشناسی ایران منتشر می‌شود.



بررسی رابطه الگوی امواج مغزی با میزان رفتارهای آشکار پرخاشگری

پریچهر احمدی^۱
حسین واحدی^۲
فاطمه رنجبر^۳
مهدی فرهودی^۴
پریچهر مازوجی^۵
سارا پورحسن^۶

چکیده

مطالعات متعددی جهت تعیین معیارهایی برای تشخیص و ارزیابی پرخاشگری صورت گرفته است. هدف مطالعه حاضر این بود که با استفاده از qEEG فعالیت امواج مغزی در آزمودنی‌های مبتلا به پرخاشگری و آزمودنی‌های غیرمبتلا مورد مقایسه قرار گیرد. روش این پژوهش از نوع پس رویدادی بود که در آن نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به پرخاشگری از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک اعصاب و روان انتخاب و با تعداد ۳۰ نفر آزمودنی سالم که از نظر جنس و سن با گروه بیمار مشابه بودند مورد مقایسه قرار گرفتند. امواج عاری از آرتیفکت بوسیله تبدیل سریع فوریه (FFT) تحلیل گردید و توان نسبی باندهای آلفا، دلتا و بتا در نواحی مختلف مغزی بدست آمد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که افراد مبتلا به پرخاشگری در مقایسه با افراد بهنجار میزان پایین تری از فعالیت بتا را در نواحی پیشانی، گیجگاهی، مرکزی و آهیانه نشان می‌دهند. همچنین این افراد میزان بالاتری از فعالیت بتا را در نواحی پیشانی، گیجگاهی، مرکزی و آهیانه نشان می‌دهند. نتایج تحقیق بیانگر آن است که افراد مبتلا به پرخاشگری الگوی متفاوتی از فعالیت امواج مغزی دارند.

واژگان کلیدی: الکتروانسفالوگرافی کمی، پرخاشگری، فعالیت مغزی.

۱- نورولوژیست، استاد یار دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز (نویسنده مسئول) Email: dr.P.ahmadi@iaut.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۳- روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴- نورولوژیست، دانشیار مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵- دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

۶- دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

مقدمه

ارتباط بین انسان‌ها یکی از ضروریات زندگی است که نحوه و کیفیت آن می‌تواند آثار متنوعی را ایجاد کند. در موارد روزافزونی این ارتباط شکل پرخاشگری تکانه به خود می‌گیرد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).^۱ در حقیقت پرخاشگری رفتار هدفداری است که در جهت تحقیر و یا تخفیف شخصیت دیگران و آسیب رسانیدن به آنها صورت می‌گیرد (اتکینسون و همکاران، ۲۰۰۰).^۲

زیگموند فروید و کنراد لورنس بدون اینکه اهمیت محیط فرهنگی و تجربی را مورد غفلت قرار دهند عقیده دارند که پرخاشگری از زیست‌شناسی اساسی انسان سرچشمه گرفته و رفتار بشر علاوه بر ریشه‌های محیطی منشأ زیست‌شناختی دارد. برخی دیگر از دانشمندان به نقش محیط در ایجاد خشونت تأکید بیشتری دارند و محیط تربیتی تسهیل‌کننده یا بازدارنده دوران کودکی را در شمار عوامل مهمی تلقی می‌کنند که در آن رفتار اجتماعی یا ضداجتماعی شکل می‌گیرد (هیل، ۲۰۰۱).^۳ بندورا و والترز با توجه به تئوری یادگیری اجتماعی اهمیت تجربیات فرد را در تعیین رفتار پرخاشگرانه مد نظر قرار می‌دهند. آنان معتقدند که الگوهای رفتار پرخاشگرانه در انسان یادگیری و حفظ می‌شود (پپلر و روبین، ۱۹۹۱).^۴ بر اساس نظر برکوویتز در مورد پدیده پرخاشگری، خانواده، خرده‌فرهنگ و الگوگیری نمادین سه منبع مهم یادگیری مشاهده‌ای هستند. بسیاری از اولیا راه‌حل‌های پرخاشگرانه با مسایل را بخصوص در زمینه‌های روش‌های انضباطی ترجیح داده، با تنبیه بدنی فرزندان خود را در معرض مشاهده الگوهای پرخاشگرانه قرار می‌دهند (هیل، ۲۰۰۱).

مگاری و هوکانسن در تحلیل رفتارهای پرخاشگرانه سه عامل درونی، بازدارنده شخصیتی و موقعیتی و محیطی را موثر می‌دانند. بر اساس نظر بندورا همه کودکان رفتار پرخاشگرانه را مشاهده می‌کنند اما احتمال دست زدن به این نوع رفتار در کودکانی که

1- Sadock & Sadock
3- Hill

2- Atkinson
4- Pepler, Rubin

برای این رفتار تشویق می‌شوند، بیشتر است (روکلین، ۱۹۹۸).^۱ بی‌توجهی مادر به فرزند یا عدم دسترسی مداوم فرزند به مادر را به‌عنوان نقطه شروع سفر به سرزمین پرخاشگری در نظر می‌گیرند حجت (۱۹۹۴).

بچارا و همکاران (۱۹۹۴)^۲ و لاپیر و همکاران (۱۹۹۵)^۳ در پژوهش‌های جداگانه‌ای بیان کردند که قشر اوربیتوفرونتال^۴ و ونترومدیال فرونتال^۵ به پرخاشگری و تصمیم‌های نامناسب اجتماعی کمک می‌کند. به طوری که در انسان و میمون تحریک قشر پیش پیشانی در بخش‌های اوربیتال و ونترومدیال به بازداری خشم و پرخاشگری منتهی می‌شود. در حالی که آسیب‌های نورودژنراتیو^۶ تروماتیک یا نئوپلاستیک^۷ این ساختارها بیان رفتارهای پرخاشگرانه و رفتارهای بازداری نشده را تسهیل می‌کند. در انسان مطالعات با کمک PET در حالت استراحت، سطح پایین‌تری از سوخت و ساز گلوکز در مناطق قشری پیشانی را در افراد قاتل در مقایسه با آزمودنی‌های غیرخشن نشان داده است.

نابهنجاری‌های EEG در ۱۰ الی ۱۵ درصد از جمعیت عمومی مشاهده می‌گردد. این نابهنجاری در بین افراد مبتلا به پرخاشگری ۴۸ تا ۷۰ درصد گزارش شده است. وجود چنین نابهنجاری‌هایی در کودکان نشان می‌دهد که این مساله ممکن است ناشی از مشکل در رشد سیستم عصبی باشد (سورویلو، ۲۰۰۶).^۸ مطالعات فین، رامسی و ارلیوین^۹ (۲۰۰۰) مشخص کرد که همبستگی بین سابقه اختلال شخصیت ضداجتماعی با تاریخچه پرخاشگری با نابهنجاری فعالیت EEG پیشانی و همچنین حذف ERP پیشانی وجود دارد. گتزک کوپ^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیقی به بررسی نقص لوب گیجگاهی در قاتلان با استفاده از PET, EEG پرداختند. نتایج نشان داد که در قاتلان فعالیت امواج آهسته در لوب گیجگاهی ولی نه پیشانی به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد و در مقابل نتایج PET نشان داد که متابولیسم گلوکز در پیش پیشانی ولی نه گیجگاهی

1- Roekelerin

3- Lapierre

5- Ventromedial frontal

7- Neoplastic

9- Finn, Ramsey, Earley Wine

2- Bechara

4- Orbitofrontal

6- Neurodegenerative

8- Survillo

10- Gatzke- Kopp

کاهش یافته است.

پیترسون و هارمون جونز^۱ (۲۰۰۷) در پژوهشی با هدف بررسی میزان پیش‌بینی کنندگی صفات پرخاشگرانه از فعالیت قشری پیشانی نیمکره چپ در برابر محرک‌های القا پرخاشگری با استفاده از EEG مشخص شد که وقتی آزمودنی‌ها با محرک‌های برانگیزاننده عواطف پرخاشگرانه مثل ترس و تنفر، عواطف مثبت و خنثی مواجه و در این حین امواج مغزی آنها ثبت گردد، نتایج تحلیل این ثبت‌ها نشان داد که در افراد دارای صفات پرخاشگری قشر پیشانی نیمکره چپ در مواجه با تصاویر پرخاشگرانه و نه سایر تصاویر فعالیت بیشتری را از خود نشان می‌دهد.

ناقرینگی فعالیت کورتکس فرونتال نشان‌دهنده هیجانات و انگیزه‌هایی است که فرد تجربه می‌کند و یا آن را بروز می‌دهد. چنین تبیین شده است که فعالیت بیشتر فرونتال چپ با هیجانات مثبت و فعالیت بیشتر فرونتال راست با هیجانات منفی و اجتنابی در ارتباط است. بسیاری از تحقیقات ارتباط فعالیت فرونتال را به صورت کلی و فقط در ارتباط با هیجانات گرایشی و اجتنابی بررسی کرده‌اند. گرچه تحقیقات گذشته بر این نکته تأکید داشته‌اند به دلیل سخت بودن جداسازی هیجانات گرایشی از اجتنابی جدیداً این نتایج مورد تردید واقع شده است. در واقع محققان جدید باور ندارند که هیجانات گرایشی با عواطف مثبت در ارتباط باشد. به طوری که هیجانات مثبت ممکن است با موضوعات منفی هیجانی و نتایج منفی در ارتباط باشند. برای مثال پرخاشگری با هیجانات گرایشی همراه است در حالی که از نظر ارزشی یک مورد منفی می‌باشد. معمولاً احساس ناخوشایندی ایجاد می‌کند و نتاج بدی به دنبال دارد (هارمون جونز، ۲۰۰۳)^۲. پرخاشگری ممکن است هم زمینه گرایشی و هم زمینه اجتنابی را فراهم نماید (هارمون جونز و آلن، ۱۹۹۸).

میزان پرخاشگری در زمان آسیب مغزی در دامنه وسیعی بین ۱۱ تا ۹۶ درصد گزارش

1- Peterson, Harmon – Jones

2- Harmon – Jones

شده است (از جمله کیم، ۲۰۰۲؛ بروک^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). در بررسی تاتنو^۲ و همکاران (۲۰۰۳) نتایج نشان داد که پرخاشگری با وجود آسیب لوب پیشانی، افسردگی اساسی کارکرد اجتماعی ضعیف و سابقه سومصرف الکل و مواد ارتباط دارد.

ریبک و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند که پرخاشگری کودکان و نوجوانان با ناقرینگی فعالیت آلفا در لوب فرونتال همراه است. به‌طوری که افزایش فعالیت در نیمکره چپ مشاهده می‌گردد. همچنین یافته‌ها نشان دادند که افزایش فعالیت در فرونتال چپ به طور مثبت با آشفتگی‌های روانپزشکی مرتبط است. این یافته‌ها بیان می‌دارند که آشفتگی‌های موجود می‌تواند ناشی از آشفتگی فعالیت مغزی باشد.

پیترسون و هارمون جونز^۳ (۲۰۰۷) در پژوهشی با هدف بررسی میزان پیش‌بینی کنندگی صفات پرخاشگرانه از فعالیت قشری پیشانی نیمکره چپ در برابر محرک‌های القا پرخاشگری با استفاده از EEG مشخص شد که وقتی آزمودنی‌ها با محرک‌های برانگیزاننده عواطف پرخاشگرانه مثل ترس و تنفر، عواطف مثبت و خنثی مواجه و در این حین امواج مغزی آنها ثبت گردد، نتایج تحلیل این ثبت‌ها نشان داد که در افراد دارای صفات پرخاشگری قشر پیشانی نیمکره چپ در مواجه با تصاویر پرخاشگرانه و نه سایر تصاویر فعالیت بیشتری را از خود نشان می‌دهد. پرخاشگری بیشتر با فعالیت الکتروانسفالوگرافی فرونتال نیمکره چپ مغزی نسبت به نیمکره راست (فعالیت آلفا) همبسته است. نتایج تحقیق پیترسون، شاکمن و هارم جونز^۴ (۲۰۰۸) نشان داد که این فعالیت با توجه به نوع دست برتری آزمودنی‌ها فرق می‌کند. به‌طوری که در آزمودنی‌های چپ دست افزایش فعالیت در نیمکره راست مشاهده می‌گردد.

به‌طور کلی از جمع‌بندی مطالعات نوروسایکولوژیک می‌توان بیان کرد که این مطالعات از یک ارتباط معنی‌دار بین سنجش بدکارکردهای اجرایی^۵ قشر پیش‌پیشانی و

1- Brooke

3- Peterson, Harmon- Jones

5- Excutive disfunctions

2- Tateno

4- Peterson, Shackman, Harmon - Jones

پرخاشگری حمایت می‌کند. اما برای رسیدن به نتایج دقیق‌تر و کامل‌تر نیاز به انجام تحقیقات بیشتری است. تحلیل امواج مغزی می‌تواند به تعیین تغییرات مغزی ایجاد شده در افراد مبتلا به پرخاشگری کمک نماید. و از این طریق با شناسایی تغییرات و اعمال مداخله بر روی آنها باعث کاهش پرخاشگری شد. بیشتر پژوهش‌های موجود ناقرینگی فعالیت مغزی را مورد بررسی قرار داده‌اند و کمتر مطالعه‌ای وجود دارد که فعالیت مناطق مغزی افراد مبتلا به پرخاشگری را در مقایسه با افراد غیرمبتلا مورد ارزیابی قرار دهد. در این پژوهش سعی شد الگوی امواج مغزی در بیماران مبتلا به پرخاشگری در مقایسه با افراد بهنجار مشخص گردد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع مشاهده‌ای توصیفی و غیرتجربی و پس‌رویدادی است. نمونه آماری پژوهش حاضر برای هریک از گروه‌های مبتلا به پرخاشگری و غیرمبتلا تعداد ۳۰ نفر (جمعاً ۶۰ نفر) می‌باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی از افراد بالای ۲۰ سال، بدون سابقه اختلال ارگانیک قبلی از مراجعان کلینیک‌های دانشگاهی، انتخاب گردیدند؛ همچنین آزمودنی‌ها فاقد اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک بوده، اعتیاد به الکل و سایر مواد، سابقه آسیب مغزی و ضربه به سر نداشته و دارو و یا درمان‌های روانشناختی نیز دریافت نمی‌کردند. لذا آزمودنی‌هایی که چنین شرایطی داشتند، از گروه نمونه حذف شدند. گروه به هنجار بر اساس عوامل دموگرافیک با آزمودنی‌های مبتلا به پرخاشگری هم‌تاسازی و گزینش شد. لازم به ذکر است که ثبت EEG ها در فاصله ۸ تا ۱۱ صبح انجام گرفت. ثبت امواج مغزی از ۲۱ محل روی جمجمه با استفاده از سیستم ۲۰-۱۰ بین‌المللی در حالت استراحت و با چشم بسته صورت گرفت. تغییرات ولتاژ امواج مغزی با استفاده از تبدیل سریع فوری FFT تبدیل به مقادیر ارزشی در ۴ گروه امواج متفاوت شده و به این ترتیب اطلاعات حاصله کمی‌سازی و مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری و مصاحبه بالینی به عنوان ابزارهای تشخیصی بکار گرفته شدند. دستگاه qEEG نیز به عنوان ابزار گردآوری داده‌های امواج مغزی به

کار گرفته شد. پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، طی ۲۹ سوال و با ۴ زیرمقیاس پرخاشگری کلامی، خشم، خصومت و پرخاشگری فیزیکی به ارزیابی سطح پرخاشگری افراد می‌پردازد. لازم به ذکر است که پرسشنامه مذکور در ایران توسط لنگری (۱۳۷۸) هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ (ثبات درونی) برای کل پرسشنامه ۰/۸۹، برای خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ می‌باشد. جهت بررسی تفاوت الگوی امواج مغزی افراد پرخاشگر و غیرپرخاشگر از روش آزمون تحلیل واریانس دوره‌ای استفاده شد.

نتایج

نتایج توصیفی مربوط به فعالیت امواج مغزی برای دو گروه مبتلا به اختلال کنترل تکانه و غیرمبتلا در جدول ۱ آمده است. چنانکه مشاهده می‌شود در امواج بتا و تتا در بیشتر قسمت‌های مغزی تفاوت مشهود می‌باشد. برای بررسی بیشتر تفاوت‌ها آزمون تحلیل واریانس دوره‌ای صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول (۱) نتایج توصیفی برای فعالیت امواج در دو نیمکره مغزی دو گروه مبتلا به پرخاشگری و غیرمبتلا

منطقه	موج گروه	آلفا		بتا		تتا		دلتا	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پیشانی	بیمار	۱۲/۵۶	۲۳/۴۵	۶/۰۵	۲۱/۸۸	۱۶/۵۴	۴/۴۶	۳۹/۰۹	۱۵/۸۹
	سالم	۱۲/۱۲	۲۶/۰۳	۴/۴۳	۱۹/۱۵	۱۹/۱۵	۴/۲۵	۳۵/۷۱	۱۸/۰۹
	بیمار	۱۲/۰۵	۱۸/۲۱	۰/۷۷	۲۱/۹۳	۲۰/۰۰	۲/۴۷	۳۹/۳۰	۱۴/۰۰
مرکزی	سالم	۷/۶۲	۱۷/۴۰	۳/۴۷	۱۶/۷۲	۲۳/۷۲	۶/۷۱	۴۱/۳۹	۱۵/۰۱
	بیمار	۱۸/۶۵	۲۴/۴۳	۳/۱۵	۱۸/۶۵	۱۹/۵۸	۲/۲۸	۳۹/۲۱	۱۲/۲۵
آهیانه	سالم	۱۴/۴۸	۲۴/۰۲	۴/۴۷	۱۴/۴۸	۲۳/۹۹	۷/۰۱	۳۸/۲۴	۱۶/۲۳
	بیمار	۱۴/۵۱	۲۳/۶۵	۴/۵۳	۲۵/۱۴	۱۶/۶۳	۲/۴۳	۲۹/۱۰	۱۵/۴۳
گیجگاهی	سالم	۱۱/۳۳	۲۲/۷۱	۲۰/۶۱	۲۰/۶۱	۲۱/۸۴	۶/۲۵	۳۴/۵۱	۱۶/۲۰
	بیمار	۵/۸۹	۱۰/۸۳	۵/۲۷	۱۸/۵۰	۲۹/۰۴	۱/۲۲	۳۵/۱۶	۷/۵۹
پس سری	سالم	۵/۰۸	۱۰/۱۲	۳/۹۲	۲۰/۱۲	۲۸/۸۲	۶/۹۶	۳۳/۴۹	۱۴/۱۵

جدول شماره ۲ نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس دوطرفه را برای فعالیت دو نیمکره مغزی در مناطق مختلف، در بین دو گروه مبتلا به پرخاشگری و غیرمبتلا نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول مشاهده می‌شود که از نظر فعالیت موج آلفا تفاوتی بین دو گروه در هیچ‌یک از مناطق مشاهده نمی‌شود. در موج بتا تفاوت بین دو گروه در مناطق پیشانی، گیجگاهی، مرکزی و آهیانه معنی‌دار می‌باشد. فعالیت موج تتا نیز مناطق پیشانی، گیجگاهی، مرکزی و آهیانه معنی‌دار می‌باشد. فعالیت موج دلتا معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که افراد مبتلا به پرخاشگری در مناطق پیشانی، گیجگاهی، مرکزی و آهیانه میزان فعالیت کمتر امواج تتا را نشان می‌دهند. همچنین در این افراد میزان فعالیت موج بتا در این مناطق نسبت به افراد بهنجار بالاتر می‌باشد. در منطقه پس‌سری تفاوت در بین امواج معنی‌دار نیست.

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس دو طرفه برای فعالیت امواج مغزی در دو نیمکره

منبع	نیمکره	آلفا	بتا	تتا	دلتا	معنی‌داری
		F	معنی‌داری	F	معنی‌داری	F
پیشانی	چپ	۰/۹	۰/۳۴	۳/۷۰	۰/۰۵	۶/۲۲
	راست	۰/۶۰	۰/۴۴	۴/۶۸	۰/۰۳	۲/۹۳
مرکزی	چپ	۰/۵۵	۰/۴۵	۳۹/۱۰	۰/۰۰۱	۹/۹۰
	راست	۰/۱۳	۰/۷۲	۹۱/۳۷	۰/۰۰۱	۵/۹۵
گیجگاهی	چپ	۰/۱۸	۰/۶۷	۵/۰۸	۰/۰۳	۷/۲۶
	راست	۰/۵۸	۰/۴۴	۷۹/۹۱	۰/۰۰۱	۲۷/۷۹
آهیانه	چپ	۰/۱۲	۰/۲۹	۳۸/۰۹	۰/۰۰۱	۱۴/۶۳
	راست	۱/۲۴	۰/۲۶	۴/۸۸	۰/۰۳	۸/۲۶
پس	چپ	۱/۱۳	۰/۲۹	۰/۶۹	۰/۴۰	۰/۷۶
	راست	۰/۳۸	۰/۵۳	۱/۵۷	۰/۲۱	۱/۰۰
سری	چپ	۰/۳۸	۰/۵۳	۱/۵۷	۰/۲۱	۱/۰۰
	راست	۰/۳۸	۰/۵۳	۱/۵۷	۰/۲۱	۱/۰۰

بحث

این پژوهش در کل الکتروانسفالوگرافی کمی را در افراد مبتلا به پرخاشگری در مقایسه با آزمودنی‌های سالم مورد بررسی قرار می‌داد. در مقایسه دوگروه آزمودنی‌ها، نتایج نشان

دادند که افراد مبتلا به پرخاشگری در مقایسه با آزمودنی‌های نرمال در مناطق پیشانی، مرکزی، آهیانه و گیجگاهی امواج تتای کمتری دارند. این تفاوت در منطقه پیشانی بارزتر بود و در مناطق پس سری معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر ارتباط بین پرخاشگری و کاهش امواج تتا تأیید شد. نتایج نشان می‌دهند که افراد مبتلا به پرخاشگری میزان پایین‌تری از فعالیت موج تتا را در مغز خود بویژه در مناطق پیشانی دارا می‌باشند.

همچنین نتایج نشان داد که فعالیت موج بتا نیز در مناطق پیشانی، مرکزی، آهیانه و گیجگاهی نسبت به افراد بهنجار بیشتر است.

این مطالعه نشان داد که بین پرخاشگری و الگوی امواج مغزی رابطه وجود دارد. چارچمن و همکاران (۲۰۰۳) بیان می‌دارند که qEEG در ۸۳٪ از بیماران و ۱۲٪ از آزمودنی‌های سالم نابهنجار می‌باشد و در پاره‌ای از مطالعات مرور شده در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸ و از جمله مطالعات فین، رامسی، ارلیون، گتزک کوپ، پیترسون و هارمون جونز نیز این یافته تأیید شده است. تغییر در الگوی امواج در نواحی فرونتال بارزتر بود و از این نظر نتایج ما با نتایج مطالعات تاتنو، ریبک، پیترسون، هارمون جونز، بچارا، لاپیر، فین، رامسی و ارلیون منطبق است. مطالعه گتزک کوپ وجود تغییر در نواحی فرونتال را مورد تأیید قرار نداده است. در مطالعه جاری تغییراتی در میزان فعالیت نواحی تمپورال و سانتال و پاریتال نیز یافت شد که در مطالعات مرور شده این نواحی مورد مطالعه فرار نگرفته بودند. تنها در مطالعه گتزک کوپ ناحیه تمپورال مورد مطالعه قرار گرفته است و یافته‌های وی با نتایج ما مطابقت داشت به‌طوری که کاهش در باندهای آهسته در افراد پرخاشگر در نواحی تمپورال مشهود بود. تغییر معنی‌داری در الگوی امواج در نواحی اکسی پیتال دیده نشد. در مطالعات مرور شده نواحی اکسی پیتال نیز مورد مطالعه فرار نگرفته بودند. به‌طور کلی در این مطالعه اغلب نابهنجاری‌ها مربوط به کاهش در باندهای کوتاه تناوافزایش در باند بتا بود. کاهش باندهای آهسته با نتایج مطالعات چارچمن و نیز گتزک کوپ منطبق است. چارچمن کاهش در باند دلتا را نیز گزارش کرده

است ولی مطالعه جاری جنین تغییراتی را تأیید نکرد. افزایش در باند بتا با نتایج چارچمن، پیترسون، هارمون جونز مطابقت دارد.

این تحقیق بر روی بیماران با علایم پرخاشگری صورت گرفت. برخی از این بیماران سال‌ها با این مساله درگیر هستند. گذر زمان ممکن است بر وضعیت ارگانیکی این بیماران تأثیر گذاشته باشد. البته اثر درمان‌های صورت گرفته در طول این سال‌ها نیز نباید نادیده گرفته شود. همچنین در تعمیم نتایج آن به بیماران مربوط به اختلال‌های خاص روانپزشکی باید احتیاط نمود. به دلیل محدودیت دسترسی به بیماران و نیز نیاز به همکاری و رضایت آنان تعداد کمی از این بیماران مورد مطالعه قرار گرفتند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی جمعیت بزرگ‌تری از بیماران دوباره صورت گیرد.

عدم امکان بررسی جداگانه دامنه‌های بالا و پایین امواج آلفا و بتا به دلیل محدودیت دستگاه (ابزار آزمون) محدودیت دیگر این تحقیق بود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی امواج آلفا و بتا هر کدام به دو گروه تقسیم شده، جداگانه مورد مطالعه قرار گیرند.

با توجه به نتایج حاصله پیشنهاد می‌شود درمان نوروبیوفیدبک و سایر درمان‌ها برای نرمال‌سازی امواج تغییر یافته مورد پژوهش قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله از طرح تحقیقاتی که با بودجه پژوهشی و حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز به انجام رسیده است استخراج شده است.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۰۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۱۵

References

منابع

- لنگری محمدرضا (۱۳۷۷). مقایسه میزان پرخاشگری در دانشجویان بومی و غیربومی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., Anderson, S.W. (1994) Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex, *Cognition*, 50:7-15.
- Brooke MM, Questad KA, Patterson DR, et al: Agitation and Restlessness after Closed Head Injury: A Prospective Study of 100 Consecutive Admissions, *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73:320-323
- Buss, A.H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Churchmana, P.C, Y. Uzcategui, A.M., Alvarez, L., Vergara, F., Mendez, L., Fleitas R. (2003). Quantitative Spectral Analysis of EEG in Psychiatry Revisited: Drawing Signs Out of Numbers in a Clinical Setting, Clinical Neurophysiology, 114, 2294–2306.
- Finn, PR; Ramsey, SE & Earleywine, M. (2000). Frontal EEG Response to Threat, Aggressive Traits & Family History of Alcoholism; A Preliminary Study, *J. Stud Alcohol* 61:38-45.
- Gatzke-Kopp LM, Raine A, Buchsbaum M, LaCasse LJ. (2001). Temporal Lobe Deficits in Murderers: EEG Findings Undetected by PET. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 13: 486-91.
- Peterson, C.K., & Harmon-Jones, E. (2007). Approach Emotionality Predicts EEG Coherence between Left Motor Cortex and Left Prefrontal Cortex, *Psychophysiology*, 44, S27.
- Harmons-Jones, E. (2003). Clarifying the Emotive Functions of Asymmetrical Frontal Cortical Activity; *Psychophysiology*, 40 (2003), 838-848.
- Harmons-Jones, E., Allen. J.B. (1998). Anger and Frontal Brain Activity: EEG Asymmetry Consistent With Approach Motivation Despite Negative Affective Valence, *Journal of Personality and Social Psychology*; Vol. 74, No. 5, 1310-1316

- Hill, G. (2001). *Level Psychology through Diagrams*, Oxford University Press
- Hojat, M.R. (1994). Developmental Pathways to Violence: A Psychodynamic Paradigm, *Peace Psychology Review*, 1(6): 176-195.
- Kim, E. (2002). Agitation, Aggression, and Disinhibition Syndromes after Traumatic Brain injury, *NeuroRehabilitation*, 17, 297-310.
- Lapierre, D., Braun, C.M.J., Hodgins, S.(1995). Ventral Frontal Deficits in Psychopathy: Neuropsychological Test Findings, *Neuropsychologia* 33, 139-151.
- Pepler, D.J., Rubin, K.H. (1991). *The Development and Treatment of Childhood aggression*, Lawrence Erlbaum Associates
- Peterson, C.K., Shackman, A.J., & Harmon-Jones, E. (2008). The Role of Asymmetrical Frontal Cortical Activity in Aggression, *Psychophysiology*, 45, 86-92.
- Roeckelein, J.E. (1998). *Dictionary of Theories, Laws, and Concepts in Psychology*, Greenwood Publishing Group.
- Rybak, M; Crayton, J.W; Young, I.J; Herba, E; Konopka, L.M. (2006). Frontal Alpha Power Asymmetry in Aggressive Children and Adolescents with Mood and Disruptive Behavior Disorders, Clinical EEG and Neuroscience, *Journal of Clinical EEG & Neuroscience*, 16-24.
- Surwillo, W.W. (2006). The Electroencephalogram and Childhood Aggression; *Aggressive Behavior*; 6: 1, 9-18.
- Tateno, A; Jorge, R.E; Robinson R.G. (2003). Clinical Correlates of Aggressive Behavior after Traumatic Brain Injury, *Journal of Neuropsychiatry*, 15: 155-160.

مقایسه بخشندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با همسران آنها و افراد سالم

منصور بیرامی^۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه بخشندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با همسران آنها و افراد سالم بود. به منظور بررسی متغیرهای پژوهشی ۲۵ نفر از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه از بین جانبازان شهر تبریز به همراه همسرانشان و ۲۵ فرد عادی از طریق نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند، به منظور جمع‌آوری اطلاعات، آزمودنی‌ها پرسشنامه مالت را پر کردند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار (SPSS18) و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که نمرات تنفر پایا از مولفه‌های بخشش در میان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از همسرانشان و افراد عادی و نمرات تمایل به بخشش از زیرمولفه بخشش در میان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه کمتر از همسرانشان و افراد عادی است. همچنین تمایل به بخشش در همسران بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از دو گروه دیگر است. در نهایت بین گروه‌ها در حساسیت به مقتضیات از زیرمولفه‌ها بخشش تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: تنفر پایا، تمایل بر بخشش، حساسیت به مقتضیات، اختلال استرس پس از سانحه.

مقدمه

تعیین حوزه یا فراوانی رویدادهای بحران‌ساز در دنیای گسترده امروز مشکل است. قاره آسیا از جمله مناطقی است که بیشترین حوادث طبیعی در آن بروز می‌کند. از حدود سه میلیون نفری که از سال ۱۹۶۷ تا ۱۹۹۱ در جهان در اثر اینگونه حوادث جان خود را از دست داده‌اند ۸۵٪ آنها در آسیا زندگی می‌کردند. در آمریکا سالیانه ۲ میلیون خانوار خسارت‌ها و یا صدماتی مانند آتش‌سوزی، سیل، گرد و باد، طوفان و زمین لرزه را تجربه می‌کنند. وقوع ۲/۴ حادثه آتش‌سوزی در هر ماه باعث حداقل ۶۰۰۰ مرگ، صدها هزار مجروح و میلیون‌ها دلار خسارت می‌شود. کشور ما ایران نیز از مناطقی است که در معرض حوادث گوناگون طبیعی و رویدادهای بحران‌ساز چون جنگ قرار گرفته است (ستوده اصل و مجدآبادی، ۱۳۸۳). این چنین رویدادهای بحران‌ساز علاوه بر هزینه‌های جانی و مالی به عنوان عوامل استرس‌زا می‌توانند پیامدهایی مانند کاهش سلامت و خلق را در پی داشته باشند. با این وجود، افراد در برابر رویدادهای استرس‌زا بیشتر به میزان سابقه مواجهه با موقعیت استرس‌زا، شدت استرس، آسیب‌پذیری، برخورداری از شبکه حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله با استرس و توانمندی‌های شخصیتی واکنش نشان می‌دهند (کانو^۱ و ویوین^۲، ۲۰۰۱)، یکی از پیامدهایی که در جریان جنگ، شکنجه، سوانح طبیعی، تهاجم و تجاوز به عنف و تصادفات رخ می‌دهد اختلال استرس پس از سانحه^۳ می‌باشد (کاپلان^۴ و سادوک^۵، ۲۰۰۳). این اختلال برای نخستین بار در سال ۱۹۸۰ در طبقه‌بندی‌های تشخیص اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا عنوان شد و از آن زمان تاکنون مورد توجه مباحث مختلفی بوده است (نجاریان و براتی سده، ۱۳۷۹). PTSD با ویژگی‌های مرضی چون تجربه مجدد رویداد استرس‌زا، کرختی هیجانی^۶ در پاسخ دادن به محرک‌ها، بی‌احساسی نسبت به درگیر شدن با دنیای بیرونی و انواع نشانه‌های شناختی، رفتاری و فعالیت بیش از حد دستگاه عصبی خودمختار مشخص

1- Cano

3- Posttraumatic Stress Disorder

5- Sadock

2- Vivian

4- Kaplan

6- Emotional numbing

می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا؛ ترجمه نیکخو، ۱۳۸۱)، چنین مشکلاتی بیمار و اطرافیانش را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب برهم خوردن تعادل فردی و اجتماعی اعضای خانواده می‌شود و به عنوان تهدیدی برای سلامت روانی و ارتباطی خانواده و فرد مبتلا محسوب می‌شود. بنابراین زندگی با فردی که دچار آسیب شده است و علائم PTSD دارد، سایر افراد خانواده، به خصوص همسر وی را که وابستگی نزدیکی با شوهر دارد و از شوهر بیمار خود حمایت می‌کند، تحت تأثیر قرار می‌دهد (فیقلی^۱، ۱۹۹۸).

از سوی دیگر یکی از مواردی که به ایجاد تعادل اجتماعی و فردی در زندگی کمک می‌کند عفو و بخشش است که موجب بهبود روابط با دیگران و جلوگیری از اضطراب و افسردگی و محفوظ ماندن از عوارض روان‌تنی و در نتیجه حمایت اجتماعی می‌شود (غباری بناب، ۱۳۸۱).

از دیدگاه نظریه‌پردازان اجتماعی، بخشش میل درونی است که افراد را به سوی بازسازی از پاسخ‌های ناخوشایند ارتباطی و رفتار کردن به طور مثبت نسبت به کسی که به طور منفی با آن‌ها رفتار کرده است، متمایل می‌سازد. به عبارت دیگر، در بخشش، میل به آشتی و حسن نیت به خطاکار به رغم اعمال مخربش افزایش می‌یابد (مک کالو^۲، فینچام^۳ و تی سانک^۴، ۲۰۰۳)، و سیستم‌های فعال در عفو و بخشش راهبردهای انطباقی برای دستیابی به پیوند، تعاون و روابط عاطفی صمیمانه بین افراد را موجب می‌شوند که از این راهبردهای انطباقی تحت عنوان تسهیل راهبردی یاد می‌کنند (ورثینگتون^۵، بری^۶ و پارون^۷، ۲۰۰۱).

ورثینگتون عقیده دارد که بخشش عبارت است از مهار کردن یا ممانعت از هیجانات کینه‌توزانه از طریق تجربه هیجانات مثبت مبتنی بر محبت در هنگام یادآوری خطای شخص دیگر که این هیجانات می‌توانند همدلی، همدردی، ترحم، ابراز عشق خالصانه یا

1- Figley
3- Fincham
5- Worthington
7- Parrott

2-McCullough
4- Tsang
6- Berry

حتی عشق رمانتیک نسبت به فرد تبه‌کار باشند (ورثینگتون، ۲۰۰۱).

با مرور پیشینه مربوط به بخشش با تأثیرات سودمند بخشش بر روی مشکلات ناشی از خشم و افسردگی، موضوعات مربوط به خانواده، تکانه‌ها، سوءاستفاده‌های جنسی، اختلالات شخصیت، ارتباط‌های زوجی شکسته شده و سلامت روان به طور کلی اشاره نموده‌اند (ورثینگتون، ۲۰۰۱).

وید و ورثینگتون (۲۰۰۳) معتقد است که عدم بخشش منجر به خود محکومیتی در طول عمر می‌شود و همچنین بخشش منجر به احساس آزادی، آرامش، عزت‌نفس بالا و نشانه‌های کمتر PTSD می‌شود. تحقیقاتی که اخیراً انجام شده‌اند، نشان داده‌اند که هر چند بخشش برای بیماری‌ها به عنوان یک روش مداخله و درمان مطرح نیست، ولی می‌تواند به عنوان یک مؤلفه مؤثر در فرایند روان‌درمانی عمل کرده و به بازماندگان از آسیب در رهایی از نشانه‌های پیچیده PTSD کمک کند (لاسکین^۱، ۲۰۰۵).

ارکوت^۲، پیکت^۳ و پای^۴ (۲۰۰۵) در پژوهشی که انجام دادند نتایج نشان داد که بخشش به طور منفی با ظاهر شدن آسیب همبستگی دارد؛ همچنین آنها نشان دادند که بخشیده شدن، نشانه‌های PTSD را کاهش می‌دهد؛ و از آنجایی که PTSD به طور منفی زندگی اطرافیان را در محیط اولیه بیمار تحت تأثیر قرار می‌دهد، یادگیری بخشیدن می‌تواند موجب افزایش اخلاقیات و روابط بین فردی عمیق در خانواده چنین افرادی شود.

باتوجه به مشکلات تجربه شده توسط افراد مبتلا به PTSD و همچنین خانواده‌های آنها و اثرات سوء این تجربه‌ها در جامعه و همچنین باتوجه به آن چه بیان شد، هدف پژوهش حاضر مقایسه بخشندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با همسران آنها و افرادی سالم است.

1- Luskin
3- Pickett

2- Orcutt
4- Pope

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر باتوجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش در مقوله مطالعات علی - مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش را بیماران مرد مبتلا به PTSD و همسران آنها در شهر تبریز تشکیل می‌دهند که از میان این افراد تعداد ۲۵ بیمار PTSD و ۲۵ نفر از همسران افراد مبتلا به PTSD به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده است. همچنین افراد عادی‌ای که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، از لحاظ وضعیت اقتصادی و سنی با افراد هم‌تا شده بودند که تعداد ۲۵ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه بخشش^۱ (FQ): این مقیاس ۲۰ آیتم دارد که توسط مالت^۲، باروس^۳، فرونگیا^۴، یوسای^۵، نتو^۶ و ریوایر - شافیقی^۷ (۲۰۰۳) ساخته شده است که مالت و همکاران این ۲۰ سوال را از فرم اولیه مقیاس بخشش که توس مالت، هیدبین^۸، لامنیر^۹ و گیرارد^{۱۰} (۱۹۹۸) ساخته شده، گرفته‌اند، که با روش لیکرت در ۷ درجه کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل سه زیرمؤلفه است. سوال ۱ تا ۶ تنفر پایا، ۷ تا ۱۲ حساسیت به مقتضیات محیطی، و ۱۳ تا ۲۰ گرایش بر بخشیدن این آزمون به روش تحلیل عاملی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ گزارش شده است (سوارتونو^{۱۱}، پراوستی^{۱۲}، مالت، ۲۰۰۷). ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی آزمون در پژوهش پوراسمعی (۱۳۸۹) بر روی جمعیت دانشجویی ۰/۸۷ به دست آمده است.

1- Forgiveness Questinnair (FQ)

3- Barros

5- Usai

7- Riviere-Sjafogjo

9- Laumonnier

11- Suwartono

2- Mullet

4- Frongia

6- Neto

8- Houdbine

10- Girard

12- Prawasti

یافته‌ها

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر اندازه‌گیری شده	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
تنفر پایا	PTSD	۲۵	۱۶/۱۲	۳/۷۸	۹	۲۴
	همسران	۲۵	۱۳/۲۸	۳/۶۲	۶	۲۰
	افراد سالم	۲۵	۱۳	۳/۳۵	۸	۲۰
حساسیت به مقتضیات	PTSD	۲۵	۲۹/۰۴	۶/۰۹	۱۷	۳۹
	همسران	۲۵	۳۱/۳۶	۴/۹۲	۱۹	۳۹
	افراد سالم	۲۵	۳۰/۸۸	۵/۳۴	۱۷	۳۹
تمایل بر بخشش	PTSD	۲۵	۳۵/۴۰	۹/۹۶	۲۰	۵۳
	همسران	۲۵	۴۵/۰۴	۶/۰۳	۳۲	۵۴
	افراد سالم	۲۵	۴۰/۲۰	۶/۷۷	۳۰	۵۶

در جدول یک، میانگین و انحراف متغیرها آورده شده است. میانگین‌های متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد که در مولفه تنفر پایا افراد مبتلا به PTSD بیشترین میانگین (۱۶/۱۲) و افراد سالم کمترین میانگین (۱۳) را دارد، در مولفه حساسیت به مقتضیات، بیشترین میانگین (۳۱/۳۶) متعلق به همسران افراد مبتلا به PTSD و کمترین میانگین (۲۹/۰۴) متعلق به افراد مبتلا به PTSD می‌باشد، در نهایت همانطور که جدول نشان می‌دهد در مولفه تمایل بر بخشش، همسران افراد مبتلا به PTSD بیشترین میانگین (۴۵/۰۴) و افراد مبتلا به PTSD کمترین میانگین (۳۵/۴۰) را به خود اختصاص دادند.

در راستای تعیین معنی‌داری تفاوت میان گروه‌ها PTSD، همسران آنها و افراد سالم) در هر یک از مولفه‌های بخشش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جداول زیر ارائه شده است.

جدول (۲) آزمون بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرها	F	Df1	Df2	سطح معنی‌داری
تنفر پایا	۰/۰۳۷	۲	۷۲	۰/۹۶۴
حساسیت به مقتضیات	۱/۰۸۸	۲	۷۲	۰/۳۴۲
تمایل بر بخشش	۲/۱۳۸	۲	۷۲	۰/۰۹۳

همانطور که جدول بالا نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای تحلیل واریانس چندمتغیری رعایت شده است. با این وجود در ابتدا از آزمون اثر پیلایی جهت تعیین اثر کلی متغیر گروه بر متغیرهای پژوهشی استفاده شد، که نتایج حاصل از آن در جدول زیر ارایه شده است.

جدول (۳) آزمون معنی‌داری مانوا

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری مجذور اتا (Δ^2)
اثر پیلایی	۰/۲۸۶	۰/۹۴۸	۶/۰۰۰	۱۴۲/۰۰۰	۰/۰۰۱

باتوجه به نتایج ارایه شده در جدول ۳ مشاهده می‌شود که اثر کلی گروه معنی‌دار است، چرا که F مربوط به آزمون اثر پیلایی با (۳/۹۴۸) با درجه آزادی (۶) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. یعنی بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در گروه‌ها و متغیرها وجود دارد، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۴ ارایه شده است.

جدول (۴) آزمون مانوا برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه‌ها	تنفر پایا	۱۴۸/۹۸۷	۲	۷۴/۴۹۳	۵/۷۶۹	۰/۰۰۵
	حساسیت به مقتضیات	۷۴/۹۸۷	۲	۳۷/۴۹۳	۱/۲۵۰	۰/۲۹۳
	تمایل بر بخشش	۱۱۶۱/۱۶۲۷	۲	۵۸۰/۸۱۳	۹/۵۹۴	۰/۰۰۱
خطا	تنفر پایا	۹۲۹/۶۸۰	۷۲	۱۲/۹۱۲		
	حساسیت به مقتضیات	۲۱۵۹/۳۶۰	۷۲	۲۹/۹۹۱		
	تمایل بر بخشش	۴۳۵۸/۹۶۰	۷۲	۶۰/۵۴۱		

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (افراد مبتلا به اختلال PTSD، همسران آنها و افراد سالم) در مولفه تنفر پایا، با F

محاسبه شده (۵/۷۶۹) در سطح $P < 0/01$ و در مولفه تمایل بر بخشش با F محاسبه شده (۹/۵۹۴) در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است، و بین گروه‌ها در مولفه حساسیت به مقتضیات تفاوت معنی‌داری یافت نشد.

از آنجایی که نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای پژوهشی را به صورت کلی نشان می‌دهد، جهت تعیین اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول زیر ارایه شده است.

جدول (۵) آزمون تعقیبی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر اندازه‌گیری شده	گروه‌ها	گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
تنفر پایا	PTSD	همسران	*۲/۸۴	۱/۰۱۶	۰/۰۰۷
		افراد سالم	*۳/۱۲	۱/۰۱۶	۰/۰۰۳
	همسران	افراد سالم	۰/۲۸	۱/۰۱۶	۰/۷۸۴
حساسیت به مقتضیات	PTSD	همسران	-۲/۳۲	۱/۵۸۴	۰/۱۳۹
		افراد سالم	-۱/۸۴	۱/۵۸۴	۰/۲۳۹
	همسران	افراد سالم	۰/۴۸	۱/۵۸۴	۰/۷۵۸
تمایل بر بخشش	PTSD	همسران	*-۹/۶۴	۲/۲۰	۰/۰۰۱
		افراد سالم	*-۴/۸۰	۲/۲۰	۰/۰۳۲
	همسران	افراد سالم	*۴/۸۴	۲/۲۰	۰/۰۳۱

نتایج جدول تعقیبی ۵ نشان می‌دهد که: بین میزان تنفر پایا در افراد گروه PTSD با گروه‌های همسران و افراد عادی در سطح $P < 0/01$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در این میان، میانگین نمره تنفر پایا در افراد گروه PTSD بیشتر از سایر گروه‌ها است (جدول ۱).

در بین سایر گروه‌ها در این مولفه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P < 0/05$). نتایج نشان می‌دهد که در مولفه حساسیت به مقتضیات در بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P < 0/01$).

در مولفه تمایل بر بخشش نیز، بین میزان تمایل بر بخشش در افراد گروه PTSD با گروه‌های همسران و افراد عادی به ترتیب در سطح $P < 0/001$ و $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در این میان، میانگین نمره تمایل بر بخشش در افراد گروه PTSD کمتر از سایر گروه‌ها است (جدول ۱).

همچنین در میزان تمایل بر بخشش در افراد گروه همسران با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌دار مشاهده شد به طوری که میزان تمایل بر بخشش در همسران بیشتر از دو گروه دیگر می‌باشد (جدول ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل نتایج نشان داد که بین میزان تنفر پایا و تمایل بر بخشش در افراد PTSD گروه با گروه‌های همسران و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که، میانگین نمره تنفر پایا در افراد گروه PTSD بیشتر از سایر گروه‌ها و میانگین نمره تمایل بر بخشش در افراد گروه PTSD کمتر از سایر گروه‌ها است.

همچنین در میزان تمایل بر بخشش در افراد گروه همسران با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌دار مشاهده شد به طوری که میزان تمایل بر بخشش در همسران بیشتر از دو گروه دیگر می‌باشد.

یافته‌های بخش تفاوت گروه PTSD با دو گروه دیگر در میزان تنفر پایا و تمایل بر بخشش، با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله یافته‌های لاسکین (۱۹۹۹)، فارو^۱ و همکاران (۲۰۰۵)، نول^۲ (۲۰۰۵)، ارکوت و همکاران (۲۰۰۵) همسو است.

در تبیین این که چرا گروه PTSD نسبت به دو گروه دیگر تمایل به بخشش کمتر و تنفر پایای بیشتری دارند می‌توان چنین استدلال کرد که، از آنجایی که PTSD با ویژگی‌های مرضی چون تجربه مجدد رویداد استرس‌زا، کرختی هیجانی در پاسخ دادن به محرک‌ها، بی‌احساسی نسبت به درگیر شدن با دنیای بیرونی و انواع نشانه‌های شناختی،

رفتاری و فعالیت بیش از حد دستگاه عصبی خودمختار مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۱)، بنابراین بروز نشانه‌های اختلال نظیر داشتن خصومت و توانایی ضعیف در کنار آمدن، پرخاشگری یا اجتناب، بخشایش کمتر در برابر خطاهای اطرافیان و تنفر پایا بیشتر در روابط و تعارض در روابط صمیمی به ویژه روابط زوجی دور از انتظار نیست.

از بین ویژگی‌های این اختلال، کرختی هیجانی، خشم و پرخاشگری به عنوان نشانه‌های بارز این اختلال به طور قابل توجهی با مشکلات روابط بین فردی - مستقل از شدت پیچیدگی نشانه‌ها - در ارتباط است (کوک^۳ و همکاران، ۲۰۰۲).

در تبیین تفاوت افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در میزان بخشش و تنفر پایا، علاوه بر عواملی که به طور مستقیم روابط فرد راتحت تاثیر قرار می‌دهند می‌توان به عواملی اشاره کرد که به طور غیرمستقیم بر آن تأثیر می‌گذارند که در زیر به آنها اشاره می‌شود.

یکی از راهکارهایی که به وفور به عنوان یک راهکار مقابله در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دیده می‌شود، خودتنبیهی است. خودتنبیهی به عنوان یک راهبرد ناکارآمد کنترل فکر، باعث تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه شده و به این ترتیب چرخه معیوبی را شکل می‌دهد (ولز^۴، ۲۰۰۰).

رینولدز^۵ و ولز (۱۹۹۹) نشان دادند که استفاده از خودتنبیهی به عنوان راهبرد کنترل فکر، ارتباط مثبتی با نشخوار فکری و نگرانی بیمارگونه و روان رنجورخویی دارد که هر کدام از این موارد می‌توانند روابط بین فردی و میان فردی و حل تعارض‌ها را تحت تأثیر قرار دهند.

در نظریه سبک پاسخ نالن-هاکسما^۶ (۱۹۹۱) مطرح شده که وقتی افراد دچار نشخوار

1- Farrpw
3- Cook
5- Rynolds

2- Noll
4- Wells
6- Nolen-Hoeksema

فکری می‌شوند مکرراً روی افکار ناراحت‌کننده متمرکز می‌شوند و تداوم این افکار مانع حل مسأله هدفمند می‌شود. بکمن^۱ و کلمن^۲ (۱۹۹۸) اظهار می‌دارند که نشخوار همانند مانعی بر سر راه خودتنظیمی هیجانی قرار گرفته و تنظیم هیجانی را بر هم زده و مانع حل مسأله هدفمند می‌شود (به نقل از صادری اسکویی، ۱۳۸۸).

بنابراین به نظر می‌رسد نشخوار و نگرانی با ایجاد وقفه در فرایندهای پردازش شناختی و تنظیم مناسب، مانع حل مسأله متناسب در موقعیت‌های استرس‌زا و اتباطات و خطاهای بین فردی می‌شود، مک‌کالو (۲۰۰۸) معتقد است که نشخوار با جلوگیری از بخشش می‌تواند تنفر و کینه‌توزی را در افراد تقویت کند.

روان‌رنجورخویی نیز یکی از مواردی است که در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به دلیل سبک مقابله خودتنبیهی، اضطراب و افسردگی بالا به وفور دیده می‌شود که به طرف مختلف می‌تواند میزان بخشش و تنفر پایا را تحت تأثیر قرار دهد (پوراسمعی، ۱۳۸۹).

نمره بالا در روان‌رنجورخویی نشانگر تمایل فرد به تجربه اضطراب، تنش، خصومت، آسیب‌پذیری، تکانشوری، کمرویی، تفکر غیرمنطقی، افسردگی و عزت نفس پایین می‌باشد که هر یک از این ویژگی‌ها به سهم خود می‌توانند بر توانمندی‌های فرد در زمینه روابط و عواطف اجتماعی تأثیر منفی بگذارند؛ و بر توانایی‌های آنها برای روبرو شدن با مشکلات و به سر بردن با دیگران و حل تعارض‌ها اختلال ایجاد کند (پوراسمعی، ۱۳۸۸).

براساس دیدگاه شناختی، اختلال‌های اضطراب نتیجه افکار و باورهای نادرست، غیرمنطقی و غیرواقعی (به ویژه باورهای غیرمنطقی اغراق‌آمیز نسبت به مخاطرات محیطی) هستند. در این دیدگاه به نقش فعال فعالیت‌های شناختی و پردازش اطلاعات در فعالیت‌های رفتار ظاهری، عاطفی، هیجانی و زیستی توجه می‌شود (باتلر^۳ و متیوس^۴، ۱۹۹۳؛ به نقل از توزنده جانی، ۱۳۸۷).

1- Beckman
3- Butler

2- Coleman
4- Beidel

سه مولفه شناختی اضطراب در دیدگاه بک این است که: ۱- بیماران مضطرب در مقایسه با سایر افراد موقعیت‌های مبهم را به عنوان موقعیت‌هایی تهدیدکننده تفسیر می‌کنند. ۲- در یک موقعیت خطرآفرین نسبت به خطری که متوجه آنهاست بیش از حد غلو می‌کنند. ۳- آنها معتقدند که آینده غیرقابل پیش‌بینی و پر دسیسه و خطر است افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نیز به عنوان زیرمجموعه از اختلال‌های اضطرابی همین ویژگی‌ها را دارند و تمایل به پردازش انتخابی اطلاعات مرتبط با تهدید داشته و در موضوعات مبهم با دو معنی ضمنی، بیشتر به انتخاب مفهوم تهدید و تعبیرهای منفی متمایل هستند (ترنر^۱ و بیدل^۲، ۲۰۰۴؛ به نقل از توزنده جانی، ۱۳۸۷)، چنین سبک پردازش اطلاعات باعث می‌شود که قشر مخ افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به موقعیت‌های فضاوتی بخشایش و همدلی نسبت به افراد عادی پاسخ منفی‌تری نشان دهند (فارو و همکاران، ۲۰۰۵) و احتمالاً چنین پردازش‌هایی موجب یک نوع تنظیم بد عاطفی شده و نقش آسان‌ساز را برای نبخشدن و تنفر پایا را بازی می‌کند.

در ادامه تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که همسران مردان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تمایل به بخشش بیشتر از دو گروه دیگر دارند، پژوهشی که مستقیماً به بررسی میزان بخشش همسران مردان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به افراد سالم پرداخته باشند، یافت نشد.

در تبیین این بخش از یافته‌ها می‌توان چنین استدلال کرد، از آنجایی که نمونه مورد پژوهش ما همسران مردان مبتلا به اختلال پس از حادثه، بعد جنگ بودند، بیشتر آنها به دلیل مشکلات جسمانی و روانی شوهرانشان فعالیت‌های اجتماعی بیشتری دارند تا کمبودها و نقص آنها در خانه و بیرون از خانه کاهش دهند (بهروان، ۱۳۸۸). از این رو حفظ و نگهداری رابطه در زندگی برای اداره زندگی و حل تعارض‌های خانوادگی از موارد ارزشمند در این زنان است که احتمال بخشیدن بیشتر از آنها را دور از انتظار نمی‌کند.

از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با ویژگی‌هایی چون اضطراب،

1- Mathews

2- Turner

افسردگی، خشونت، کرختی هیجانی و کاهش تماس با دنیای خارج، تجربه مجدد حادثه تروماتیک و انواع علایم شناختی، خلقی و اتونومیک، نه تنها عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه سطح و کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی خانواده و اعضای آن، به ویژه همسران را تحت تأثیر قرار می‌دهند (فیقلی، ۱۹۹۸)، با این وجود مسئولیت اصلی مراقبت از چنین بیمران مزمن توسط اعضای خانواده بخصوص همسران آنها صورت می‌گیرد که چنین وظیفه خطیری سطح بالای تحول اخلاقی و نعدوستی این همسران را می‌طلبد چرا که مبنای قضاوت سطح اخلاقی و نعدوستی زنان براساس مراقبت و پاسخ به نیاز دیگران تعریف شده است (گیلیگان^۱، ۱۹۹۴، به نقل از ریجاوس^۲ و جورسس^۳، ۲۰۱۰)، از این رو پاسخ به تخطی‌ها و تعارض‌ها در همسران این مردان از طریق بخشیدن و همدلی به خاطر سطح بالای تحول اخلاقی و نعدوستی منطقی به نظر می‌رسد که قضاوت قاطعانه در مورد این احتمال، مستلزم بررسی‌های بیشتر می‌باشد.

براساس رویکرد تحولی، بخشندگی یک سازوکار طبیعی بوده که فرد به خودش کمک می‌کرده که بتواند در مقابل شرایط ناگوار و تلخ مقابله کند (ورثینگتون، ویتولیت^۴ و میلر^۵، ۲۰۰۷)، در چارچوب این رویکرد می‌توان گفت که همسران مردان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، از این سازوکار طبیعی در شرایط ناگوار و تلخ اختلال استرس پس از سانحه بهره می‌گیرند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۱۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۲/۲۷

1- Gilligan
3- Jurcec
5- Miller

2- Rijavec
4- Witvliet

منابع References

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۱). راهنمای تشخیصی و آماری و طبقه‌بندی اختلالات روانی (DSM-IV)، ترجمه محمدرضا نیکخو، تهران، انتشارات سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴).
- بهروان، حسین (۱۳۸۸). مقایسه ابعاد و زمینه‌های احساس ناامنی در همسران عادی و ایثارگر، پژوهش زنان، شماره ۵، ۲-۲۹.
- پوراسمعی، اصغر (۱۳۸۹). رابطه عامل‌های شخصیتی و زیرمؤلفه‌های بخشش در بین دانشجویان دانشگاه تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز.
- توزنده جانی، حسن (۱۳۸۷). مقایسه پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس پس از سانحه (PSD)، مجله دانش و پژوهش، شماره ۳۵ و ۳۶، ۱۵-۳۲.
- ستوده اصل، نعمت؛ عسگری مجدآبادی، حسام‌الدین (۱۳۸۳). اختلالات روانی و بهداشت روان در حوادث غیرمترقبه، خلاصه مقالات دومین کنگره بین‌المللی بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه، ص ۱۱۱.
- صادری اسکویی، الهه (۱۳۸۸). نقش نشخوار فکری در ساختار ارتباطی نوروتیسم یا اضطراب و افسردگی در افراد افسرده غیربالینی، دانشجوی کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه تبریز.
- غباری بناب، باقر (۱۳۸۱). رابطه عفو و گذشت در والدین کودکان استثنایی و عادی، فصلنامه حوزه و دانشگاه، ۳۱، ۵۶/۷۰.
- نجاریان، بهمن؛ براتی سده، فرید (۱۳۷۹). پیامدهای روانشناختی فاجعه‌ها، انتشارات میسر، تهران.
- Cano, A., Vivian, D. (2001). Life Stressors and Husband-to-wife Violence, *Aggression and Violent Behavior*, 6, Issue 5: 459-480.
- Cook, J.M., Riggs, D.S., Tampo, R., Coyne, J.C., Sheikh, J.I. (2002). Post Traumatic Stress Disorder and Current Relationship Functioning among World War II Ex-prisoners of War, *Journal of Family Psychology*, 18, 36-45.
- Farrow, T.F.D., Hunterm, M.D., Wilkinson, I.D., Gouneeam C., Fawbert, D., Smith, R., Lee, K.H., Mason, S., Spance, S.A., Woodruff, P.W.R. (2005). Quantifiable Change in Functional Brain Response to Empathic

- and Forgivability Judgments with Resolution of Post Traumatic Stress Disorder, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 140, 45-53.
- Figley, CR. (1998). *Burnout in Families: The Systematic Cost of Caring*, Boca Raton: CRC Press.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2003). *Synopsis of Psychiatry*.
- Luskin, F. (1999). The Art and Science of Forgiveness, *Stanford Meicine*, 16 (4), 1-3.
- Luskin, F. (2005). The Efficacy of Forgiveness Intervention in College Age Adults, *Humboldt Journal of Social Relations*, 29 (2), 163-184.
- McCullogh, M.E. (2008). *Beyond Reveng: The Evolution of the Forgiveness Instinct*, Jossey-Bass, San Francisco.
- McCullogh, M.E., Fincham, F.D., Tsang, J.A. (2003). Forgiveness, Forbearacn and Time: The Temporal Unfolding of Transgression-related Interpersonal Motivations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 540-557.
- Mullet, E, Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F. & Riviere-shafighi, S. (2003). Religious Involvement and the Forgiving Personality, *Journal of Personlity*, 71, 1-19.
- Mullet, E., Houdbine, A., Laumonier, S., & Girard, M. (1998). "Forgivingness", Factorstructure in a Sample of Young Middle-aged, and Elderly Adults, *European Psychologist*, 3, 289-297.
- Noll, J.G., (2005). Forgiveness in People Experiencing Trauma, In E.L. Worthington, Jr. (Ed.), *Handbook of Forgiveness* New York: Brunner-routledge, PP. 363-376.
- Orcutt, H.K., Pickett, S., & Pope, E.B. (2005). ExperientialAvoidance and Forgiveness as Mediators in the Relation between Traumatic Interpersonal Events and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7).
- Rijavec, M., Jurcec, L. (2010). Gender Differences in the Relationship between Forgiveness and Depression/Happiness, *Pshilogijsheteme*, 19, 1, 189-202.

-
- Rynolds, M., Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire Psychometric Properties in a Clinical Sample, and Relationship with PTSD and Depression, *Psychological Medicine*, 9: 1089-99.
- Suwartono, C., Praqwasti, C.Y., & Muillet, E. (2007). Effect of Culture on Forgivingness: A Southern-Asia-Western Europe Comparison, *Personality and Individua Differences*, 42, 513-523.
- Wade, N.G., & Worthington, E.L. (2003). Overcoming Interpersonal Offenses: Is Forgiveness the Only Way to Deal with Unforgiveness? *Journal of Counseling & Development*, 81, 343-353.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Meta Cognition: Innovative Cognitive Therapy*, Chichester: Wiley.

سبک‌های عشق: رابطه با پنج عامل بزرگ شخصیت و سبک‌های دلبستگی

الهه حجازی^۱

زهرا تنها^۲

سوده رحمانی^۳

روشنک نیک‌پور^۴

چکیده

در مطالعات اخیر عشق به‌عنوان یکی از نیازهای اولیه روان‌شناختی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک‌های دلبستگی با سبک‌های عشق بر اساس مدل هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) انجام شد. بدین منظور، ۳۹۵ نفر (۱۷۸ پسر و ۲۱۷ دختر) از دانشجویان کارشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیت (مک‌کری و کاستا، ۱۹۹۲)، سیاهه سبک‌های دلبستگی (کولینز و رید، ۱۹۹۰) و مقیاس نگرش عشق (هندریک، هندریک و دیک، ۱۹۹۸) بود. نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که روان رنجورخویی با سبک‌های دلبستگی رابطه مستقیم و با سبک عشق استورگ رابطه غیرمستقیم دارد. برون‌گرایی با سبک‌های دلبستگی وابسته و ارتباط نزدیک رابطه مستقیم و با سبک‌های عشق استورگ، مانیا و آگاپه رابطه غیر مستقیم دارد. همچنین، سبک وابسته با استورگ، سبک ارتباط نزدیک با مانیا و آگاپه و سبک اضطرابی با اروس، مانیا و آگاپه رابطه مستقیم داشتند. در نهایت، نتایج حاکی از برازش مناسب و قابل قبول مدل با داده‌ها بود.

واژگان کلیدی: شخصیت، سبک‌های دلبستگی، سبک‌های عشق.

Email: ehejazi@ut.ac.ir

۱- دانشیار گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

۳- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

۴- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

مقدمه

عشق^۱ به‌عنوان یک پدیده روانی در سال‌های اخیر، به‌ویژه در مباحث روان‌شناسی تحولی مورد توجه قرار گرفته است. اما در مورد مفهوم و انواع آن اتفاق نظر وجود ندارد. بالبی^۲ (۱۹۵۲؛ نقل از دیچ^۳، ۱۹۷۳) عشق را به‌عنوان یکی از نیازهای اولیه روان‌شناختی در نظر می‌گیرد که فقدان آن به آسیب روان‌شناختی منجر می‌شود. فورهایدر^۴ (۱۹۵۸؛ نقل از فرینی و نولر^۵، ۱۹۹۶) عنوان می‌کند که عشق صرفاً دوست‌داشتن شدید است و تفاوت احتمالی میان آن دو وجود ندارد. رابین^۶ (۱۹۷۰؛ نقل از بوگای و تزر^۷، ۲۰۰۰) عشق را با سه مؤلفه دلبستگی^۸، توجه^۹ و صمیمیت^{۱۰} معرفی کرد.

بنابر دیدگاه‌ها و تعاریف مختلفی که درباره عشق وجود دارد، چشم‌اندازهای نظری متفاوتی نیز در این زمینه یافت می‌شود؛ یکی از نظریه‌های مطرح در این زمینه به لی^{۱۱} (۱۹۷۶؛ نقل از هندریک^{۱۲} و هندریک، ۲۰۰۳) مربوط است که با اجتناب از قضاوت‌های ارزشی، تنوع وسیعی از سبک‌های عشق^{۱۳} را مطرح کرد. بر این اساس، در ابتدا سه سبک اولیه عشق را با عنوان لودوس، استورگ و اروس^{۱۴} در نظر گرفت. لودوس، سبک عشق افرادی است که به سادگی از یک رابطه به سراغ رابطه دیگر می‌روند یا هم‌زمان در بیش از یک رابطه ساده وارد می‌شوند و دارای حداقل تعهد هستند؛ این عشق در میان مردان بیشتر است و هنگامی که افراد احساس کنند که واقعاً عاشق شده‌اند، کاهش می‌یابد.

استورگ، صمیمیتی آرامش‌بخش است که به آرامی و با مشارکت متقابل و خود فاش‌سازی تدریجی رشد می‌کند که بیشتر در ازدواج‌های همسن و سال‌ها دیده می‌شود و با این اعتقاد عجین است که همسر شما بهترین دوست شماست و اروس که یک تجربه هیجانی تحلیل‌رونده و کشش ناگهانی جسمانی و شهوانی است که ارتباط نزدیکی

1- love

3- Ditch

5- Freeney & Noller

7- Bugay & Tezar

9- attention

11- Lee

13- Loving style

2- Bowlby

4- Furrider

6- Rubin

8- attachment

10- intimacy

12- Hendrick

14- Ludus, Storge & Eros

با ادراک شریک به عنوان زیبایی ایده آل دارد، این همان عشق در نگاه اول است.

لی (۱۹۷۶) همچنین، سبک‌های پراگما^۱ (عشق منطقی)، آگاپا^۲ (عشق بدون خودخواهی) و مانیا^۳ (عشق انحصارگر) را به عنوان سبک‌های ثانویه عشق معرفی کرد. از نظر وی پراگما، جستجوی شریکی متناسب با سن، مذهب، پیشینه، شخصیت و طبقه اجتماعی است که بر احساسات مقدم است؛ این نوع عشق تأکید زیادی روی تناسب اجتماعی دارد. آگاپا، عشقی است نامشروط توأم با توجه، گذشت و بخشش که هیچ انتظاری برای عمل متقابل وجود ندارد؛ این عشق نوعی ایثار و فدا کردن خود است. مانیا با اشتیاق هیجانی توأم با حسادت و دل‌مشغولی و وسواسی که با انحصارگری، وابستگی نایمن و نشانه‌های اضطرابی و ترکیبی از هیجان‌های مثبت و منفی و ترس از طرد شدن همراه است.

بررسی مطالعات (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳؛ هزن و شیور^۴، ۱۹۸۷؛ نقل از فرینی و نولر، ۱۹۹۶) نشان می‌دهد که دیدگاه لی درباره سبک‌های عشق بیشتر دارای پایه نظری است و درباره عوامل ایجاد کننده این سبک‌ها اطلاعات کمی وجود دارد. بنابر دیدگاه بالبی (۱۹۶۹، ۱۹۷۳) سبک‌های دلبستگی افراد در گستره حیات ادامه دارد. از آنجایی که هر کسی نیاز به ارزیابی روابط نزدیک در زندگی فردی خود دارد؛ چگونگی دلبستگی به دیگران و شکل‌دهی روابط بین فردی از اهمیت بسیاری برخوردار است. در همین رابطه هزن و شیور (۱۹۸۷) بیان می‌کنند انواع دلبستگی که در کودکی شکل گرفته‌اند بر سبک‌های عشق افراد در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. به نظر این دو پژوهشگر، عشق فرایند دلبستگی است که به وسیله افراد مختلف به گونه‌های متفاوت تجربه می‌شود، زیرا نوع دلبستگی افراد با هم متفاوت است. به نظر می‌رسد که نظریه‌های دلبستگی^۵ با مرتبط دانستن تجربیات کودکی و روابط بعدی بزرگسالی به تبیین علل اتخاذ این سبک‌ها در افراد مختلف می‌پردازد.

1- Pragma
3- Mania
5- attachment theories

2- Agape
4- Hazen & Shiver

مفروضه‌های اصلی نظریه‌های که به بررسی سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (ویس^۱، ۱۹۹۱؛ ثرتن^۲، ۱۹۸۵؛ هزن و شیور، ۱۹۸۷؛ لوی و دیویس^۳، ۱۹۹۸؛ کرو^۴، ۱۹۹۷؛ بارثولومئو^۵، ۱۹۹۰؛ کولینز و رید^۶، ۱۹۹۰) می‌پردازند، مبتنی بر نظریه بالبی (۱۹۶۹، ۱۹۷۳) هستند. سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰) شامل مؤلفه‌های وابسته^۷ (تمایل به وابستگی به دیگران) ارتباط نزدیک^۸ (توانایی یا تمایل به داشتن ارتباط نزدیک با دیگران) و اضطراب^۹ (نگرانی در روابط) است. بر این اساس، افراد دارای سبک دلبستگی از نوع ارتباط نزدیک به برقراری توأم با امنیت و آرامش با دیگران گرایش دارند، در حالی که، در افراد دارای سبک وابسته چنین گرایشی دیده نمی‌شود. همچنین، افراد مضطرب به‌رغم تمایل به برقراری ارتباط نزدیک با دیگران از محدودیت‌های این ارتباط نیز در هراسند.

نتایج مطالعه کولینز و رید (۱۹۹۰) نشان داد که میان سبک‌های عشق و سبک‌های دلبستگی رابطه وجود دارد. به طوری که، افراد دارای سبک آگاپا به‌راحتی می‌توانند رابطه نزدیک برقرار کنند، درحالی که افراد با سبک لودوس، استورگ و پراگما قادر به برقراری چنین ارتباطی نیستند. از سوی دیگر، بین دلبستگی اضطرابی و سبک عشق مانیا رابطه مثبت وجود دارد. همچنین، افرادی که در عشق خود نوعی ایثار و گذشت دارند، غالباً دلبستگی از نوع ارتباط نزدیک را تجربه می‌کنند در حالی که کسانی که در عشق خود نوعی تجربه هیجانی همراه با اضطراب از دست دادن دارند، معمولاً دارای دلبستگی اضطرابی هستند.

به‌رغم وجود ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و سبک‌های عشق شناسایی عوامل زیربنایی شکل‌گیری این رابطه از اهمیت چشم‌گیری برخوردار است. مرور ادبیات پژوهش

1- Vase

3- Levi & Davise

5- Bartholomew

7- depend

9- Anxiety

2- Thorston

4- Kror

6- Kulinz & Read

8- close

(آسندورف^۱، ۱۹۹۸؛ دیون و دیون^۲، ۱۹۸۸؛ شیور و برنام^۳، ۱۹۹۲؛ اسمیت، یان و بروک^۴، ۲۰۰۹؛ دیویس^۵، ۱۹۹۶؛ هیون، داسیلوا، کری و هلن^۶، ۲۰۰۴ و جناسن و کاواناق^۷، ۲۰۱۰) نشان می‌دهد که عشق و بسیاری از جنبه‌های عاطفی با ویژگی‌های شخصیت ارتباط دارد. مدل پنج عامل بزرگ شخصیت^۸، یکی از بهترین نمونه‌ها برای نشان دادن ویژگی‌های شخصیت است (دیگمن^۹، ۱۹۹۷؛ جان^{۱۰}، ۱۹۹۰). یکی از معروف‌ترین مدل‌های پنج‌عاملی مربوط به مک‌کری و کاستا^{۱۱} (۱۹۹۶؛ نقل از شولتز و شولتز، ۱۳۸۶) است که براساس آن می‌توان شخصیت را به پنج عامل روان‌رنجورخویی^{۱۲}، برون‌گرایی^{۱۳}، انعطاف‌پذیری^{۱۴}، توافق‌پذیری^{۱۵} و مسئولیت‌پذیری^{۱۶} خلاصه نمود.

برخی از پژوهش‌ها به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیت با سبک‌های عشق (آسندورف، ۱۹۹۸؛ اسمیت، ۲۰۰۲؛ وایت^{۱۷}، هندریک و هندریک، ۲۰۰۴؛ فهر و بروتون^{۱۸}، ۲۰۰۱) و برخی دیگر به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیت با سبک‌های دلبستگی (شاور و برینان^{۱۹}، ۱۹۹۲) پرداخته‌اند. نتایج پژوهش‌ها (آسندورف، ۱۹۹۸؛ اسمیت و باس^{۲۰}، ۲۰۰۰؛ وان، لاک و لای^{۲۱}، ۲۰۰۰؛ اسمیت، ۲۰۰۲؛ فهر و بروتون، ۲۰۰۱؛ وایت، هنریک و هندریک، ۲۰۰۴) نشان‌دهنده ارتباط بین برون‌گرایی و توافق‌پذیری با سبک‌های عشق است. بنابر پژوهش‌های ذکر شده، به نظر می‌رسد عشق و روابط عاشقانه که نوعی تفاوت‌های فردی با زمینه‌های زیستی هستند، با ویژگی‌های شخصیتی و مدل صفات مرتبط باشند. بر اساس پژوهش شاور و برینان (۱۹۹۲) افراد با سبک دلبستگی ایمن کمتر به صفات شخصیتی روان‌رنجورخویی گرایش دارند و به ابعاد برون‌گرایی مثل گرمی

1- Asendorpf

3- Shaver & Brennan

5- Davies

7- Jonason & Kavanagh

9- Digman

11- McCrae & Costa

13- extraversion

15- agreeableness

17- White

19- Shaver & Brennan

21- Van, Luk & Lai

2- Dion & Dion

4- Schmitt

6- Heaven, Da Silva, Carey, & Holen

8- big five

10- John

12- neuroticism

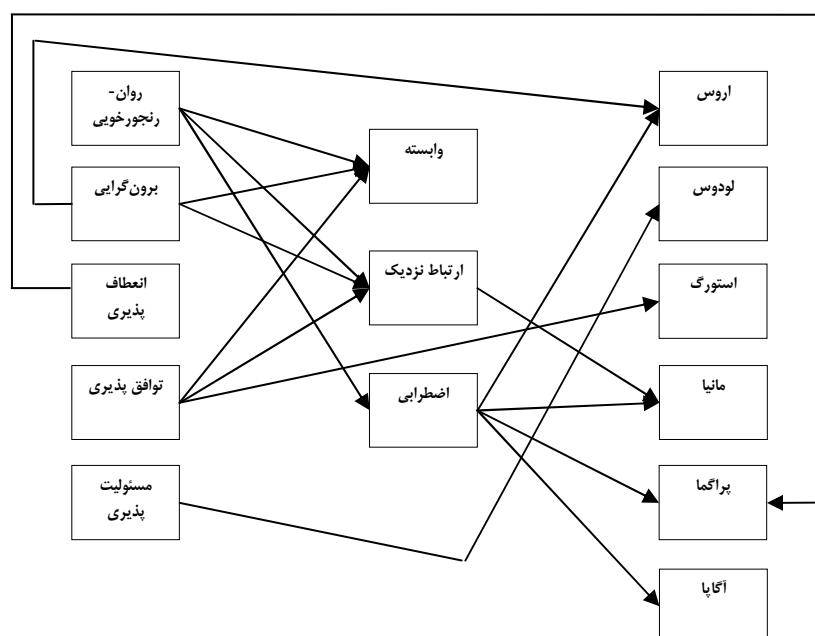
14- openness to experience

16- conscientiousness

18- Fehr & Broughton

20- Buss

و مردم‌آمیزی نزدیک‌ترند. دلبستگی اضطرابی یکی از اشکال ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی است (کرافورد، شیور و گلداسمیت^۱، ۲۰۰۷) و افراد با این ویژگی‌های شخصیتی با توجه به تصویر ناایمنی که از موضوع عشق خود در کودکی تجربه کرده‌اند، نوعی هیجان اضطرابی و ترس از دست‌دادن دارند. هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) در پژوهشی که انجام دادند به بررسی نقش ابعاد شخصیت و سبک‌های دلبستگی در پیش‌بینی سبک‌های عشق پرداخته‌اند (شکل ۱).



شکل (۱) مدل هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴)

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، پنج عامل شخصیت -روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری- به عنوان متغیرهای برون‌زاد

1- Crawford, Shaver & Goldsmith

مدل، سه سبک دلبستگی وابسته، ارتباط نزدیک و اضطرابی به عنوان میانجی‌های مدل و شش عامل سبک‌های عشق متغیر درون‌زاد مدل در نظر گرفته شده‌اند. مدل فوق در جامعه دانشجویان استرالیایی تدوین، طراحی و بررسی شده است.

پژوهش‌های مختلفی به نقش تفاوت‌های فرهنگی در زمینه عشق پرداخته‌اند (دیون و دیون، ۱۹۹۶؛ هندریک و هندریک، ۲۰۰۳؛ اینمن و ساندها^۱، ۲۰۰۲؛ رودریگز، مونت گمری و پلاز^۲، ۲۰۰۳؛ وان، لاک و لای، ۲۰۰۰؛ گائو^۳، ۲۰۰۱؛ اسپرچر، آرون و هاتفیلد^۴، ۱۹۹۴؛ لوین، ساتو و هاشیموتو^۵، ۱۹۹۵). این تفاوت‌های فرهنگی را می‌توان با توجه به ابعاد فردگرایی- جمع‌گرایی^۶ تبیین کرد (دیون و دیون، ۱۹۹۶؛ هافستد^۷، ۲۰۰۱؛ تریانديس^۸، ۲۰۰۱). بر اساس مدل چرچ (۲۰۰۰) فرهنگ، از طریق قوانین و سنت‌ها تعیین می‌کند که چه زمان، چطور و چگونه می‌توانیم عاشق شویم (هاتفیلد و راپسون^۹، ۱۹۹۶؛ نتو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰). فرهنگ مشخص‌کننده احساس، تفکرات و رفتارهای عاشقانه خوشایند در زندگی عاشقانه افراد است (لنديس و اشیا^{۱۱}، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد مفهوم عشق تا حدودی تابع عوامل فرهنگی و اجتماعی باشد و معرف زمان و مکانی است که در آن تجربه می‌شود (اسمیت، یان و بروک، ۲۰۰۹).

بیشتر مطالعات انجام‌شده در خصوص ارتباط صفات شخصیت و سبک‌های عشق در فرهنگ‌های غربی که شباهت‌های زیادی با هم دارند، اجرا شده است (هافتسد، ۱۹۸۰؛ لستر و فیلبریگ^{۱۲}، ۱۹۸۸؛ وول^{۱۳}، ۱۹۸۹؛ لازول^{۱۴} و لازول، ۱۹۷۶؛ نقل از وان، لاک و لای، ۲۰۰۰). به باور مک کری، کاستا و بیک (۱۹۹۶) اگرچه ساختار صفات شخصیت بر اساس حد و مرزهای فرهنگی به صورت جهان‌شمول پدیدار می‌شود (مک کری، کاستا و بیک^{۱۵}، ۱۹۹۶)، اما ممکن است خصوصیت مشابهی، نیازهای مختلفی برای

1- Inman & Sandhu

3- Gao

5- Levine, Sato, S & Hashimoto

7- Hofstede

9- Rapson

11- Landis & O'Shea

13- Woll

15- Yik

2- Rodríguez, Montgomery & Peláez

4- Sprecher, Aron & Hatfield

6- individualism- collectivism

8- Triandis

10- Neto

12- Lester & Philbric

14- Lasswell

ارضا شدن به دنبال داشته باشد.

با توجه به این که فرهنگ، شیوه‌هایی که افراد برای ارضای نیازهایشان برمی‌گزینند را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابر این، بررسی رابطه شخصیت، سبک‌های دلبستگی و سبک‌های عشق در بافت مذهبی جامعه ایران دارای اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف شناسایی رابطه شخصیت با سبک‌های عشق و نقش میانجی‌گر سبک‌های دلبستگی در این رابطه، قصد دارد از یک‌سو به آزمون مدل هیون و همکاران (۲۰۰۴) بپردازد و از سوی دیگر این فرضیه که فرهنگ در شکل‌دهی به رفتارهای هیجانی - عاطفی نقش دارد را مورد بررسی قرار دهد.

روش

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی بوده است که در قالب طرح همبستگی مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه دانشجویان دوره کارشناسی شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم) است. در این پژوهش ۳۹۵ نفر (۱۷۸ پسر و ۲۱۷ دختر) با میانگین سنی ۲۲/۵ بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، از بین دانشجویان دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی انتخاب شدند. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی شامل رشته‌های روان‌شناسی، علوم تربیتی، مشاوره و کتابداری است. روش نمونه‌گیری بدین شرح بود که ابتدا از بین کلیه دانشکده‌ها، دو دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس، با مراجعه به دانشکده‌ها در روزهای مختلف، چند کلاس به تصادف انتخاب و بعد از توضیحاتی درباره اهداف پژوهش و جلب مشارکت آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها توسط آن‌ها تکمیل شد؛ آنگاه داده‌های گردآوری شده از روش تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیت: این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سؤال است که توسط کاستا و مک کری (۱۹۹۲) به صورت لیکرت پنج درجه‌ای تدوین شده‌است. در تحلیل عاملی، ساختاری با پنج عامل اصلی شخصیت به‌دست آمده است که این عوامل عبارتند از: روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری. این ساختار عاملی در پژوهش‌های دیگر نیز تکرار شده است. آزمون نثو، نخست برای ارزیابی عوامل شخصیت افراد سالم ساخته شده و هنجاریابی اصلی آن نیز بر روی نمونه‌هایی از افراد بهنجار تهیه شده‌است. بررسی‌های انجام شده اعتبار^۱ آن را در فاصله‌های سه ساله بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ و شش ساله بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ گزارش داده‌اند (کاستا و مک کری، ۱۹۸۸). این پرسش‌نامه در ایران توسط حق‌شناس (۱۳۷۸) بر روی ۵۰۲ نفر از افراد بدون سابقه روان‌پزشکی هنجاریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ برای تعیین ثبات درونی برای پنج شاخص اصلی، به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۱، ۰/۵۷، ۰/۷۱، ۰/۸۳ و ثبات بازآزمایی به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۶۰، ۰/۶۴ در فاصله میانگین شش و هفت ماه به‌دست آمده است. گروسی فرشی (۱۳۸۰) نیز این پرسش‌نامه را روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله سه ماه اجرا کرد که ضرایب اعتبار ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۹ به ترتیب برای عوامل N، E، O، A، C به‌دست آمد. میزان اعتبار خرده‌مقیاس‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۱ به‌دست آمد.

سیاهه سبک‌های دلبستگی: این مقیاس شامل خودارزیابی مهارت‌های برقراری ارتباط و توصیف شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های دلبستگی نزدیک است که مشتمل بر ۱۸ سؤال بوده و در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، متعادل، موافقم، کاملاً موافقم) توسط کولینز و رید (۱۹۹۰) بر پایه توصیف‌هایی که در پرسش‌نامه دلبستگی هزن و شیور (۱۹۸۷) در مورد سبک‌های دلبستگی وجود داشت، تدوین، طراحی و اعتباریابی شده‌است. تحلیل عاملی سؤالات این مقیاس، نشان داد که

1- reliability

این مقیاس یک صفت تک‌بعدی را نمی‌سنجد و سه عامل برای آن قابل شناسایی است. این عامل‌ها عبارتند از: ۱- وابسته که به میزانی که آزمودنی‌ها به دیگران اعتماد می‌کنند، به آن‌ها متکی می‌شوند و در مواقع لزوم قابل دسترسی هستند، اشاره می‌کند، مانند «دوست دارم به دیگران متکی باشم»، این خرده‌مقیاس، دلبستگی اجتنابی و نایمن را توصیف می‌کند. ۲- ارتباط نزدیک میزان آرامش در رابطه صمیمانه و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند، مانند «ایجاد ارتباط با دیگران برایم آسان است»، این خرده‌مقیاس، دامنه‌ای از توصیف‌های ایمن تا اجتنابی را مقابل هم قرار می‌دهد (فرینی و نولز، ۱۹۹۶) و ۳- اضطراب که ترس از دست‌دادن روابط را نشان می‌دهد، مانند «در روابطم اغلب نگرانم که طرف مقابلم نخواهد ارتباطش را با من ادامه دهد»، این خرده‌مقیاس، حالت اضطراب دوسوگرا را توصیف می‌کند. میزان اعتبار این خرده‌مقیاس‌ها در مطالعه کولینز و رید (۱۹۹۰) بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ گزارش شده‌است. میزان اعتبار در مطالعه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۵ به‌دست آمد.

فرم کوتاه مقیاس نگرش عشق^۱: این ابزار که توسط هندریک، هندریک و دیک^۲ (۱۹۹۸) تهیه شده، شامل ۲۴ گویه با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) می‌باشد و شش نوع سبک عشق - اروس، لودوس، استورگ، پراگما، مانیا و آگاپا- را مورد بررسی قرار می‌دهد. شرکت‌کنندگان با در نظر گرفتن تجربه رابطه عاطفی حال حاضر یا تجربه گذشته خود، به سؤالات پاسخ می‌دهند و بسته به اینکه نمره فرد در کدام ماده بیشتر شود، سبک عشقی او مشخص می‌شود. هندریک و هندریک (۱۹۸۶) میزان اعتبار پرسش‌نامه فرم بلند - ۴۲ سؤالی - را با روش بازآزمایی ۰/۳۷ گزارش کردند. در پژوهش‌های بعدی میزان اعتبار در فرم کوتاه ۰/۵۰ افزایش نشان داد. در پژوهش‌های دیگر (وان و لاک و لای، ۲۰۰۰؛ وربی^۳، ۲۰۰۱؛ هیون، داسیلوا، کری و هلن، ۲۰۰۴) اعتبار از نوع همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شده‌است. در پژوهش هیون،

1- Love attitudes scale, short form
3- Worobey

2- Dicke

داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) میزان اعتبار برای هر یک از سبک‌ها به صورت جداگانه عبارت بود از: اروس (۰/۷۹)، لودوس (۰/۷۰)، استورگ (۰/۷۹)، پراگما (۰/۷۵)، مانیا (۰/۶۹) و آگاپا (۰/۸۶). در مطالعه حاضر میزان اعتبار با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۵ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱، مشخصه‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد، به همراه ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
اروس	۲۰/۹۶	۲/۰۳	۱													
لودوس	۲۱/۳۷	۲/۷۸	۰/۷۴**	۱												
پراگما	۲۰/۷۳	۳/۶۴	۰/۱۵**	۰/۲۲**	۱											
مانیا	۲۰/۱۲	۲/۹۵	۰/۵۰**	۰/۷۳**	۰/۱۲**	۱										
آگاپا	۲۰/۷۳	۲/۶۲	۰/۴۵**	۰/۴۶**	۰/۲۰**	۰/۴۲**	۱									
استورگ	۲۰/۸۸	۳/۸۹	۰/۵۹**	۰/۷۵**	۰/۳۶**	۰/۵۸**	۰/۲۹**	۱								
وابسته	۱۷/۱۵	۲/۳۳	۰/۵۳**	۰/۶۶**	۰/۱۶**	۰/۴۲**	۰/۲۸**	۰/۵۴**	۱							
ارتباط	۱۷/۷۹	۲/۴۷	۰/۶۰**	۰/۷۶**	۰/۱۷**	۰/۵۹**	۰/۳۹**	۰/۶۹**	۰/۶۷**	۱						
نزدیک	۱۷/۳۱	۳/۶۱	۰/۰۴	۰/۲۹**	۰/۷۳**	۰/۱۷**	۰/۱۴**	۰/۴۸**	۰/۱۴**	۰/۲۱**	۱					
اضطراب	۳۶/۸۰	۴/۰۹	۰/۶۸**	۰/۸۱**	۰/۰۶	۰/۵۶**	۰/۴۴**	۰/۶۶**	۰/۶۲**	۰/۷۰**	۰/۱۴**	۱				
انعطاف	۳۶/۶۹	۳/۴۴	۰/۴۵**	۰/۲۳**	۰/۵۶**	۰/۱۸**	۰/۵۱**	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۱۹**	۰/۵۳**	۰/۳۵**	۱			
پذیری	۳۶/۶۴	۵/۳۳	۰/۶۲**	۰/۸۸**	۰/۳۵**	۰/۶۴**	۰/۴۱**	۰/۷۵**	۰/۶۴**	۰/۷۷**	۰/۴۳**	۰/۷۹**	۰/۱۱*	۱		
مسئولیت	۳۶/۴۲	۳/۲۵	۰/۷۱**	۰/۶۹**	۰/۳۰**	۰/۵۵**	۰/۶۴**	۰/۴۸**	۰/۵۲**	۰/۶۵**	۰/۲۵**	۰/۷۶**	۰/۶۸**	۰/۶۱**	۱	
روان	۳۶/۴۱	۳/۷۳	۰/۴۲**	۰/۱۷**	۰/۶۵**	۰/۱۶**	۰/۰۵	۰/۴۶**	۰/۰۹	۰/۱۶**	۰/۶۷**	۰/۳۱**	۰/۸۲**	۰/۰۴	۰/۶۹**	۱

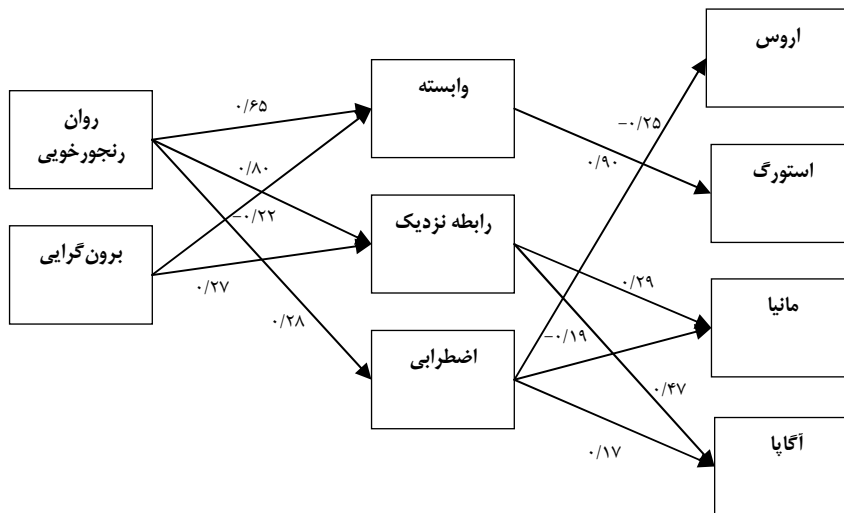
* $P < ۰/۰۵$; ** $P < ۰/۰۱$

بررسی ضرایب همبستگی نشان می‌دهد که بین سبک‌های عشق با سبک‌های دلبستگی و عوامل شخصیتی ارتباط قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. در جدول شماره ۲ شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است.

جدول شماره (۲) شاخص‌های برازش مدل

آماره برازش	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری	ریشه استاندارد میانگین باقی مانده‌ها	شاخص نیکویی برازش	شاخص تعدیل کننده نیکویی برازش
ارزش	۴۴۷/۹۰	۲۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۸۸	۰/۹۴

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، نتایج آزمون مدل مفهومی، حاکی از برازش نسبتاً خوب مدل در جامعه است. در این مدل نسبت χ^2/df (۱/۷) کوچک‌تر از ۲ بود. همچنین، شاخص ریشه استاندارد میانگین باقی مانده‌ها (RMSEA) ۰/۰۶ به دست آمد که با توجه به اینکه از ۰/۰۸ کوچک‌تر است مقدار قابل قبولی می‌باشد و شاخص نسبتاً خوبی است. شاخص‌های نیکویی برازش (GFI) و شاخص تعدیل‌کننده نیکویی برازش (AGFI) که باید بزرگ‌تر از ۰/۹۰ می‌شدند، به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۴ به دست آمدند. با وجود اینکه مقدار شاخص تعیین‌کننده نیکویی برازش (۰/۸۸) کمی کمتر از ۰/۹۰ است، براساس نظر برخی از محققان که مقادیر ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ برازشی مناسب اما مرزی می‌باشد (هومن، ۱۳۹۰) قابل قبول است، اما در تبیین مدل برازش یافته باید با احتیاط برخورد شود. در شکل شماره ۲ مدل برازش یافته آورده شده است.



شکل (۲) مدل برازش یافته

ضرایب اثر مستقیم در این مدل، نشان‌دهنده این است که روان‌رنجورخویی بیشترین اثر مستقیم را بر سبک دلبستگی اضطرابی ($0/80$) داشته است. براساس مدل برازش‌یافته روان‌رنجورخویی با دو سبک وابسته ($0/65$)، ارتباط نزدیک ($-0/22$) روابط مستقیم داشته و بعد برون‌گرایی نیز با سبک‌های دلبستگی وابسته ($0/28$) و ارتباط نزدیک ($0/27$) رابطه مستقیم نشان داده است. سایر عوامل شخصیت - انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری - رابطه مستقیم با سایر عوامل مدل نداشته و حذف شده‌اند. از سوی دیگر، سبک‌های دلبستگی نیز روابط مستقیمی با سبک‌های عشق داشته‌اند. سبک وابسته بیشترین ارتباط مستقیم را با استورگ ($0/90$) داشته است. سبک ارتباط نزدیک با مانیا ($0/29$) و آگاپا ($0/47$) رابطه مستقیم داشته و سبک اضطرابی با اروس ($-0/25$)، مانیا ($0/29$) و آگاپا ($0/47$) رابطه مستقیم نشان داده است. ضرایب اثر غیرمستقیم موجود در مدل حاکی از این است که روان‌رنجورخویی با استورگ ($0/58$)، مانیا ($0/37$)، اروس ($0/20$)، آگاپا ($0/13$) و برون‌گرایی با استورگ ($0/19$) و آگاپا ($0/12$) رابطه غیرمستقیم

نشان داده است. نتایج مجذور همبستگی چندگانه نشان داد که پنج عامل بزرگ شخصیت و سبک‌های دلبستگی ۰/۳۴ از واریانس سبک‌های عشق را تبیین کردند (جدول ۳).

جدول (۳) مقدار واریانس تبیین شده از متغیرهای پژوهش

متغیرهای پیش‌بینی‌کننده	متغیرهای پیش‌بینی‌شونده	R	R ²
روان‌رنجورخویی	سبک‌های وابسته ارتباط نزدیک و اضطرابی	۰/۳۵	۰/۱۲
برون‌گرایی	سبک‌های وابسته و ارتباط نزدیک	۰/۲۸	۰/۰۷
سبک وابسته	استورگ	۰/۰۵	۰/۰۰۲
سبک ارتباط نزدیک	مانیا و آگاپا	۰/۲۶	۰/۰۶
سبک اضطرابی	اروس، مانیا و آگاپا	۰/۳۰	۰/۰۹

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن رابطه عوامل مربوط به شخصیت و سبک‌های دلبستگی با سبک‌های عشق دانشجویان، مدل هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) مورد بررسی قرار گرفت.

بر اساس نتایج حاصل از برازش مدل، می‌توان گفت که روان‌رنجورخویی اثر معناداری بر مؤلفه‌های سبک‌های دلبستگی وابسته، ارتباط نزدیک و اضطرابی دارد. این روابط در مطالعات هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴)، وان، لوک و لای (۲۰۰۰)، فهر و بورتون (۲۰۰۱)، لستر و فیلیبرگ (۱۹۸۸)، میدلتون^۱ (۱۹۹۳)، ول (۱۹۸۹) و وایت (۲۰۰۳) نیز به‌دست‌آمده است. روان‌رنجورخویی ویژگی شخصیتی افرادی است که ثبات عاطفی پایین و اضطراب بالا دارند. افراد دارای نمره بالا در این ویژگی، دارای عواطف غیرمنطقی بیشتر، توان کمتر در مهار رفتارهای تکانه‌ای و ضعف در کنار آمدن با مشکلات، هستند (لانس بری^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). بنابر این، روشن است که افراد با این

1- Middleton

2- Lounsbury

ویژگی شخصیتی، به دلیل ترس از دست دادن، اضطراب بیشتری در ارتباطات خود تجربه می‌کنند. در نتیجه انتظار می‌رود که سبک عشق این افراد از نوع مانیا باشد که رابطه غیرمستقیم روان‌رنجورخویی با مانیا از طریق سبک‌دلبستگی اضطرابی مؤید همین مسئله است. از نظر کولینز و رید (۱۹۹۰) افرادی که اضطراب بالایی دارند، نمره مانیا بالاتری نیز به دست می‌آورند. افرادی که سبک عشق مانیا دارند، حسادت و دل‌مشغولی نسبت به عشق خود داشته و نشانه‌های اضطرابی و ترس از طردشدن را تجربه می‌کنند که نشان‌دهنده وابستگی بیش از حد آنان به معشوق است. بدین ترتیب، سبک‌های عشق ممکن است به صورت کنشی از سبک‌های دلبستگی تغییر کند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که نوع دلبستگی اضطرابی با واسطه قرار گرفتن بین روان‌رنجورخویی و مانیا، نشانگر اضطراب در برقراری ارتباط عاطفی در نمونه مورد بررسی است. تغییرات سریع بافت اجتماعی اقتصادی، ظاهر شدن سبک‌های جدید زندگی مانند ازدواج مدرن، احتمالاً دلیل افزایش اضطراب در روابط با دیگران است. این نتیجه با یافته مدل مورد بررسی همخوان بود.

از سوی دیگر، روان‌رنجورخویی از طریق سبک دلبستگی وابسته با سبک عشق استورگ به‌طور غیرمستقیم رابطه دارد. به‌نظر می‌رسد افراد روان‌رنجورخو، در صورت تجربه دلبستگی ناایمن و اجتنابی، با ترس و اضطرابی که دارند به‌سختی با دیگران ارتباط برقرار کنند. این افراد در صورت داشتن سبک دلبستگی وابسته قادر به داشتن سبک عاشقانه استورگ خواهند بود. همانطور که کولینز و رید (۱۹۹۹) بیان می‌دارند، افراد با سبک دلبستگی وابسته قادر به برقراری رابطه نزدیک با دیگران هستند بنابراین، می‌توان گفت که قادر به داشتن سبک عاشقانه استورگ نیز خواهند بود. افراد با سبک عشق استورگ، بیشتر به دنبال دوستی‌های عمیق هستند و بیشترین دوستی‌ها را با همسالان خود برقرار می‌کنند. افراد با این نوع سبک عشق، افراد متعهدی هستند که با افراد شبیه به خود رابطه برقرار می‌کنند. در پژوهش حاضر عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی و سبک عشقی استورگ، ارتباط غیرمستقیم بالایی دارند. یک تبیین احتمالی برای این

نتیجه، به نوع بافت فرهنگی - مذهبی جامعه ایرانی باز می‌گردد. به نظر می‌رسد، بافت جامعه این نوع از عشق را با توجه به مسئله تعهد بیشتر می‌پسندد. بنابراین، ممکن است افراد با ویژگی‌های روان‌رنجورخویی و سبک دلبستگی وابسته، گرایش به عشق متعهدانه داشته باشند. این یافته با نتیجه پژوهش ول (۱۹۸۹) و هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) همسو است.

نتایج پژوهش نشان داد که روان‌رنجورخویی از طریق دلبستگی اضطرابی با سبک عشقی اروس مرتبط است. هرچند این ارتباط قوی نیست (زیر ۰/۳ است) و باید با احتیاط تبیین شود، اما این مسیر معنادار شده و در مدل برازش یافته نقش داشته است. در تبیین این ارتباط می‌توان به تکانه‌ای بودن افراد روان‌رنجورخو اشاره کرد. این افراد در لحظه تصمیم به انجام کاری می‌گیرند و با اضطرابی که در ارتباط با دیگران دارند کمتر سعی می‌کنند وارد این گونه روابط شوند. اما گاهی تمایلات جسمانی، این افراد را به عشق‌هایی مبتلا می‌کند که به همان عشق در نگاه اول شهرت یافته است. این افراد بیشتر تمایل دارند تا روابط جنسی، بدون وابستگی عاطفی تجربه کنند که منجر به اضطراب آن‌ها می‌شود. اضطراب و ثبات عاطفی کم این افراد، باعث کوتاهی عمر روابط آن‌ها می‌شود.

رابطه غیرمستقیم دیگر که از مدل برازش شده برآمده است، به ارتباط روان‌رنجورخویی از طریق سبک دلبستگی ارتباط نزدیک و اضطرابی با سبک عشق آگاپا مربوط است. افراد با این ویژگی شخصیتی که اضطراب جدایی را تجربه می‌کنند در صورت سبک دلبستگی ناایمن که با ترس از دست دادن همراه است تمام سعی خود را می‌کنند تا معشوق را از دست ندهند، اشتباهات و بی‌توجهی‌ها را نادیده می‌گیرند و با گذشت سعی دارند اضطراب خود را کاهش دهند. البته این تبیین برای افرادی مناسب است که در قطب اجتنابی زسبک دلبستگی ارتباط نزدیک قرار گرفته‌اند. این یافته با پژوهش هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) مطابق است.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، برون‌گرایی ارتباط معناداری با دو مؤلفه سبک دلبستگی وابسته و ارتباط نزدیک داشته است که این رابطه با سبک دلبستگی وابسته منفی و با سبک دلبستگی ارتباط نزدیک، مثبت بوده است. افراد برون‌گرا با ویژگی‌هایی چون صمیمیت، قاطع بودن، فعالیت هیجان‌خواهانه و هیجانات مثبت (میشل^۱ و همکاران، ۲۰۰۴) مردم آمیزی (میل به برقراری روابط بین فردی)، اعتماد به نفس و ابراز هیجانات و احساسات (وگنر^۲، ۲۰۰۵) شناخته می‌شوند. ارتباط مثبت برون‌گرایی با سبک دلبستگی ارتباط نزدیک می‌تواند از طریق ویژگی‌های افراد برون‌گرا مثل جامعه‌پذیری، مهربانی، رفاقت‌جویی، مردم‌آمیزی و میل به برقراری ارتباط با دیگران را تبیین گردد. افراد برون‌گرا غالباً سطوح بالایی از صمیمیت، ثبات و رضایت‌مندی در روابط نزدیک را تجربه می‌کنند و در محیط خود احساس امنیت بیشتری دارند؛ این ویژگی‌ها باعث می‌شود تا این افراد در جستجوی روابط گرم و صمیمانه باشند و سبک دلبستگی ایمن و ارتباط نزدیک را تجربه کنند و کمتر به سبک دلبستگی وابسته گرایش داشته باشند. با توجه به آنچه بیان شد به نظر می‌رسد که افراد با ویژگی برون‌گرایی قوی، تمایل بیشتری به برقراری ارتباط نزدیک دارند تا وابستگی به دیگران. این یافته با نتایج پژوهش هیون، داسیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) همسو می‌باشد.

همچنین، بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، به نظر می‌رسد که برون‌گرایی اثر غیرمستقیمی بر سبک‌های عشق از طریق سبک‌های دلبستگی داشته است. بر این اساس، برون‌گرایی به واسطه دلبستگی وابسته با سبک عشق استورگ رابطه دارد. انتظار می‌رود افرادی که با ویژگی شخصیتی برون‌گرایی وارد روابط عاطفی در سنین بزرگسالی می‌شوند، به دلیل تجربه کمتر احساس امنیت در دوران کودکی، در روابط جدید خود به دنبال به دست آوردن صمیمتی آرامش بخش باشند. این افراد به دلیل پشتوانه عاطفی و حمایتی ضعیف به آهستگی روابط دوستانه خود را گسترش می‌دهند و عواطف خود را کمتر بروز می‌دهند.

1- Mischel

2- Wagner

از سوی دیگر، برون‌گرایی از طریق سبک‌دلبستگی ارتباط نزدیک با آگاپا ارتباط دارد. این سبک عشق بین دو سبک دیگر - استورگ و اروس - قرار گرفته است. تمایل افراد به برقراری ارتباط نزدیک و توأم با صداقت و وفاداری با خود نوعی ایثار و فداکاری به همراه می‌آورد که نه بی‌ثباتی اروس را دارد و نه کندی و ترس استورگ را. تجربه ایمنی بخش و تصویر والدی که با از خود گذشتگی از وی حمایت کرده است در دوران بزرگسالی نمود می‌یابد. انتظار می‌رود افراد با نمره بالا در این سبک عشق، دلبستگی ایمن داشته باشند. این یافته با پژوهش‌های لستر و فیلبریک (۱۹۸۸)، ول (۱۹۸۹)، کولینز و رید (۱۹۹۰) و میدلتون (۱۹۹۳) همسو بوده است.

مشاهده مدل برازش یافته در پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که بسیاری از مسیرهای مدل هیون، دی سیلوا، کری و هلن (۲۰۰۴) در مطالعه حاضر معنادار نشده است. یک عامل احتمالی این تفاوت، به عوامل فرهنگی باز می‌گردد. مدل مذکور در فرهنگی متفاوت - استرالیا - تجزیه و تحلیل شده است. بیشترین تفاوت‌ها مربوط به عوامل شخصیتی است که به‌عنوان زیربنای شکل‌گیری این روابط، فرض شده است. از یک دیدگاه، فرهنگ چگونگی تحول شخصیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و شواهدی دال بر جهان‌شمول بودن این صفات وجود دارد. علاوه بر این، شواهدی نیز مبنی بر وابسته به فرهنگ بودن این صفات مشاهده می‌شود. برخی از این شواهد به پیچیدگی، در هم تنیدگی و فردگرایی یا جمع‌گرایی وابسته است. اسپریچر^۱ (۱۹۹۴)؛ نقل از هاتفیلد و راپسون، (۱۹۹۶) دریافت که مردان آمریکایی احتمالاً بیشتر سبک ایمن دارند تا مردان روسی و ژاپنی و زنان ژاپنی و آمریکایی نسبت به زنان روسی سبک ایمن‌تری دارند. جهت‌گیری شرقی‌ها بیشتر به سمت جمع‌گرایی است تا فردگرایی. در این فرهنگ‌ها، فرد در میان انبوهی از روابط با والدین، خواهر، برادر، فامیل و همسالان زندگی می‌کند و روابط عاطفی بین افراد از اهمیت بیشتری برخوردار است. از این رو، دلبستگی ایمن نتیجه زندگی در چنین فرهنگ‌های جمع‌گراست. در مطالعات بین فرهنگی درباره سبک‌های

1- Spricher

دلبستگی، بر این مسئله تأکید شده است که دلبستگی اجتنابی بیشتر در فرهنگ‌های غربی قابل ردیابی است تا در فرهنگ‌های شرقی (گونگور و برنستین^۱، ۲۰۱۲).

تجارب دوران کودکی، نوع و کیفیت ارتباط کودک با والدین و به‌خصوص مادر، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری دیدگاه کودک به محیط اطراف و نوع روابط حاکم بر آن خواهد داشت. از سوی دیگر، شخصیت کودک در سال‌های ابتدایی بعد از تولد و همزمان با شکل‌گیری عواطف نسبت به والدین شکل می‌گیرد. بنابر دیدگاه محققان (بالبی، ۱۹۷۶ و هزن و شیور، ۱۹۸۷) این تجارب دلبستگی در دوران بزرگسالی و در ارتباطات نوجوان یا جوان با افرادی خارج از محیط خانواده گسترش می‌یابد و می‌توان روابط عاشقانه بزرگسالی را بازتابی از ارتباطات دوران کودکی در نظر گرفت. بنابراین، شخصیت هم تحت تأثیر محیط و هم سرشت شکل می‌گیرد. علاوه بر این، رفتار نه تنها تابعی از فرهنگ و شخصیت است؛ بلکه نتیجه تعامل بین این دو نیز می‌باشد (تریاندیس و سو^۲، ۲۰۰۲). رابطه فرد در محیط می‌تواند فرهنگ را تحت تأثیر قرار دهد که خود موجب شکل‌گیری الگوهای متفاوت اجتماعی شده و باعث تغییر پذیری شخصیت در محیط‌های گوناگون می‌شود. برای مثال، رونر و بریتنر^۳ (۲۰۰۲) نشان داد که رابطه‌ای منطقی بین رفتارهای مربوط به اجتماعی شدن و شخصیت وجود دارد. به عنوان مثال، وقتی والدین پذیرای فرزند باشند، کودکان اجتماعی‌تر شده و به لحاظ عاطفی ثبات بیشتری پیدا می‌کنند اعتماد به نفس بالاتری داشته و دید مثبتی نسبت به جهان پیدا می‌کنند. برعکس اگر والدین طردکننده باشند، کودکان آن‌ها بزرگسالانی با احساس خصومت، بی‌ثبات، وابسته و دارای دیدی منفی نسبت به جهان خواهند شد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میان ویژگی‌های شخصیت و سبک‌های عشق رابطه وجود دارد و این رابطه تحت تأثیر سبک‌های دلبستگی قرار دارد. از سوی دیگر، سبک‌های دلبستگی می‌تواند متغیر میانجی مناسبی در این ارتباط باشد. با توجه اینکه

1- Gungor & Bornstein
3- Rohner & Britner

2- Suh

سبک‌های دلبستگی تحت تأثیر شیوه‌های تربیتی والدین و مدرسه و به‌طور کلی محیط، قابل تغییر هستند، می‌توان با تدارک دیدن برنامه‌ها و آموزش‌های مناسب به خانواده‌ها و معلمان سبک دلبستگی ایمن را در افراد پرورش داد تا تأثیر آن‌را در جوانی و بزرگسالی به‌صورت سبک‌های عشق سازگارانه مشاهده نمود.

یکی از سؤالات پاسخ داده نشده در این پژوهش این است که آیا سبک عشق فرد در طول زمان با توجه به عوامل فردی و بافتی ثابت است و یا اینکه با افزایش سن تغییر می‌یابد. برای پاسخ به این سؤال پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های آتی با مطالعات طولی به بررسی عمیق‌تر این روابط در طول زمان بپردازند. از سوی دیگر، اگرچه در پژوهش حاضر از مدل‌سازی تحلیل مسیر استفاده شد، اما این روش، علیت در مدل را نشان نمی‌دهد و برای شناسایی متغیرهای در نظر گرفته نشده نیز مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. این کمبود می‌تواند با در نظر گرفتن عوامل فردی و بافتی دیگری که با سبک عشق مرتبط هستند، جبران شود. همچنین، استفاده از روش‌های خود گزارش‌دهی مانند پرسش‌نامه‌ها به عنوان روش‌های متداول در اندازه‌گیری متغیرهای شخصی، اطلاعات کاملاً منطبق با واقعیت ارائه نمی‌دهد. بنابراین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های ترکیبی استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مدل پیشنهادی در جوامع دیگر اجرا و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود. در نهایت، با توجه به نمونه این پژوهش که گروهی از دانشجویان دوره کارشناسی (تقریباً نمونه‌ای همگن) هستند، تعمیم‌پذیری نتایج و روابط به‌دست آمده برای سنین بالاتر، روابط بلندمدت در طول زندگی و فرهنگ‌های مختلف می‌بایست با احتیاط انجام شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۰۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۱۷

References

منابع

- حق‌شناس، حسن (۱۳۸۵). طرح پنج عاملی ویژگی‌های شخصیت: راهنمای تفسیر و هنجارهای آزمون NEO_FFI و NEO_PI_R (چاپ اول). شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- شولتز، دی. پی. و شولتز، اس. ای. (۱۳۸۶). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: ویرایش.
- گروسی‌فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت)، تبریز: نشر دانیال.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۹۰). مدلیابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل، سمت: تهران.
- Asendorpf, J.B. (1998). Personality Effects on Social Relationships, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1531-1544.
- Bugay, A. & Tezer, E. (2000). *Attachment Styles and Loving Attitudes among Turkish University Students*, Middle East Technical University, Ankara, Turkey.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1988). Personality in Adulthood: A Six Year Longitudinal Study of Self Reports and Spouse Ratings on the NEO Personality Inventory, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853- 863.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *Personality in Adulthood (Section Edition)*, London-New York: The Guilford Press.
- Crawford, TH. N., Philip, R. Shaver, PH. R., & Goldsmith, H. (2007). How Affect Regulation Moderates the Association between Anxious Attachment and Neuroticism, *Attachment and Human Development*, 9(2): 95-109.
- Davies, M.F. (1996). EPQ Correlates of Love Styles, *Personality and Individual Differences*, 20, 257-259.
- Diech, J. (1978). Love Sex Roles and Psychological Health, *Journal of Personality Assessment*, 42(6), 626-634, Digman, J. M. (1997). Higher-

-
- Order Factors of the Big Five, *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1246-1256
- Dion, K.K., & Dion, K.L. (1988). Cultural Perspectives on Romantic Love, *Personal Relationships*, 3, 5-17.
- Digman, J.M. (1997). Higher-order Factors of the Big Five, *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1246-1256.
- Fehr, B., & Broughton, R. (2001). Gender and Personality Differences in Conceptions of Love: An Interpersonal Theory Analysis, *Personal Relationships*, 8, 115-136.
- Freene, J.A. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*, California: Sage Publication.
- Hatfield, E., & Rapson, R.L. (1996). *Love and Sex: Cross-cultural Perspectives*, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Heaven, C., Da Silva, T., Carey, C., & Holen, J. (2004). Loving Styles: Relationships with Personality and Attachment Styles, *European Journal of Personality*, 18:103-113.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (2003). *Romantic Love: Measuring Cupid's Arrow*, In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 235-249). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hendrick, C., Hendrick, S.S., & Dicke, A. (1998). The Love Attitudes Scale: Short form, *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 147-159.
- Gao, G. (2001). Intimacy, Passion and Commitment in Chinese and US American Romantic Relationships, *International Journal of Intercultural Relations*, 25, 329-342.
- Gungor, D. & Bornstein, M.H. (2012). Culture General and Specific Associations of Attachment Avoidance and Anxiety with Perceived
-

- Parental Warmth and Psychological Control among Turk and Belgian Adolescents, *Journal of Adolescence*, 33, 593-602.
- Inman, A. G., & Sandhu, D. S. (2002). *Cross-cultural perspectives on love and sex*, In L. D. Burlew & D. Capuzzi (Eds.), *Sexuality Counseling* (pp. 41-62). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- John, O.P. (1990). *The Big Five Factor Taxonomy: Dimensions of Personality in the Natural Language and in Questionnaires*, In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 66-100). New York: Guilford.
- Jonason, P.K., Kavanagh, P. (2010). The Dark Side of Love: Love Styles and Dark Triad, *Personality and Individual Differences*, 49, 606-610.
- Landis, D., & O'Shea, W.A. (2000). Cross-cultural Aspects of Passionate Love: An Individual Differences Analysis, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 752-777.
- Lounsbury, J.W., Steel, R.P., Loveland, J.M., & Gibson, L.W. (2004). An Investigation of Personality traits in Relation to Adolescent School Absenteeism, *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 457-466.
- Levine, R., Sato, S., & Hashimoto, T. (1995). Love and Marriage in Eleven Cultures, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26, 554-571.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1987). Validation of the Five-factor Model of Personality across Instruments and Observers, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., & Yik, M.S.M. (1996). *Universal Aspects of Chinese Personality Structure*, In M.H. Bond (ed.), *The Handbook of Chinese Psychology* (pp. 189-207), Hong Kong: Oxford University Press
- Mischel, W., Shida, Y., & Smith, R.E. (2000). *Introduction to Personality*, New York: John Wiley & Sons.
- Neto, F., Mullet, E., Deschamps, J., Barros, J., Benvindo, R., Camino, L., Falconi, A., Kagibanga, V., Machado, M. (2000). Cross-cultural Variations in Attitudes toward Love, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 626-635.
- Rodríguez, I. A., Montgomery, M., & Peláez, M. (2003). *Actitudes Amorosas Y Experiencias en el Cortejo en Adultos Jóvenes de Tres Distintas Culturas*, (Love Attitudes and Experiences in Courtship in Young Adults

- of Three Different Cultures), *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 177-188.
- Rohner, R.P., & Britner, P.A. (2002). Worldwide Mental Health Correlates of Parental Acceptance-rejection: Review of Cross-cultural and Intracultural Evidence, *Cross-Cultural Research*, 36, 16-47.
- Schmitt, D.P. (2002). Personality, Attachment, and Sexuality Related to Dating Relationship Outcomes: Contrasting Three Perspectives on Personal Attribute Interaction, *British Journal of Social Psychology*, 41, 589-610.
- Schmitt, D.P., & Buss, D.M. (2000). Sexual Dimensions of Person Description: Beyond or Subsumed by the Big Five? *Journal of Research in Personality*, 34, 141-177.
- Schmitt, D.P., Youn, G., Brook, S., et al (2009). When Will I Feel Love? The Effects of Culture, Personality, and Gender on the Psychological Tendency to Love, *Journal of Research in Personality*, 43 (2009) 830-846.
- Shaver, P., & Brennan, K.A. (1992). Attachment Styles and the Big Five Personality Traits: Their Connections with Each Other and with Romantic Relationships Outcomes, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 536-545.
- Sprecher, S., Aron, A., & Hatfield, E. (1994). Love: American Style, Russian Style and Japanese Style. *Personal Relationships*, 1, 349-369.
- Triandis, H.C. (2001). Individualism-collectivism and Personality, *Journal of Personality*, 69, 907-924.
- Triandis, H.C. & Shu, E.A. (2002). *Cultural Influences on Personality*, *Annual Reviews*, California University.
- Vivian, J., Carlson, J. & Robin, L.H. (2003). Attachment, Culture, and Caregiving System: The Cultural Patterning of Everyday Experiences among Anglo and Puerto Rican Mother-infant Pairs, *Infant Mental Health Journal*, 24(1), 53-73.
- Wan, W.W.N., Luk, C.L., & Lai, J.C.L. (2000). Personality Correlates of Loving Styles among Chinese Students in Hong Kong, *Personality and Individual Differences*, 29, 169-175.

- White, J.K., Hendrick, S.S., & Hendrick, C. (2004). Big Five Personality Variables and Relationship Constructs, *Personality and Individual Differences*, 37, 1519-1530.
- White, J.K. (2003). The Five-Factor Model Personality Variables and Relationship Variables: A Study of Associations, *Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy*.
- Worobey, J. (2001). Association between Temperament and Love Attitudes in a College Sample, *Personality and Individual Differences*, 31, 461-469.

بررسی تأثیر شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی کودکان دبستانی با استفاده از نرم‌افزار مشاهده‌گر

سیده معصومه سیدی اندی^۱

شاهرخ مکوند حسینی^۲

فرحناز کیان ارثی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شن بازی درمانی در کاهش اختلالات اضطرابی دختران دبستانی شهرستان بابل صورت گرفته است. در چهارچوب روشی نیمه‌آزمایشی و فقط با گروه آزمایش، ۲۰ دختر ۷ تا ۱۰ ساله که در پرسش‌نامه اضطراب اسپنر نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب نموده بودند با تشخیص روانپزشک به عنوان نمونه داوطلب انتخاب شده سپس ۱۰ جلسه تحت تأثیر متغیر مستقل شن بازی درمانی قرار گرفتند. به منظور بررسی تأثیر شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی کودکان از نرم‌افزار مشاهده‌گر استفاده شد تا تغییر رفتارهای اضطرابی از جلسه اول تا جلسه دهم مشخص شود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های متعدد، مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها و نتایج حاصل از تفاوت نمرات اضطراب در جلسات مختلف نشان‌دهنده تأثیرگذاری تکنیک شن بازی درمانی بر کاهش اضطراب گروه آزمایش بوده و نتایج آماری نشان می‌دهد که فرضیه پژوهش در سطح $(p < 0/01)$ معنادار و شن بازی درمانی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان دختر دبستانی مؤثر است. احتمالاً کار با سینی شن به کودک این فرصت را می‌دهد تا در محیطی امن به جستجو و کشف ترس‌هایش بپردازد و با بازآفرینی رویدادها به ترس‌هایش عینیت بخشد، نسبت به آنها به شناخت و بینش برسد و برای حل مسائل مختلف راه‌حل پیدا کند.

واژگان کلیدی: اختلالات اضطرابی، شن بازی درمانی، کودکان دبستانی.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان (نویسنده مسئول)

Email: masoumehseyyedi@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان

۳- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان

مقدمه

اختلال اضطرابی یکی از نشانه‌های شایع روانپزشکی در دوران کودکی است، که حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد کودکان از آن رنج می‌برند (برنستین و همکاران^۱، ۲۰۰۵). اضطراب با شروع زودرس و تأثیری که بر خط سیر تکاملی فرد دارد، پیش‌بینی خطرپذیری برای اختلالات دوران بزرگسالی را افزایش می‌دهد (اوآنا^۲، ۲۰۱۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، برای اضطراب، شش نشانه را در کودکان ذکر کرده است که شامل بیقراری، خستگی مفرط، دشواری در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب می‌باشد (لاین و همکاران^۴، ۲۰۰۹). کودکانی که دارای اضطراب هستند، دچار تنش‌ها و دلواپسی‌های زیادی می‌شوند و نگرانی‌های آنها گاهی اوقات به اندازه‌ای می‌رسد که دیگر قادر به انجام دادن کاری نمی‌باشند (روسیکیو و همکاران^۵، ۲۰۰۷). بنابراین والدین این کودکان باید بسیار هوشیار بوده و به نشانه‌های عصبی بودن و اضطراب داشتن در کودکانشان دقت کنند تا مانع از پیشرفت این حالت‌ها شوند (پینکاس و همکاران^۶، ۲۰۰۹) زیرا اگر اضطراب درمان نشود، در فعالیت‌های ذهنی و تحصیلی اختلال ایجاد می‌کند (ویکز و همکاران^۷، ۲۰۰۹). از این رو مداخله کارآمد در دوران کودکی نه تنها سازگاری کنونی را بهبود می‌بخشد، بلکه کاهش چشمگیر اختلال‌های رفتاری آینده را نیز در پی دارد (نصیرزاده و روشن، ۱۳۸۹). از بین درمان‌های متفاوتی که برای انواع اختلالات سازشی و عاطفی دوران کودکی مطرح می‌شود بازی و بازی‌درمانی از روش‌هایی است که برای بسیاری از مشکلات شایع دوران کودکی تأیید شده است (یورکوئیزا)^۸. بازی به کودک این اجازه را می‌دهد تا با تجربه‌های ناخوشایند زندگی‌اش در قالب بازی مواجه شود (نورتن و همکاران^۹، ۲۰۱۱) و با تکیه بر ارتباطات غیرکلامی به تسهیل و تقویت منابع درونی بپردازد (تیلور^{۱۰}، ۲۰۰۹). همچنین کودک قادر خواهد بود

1- Bernstein, Layne, Egan & Nelson

2- Oana

3- Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV-TR)

4- Bernat & Victor

5- Ruscio, Chiu, Roybyrne, Stang, Stein, Wittchen & Kessler

6- Pincus, Santucci & Ehrenreich

8- Urquiza

7- Weeks, Coplan & Kingsbury

10- Taylor

9- Norton, Ferriegl & Norton

با استفاده از تصاویر غیرتهدیدکننده، احساس خصومت و ناامنی خود را بیان نماید (گرین و کونولی^۱، ۲۰۰۹)، از این رو بازی به‌عنوان یک تکنیک درمان مشکلات کودکان، به طور روزافزون مورد استفاده قرار گرفته است (سیوآ^۲، ۲۰۱۰). اما روشی که در این پژوهش برای درمان به کار رفته است، «شن‌بازی درمانی»^۳ است. این روش نوعی از بازی‌رمانی غیرمستقیم است و درمانگر نقش تسهیل‌گر را دارد و مراجعان می‌توانند آزادانه هیجانات و تصویرهای ذهنی خود را با استفاده از جعبه شن و اشیای مینیاتوری مختلف در درون جعبه شن خلق کنند (بویک و گودوین^۴، ۲۰۰۰). تاریخچه شن درمانی به مارگارت لوئنفلد که یک متخصص اطفال بود، برمی‌گردد. او در سال ۱۹۲۸، یک بیمارستان برای مطالعه و درمان کودکان دشوار و عصبی بنیان نهاد و به بررسی و ارزیابی فنون جهانی در فعالیتهای درمانی با کودکان پرداخت (ماتسون و ولدورال^۵، ۲۰۱۰). در سال ۱۹۸۰، دورا کاف درمانگر پیرو یونگ و از شاگردان لوئنفلد، مفاهیم و روش‌های لوئنفلد را با مفاهیم یونگ و فلسفه شرق تلفیق نمود و پس از این که چندین سال از تکنیک دنیا برای درمان مراجعان استفاده کرد به پیشرفت‌های تکنیکی و تحلیلی در این زمینه دست یافت و روش جدیدی برای کار با کودکان ابداع نمود و در نهایت آن را شن‌بازی درمانی نامید تا از روش تکنیک دنیای لوئنفلد متمایز باشد (دین^۶، ۲۰۰۱؛ بردوی^۷، ۲۰۰۶). شن‌بازی درمانی که تاریخچه‌ای بیش از شصت و پنج سال در کشورهای اروپایی و آمریکایی دارد به تازگی در کشور ما مورد توجه قرار گرفته و توسط کارشناسان معدودی که در این زمینه پژوهش‌هایی را انجام داده‌اند به کار گرفته می‌شود. پژوهش‌ها و مطالعات متعددی نشان می‌دهند که از روش‌های مختلف بازی‌درمانی در مورد کودکانی که دچار آشفتگی‌های عاطفی و رفتاری هستند، استفاده می‌شود. در پژوهشی شن‌بازی درمانی را در مورد کودکانی اجرا کردند که تحت تأثیر سونامی قرار گرفته بودند. در پایان جلسات، کودکان توانستند به زندگی عادی خود برگردند و شادمانی کودکانه‌شان

1- Green & Connolly

3- sand play therapy

5- Mattson & Veldorale

7- Bradway

2- Siua

4- Boik & Goodwin

6- Dean

8-

را مجدداً باز یابند (لاکرویکس و همکاران^۱، ۲۰۰۷). در پژوهشی که بر روی بازماندگان ضربه‌های روحی روانی انجام گرفته است، گزارش کرده‌اند تجربه مجدد وقایع گذشته یا آسیب‌ها باعث شد کودک تصور کند، چگونه می‌توانسته نقش خود را در آن حوادث تغییر دهد تا احساس راحت‌تری داشته باشد به این طریق می‌تواند حس مهارت و غلبه بر حوادث را تجربه کند (نورتن و همکاران، ۲۰۱۱) و می‌تواند وسیله‌ای مؤثر برای ایجاد تماس اولیه با بیمارانی که از نظر عاطفی آسیب دیده‌اند یا دچار مشکلات رفتاری هستند، باشد (گرین و کونولی، ۲۰۰۹). همچنین یافته‌ها نشان داد در افرادی که دارای مشکلات میان فردی بودند بعد از جلسات درمانی ارتباطات متقابل بین افراد افزایش پیدا کرده بود. بازی با اشکال و عروسک‌ها در شن‌بازی درمانی کمک کرد تا پیامدهای رفتارهای اجتماعی را تجربه و درک کنند و رفتارهای مقبول را بیاموزند و در اجتماع به کار گیرند (ون و همکاران^۲، ۲۰۱۱). در ایران نیز پژوهش‌هایی (ذوالمجد و همکاران، ۱۳۸۶؛ عبدالحی بقرآبادی و همکاران، ۱۳۸۸) برای مشاهده تأثیر تکنیک شن‌بازی درمانی بر پرخاشگری انجام شد که نتایج نشان دادند، شن‌بازی محیطی فراهم می‌کند تا در جریان آن کودکان به برون‌ریزی انرژی نهفته خود بپردازند. بازی با اسباب‌بازی‌ها و عروسک‌ها در سینی شن، به کودکان احساس قدرت می‌دهد. چنین فعالیت‌هایی می‌تواند باعث تخلیه هیجانی شود، زیرا به روش عینی می‌توانند توانایی‌هایشان را نمادی کنند و در محیط نفوذ نمایند (نورتن و همکاران، ۲۰۱۱). از جمله اختلالات عاطفی که از شن بازی درمانی در درمان آنها استفاده می‌شود، اختلالات اضطرابی است. در مطالعات قبلی صورت گرفته در ایران، شن‌بازی درمانی با کودکان پرخاشگر و کودکان دارای اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی اجرا شد. از آنجا که پژوهش‌های کمی در ایران در زمینه شن‌بازی درمانی صورت گرفته است و در زمینه اختلالات اضطرابی، پژوهشی با شن‌بازی درمانی صورت نگرفته است و با توجه به اینکه اضطراب دوران کودکی به بزرگسالی تعمیم می‌یابد و باید هرچه زودتر درمان شود، به‌کارگیری این تکنیک برای کودکان مضطرب، لازم به نظر می‌رسد و نیاز به اینگونه پژوهش‌های تجربی بیش از پیش احساس

1- Lacroix, Rousseau, Gathier, Singh, Gigue & Lamzoudi
2- Wen, Rishing, Haslam & Zhiling

احساس می‌شود لذا پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی تأثیر شن‌بازی درمانی بر اختلالات اضطرابی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی و با یک گروه آزمایش صورت گرفت. جامعه پژوهش تمام دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی سال تحصیلی ۹۱-۹۰ شهرستان بابل بودند. نمونه پژوهش حاضر ۲۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی با سن بین ۷-۱۰ سال شمسی که از دو منطقه مختلف شهرستان بابل بودند و بر اساس نمره کسب شده در پرسشنامه اضطراب اسپنز که بالاتر از ۶۰ بوده و ملاک‌های تشخیصی چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۱ توسط روانپزشک و مصاحبه با والدینشان داوطلبانه، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و در گروه آزمایش قرار گرفتند. متغیرهای مزاحم کنترل شده در این پژوهش سن، جنسیت و استفاده از هر گونه داروی ضد اضطراب بود. در ادامه عمل مداخله شن‌بازی درمانی روی گروه آزمایش صورت گرفت. مداخله این پژوهش به صورت بازی درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، هر هفته دو جلسه در دستور کار قرار گرفت. در طول جلسات از بازی شرکت‌کنندگان فیلم تهیه شد و در نرم‌افزار مشاهده‌گر^۲ مشاهده شد تا تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته اختلالات اضطرابی مشخص شود.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه اضطراب اسپنز^۳: برای سنجش اضطراب در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنز نسخه ۳۸ سؤالی فرم والدین استفاده شد که برای ارزیابی سطح اضطراب استفاده می‌شود. پایایی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد شده است. همسانی درونی با استفاده از روش دونیمه کردن گاتمن^۴ ۰/۹۰ برآورد شده است (اسپنز و

1- statistical and diagnostic manual of mental disorder (DSM- IV-TR) 2- observer
3- Spence Children Anxiety Scale (SCAS) 4- Guttman

همکاران^۱، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای همسانی درونی آزمون برابر با ۰/۸۷ شده است.

شن‌بازی درمانی: در پژوهش حاضر روش مداخله پژوهشگر به صورت شن‌بازی درمانی مبتنی بر اصول شن‌بازی درمانی کاف است که در سال ۱۹۸۰ آن را ابداع نمود. در آنچه که کاف آن را «محل آزاد و محافظت شده^۲» نام نهاد، فضایی فراهم می‌شود که درمانجو می‌تواند توسط سینی شن و ماسه و مجسمه‌های کوچکی (مینیاتورهای) که در اختیار دارد به ساخت یک جهان محسوس از دنیای درون خود بپردازد. به منظور به حداکثر رساندن هدایت ناخودآگاه درمانجو هرگونه مداخله‌ای از سوی درمانگر اجتناب می‌شود. برای اینکه حداکثر هدایت از ناهشیار مراجع انجام شود و دیدگاه و نظر درمانگر دخیل نباشد، درمانگر نباید تفسیر کند و از آن اجتناب می‌شود زیرا با کاستن از ارتباطات کلامی، این ادراک غیرکلامی از تصاویر است که به درمانگر کمک می‌کند تا بیشتر در جریان رویدادهایی قرار بگیرد که بر فرد می‌گذرد. در جریان بازی درمانگر نقش مشاهده‌گر صامت را بازی می‌کند، ولی اگر درمانجو کمکی خواست، به او کمک می‌کند (کاف، ۱۹۹۱). فرد می‌تواند از بین مجموعه گسترده‌ای از اسباب‌بازی‌های مینیاتوری، صحنه‌های مختلفی در سینی شن ایجاد کند. مشاهدات بالینی مانند چگونگی ساخته شدن سینی شن، محتوای سینی شن، محتوای داستانی سینی شن، زمان ساختن منظره در سینی شن به دقت ثبت می‌شود. آزمودنی‌ها با استفاده از اسباب‌بازی‌ها و اشیا کوچک به خلق تصاویر درون جعبه‌ای از شن به ابعاد ۶۰×۷۰ سانتی‌متر و عمق ۱۰ سانتی‌متر می‌پردازند. دیوارها و کف این جعبه با رنگ آبی رنگ‌آمیزی شده و با شن به عمق ۵ سانتیمتر پر می‌شود، از عروسک‌ها و اسباب‌بازی‌های کوچک نیز که لیست آنها به شرح زیر است استفاده می‌شود: عروسک‌های انسان (پدر، مادر، پسر بچه، دختر بچه، پزشک، پرستار)، عروسک‌های فانتزی (سوپرمن، اسپایدرمن، شرک، میکی‌موس)، عروسک سرباز و وسایل جنگی (تانک، سنگر، پرچم)، حیوانات اهلی (سگ، گربه، پرنده) و حیوانات وحشی (شیر، پلنگ، زرافه، ببر، مار، عقاب)، خانه با وسایل و لوازم داخل آن، وسایل نقلیه

1- Spence, Barrett & Turner

2- free and protected place

گوناگون: هواپیما، قایق‌ها، هلی‌کوپتر، ماشین‌های مسابقه‌ای، جیپ، اتوبوس، ماشین پلیس، آمبولانس، کامیون، تریلی، لودر و ماشین آتش‌نشانی، علائم راهنمایی و رانندگی: ایست، ورود ممنوع، سرعت مجاز و غیره، درختچه‌ها و حصارها. شرکت‌کننده‌ها به صورت انفرادی در جلسات حضور پیدا می‌کنند. به منظور تحکیم اثر مداخله، شن بازی درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه به بازی با وسایل و اشیاء سمبولیک می‌پردازند. در زمینه اعتبار این روش فوجی در سال ۱۹۷۹ و آئوکی ۱۹۸۱ پژوهش‌هایی را انجام داده‌اند. یافته‌های ایشان نشان داد رابطه بین تصاویر ساخته شده توسط افراد با آسیب‌های هیجانی آنها رابطه معنی‌داری دارد ($p=0/05$) و مشاهده‌گران می‌توانند تشخیص دهند که کدام سینی‌ها توسط یک شخص در طی زمان مشخص ساخته شده است.

نرم‌افزار مشاهده گر (آبزرور): در این پژوهش از نرم‌افزار مشاهده‌گر به منظور بهره‌گیری از شاخص‌های عینی شن‌بازی درمانی و بررسی آنها در ارتباط با اختلالات اضطرابی استفاده شد، این نرم‌افزار که محصول شرکت نولدوس^۱ هلند است قابلیت ثبت و ضبط لحظه‌ای رفتارهای تعریف شده را دارد. بعد از تعریف رفتارهای مختلف می‌توانیم از روی فیلم‌های ویدئویی گرفته شده، صحنه‌های مورد آزمایش و رفتارهای کدگذاری شده را مشخص کرده و از نظر کمی فراوانی آنها را بدست آوریم. بعد از کدگذاری، نرم‌افزار نمودارها و جداول خوبی را در اختیار کاربر قرار داده و نیز امکان ارسال داده‌های جمع‌آوری شده به نرم‌افزار SPSS امکان‌پذیر است. این نرم‌افزار در زمینه‌های مختلف علوم رفتاری، انسانی و حیوانی و سایر زمینه‌هایی که نیاز به تجزیه و تحلیل رفتاری، حرکتی، مکانیکی و سرعتی می‌باشد، کاربرد دارد. در پژوهش حاضر استفاده از این نرم‌افزار به منظور بهره‌گیری از شاخص‌های عینی شن‌بازی درمانی و بررسی آنها در ارتباط با اختلالات اختلالات اضطرابی است. فیلم‌های تهیه شده، با استفاده از نرم‌افزار مشاهده‌گر مشاهده شده و صحنه‌های مورد نظر که قبلاً تعریف شده بودند، مشخص و فراوانی آنها ثبت شد.

1- Noldus

از آنجا که این نرم‌افزار به تازگی در کشور ما مورد استفاده قرار گرفته است متغیرهای مشخص شده برای کدگذاری از منابع مختلف گردآوری شده است. این کدگذاری‌ها بر اساس شاخص‌های اختلالات اضطرابی است و شامل رفتارهای کدگذاری شده‌ای است که نمایانگر اختلالات اضطرابی هستند. به عنوان مثال یکی از رفتارهای کودکان مضطرب ترس از آسیب دیدن می‌باشد، ما در این پژوهش این شاخص را با حرف R (به صورت دستی) مشخص کردیم؛ در حین بازی کودک در سینی شن هر زمان که کودک این رفتار را نشان داد با فشار دادن دکمه R شاخص ترس از آسیب مشخص می‌شود. در انتهای بازی فیلم‌های گرفته شده نرم‌افزار فراوانی و مدت زمان نشان دادن این شاخص را به ما می‌دهد. رفتارهایی که در این پژوهش مشخص کردیم شامل:

گوشه‌گیری و ترس اجتماعی: که در نرم‌افزار با حرف (G) نشان دادیم، از گوشه سینی شن شروع به ساختن تصویری در شن می‌کردند (پترسون و همکاران، ۲۰۱۰).

امنیت: که با حرف (A) نمایش دادیم. به صورت ساختن خانه همراه با نرده‌هایی به دور آن، قراردادن درختان به عنوان محافظ در یک مسیر که حکم یک دیوار محافظتی را دارد، مقداری شن که آن سوی درخت‌ها روی تپه‌ها و آبراهه قرار دارد، و... قرار دادن موانع بیشتر در اطراف خانه را نشان می‌دهد که مسائل امنیتی را نشان می‌دهد (لاکروئیکس و همکاران، ۲۰۰۷).

محافظت: که با حرف (M) مشخص کردیم. ترس از حیوانات وحشی، ترس از رفتن داخل آب، ترس از مدرسه و... . نمادهایی که این ترس‌ها را نشان می‌دهد، دفن می‌شوند تا در بازی پنهان باشد، یا دور از محل زندگی قرار داده می‌شوند و یا محصور می‌شوند (کراتچویل و موریس^۱، ۱۳۸۸).

تنهایی: که با حرف (T) نمایش دادیم. طبق مطالعه‌ای که لاوکو و اولمن^۲ (۱۹۸۹) به مقایسه کودکان تنها در خانه که مادران شاغل دارند و بیرون از خانه کار می‌کنند با

1- Kratochwill & Morris

2- Lavco & Olman

کودکانی که مادر و یا سرپرستشان در کنارشان حضور دارد، باید به ترس و اضطراب کودکان از تنها ماندن در خانه اشاره کرد؛ آنها این متغیر را در بازی‌هایشان به صورت عروسک تنها در خانه و یا عروسکی که از بقیه جداست قرار می‌دهند (تامپسون و رودلف^۱، ۱۳۸۸).

وسواس: که با حرف (V) نشان دادیم. به صورت داستان‌های تکراری در مورد مردن افراد، شمارش تشریفاتی در حین قرار دادن حیوانات و یا اشیاء در داخل سینی شن، تمیز کردن دست‌ها به شکل تشریفاتی برای اجتناب از آلودگی حین استفاده و بعد از استفاده از اسباب‌بازی‌ها و شن در جریان بازی، قرار دادن بسیاری از اشیاء به شکل خاص (کراتچویل و موریس، ۱۳۸۸).

ترس از آسیب: که با حرف (R) مشخص نمودیم. ترس از مرگ والدین، خود و یا دیگر اعضای خانواده، که بصورت استفاده از آمبولانس، تصادف، عروسک دست و پا شکسته، ماشین آتش‌نشانی، صحنه آتش گرفتن جایی و یا غرق شدن و... نشان داده می‌شود (ماتسون و ولدورال، ۲۰۱۰).

شرح جلسه‌های شن بازی درمانی

جلسه اول: در این جلسه هدف اصلی برقراری ارتباط عاطفی و صمیمی با شرکت‌کننده‌ها بود. پس از برقراری ارتباط به آنها گفته شد که برای بازی به این اتاق آمده‌اند و می‌توانند آزادانه با وسایل بازی کنند و سپس دستورالعمل بازی به مراجعان گفته شد. در این جلسه مراجعان بیشتر به لمس شن و واررسی اشیاء و مینیاتورها پرداختند، صحنه‌های تصادف خلق کردند، صحنه‌های غرق شدن و دزد و پلیس‌بازی را به تصویر کشیدند. از حیوانات اهلی و وحشی و درختان برای ساختن جنگل، باغ وحش و ... استفاده کردند. از صحنه‌های حمله و پنهان شدن پشت حصار استفاده کردند. تمامی موضوعاتی که شرکت‌کننده‌ها خلق کردند، نشانه اضطراب و رفتارهای محافظه‌کارانه ایشان را طی جلسه به صورت کلامی

1- Thomson & Rudolph

کلامی و غیرکلامی بیان می‌کردند.

جلسه دوم: در این جلسه شرکت‌کننده‌ها بلافاصله به سراغ اسباب‌بازی‌ها و سینی شن رفتند و شروع به ساختن تصویر کردند. آنها از عروسک‌ها، ماشین‌ها و علائم راهنمایی و رانندگی برای خلق صحنه‌های تصادف استفاده کردند که در آن صحنه‌هایی از کشته شدن، تصادف ماشین‌ها با یکدیگر و حیوانات مدفون شده و... مشاهده می‌شد. تمامی تصاویر خلق شده نشانه برون‌ریزی رفتارهای اضطرابی در این جلسه بود.

جلسه سوم: در این جلسه شرکت‌کننده‌ها با استفاده از دیوارها، حفاظ‌ها، درخت‌ها و... به ساختن مرزهایی بین خانه و قسمت‌های مختلف سینی شن پرداختند. صحنه‌هایی از غرق شدن، محبوس کردن حیوانات وحشی و پنهان و مدفون کردن برخی از حیوانات در این جلسه دیده می‌شد. نکته مهم در این جلسه نشان دادن ترس‌ها، مسائل امنیتی و محافظت افراطی بود که در تصاویر خلق شده به چشم می‌خورد.

جلسه چهارم: در این جلسه شرکت‌کننده‌ها صحنه‌هایی را با استفاده از عروسک‌های مینیاتوری، عروسک‌های مرد و زن، حیوانات اهلی و وحشی و... به تصویر کشاندند که در آن صحنه‌هایی از عروسی تنها که به تدریج وارد بازی با سایر عروسک‌ها می‌شد نیز بچشم می‌خورد همچنین بازی عروسک‌ها در جمع دوستانه در تصاویر دیده می‌شد. نکته مهم در این جلسه رفتار اجتماعی و مشارکت اجتماعی بدون ترسی بود که در تصاویر مشهود بود.

جلسه پنجم: در این جلسه شرکت‌کننده‌ها با استفاده از عروسک‌ها و ماشین‌ها صحنه‌هایی از تصادف و حمله دزد به خانه را به نمایش گذاشتند. نکته مهم در این جلسه رفتارهای کمک‌رسانی به موقع به افراد مربوط به تصادف با استفاده از ماشین‌های آمبولانس و آتش‌نشانی و دستگیری دزدها توسط پلیس بود که در تصاویر خلق شده مشاهده شد که نمایانگر تسلط بر موقعیت بود.

جلسه ششم: شرکت‌کننده‌ها در این جلسه از عروسک‌های انسان، حیوانات وحشی و اهلی، علائم راهنمایی و رانندگی و... بهره بردند و به ساختن صحنه‌هایی شامل صحنه‌هایی از باغ وحش و خیابان‌های بدون تصادف پرداختند. قرار دادن حیوانات در باغ

وحش می‌تواند نشان‌دهنده تسلط کامل بر موقعیت و کنترل موقعیت باشد که می‌توان از آن به عنوان نکته مهم این جلسه از آن یاد کرد.

جلسه هفتم: در این جلسه شرکت‌کننده‌ها از خانه‌ها و وسائل آن، عروسک‌ها و... برای ساختن صحنه‌هایی از جشن و مهمانی استفاده کردند. نکته‌ای که در این جلسه اهمیت داشت قرار گرفتن شرکت‌کننده‌ها در اجتماع با تصورات مثبت و بدون ترس و واکنش از بودن در جمع و نشان دادن رفتارهای غیراضطرابی بود.

جلسه هشتم: در این جلسه مراجعان از عروسک‌ها، خانه‌ها، درختان، ماهی‌ها و ماشین‌ها برای ساختن صحنه‌هایی از اردو و رفتن به کنار دریا و بازی در ساحل شنی، شنا و در کل رفتن به تفریح استفاده کردند. نکته مهم در این جلسه خلق صحنه‌های تفریح رفتن بود که نشانه رفتارهای شاد و داشتن لحظات بدون استرس بود.

جلسه نهم: در این جلسه نیز شرکت‌کننده‌ها از ماشین‌ها، درختان، خیابان‌ها، علائم رانندگی، حیوانات اهلی و وحشی و... برای ساختن تصاویر و مناظر طبیعی، رفتن به مهمانی و رانندگی بدون تصادف و امن در خیابان استفاده کردند. نکته مهم در این جلسه بروز رفتارهای دوستانه، همکاری و خلق مناظر طبیعی بود که نشانه رفتارهای مثبت اجتماعی بدون داشتن دلهره و تشویش و اضطراب بود.

جلسه دهم: شرکت‌کننده‌ها در این جلسه از ماشین‌ها، عروسک‌ها، درخت‌ها، خانه‌ها و لوازم آن برای خلق تصاویر مربوط به رانندگی همراه با رعایت نظم و مقررات، دوستی عروسک‌ها، دوستی حیوانات وحشی و اهلی و ایجاد مناظر طبیعی و تفریحی استفاده کردند. نکته مهم در این جلسه مشاهده رفتارهای دوستانه و صحنه‌های حاکی از امنیت بود. حالات هیجانی و رفتاری ثبت شده بیان‌کننده رفتارهای اضطرابی در طی جلسه‌ها بود. البته شایان ذکر است که در جلسه‌های پایانی موضوعاتی از قبیل دوستی حیوانات اهلی و وحشی، رفتن به گردش و تفریح و بازی کردن در جمع دوستان مشاهده شد. بنابراین مشاهدات حاکی از تغییر و دگرگونی در تعامل آزمودنی‌ها با اسباب بازی‌ها به گونه‌ای بوده است که در تحقیقات مبتنی بر روانکاوی و فراق‌گنی نشان‌دهنده کاهش

اضطراب در طی جلسه‌ها بوده است و همچنین نتایج حاکی از اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش اضطراب بوده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از آمار توصیفی به منظور تعیین نمره‌های اضطراب و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. پیش از اجرای آزمون پیش فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفت نتایج بدست آمده در ادامه شرح داده شد.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی جلسات شن‌بازی درمانی برای شرکت‌کنندگان ۱ تا ۱۰

شرکت کننده ۱۰	شرکت کننده ۹	شرکت کننده ۸	شرکت کننده ۷	شرکت کننده ۶	شرکت کننده ۵	شرکت کننده ۴	شرکت کننده ۳	شرکت کننده ۲	شرکت کننده ۱
مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی
۶/۶۸	۷/۴۴	۴/۹۴	۷/۰۷	۸/۰۸	۷/۴۴	۳/۳۶	۵/۲	۴/۸۲	۴/۱
۱۲	۲/۷۸	۲/۵۶	۲/۶۰	۳/۴۵	۲/۷۸	۱/۶۰	۲/۴۲	۲/۲۲	۱/۶۷
۱۳	۱/۱۶	۷	۱/۶۰	۱/۸۷	۲/۷۷	۱/۶۱	۱/۴۳	۱/۵۸	۲/۰۲
۸	۰/۷۱	۶	۰/۵۹	۱/۴۲	۱/۳۳	۰/۷۱	۱/۱۰	۱/۴۰	۱/۷۷
۹	۰/۶۹	۶	۰/۶۹	۱/۴۸	۰/۸۷	۰/۶۹	۰/۸۵	۱/۰۰	۱/۴۸
۷	۰/۴۷	۴	۰/۶۸	۰/۹۸	۱/۶۶	۰/۴۷	۱/۱۴	۱/۰۲	۱/۰۱
۵	۰/۳۳	۴	۰/۶۰	۰/۵۰	۱/۳۶	۰/۳۲	۰/۴۳	۰/۶۰	۰/۹۸
۵	۰/۳۳	۳	۰/۲۹	۰/۴۲	۰/۶۵	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۳۶	۰/۷۶
۵	۰/۱۷	۲	۰/۱۸	۰/۲۸	۰/۳۳	۰/۱۷	۰/۲۰	۰/۲۸	۰/۶۳
۵	۰/۱۰	۱	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۳۵	۰/۰۷	۰/۲۱	۰/۲۶	۰/۱۷

جدول (۲) آماره‌های توصیفی جلسات شن‌بازی درمانی برای شرکت‌کنندگان ۱۱ تا ۱۲

شرکت کننده ۲۰	شرکت کننده ۱۹	شرکت کننده ۱۸	شرکت کننده ۱۷	شرکت کننده ۱۶	شرکت کننده ۱۵	شرکت کننده ۱۴	شرکت کننده ۱۳	شرکت کننده ۱۲	شرکت کننده ۱۱
مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی	مدت فراوانی
۳/۹۰	۰/۸۹	۱/۳۰	۵/۶۳	۱/۲۵	۴/۰۲	۶/۶۸	۶/۸۵	۱/۹۲	۵/۵۸
۱۵	۰/۶۲	۱/۱۲	۲/۷۸	۱/۰۴	۲/۰۹	۲/۹۹	۴/۹۰	۵/۱۵	۴/۹۲
۹	۰/۵۰	۶	۰/۸۹	۱/۷۷	۰/۸۷	۱/۲۶	۳/۴۲	۱/۷۰	۲/۳۶
۱۱	۰/۵۷	۵	۰/۶۵	۰/۸۷	۰/۷۷	۱/۲۳	۲/۸۶	۱/۳۹	۱/۰۰
۶	۰/۴۵	۵	۰/۴۰	۰/۵۳	۰/۶۵	۰/۳۵	۲/۳۸	۱/۱۸	۰/۴۷
۶	۰/۲۶	۴	۰/۳۵	۰/۷۵	۰/۵۳	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۲۷	۰/۵۴
۶	۰/۸۰	۳	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۶۰	۰/۱۷	۰/۶۴	۰/۴۰	۰/۴۵
۶	۰/۳۴	۳	۰/۲۹	۰/۱۴	۰/۵۸	۰/۱۱	۰/۲۸	۰/۴۶	۰/۲۳
۳	۰/۲۴	۳	۰/۱۳	۰/۳۱	۰/۲۹	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۳۰	۰/۱۷
۱	۰/۱۵	۲	۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۲۸	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۳۱	۰/۲۴

به منظور بررسی پیش‌فرض تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای هر فرضیه، ابتدا از آزمون کرویت موشلی^۱ استفاده شد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار آزمون کرویت موشلی (۰/۰۰) در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنی‌دار است. چون سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ می‌باشد، فرض صفر H_0 مبنی بر همخوانی ماتریس واریانس خطای مربوط به متغیر وابسته تبدیل شده نرمال با یک ماتریس همانی رد می‌شود. لذا با توجه به رد فرض H_0 ، نمی‌توان کرویت ماتریس واریانس - کوواریانس متغیر وابسته را پذیرفت بنابراین بایستی جهت ارائه نتایج برای اثرات درون آزمودنی‌ها از آزمون گرینه‌اوس-گیسر استفاده کرد.

جدول (۵) اثرات درون آزمودنی اضطراب

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig.
زمان	۳۹۸/۷۰۷	۱/۵۵۳	۲۵۶/۶۶۴	۷۸/۳۲۲	۰/۰۰۱
خطا	۹۶/۷۲۲	۲۹/۵۱۵	۳/۲۷۷		

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد، سطح معناداری عامل اضطراب در آزمون گرینه‌اوس-گیسر کوچک‌تر از ۰/۰۱ است. بنابر این می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات اضطراب در جلسات مختلف وجود دارد و شن‌بازی درمانی باعث کاهش علائم اضطرابی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در راستای هدف پژوهش نتایج به دست آمده از تحلیل‌های آماری نشان می‌دهد که شن‌بازی درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی تأثیر دارد. تا جایی که پژوهشگر مطلع است، احتمالاً پژوهشی که مستقیماً به تأثیر شن‌بازی درمانی بر اختلالات اضطرابی بپردازد، یافت نشد لذا پژوهش مورد نظر با پژوهش‌های مشابه نظیر پژوهش‌های (تیلور، ۲۰۰۹،

1- Mauchly's test of sphericity

ذوالمجد و همکاران، ۱۳۸۶، روسو و همکاران^۱، ۲۰۰۶، زینی^۲، ۱۹۹۷، عبدالمهدی بقرآبادی، زرافشان و قاسم‌پور؛ ۱۳۹۰، عبدالمهدی بقرآبادی شریفی و دولت‌آبادی، ۱۳۸۸، کاری^۳، ۱۹۹۰، مایز و بلکول^۴، ۲۰۰۹ و ون و همکاران، ۲۰۰۸) مقایسه شد. یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین تا حد زیادی همخوانی داشت و مغایرتی با پژوهش‌های پیشین یافت نشد. از آنجا که مبتلایان به اختلالات اضطرابی اغلب در مواجهه با موقعیت‌ها، حوادث و یا محرک‌های خاص، ترس نشان می‌دهند و در نتیجه از رویارویی و مواجهه مستقیم با حوادث ناتوان هستند، لذا به نظر می‌رسد یکی از تکنیک‌های مناسب برای مشاوره و حل مشکلات این کودکان بازی‌درمانی و از جمله آن شن‌بازی درمانی باشد (تیلور، ۲۰۰۹). دلیل قانع‌کننده برای سودمند بودن این فن، غیرمستقیم بودن و غیرکلامی بودن آن است که به فرد اجازه می‌دهد تا در محیطی امن و بدون مداخله مستقیم درمانگر، احساسات، ترس‌ها، تخیلات و تنش‌های خود را ابراز کند، تجربیات درونی‌اش را واقعیت بخشیده با آن مواجه شود (کاف، ۲۰۰۳). در توجیه کاهش یافتن هراس در کودکان همسو با نتایج مشابه نظیر پژوهش ون و همکاران (۲۰۱۱) باید گفت کودکان با اختلال اضطراب تمایل به شخصی کردن حوادث منفی دارند و خود را به خاطر این رویدادها سرزنش می‌کنند و اغلب در گیر تفکر فاجعه‌آمیز هستند. این تفکر فاجعه‌آمیز به افزایش آشفتگی روانشناختی منجر می‌شود (ورسلوت و همکاران^۵، ۲۰۰۸) همچنین ایشان به طور غیرمعمول، به نشانگان فیزیولوژیک اضطراب حساس هستند (کارلتون و همکاران^۶، ۲۰۱۰) کاربرد سینی شن به این افراد کمک می‌کند تا بصیرتشان را نسبت به حوادث، با پرورش تصویر بصری از حوادثی که در زندگی‌شان اتفاق افتاده یا می‌توانست اتفاق بیافتد، بالا ببرند (بردوی و همکاران^۷، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش حاضر درمورد تأثیر شن‌بازی درمانی بر کاهش ترس از آسیب فیزیکی، نشان داد که شن‌بازی درمانی باعث کاهش ترس از آسیب در کودکان گروه آزمایش می‌شود. این یافته با پژوهش مشابه زینی (۱۹۷۷) همسو بود. زینی پژوهشی با عنوان جنبه‌های افتراقی شن‌بازی در کودکان ۱۰ و

1- Russo, Vernam & Wolbert

3- Carey

5- Versloot, Veerkamp & Hoogstraten

2- Zinni

4- Mayes & Blackwell

6- Carleton, Collimore & Asmundson

۱۱ ساله مشکل‌دار و بدون مشکل انجام داد و به تعیین تفاوت در تصاویری که این دو گروه کودک داشتند پرداخت. نتایج نشان داد گروه کودکانی که مشکل‌دار بودند در مقایسه با کودکان عادی مهارت کمتر و مشکلات و آشفتگی‌های بیشتری را در ساختن تصاویرشان در جعبه شن نشان دادند. کودکان دارای اضطراب، ترسشان را عینیت می‌بخشند و بعد از آن می‌توانند به‌طور سمبلیک از عهده آن برآیند، مثلاً ممکن است زیر شن دفن‌شان کنند یا از سینی شن خارج کنند. نرده‌ای که کودک دور خانه ساکن شده در سینی شن می‌کشد و درختانی هم که به‌عنوان محافظ دور نرده‌ها می‌گذارد، احتمالاً مسائل امنیتی را به وجود می‌آورند. ترکیب این عوامل در فضای شن‌بازی درمانی به انرژی‌های و تنش‌های درونی، امکان‌رهایی به طریقی بهنجار و مقبول می‌دهد (محمداسماعیل، ۱۳۸۹). یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که شن‌بازی درمانی باعث کاهش اضطراب جدایی در کودکان می‌شود. تا جایی که پژوهشگر مطلع است، احتمالاً پژوهشی که مستقیماً به تأثیر شن‌بازی درمانی بر کاهش اضطراب جدایی بپردازد یافت نشد و نتیجه این فرضیه همسو با نتایج مشابه نظیر پژوهش‌های کاری (۱۹۹۰) و عبدخدایی و صادقی اردوبادی (۱۳۹۰) بود. آکیموتو و همکاران (۱۹۹۷) این روش را بر روی دختری که در بیمارستان بستری بود، انجام دادند. بخاطر بستری شدن در بیمارستان و دوری از خانواده این دختر اضطراب جدایی و نیز رفتارهای نابهنجاری با مادر خود نشان می‌داد. بعد از انجام ۵ جلسه شن‌بازی درمانی، این دختر به بهبود نسبی دست یافت (نقل از ذوالمجد، ۱۳۸۶). در سال (۱۹۹۰) کاری نیز در پژوهش خود شن‌درمانی را برای یک کودک دشوار و مشکل‌دار اجرا کرد. پس از اتمام جلسات شن‌درمانی، کودک مورد نظر توانست نزاع درونی خود را در محیطی امن بیان کند و بدون ناراحتی از جدایی مادر به فعالیت بپردازد. اکثر کودکانی که دچار اختلال اضطراب جدایی هستند از رفتن به مدرسه، اردوها و فعالیت با دوستان، به دلیل اجتناب از جدایی امتناع می‌ورزند (آلن و همکاران^۱، ۲۰۱۰). این کودکان درباره آسیب دیدن جسمانی به خودشان یا والدینشان

1- Allen, Lavallee, Herren, Ruhe & Schneider

نگران هستند (پلگ و همکاران^۱، ۲۰۰۹) عواملی که در کودکان با اختلال اضطراب جدایی نقش عمده‌ای دارد، بازداری رفتاری در آنهاست که باعث شده که در موقعیت‌های نا آشنا و در پی محرک‌های تازه، برانگیختگی سیستم عصبی خودکارشان افزایش یابد (کاردرایت هاتن و همکاران^۲، ۲۰۰۵). در این پژوهش، کودکان وقتی صحنه‌های جدایی از والدین را در سینی شن و به دنبال آن صحنه‌هایی از برگشت والدینشان را بازسازی می‌کردند درمی‌یافتند توانایی کنترل بر موقعیت را دارند و جای نگرانی برایشان باقی نمی‌ماند و بدون هیچ نگرانی می‌توانند از والدینشان جدا شوند.

یکی دیگر از مشکلاتی که کودکان مضطرب دارند این است که قادر نیستند در اجتماع حضور یابند (تیلور و همکاران^۳، ۲۰۱۰) و معمولاً از موقعیت‌های اضطراب‌زا دوری می‌کنند (مورگان و بانرزی^۴، ۲۰۰۸). برای اینکه کودک مهارت‌های اجتماعی خود را بالا ببرد باید بتواند پیامدهای رفتار اجتماعی را تجربه و درک کند. در پژوهش حاضر بعد از جلسات شن‌بازی درمانی ارتباطات متقابل بین افراد افزایش یافته بود و آنها توانستند به برون‌ریزی افکار و احساسات و هیجاناتشان بپردازند. در تبیین این یافته باید گفت، بازی با اسباب‌بازی‌ها و عروسک‌های کوچک در سینی شن به کودکان این فرصت را می‌دهد تا رفتارهای اجتماعی قابل قبول را بیاموزند و آنها را در اجتماع به کار برند. نتایج این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش روسو و همکاران (۲۰۰۶) و ون و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. ون و همکاران (۲۰۱۱) پژوهشی روی ۹ دانشجو که دارای رفتارهای اجتنابی و ترس اجتماعی بودند اجرا کردند. پس از ۸ جلسه گروهی، نتایج هم به صورت کیفی و هم به صورت کمی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پیشرفت قابل توجهی در میزان آگاهی‌های اجتماعی و هماهنگی تجربه شده با اعضای گروه را نشان می‌داد و جلسات مداخله، ارتباطات متقابل بین افراد را افزایش داده بود. یک روش تخلیه-هیجانات و استرس فرد صحبت کردن است، اما کودکان مضطرب به دلیل ترسو و خجالتی بودن نمی‌توانند ارتباط مناسبی با محیط اطرافشان برقرار سازند (گرايز^۵، ۱۹۹۵). چون در پژوهش

1- Peleg, Halaby & Whaby
3- Taylor, Bomyea & Amir
5- Grubbs

2- Cartwrightatton, McNally & White
4- Morgan & Banerjee

حاضر کودکان بعد از ساختن منظره در سینی شن آن را برای پژوهشگر تعریف می‌کردند، احتمالاً توضیح تصاویری که کودکان در سینی شن ساخته بودند به آنها کمک می‌کرد، حواسشان را از آنچه باعث اضطرابشان شده رها کنند و به یک آرامش نسبی برسند. کودکان هنگام حرف زدن با دیگران بر اضطرابشان غلبه کرده و بدون هیچگونه ترس و اضطرابی با پژوهشگر تبادلات کلامی برقرار می‌کردند و با به اشتراک گذاشتن احساساتشان با پژوهشگر به شکل غیرمستقیم برای این مشکلات ارتباطی‌اش راه حل مناسب می‌یافتند. یکی از مؤلفه‌های دیگری که باعث ایجاد اضطراب می‌شود، مؤلفه شناختی است. چه بسا این شناخت در کودکان به دلیل عدم رشد و تجربه کافی در تزلزل بیشتری می‌باشد. بنابراین نخستین قدم باید بدست آوردن شناخت جدید و درک واقعیت جدید باشد تا بتواند آگاهانه هدف و انگیزه و چارچوب‌های اساسی فعالیت‌شان را، حداقل نزد خود به روشنی بیان کند. تفکرات ذهنی کودک که همواره آنها را نشخوار کرده و باعث استرس آنها شده است با شن‌بازی درمانی کاهش یافته و کودک به تصورات مثبتی از خود می‌رسد (گرابز، ۱۹۹۵). هدف اصلی شن‌بازی درمانی در کودکان مضطرب، توجه دادن به خودشان است (دوگاس و همکاران^۱، ۲۰۱۰). پاشیدن شن به دیوارهای سینی شن، ضربه زدن به شن و مدفون کردن اسباب‌بازی‌ها باعث تخلیه روحی این کودکان می‌شود و کودکان متوجه قدرت خودشان در برخورد با محیط می‌شوند و احساس صاحب اختیاری می‌کنند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۹). کودکان می‌توانند چیزها یا شکل‌ها را در شن دفن کنند تا از نظر محور و یا پنهانشان کنند. از طریق چنین فعالیت‌هایی می‌توانند باعث تخلیه هیجانی‌شان شوند چون به این طریق، به روش عینی می‌توانند توانائی‌هایشان را نمادی کنند و در محیط نفوذ نمایند و احساس تسلط کنند (کاف، ۲۰۰۳).

همان‌طور که بیان شد، یافته‌ها و نتایج پژوهش‌ها مفید و سودمند بودن این تکنیک را تأیید می‌کند. نتایج به دست آمده به گونه‌ای با نتایج حاصل از پژوهش‌های مشابه، همخوانی دارد. آشنایی با این فنون به والدین و مربیان می‌آموزد تا با به کار بردن این

1- Dugas, Anderson, Deschenes & Asmundson

روش به کشف دنیای درون کودکانشان بپردازند. وجود محدودیت‌هایی همچون عدم دسترسی به اتاق بازی درمانی مناسب، محدودیت در نداشتن نمونه پسر در گروه پژوهش و همچنین عدم دسترسی به کودکان نمونه جهت اجرای آزمون پیگیری و بررسی اضطراب آنان تا حدودی تعمیم این نتایج را دشوار می‌کنند که بی‌گمان پژوهش‌های آینده می‌توانند نکات تازه‌ای در این باره آشکار سازند. بررسی کاربرد شن‌بازی درمانی در پسران مضطرب و یا نمونه‌ای از کودکان پیش‌دبستانی و بررسی تأثیر این تکنیک در مورد سایر اختلالات عاطفی و رفتاری دوران کودکی می‌تواند موضوعاتی چالش‌انگیز برای پژوهش‌های آتی باشد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۱/۱۱/۰۳

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۲/۰۳/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۲/۰۷/۱۰

منابع

References

- تامپسون، اچ. ال. و رودلف، ال. بی. (۱۳۸۸). مشاوره با کودکان، (ترجمه جواد طهوریان)، تهران: رشد، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۳۷).
- ذوالمجد، آتیا، برجعلی، احمد و خدیجه، آرین (۱۳۸۶). تأثیر شن‌بازی درمانی بر رفتارهای پرخطرانه پسران، پژوهش در زمینه کودکان استثنایی، ۷(۲)، ۱۵۵-۱۶۸.
- عبداللهی بقرآبادی، قاسم؛ زرافشان، هادی و قاسم‌پور، صالحه (۱۳۹۰). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش نقص توجه کودکان، انجمن روانشناسی پیام نور نوش‌آباد، ۳۶۳-۳۷۰.
- عبداللهی بقرآبادی، قاسم؛ شریفی، پرویز و دولت آبادی، شیوا (۱۳۸۸). بررسی تأثیر شن درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر ناشنوا. مطالعات روانشناختی، ۶(۱)، ۱-۱۷.
- عبدخدایی، محمدسعید و صادقی اردوبادی، آفرین (۱۳۹۰). بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش آن، مجله روانشناسی بالینی، ۳ (۴)، ۵۱-۵۸.
- کراتچویل، آر.؛ موریس، جی. (۱۳۸۸). روانشناسی بالینی کودک: روش‌های درمانگری، (ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران)، تهران: رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۹).
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۹). بازی درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی، تهران: دانژه.
- نصیرزاده، راضیه و روشن، رسول (۱۳۸۹). تأثیر قصه‌گویی در کاهش پرخاشگری پسران شش تا هشت ساله، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶ (۲)، ۱۱۸-۱۲۶.
- Allen, J., Lavalley, K., Herren, Ch., Ruhe, K., & Schneider, S. (2010). DSM-IV Criteria for Vhildhood Separation Anxiety Disorder: Informant, Age, and Sex Differences, *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 946-952.
- Bradway, K. (2006). What is Sand Play Therapy?, *Journal of Sand Play Therapy*, 15 (2), 7.
- Bradway, K., Chambers, L., & Chiaia, M. (2005). Sandplay in Three Voices: Images, Relationships, the Numinous, Routledge, *The Arts in Psychotherapy*, 32, 395-399.
- Bernstein, G., Layne, A., Egar, E. & Nelson, L. (2005). Maternal Phobic Anxiety and Child Anxiety, *Anxiety disorders*, 19, 658-672.

-
- Boik, B.L., & Goodwin, E.A. (2000). *Sandplay Therapy: A Step-by-step Manual for Psychotherapists of Diverse Orientations*, New York: W.W. Norton & Company.
- Carey, L. (1990). Sand Play Therapy with a Troubled Child, *The Arts in Psychotherapy*, 17, 197-209.
- Carleton, R.N., Collimore, K.C., & Asmundson, G.J. (2010). "It's Not Just the Judgements- It's That I Don't Know": Intolerance of Uncertainty as a Predictor of Social Anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 189-195.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., & White, C. (2005). A New Cognitive Behavioral Parenting Intervention for Families of Young Anxious Children: A Pilot Study, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 243-248.
- Cunningham, L. (1977). What Is Sand Play Therapy? *Journal of Sand Play Therapy*, 6 (1), 9.
- Dean, J.E. (2001). Sandtray Consultation: A Method of Supervision Applied to Couple's Therapy, *The Arts in Psychotherapy*, 28, 175-180.
- Dugas, M.J., Anderson, K.G., Deschenes, S.S., & Eleanor Donegan, E. (2010). Generalized Anxiety Disorder Publications: Where Do We Stand A Decade Later?, *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 780-784.
- Green, E. & Connolly, M. (2009). Jungian Family Sandplay with Beraved Children: Implication for Play Therapist, *International Journal of Play Therapy*, 18 (2), 84-98.
- Grubbs, G.A. (1995). A Comparative Analysis of the Sandplay Process of Sexually Abused and Nonclinical, *The Arts in Psychotherapy*, 22, (5), 429-446.
- Kalff, D. (2003). Sand Play: A Psychotherapeutic Approach to the Psyche, USA: Temenos Press, Original Work Published in 1980.
- Lacroix, L., Rousseau, C., Gauthier, M., Singh, A., Gigue, N., & Lamzoudi, Y. (2007). Immigrant and Refugee Preeschoolers and Play Representations of the Tsunami, *The Arts in Psychotherapy*, 34, 99-113.
- Layne, A., Bernat, D., Victor, A., & Bernstein, G. (2009). Generalized Anxiety Disorders in a Nonclinical Sample of Children: Symptom
-

- Presentation and Predictors of Impairment, *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 283-289.
- Mattson, D., & Veldorale, A. (2010). Objectifying the Sandtray: An Initial Example of Three-dimensional Art Image Analysis for Assessment, *The Arts in Psychotherapy*, 37, 90-96.
- Mayes, C., & Blackwell, M. (2009). Sand Tray Therapy with A-24-year-Old Woman in the Residual Phase of Schizophrenia, *International Journal of Play Therapy*, 15 (1), 101-116.
- Morgan, J., Banerjee, R. (2008). Post-event Processing and Autobiographical Memory in Social Anxiety: The Influence of Negative Feedback and Rumination, *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1190-1204.
- Norton, B., Ferriegl, M., & Norton, C. (2011). Somatic expression of Trauma in Experimental Play Therapy, *International Journal of Play Therapy*, 20(3), 138-152.
- Oana, B. (2010). Investigation the Structure of Anxiety Symptoms among Romanian Preschools Using the Spence Preschool Anxiety Scale, <http://www.psychologicaltests.org/.htm#>
- Peleg, O., Halaby, E., & Whaby, E. (2009). The Relationship of Maternal Separation Anxiety and Differentiation of Self to Children's Separation Anxiety and Adjustment to Kindergarten: A Study in Druze Families, *Anxiety Disorders*, 20, 973-995.
- Pincus, B., Santucci, L., & Ehrenreich, J. (2008). The Implementation of Modified Parent-child Interaction Therapy for Youth with Separation Anxiety Disorder, *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 118-125.
- Ruscio, A., Chiu, W., Roybyrne, P., Stang, P., Stein, D., Wittchen, H., & Kessler, R. (2007). Broadening the Definition of Generalized Anxiety Disorder Effect on Prevalence and Associations with other Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 662-676.
- Russo, M., Vernam, J., & Wolbert, A. (2006). Sand Play and Story Telling: Social Constructivism and Cognitive Development in Child Counselling, *The Arts in Psychotherapy*, 33, 229-237.
- Siu, A. (2010). Play Therapy in HongKong: Opportunities and Challenges, *Department of Educational Psychology*, 34, 281-289.

- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric Properties of the Spence Children Anxiety Scale with Young Adolescents, *Anxiety Disorders*, 17, 605 -625.
- Taylor, E. (2009). Sand Tray and Solution Focused Therapy, *International Journal of Play Therapy*, 18 (1), 56-68.
- Taylor, Ch. T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attentional Bias Away from Positive Social Information Mediates the Link between Social Anxiety and Anxiety Vulnerability to A Social Stressor, *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 403-408.
- Urquiza, A. (2010). Qualitative Research and Its Role in Play Therapy Research, *International Journal of Play Therapy*, 19 (1), 54-61.
- Versloot, J., Veerkamp, J., Hoogstraten, J. (2008). Dental Anxiety and Psychological Functioning in Children: Its Relationship with Behaviour during Treatment, *Eur Arch Paediatr Dent*, 1, 36-40.
- Weeks, M., Coplan, R., & Kingsbury, A. (2009). The Correlates and Consequences of Early Appearing Social Anxiety in Young Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 956-972.
- Wen, Z., Risheng, Zh., Haslam, D., & Zhiling, J. (2011). The Effects of Restricted Group Sand Play Therapy on Interpersonal Issues of College Students in China, *The arts in Psychotherapy*, 38, 281-289.
- Zinni, V.R. (1997). Differential Aspects of Sandplay with 10- and 11-year-Old Children. *Child abuse & Neglect*, 21, 657-668.

سبک اسناد و رفتارهای پرخطر: نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله در شرایط تنش‌زا

کوثر عظیمی یانچشمه^۱

زهرا تنها^۲

سوده رحمانی^۳

چکیده

روانشناسان به صورت گسترده برای شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر تلاش می‌کنند. یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخطر، سبک‌های اسنادی افراد است. پژوهش‌های اندکی به نقش متغیرهای واسطه‌ای در این ارتباط پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف ارائه مدلی به منظور بررسی تأثیر سبک اسنادی با نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله بر رفتارهای پرخطر انجام شد. بدین منظور ۲۰۶ نفر (۱۲۰ دختر و ۸۶ پسر) از دانشجویان دانشگاه تهران با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بررسی رفتارهای پرخطر جوانان (YRBSQ)، مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا، (۱۹۸۹)، پرسش‌نامه سبک اسنادی (ASQ)، پترسون و همکاران، (۱۹۸۲) و سیاهه مقابله در شرایط تنش‌زا (CISS)، اندلر و پارکر، (۱۹۹۰) مورد استفاده قرار گرفت. نتایج حاکی از اثر مستقیم سبک اسناد با راهبرد مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و رفتارهای پرخطر و اثر غیر مستقیم سبک اسناد با رفتارهای پرخطر از طریق راهبرد مسئله‌مدار بود. همچنین، راهبردهای مسئله‌مدار و اجتنابی اثر مستقیم بر رفتارهای پرخطر نشان دادند. بنابراین، نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله در رابطه میان سبک اسنادی و رفتارهای پرخطر تأیید شد. در نهایت، مدل برازش مناسبی با داده‌ها داشت.

واژگان کلیدی: رفتارهای پرخطر، سبک اسناد، سبک‌های مقابله.

Email:kowsarazimi@yahoo.com

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی تهران

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

مقدمه

نزدیک به یک قرن است که روان‌شناسان به صورت گسترده برای شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر^۱ تلاش می‌کنند. در حال حاضر نیز عوامل مختلف مؤثر بر رفتارهای پرخطر مانند عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی، عوامل فردی در پژوهش‌های متعددی مطرح شده است (گرونباوم، لاری، کان و پیتمن^۲، ۲۰۰۰؛ باسکین-سومرز^۳ و سومرز، ۲۰۰۶ و التاف^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخطر، سبک‌های اسنادی^۵ افراد است. در این زمینه پترسون^۶ و همکاران (۱۹۸۲) بر این باورند که هر فرد برای برخورد موفقیت آمیز با مسائل موقعیتی به ابزارهایی مانند ویژگی‌های روان‌شناختی مجهز است؛ ابزارهایی که فرد در مقابله با رویدادهای مختلف زندگی به کار می‌برد. این ابزارها نه تنها تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند خانواده، اجتماع و غیره قرار دارند، بلکه این عوامل را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (بانک و دیجستا^۷، ۲۰۰۱؛ فولکرسن^۸، ۲۰۰۶). پژوهشگران به تأثیر این مؤلفه بر متغیرهای فردی و محیطی توجه کرده‌اند (التاف و همکاران، ۲۰۰۹؛ کینان و تال^۹، ۲۰۰۵). سبک اسناد شامل سه بعد مکان (درونی یا بیرونی)، کلیت (کلی یا اختصاصی) و پایداری (پایدار و ناپایدار) است (پترسون و سلیگمن^{۱۰}، ۱۹۸۲، نقل از استیل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های بسیاری (استیل و همکاران، ۲۰۰۴؛ کینان و تال، ۲۰۰۵؛ ولبورن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۷؛ آن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰؛ برماس، ۱۳۸۳؛ عباسی و آذری، ۱۳۸۹) به بررسی اثر سبک اسناد افراد به ویژه نوجوانان و جوانان بر گرایش آنها به رفتارهای پرخطر پرداخته‌اند. به طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها مؤید این مسئله بود که افراد با

1- high-risk behavior

3- Baskin-Sommers

5- attribution style

7- Buunk & Dijkstra

9- Keinan & Tal

11- Steel

13- An

2- Grunbaum, Lowry, Kann & Pateman

4- Altaf

6- Sarigiani, Ryan & Petersen

8- Fulkerson

10- Peterson & Seligman

12- Welbourne

سبک‌های اسناد درونی و پایدار که به تمامی موقعیت‌های زندگی آن‌ها تعمیم می‌یافت و پیامد آن تجربه افسردگی بود، در موقعیت‌هایی که فشار و استرس به همراه داشت، به سمت رفتارهای پرخطری مانند مصرف مواد مخدر روی می‌آوردند. سؤالی که در اینجا می‌توان مطرح کرد این است که در رابطه سبک‌های اسنادی و رفتارهای پرخطر چه عواملی می‌توانند تأثیرگذار باشند و به عنوان میانجی این روابط در نظر گرفته شوند؟

پژوهشگران (بانک و دیجکستا، ۲۰۰۱ و آن و همکاران، ۲۰۱۰) بر این باورند که گرایش‌های جوانان به رفتارهای پرخطر، انعکاسی از مشکلات هیجانی و روان‌شناختی آن‌هاست که در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌آور تجربه می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد نوع راهبردی که افراد در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌آور به کار می‌برند، تأثیر بسزایی در گرایش آن‌ها به رفتارهای پرخطر دارد. این رفتارهای مقابله‌ای نیز که بیشتر تحت تأثیر موقعیت شکل می‌گیرد تا محدودی به عوامل فردی مانند سبک اسنادی برمی‌گردد (استین و همکاران، ۱۹۹۹). در نتیجه یکی از متغیرهای احتمالی میانجی می‌تواند راهبردهای مقابله باشد، زیرا از یک سو بر رفتارهای پرخطر تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر تحت تأثیر سبک‌های اسناد افراد (کولیک و روزنبرگ^۱، ۲۰۰۰) قرار دارند.

این راهبردها شیوه مقابله فردی با فشارهای روانی است که در مواردی زمینه‌ساز و آشکارکننده رفتارهای ناهنجار افراد است (ووتا^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). از نظر لازاروس (۱۹۶۶)، نقل از بورن و گارانو^۳، ۲۰۰۳) مقابله به جای اینکه صرفاً مترادف با حل مسئله در نظر گرفته شود، بر فرد، محیط و شیوه‌های تعامل آن‌ها در موقعیت‌های تهدیدآمیز استوار است. همچنین، در این مورد بر نقش محوری شناخت بر پیامدهای هیجانی تأکید شده و ادراک از موقعیت تابع شیوه ارزیابی فرد در نظر گرفته می‌شود. راهبردهای مقابله با فشار روانی عبارتند از راهبردهای مسئله‌مدار^۴، راهبردهای اجتنابی^۵ و راهبردهای

1- Kulick & Rosenberg

2- Votta

3- Bourne and Garano

4- problem-focused coping

5- avoidance coping

هیجان‌مدار^۱ (لازاروس و فالکمن^۲ ۱۹۸۴، نقل از بیزلی^۳، ۲۰۰۳). در راهبرد مقابله مسئله‌مدار فرد بر موضوعی که تنیدگی را به وجود آورده متمرکز شده و با بررسی ابعاد آن سعی در حل آن را دارد. در حالی‌که، در راهبرد هیجان‌مدار فرد سعی در نظم‌دهی به تنیدگی هیجانی خود دارد و تلاش فردی در جهت اجتناب از چنین موقعیتی است (موهینو^۴ و همکاران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های متعددی به بررسی ارتباط راهبردهای مقابله و رفتار پرخطر (لیوا، تین و ژاو^۵ ۲۰۰۴؛ برچتینگ و گیانکولا^۶ ۲۰۰۷؛ هورویتز و هیل^۷ ۲۰۱۰؛ هاسکینگ، لیورز و کارلویو^۸ ۲۰۱۱؛ پیترزاک^۹ و همکاران ۲۰۱۱)، سبک‌های اسنادی با رفتار پرخطر (جیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰) و راهبردهای مقابله با سبک اسنادی (روسچ و وینر^{۱۱} ۲۰۰۱؛ ولبورن و همکاران، ۲۰۰۷) پرداخته‌اند. در ایران نیز شاره، اصغرنژاد فرید و یزدان‌دوست (۱۳۸۸) ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی را با یک رفتار پرخطر (با خطر فرار از منزل در دختران نوجوان شهر مشهد) مورد بررسی قرار داده‌اند. به نظر می‌رسد انجام پژوهشی برای بررسی روابط هر سه متغیر به صورت همزمان می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار قرار دهد. از این رو، پژوهش حاضر با تدوین مدلی (شکل ۱) سعی دارد با در نظر گرفتن نقش میانجی‌گری راهبردهای مقابله با فشار روانی به بررسی رابطه سبک اسناد و رفتارهای پرخطر در جامعه دانشجویان بپردازد.

1- emotion- focused coping

3- Beasley

5-Liua, Tein & Zhao

7- Hurwitz & Hill

9- Pietrzak

11- Roesch & Weiner

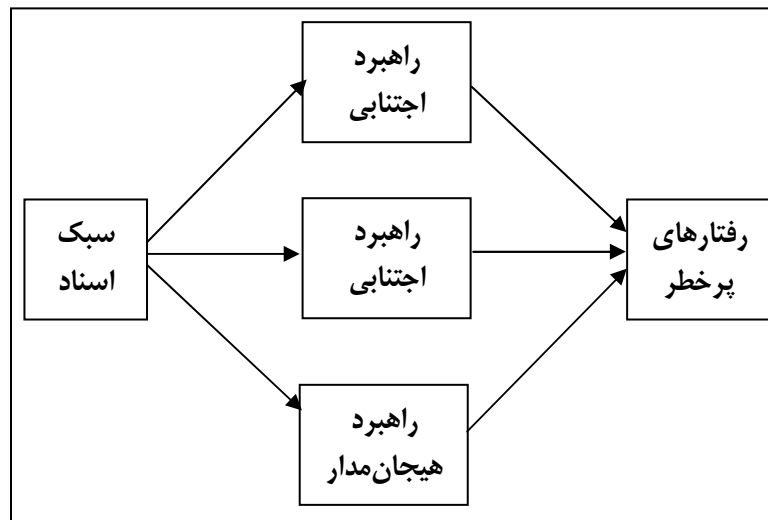
2- Lazarus & Falkman

4- Mohino

6- Brechting & Giancola

8- Hasking & Carlopio

10- Guo



شکل (۱) مدل رابطه سبک اسناد و راهبردهای مقابله با رفتارهای پرخطر

روش

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که در قالب طرح همبستگی چندمتغیری (تحلیل مسیر) مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه و نمونه آماری

جامعه مورد نظر شامل کلیه دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تهران بود که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ به تحصیل اشتغال داشتند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که به طور تصادفی از کل دانشگاه‌های دولتی شهر تهران، دانشگاه تهران و سپس، دانشکده ادبیات این دانشگاه و سه رشته ادبیات فارسی، فلسفه و ادبیات انگلیسی انتخاب شد. به منظور تعیین حجم نمونه به توجه به اینکه ماهیت تحلیل مسیر و مدل معادلات ساختاری به کوواریانس باز

می‌گردد و کوواریانس‌ها وقتی از نمونه‌های کوچک برآورد می‌شوند کمتر با ثبات هستند و از طرفی، بنا به نظر تاباچنیک و فیدل^۱ (۲۰۰۷) مبنی بر اینکه «در بسیاری از موارد، نمونه‌ای در حدود ۲۰۰ نفر برای مدل‌های متوسط و کوچک کفایت می‌کند» (ص ۶۵۹). تعداد ۲۰۶ (۸۶ پسر و ۱۲۰ دختر) دانشجوی این دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شدند که پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای اندازه‌گیری

در پژوهش حاضر از سه پرسش‌نامه بررسی رفتارهای پرخطر جوانان^۲ (مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا^۳، ۱۹۸۹)، پرسش‌نامه سبک اسنادی^۴ (پترسون و همکاران، ۱۹۸۲) و سیاهه مقابله در شرایط تنش‌زا^۵ (اندلر و پارکر^۶، ۱۹۹۰) استفاده شده است.

پرسشنامه بررسی رفتارهای پرخطر جوانان: این پرسش‌نامه با اقتباس از پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا (۱۹۸۹) طراحی و تنظیم شده است و رفتارهای پرخطر را در زمینه‌های رانندگی، خشونت، استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، تغذیه، تحرک جسمانی و دوستان ناباب از نظر فراوانی و شدت در دوره‌های ماهانه و سالانه با ۷۲ گویه ارزیابی می‌کند. فرم کوتاه شده این ابزار شامل ۲۱ گویه در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته که شدت رفتارهای پرخطر را در سه ماه اخیر در زمینه‌های عنوان شده را بررسی می‌کند. پاسخ‌دهی ۶ گویه‌ای این پرسش‌نامه به صورت بلی/خیر (با نمره‌گذاری ۰ و ۱) و سایر سؤال‌ها در طیف لیکرت از هرگز تا خیلی زیاد (با نمره‌گذاری ۰ تا ۴) می‌باشد. طیف نمره آن از صفر تا ۵۴ می‌باشد. با توجه به این که این پرسش‌نامه، رفتارهای پرخطر را در دو بعد فراوانی و شدت ارزیابی می‌کند؛ از این رو، می‌توان نمره شدت گرایش به رفتارهای پرخطر را بر اساس جمع نمره‌ای خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه با یکدیگر به دست آورد.

1- Tabachnick & Fidell

3- Center Disease Control (CDC)

5- Coping Inventory for stressful situations (CISS)

2- Youth Risk Behavior Survey Questionnaire (YRBSQ)

4- Attributional style questionnaire (ASQ)

6- Endler&Parker

برنر^۱ و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار این پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته بین ۰/۲۴ تا ۰/۹۰ به دست آوردند. بخشانی و همکاران (۱۳۸۶) با استفاده از روش بازآزمایی برای تمام زیر مجموعه‌ها اعتبار ۰/۸۵ را گزارش کردند. میزان اعتبار این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه سبک اسنادی: این پرسش‌نامه (پترسون و همکاران، ۱۹۸۲) شامل ۱۲ موقعیت فرضی است که شش رویداد مثبت و شش رویداد منفی را توصیف می‌کند و ابعاد درونی-بیرونی، پایدار-ناپایدار و کلی - اختصاصی را از طریق لیکرت هفت درجه‌ای می‌سنجد. در این پرسش‌نامه از آزمودنی خواسته می‌شود که علت اصلی حادثه را از نظر خود بنویسد و سپس، علت را در سه بعد اسناد درجه‌بندی کند. سه درجه‌بندی مربوط به هر علت با جهت درونی، پایدار و کلی نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات کل برای حوادث خوب و بد از طریق جمع مواد مناسب و تقسیم حاصل بر شش به دست می‌آید و اسنادهای خاص، بی‌ثبات و بیرونی نمرات کمتر (کمتر از چهار) و اسنادهای کلی، با ثبات و درونی نمرات بیشتری (بیشتر از چهار) می‌گیرند. پترسون و همکاران (۱۹۸۴) ثبات درونی این آزمون را ۰/۷۲ و میزان اعتبار آن را در بازآزمایی ۰/۷۰ گزارش کردند. شهربابکی (۱۳۶۹، نقل از برماس، ۲۰۰۴) اعتبار آن را در موقعیت منفی درونی ۰/۷۵، موقعیت پایدار ۰/۴۳، موقعیت مثبت درونی ۰/۷۴، موقعیت مثبت پایدار ۰/۵۶، موقعیت منفی کلی ۰/۷۳، موقعیت مثبت کلی ۰/۷۶ برآورد کرده است. همچنین، اعتبار این پرسش‌نامه به میزان ۰/۷۰ در پژوهش حاضر به دست آمد.

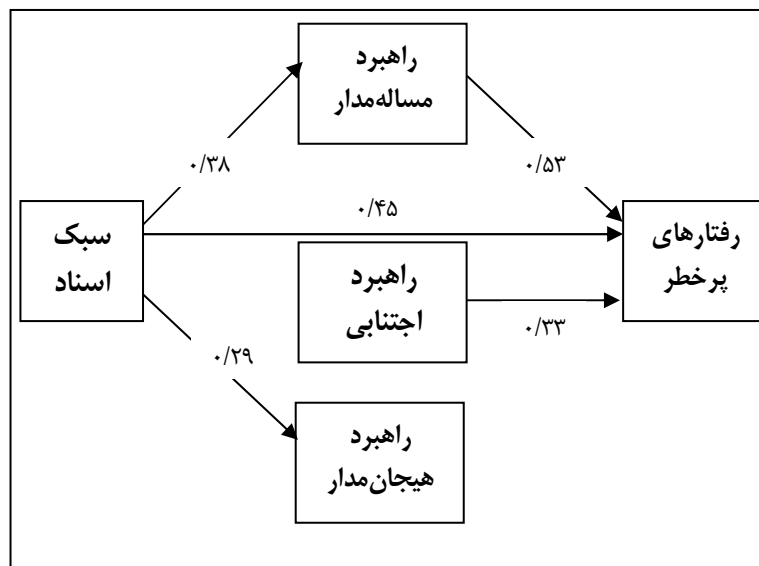
سیاهه مقابله در شرایط تنش‌زا: این ابزار توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) برای ارزیابی راهبردهای مقابله در مقیاس پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) تدوین، طراحی و اعتباریابی شده است. این آزمون دارای ۴۸ گویه می‌باشد که هر ۱۶ گویه به یکی از ابعاد راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مداری، هیجان‌مداری و اجتناب‌مداری مربوط می‌شود. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد

1- Brener

سه‌گانه راهبردهای مقابله‌ای تعیین می‌شود. اعتبار این آزمون در مطالعه اندلر و پارکر (۱۹۹۰) در راهبرد مسئله‌مدار $0/90$ برای دختران و برای پسران $0/92$ ، در راهبرد هیجان‌مداری برای دختران $0/85$ و برای پسران $0/82$ و در راهبرد اجتناب‌مداری برای دختران $0/82$ و برای پسران $0/85$ به دست آمد. جعفر نژاد (۱۳۸۲) برای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه ضریب اعتبار $0/80$ ، $0/83$ و $0/72$ را به ترتیب برای راهبردهای هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتناب‌مدار به دست آورد. در پژوهش حاضر نیز به ترتیب مقادیر $0/68$ ، $0/75$ و $0/76$ برای خرده‌مقیاس‌های هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتناب‌مدار به دست آمد.

یافته‌ها

مدل برازش یافته بعد از بررسی مسیرها در رابطه با داده‌های پژوهش حاضر در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل (۲) مدل برازش یافته رابطه سبک اسناد و راهبردهای مقابله با رفتارهای پرخطر

(۰/۸۹) کمی کوچک‌تر از ۰/۹۰ است، اما با توجه به مناسب بودن سایر شاخص‌ها، می‌توان گفت که مدل برازش مناسبی با داده‌ها دارد.

ضرایب اثر مستقیم مدل برازش یافته که در شکل ۲ نشان داده شده است بیانگر وجود بیشترین اثر مستقیم راهبرد مدار بر رفتارهای پرخطر (۰/۵۳-) است. بر اساس این مدل اثر مستقیم بین سبک اسنادی با رفتارهای پرخطر (۰/۴۵)، راهبرد مقابله مسئله‌مدار (۰/۳۸) و هیجان‌مدار (۰/۲۹)، همچنین راهبرد اجتنابی با رفتارهای پرخطر (۰/۳۳) مشاهده شد. از دیگر یافته‌های مدل این بود که اثر مستقیم راهبرد هیجان‌مدار بر رفتارهای پرخطر معنادار نشد و از مدل حذف شد. ضرایب اثر غیرمستقیم موجود در مدل حاکی از این است که سبک اسنادی از طریق راهبرد مقابله مسئله‌مدار با رفتارهای پرخطر رابطه دارد. نتایج مجذور همبستگی چندگانه نشان داد که سبک اسناد و راهبردهای مقابله با شرایط تنش‌زا، ۱۸ درصد از واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت افراد جامعه به شمار می‌رود. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ میزان بیماری‌ها و مرگ‌ومیر ناشی از مصرف دخانیات به ده میلیون نفر در سال برسد (اسلوسکی^۱، ۲۰۰۴). طبق آمار و ارقام موجود در ایران بیشتر بی‌مبالاتی‌های جنسی (۵۵/۶٪) در سنین ۱۶ تا ۲۱ سالگی رخ می‌دهد و میانگین سن شروع مصرف سیگار در ایران ۱۶/۶ سال است. همچنین، بالاترین نسبت معتادان کشور (۴۵/۷٪) در فاصله سنی ۱۷ تا ۲۲ سال مصرف مواد را آغاز کرده‌اند (بختیاری‌نژاد، ۱۳۸۹). از این‌رو، با توجه به جمعیت رو به رشد نوجوان و جوان در سال‌های اخیر و لزوم توجه به بروز چنین مشکلاتی، پژوهش حاضر با در نظر گرفتن نقش میانجی راهبردهای مقابله به بررسی اثر سبک اسناد افراد بر گرایش آن‌ها به رفتارهای پرخطر پرداخت. بدین منظور با در نظر گرفتن نمونه‌ای دانشگاهی روابط فوق در قالب

1- Slusky

مدلی طراحی و مورد بررسی قرار گرفت. تایید نشان داد که سبک اسناد بر راهبردهای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و رفتارهای پرخطر اثر مستقیم دارد. این اثر مستقیم در مورد راهبردهای مسئله‌مدار و اجتنابی بر رفتارهای پرخطر نیز مشاهده شد. همچنین، رابطه غیر مستقیم در اثر سبک اسنادی بر رفتار پرخطر از طریق راهبرد مسئله‌مدار به دست آمد. نتایج ذکر شده از مدل برازش یافته، تبیین‌هایی را به دنبال دارد که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

نتایج نشان داد که سبک اسنادی بر راهبرد مقابله مسئله‌مدار اثر مستقیم دارد. به طور کلی، نوع تفکر و شناخت افراد به بروز مشکلاتی چون اضطراب، افسردگی، شرم و غیره منجر می‌شود و نمی‌توان صرفاً وقوع رویدادها را عامل چنین مشکلاتی دانست (کینان و تال، ۲۰۰۵) زیرا برداشت افراد و اسناد آن‌ها در رویدادهای همسان متفاوت است. افرادی که از نظر آن‌ها موقعیت‌ها قابل تغییرند و بر این باورند که می‌توانند بر موقعیت‌های فشارزایی که از طرف محیط بر آن‌ها تحمیل می‌شود فائق آیند، با کمک طلبی از دیگران و استفاده از راهبرد حل مسئله مشکلاتشان را مرتفع کرده و از میزان تنش خود می‌کاهند. تحقیقات نشان می‌دهند که در افراد با سطوح بالاتر خوش بینی و امیدواری، سبک‌های مقابله‌ای حل مسئله به‌طور فراوان مورد استفاده قرار می‌گیرد (ووتا و همکاران، ۲۰۰۴). افراد با سبک اسناد درونی بیشتر تمایل دارند تا با رویدادهای تنش‌زای زندگی با روش حل مسئله مقابله کنند، به‌خصوص زمانی که بر رویداد تنش‌زا کنترل دارند (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰). افراد با سبک درونی رویدادهای استرس‌زا را به عنوان مشکلات حل شدنی تلقی می‌کنند نه تهدیدات ناراحت کننده. ارزیابی ثانویه افراد با سبک درونی نیز امید بخش است، زیرا آن‌ها می‌دانند که مهارت‌های مقابله‌ای مفیدی در اختیار دارند. این افراد انرژی‌شان را صرف به دست آوردن اطلاعاتی می‌کنند که برای حل مشکلات زندگی ضروری است و نسبت به سلامت جسمی و روانی‌شان مسئولیت‌پذیرند.

نتیجه دیگر این پژوهش، حاکی از اثر سبک اسنادی بر راهبرد هیجان‌مدار بود. به طور کلی، موقعیت‌های فشارزا با خود نوعی تنیدگی و هیجانات منفی را به همراه دارند.

در این صورت دشواری فائق آمدن بر این هیجانات منفی با خود احساس گناه و افسردگی به همراه داشته که نتیجه آن غیر قابل تغییر دانستن موقعیت و در نهایت، تعمیم چنین احساسی به موقعیت‌های دیگر است. ارتباط سبک اسناد و راهبرد هیجان‌مدار بدین‌گونه است که افراد با سبک بیرونی به احتمال بیشتری به رویدادهای تنش‌زای زندگی، از طریق تخیل و تفکر آرزومندانه واکنش نشان می‌دهند. این افراد غالباً ضعیف مقابله می‌کنند، زیرا هنگام ارزیابی اولیه از رویدادهای زندگی، امید کمتری دارند که بتوانند کاری انجام دهند (هورویتز و هیل ۲۰۱۰؛ هاسکینگ، لیورز و کارلوپیو، ۲۰۱۱؛ پیترزاک و همکاران، ۲۰۱۱). علاوه بر این، ارزیابی ثانویه افراد بیرونی نیز تنش‌زا است. زیرا آن‌ها قادر به یافتن راه‌حل‌ها و امکانات مختلف برای مقابله با مشکلات نیستند و در نتیجه بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی بهره می‌گیرند.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که سبک اسنادی اثر مستقیمی بر رفتارهای پرخطر دارد به این صورت که افراد با سبک اسنادی بیرونی و ناپایدار گرایش بیشتری به رفتارهای پرخطر نشان دادند. با توجه به اینکه شیوه‌هایی که مردم علت‌ها را تبیین می‌کنند می‌توانند بر دیدگاه‌هایشان در مورد نقش آن‌ها در جهان و بر توان آن‌ها در نفوذ بر محیط و تلاششان برای انجام این کار تأثیر بگذارد، سبک تبیینی منفی به‌طور روشن با دامنه وسیعی از پیامدهای هیجانی و اجتماعی منفی مرتبط است (هورویتز و هیل، ۲۰۱۰). مطالعه برماس (۱۳۸۲) نشان داد که از نظر میزان ارتکاب جرایم افراد دارای منبع کنترل بیرونی نسبت به افراد دارای منبع کنترل درونی، درصد بیشتری را نشان می‌دهند، زیرا این افراد دارای اضطراب بیشتری و عزت‌نفس کمتری هستند و برای کاهش میزان اضطراب ممکن است به یک منبع بیرونی با هدف تسکین روی آورند. در حالی‌که، محققان دیگر (آسپینوال و تیلر^۱، ۱۹۹۲). بازشناسی توانایی‌های درونی خود و تکیه بر اسنادهای درونی را از مهم‌ترین عوامل موفقیت در غلبه بر چالش‌ها و پیش‌گیری از روی آوردن فرد به رفتارهای پرخطر گزارش کرده‌اند. هنگامی که عامل رفتار به عوامل

1- Aspinwall & Taylor

خارج از کنترل نسبت داده می‌شود حس مسئولیت پذیری در برابر آن رفتار کاهش می‌یابد (لیوا، تین و ژاو، ۲۰۰۴). در بیشتر موارد نبود پشیمانی و گرایش شدید به بیرونی کردن خطا و کوتاهی، روی آوردن دوباره به رفتارهای پرخطر را پیش‌بینی می‌کند (ترزیان و اندرورز و مور^۱، ۲۰۱۱).

رابطه مستقیم و منفی راهبرد مسئله مدار و رفتارهای پرخطر نتیجه دیگر این پژوهش است. با وجود در نظر گرفتن جوانب مختلف بروز حوادث و سعی در حل آن به جای برخورد نابخردانه با آن، انتظار می‌رود که افراد گرایش کمتری به رفتارهای آسیب‌زا داشته باشند. رابطه منفی به‌دست آمده نیز موید همین نکته است. ترزیان و همکاران (۲۰۱۱) و بارن^۲ و همکاران (۱۹۹۵) نیز نشان دادند افرادی با گرایش کمتر به رفتارهای پرخطر از راهبردهای حل مسئله بیشتر استفاده می‌کنند. راهبرد حل مسئله نوعی مقابله انطباقی است که بازسازی شناختی و حل مسئله را در بر می‌گیرد و تحقیقات نشان می‌دهد که با سازگاری بهتر هیجانی و سلامت جسمانی مرتبط است (کونور - اسمیت و همکاران، ۲۰۰۰، بن - زور و رشف-کفیر^۳، ۲۰۰۴) و به عنوان یک عامل حمایتی در برابر درگیر شدن در رفتارهای پرخطر (لانگ روک^۴ و همکاران، ۲۰۰۲) و رشد آسیب شناسی روانی مانند افسردگی و اضطراب (چاپلین و کل^۵، ۲۰۰۵) عمل می‌کند.

نتایج نشان داد که راهبرد اجتنابی اثر مستقیمی بر رفتارهای پرخطر دارد. این یافته با پژوهش‌های بریتچینگ و جیانکولا^۶ (۲۰۰۶) و افتخاری (۲۰۰۴) همخوان است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت وقایع منفی زندگی به خودی خود بر رفتارهای پرخطر تأثیر نمی‌گذارند بلکه استفاده از راهبردهای مقابله‌ای است که بر رفتارهای پرخطر تأثیر می‌گذارد. فردی که فاقد مهارت‌های مقابله کارآمد است، به احتمال بیشتری برای تعدیل هیجان خود به سمت رفتارهای پرخطر گرایش پیدا کند. بنابراین، مقابله معیوب به‌طور گسترده رفتارهای پرخطر بیشتری را پیش‌بینی می‌کند (کولیک و روزنبرگ^۷، ۲۰۰۰).

1- Terzian, Andrews & Moore

3- Ben-Zur & Reshef-Kfir

5- Chaplin & Cole

7- Kulick & Rosenberg

2- Baroun

4- Langrock

6- Brechting & Giancola

راهبردهای مقابله بر روی اینکه چگونه افراد در زندگی با عوامل استرس‌زا سروکار داشته باشند تأثیر می‌گذارد. در واقع، راهبردهای اجتنابی یک مکانیسم شناختی را آشکار می‌سازد که فرد را قادر می‌سازد تا مؤلفه‌های تهدید را در رفتارهای پرخطر نادیده بگیرند. در مقابله اجتنابی فرد به فکر و اندیشه گریز و اجتناب از مشکل است، به عبارت دیگر افرادی که در موقعیت‌های استرس‌زا قرار دارند و اغلب از این سبک استفاده می‌کنند، در مواجهه با چنین موقعیت‌های ترجیح می‌دهند به رویاهای خود پناه برده و آنچه را که به دنبال آن هستند در دنیای خیال خویش به‌دست آورند (تقی‌لو، ۱۳۸۳). همچنین، وجود مهارت‌های مقابله‌ای اجتنابی احتمال بالایی از سوء مصرف مواد و مشکلات روانی اجتماعی را بر اساس DSM-IV پیش‌بینی می‌کنند (کولیک و روزنبرگ، ۲۰۰۰). سافر و هاردینگ^۲ (۱۹۹۳) نشان دادند مکانیسم مقابله اجتنابی، سازگاری جوانان را کاهش می‌دهد. مقابله اجتنابی در واقع با پیش‌بینی اطمینان افزایش یافته و تنش کاهش یافته مرتبط است. افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای مفید کمتری استفاده می‌کنند، ممکن است انتظار داشته باشند که مصرف الکل برای آن‌ها اطمینان به دست می‌آورد و اضطراب و استرس آن‌ها را کاهش می‌دهد. سپس، این انتظارات به نوشیدن برای مقابله با استرس و افزایش خلق مثبت منتهی می‌شود. الکل یا مواد مخدر به این دلیل استفاده می‌شود تا افراد از هیجانات منفی خود فرار کنند و یا هیجانات منفی خود را هدایت کنند (لیندزی^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). رابطه غیرمستقیم سبک اسنادی از طریق راهبرد مسئله‌مدار بر رفتار پرخطر گویای این مسئله است که هر چه افراد با توجه به سبک اسناد مناسب از راهبردهای مقابله مسئله‌مدار بیشتری بهره‌گیرند، کمتر به رفتارهای پرخطر گرایش پیدا می‌کنند. این پژوهش نشان داد که راهبرد مقابله مسئله‌مدار میانجی مناسبی در رابطه بین سبک اسناد و رفتارهای پرخطر است.

بنابر نتایج پژوهش، به نظر می‌رسد با شناخت بهتر عوامل زمینه ساز رفتارهای پرخطر می‌توان برنامه‌هایی را در جهت پیش‌گیری و کنترل آن در نظر گرفت.

1- Kulick & Rosenberg
3- Lindsey

2- Safer & Harding

راهبردهای مقابله از یک سو تحت تأثیر سبک اسناد قرار دارد و از سوی دیگر رفتارهای پرخطر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر به دنبال کنترل رفتارهای پرخطر هستیم، باید در نظر داشته باشیم که نمی‌توانیم آن را تنها تحت تأثیر عوامل فردی فرض کنیم. بلکه در واقع، رفتارهای پرخطر تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی قرار دارد. بنابراین، برنامه‌ای جامعیت دارد که کل فرایند را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در مدل‌های جامع‌تر و با در نظر گرفتن عوامل فردی و محیطی دیگری که در بروز رفتارهای پرخطر دخیل هستند، عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی قرار گیرند.

اگر چه در پژوهش حاضر از مدل‌سازی تحلیل مسیر استفاده شد، اما این روش علیت در مدل را نشان نمی‌دهد و برای شناسایی متغیرهای در نظر گرفته نشده نیز مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. این کمبود می‌تواند با در نظر گرفتن عوامل فردی و بافتی دیگری که پیچیدگی رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهد، جبران شود. همچنین، استفاده از روش‌های خود گزارش‌دهی نظیر پرسش‌نامه‌ها به عنوان روش‌های متداول در اندازه‌گیری متغیرهای شخصی، اطلاعات کاملاً منطبق با واقعیت ارائه نمی‌دهد. بنابراین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های ترکیبی استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مدل پیشنهادی در جوامع دیگر اجرا و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود و در نهایت با توجه به این که در پژوهش حاضر از نمونه دانشجویان استفاده شده است که نمونه تقریباً همگونی است، لازم است در پژوهش‌های آتی از نمونه‌هایی با تنوع بیشتر استفاده شود تا نتایج به گروه‌های بیشتری تعمیم یابد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۲۱

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۸/۰۴

منابع

References

- بختیاری‌نژاد، احمد (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک‌های مقابله با استرس و منبع کنترل سلامت با عود اعتیاد در افراد معتاد به مواد مخدر تحت درمان نگهدارنده متادون، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- جعفرنژاد، پروین (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان‌شناختی در دانشجویان کارشناسی تربیت معلم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- عباسی، مسلم و آذری، مهناز (۱۳۸۹). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر در دانشجویان از طریق ویژگی‌های شخصیتی، اولین همایش دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.
- شاره، حسین، اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر و یزدان‌دوست، رخساره (۱۳۸۸). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی با خطر فرار از منزل در دختران نوجوان شهر مشهد، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۳، ۲۴۲-۲۴۷.
- تقی‌لو، صادق (۱۳۸۳). مقایسه عزت نفس، سبک‌های مقابله با فشار روانی و خشم در بزهکاران و نوجوانان عادی استان تهران در سال ۸۳-۱۳۸۲، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- برماس، حامد (۱۳۸۳). مقایسه میزان عزت‌نفس و سبک‌های اسنادی در دو گروه از نوجوانان غیرمعتاد و معتاد، اعتیادپژوهی، ۲، ۶۷-۸۴.
- Altaf, A., Janjua, N.Z., Kristensen, S., Zaidi, N.A., Memon, A., Hook, E.W., Vermund, S.H. & Shah, S.A. (2009). High-risk Behaviors among Juvenile Prison Inmates in Pakistan, *Public Health*, 123, 470-475.
- An, K.S., Kang, J.I., Park, J.Y., Kim, K.R., Lee, S.Y. & Lee, E. (2010). Attribution Bias in Ultra-high risk for Psychosis and First-episode Schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 118, 54-61.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1992). Modeling Cognitive Adaptation: A Longitudinal of the Impact of Individual Differences and Coping on College Adjustment and Performance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 755-765.
- Barone, C., Weissberg, R.P., Kaspro, W.J., Voyce, C.K., Arthur, M.W., Shriver, T.P. (1995). Involvement in Multiple Problem Behaviors of

- Young Urban Adolescents, *The Journal of Primary Prevention*, 15(3), 261-283.
- Baskin-Sommers, A. & Sommers, I. (2006). The Co-occurrence of Substance Use and High-risk Behaviors, *Journal of Adolescent Health*, 38, 609-611.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in Response to Life Stress: The Effects of Coping Style and cognitive Hardiness, Personality & Individual Differences, *Psychology & Sport Exercise*, 34, 77-95.
- Ben-Zur, H., & Reshef-Kfir, Y. (2003). Risk Taking and Coping Strategies among Israeli Adolescents, *Journal of Adolescence*, 26, 255-265.
- Brechting, E.H., & Giancola, P.R. (2007). A Longitudinal Study of Coping Strategies and Substance Use in Adolescent Boys, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(2), 51-67.
- Brener, N.D., Kann, L., McManus, T., Kinchen, S.A., Sundberg, E.C., & Ross, J.G. (2002). Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey Questionnaire, *Journal of Adolescent Health*, 31(4), 336-342.
- Buunk, B.P. & Dijkstra, P. (2001). Rationalizations and Defensive Attributions for High-risk Sex among Heterosexuals, *Patient Education & Counseling*, 45, 127-132.
- Chaplin, T.M., & Cole, P.M. (2005). *The Role of Emotion Regulation in the Development of Psychopathology*, In B.L. Hankin, & J. R.Z. Abela (Eds), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-stress Perspective* (pp. 49-74). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Chen, J.Q., Dunne, M.P., & Han, P. (2006). Child Sexual Abuse in Henan province, China: Associations with Sadness, Suicidality, and Risk Behaviors among Adolescent Girls, *The Journal of Adolescent Health*, 38, 544- 549.
- Connor - Smith, J.K., Compas, B.E., Wadsworth, M.E., Thomsen, A.H., & Saltzman, H. (2000). Responses to Stress in Adolescence: Measurement of Coping and Involuntary Stress Responses, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 972-976.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*, Toronto: Multi-Health Systems.

- Fulkerson, J.A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D. & French, S. A. (2006). Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39, 337-345.
- Grunbaum, J.A., Lowry, R., Kann, L. & Pateman, B. (2000). Prevalence of Health Risk Behaviors among Asian American/Pacific Islander High School Students, *Journal of Adolescent Health*, 27, 322-330.
- Guo, Q., Unger, J.B., Azen, S.P., Li, CH., Palmer, P.H., Lee, L., & Johnson, A. (2010). Cognitive Attributions for Smoking among Adolescents in China, *Addictive Behaviors*, 35, 95-101.
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carpio, C. (2011). The Relationship between Coping Strategies, Alcohol Expectancies, Drinking Motives and Drinking Behavior, *Addictive Behavior*, 36, 479-487.
- Hurwitz, A.G., & Hill, R.M. (2010). Specific Coping Behaviors in Relation to Adolescent Depression and Suicidal Ideation, *Journal of Adolescence* XXX, 19, 1-9.
- Keinan, G. & Tal, S. (2005). The Effects of Type a Behavior and Stress on Attribution of Causality, *Personality & Individual Differences*, 38, 403-412.
- Kulick, D., & Rosenberg, H. (2000). Assessment of University Student's Coping Strategies and Reasons for Driving in High-risk Drinking-driving Situations, *Accident Analysis and Prevention*, 32, 85-94.
- Langrock, A.M., Compas, B.E., Keller, G., Merchant, M.J., & Copeland, M.E. (2002). Coping with the Stress of Parental Depression: Parents' Reports of Children's Coping, Emotional and Behavioral Problems, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 312-324.
- Lindsey, E.W., Kurtz, P.D., Jarvis, S., Williams, N.R., & Nackerud, L. (2000). How Run Away and Homeless Youth Navigate Troubled Waters: Personal Strengths and Resources, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17, 115-139.
- Liua, X., Tein, J.Y., & Zhao, Z. (2004). Coping Strategies and Behavioral Emotional Problems among Chinese Adolescents, *Psychiatry Research*, 126, 275-285.

- Mohino, S., Kirchner, T., & Forns, M. (2003). Coping Strategies in Young Male Prisoners, *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 41-49.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Seligman, M.E. (1982). The Attributional Style Questionnaire, *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), 287-299.
- Pietrzak, R.H., Russo, A.R., Ling, Q., & Southwick, S.M. (2011). Suicidal Ideation in Treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The Role of Coping Strategies, Resilience, and Social Support, *Journal of Psychiatric Research*, 45, 720- 726.
- Roesch, S.C., & Weiner, B. (2001). A Meta-analytic Review of Coping with Illness Do Causal Attributions Matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.
- Rotenberg, K.J., Flood, D. (2000). Dietary Restraint, Attributional styles for Eating, and Preloading Effects, *Eating Behaviors*, 1, 63-78.
- Safer, L.A., & Harding, C.G. (1993). Under Pressure Program: Using Live Theater to Investigate Adolescents Attitudes and Behavior Related to Drug and alcohol-abuse Education and Prevention, *Adolescence*, 28(109), 135-148.
- Slusky, R.I. (2004). Decreasing High-risk Behavior in Teens: A theater Program Empowers Students to Reach Out to Their Peers, *Healthcare Executive*, 19(1), 48-49.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., Cross, H. (2004). Psychological Sequelae of Childhood Sexual Abuse: Abuse-related Characteristics, Coping Strategies, and Attributional Style, *Child Abuse & Neglect*, 28, 785-801.
- Stein, J.A., & Nyamathi, A. (1999). Gender Differences in Relationships among Stress, Coping, and Health Risk Behaviors in Impoverished, Minority Populations, *Personality and Individual difference*, 26, 141-157.
- Tabachnick, G.B. & Fidell, S. L. (2006). *Using Multivariate Statistics*, Allyn and Bacon.
- Terzian, M.A., Andrews, M., Moore, A.K. (2011). Preventing Multiple Risky Behaviors among Adolescents: Seven Strategies, *Brief Research-to-Results*.

- Votta, E., Manion, I. & Psych, C. (2004). Suicide, High-risk Behaviors, and Coping Style in Homeless Adolescent Males, s Adjustment, *Journal of Adolescent Health*, 34, 237-243.
- Welbourne, J.L., Eggerth, D., Hartly, T.A., Andrew, M.E. & Sanchez, F. (2007). Coping Strategies in the Workplace: Relationships with Attributional Style and Job Satisfaction, *Journal of Vocational Behavior*, 70, 312-325.

اثربخشی شناخت - رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر مولفه‌های سلامت عمومی مبتلایان به بیماری پارکینسون (PD)

مهناز علی‌اکبری دهکردی^۱

احمد علی‌پور^۲

حسین زارع^۳

غلامعلی شهیدی^۴

زیبا برقی ایرانی^۵

چکیده

هدف: بیماری پارکینسون نوعی اختلال تحلیل برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمند است و پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری بر مولفه‌های سلامت عمومی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون بود.

روش: در این مطالعه روش پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه از جامعه آماری سالمندان مبتلا به پارکینسون در نظر گرفته شد، نمونه‌های پژوهش شامل ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و با روش تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی تحت درمان شناختی-رفتاری سالمندی در ۱۰ جلسه

۱- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

۲- استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

۴- فلوشیپ مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ایران

۵- مربی و دانشجوی دکتری گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

Gmail:kimia2010@gmail.com

قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود مولفه‌های سلامت عمومی در گروه آزمایش شده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: شناخت-رفتار درمانگری سالمندی موجب بهبود کلیه مولفه‌های سلامت عمومی بیماران مبتلا به پارکینسون می‌شود. بنابراین این روش را می‌توان در بیمارستان‌ها و آسایشگاه‌ها به عنوان یک درمان تکمیلی به کار بست. بنابراین ارائه درمان شناختی - رفتاری در کنار سایر مداخلات پزشکی به عنوان بخشی از درمان و مراقبت به سالمندان مبتلا به پارکینسون توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: شناخت - رفتار درمانگری سالمندی، سلامت عمومی، پارکینسون.

مقدمه

در جهان توسعه یافته و در حال توسعه، افراد عمر طولانی دارند و افزایش طول عمر در سراسر جوامع، هم یک دستاورد اجتماعی به شمار می‌آید و هم چالش فرا روی این جوامع است (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۰۲).

در سال‌های اخیر مشکلات مزمن پزشکی شیوع فزاینده‌ای یافته است. مردم طولانی‌تر زندگی می‌کنند و مشکلات پزشکی که در گذشته با خطر مرگ و میر قابل ملاحظه‌ای همراه بودند هم اکنون به صورت موثرتری کنترل می‌شوند. ترنر و کلی^۲ (۲۰۰۰) معتقدند که پیشرفت‌های صورت گرفته در روش‌های درمان بیماری‌های مزمن جسمی ممکن است به بهای کیفیت زندگی بیماران تمام شود. اسکاندلین^۳ (۲۰۰۰) بر این باور است که بیماری‌های مزمن، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشند، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد.

1- World Health Organization

2- Turner & Kelly

3- Scandlyn

با توجه به اینکه سالمندان از تمام گروه‌های سنی ناهمگن‌ترند و غالباً تفاوت‌های آنها بیشتر از شباهت‌هایشان است (استیور^۱ و هامن^۲؛ ۱۹۸۳؛ فاترمن^۳ و تامپسون^۴، گالاگر^۵، ریس^۶، ۱۹۹۵). احتمال شکل‌گیری یک بیماری مزمن جسمی با افزایش سن فرد بیشتر می‌شود. براساس زمینه‌یابی عمومی مربوط به خانواده که در سال ۱۹۹۸ در بریتانیا صورت گرفت، ۵۹ درصد افراد بین ۶۵ تا ۷۴ ساله و ۶۶ درصد افراد ۷۵ ساله و بالاتر تجربه ابتلا به یک بیماری معلولیت را گزارش کردند. رایج‌ترین بیماری‌های مزمن بیماری‌های عضلانی - اسکلتی، بیماری‌های مربوط به گردش خون، بیماری‌های قلبی و بیماری‌های نورولوژیک هستند که با افزایش سن بیشتر می‌شود (لایدلاو^۷، تامپسون^۸ و لاری^۹، ۱۳۸۷). اگر چه، ضعف سلامت جسمانی می‌تواند عامل خطر ساز عمده‌ای در شکل‌گیری اختلال‌های روانی باشد (کرامر^{۱۰}، فوکس^{۱۱} و موجنسترم^{۱۲}، ۱۹۹۲)، ولی نشانه‌های این اختلال‌ها اغلب از دید متخصصان بهداشتی که به درمان شکایت‌های جسمانی سالمندان می‌پردازند، ناشناخته باقی می‌مانند. به طور مثال درست است که افسردگی خطر از کار افتادگی را افزایش می‌دهد و از کار افتادگی نیز می‌تواند خطر شکل‌گیری افسردگی را افزایش دهد (گارلند^{۱۳} ترسی^{۱۴}، اسمیت^{۱۵}، بلک^{۱۶}، گس^{۱۷} و ادلاویچ^{۱۸}، ۱۹۹۸) اما ارتباط بین این دو پیچیده‌تر از نوعی تناظر یک به یک است.

در این راستا یکی از این بیماری‌های مزمن، بیماری پارکینسون است. بیماری پارکینسون^{۱۹} نوعی اختلال تحلیل‌برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمندان است. علائم حرکتی این بیماری در نتیجه مرگ سلول‌های تولیدکننده دوپامین در منطقه‌ای از مغز

1- Steure
3- Futterman
5- Gallagher
7- Laidlaw
9- Lary
11- Fox
13- Gurland
15- Smith
17- Hughes
19- Parkinson's Disease

2- Hamman
4- Thompson
6- Ferris
8- Tomson
10- Kramer
12- Morgensterm
14- Teresi
16- Blak
18- Edlavitch

میانی به نام جسم خاکستری^۱ ایجاد می‌شود. علت این مرگ سلولی هنوز مشخص نیست (جانکوویک^۲، ۲۰۰۸). علائم این بیماری برای اولین بار در سال ۱۸۱۷ میلادی توسط دانشمند بریتانیایی به نام دکتر جیمز پارکینسون شناسایی شد. وی نام این بیماری را "فلج لرزان"^۳ نامید که امروزه آن را تحت عنوان بیماری پارکینسون می‌شناسند (لوییس و کنل^۴، ۲۰۰۹). اکثر این بیماران به نوع ایدیوپاتیک^۵ (بدون هیچ علت شناخته شده) به پارکینسون مبتلا می‌شوند. بیماری پارکینسون دومین اختلال نورودژنراتیو^۶ شایع بعد از بیماری آلزایمر است. میانگین سن شروع این بیماری ۶۰ سالگی است، اگرچه در ۵ تا ۱۰ درصد موارد که به عنوان پارکینسون با شروع در دوره جوانی اطلاق می‌شود، در سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی آغاز می‌گردد (سامی^۷، نوتچی^۸، رانسومبر^۹، ۲۰۰۴). شیوع این بیماری در میان کشورهای اروپایی در حدود ۱۰۸ تا ۲۵۷ مورد در هر صد هزار نفر (۰/۱ تا ۰/۲۵ درصد) گزارش شده است (لیندگرن و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۵). پارکینسون در میان سالمندان بسیار شایع بوده و شیوع آن از ۱ درصد در افراد بیش از ۶۰ سال به ۴ درصد در افراد بالای ۸۰ سال افزایش پیدا می‌کند (دی لو و برتلر^{۱۱}، ۲۰۰۶). شیوع پارکینسون در جمعیت عمومی ایران ۲ در صد هزار نفر است که این میزان در افراد بالای ۶۵ سال به ۲ در هزار نفر (۱۰ برابر) افزایش می‌یابد. بر همین اساس و با احتساب جمعیت ۷۵۱۴۹۶۶۹ میلیون نفری کشور در سال ۱۳۹۰، پیش‌بینی می‌شود بین ۱۵۰ تا ۱۶۰ هزار نفر بیمار مبتلا به پارکینسون در کشور وجود داشته باشد (شهیدی، ۲۰۱۲). نظر به اینکه جمعیت سالمندان کشور تا ۳۰ سال آینده رشد چشمگیری خواهد داشت، بنابراین تعداد بیماران مبتلا به پارکینسون نیز رشد فزاینده‌ای خواهد یافت. در برخی از مطالعات عنوان شده است که این بیماری در مردان شایع‌تر از زنان است (دی لو و برتلر، ۲۰۰۶).

بیماری پارکینسون حرکات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب ایجاد اختلالات

1- Substantia Nigra
3- Shaking Palsy
5- Idiopathic
7- Samii
9- Ransombr
11- Delau & Breteler

2- Jankovic
4- Lewis and Knell
6- Neurodegenerative
8- Nuttig
10- Lindgren

حرکتی می‌شود. بارزترین علائم حرکتی در شروع بیماری عبارتند از لرزش یا ترمور^۱، سفتی^۲، برادی کینزی^۳ یا کندی حرکت و اختلال در راه رفتن یا عدم تعادل وضعیتی^۴. سایر علائم و نشانه‌های حرکتی شناخته شده، منجر به اختلال در گام برداشتن و ایستادن (مانند شتابزدگی غیرارادی^۵ [حرکات سریع به این سو و آن سو در گام برداشتن و وضعیت خم شده به سمت جلو در هنگام راه رفتن]) (جانکوویک، ۲۰۰۸). اختلال در تکلم و بلع (روسل^۶، سیوسی^۷، کانر^۸ و اسخالرت^۹، ۲۰۱۰)؛ ماسکه شدن صورت^{۱۰}؛ و ریز شدن دست‌خط^{۱۱} می‌شوند؛ اگرچه دامنه مشکلات حرکتی ممکن است حتی وسیع‌تر از این نیز باشد. علائم غیرحرکتی شامل اختلال عملکرد اتونومیک، مشکلات عصبی-روانی (خلق، شناخت، رفتار یا تغییرات فکری) و مشکلات حسی و خواب می‌باشد (جانکوویک^{۱۲}، ۲۰۰۸). با کاهش کیفیت زندگی در مبتلایان و مراقبان آنها، افزایش مرگ و میر و افزایش احتمال نیاز به پرستار در منزل همراه است (کابالو^{۱۳}، مارتی^{۱۴}، تولوسا^{۱۵}، ۲۰۰۷).

از سویی شایع‌ترین اختلالات خلقی در این بیماران افسردگی، بی‌عاطفگی^{۱۶} و اضطراب هستند (جانکوویک، ۲۰۰۸) میزان شیوع افسردگی در مبتلایان به پارکینسون، بالای ۵۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (برن^{۱۷}، ۱۹۹۲؛ کیومینگ^{۱۸}، ۱۹۹۲؛ مسترمن^{۱۹}، ۱۹۹۹). در یک مرور سیستماتیک شیوع افسردگی شدید ۱۷ درصد، افسردگی خفیف ۲۲ درصد و افسرده‌خویی^{۲۰} ۱۳ درصد گزارش شده است (ریچندرس^{۲۱}، ایهرت^{۲۲}، وبر^{۲۳}، ارسلند^{۲۴}، لیتنتجنس^{۲۵}، ۲۰۰۸). شدت افسردگی معمولاً خفیف تا متوسط بوده و خودکشی

- 1- Tremor
- 3- Slowness of Movement
- 5- Festination
- 7- Ciucci
- 9- Schallert
- 11- Small handwriting
- 13- Caballol
- 15- Tolosa
- 17- Burn
- 19- Master man
- 21- Reijnders
- 23- Weber
- 25- Leentjens

- 2- Rigidity
- 4- Postural Instability
- 6- Russell
- 8- Connor
- 10- Mask-like face expression
- 12- Jankovic
- 14- Marti
- 16- Apathy
- 18- Cummings
- 20- Dysthymia
- 22- Ehrt
- 24- Arslan

در این بیماران به ندرت اتفاق می‌افتد (بورن، ۲۰۰۲).

اگر چه افسردگی شایع‌ترین مشکل روانی عصبی^۱ بیماران مبتلا به پارکینسون است اما اغلب تشخیص داده نمی‌شود و بیشتر از ۵۰ درصد بیماران درمانی برای افسردگی دریافت نمی‌کنند. یکی از دلایل این آمار قابل توجه بدین خاطر است که بسیاری از پزشکان افسردگی این گروه از بیماران را به عنوان پاسخی به اختلالات حرکتی در نظر می‌گیرند (شولمن^۲، تاباکرل^۳، رابینستن^۴ و وینر^۵، ۲۰۰۲). وجود افسردگی در مبتلایان به پارکینسون تشخیص و درمان دارویی این بیماران را مشکل‌تر می‌کند (پووهو یوگینگر^۶، ۱۹۹۹) رفتارهای برانگیزشی از قبیل مصرف و تمایل^۷ بیش از حد دارو، شرابخواری^۸، تمایل جنسی بیش از حد^۹ و قماربازی مرضی^{۱۰} می‌تواند در بیماران مبتلا به پارکینسون دیده شود و با مصرف داروهایی که برای کنترل این بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند، ارتباط دارند (جانکوویک، ۲۰۰۸).

تغییر در درک حس‌ها شامل اختلال در حس بویایی، احساس درد، گزگز و سوزن سوزن شدن است. همه این علائم ممکن است در طی سال‌های قبل از تشخیص این بیماری نیز وجود داشته باشند (جانکوویک، ۲۰۰۸). در صورت عدم رعایت صحیح رژیم درمانی گاهی اوقات این علائم به قدری تشدید می‌یابد که به ناتوانی کامل بیمار منجر می‌شود. تشدید علائم حرکتی، عصبی و روانی می‌تواند سبب ناامیدی بیمار در خود مراقبتی شود. بنابراین در این بیماران علاوه بر مراقبت‌های جسمانی، توجه به نیازهای شناختی و روانی اهمیت دارد. پیش‌رونده بودن اختلالات حرکتی به همراه اختلالات خلقی الگوی فعالیت‌های روزانه زندگی فرد را مختل کرده و فرد را روز به روز ناتوان‌تر می‌کند. به نظر می‌رسد الگوهای رفتاری این بیماران در امر مراقبت از خود با سایر بیماران متفاوت باشد. بیماری پارکینسون بخصوص در نوع پیش‌رونده، به ناچار تغییراتی

1- Neuropsychiatric
3- Tabackrl
5- Weiner
7- Craving
9- Hypersexuality

2- Shulman
4- Rabinsten
6- Poewe & Euginger
8- Binge Eating
10- Pathological Gambling

در زندگی بیماران به وجود می‌آورد و اگر بیمار توان سازگاری روانی با آن را نداشته باشد بهداشت روانی‌اش به مخاطره می‌افتد. بیماری‌های جسمی، توانایی‌ها و قدرت جسمانی و عملکردی فرد را دچار اختلال می‌کند و بدین طریق برای بیمار وضعیت ناامیدکننده‌ای را به وجود می‌آورد که به کاهش اعتماد به نفس و امیدواری در فرد منجر می‌شود که این نوع نگرش و تفکر تا حد زیادی سلامت روانی فرد را به خطر می‌اندازد و او را در برابر مشکلاتی چون افسردگی، اضطراب و... آسیب‌پذیر می‌سازد. غالباً همه مطالعات مقایسه‌ای میزان بالایی از افسردگی را در میان گروه‌های بیماران مبتلا به پارکینسون را گزارش کرده‌اند (فریدمن^۱، ۲۰۱۰).

لینتجنس^۲، دوجاردین^۳، مارش^۴، مارتینز^۵، ریچارد^۶، استارختین^۷ (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با عنوان "اضطراب و نوسانات حرکتی^۸ در بیماری پارکینسون: یک مطالعه مشاهده‌ای مقطعی به توصیف ماهیت ارتباط میان علائم اضطرابی و نوسانات حرکتی و نیز توصیف علائم اضطراب در طی فازهای خاموش و عود دیسکینزی پرداختند. به‌طور قابل توجهی در مقایسه با بیماران فاقد نوسانات حرکتی، بیمارانی که نوسانات حرکتی داشتند دو برابر بیشتر مبتلا به اختلالات اضطرابی فراگیر^۹ بودند (۲۳ درصد در مقابل ۹ درصد). اختلالات هراسی^{۱۰} در بیماران دارای نوسانات حرکتی شایع‌تر نبود اما در این بیماران شیوع ترس از مکان‌های شلوغ^{۱۱} و هراس اجتماعی بیشتر بود. آنها پیشنهاد می‌کنند که مطالعات بیشتری برای بررسی وضعیت اضطرابی و نوسانات حرکتی مورد نیاز هستند.

به همین منظور یکی از درمان‌هایی که در دامنه وسیعی از اختلالات رایج در حوزه بهداشت روانی موثر است، درمان شناختی - رفتاری می‌باشد. این رویکرد تلفیقی از دو الگوی موفق رفتار درمانی و شناخت درمانی است که نقش موفق آن در درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی به خصوص افسردگی و اضطراب به اثبات رسیده است (مهلمانا و گرم^{۱۲}، ۲۰۰۵). همچنین یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این نوع

1- Friedman

3- Dujardin

5- Martines

7- Starkstein

9- Generalized Anxiety Disorder

11- Agoraphobia

2- Leentjens

4- Marsh

6- Richard

8- Motor Fluctuations

10- Panic Disorder

12- Mohlman & Gorman

درمان به خصوص در سالمندان، این است که به صورت فردی و باتوجه به ویژگی‌ها و توانمندی‌های افراد می‌تواند به صورت منعطف به کار برد. درمان شناختی - رفتاری بر ابعاد شناختی و رفتاری و بر اندیشیدن، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل تأکید دارد و دارای ویژگی‌های منطقی، تفسیری، مستقیم، متقاعدکننده و فلسفی است (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۱).

البته اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی در گروه‌های مختلف از جمله دانش آموزان، بیماران صرعی، بیماران مبتلا به سردردهای تنشی، بیماران سرطانی، بیماران مبتلا به ام اس و زنان دارای همسر مبتلا به اختلال مواد در ایران بررسی شده که نتایج همه این پژوهش‌ها اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری را بر بیماران نشان دادند (مختاری، نشاط دوست و مولوی ۱۳۸۷؛ دین‌دوست و علی اکبری، ۱۳۸۴؛ علی محمدی، آقایی، گلپرور و اعتمادی‌فر، ۱۳۸۶؛ هزیر، احدی، پورشهباز و رضایی، ۱۳۹۰).

ورسل^۱، انگستراند^۲ و گرانیوس^۳ (۲۰۰۷) در نتایج پژوهش خود عنوان کردند زندگی روزانه بیماران و وابستگان حتی اگر بیمار در مراحل پیشرفته بیماری نباشند بسیار تحت تأثیر قرار می‌گیرد. آنها نیاز دارند دیده شوند، شنیده شوند و در فرسودگی‌ها حمایت شوند. مطالعه دیگری که از سوی شاو^۴ (۱۹۷۴) بر روی بیماران مبتلا به پارکینسون انجام گرفت نشان داد که شناخت درمانی در شرایط بالینی از کارایی زیادی برخوردار است. شاو روش‌های شناختی را در مورد بیماران افسرده‌ای به کار گرفت که جملگی تحت درمان با روش‌های متعارف روان‌درمانی قرار گرفته بودند، اما تغییری در آنها به وجود نیامده بود. این بیماران هفته‌ای دو بار و به مدت پنج هفته مورد درمان قرار گرفتند. در پایان هفته پنجم، از جمع هفت بیمار، شش بیمار حالشان خوب شده بود. پنج هفته بعد، جدول تعیین امتیاز افسردگی نشان می‌داد که میزان افسردگی این بیماران به کمترین حد خود رسیده است.

1- Wressle
3- Granerus

2- Engstrand
4- Shouve

در سال ۱۹۸۹ دابسون^۱ یک فراتحلیل در مورد کارآیی شناختی بک برای ارتقای سلامت روان منتشر کرد. او بیست و هشت بررسی را مشخص کرد و بعد، درمان‌شناختی را با سایر نظام‌های روان‌درمانی مقایسه کرد. درمان جویی که تحت درمان‌شناختی قرار گرفته بود، از نود و هشت درصد افراد درمان نشده گواه، بهتر بود. این نتایج نشان دادند که درمان‌شناختی در مقایسه با بی‌درمانی، دارودرمانی، رفتاردرمانی و سایر روان‌درمانی‌ها تغییرات مثبت بیشتری را در مراجعان به وجود آورده بود (به نقل از هژیر، احدی، پورشهباز و رضایی، ۱۳۹۰).

دهقان و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون با و بدون علایم خستگی پرداختند و این محققان به این نتیجه رسیدند که تلاش مضاعف در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون که دارای علائم خستگی هستند ضروری به نظر می‌رسد (دهقان و همکاران، ۲۰۱۰).

اسخراچ^۲، جهانشاهی و کوین^۳ (۲۰۰۰) مطالعه‌ای را با هدف شناسایی فاکتورهایی تعیین‌کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون ایدیوپاتیک انجام دادند در این پژوهش نویسندگان به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی زنان و مردان از نظر آماری با هم متفاوت نبود. تغییرات دیسکینزی، بی‌اختیاری، عدم تعادل، بی‌خوابی، درد، اختلال کلامی و بلع تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی بیماران نداشت. کیفیت زندگی بیماران با افسردگی، شدت بیماری، اختلالات حرکتی همبستگی مثبت و با وضعیت شناختی همبستگی معکوس داشت. اما بین کیفیت زندگی با سن بیماران و طول مدت ابتلا به بیماری آنان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بنابراین افسردگی، ناتوانی، ناپایداری وضعیتی و اختلالات شناختی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی بیماران داشته است. لذا در درمان این بیماری باید به بهبود این علائم توجه ویژه‌ای داشت (اسخراچ و همکاران، ۲۰۰۰).

در وضعیت کنونی که بیماری پارکینسون هزینه‌های روانی و مالی سرسام‌آوری بر

1- Dobsoun

2- Schrag

3- Quinn

قربانیان و خانواده‌های آنها تحمیل می‌کند و از دیگرسو به رغم این مهم درمانگری‌های مبتنی بر مداخله‌های پزشکی که عمدتاً بر دارو درمانگری استوار است در کنار مراقبت‌های خانگی به درمان اصلی این بیماری تبدیل شده است و از دیگرسو شناخت - رفتاردرمانگری در خلال دو دهه اخیر به درمانی موثر برای طیف مختلف بیماری‌های روانی و نیز شرایط طبی در سالمندان تبدیل شده است مسئله اصلی این است که آیا می‌توان این درمانگری‌های مبتنی بر مداخله‌های روانشناختی را جایگزین درمان‌های طبی این بیماری در سالمندان نمود؟ و یا حداقل به منزله بخش مهمی از مداخله‌گری‌ها در کنار دارودرمانگری‌ها از آن بهره‌مند شد؟ چه در مطالعات کون^۱، تامپسون^۲ و گالاگر^۳ (۲۰۰۲) و لیسانکی^۴ و کلاف^۵ (۱۹۹۶) مداخله‌گری‌های شناختی و رفتاری بر طیف مختلف مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به شرایط طبی از جمله بیماری‌های مزمن ریوی و نیز بر افزایش میزان فعالیت این بیماران موثر بوده است. از دیگر سو در همین جبهه یافته‌های حاصل از مطالعه درایسیگ^۶، بچمن^۷، ورموت^۸، اسخولاند^۹ و بچ^{۱۰} (۱۹۹۹) در کاربرد شناخت-رفتار درمانگری در کاهش و درمان افسردگی بیماران پارکینسون این خوش‌بینی را ایجاد کرده است که شناخت - رفتار درمانگری منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران پارکینسون می‌شود. اگر چه در وضعیت کنونی پژوهش‌های تصادفی کنترل شده در مورد کاربرد شناخت - رفتاردرمانگری در اثر درمان مشکلات روانشناختی حاصل از پارکینسون وجود ندارد اما اثربخشی این درمان در این گستره همچنان تحت بررسی است. اما روان‌درمانگری افسردگی در این بیماری با یافته‌های بالینی هماهنگ است. چنانچه من یام (۱۹۹۷) اظهار می‌دارد هدف اساسی در تمام مراحل درمان دستیابی به بهبود کنش‌وری بیماران پارکینسون از طریق تجویز حداقل داروهای ممکن است.

لذا تا اینجا باید مشخص شده باشد که شواهد مربوط به اثربخشی شناخت رفتار

1- Coon
3- Gallagher
5- Clough
7- Bechmann
9- Skovlund

2- Thompson
4- Lisanky
6- Drisig
8- Wermuth
10- Bech

درمانگری در درمان افسردگی و اضطراب و کارکردهای اجتماعی موجود در انواع بیماری‌ها و شرایط طبی از جمله پارکینسون هنوز در آغاز راه است. اما به نظر می‌رسد که اثربخشی و فواید بالینی شناخت - رفتار درمانگری در این قلمرو امیدوارکننده باشد. با این حال اگر افسردگی و اضطراب در این بیماران درمان نشده رها شود به‌ویژه اگر سالمندان افسردگی را نوعی واکنش و بنابراین پدیده‌ای قطعی بدانند این موضوع سبب طولانی شدن دوره بیماری جسمانی می‌شود که افسردگی درمان نشده آن می‌تواند به مرگ زودرس منجر شود. با تأملی دوباره آنچه از نظر گذشت پژوهش حاضر در قسمت مهمی از چشم‌اندازهای فرا روی خود به دنبال واکاوی بیشتر این مسئله است. با توجه به مطالعات کمی گوناگون و انجام برخی مطالعات کیفی در این زمینه، هنوز درمان‌های روانشناختی در افراد مبتلا به پارکینسون به خوبی و به صورت روشن و کامل تبیین نشده است. هر کدام از مطالعات عنوان شده به بررسی ابعادی از مشکلات و ناتوانی‌های افراد مبتلا به پارکینسون و وابستگان آنها پرداخته‌اند. بر اساس بررسی‌های پژوهشگر، مطالعاتی که به جنبه‌های کنترل، پیگیری و بازتوانی و سازگاری این بیماران در کشورهای دیگر و کشور ما انجام شده باشد، یافت نشد. بنابراین پژوهشگر بر آن بود تا با انجام پژوهش حاضر به بررسی اثرات مدل درمان شناختی - رفتاری سالمندی^۱ بر بهبود شاخص‌های سلامت جسمی و روانی چون افسردگی، اضطراب، کارکردهای جسمی و روانی در سالمندان مبتلا به پارکینسون بپردازد.

روش پژوهش

این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی از نوع کاربردی انجام شد. طرح تحقیق، پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه با انتخاب در دسترس بود. جامعه آماری تحقیق سالمندان مبتلا به پارکینسون مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی پارکینسون بودند.

در پژوهش حاضر میانگین سنی زنان، ۵۷/۸ سال و میانگین سنی مردان ۵۳/۷ سال و

1- CBTO

میانگین زمان ابتلا به بیماری ۳/۲ سال بوده است. باتوجه به اینکه یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود دو گروه ۲۰ نفری به صورت همتاسازی انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در هر گروه جایگزین شدند. با توجه به اهمیت کنترل عوامل مزاحم شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از: ۱- طبق نظر متخصص مغز و اعصاب مبتلا به بیماری پارکینسون تشخیص داده شده باشند؛ ۲- بیشتر از یک ماه تحت درمان دارویی لوودوپا، آگونیست‌های دوپامین قرار داشته باشند؛ ۳- پیشرفت بیماری به مرحله دمانس نرسیده باشد؛ ۴- تا ۵ سال قبل از تشخیص ابتلا به پارکینسون دچار اختلالات عمده محور I روانپزشکی نبوده باشند؛ ۵- عدم ابتلا به بیماری مزمن و یا معلولیت جسمانی جدی تا قبل از ابتلا به پارکینسون ۶- سن بیشتر از ۶۰ سال و کمتر از ۷۰ سال؛ ۷- عدم سوءمصرف مواد؛ ۸- مدت زمان ابتلا به بیماری بین ۱ تا ۵ سال باشد؛ ۹- در صورتی که دو هفته متوالی و یا سه هفته متناوب جلسات درمان توسط بیماران کنسل می‌شد از روند پژوهش خارج می‌شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

در پژوهش حاضر از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد، این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۱ و بلک ویل^۲ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و به‌طور گسترده در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد و شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است (گلدبرگ، بلک ویل، ۱۹۷۲). فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که متن سؤالات درباره وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به‌طور کلی سلامت عمومی او، با تأکید بر مسائل روانشناختی و اجتماعی در زمان حال است که بعدها فرم‌های کوتاه‌تری مشتمل بر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده‌ای نیز تهیه شد. در این پژوهش از فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه که از چهار مقیاس تشکیل یافته استفاده شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت است که در آن برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود، نمره بیشتر

1- Goldberg

2- Black Will

در هر مقیاس نشانگر وضعیت نامطلوب می‌باشد. با انجام این پرسشنامه بر روی کارمندان ژاپنی، ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) $0/90$ را برای این پرسشنامه گزارش کردند. چیونگ و اسپیرز (۱۹۹۴) ضریب اعتبار این پرسشنامه را در گروه کامبوجی‌های ساکن در نیوزلند به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته با استفاده از فرمول ضریب همبستگی اسپیرمن به میزان $0/55$ برآورد نمودند و ضریب هماهنگی درونی این پرسشنامه را با روش نمره گذاری لیکرت به میزان $0/85$ گزارش کردند. هومن (۱۳۷۶) در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران، میزان هماهنگی درونی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب $0/85$ ، $0/87$ ، $0/70$ و $0/91$ گزارش نمود و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر با $0/85$ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب ۴۰ نفر از سالمندان مبتلا به پارکینسون در مورد همگی آنها پیش آزمون سلامت عمومی انجام گردید و سپس با روش انتصاب تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جای گرفتند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها ابتدا به آنها در خصوص هدف پژوهش، مدت آن و فواید شرکت در آن توضیحاتی ارائه گردید. سپس به شرکت‌کنندگان یادآوری شد که کلیه اطلاعاتی را که در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهند به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. پس از این مرحله قرارهای جلسات درمانی با گروه آزمایش تنظیم و از آنها رضایت نامه کتبی گرفته شد تا در تمامی جلسات حضور داشته باشند. همچنین به گروه گواه توضیح داده شد که پس از پایان کار گروه آزمایش، کار با آن‌ها نیز آغاز خواهد شد. در این مرحله گروه آزمایش هفته ای دو جلسه و در مجموع ۱۰ جلسه یک ساعته تحت درمان با این روش قرار گرفتند. در ضمن جلسات به صورت انفرادی و به شیوه سخنرانی و بحث و بر اساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی برای انجام در بین جلسات انجام شد. محتوی درمان شناخت- رفتار درمانی عبارت بود از:

جلسه اول) آشنایی و معرفی مختصر درمانگر و درمان شناختی-رفتار درمانگری، طرح اهداف جلسه و انتظارات، تبیین هدف و قوانین آن، بحث در مورد ماهیت اختلالات رفتاری، توضیح درخصوص تفکر و احساس، روابط بین احساسات و افکار و اهمیت شرکت آنان در همه جلسات آموزش و اهمیت انجام تکالیف خانگی بود.

جلسه دوم) ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها، تحریف‌های شناختی، شناسایی محرک‌های رفتاری، کاوش افکار و احساسات آزاردهنده.

جلسه سوم) توضیح تأثیر رفتار بر احساسات، افکار و چگونگی شکل‌گیری سیستم باورها و نگرش‌ها، آشنا کردن شرکت‌کنندگان با این موضوع که افکار خودآیند پیامدهای رفتاری و هیجانی به دنبال دارد، تشخیص خطاهای شناختی، تزریق فکر، واکنش‌های منطقی مناسب با موقعیت.

جلسه چهارم) تعریف و توضیحی در مورد مؤلفه‌های چهارگانه سلامت روان، راه‌های غلبه بر افسردگی و اضطراب، ارائه آموزش آرام‌سازی و تمرینات تنفسی به عنوان یک برنامه شناختی.

جلسه پنجم) تبیین و تشریح بقیه افکار غیرمنطقی مطابق با روش بک^۱ و تعیین ارتباط آن با سطح سلامت روان و مؤلفه‌های آن، آموزش در خصوص جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی.

جلسات ششم، هفتم، هشتم و نهم) کنترل بر کاهش فراوانی افکار خودآیند، استفاده از تکنیک‌های توجه برگردانی، کنترل بر چگونگی احساس خود، استفاده شیوه‌های افزایش لذت و تسلط، افزایش قابلیت‌های مقابله با احساسات منفی، پاسخ به افکار منفی از طریق ارزیابی و یافتن گزینه‌های مفیدتر، تکنیک القای حالت خلقی و افکار جایگزین، تحلیل مزایا و معایب باورها، تغییر افکار منفی از طریق رفتار، تکنیک پیوستارنگری، تکنیک

1- Beck

تکنیک راه‌حل‌آفرینی سازنده، تمرین پذیرش و آموزش تکنیک ماشین زمان.

جلسه دهم) چگونگی برخورد با واقعیت و راهکارهای پذیرش واقعیت، ارزیابی بازخوردهای اعضا نسبت به جلسات و نتایج حاصله (جمع‌بندی جلسات)، پاسخگویی به سؤالات اعضا پس از اتمام این جلسات، آزمودنی‌های هر دو گروه توسط ابزار پژوهش مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهش بررسی شد.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار نمرات کل مربوط به سلامت عمومی در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است.

جدول (۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	تعداد	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار پس‌آزمون
آزمایش	سلامت عمومی	۲۰	۳۶/۱۱	۱۱/۴۲	۲۰/۱۵	۱۰/۶۷
کنترل	سلامت عمومی	۲۰	۳۵/۹۲	۸/۴۷	۳۴/۹۷	۹/۳۱

متغیرها	آزمون کالموگروف اسمیرونف	آزمون لوین	آزمون باکس			
	P	F	P	Box M	F	P
سلامت عمومی	۰/۹۶	۰/۴	۱/۰۷	۰/۲۷		
اضطراب	۱/۱۴	۰/۱	۱/۷۵	۰/۶۴		
کارکرد اجتماعی	۰/۶۷	۰/۷	۰/۹۱	۰/۴۴	۱۰/۳۲	۰/۹
افسردگی	۰/۹۸	۰/۱۵	۲/۲۵	۰/۱۷		
سلامت جسمی	۰/۸۸	۰/۵	۰/۳۷	۰/۵۸		

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد سلامت عمومی دارای توزیع نرمال هستند ($P > 0/05$). همچنین در بخش نتایج مربوط به آزمون لوین، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز ابعاد سلامت عمومی دارای برابری واریانس‌ها در بین دو گروه آزمایش و کنترل هستند ($P > 0/05$). بالاخره چنان‌که در جدول ۲ در بخش نتایج مربوط به آزمون باکس مشاهده می‌شود برابری ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها نیز در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو رعایت شده است ($P > 0/05$).

نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس‌آزمون برای متغیرها، در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن

منبع/شاخص	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معناداری	مقدار آتا	توان آماری
سلامت	۱	۱۵۹۱/۲۱	۳۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
عمومی	۱	۱۷۶۳/۳۳	۳۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
سلامت	۱	۱۰۱/۸۸	۱۴/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
جسمانی	۱	۴۸/۸	۶/۷۷	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۰
اضطراب	۱	۶۲/۴۷	۸/۴۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۷۹
کارکرد	۱	۲۳۸/۵۸	۳۲/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
اجتماعی	۱	۵۲/۸۹	۷/۱۵	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۳
افسردگی	۱	۲۲۵/۴۵	۲۱/۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
	۱	۱۵۷/۶۷	۱۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون سلامت عمومی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=38/97$ و $P < 0/001$) وجود دارد. مجذور سهمی آتا برابر با ۰/۵۶ و به این معنی است که ۵۶ درصد تفاوت سلامت عمومی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت-رفتاردرمانی بوده است. توان آزمون نیز برای

سلامت جسمانی پس آزمون برابر با $1/00$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 100 درصد توان تفاوت‌های بین سلامت عمومی پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس آزمون سلامت عمومی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=6/77$ و $P<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/20$ و به این معنی است که 20 درصد تفاوت سلامت جسمانی پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت- رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای سلامت جسمانی پس آزمون برابر با $0/7$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 70 درصد توان تفاوت‌های بین سلامت جسمانی پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس آزمون اضطراب بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=32/44$ و $P<0/0001$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/53$ و به این معنی است که 53 درصد تفاوت اضطراب پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت- رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای اضطراب پس آزمون برابر با $1/00$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 100 درصد توان تفاوت‌های بین اضطراب پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس آزمون کارکرد اجتماعی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=6/85$ و $P<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/20$ و به این معنی است که 20 درصد تفاوت کارکرد اجتماعی پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت- رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای کارکرد اجتماعی پس آزمون برابر با $0/72$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 72 درصد توان تفاوت‌های بین کارکرد اجتماعی پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس آزمون افسردگی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=14/96$ و $P<0/0001$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/35$ و به این معنی است که 35 درصد تفاوت افسردگی

پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت- رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای افسردگی پس آزمون برابر با ۰/۹۶ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۹۶ درصد توان تفاوت‌های بین افسردگی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست آمده نشان داد که گروه آزمایش که تحت آموزش شناخت- رفتار درمانی قرار گرفته بود نسبت به گروه کنترل که مداخله‌ای دریافت نکرده بود، بهبود قابل ملاحظه‌ای در سلامت عمومی و زیر مقیاس آن را تجربه کرد بنابراین درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و افزایش کارکرد اجتماعی و در نهایت بر شاخص‌های سلامت عمومی و روانی سالمندان مبتلا به پارکینسون تأثیر معنادار دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های تیلور^۱ (۱۹۷۴)، لایدلاو و همکاران (۱۳۸۷)، کرامر و همکاران (۱۹۹۲)، جانکوویک (۲۰۰۸)، مهلمان و گرم (۲۰۰۵)، مختاری (۱۳۸۷)، علی‌محمدی و همکاران (۱۳۸۶)، هژیر و همکاران (۱۳۹۰)، شاو (۱۹۷۴)، دابسون (۱۹۸۹)، کونیک و همکاران (۲۰۰۱)، انکینز و همکاران (۱۹۸۴)، لیسانکی و کلاک (۱۹۹۶) درایسینگ و همکاران (۱۹۹۹) همسو می‌باشد. این محققان در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که شناخت- رفتار درمانی موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده در نتیجه ارتقای سلامت عمومی را به‌دنبال دارد. سین و لیوبومیرسکی^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده‌اند که شناخت- رفتار درمانی در افزایش سلامت عمومی آزمودنی‌ها مبتلا به پارکینسون اثرگذار است. همچنین میتچل، استانی میرویک و کلین^۳ (۲۰۰۹) در بررسی مقایسه‌ای بین شناخت- رفتار درمانی با روان درمانی مبتنی بر حل مسأله و گروه‌های دریافت‌کننده پلاسبو، مشخص کردند که شناخت درمانی سلامت روان آزمودنی‌ها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهند.

1- Tylour

2- Sin & Lyubomirsky

3- Mitchell, Stanimirovice, & Klein

گروهی از پژوهشگران مرکز شناخت درمانی دانشکده پزشکی پنسیلوانیا و از راش^۱، دکتر آرون بک، دکتر ماریا کواکس^۲ و دکتر استیو هولن^۳، پژوهشی در مقایسه تأثیر شناخت-رفتار درمانی با یکی از مؤثرترین داروهای ضدافسردگی یعنی توفرانیل^۴ انجام دادند و نتایج پژوهش‌های آنها معلوم کرد که شناخت درمانی از جمیع جهات به داروهای ضدافسردگی برتری دارد. مطالعه دیگری که از سوی شاو^۵ (۱۹۷۴) انجام گرفت نشان داد که شناخت درمانی در شرایط بالینی از کارآیی زیادی برخوردار است. شاو روش‌های شناختی را در مورد بیماران افسرده‌ای به کار گرفت که جملگی تحت درمان با روش‌های متعارف روان‌درمانی قرار گرفته بودند، اما تغییری در آنها به وجود نیامده بود. پنج هفته بعد از درمان شناختی-رفتاری، جدول تعیین امتیاز افسردگی نشان می‌داد که میزان افسردگی این بیماران به کمترین حد خود رسیده است و در پژوهش‌های درایسنگ و همکاران (۱۹۹۹) این خوش‌بینی را ایجاد کرد که شناخت - رفتار درمانگری منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به پارکینسون می‌شود.

بنابر پژوهش‌های ذکر شده فوق مبنی بر تأثیر شناخت رفتاردرمانگری بر افسردگی، اضطراب و سلامت جسمانی و روانی و باتوجه به اینکه درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد شناختی، رفتاری، اندیشیدن، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجربه و تحلیل تأکید دارد و دارای ویژگی‌های منطقی، تفسیری، مستقیم، متقاعدکننده و فلسفی است (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۱) می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر بسزایی بر ارتقای سلامت عمومی و کیفیت زندگی و کنش اجتماعی سالمندان مبتلا به پارکینسون خواهد داشت.

باتوجه به اینکه در بیماری پارکینسون دامنه مشکلات جسمی بخصوص حرکتی وسیع بوده (جانکوویک، ۲۰۰۸) و بر اثر همین مشکلات جسمانی که روز به روز نیز بیشتر می‌شود بیمار دچار اضطراب شده و متعاقباً مشکلات بدنی و جسمانی خود را غیرواقعی‌تر از آنچه که هست برآورد می‌کند و طبیعتاً تنها مشکلات جسمانی مضاعف می‌شود بلکه

1- John Rush
3- Steve Holen
5- Shouve

2- Maria Kouackse
4- Toufranil
6- Shouve

فرد دچار افسردگی شده و عملکردش در جامعه نیز تحت شعاع قرار می‌گیرد، مجموعه عوامل مذکور موجب می‌شود فرد نتواند مانند گذشته ارتباطات و تعاملات اجتماعی سودمند و رضایت‌بخشی داشته باشد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت هرگونه تلاشی من جمله شناخت- رفتار درمانی می‌تواند موجب بهبود در مولفه‌های روانشناختی چون افسردگی، اضطراب، خودبیمار انگاری و عملکرد اجتماعی که آنها نیز مولفه‌هایی از سلامت عمومی هستند، باشند، بنابراین می‌توان شناخت- رفتار درمانگری را درمانی در راستای کاهش نیاز به مراقب در منزل و حتی مرگ و میر برای سالمندان مبتلا به پارکینسون در نظر گرفت. حتی در نگاه بلندمدت اقدامات شناخت- رفتار درمانگری در راستای رفع احساس انزوا، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی و پیروی دارویی در این سالمندان شده و سلامت جسمانی و روانی بهتری را به دنبال داشته باشد.

هر طرح پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن دوره پیگیری است که دلیل آن در دسترس نبودن جامعه آماری به علت کهنولت سن و مشکلات رفت و آمد آنها بود، که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از دوره پیگیری نیز برای ارزیابی تداوم نتایج درمان استفاده گردد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تعداد پایین آزمودنی‌ها و روش نمونه‌گیری در دسترس بود. لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های با حجم بزرگ‌تر و گسترده‌تر از لحاظ فرهنگی و اجتماعی استفاده شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود تاثیر درمان شناختی- رفتاری سالمندی بر سایر مولفه‌های روانشناختی که مبتلایان به پارکینسون با آنها درگیر هستند مانند عملکرد جنسی، کیفیت زندگی، ادراک بیماری و مولفه‌های شناختی نیز مورد بررسی قرارگیرد. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه‌های مختلف مداخلات روانشناختی همچون آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند با تغییر در سبک

زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی سالمندان مبتلا به پارکینسون گام‌های اساسی در جهت کاهش سرعت پیشرفت بیماری و تسریع روند بهبودی بیماران برداشت.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی در تهران انجام شده است. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش بخصوص سالمندان مبتلا به پارکینسون و اساتید مساعدت‌ها و راهنمایی‌های لازم را فراهم کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۱/۱۱/۰۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۲/۰۲/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۲/۰۸/۱۰

References

منابع

- دین‌دوست، لیا و علی‌اکبری، ساناز (۱۳۸۳-۸۴). بررسی سلامت روان بیماران ام‌اس اقدام‌کننده به خودکشی با دیگر بیماران ام‌اس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد کرج.
- علی‌محمدی، نرگس؛ آقایی، اصغر، گلپور، محسن، اعتمادی، مسعود (۱۳۸۶). تأثیر آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، شماره ۳۲، ص ۱۶-۱.
- لایدلاو، کن؛ تامپسون، لاری (۱۳۸۷). شناخت رفتار درمانگری سالمندان، ترجمه: سیدموسی کافی و علی احمدی از غندی، تهران: سمت.
- مختاری، ستاره، نشاط دوست، حمیدطاهر، مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به ام‌اس، مجله روانشناسی، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، پیاپی (۴۷)، ص ۲۴۲-۲۵۱ نوایی نژاد، شکوه، (۱۳۸۱). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی، انتشارات سمت.
- هژیر، فرهاد، احدی، حسین، پورشهباز، عباس، رضایی، منصور (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقا حالات عاطفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)، سال پانزدهم، شماره ششم.
- هومن علی (۱۳۷۶). استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دوره روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقاتی دانشگاه تربیت معلم.
- Beck, AT. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.
- Burn, D. (2002). Beyond the Iron Mark: towards Better Recognition and Treatment of Depression Associate d with Parkinson's Disease, *Mov Disord*, 17, 445-54.
- Caballol, N., Marti, M.J. & Tolosa, E. (2007). Cognitive Dysfunction and Dementia in Parkinson Disease, *Movement Disorders*, 22, S358-S366.

-
- Coon, D., Thompson, L.W. & Gallagher-Thompson, D. (2002) *Intervention for Distressed Caregivers: From Research to Practice*, Springer Publishing Co.
- Cummings, J.L. (1992). Depression and Parkinson's Disease: A Review. *The American Journal of Psychiatry*.
- Cummings, J.L. (1992). Depression and Parkinson's Disease: A Review, *The American Journal of Psychiatry*.
- Delau, L.M.L. & Breteler, M. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 5, 525-535.
- Dehghan, A., Ghaem, H., Haghighi, A.B., Kashfi, M. & Zeyghami, B. (2010). Comparison of Quality of Life in Parkinson's Patients with and without Fatigue *Hormozgan Medical Journal*, 15, 49-55.
- Dreisig, H., Bechmann, J., Wermuth, L., Skovlund, S. & Bech, P. (1999). Psychologic Effects of Structured Cognitive Psychotherapy in Young patients with Parkinson Disease: A Pilot Study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 217-221.
- Friedman, J.H. ((2010). Parkinson's Disease Psychosis 2010: a Review Article, *Parkinsonism & Related Disorders*, 16, 553-560.
- Futterman, A., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Ferris, R. (1995). Depression in Later Life: Epidemiology, Assessment, Etiology, and Treatment, In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- Futterman, A., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Ferris, R. (1995) Depression in Later Life: Epidemiology, Assessment, Etiology, and Treatment, In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- Goldberg, D., Blak, P., (1972). The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire, Oxford University Press: London.
- Gurland, B.J., Teresi, J.J., Smith, W.M., Black, D., Hughes, G. & Edlavitch, S. (1998). Effects of Treatment for Isolated Systolic Hypertension on Cognitive Status and Depression in the Elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 1015-1022.
-

- Jankovic, J.(2008). Parkinson's Disease: Clinical Features and Diagnosis, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79, 368.
- Kramer, A.M., Fox, P.D. & Morgenstern, N. (1992) Geriatric Care Approaches in Health Maintenance Organizations, *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 1055- 1067.
- Laidlaw, K. (2003). Impact of Mental Health and Illness on Successful Ageing, In Kovacs, M. (Ed.), *Late Life Depression and Anxiety*. Budapest: Springer.
- Leentjens, A., Dujardin, K., Marsh, L., Martinez-Martin, P., Richard, I. & Stakstein, S. (2012). Anxiety and Motor Fluctuations in Parkinson's Disease: A Cross-sectional Observational Study, *Parkinsonism & Related Disorders*, 1-5.
- Lewis, C. & Knell, S. J. (2009). *The making of the Geological Society of London*, Geological Society.
- Lindgren, P., Von Campenhausen, S., Spottke, E., Siebert, U. & Dodel, R.(2005). Cost of Parkinson's Disease in Europe, *European Journal of Neurology*, 12, 68-73.
- Lisanky, D.P. & Clough, D.H. (1996) A Cognitive-behavioral Self-help Educational Program for Patients with COPD: A. Pilot Study, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65, 97-101.
- Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, VellaBrodrick DA. (2009). Randomized Controlled trail of a Self-guided Internet Intervention Promoting Well-being, *Compu Hum Beha*; (25): 749-760.
- Poewe, W. (2006). The Natural History of Parkinson's Disease, *J Neurol*, 253 Suppl 7, VII2-6.
- Reijnders, J.S.A. M., Ehrt, U., Weber, W.E.J., Arsland, D. & Leentjens, A.F.G. (2008). A Systematic Review of Prevalence Studies of Depression in Parkinson's Disease, *Movement Disorders*, 23, 183-189.
- Reijnders, J.S.A.M., Ehrt, U., Weber, W.E.J., Aarsland, D. & Leentjens, A.F.G. (2008). A Systematic Review of Prevalence Studies of Depression in Parkinson's Disease, *Movement Disorders*, 23, 183-189.
- Russell, J.A., Ciucci, M.R., Connor, N.P. & Schallert, T. (2010). Targeted Exercise Therapy for Voice and Swallow in Persons with Parkinson's Disease, *Brain research*, 1341, 3-11.

-
- Samii A, Nuttgjg & Ransombr (2004). Parkinson's Disease, *Lancet*, 363, 1783-93.
- Scandlyn, J. (2000). When Aids Became a Chronic Disease, *Wester Journal of Medicine*, 172, 130-133.
- Schrag, A., Jahanshahi, M. & Quinn, N. (2000). What Contributes to Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 69, 308-312.
- Shahidi, G.A. (2012). Prevalence Parkinson's Disease in Iranian Population. Tehran: Iranian Neurological Research Center.
- Shergill, S.S., Walker, Z. & Lekatona, C.(1998). A Preliminary Investigation of Laterality in Parkinson's Disease and Susceptibility to Psychosis, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 65, 610-611.
- Shigemi TM, Toshihide T. (2000). Stability of Factor Structure and Correlation with Perceived job stress in General Health Questionair: A Three Way Survey over One Year in Japanese Workers. *J Occu Heal*; (42): 284- 291.
- Shulman L.M., Tabackl, Rabinstein A.A. & Weiner W.J. (2002). Non-Recognition of Depression and Other Non-motor Symptoms in Parkinson's Disease, *Parkinsonism Relat Disord*, 8, 193-7.
- Sin N., Lyubomirsky S. (2009). Enhancing Well-being and Alleviating Depressive Symptoms with Positive Psychology Interventions: A Practice-friendly Mete-analysis, *J Clin Psychol*; 65(5): 467-487.
- Sinclair, G.V., Scroggie, J. (2005). Effects of a Cognitive-Behavioral Program for Women with Multiple Sclerosis, *Journal of NeuroscienceNursing*, 37(5): 249-57, 276.
- Steuer, J.L. & Hammen, C.L. (1983). Cognitive-behavioral Group Therapy for the Depressed Elderly: Issues and Adaptations, *Cognitive Therapy and Research*, 7, 285-296.
- Taylor, C., Keim, S.K., & Parker, A. (2004). *Social and Cultural Barriers to Diabetes Prevention in Oklahoma American Indian Woman*, *Preventive Chronis Disease*, 1(2).
- Turner, J., & Kelly, B. (2000), Emotional Dimensions of Chronic Disease, *Western Journal of Medicine*, 172, 124-128.
-

- World Health Organization (2002). Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations, *Report of a Scientific Consultation, Geneva: World Health Organization*, 21-25. Oct; 12(10): 1160-5
- Wressle, E., Engstrand, C. & Granerus, A.K. (2007). Living with Parkinson's Disease: Elderly Patients' and Relatives' Perspective on Daily Living. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 131-139.

بررسی اثربخشی روش‌های آموزش مستقیم، آموزش شناختی اخلاق، شفاف‌سازی ارزش‌ها، و تلفیقی بر قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان پسرپایه اول دبیرستان ناحیه چهار تبریز

ابوالفضل فرید^۱

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش بر قضاوت اخلاقی پسران دبیرستانی صورت گرفت. آزمودنی‌های این پژوهش را ۱۵۰ نفر از دانش‌آموزان پسر اول دبیرستانی ناحیه چهار تبریز تشکیل می‌دادند که از یک مدرسه به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در ۵ کلاس قرار داشتند. هر کدام از کلاس‌ها یکی از روش‌های چهارگانه آموزشی را به صورت کاملاً تصادفی دریافت کردند. یکی از کلاس‌ها به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از آزمون قضاوت اخلاقی DIT جیمز رست استفاده شد. این آزمون براساس دیدگاه نئوکالبرگمها تهیه شده و تاکنون بر روی بیش از یک میلیون نفر اجرا شده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که قبل از اعمال روش‌های آموزشی تفاوت معنی‌داری بین قضاوت‌های اخلاقی گروه‌های مورد مطالعه وجود ندارد ($p=162$). اما اعمال روش‌های آموزشی توانست در سطح قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان تفاوت ایجاد کند ($p=0.00$). از بین روش‌های آموزشی، آموزش شناختی اخلاق بیشترین تأثیر را داشت. آموزش شناختی اخلاق روشی است که در آن دانش‌آموزان ترغیب می‌شوند تا درباره معماهای اخلاقی به تفکر و تبادل نظر بپردازند. در این روش انواع مختلف معماهای اخلاقی به دانش‌آموزان ارائه می‌شود و دانش‌آموزان نظرات موافق یا مخالف خود را بیان می‌کنند. سپس به دو گروه موافق یا مخالف تقسیم می‌شوند و موافقان یا مخالفان دیدگاه‌های خود را با ذکر دلایل بیان می‌کنند و طرف مقابل نیز نظرات خود را با دلیل بیان می‌کند. همچنین روش آموزش مستقیم، برخلاف مطالعات و بررسی‌های قبلی، جزئی روش‌های موثر بود. و نیز روش تلفیقی بعد از روش آموزش شناختی دومین روش آموزشی موثر بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که قضاوت اخلاقی منحصرأ نتیجه رشدشناختی نیست بلکه از آموزش نیز تأثیر می‌پذیرد. براین اساس می‌توان مدعی شد که آموزش توانست در سطح قضاوت اخلاقی گروه‌های مختلف تفاوت ایجاد کند.

واژگان کلیدی: قضاوت اخلاقی، آموزش شناختی اخلاق، آموزش مستقیم، شفاف‌سازی ارزش‌ها.

۱- عضو هیات علمی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

رشد اخلاقی شامل قاعده‌مندی و تعهد داشتن درباره رفتار منصفانه‌تر با مردم است. این قواعد را می‌توان در سه بعد شناختی، رفتاری و عاطفی، مورد مطالعه قرار داد (بیابانگرد، ۱۳۸۴). پیاژه اولین کسی بود که به مطالعه چگونگی تفکر کودکان درباره موضوعات اخلاقی پرداخت. کلبِرگ^۱ (۱۹۸۶-۱۹۷۶) تحقیقاتش را در زمینه تحول اخلاق به شیوه پیاژه دنبال کرد. وی برای پرورش رشد اخلاقی شش مرحله در نظر گرفته بود ولی قبل از مرگش در نظریه خود تجدید نظر کرد و مرحله ششم را از آن حذف نمود (گلاور،^۲ برونینگ^۳، ۱۳۸۵). از جمله منتقدان بزرگ نظریه کلبِرگ، رست^۴ و گلیگان^۵ (۱۹۷۷) هستند که معتقدند اخلاق زنان مبتنی بر مراقبت^۶ و روابط^۷ است، درحالی‌که اخلاق مردان مبتنی بر عدالت^۸ است. هر چند تحقیقات در این رابطه جهت‌گیری جنسیتی خاصی را نشان نداده اند (ماتارازو^۹، آبامونته^{۱۰}، نیگرو^{۱۱} ۲۰۰۸).

رست و همکاران (۲۰۰۰)، که به‌عنوان نئوکولبرگیها^{۱۲} شناخته شده‌اند، مدل مؤلفه‌ای^{۱۳} خودشان را به عنوان چالشی برای طبقه‌بندی سه‌گانه سنتی و قدیمی، ارائه کردند. به نظر این گروه چهار مؤلفه روانشناختی که زیربنای یک عمل اخلاقی است، عبارتند از: ۱- حساسیت اخلاقی^{۱۴} ۲- قضاوت اخلاقی^{۱۵} ۳- انگیزش اخلاقی^{۱۶} و ۴- شخصیت یا خُلق اخلاقی^{۱۷}.

در ایران، بر اساس اهداف آموزش و پرورش، اخلاق و توجه به آن از جایگاه خاصی برخوردار است. این موضوع و اهمیت آن به شیوه‌های مختلف خود را نشان داده و می‌توان با اندک دقتی تلاش برای برجسته کردن آن را درمحتوای خیلی از کتاب‌ها به راحتی مشاهده نمود. علاوه بر آن، خط و مشی بسیاری از رسانه‌های گروهی از جمله

1- Kohlberg

3- Bruning

5- Gilligan

7- relation

9- Matarazzo

11- Nigro

13- Componential model

15- moral judgement

17- moral character

2- Glover

4- Rest

6- care

8- justice

10- Abbamonte

12- neo-kohlbergian

14- moral sensitivity

16- moral motivation

صدا و سیما نیز این تأکید را در محتوای برنامه‌های مختلف خود به خوبی نشان می‌دهند. محققان مختلف نیز در مطالعات خود، اهمیت اخلاق در موضوعات مختلف را گوشزد نموده‌اند. به عنوان مثال فاطمی و وقاری (۱۳۸۰) معتقدند که اخلاق و رعایت آن در علومى مثل بیوشیمی و بیوتکنولوژی بسیار حساس، امیدزا و بیم‌آفرین است. بیوشیمی و بیوتکنولوژی از جمله علومى هستند که مستقیماً با سلامت جسمانی افراد رابطه دارند، و یا شروانی (۱۳۸۰) معتقد است بسیاری از تحقیقات و تکیه بر آنها با فرض پایبندی محقق به اخلاق صورت می‌گیرد و بسیاری از خوانندگان مقالات با حسن ظن به روند طراحی، مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها نگاه می‌کنند. دادگر (۱۳۸۵) معتقد است که اخلاق در تجارت و کسب و کار می‌تواند سرمایه اجتماعی تلقی شود. خسروی و باقری (۱۳۸۷) معتقدند که ارزشهای اخلاقی را می‌توان از طریق برنامه درسی ایجاد و منتقل نمود. یا جهانی (۱۳۸۶) معتقد است که می‌توان از طریق رشد مهارت‌های پرورشی به پرورش منش‌های اخلاقی دانش‌آموزان کمک کرد. و بالاخره لاریجانی و متوسلی (۱۳۸۷) معتقدند از طریق مشارکت فعال دانشجویان در موضوعات چالش برانگیز اخلاقی، می‌توان بهتر از سخنرانی صرف به رشد اخلاقی آنها کمک کرد.

اما علی‌رغم این تأکید، متأسفانه در زمینه تأثیرگذاری مطلوب و بهینه این روش‌ها بر تفکر و وجدان اخلاقی در جامعه، وضعیت مطلوبی مشاهده نمی‌گردد. به عنوان مثال معیدفر (۱۳۸۵) بعد از بررسی اخلاق کار در ۶۰ اداره دولتی نتیجه گرفته است که بین اخلاق کار و میزان شهروندی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی، رابطه معکوس وجود دارد. همچنین در مطالعه وی رابطه سطح اخلاق با میزان تحصیلات نیز معکوس بوده است. مطالعه زاهدپاشا، حسن جانی روشن و ریاحی (۱۳۸۲) نشان می‌دهد که اخلاق پزشکی در پایان‌نامه‌ها و کارآزمایی‌های بالینی به خوبی رعایت نمی‌شود و جای خالی آموزش اخلاقی احساس می‌شود. به گفته سجادی (۲۰۰۷) نبود مبانی ثابت و جهانی برای آموزش اخلاقی، یکی از مشکلات اصلی در سر راه آموزش اخلاق است. در ایران در زمینه آموزش اخلاق، تنها به یکی از روش‌ها تأکید بیشتری می‌شود، که آموزش موعظه‌ای ارزش‌های اخلاقی است. این روش در قالب محتوای برخی از دروس مثل بینش اسلامی

و پرورشی ارائه می‌گردد. اما برخی از مطالعات نشان می‌دهد که آموزش مستقیم تأثیر چندانی نداشته، بلکه آموزش غیرمستقیم و ضمنی می‌تواند بیشترین تأثیر را داشته باشد (خسروی و باقری ۱۳۸۷). مرور پژوهش‌های انجام یافته در ایران نشان می‌دهد که پژوهش‌های اخلاقی بیشتر در بین طیف خاص یعنی دانشجویان و نیز در بین مشاغل خاصی مثل پزشکی، داروسازی و تجارت بوده است (لاریجانی و متوسلی، ۱۳۸۷؛ زاهدپاشا و همکاران، ۱۳۸۲؛ فاطمی و وقاری ۱۳۸۰).

همچنین مطالعات قبلی اثر روش‌های خاص آموزشی بر روی افراد را بررسی نکرده‌اند، بلکه فقط وضعیت موجود اخلاق در آنها را بررسی نموده‌اند. بنابراین با توجه به نبود تحقیقات مربوط به اثر آموزش در قضاوت اخلاقی در دانش‌آموزان، انجام مطالعات منظم در این رابطه ضروری می‌نماید. برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که اگر مداخله آموزشی صورت نگیرد رشد اخلاقی با آهنگ رشد بسیار کمتری انجام می‌گیرد. مثلاً برخی از پژوهشگران (پانتود^۱، ۲۰۰۳) گزارش کرده‌اند که در بین ۹۲ دانشجوی پزشکی مورد مطالعه، در طول سه سال آموزش دانشگاهی، مراحل آموزش اخلاقی تغییر چشمگیری نکردند.

همچنین مطالعات سایر پژوهشگران حاکی است که اثرات آموزش اخلاقی چندان هم امیدبخش نبوده است. به‌طوری‌که بررسی‌های والکر^۲ (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که از بین شش مطالعه‌ای که به منظور آموزش اخلاقی طراحی و اجرا شده بودند فقط در یک مطالعه اثر آموزش معنی دار گزارش شده است.

موضوعی که در آموزش اخلاق حائز اهمیت است مشخص شدن متغیرهایی است که با مولفه قضاوت اخلاقی ارتباط دارند. به عبارت بهتر در صورت مشخص شدن متغیرهای مرتبط، کار آموزش اخلاق با اتلاف وقت و انرژی کمتری همراه خواهد بود.

ولفرام^۳ (۲۰۰۵) از جمله پژوهشگرانی بود که مشخص کرد استدلال اخلاقی با استدلال

1- Patenaude
3- Wolfrom

2- Walker

منطقی رابطه دارد. ولفرام در ادامه تحقیقات تجربی‌اش پی برد که استدلال اخلاقی صرفاً نتیجه استدلال منطقی نیست، بلکه عوامل احساسی، هیجانی و شخصیتی نیز در آن تاثیر دارد. این مطلب در گزارش‌های سایر محققان نیز آمده است. از جمله هوپ^۱ (۲۰۰۵) که گزارش نمود که نحوه استدلال اخلاقی افراد وابسته به موقعیت است. از سوی دیگر سطوح رشد اخلاقی افراد بر اساس نوع سناریوهای اخلاقی می‌تواند متفاوت باشد. به عنوان مثال معماهایی که موضوع اجتماعی داشتند در افراد آزمودنی بیشتر قضاوت‌های اخلاقی مبتنی بر مراقبت را فرا می‌خواندند در حالی که معماهایی که محتوای ضداجتماعی داشتند، در آزمودنی‌ها قضاوت‌هایی را فرا می‌خواندند که عمدتاً مبتنی بر عدالت بود. اورپن^۲، (۲۰۰۶). اورپن متوجه شد که صداقت، صراحت و باوجدانی، با سطوح بالای اخلاقی در ارتباطند در حالی که استرس، اضطراب و پریشانی با رشد اخلاقی پائین رابطه دارد. همچنین دیدگاه‌گیری نه تنها همبستگی قوی با رشد اخلاقی دارد بلکه یک تعدیل‌کننده قوی نیز در این رابطه است. منحصر نبودن رشد اخلاقی به رشد شناختی مورد تأیید هاید نیز هست باکسیارلی^۳، ۲۰۰۸، هاید^۴، (۲۰۰۱).

در این پژوهش به منظور بررسی میزان اثربخشی قضاوت اخلاقی از آموزش از چهار روش آموزش مستقیم، شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش شناختی اخلاق و تلفیقی استفاده شد. در روش آموزش مستقیم آموزه‌های اخلاقی به صورت مستقیم و با روش موعظه و پنددهی آموزش داده شد. در روش شفاف‌سازی ارزش‌ها، دانش‌آموزان در جریان بحث کلاسی به نظام ارزشی خودشان آگاه‌تر می‌شدند و در ضمن پی می‌بردند که دیگران نیز نظام ارزشی خاص خود را دارند که برای آنها ارزشمند است. سوال اصلی پژوهش این بود که آیا آموزش، قضاوت اخلاقی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ و اگر آموزش موثر است از بین روش‌های آموزشی بکار رفته کدام روش اثربخش‌تر است؟

1- Haupt
3- Bucciarelli

2- Orpen
4- Haidt

روش پژوهش

در این تحقیق بر اساس هدف پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی استفاده شد. برای تعیین اثربخشی روش‌های آموزش اخلاق بر روی قضاوت اخلاقی، متغیرهای مستقل به صورت تصادفی به کلاس‌ها اختصاص یافت و به مدت هشت جلسه بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا گردید. قبل از اجرا، یکی از گروه‌های انتخاب شده، به صورت تصادفی به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. در واقع این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی، و با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، با استفاده از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل بود.

آزمودنی‌های این پژوهش را ۱۵۰ دانش‌آموز پسر پایه اول دبیرستانی تشکیل می‌دادند که از بین ۲۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه اول دبیرستان‌های ناحیه ۴ آموزش و پرورش تبریز، به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که از جامعه مورد مطالعه (دبیرستان‌های پسرانه ناحیه چهار آموزش و پرورش شهر تبریز) یک دبیرستان پسرانه به صورت تصادفی انتخاب شد. از بین کلاس‌های پایه اول دبیرستان مدرسه انتخاب شده، پنج کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. چهار کلاس به منظور اجرای چهار روش آزمایشی و یک کلاس به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. تعداد دانش‌آموزان هر کدام از کلاس‌ها ۳۰ نفر بودند. پس از هماهنگی با مسئولان آموزش و پرورش، مدیر مدرسه و اولیای دانش‌آموزان، از کلیه کلاس‌ها پیش‌آزمون قضاوت اخلاقی به عمل آمد. سپس بدون دستکاری گروه کنترل، در یک دوره دو ماهه (هشت هفته‌ای) موضوعات اخلاقی، به چهار روش، به گروه‌های آزمایشی ارائه شد. بعد از اتمام دوره آموزش هشت هفته‌ای، بلافاصله از همه گروه‌ها پس‌آزمون قضاوت اخلاقی بعمل آمد. به منظور تعیین دقیق اثر آموزش، متغیرهای هوش و پیشرفت تحصیلی کنترل شد. داده‌های مربوط به هوش با استفاده از آزمون گروهی هوش ریون، و داده‌های مربوط به پیشرفت تحصیلی از طریق معدل کارنامه‌ای، جمع‌آوری گردیدند. نتایج حاصل با روش‌های آماری تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی مورد بررسی قرار گرفتند.

روش‌های آموزش

در این پژوهش از چهار روش آموزشی برای آموزش اخلاق استفاده شد. روش‌های مورد استفاده عبارتند از:

۱- **آموزش شناختی اخلاق:** در این شیوه معماها یا موضوعات چالش‌برانگیز اخلاقی، در موضوعات متعدد به کلاس ارائه می‌شد. سپس دانش‌آموزان به بحث در مورد معماها ترغیب می‌شدند. بر اساس پیشینه نظری فرض بر این بود که وجود دیدگاه‌های متفاوت و متناقض، باعث ایجاد چالش‌های ذهنی و در نتیجه ایجاد آمادگی برای افزایش سطح قضاوت اخلاقی می‌شود.

۲- **آموزش مستقیم اخلاق:** در این روش، موضوعات اخلاقی به شیوه مستقیم و به صورت پند و نصیحت و موعظه به دانش‌آموزان ارائه می‌شد. معمولاً آموزش‌دهنده کسی بود که موارد مورد نظر اخلاقی را به صورت سخنرانی به دانش‌آموزان ارائه می‌داد.

۳- **شفاف‌سازی ارزش‌ها:** در این روش، در مورد ارزش‌های موجود در جامعه صحبت می‌شد و دانش‌آموزان در مورد مطالب ارائه شده سوال می‌پرسیدند. آموزش‌دهنده سعی داشت ارزش مورد آموزش را از هر لحاظ و از هر بعد مورد بررسی قرار دهد و هرگز در مورد درستی یا نادرستی ارزش‌ها قضاوت نمی‌کرد. قضاوت در این مورد به عهده خود دانش‌آموزان بود.

۴- **روش تلفیقی:** در روش تلفیقی، بر روی دانش‌آموزان یکی از کلاس‌ها هر سه روش فوق اجرا گردید. یعنی هر روش در سه جلسه آموزشی.

ابزار اندازه‌گیری

آزمون قضاوت اخلاقی رست و گروه مینه سوتا (DIT)^۱

در این پژوهش برای اندازه‌گیری متغیر وابسته قضاوت اخلاقی از فرم کوتاه آزمون DIT

1- defining issues test

استفاده شد. این آزمون شامل ۳ داستان فرضی است و به دنبال هر داستان، ۱۲ سوال با طیف لیکرتی مطرح می‌شود که آزمون شونده بایستی آنها را از کم اهمیت‌تر تا با اهمیت‌تر، درجه‌بندی کند. همبستگی دو فرم کوتاه و بلند DIT، ۰/۹۰ است (نارواژ^۱، ۲۰۰۸). در مطالعات متعدد به منظور برآورد پایایی DIT، از روش بازآزمایی استفاده شده است. دیویسون^۲ و رابینز^۳ (۱۹۸۷)، بر روی چهار نمونه آزمون DIT را بازآزمایی کردند که ضریب پایایی از ۰/۷۱ تا ۰/۸۲ در نوسان بوده است (رست، نارواژ، توما و بی‌ئو، ۲۰۰۰). ضریب آلفای کرانباخ DIT نیز، توسط رست و همکاران او در طول یک دوره ۲۰ ساله (از ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۹) بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۰ بدست آمده است. آزمون DIT تاکنون در بیش از ۱۰۰۰ مطالعه مورد استفاده قرار گرفته و بر روی بیش از نیم میلیون نفر نیز اجرا شده است که همگی آنها ضریب پایایی بالایی گزارش داده‌اند (ماتارازو، آبامونته و نیگرو، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه قضاوت اخلاقی، از روش بازآزمایی استفاده شد، میزان پایایی، ۰/۷۹ بدست آمد. به‌علاوه آلفای کرانباخ این آزمون، ۰/۷۶ بدست آمد.

روائی این آزمون از طریق محاسبه همبستگی آن با MJI^۴، ۰/۶۸ بدست آمده است. و نیز روائی «تمایز سنی» این آزمون، از طریق تمایزگذاری بین دانش‌آموزان اول و دانشجویان سال سوم در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بدست آمد.

یافته‌ها

قبل از بررسی تحلیلی نتایج از برآورده شدن مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (ANCOVA)^۵، یعنی از برابر بودن ضرایب رگرسیون، همچنین از برابر نبودن ضرایب رگرسیون با صفر و بالاخره از برابری واریانس خطای گروه‌ها توسط آزمون لون (Levene) اطمینان حاصل شد. شاخص‌های توصیفی مربوط به گروه‌های آزمایشی و کنترل که مبنای مقایسه با اثرات کاربندی‌های آزمایشی است، در جدول ۱ آمده است.

1- Narvaez
3- Robbins
5- analysis of covariance

2- Davison
4- moral judgment inventory

لازم به ذکر است که در طول اجرای روشهای آموزشی، تعدادی از دانش‌آموزان از جریان تحقیق کنار کشیدند و یا براساس دستورالعمل DIT، پاسخ‌نامه قضاوت اخلاقی آنان از فرایند پژوهش کنار گذاشته شد. در نهایت، اطلاعات حاصل از ۱۲۸ دانش‌آموز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. براساس اطلاعات موجود در جدول، مشخص می‌شود که میانگین چهار گروه آزمایش و یک گروه کنترل با همدیگر تفاوت‌هایی دارند. بیشترین تفاوت بین میانگین‌ها، ۵/۵۹۹ و کمترین تفاوت بین آنها، ۱/۷۰۸ بوده است.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی گروه‌های آزمایش و کنترل قبل از وارد کردن سطوح متغیر مستقل

روشن‌های آموزش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪ حد پایین حد بالا
مستقیم	۲۴	۱۳/۳۷۵	۷/۲۰۹	۱/۴۷۱	۱۰/۳۳۰ ۱۶/۴۱۹
شفاف‌سازی ارزش‌ها	۲۸	۱۱/۲۸۵	۵/۵۰۵	۱/۰۴	۹/۱۵۱ ۱۳/۴۱۹
شناختی اخلاق	۲۶	۱۲/۰۷۶	۶/۸۴۶	۱/۳۴۲	۹/۳۱۱ ۱۴/۸۴۲
تلفیقی	۲۶	۱۰/۸۴۶	۸/۶۰۰	۱/۶۸۴	۷/۳۷۲ ۱۴/۳۲۰
کنترل	۲۴	۱۵/۱۶۶	۵/۱۳۸	۱/۰۴۸	۱۲/۹۹۶ ۱۷/۳۳۹
کل	۱۲۸	۱۲/۴۷۶	۶/۸۴۳	۶/۰۴	۱۲/۲۷۹ ۱۳/۶۷۳

بیشترین تفاوت بین میانگین گروه‌ها، مربوط به تفاوت گروه شفاف‌سازی ارزش‌ها و آموزش شناختی به مقدار ۵/۵۵۹ و کمترین تفاوت مربوط به گروه کنترل و شفاف‌سازی ارزش‌ها به مقدار ۱/۷۰۸ بوده است. به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مشاهده شده از Ancova با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول (۴) نتیجه مقایسه میانگین‌ها با استفاده از روش تحلیل Ancova

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	d.f	میانگین مجزورات	F	P
روش آموزش	۶۵۴/۵۰۳	۴	۱۶۲/۶۲۶	۶/۸۱۷	۰/۰۰۰
خطا	۲۹۲۸/۳۳۴	۱۲۲	۲۴/۰۰۳		

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۴ و با توجه به اینکه $P < 0.10$; $F(4, 122) = 6.817$ ، می‌توان نتیجه گرفت که متغیر مستقل (روش‌های آموزش)، توانسته است بین گروه‌ها از نظر آماری تفاوت معنی‌دار ایجاد کند. به منظور بررسی اثر خالص روش‌های آزمایشی، و کنترل هر چه بیشتر اثر متغیرهای همراه، دو متغیر هوش و پیشرفت تحصیلی (معدل) دانش‌آموزان نیز کنترل شدند. نتایج تحلیل پس از کنترل سه متغیر همراه در جدول ۵ آمده است.

جدول (۵) آزمون معنی‌داری نتایج پس از آزمون قضاوت اخلاقی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، هوش، و پیشرفت تحصیلی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	d.f	میانگین مجزورات	F	P
روش آموزش	۶۵۴/۵۱۶	۴	۱۶۳/۶۲۹	۶/۷۲۳	۰/۰۰۰
خطا	۲۹۲۰/۵۹۱	۱۲۰			

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۵ و با توجه به اینکه $F(4, 120) = 6.723$ ؛ $P < 0.10$ می‌توان نتیجه گرفت که پس از کنترل متغیرهای اثرگذار، روش‌های آموزش توانسته است در متغیر وابسته تفاوت معنی‌دار ایجاد کند. به منظور تعیین دقیق ماهیت تفاوت‌ها و مقایسه دوه‌دو آنها، از آزمون تعقیبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول (۶) آزمون تعقیبی و مقایسه دوه‌دو تفاوت میانگین روش‌های آموزشی که تفاوت آنها معنی‌دار بوده است

(I) روش	روش (J)	تفاوت میانگین	معنی‌داری
مستقیم	شفاف‌سازی ارزش‌ها	۳/۴۲۲	۰/۲۳
شفاف‌سازی	آموزش شناختی	-۵/۵۹۸	۰/۰۰۰
	تلفیقی	-۵/۰۶۰	۰/۰۰۱
آموزش شناختی	کنترل	۳/۹۰۱	۰/۰۱۳
تلفیقی	کنترل	۳/۲۶۲	۰/۰۳۳

در مجموع براساس اطلاعات جداول فوق می‌توان نتیجه گرفت که آموزش، در افزایش سطح استدلال یا قضاوت اخلاقی موثر بوده است. از بین روش‌های آموزشی مورد استفاده، روش آموزش‌شناختی اخلاق یا آموزش به شیوه مباحث معمائی، موثرترین روش آموزش در افزایش استدلال اخلاقی بوده است. بعد از آموزش شناختی، آموزش تلفیقی و آموزش مستقیم، به ترتیب بیشترین اثر در بین روش‌های باقیمانده را داشته‌اند. و بالاخره روش شفاف‌سازی ارزش‌ها کم‌اثرترین روش، در بین روش‌های آموزشی مورد استفاده بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از یافته‌های این پژوهش این بود که آموزش توانست سطح قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان را بالا ببرد. پژوهش‌های روانشناسان شناختی نشان داده است که دستیابی دانش‌آموزان به مراحل بالاتر اخلاقی، تنها منوط به تحول شناختی آنها نیست، بلکه قرارگرفتن فرد در موقعیت‌های طبیعی، حل مسائل اجتماعی و اخلاقی و اندیشیدن فعالانه درباره آنهاست که موجب درونی شدن ارزش‌ها و رشد اخلاقی آنها می‌شود. این یافته هماهنگ با نتایج موشه بلات (۱۹۷۵) است که براساس آن به سه طریق می‌توان بر تفکرات اخلاقی کودکان و دانش‌آموزان تأثیر گذاشت (کدیور، ۱۳۸۲):

۱- مواجه ساختن دانش‌آموزان با استدلال‌های سطوح بالاتر

۲- مواجه ساختن دانش‌آموزان با شرایطی که ساختار جاری ذهنی کودک و نوجوان را با مسائل و تناقض‌هایی مواجه سازد و زمینه نارضایتی او را در سطح موجود فراهم سازد.

۳- ایجاد جوی از مقابله و مبادله به نحوی که دو شرط بالاتر ترکیب شوند و نظریات اخلاقی متعارض به سبکی آزاد مقایسه گردند (کدیور، ۱۳۸۲).

همچنین این یافته هماهنگ با یافته کدیور (۱۳۸۲) است مبنی بر اینکه نحوه تعامل معلم با دانش‌آموزان می‌تواند قضاوت اخلاقی دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار دهد. بر این

اساس، فراهم آوردن محیط آزاد در کلاس درس، تشویق دانش‌آموزان به بحث گروهی، توجه به عقاید دانش‌آموزان، کمک به آنها در جمع‌بندی مطالب و مشارکت فعالانه آنها در حل مسائل اخلاقی از مهم‌ترین ابزارهای معلمان در کمک به رشد قضاوت‌های اخلاقی دانش‌آموزان است (کدیور، ۱۳۸۲).

اما نصیحت و موعظه، بی‌توجهی به عقاید دانش‌آموزان، اداره کلاس به صورت مقتدرانه، و تنبیه آنها بدلیل عدم رعایت موارد اخلاقی از جمله شرایط نامناسب برای تحول اخلاقی است (کدیور، ۱۳۸۲). در این پژوهش، یافته‌ها، با یافته کدیور (۱۳۸۲) مبنی بر اینکه «نصیحت و موعظه» شرایط نامناسب برای رشد و تحول اخلاقی است، همخوانی ندارد. در واقع یکی از روش‌های آموزش، روش آموزش مستقیم بود که از طریق موعظه صورت گرفت و تحلیل نتایج نشان داد که آموزش مستقیم موثر بوده است. همچنین این یافته هماهنگ با یافته لیند (۲۰۰۲) است. لیند، در پژوهش خود اظهار می‌دارد که: می‌توان اخلاقیات را به کودکان آموزش داد اما باید این آموزش در طول جریان زندگی باشد. در ابتدای زندگی، یادگیری اخلاقی کودکان تا اندازه زیادی از کمک و مساعدت مربیان لایقی همچون والدین و معلمان تأثیر می‌پذیرد. این موضوع با یافته برهانی، الحانی، محمدی و عباس‌زاده (۱۳۸۸) همسو است. ایشان گزارش کرده‌اند که آموزش تأثیر مثبتی بر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی دارد. خانی جزنی ۱۳۸۶، به نقل آوینن^۱ ۲۰۰۷، در بررسی نحوه قضاوت اخلاقی دانشجویان سال اول و آخر پرستاری فنلاند و تأثیر آموزش اخلاق بر توانائی قضاوت اخلاقی آنها، نتیجه گرفت که دانشجویانی که در آموزش اخلاق با معضلات اخلاقی به صورت عملی مواجه شده بودند، قدرت قضاوت بهتری نسبت به دانشجویانی داشتند که با این گونه معضلات مواجه نشده بودند. این مطالعه نشان می‌دهد که آموزش کاربردی اخلاق می‌تواند بر قضاوت اخلاقی دانشجویان موثر باشد. یافته دیگر این پژوهش این است که آموزش‌شناختی اخلاق، یعنی آموزش اخلاق از طریق بحث گروهی در رابطه با معماها و مسایل اخلاقی، بیشترین تأثیر

1- Auvinen

را داشته و به‌عنوان بهترین و موثرترین روش آموزش شناخته شد. این یافته همسو با یافته‌های برکویتز^۱، لیند^۲، و والکر^۳ (۱۹۸۳) بود. به نظر والکر (۲۰۰۲)، مباحث متقابل، برای افزایش نمرات قضاوت اخلاقی فرد به اندازه یک نمره موثر است اما این بدین معنی نیست که آن‌ها استدلال کودکان را «شکل» می‌دهند، بلکه بدین دلیل است که آن‌ها استدلال کودکان را به چالش می‌کشند. به نظر لیند (۲۰۰۶)، روش بحث در معماها یا سایر روش‌های آموزش اخلاق و دموکراسی، زمانی بهتر و موثر عمل می‌کنند که دارای دو شرط باشند؛ شرط اول وجود احترام متقابل و مباحث آزاد اخلاقی در کلاس درس. یعنی معلمان بایستی خودشان را به عنوان تسهیل‌کننده یادگیری دانش‌آموزان بدانند نه تعیین‌کننده یادگیری آنان. بدیهی است اهمیت این مسئله زمانی خودش را بیشتر نشان خواهد داد که موضوع مورد یادگیری، قابلیت‌های اخلاقی باشد. و شرط دوم نگهداشتن توجه در سطح بالا.

در تبیین این یافته نمی‌توان نظریه لئون فستینگر (۱۹۵۷)، را ندیده گرفت. وی معتقد است که وجود ناهماهنگی‌های شناختی می‌تواند فرد را وا دارد تا برای ایجاد هماهنگی و رسیدن به تعادل، تلاش کند. در مورد معماهای اخلاقی می‌توان این گونه استنباط کرد که ارائه معماهای اخلاقی منجر به ایجاد ناهماهنگی شناختی و عدم تعادل فرد می‌شود، و فرد به منظور رسیدن به تعادل وادار می‌شود دست به پردازش‌های بیشتر و فعالیت‌های ذهنی بیشتر بزند. همچنین این یافته هماهنگ با یافته‌های خانم بلوما زایکارنیک (اثر زایکارنیک) و نیز نظریه انگیزشی گشتالتی‌هاست. ایجاد عدم تعادل زمینه را برای تفکر بیشتر، به منظور رسیدن به تعادل فراهم می‌آورد و این باعث پردازش داده‌های بیشتر، و در نظر گرفتن دیدگاه‌های مختلف به منظور رسیدن به یک نتیجه بهتر می‌شود.

همچنین این یافته که روش آموزش شناختی، از طریق بحث در معماها، به عنوان بهترین روش آموزش بوده، هماهنگ با نظریه آموزشی کنستانز^۴ است. براساس این نظریه

1- Berkowitz
3- Walker

2- Lind
4- Konstanz

ایجاد تعارضات اخلاقی باعث به راه انداختن مباحث اخلاقی می‌شود و این مباحث اخلاقی نیز به نوبه خود باعث ایجاد هیجانات اخلاقی می‌شود. و در نهایت هیجانات زمینه را برای در نظر گرفتن دیدگاه دیگران (همدلی)، و رشد اخلاقی فراهم می‌آورد. بر این اساس یک جلسه بحث زمانی حالت آموزندگی دارد که بحث ایجاد شده باعث ایجاد هیجانات شود؛ و این هیجانات نباید به حدی باشد که باعث شود از یادگیری جلوگیری شود (ناروائز، ۲۰۰۸).

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که اولاً آموزش اخلاق یک ضرورت است. ثانیاً شیوه‌های آموزش اخلاق بایستی از حالت سنتی خود یعنی موعظه و نصیحت خارج شود و به شکل مباحث معمائی ارائه شود تا دانش‌آموزان تلویحاً مفروضه‌ها، باورها و اندیشه‌های اخلاقی قبلی خود را به چالش بکشند و به منظور غلبه بر ناهماهنگی شناختی ایجاد شده خود را ملزم کنند تا دیدگاه‌های دیگران را در نظر بگیرند. و بدین ترتیب زمینه برای افزایش سطح قضاوت اخلاقی آنان فراهم آید. در نهایت به محققان آیند توصیه می‌شود، ابتدا، دانش‌آموزان دارای استدلال اخلاقی پایین از طریق غربالگری مشخص شوند سپس با گمارش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و کنترل، اثر آموزش را در بین آنها را مطالعه کنند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۰/۰۹/۲۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۵/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۰۲

منابع

References

- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۴). روانشناسی تربیتی (روانشناسی آموزش و یادگیری)، تهران: نشر ویرایش.
- برهانی، فریبا؛ الحانی، فاطمه؛ محمدی، عیسی؛ عباس‌زاده، عباس (۱۳۸۸). توسعه صلاحیت اخلاق حرفه‌ای پرستاران: ضرورت‌ها و چالش‌ها در آموزش اخلاق، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۲، ۳.
- جهانی، جعفر (۱۳۸۶). بررسی تأثیرات برنامه آموزش فلسفه به کودکان در رشد منش‌های اخلاقی دانش‌آموزان، *فصلنامه مطالعات برنامه‌ریزی درسی*، ۵۹، ۲، ۳۶-۴۷.
- خانی‌جزنی، جمال (۱۳۸۶). فلسفه اخلاق پزشکی، *مجله دیابت و لیپید ایران*، ویژه‌نامه اخلاق پزشکی ۵۲-۴۷.
- خسروی، زهره؛ باقری، خسرو (۱۳۸۷). راهنمای درونی کردن ارزش‌های اخلاقی از طریق برنامه درسی، *فصلنامه مطالعات برنامه درسی*، ۲، ۸، ۸۱-۱۰۵.
- دادگر، یدالله (۱۳۸۵). اخلاق بازرگانی و کسب و کار از منظر اقتصاد و اقتصاد اسلامی، *پژوهشنامه بازرگانی*، (۳۸)-۸۷-۱۲۰.
- زاهدپاشا، یدالله؛ حسن جانی روشن، محمدرضا؛ ریاحی، حمیدرضا (۱۳۸۲). میزان رعایت اخلاق پزشکی در پایان‌نامه‌ها و کارآزمایی‌های بالینی در دانشگاه علوم پزشکی بابل در ۱۳۸۰، *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۵(۳(پی در پی ۱۹)): ۴۵-۵۱.
- سیف، علی‌اکبر (۱۳۷۵). روش تهیه پژوهشنامه، تهران: دانشگاه آزاد رودهن.
- شروانی، امین (۱۳۸۰). اخلاق پژوهش: چالش‌های انتشار نتایج مطالعات، *پژوهش در علوم پزشکی*، زمستان، ۶(۴) ۲۸۶-۲۸۴.
- طالب‌زاده ثانی، هادی؛ کدیور، پروین (۱۳۸۴). بررسی رابطه دانش فراشناخت اخلاقی (فرا اخلاق) با استدلال و رفتار اخلاقی، *فصلنامه تعلیم و تربیت*، بهار ۱۳۸۴، ۲۴، ۷-۳۲.
- کدیور، پروین (۱۳۸۲). روانشناسی تربیتی، تهران: انتشارات سمت.
- گلاور، جان ای، برونیتگ، راجر اچ. (۱۳۸۵). روانشناسی تربیتی، اصول و کاربرد آن، (علیتقی خرازی، مترجم)، تهران: مرکز نشر دانشگاهی (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۰).

- کرین، ویلیام (۱۳۸۴). نظریه‌های رشد مفاهیم و کاربردها، (ترجمه غلامرضا خوی‌نژاد و علیرضا رجائی)، تهران: انتشارات رشد.
- لاریجانی، باقر؛ متوسلی، الهه (۱۳۸۳). روش‌های نوین آموزش اخلاق پزشکی. *مجله دیابت و لیپید ایران*، ۴(ویژه‌نامه (اخلاق در پژوهش‌های بالینی پزشکی))، ۳۹-۴۶.
- معیدفر، سعید (۱۳۸۵). اخلاق کار و عوامل موثر بر آن در کارکنان ادارات دولتی، *رفاه اجتماعی*، ۳۴۱-۳۴۶ و ۳۲۱-۲۳-۶.
- وقاری، سیدمحمد (۱۳۸۰). اخلاق در پژوهش: پیش‌درآمدی بر تدوین پرسشنامه و بررسی جنبه‌های اخلاقی، حقوقی، و شرعی طرح‌های پژوهش، *باروری و ناباروری*، ۷۰-۶۵.
- Be Beau, J. (2002). The Defining Issues Test and the Four Component Model: Contributions to Professional Education, *Journal of Moral Education*, 31, 3
- Bucciarelli, M., Laird, P.N.J. (2008). The Psychology of Moral Reasoning, *Judgment and Decision Making*, 3, 2
- Coady, H. (2001). Behavioral Correlates of Moral Judgement, *The Journal of Psychology*. 120 (2), 191-198.
- Gilligan, C. (1977). Concepts of Self and of Morality, *Harvard Educational Theory*, V 74, 4, 481-517.
- Greene, J., Haidt, J. (2002). How (and where) Does Moral Judgment Work? *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 12.
- Hardy, S.A., Carlo, Gustavo. (2005). Identity as a Source of Moral Motivation, *Human Development* 2005, 48: 232-256.
- Hardy, S.A. (2006). Identity Reasoning and Emotion: An Empirical Comparison of Three Sources of Moral Motivation, *Journal of Motive Emot*, 30, 207-215.
- Haupt, K.A. (2005). Effects of Perceived Sexual Orientation on Moral Reasoning, *UW-L Journal of Undergraduate Research VIII*.
- Latif, D.A. (2000). The Relationship between Ethical Dilemma Discussion and Moral Development, *American Journal of Pharmaceutical Education*. 64,

-
- Latif, D.A., Dunn, B. (2008). The Relationship between Ethical Dilemma Discussion and Moral Development, *American Journal Pharmaceutical* 65 Papers in Education, 23, 1, March 2008, 37-52.
- Lind, G. (2002). Moral Dilemma Discussion Revisited-The Konstanz Method. 1 Paper Presented at the Meeting of the Association for Moral Education (AME) at Chicago, Nov. 7- 9, 20.
- Lynn, R., James, A. (2007). Character Education in Schools and the Education of Teachers Canterbury Christ Church University, UK, *Journal of Moral Education*, 36, 1, March 2007, pp. 79-92.
- Matarazzo, O., Abbamonte, L., Nigro, G. (2008). Moral Reasoning and Behavior in Adulthood, *International Journal of Social Sciences* 3; 3.
- Narvaez, D., Bock, T. (2002). Moral Schemas and Tacit Judgment or How the Defining Issues Test Is Supported by Cognitive Science, *Journal of Moral Education*, 31, 3, 2002.
- Orpen, W.K.M., Walker, H.L.R. (2006). Personality, Empathy, and Moral Development: Examining Ethical Reasoning in Relation to the Big Five and the Dark Triad). Poster Presented at the 67th Annual Meeting of the Canadian Psychological Association, June 2006, Calgary, Alberta, Canada.
- Patenaude, J. (2003). Changes in Students' Moral Development during Medical School: A Cohort Study, *JAMC, 1er AVR.*, 2003, 168 (7).
- Lind, G. (2006). Effective Moral Education: The Konstanz Method of Dilemma Discussion, *Hellenic Journal of Psychology*, Vol. 3, pp. 189-196.
- Narvaez, D. (2008). Triune Ethics: The Neurological Roots of Our Multiple Moralities, *New Ideas in Psychology* 26, 95-119.
- Priori, A. (2007). Sex and Moral, *Nature Proceedings*: Hdl:10101/npre.2007.1467.1: Posted 29 Dec 2007.
- Rest, J.R., Narvaez, D., Toma, S.J., Bebeau, M. (2000). A Neo-kohlbergian Approach to Morality Research, *Journal of Moral Education*, Vol. 29, No. 4.
- Rest, J.R., Toma, S.J., Narvaez, D., Bebeau, M.J. (1997). Alchemy and Beyond: Indexing the Defining Issues Test, *Journal of Educational Psychology*, 89, 3, 498-507.
-

-
- Sajjadi, S.M. (2007). Explanation and Critique of the Principles of Postmodern Moral Education, *Educational Research and Review*, Vol. 2 (6), pp. 133-140, June 2007.
- Santrock, J.W. (1990). *Psychology the Science of Mind and Behavior* (Third edition). w.m.c.brown publishers.
- Siegal, M., Francis, R. (1982). Parent-child Relations and Cognitive Approaches to the Development of Moral Judgment and Behavior (*British Journal of Psychology*) 73, 285-294.
- Walker, L.J. (2002). The Model and Measure: an Appraisal of the Minnesota Approach to Moral Development, *Journal of Moral Education*, Vol13, No. 3.
- Ward, L., Wilson, J.P. (1980). Motivation and Moral Development as Determinations of Behavioral Acquiescence and Moral Action, *The Journal of Social Psychology*, 112, 271-286.
- Wolfrom, M.K. (2005). Factors that Influence Moral Reasoning in Adults: Investigating the Relationship between Logical and Moral Reasoning.

رابطه ویژگی‌های شخصیتی مدل آیزنک و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش‌آموزان دختر

جهانگیر کرمی^۱علی زکی‌بی^۲مصطفی علیخانی^۳فرهاد محمدی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ویژگی‌های شخصیتی مدل آیزنک و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش‌آموزان دختر انجام گرفت. برای انجام پژوهش از بین کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر کرمانشاه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نمونه‌ای به حجم ۲۵۰ نفر انتخاب گردید. پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های ویژگی‌های شخصیتی آیزنک، تاب‌آوری کانر و دیویدسون و نگرش به خودکشی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی روان‌آزردگی و سایکوتیک با نگرش به خودکشی دارای همبستگی مثبت و معنادار بود، اما برون‌گرایی با نگرش به خودکشی همبستگی منفی داشت. همچنین نتایج پژوهش بیانگر آن بود که تاب‌آوری با نگرش به خودکشی همبستگی منفی دارد. باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که شخصیت یک سازه مرتبط با خودکشی است.

واژگان کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری، خودکشی.

۱- عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه رازی

۲- کارشناس ارشد روانشناسی (نویسنده مسئول)

۳- کارشناس ارشد روانشناسی

۴- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

آمارهای جهانی نشان می‌دهند خودکشی^۱ در دهه‌های اخیر رو به افزایش بوده، الگوی سنی آن در حال تغییر است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). خودکشی یکی از ده علت اصلی مرگ در بیشتر کشورهای دنیا است (بارو^۲، ۲۰۰۸). در بین تمامی گروه‌های سنی، خودکشی هشتمین علت مرگ و میر در جهان است، اما در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال پس از حوادث و قتل، سومین علت و مرگ و میر گزارش شده و میزان خودکشی موفق در مردان ۳ برابر زنان است، ولی اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است (طلایی، حجت، فیاضی‌بردبار و سعادت‌نسب، ۱۳۸۵). در گزارشی هوپرت^۳ (۲۰۰۴) میزان خودکشی موفق در مردان را ۴ برابر زنان اعلام نمود.

به‌طور کلی عوامل مربوط به سبب‌شناسی خودکشی عبارتند از: عوامل زیست‌شناختی که محور بحث آن اشکال در تعادل شیمیایی است، عوامل روان‌شناختی که بر درک خودکشی و تعاریف پویایی‌های درون‌روانی، بین‌فردی و رویکردهای رفتاری و شناختی در تبیین رفتار خودکشی تأکید دارد و عوامل جامعه‌شناختی که به تأثیر گروه‌های اجتماعی سهمیم در خودکشی مربوط می‌شوند (آشوری، ۱۳۸۹). به همین اساس یکی از عوامل مرتبط با خودکشی ویژگی‌های شخصیتی افراد است. مدل شخصیتی آیزنک^۴ یکی از تبیین‌های است که در زمینه شخصیت و خودکشی ارائه شده است، بر اساس مدل آیزنک سه بعد شخصیت عبارتند از: برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی (E)، نوروتیسم^۵ در برابر پایداری هیجانی (N) و سایکوتیک^۶ در برابر کنترل تکانه (P) (تجر، ۱۳۸۵). افراد برون‌گرا با خصوصیات همچون اجتماعی بودن، علاقه‌مندی به شرکت در مهمانی‌ها، داشتن دوستان زیاد، نیاز به افراد دیگر برای گفتگو با آن‌ها و عدم علاقه‌مندی به مطالعه توصیف کرد (دارابی، ۱۳۸۸). نوروزگرایی (نوروتیسم) یا پذیرا بودن نسبت به روان‌آزردگی توسط آیزنک (۱۹۹۴) به منزله یک چشم‌پوشی ضعیف در مقابل تنیدگی (مثلاً داشتن

1- Suicide
3- Hoyert
5- neuroticism

2- Barrero
4- Eysenk
6- Psychotics

حساسیت بیشتر در مقابل درد) یا یک نگرش به فروپاشی سازمان‌یافتگی رفتار در موقعیت‌های تعارضی یا ناکام‌کننده تعریف شده است (منصور، ۱۳۸۷). افراد روان‌آزرده به صورت مضطرب، افسرده، نامعقول و متلون (ناپایدار) مشخص می‌شوند. آن‌ها ممکن است حرمت خود پایین داشته و مستعد احساس گناه باشند (آیزنک، ۱۹۹۸). آن‌ها در مقابل ناکامی‌های جزئی واکنش عاطفی زیادی از خود نشان می‌دهند، به آسانی به هیجان در می‌آیند، عصبانی می‌شوند و از بسیاری از افراد دیگر افسرده‌تر هستند (دارابی، ۱۳۸۸). اما افراد پسیکوزگرا، خودمحور، پرخاشگر، سرد، فاقد همدلی با دیگران و تکانشی هستند و به خواسته‌های دیگران توجهی ندارند (برگر، ۱۹۹۳؛ به نقل از عسکری، زکی‌بی و علیخانی، ۱۳۹۰). آن‌ها همچنین می‌توانند بی‌رحم، متخاصم و نسبت به نیازها و احساسات دیگران بی‌اعتنا و بی‌احساس باشند و ممکن است برای نشان دادن رفتارهای جنایی تمایل داشته باشند (آیزنک، ۱۹۹۸).

ویژگی‌های شخصیتی به لحاظ نظری و پژوهشی با خودکشی مرتبط هستند (ین، ماریا، پاگونو، تراسی و کارلوس^۱، ۲۰۰۵)، پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که اختلال‌های شخصیتی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی هستند (ریچارد، کروزا، توماس، پرزبیک و کلونینگر^۲، ۲۰۰۵). یافته‌های پژوهش شاکری، پرویزی‌فرد، صادقی و مردای (۱۳۸۵) نشان داد که افراد اقدام‌کننده به خودکشی بیش از افراد گروه گواه دارای ویژگی‌های شخصیتی درون‌گرایی، روان‌آزدگی و روان‌پریشی بودند و پیش از اقدام به خودکشی رویدادهای فشارزای بیشتری را تجربه کرده بودند، از نظر شناختی ارزیابی بالاتری از میزان فشار روانی ناشی از استرس‌های زندگی داشتند. بسیاری از محققان خودکشی را با اختلالات خلقی مرتبط می‌دانند (شر، اوکوندو و مان^۳، ۲۰۰۶). که با برخی از ویژگی‌های شخصیتی مرتبط می‌باشند و به دلیل اینکه ویژگی‌های شخصیتی نسبتاً ثابت هستند، می‌توانند در پیش‌بینی احتمال افکار خودکشی فرد اهمیت داشته باشند (کربی^۴، ۲۰۰۳). اغلب پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام گرفته است نشان داده‌اند که

1- Yen, Maria, Pagono, Tracie & Carlos
3- Sher, Oquendo & Man

2- Richard, Gruzza, Thomas, Przybeck & Cloninger
4- Kerby

احتمالاً روان‌آزردگی بارزترین صفتی است که در به وجود آمدن طیف گسترده‌ای از رفتارهای مرتبط با خودکشی دخیل می‌باشد (چیوکتا^۱، ۲۰۰۵؛ ولتینگ^۲، ۱۹۹۹). دوبرستین، کانول، سی‌لitz، دنینگ، کاکس و کاین^۳ (۲۰۰۰) با استفاده از مدل پنج عاملی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و رفتار خودکشی را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که عامل روان‌آزردگی رابطه مثبت و عامل برون‌گرایی و دلیزیر بودن رابطه منفی با خودکشی دارند؛ و بیمارانی که افکار خودکشی دارند، در انعطاف‌پذیری نمره بالا به دست می‌آورند. در حالی که تحقیقات هیچ ارتباطی را بین انعطاف‌پذیری و خودکشی پیدا نکرده‌اند. یافته‌های پژوهش ولتینگ (۱۹۹۹) نشان داد که روان‌آزردگی به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری برای تمایل به افکار خودکشی عمل می‌کند، همچنین بررسی‌های این پژوهش نشان دادند که رابطه بین مولفه‌های شخصیتی و خودکشی در دو جنس متفاوت است؛ به عبارت دیگر، در زن‌ها رابطه مثبت بین روان‌آزردگی و افکار خودکشی و در مردها رابطه مثبت بین عامل وظیفه‌شناسی و افکار خودکشی دیده می‌شود. در پژوهشی که چیوکتا و استیلز^۴ (۲۰۰۵) بر روی دانشجویان انجام دادند، مشخص شد که افکار خودکشی با روان‌رنجوری رابطه مثبت دارد. بیرامی، اقبالی و قلی‌زاده (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی که بر روی ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام دادند، که خودکشی با عامل روان‌آزردگی رابطه مثبت و معناداری دارد و با عامل برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. یکی دیگر از سازه‌های شخصیتی که احتمال می‌رود با خودکشی مرتبط باشد تاب‌آوری است، تاب‌آوری به عنوان یکی از سازه‌های روانشناسی نقش اساسی و محافظت‌کننده در زمینه آسیب‌های اجتماعی و نگرش به آن ایفا می‌کند. تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارهای زندگی، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن بوسیله آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به‌عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (دینر، لوکاس، شیمک و هلیول^۶، ۲۰۰۹).

1- Chioqueta

2- Velting

3- Duberstein, Conwell, Seillitz, Denning, Cox & Caine

4- Chioqueta & Stiles

6- Diener, Lucas, Schimmack & Helliwell

تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی فردی خود استفاده کنند و از این چالش‌ها و آزمون‌ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جویند و از آن‌ها سربلند بیرون آیند (گاربوسکی^۱، ۲۰۱۰). از نظر فریبورگ، بارلگ، مارتیوسن، روزنوینگ و هجمدال^۲ (۲۰۰۳) افراد تاب‌آور انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل شرایط آسیب‌زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفاظت می‌کنند. عوامل متعددی از جمله عوامل ژنتیک و روان‌شناختی، خانواده، اجتماع، تأثیرات محیطی و اجتماعی که احتمالاً با هم در تعامل هستند در تاب‌آوری نقش دارند (نوریس، استیون، پیفر بوم و ویچ^۳، ۲۰۰۸).

وندی میدل میس^۴ (۲۰۰۵) در تحقیقی با عنوان به کارگیری رویکردهای چند وجهی مبتنی بر تاب‌آوری و رویکردهای فرایندمدار با هدف پیشگیری و مداخله به منظور مقایسه این دو رویکرد در برنامه‌های پیشگیرانه از آسیب‌های اجتماعی انجام داد، نتایج نشان داد که ارائه این راهبردها در آماده کردن کودکان برای مقابله با آسیب‌های اجتماعی و خطراتی که در طول زندگی با آن مواجه می‌شوند موثر خواهد بود. همانگونه که در بالا اشاره شد پژوهش‌های پیشین به نقش شخصیت در خودکشی اشاره کرده‌اند، اما این پژوهش‌ها همگی با الگوی پنج عاملی (Neo) انجام شده است و همگی آن‌ها به رفتار خودکشی پرداخته‌اند. اما پژوهش حاضر شامل سه نکته جدید است که شامل استفاده از مدل آیزنک، سنجش نگرش به خودکشی و بررسی تاب‌آوری که قبلاً ارتباط آن با خودکشی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ویژگی‌های شخصیتی مدل آیزنک و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش‌آموزان دختر انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان

1- Garbowski

3- Norris, Stevens & Pifferbaum

2- Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal

4- Middle miss

دختر دوره دبیرستان شهر کرمانشاه بودند، در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد، به این صورت که از هر ناحیه ۲ مدرسه دخترانه و از هر مدرسه ۲ کلاس و از هر کلاس به‌طور متوسط ۱۴ نفر دانش‌آموز بر اساس تعداد مورد نیاز به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پس از تکمیل پرسشنامه توسط آزمودنی‌ها که به شکل انفرادی و در حضور پژوهشگر بود پرسشنامه‌های پژوهش جمع‌آوری گردید. از آنجایی که احتمال ریزش و عدم تکمیل برخی از پرسشنامه‌ها وجود داشت نمونه ۲۷۵ نفر انتخاب شد، که ۲۵ پرسشنامه مخدوش شده و غیرقابل استفاده بود در پایان داده‌های مربوط به ۲۵۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی نمونه مورد بررسی ۱۵/۹۴ با انحراف استاندارد ۲/۱۷ بود.

ملاک انتخاب افراد؛ تحصیل در مدارس دولتی شهر کرمانشاه بود. همچنین آزمودنی‌ها نباید در این دوره مشروط شده باشند. برای کنترل مواردی همچون مسائل فرهنگی و اجتماعی از دانش‌آموزانی به عنوان نمونه استفاده شد که حداقل در ده سال اخیر در کرمانشاه سکونت داشته‌اند.

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است، که برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

ابزار پژوهش

فرم تجدیدنظرشده پرسشنامه شخصیتی آیزنک مقیاس نوجوانان (EQP-R): این پرسشنامه برای سنجش ابعاد شخصیت روان‌نژندگرایی (ثبات هیجانی/ بی‌ثباتی) برون‌گرایی (برون‌گرایی/ درون‌گرایی) و روان‌پریشی‌گرایی در دامنه سنی ۱۶-۱۷ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه علاوه بر مؤلفه‌های اشاره شده، دارای مقیاسی برای سنجش دروغ یا پوشیده‌گویی هم می‌باشد. فرم تجدیدنظرشده پرسشنامه شخصیتی آیزنک ۱۰۶ ماده دارد که شامل ۹۰ ماده پرسشنامه شخصیتی آیزنک، ۱۰ ماده جدید مقیاس P و نیز شش ماده‌ای است که جرمجویی و اعتیاد را اندازه می‌گیرد. این

پرسشنامه نیز با جواب‌های بلی/خیر پاسخ داده می‌شود در ایران کاویانی، پورناصح و موسوی (۱۳۸۴) ضریب پایایی فرم تجدیدنظرشده این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی برای شاخص‌های اعتیاد ۰/۸۶ جرم ۰/۸۸، روان‌نژندی ۰/۸۹ و روان‌پیشی‌گرایی ۰/۷۲ به دست آوردند ضرایب پایایی بازآزمایی که سازندگان اصلی آزمون گزارش کرده‌اند بین حداقل ۰/۷۶ برای شاخص روان‌پیشی‌گری و حداکثر ۰/۹۰ برای شاخص برون‌گرایی است. محمدزاده (۱۳۸۶) ضریب روایی همزمان مقیاس‌های فرم تجدیدنظرشده این پرسشنامه را در ایران مورد بررسی قرار داده‌اند ضرایب روایی این آزمون برای شاخص‌های اعتیاد ۰/۷۰ جرم جویی ۰/۶۸، برون‌گرایی ۰/۸۴، دروغ‌سنجی ۰/۷۳ و روان‌نژندی‌گرایی ۰/۷۳ و روان‌پیشی‌گرایی ۰/۷۵ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر برای این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش به آسیب‌های اجتماعی: این پرسشنامه از پرسشنامه‌های موجود در مرکز مشاوره نیروی انتظامی کرمانشاه انتخاب شد که نگرش افراد به آسیب‌های اجتماعی مثل سرقت، اعتیاد و خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد، روایی این پرسشنامه در پژوهش کرمی (۱۳۹۱) با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ مورد تایید قرار گرفته است. از بین سوالات این پرسشنامه ۷ سوال که توان سنجش نگرش به خودکشی را داشت انتخاب شد (در واقع این سوالات مربوط به مقیاس نگرش به خودکشی در پرسشنامه نگرش به آسیب‌های اجتماعی است). خرده‌مقیاس نگرش به خودکشی دارای ۷ سوالی ۵ لیکرتی از (کاملاً موافق، موافق، بدون نظر، مخالف، کاملاً مخالف) بود، که براساس پژوهش‌ها توان سنجش نگرش افراد به خودکشی را دارد. آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۷ بدست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱ (CD- RISC): این مقیاس شامل ۲۵ سوال است و دارای دامنه ۵ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا چهار شامل هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه است. این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، جهت اندازه‌گیری قدرت

1- Conner- Davidson Resilience Scale

مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از بوگر و اصغرنژاد، ۱۳۸۷). حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی این مقیاس کافی گزارش شده‌اند و نتایج تحلیل عامل اکتشافی، وجود ۵ عامل شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/ تحمل عواطف منفی، روابط ایمن، مهار و معنویت را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است. اما چون روایی و پایایی این مقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده در حال حاضر فقط نمره کمی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶). این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پایایی این آزمون بدست آمده است. در پژوهش حاضر برای این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۱ آمده است میانگین متغیرهای روان‌آزردگی، سایکوتیک و برون‌گرایی به ترتیب ۱۲/۸۸ (انحراف استاندارد، ۴/۶۲)، ۴/۶۹ (انحراف استاندارد، ۲/۳۴)، ۱۵/۲۴ (انحراف استاندارد، ۴/۷۸) و میانگین متغیرهای نگرش به خودکشی ۲/۷۰ (انحراف استاندارد، ۱/۲۹) و میانگین تاب‌آوری ۵۵ (انحراف استاندارد، ۱۳/۵۲) بدست آمد. در جدول شماره ۱ میانگین، انحراف استاندارد و سایر اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهشی آمده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی

متغیر	کمینه	کمینه ممکن	بیشینه	بیشینه ممکن	میانگین	انحراف استاندارد
روان‌آزردگی	۱	۰	۱۹	۲۰	۱۲/۸۸	۴/۶۲
ویژگی سایکوتیک	۰	۰	۱۲	۱۶	۴/۶۹	۲/۳۴
شخصیتی برون‌گرایی	۴	۰	۳۳	۲۴	۱۵/۲۴	۴/۷۸
نگرش به خودکشی	۰	۱	۶	۳۵	۲/۷۰	۱/۲۹
تاب‌آوری	۱۹	۰	۹۲	۱۰۰	۵۵	۱۳/۵۲

برای بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی آیزنک و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین ویژگی شخصیتی روان‌آزردگی با نگرش به خودکشی به دارای ضریب همبستگی معنادار $0/۲۶$ است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین ویژگی شخصیتی سایکوتیک با نگرش به خودکشی دارای ضریب همبستگی $0/۳۱$ است، بین ویژگی شخصیتی برون‌گرایی با نگرش به خودکشی همبستگی $0/۲۲$ - دارد. نتایج پژوهش بیانگر آنست که تاب‌آوری با نگرش به خودکشی ضریب همبستگی $0/۱۶$ - دارد.

جدول (۲) ماتریس همبستگی بین نگرش به خودکشی با ویژگی‌های شخصیتی آیزنک و تاب‌آوری

نگرش به آسیب‌های اجتماعی	شاخص آماری	روان‌آزردگی	سایکوتیک	برون‌گرایی	تاب‌آوری
همبستگی	$0/۲۶$	$0/۳۱$	$-0/۲۲$	$-0/۱۶$	
سطح معناداری	$0/۰۰۱$	$0/۰۰۱$	$0/۰۰۱$	$0/۰۰۱$	$0/۰۱$

برای پیش‌بینی نگرش به خودکشی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. برای پیش‌بینی نگرش به خودکشی مدل رگرسیونی در دو گام انجام شد. در گام اول مدل با $F=۲۷/۲۴$ می‌تواند ۱۰ درصد واریانس متغیر ملاک را پیش‌بینی کند. در این گام سایکوتیک وارد معادله شد و با ضریب بتای ۳۱ درصد توان پیش‌بینی متغیر ملاک را

دارد. اما در گام دوم مدل نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین روی هم رفته می‌توانند ۱۹ درصد متغیر ملاک را پیش‌بینی کنند. در گام دوم سایکوتیک با ضریب $0/39$ توان پیش‌بینی متغیر ملاک را دارد و برون‌گرایی با ضریب بتای $-0/31$ می‌تواند متغیر ملاک (نگرش به خود کشی) را پیش‌بینی کند.

جدول (۳) خلاصه تجزیه و تحلیل رگرسیونی برای پیش‌بینی نگرش به خودکشی توسط ویژگی‌های مدل آیزنگ و تاب‌آوری

متغیر ملاک	گام	R	R ²	F	سطح معناداری	متغیر پیش- بین	B	β	t	سطح معناداری
نگرش به خودکشی	۱	$0/31$	$0/10$	$27/24$	$0/001$	سایکوتیک	$0/17$	$0/31$	$5/22$	$0/001$
	۲	$0/44$	$0/19$	$29/71$	$0/001$	سایکوتیک برون‌گرایی	$0/21$ $-0/08$	$0/39$ $-0/31$	$6/60$ $5/38$	$0/001$ $0/001$

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین رابطه رابطه ویژگی‌های شخصیتی مدل آیزنگ و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش‌آموزان دختر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین روان‌آزردگی و سایکوتیک با نگرش به خودکشی رابطه مثبت وجود دارد و بین برون‌گرایی و تاب‌آوری با نگرش به خود کشی رابطه منفی وجود دارد. یعنی هر چه فرد روان‌آزرده‌تر و یا سایکوتیک باشد نگرش وی به خودکشی بیشتر است اما اگر برون‌گرایی و تاب‌آوری در فرد بیشتر باشد نگرش وی به خود کشی کمتر است.

بنابراین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های ریچارد و همکاران (۲۰۰۵)، دوبرستین و همکاران (۲۰۰۰)، چیکوتا و استیس (۲۰۰۵)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۱) و شاکری و همکاران (۱۳۸۵) همخوانی دارد. در واقع بسیاری از پژوهش‌ها شخصیت را از عوامل خطرزای خودکشی می‌دانند، پژوهش‌های رناود و همکاران (۲۰۰۸)، دوبرستین و همکاران (۲۰۰۰)، فرگوسن و همکاران (۲۰۰۳)، گلاستون و همکاران (۲۰۰۴)، یوزدا و همکاران (۲۰۰۴) و عاشوری و همکاران (۱۳۸۸) ویژگی‌های شخصیتی از جمله

روان‌آزردگی را از عوامل زمینه‌ساز خودکشی دانسته‌اند. در واقع نتایج پژوهش حاضر نیز با این پژوهش‌ها همخوان است.

در تبیین نتایج می‌توان گفت که با توجه به اینکه ویژگی اساسی افراد روان‌آزرده این است که آن‌ها بیشتر مستعد افسردگی هستند احساس گناه بیشتری دارند. با توجه به پژوهش‌ها و نظریه‌ها افراد افسرده در معرض خودکشی بیشتری قرار دارند، این افراد باورهای منفی و نگرش‌های ناکارآمدی پیدا می‌کنند، بنابراین نگرش آن‌ها به خودکشی مثبت است. همچنین در قسمت ارتباط با برون‌گرایی باید به این نکته اشاره کرد که افراد برون‌گرا با توجه به صفاتی که دارند علاقه‌مندی بیشتری به زندگی دارند، رضایت بیشتری از زندگی کسب می‌کنند و شادمانی بالاتری دارند بنابراین افکار و نگرش‌هایی که در مورد خودکشی مثبت باشد ندارند، آن‌ها به خودکشی نگرش منفی پیدا می‌کنند و با توجه به معاشرت‌ها و گروه‌های اجتماعی که در آن عضویت پیدا می‌کنند افسردگی کمتری دارند. بنابراین نگرش آن‌ها به خودکشی منفی است. افراد سایکوتیک نیز که مهم‌ترین ویژگی آنها نداشتن همدلی با دیگران است، ارتباط‌های اجتماعی کمی دارند و به خواسته‌های دیگران توجه ندارند، این ویژگی شخصیتی می‌تواند عامل بسیار مهم برای پیدا شدن نگرش مثبت به خودکشی است، زیرا این افراد دنیا را با احساس‌های سرد خود می‌بینند و رویدادها را با آن تعبیر و تفسیر می‌کنند.

در قسمت دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری و خودکشی رابطه منفی وجود دارد. یعنی هر چه تاب‌آوری فرد بیشتر باشد نگرش وی به خودکشی کمتر است. از نظر فریبورگ و همکاران (۲۰۰۳) افراد تاب‌آور انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل شرایط آسیب‌زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفاظت می‌کنند. در حقیقت تاب‌آوری بالا فرد را در مقابل مسائل زندگی و استرس‌ها مقاوم می‌کند و به فرد امید بیشتری برای زندگی می‌دهد. افراد با تاب‌آوری بالا دید مثبتی نسبت به حل مشکلات خود دارند بنابراین به جای ناامید شدن به فکر راه‌حل هستند، بنابراین نگرش آن‌ها نسبت به خودکشی نیز منفی خواهد بود.

درک علل و عوامل زمینه‌ساز آسیب‌های اجتماعی سبب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی درمان و پیگیری به صورت هدفمندی شکل گیرد. پژوهش حاضر نیز در پی دست یافتن به چنین هدفی بود. بنابراین تأکید می‌شود که در پژوهش‌های آتی نیز به نقش عوامل شخصیتی در نگرش به مواد مخدر و الکل، درگیری و نزاع، و سایر آسیب‌های اجتماعی توجه بیش از پیش معطوف شود. در پایان تأکید می‌شود که باتوجه به حجم و اندازه نمونه نمی‌توان به سادگی و قاطعیت نتایج پژوهش را به سایر جوامع تعمیم داد. امید است که پژوهش‌های آینده بر غنای دانش ما در این گستره بیفزایند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۱/۰۸/۰۳

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۱/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۲/۰۴/۲۹

منابع

References

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روان، *مجله علوم روانشناختی*، ۶(۲۴)، ۳۷۳-۳۸۳.
- بیرامی، منصور؛ اقبالی، علی؛ قلی‌زاده، حسین (۱۳۹۱). تعامل عامل‌های شخصیتی با علایم افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در بین دانشجویان، *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۳(۱)، ۲۸-۳۳.
- تجر، جواد (۱۳۸۵). *روانشناسی شیوه‌های ارزشیابی شخصیت*، قم: انتشارات بهمن‌آرا.
- دارابی، حمید (۱۳۸۸). *روانشناسی شخصیت*، تهران: نشر آبیژ.
- رحیمیان‌بوگر، اصغر؛ نژادفرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خود‌تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده از زلزله شهر بم، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱): ۶۲-۷۰.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- ستوده، هدایت‌الله (۱۳۸۶). *آسیب‌شناسی اجتماعی*، تهران: آوای نور، چاپ هجدهم.
- شاگری، جلال؛ پرویزی‌فرد، علی‌اکبر؛ صادقی، خیرالله؛ مردای، رضا (۱۳۸۵). ویژگی‌های شخصیتی، استرس، شیوه‌های مقابله و نگرش‌های مذهبی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳۸۵؛ ۱۲(۳): ۲۴۴-۲۵۰.
- طلایی، علی؛ حجت، سید کاوه؛ فیاضی‌بردبار، سعادت‌نوب، زهره (۱۳۸۵). مشکلات روانشناختی و افکار خودکشی در دانشجویان مقاطع مختلف پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۹۲، ۱۹۸-۱۹۱.
- عسکری، سعید؛ زکی‌بی، علی و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی (نوروزگرایی، پسیکوزگرایی و برون‌گردی) و پایگاه مهارگری با آمادگی برای اعتیاد در میان دانشجویان پسر، *مجله علوم روانشناختی*، ۴۰(۱۰)، ۴۹۸-۴۸۵.
- فورتیناش، کاترین؛ هولودی، ورت، پاتریشا (۱۳۸۹). *اختلالات روانی و مراقبت‌های پرستاری*، (ترجمه الهه آشوری). چاپ اول. تهران: نشر کلام.

عاشوری، احمد؛ حبیبی عسگر آباد، مجتبی؛ ترکمن ملایری، مهدی؛ جوان اسماعیلی، علی (۱۳۸۸). رابطه بین افکار خودکشی و صفات شخصیتی در افراد معتاد، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۳، شماره ۲، ص: ۲۴۹-۲۵۵.

کاویانی، حسین و همکاران (۱۳۸۴). هنجاریابی و اعتبار سنجی فرم تجدیدنظر شده پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک در جمعیت ایرانی، *مجله روانشناسی و روانپزشکی بالینی ایران*، ۴۱، ۳۰۴-۳۱۱.

کرمی، جهانگیر (۱۳۹۱). بررسی عوامل موثر بر آسیب‌های اجتماعی در محلات حاشیه‌نشین (با تأکید بر محله دره دراز کرمانشاه)، طرح پژوهشی دانشگاه رازی کرمانشاه.

مای لی، ر. و ربرتو، ب. (۱۳۸۷). ساخت، پدیدآوری و تحول شخصیت، ترجمه محمود منصور، تهران: دانشگاه تهران.

محمدی، م.، جزایری، ع.، رفیعی، ا.، جوکار، ب.، پورشهباز، ع. (۱۳۸۶). بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر، *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱ (۲ و ۳).

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامه، برای اخذ درجه دکتری در رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

محمدزاده، علی؛ برجعلی، احمد (۱۳۸۶). پرسشنامه‌های صفات اسکیزوتایپی و شخصیت آیزنک، همگرایی و واگرایی دو دیدگاه روان‌پویشی، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، سال دهم شماره ۲: ۲۸-۲۱.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۷). *راهنمای مراقبت از بیماری‌های روان‌پزشکی بزرگسالان*، چاپ اول، کرمان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.

Barrero, S.A.P. (2008). Preventing Suicide: A Resource for the Family, *Annals of General Psychiatry*, 7, 1.

Conner, K.M. and Davidson, J.R.T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Conner -Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Depression and Anxiety 18.76-82.

Chioqueta AP, Stiles TC. (2005). Personality Traits and the Development of Depression, Hoplessness, and Suicide Ideation, *Personality and Individual Differences*, 38: 1283-1291.

Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy*, New York: Oxford University Press.

- Duberstein, P.R., Conwell, R., Seillitz, L., Denning, D.G., Cox, C., Caine ED. (2000). Personality Traits and Suicide Behavior and Ideation in Depressed Inpatients 50 Years of Age and Older, *J Gerontol*, 55: 18-26.
- Eysenk, H.J. (1998). *Dimensions of Personality*, New Brun Swick, NJ: Transaction.
- Eysenk, H. (1994a). The Bing Five or giant Three: Criteria for a Paradigm. In C.F. Halverson & G.A. Kohnstamm (Eds), *The Developing Structure of Temperament and Personality from Infancy to Adulthood* (pp. 37-51). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J.H., Hjemdal, O. (2005). Resilience in Relation to Personality and Intelligence, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14 (1), 29-42.
- Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. (2003). Vulnerability and Resiliency to Suicidal Behaviors in Young People, *Psychosom Med*, 33:61-73.
- Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Kay W, Austin MP. (2004). Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways from Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-harm and Revictimization, *Am J Psychol*, 161:1417-25.
- Hoyert, D.L; Kochanek, K.D.; Murphy S.L. (2004). Final Data for 2002, *National Vital Statics Reports*, 53-55.
- Middlemiss, Wendy. (2005). Prevention and Intervention: Using Resiliency-Based MultiSetting Approaches and a Process-Orientation, *Child and Adolescent Social Work Journal*, Vol. 22, No.1.
- Norris, F.H., Stevens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, K.F. & Pfefferbaum, R.L. (2008). Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness, *American Journal of Community Psychology*, 41, 127-150.
- Sher L, Oquendo MA, Man JJ. (2006). Risk of Suicide in Mood Disorders, *Journal of Adolescent Health*, 39: 105-120.
- Kerby, DS. (2003). CART Analysis with Unit-weighted Regression to Predict Suicidal Ideation from Big Five Traits, *Journal of Personality and Individual Differences*, 35(2): 249-261.

- Richard, A., Gruzza, T., Thomas, R., Przybeck, C., Cloninger, R. (2005). Personality as a Mediator of Demographic Risk Factors for Suicide Attempts in a Community Sample, *Comprehensive Psychiatry*, 46: 214-22.
- Renaud J., Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. (2008). Current Psychiatric Morbidity, Aggression/impulsivity and Personality Dimensions in Child and Adolescent Suicide: A Case-control Study, *J Affect Disord*, 105 (1-3): 221-8.
- Useda JD, Duberstein PR, Conner KR, Conwell Y. (2004). Personality and Attempted Suicide in Depressed Adults 50 Years of Age and Older: A Facet Level Analysis, *Compr Psychiatry*, 45(5): 353-61.
- Yen S, Maria E, Pagono M, Tracie S, Carlos M. (2005). Recent Life Events Preceding Suicide Attempts in a Personality Disorder Sample: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87: 153-202.
- Velting DW. (1999). Suicidal Ideation and the Five Factor Model of Personality, *Personality and Individual Differences*, 27: 943-952.

آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی دانشجویی

شهرام محمدخانی^۱نیلوفر السادات سیدپورمند^۲حمیدرضا حسن‌آبادی^۳

چکیده

مطالعات انجام شده بر روی جمعیت دانشجویی دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، آزمون تجربی روابط ساختاری بین متغیرهای نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و افسردگی بر اساس مدل مفهومی ولز و متیوز (۱۹۹۴) در جمعیت غیربالینی دانشجویی بود. چهار صد و یک دانشجوی دختر و پسر (با میانگین سنی ۲۱/۰۱ سال و انحراف استاندارد ۱/۹۶) به مقیاس باورهای فراشناختی مثبت و منفی، پرسشنامه‌های نشخوار فکری و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. بررسی شاخص‌های برازش مدل نشان داد که مدل فراشناختی افسردگی و نشخوار در این جمعیت غیربالینی از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است. با این حال، روابط بین مؤلفه‌های مدل در جمعیت غیربالینی اندکی با جمعیت بالینی متفاوت است. در جمعیت غیربالینی، نشخوار فکری هم به صورت مستقیم و غیرمستقیم با افسردگی ارتباط دارد، برعکس جمعیت بالینی که نشخوار فکری فقط از طریق باورهای فراشناختی منفی بر افسردگی اثر می‌گذارد. همچنین نتایج نشان دادند که در جمعیت غیربالینی، نشخوار فکری فقط از طریق فعال‌سازی باورهای فراشناختی منفی مربوط به کنترل‌ناپذیری و آسیب و نه باورهای منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی، منجر به علائم افسردگی می‌شود. مدل فراشناختی می‌تواند تبیین مناسبی را برای افسردگی در جمعیت غیربالینی فراهم آورد.

واژگان کلیدی: نشانگان افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی، مدلیابی معادلات ساختاری.

۱ - عضو هیأت علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی
Gmail:sh.moahmmadkhani@gmail.com

۲ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

۳ - عضو هیأت علمی گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی

افسردگی یکی از اختلال‌های رایج و مهم در عصر حاضر است و به‌عنوان شایع‌ترین اختلال بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری را برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها به بار می‌آورد. تحقیقات نشان می‌دهد نزدیک به ۷۵٪ افرادی که در مؤسسات درمانی بستری می‌شوند، دچار افسردگی هستند (براون و هریس، ۱۹۹۳). سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهانی خواهد بود (کنی و ویلیامز، ۲۰۰۷). آمارهای همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف نیز حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. مطالعات، میزان شیوع افسردگی بالینی را در ایران بیشتر از کشورهای دیگر نشان می‌دهد (کاویانی، احمدی ابهری، نظری و هرمزی، ۱۳۸۱). مطالعات انجام شده بر روی گروه‌های دانشجویی کشورمان نیز دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد حدود ۷۸٪ از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. از این میان شدت علائم در ۴۶٪ از دانشجویان به گونه‌ای است که آن‌ها را نیازمند به بعضی کمک‌های تخصصی می‌کند (امینی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش دیگری، میزان شیوع اختلال افسردگی در دانشجویان ۱۴/۵٪ گزارش شده است (ضیایی، معین الغریابی و مالکی نژاد، ۱۳۸۰).

رویکردهای مختلفی در زمینه فهم و تبیین اختلال افسردگی مطرح شده‌اند که از این میان می‌توان به رویکرد شناختی اشاره کرد که طی ۴۰ سال گذشته درک خوبی از تأثیر شناخت بر بهزیستی روان‌شناختی فراهم آورده است. رویکردهای شناختی بر این فرض استوار است که پاسخ‌های هیجانی به واسطه تعبیر و تفسیرهای منفی از تجارب شکل می‌گیرد.

برای مثال، نظریه شناختی بک با تأکید بر تأثیر باورهای منفی بر خلق و رفتار (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴) تبیین مفید بالینی و غنی در مورد اختلال‌های هیجانی نظیر افسردگی در اختیار ما قرار می‌دهد. به هر حال اگر چه مدل افسردگی بک با معرفی مثلث شناختی در تولید عقاید منفی، شروع، توسعه و تداوم خلق افسرده را تبیین کرد

(کوچرن و رابینوویتز، ۲۰۰۰)؛ اما مشکلات این نظریه شناختی کلاسیک توسط چندین نظریه‌پرداز مورد توجه قرار گرفته است.

به عنوان مثال، تیزدل و برنارد (۱۹۹۳) چهار مشکل را برای نظریه شناختی مطرح می‌کنند و شواهدی ارائه می‌نمایند که نشان می‌دهند: (۱) افکار منفی ممکن است بیش از آن که پیشایند افسردگی باشند، پیامد افسردگی باشند؛ (۲) نگرش‌های ناکارآمدی که در خلال دوره‌های افسردگی افزایش می‌یابند پس از بهبودی به حالت طبیعی بازمی‌گردند؛ (۳) این مدل فقط با یک سطح شناخت سر و کار دارد؛ و (۴) مدل شناختی بین باورهای سرد و گرم (هیجان و منطق) تمایز قائل نمی‌شود.

طی ۲۰ سال گذشته نظریه رو به رشدی شکل گرفته است که تاکید می‌کند شناخت کافی نیست (میک پاور، ۲۰۱۰) و باورهای منفی الزاماً به الگوهای تفکر مختل و تداوم ناراحتی هیجانی منجر نمی‌شوند (ولز، ۲۰۰۹). در همین راستا، طی دو دهه گذشته درمان فراشناختی مطرح شد که به انقلابی در درمان اختلالات هیجانی منجر گردید. این نظریه معتقد است که به جای محتوای شناخت باید به فرایندهای شناختی مشکل‌ساز و فراشناخت‌ها پرداخت که پردازش محتوا را بر عهده دارند. در واقع، آنچه هیجان و نحوه کنترل آن را تعیین می‌کند نه چیستی افکار فرد، بلکه چگونگی تفکر و پاسخ وی به افکار منفی خودش است (ولز، ۲۰۰۹).

اصل بنیادین مدل فراشناختی آن است که اختلال روانشناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی- توجهی مرتبط است. در بسیاری از افراد، دوره‌های هیجانی و ارزیابی منفی (مانند غمگینی، اضطراب، خشم، احساس بی‌ارزشی) منفرد و گذرا هستند. با این وجود، سندرم شناختی- توجهی اثراتی دارد که افراد را در اختلال‌های بلندمدت و مکرر گرفتار می‌سازد. سندرم شناختی- توجهی، شامل پردازش مفهومی افراطی به صورت نگرانی و نشخوار فکری است. این فرایندها زنجیره‌های طولانی از افکار عمدتاً کلامی هستند که در آن شخص تلاش می‌کند به سؤال‌هایی درباره معنای رویدادها (مانند «چرا من چنین احساسی دارم») پاسخ دهد

(نولن-هوکسیما، ۱۹۹۱). نشخوار فکری، خصیصه محوری سندرم شناختی- توجهی در افسردگی است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه فقدان، فعال می‌شود. این سندرم از طریق تداوم بخشیدن به غمگینی و باورهای منفی شده به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود (ولز، ۲۰۰۹؛ تیزدل و برنارد، ۱۹۹۳). به همین دلیل مدل فراشناختی اختلال افسردگی اساسی^۱ (MDD)، بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرایند ناسازگارانه تمرکز می‌کند.

مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش (S-REF)، یک مدل پردازش اطلاعات عمومی و فراشناختی است که بیان می‌کند افرادی که از نظر هیجانی آسیب‌پذیرند درگیر تفکر نشخواری می‌شوند که در زیربنای آن باورهای فراشناختی مرتبط با عملکرد و پیامدهایش وجود دارند. در این مدل نشخوار فکری هم به صورت مستقیم با آسیب هیجانی (مثلاً با طولانی کردن آن) و هم به صورت غیرمستقیم از طریق باورهای فراشناختی منفی (مثلاً با افزایش ارزیابی تهدید در افکار و هیجانات) دخالت دارد. هم چنین باورهای فراشناختی مثبت (مثلاً نشخوار فکری برای مقابله با مسائل به من کمک می‌کند) که تفکر منفی تکرارشونده و باورهای فراشناختی منفی (مثلاً هیچ کنترلی بر روی افکارم ندارم) را فعال و ادامه می‌دهند، نیز نقش مهمی در ارتباط بین افکار منفی تکرارشونده و اختلالات هیجانی دارند (ولز و متیوز، ۱۹۹۴).

پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، ۲۰۰۴) بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش (ولز و متیوز، ۱۹۹۴) مدل فراشناختی بالینی نشخوار فکری و افسردگی را مطرح کردند. بر اساس این مدل، در پی یک برانگیزاننده خاص (مثل فکر یا تصویر منفی، خاطره فقدان یا شکست) باورهای فراشناختی مثبت درباره مزایا و منافع نشخوار فکری فرد را برمی‌انگیزاند تا درگیر نشخوار فکری شود، افراد افسرده ممکن است باور داشته باشند که نشخوار فکری درباره افسردگی به آن‌ها کمک می‌کند تا شکست‌ها و اشتباهات گذشته را درک کند. زمانی که نشخوار فکری فعال شد، عقاید و اثرات منفی گسترش می‌یابد و به

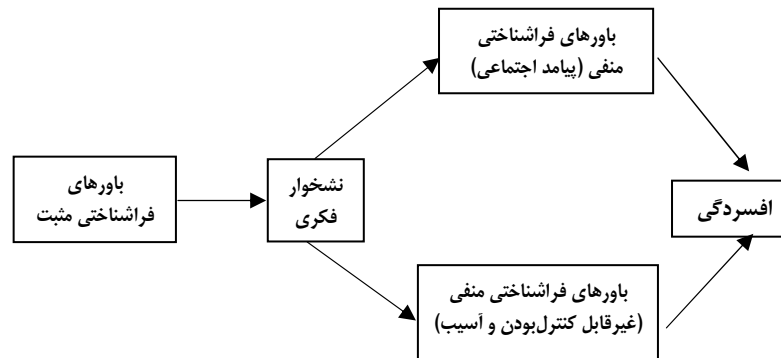
1- major depressive disorder

عنوان نتیجه آن و دیگر پیامدهای منفی مرتبط با این فرآیند، فرد نشخوار فکری را مضر و غیرقابل کنترل ارزیابی می‌کند (باورهای منفی یک: «غیرممکن است درباره حادثه بدی که اتفاق افتاده، نشخوار فکری نکنم») و احتمال دارد پیامدهای بین فردی و اجتماعی نیز به وجود آورد (باورهای منفی دو: «ممکن است وقتی همه بفهمند چقدر راجع به خود نشخوار فکری می‌کنم، طردم کنند»). این فراشناخت‌های منفی منجر به افکار منفی شده و باعث از دست رفتن کنترل ذهنی مناسب فرایندها می‌شود و فرد دچار افسردگی می‌گردد؛ بنابراین، این مدل تأکید می‌کند که فعال‌سازی باورهای منفی درباره نشخوار فکری، در افسردگی سهیم است.

مطالعات اخیر از مدل فراشناختی افسردگی در جمعیت بالینی حمایت می‌کنند (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ رولوفس و همکاران، ۲۰۰۷؛ ولز و متیوز، ۱۹۹۴). با این حال در خصوص کاربرد مدل فراشناختی در مورد جمعیت غیر بالینی یافته‌های پژوهشی متناقض هستند و تفاوت‌هایی در مورد مفروضه‌ها و مسیرهای علی بین متغیرهای مدل وجود دارد. با توجه به این که افسردگی غیربالینی پدیده شایعی است، ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی در جمعیت غیر بالینی می‌تواند راه را برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه باز نموده و مبنای مداخلات علمی برای کاهش آسیب‌پذیری شناختی و فراشناختی شود (ولز، ۲۰۰۹). با توجه به اهمیت بالینی دیدگاه فراشناختی در تبیین و درمان افسردگی (دونالدسون^۲ و متیوز، ۲۰۰۷؛ رولوفس^۳ و پاپاجورجیو، ۲۰۰۷) پژوهش حاضر به منظور ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴) در جمعیت غیربالینی انجام شد. در پژوهش حاضر نقش مستقیم و غیرمستقیم باورهای فراشناختی مثبت و منفی و فرایند نشخوار فکری در قالب یک مدل مفهومی (شکل ۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. سؤالی اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا مدل پیشنهادی درباره روابط مستقیم و غیرمستقیم باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و افسردگی با داده‌های تجربی حاصل از جمعیت غیربالینی دانشجویی برازش دارد؟

1- Matthews
3- Roelofs

2- Donaldson



شکل (۱) مدل مفهومی فراشناختی افسردگی و نشخوار فکری اقتباس از ولز و متیوز، ۱۹۹۴

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های شهر تبریز تشکیل می‌داند که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام گرفت به این ترتیب که از بین دانشگاه‌های شهر تبریز سه دانشگاه به طور تصادفی انتخاب شدند. از این دانشگاه‌ها، دانشکده‌های مختلف و از هر دانشکده دو کلاس درس به صورت تصادفی انتخاب شدند و افراد هر کلاس به پرسشنامه پاسخ دادند. نمونه اولیه شامل ۴۵۳ نفر بود. با توجه به این که هدف پژوهش حاضر آزمون مدل فراشناختی افسردگی در جمعیت غیربالینی بود، پس از بررسی توزیع پراکندگی نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-2) افرادی که شدت علائم افسردگی‌شان شدید و در حد بالینی بود (نمره بالای ۳۳ در پرسشنامه افسردگی بک) و نیز افرادی که نمرات آن‌ها صفر بود که احتمالاً نشان‌دهنده مقاومت بود، از نمونه مورد مطالعه حذف شدند؛ بنابراین نمونه به ۴۰۱ نفر تقلیل یافت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.16 و Lisrel 8.54 برای مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که به منظور سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، اپستاین، براون و استیر، ۱۹۸۸). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است. پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ آیتم است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد. فتی (۱۳۸۲) در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱؛ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر اعتبار همسانی درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه نشخوار فکری (RSQ): به منظور ارزیابی نشخوار فکری، از پرسشنامه سبک پاسخ^۱ (نولن- هوکسیما، لارسن و گریسون، ۱۹۹۹) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۲ گویه است که گویه‌های آن بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً «هرگز» تا ۴ تقریباً «همیشه») نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل نشخوار ذهنی نیز از طریق جمع همه گویه‌ها محاسبه شد. گویه‌های این مقیاس متمرکز بر معنی و احساس‌های مرتبط با خلق افسرده، علائم، پیامدها و علل خلق افسرده هستند. تحلیل عاملی این پرسشنامه به دو خرده‌مقیاس منجر شده است که همسانی درونی قابل‌قبولی دارند (۰/۷۷ = در فکر فرو رفتن^۲، ۰/۷۱ = تعمق^۳) (میراندا و نولن- هوکسیما، ۲۰۰۷). روایی ملاکی از نوع پیش بین این مقیاس در جامعه ایران برای افسردگی ۰/۷۹ و برای اضطراب ۰/۵۶ به دست آمده است (باقری‌نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی، ۱۳۸۹). اعتبار همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گسترده است که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای این گویه‌ها مقیاس است (نولن- هوکسیما، لارسن و گریسون، ۱۹۹۹؛ نولن- هوکسیما و مورو، ۱۹۹۱؛ نولن- هوکسیما، پارکر و لارسن، ۱۹۹۴). در مطالعه کاون

1- Response Style Questionnaire
3- Reflection

2- Brooding

و السون (۲۰۰۷) نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده به ترتیب برای در فکر فرو رفتن و تعمق ۰/۷۸ و ۰/۶۶ گزارش شده است (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر، اعتبار همسانی درونی عامل اول (تمرکز بر علائم و خود سرزنشی) ۰/۷۹ و عامل دوم (تعمق و تحلیل) ۰/۶۹ به دست آمد.

مقیاس باورهای مثبت درباره نشخوار فکری (PBRs): مقیاس باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری یک آزمون ۹ ماده‌ای است که توسط پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱) به منظور سنجش باورهای فراشناختی مثبت درباره نشخوار فکری (به عنوان مثال، «نشخوار فکری درباره گذشته به من کمک می‌کند تا از اشتباهات و شکست‌های آتی جلوگیری کنم») ساخته شده است. هر گویه بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از (۱=موافق نیستم) تا (۴=کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس باورهای منفی درباره نشخوار فکری (NBRs): مقیاس باورهای منفی درباره نشخوار فکری یک مقیاس ۱۳ گویه‌ای است که توسط پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱) به منظور سنجش باورهای فراشناختی منفی درباره نشخوار فکری ساخته شده است. هر گویه بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از (۱=موافق نیستم) تا (۴=کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس شامل دو خرده‌مقیاس کنترل‌ناپذیری و آسیب نشخوار فکری (برای مثال، «نشخوار فکری درباره مشکلاتم، غیرقابل کنترل است»، «نشخوار فکری باعث بیماری من می‌شود») و پیامدهای اجتماعی و بین فردی نشخوار فکری است (برای مثال، «اگر دیگران می‌دانستند که چقدر درباره خودم نشخوار می‌کنم، مرا طرد می‌کردند»، «فقط افراد ضعیف نشخوار می‌کنند») هست. پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱) اعتبار همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر اعتبار همسانی درونی عامل غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری ۰/۷۹ و عامل پیامدهای اجتماعی نشخوار ۰/۷۱ به دست آمد.

شیوه اجرا

به منظور اجرای طرح پس از انتخاب نمونه مورد مطالعه و آماده‌سازی پرسشنامه‌ها، با

هماهنگی مسئولان دانشگاه‌های مربوطه ابرازهای پژوهش به صورت گروهی بر روی دانشجویان منتخب اجرا گردید. به منظور جلب همکاری دانشجویان بر حفظ محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه‌های آنان تأکید شد. برای تکمیل پرسشنامه‌ها با هماهنگی اساتید در پایان کلاس درس استادانی که کلاسشان به عنوان نمونه انتخاب گردید، دانشجویان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. چهارصد و پنجاه و سه نفر از دانشجویان دانشگاه‌ها در این پژوهش شرکت کرده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. متوسط مدت زمان پاسخ‌دهی کل دفترچه پرسشنامه حدود ۳۰ دقیقه طول کشید. به منظور عدم تأثیرگذاری ترتیب پاسخ‌دهی پرسشنامه بر یکدیگر، ترتیب اجرای چهار پرسشنامه به گونه تصادفی در هر کلاس تعیین شد. با توجه به اجرای پژوهش در جمعیت غیربالینی، نقطه برش برای آزمون افسردگی بک تعیین گردید به این صورت که نمرات بالای ۳۱ و نمرات صفر از مجموعه به منظور معرفی بهتر جامعه، حذف گردید و نمونه به حدود چهارصد و یک نفر تقلیل گردید.

نتایج

جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه را بر حسب جنسیت، دانشگاه محل تحصیل و دوره تحصیلی شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود ۵۵ درصد نمونه مورد مطالعه را زنان و ۴۵ درصد را مردان تشکیل می‌دادند.

جدول (۱) اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۲۲۳	۵۵
مرد	۱۷۸	۴۵
دانشگاه محل تحصیل		
دانشگاه تبریز	۸۳	۲۱
دانشگاه آزاد تبریز	۱۲۴	۳۱
دانشگاه صنعتی سهند	۱۹۴	۴۸
دوره تحصیلی		
کارشناسی	۴	۹۹
کارشناسی ارشد	۳۹۷	۱
سن شرکت‌کنندگان	M=۲۱/۰۱ SD=۱/۹۶	

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای مورد بررسی را نشان می‌دهد. میانگین شدت علائم افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ۱۳/۶ با انحراف معیار ۷/۸ بود که حالی از غیربالینی بودن نمونه مورد مطالعه است.

ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که متغیر باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن نشخوار فکری رابطه مثبت و معناداری با افسردگی دارد ($r=0/39$)؛ اما رابطه باورهای منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی با افسردگی معنادار نیست ($r=0/20$) ولی با باورهای منفی مربوط به غیرقابل کنترل بودن معنادار است ($r=0/28$) رابطه نشخوار فکری با افسردگی و باورهای منفی درباره غیرقابل کنترل بودن معنادار بوده و ضریب همبستگی آن‌ها به ترتیب ۰/۳۷ و ۰/۴۳ هست درحالی‌که با باورهای منفی درباره پیامدهای اجتماعی رابطه معناداری نداشته و ضریب آن در حدود ۰/۱۹ هست و در نهایت رابطه باورهای مثبت با افسردگی و باورهای منفی درباره غیرقابل کنترل بودن به صورت غیرمستقیم با ضرایب همبستگی ۰/۱۲ و ۰/۱۴ و با نشخوار فکری به صورت مستقیم با ضرب همبستگی ۰/۳۲ معنادار است، اما با باورهای منفی درباره پیامدهای اجتماعی معنادار نبوده و ضریب آن ۰/۰۶ است.

جدول (۲) میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵
۱. افسردگی	۱۳/۵۹	۷/۸۸	۱			
۲. باورهای منفی درباره نشخوار (پیامد اجتماعی)	۸/۴۹	۲/۸۱	۰/۳۹	۱		
۳. باورهای منفی درباره نشخوار (غیرقابل کنترل بودن)	۱۸/۱۲	۴/۸۵	۰/۲۰	۰/۲۸	۱	
۴. نشخوار فکری	۶۹/۶۴	۱۰/۵۳	۰/۳۷	۰/۴۳	۰/۱۹	۱
۵. باورهای مثبت	۲۰/۰۹	۵/۴۱	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۳۲

سنجش برازش مدل

به منظور ارزیابی برازش کلی مدل مورد مطالعه از روش تحلیل مسیر استفاده شد که با

استفاده از نرم‌افزار لیزرل (نسخه ۸/۵۴) انجام شد. مدل یابی معادلات ساختاری^۱ یک تکنیک تحلیل چندمتغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چندمتغیری و به بیان دقیق‌تر بسط مدل خطی کلی^۲ است که به پژوهشگر امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به گونه هم‌زمان مورد آزمون قرار دهد. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط متغیرهای مشاهده شده و مکنون است که گاه تحلیل ساختاری کوواریانس، مدل یابی علی و گاه نیز لیزرل (Lisrel) نامیده شده است (هومن، ۱۳۸۴). برای تعیین برازش کلی مدل در این روش از چند شاخص استفاده شد که عبارتند از: مجذور خی (χ^2): وقتی حجم گروه نمونه برابر با ۷۵ تا ۲۰۰ باشد، مقدار مجذور کای یک اندازه معقول برای برازندگی است؛ اما برای مدل‌های با n بزرگ‌تر، مجذور کای تقریباً همیشه از لحاظ آماری معنادار است.

ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA): این اندازه که به صورت اعشاری گزارش می‌شود مبتنی بر پارامتر غیرمرکزی است. اگر χ^2 کوچک‌تر از درجه آزادی (df)، باشد، RMSEA برابر با صفر به دست می‌آید. این شاخص برای مدل‌های خوب برابر با ۰/۰۵ یا کمتر است. مدل‌های که RMSEA آن‌ها ۰/۱۰ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارند. برای این شاخص می‌توان فاصله اعتماد محاسبه کرد. ایده‌آل آن است که حد پایین فاصله اعتماد به صفر نزدیک باشد و حد بالایی آن خیلی بزرگ نباشد (هومن، ۱۳۸۴).

شاخص نیکوئی برازش (GFI): این اندازه تحت تأثیر حجم نمونه است و می‌تواند برای مدل‌هایی که به گونه ضعیفی فرمول‌بندی شده‌اند، بزرگ باشد. کمیت این شاخص از صفر تا یک، متغیر است. اندازه یک، نشانه برازندگی کامل داده‌ها با الگو و صفر نشانه عدم برازندگی است. هر چه این مقدار به یک نزدیک‌تر باشد نیکوئی برازش الگو بیشتر است. هر چند از میان شاخص‌های بالا، به‌طور کلی، RMSEA به عنوان یک شاخص مطلوب در نظر گرفته می‌شود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل آزمون شده را خلاصه کرده است.

1- SEM:Structuralequation modeling

2- General linear model

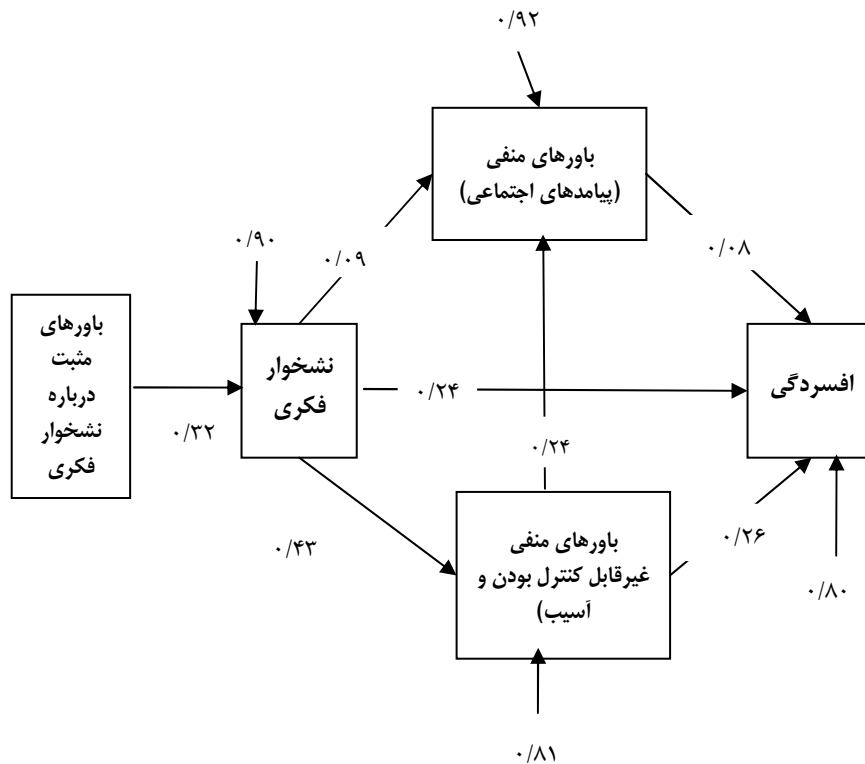
جدول (۳) شاخص‌های کلی برازش

IFI	CFI	NFI	SRMR	GFI	RMSEA	df	X ²
۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۰۸	۰/۹۵	۰/۱۹	۳	۴۷/۵۲ (p=۰/۰۰۱)

همان‌طور که مشاهده می‌شود GFI به دست آمده در این پژوهش معادل ۰/۹۵ هست و این مقدار برابر با مقدار ملاک (بالتر از ۰/۹) است؛ بنابراین طبق این شاخص می‌توان نتیجه گرفت که مدل دارای برازش مطلوبی است. مقدار شاخص NFI در این مدل ۰/۸۷ است و چون این مقدار نزدیک به ۰/۹ است نشان‌دهنده برازش قابل قبول و متوسط مدل با داده‌هاست. مقدار شاخص CFI برای داده‌های مدل، ۰/۸۷ است و به‌طور قراردادی مقرر است که شاخص CFI باید بیش از مقدار ۰/۹ باشد. چون مقدار به دست آمده نزدیک به ۰/۹ است می‌تواند نشان‌دهنده برازش قابل قبول و متوسط مدل باشد. شاخص برازندگی افزایشی بدست آمده برای مدل برابر ۰/۸۸ است و چون نزدیک به مقدار ملاک ۰/۹ است، پس می‌توان برازش این مدل را نیز با استفاده از این شاخص پذیرفت. ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب مبتنی بر پارامتر غیرمرکزی است. از آنجایی که RMSEA به دست آمده (۰/۱۹) از مقدار ملاک ۰/۱ بیشتر است، این مقدار می‌تواند نشان‌دهنده برازش نامناسب مدل در این شاخص باشد. در کل با توجه به شاخص‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که مدل آزمون شده از برازش متوسط به بالا برخوردار است.

شکل ۲ مدل نهایی و اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای نهفته پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس این مدل می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نشخوار فکری از سه مسیر باورهای فراشناختی منفی (پیامد اجتماعی و باورهای غیرقابل کنترل بودن) به صورت غیرمستقیم و نیز به صورت مستقیم بر افسردگی تأثیر می‌گذارد؛ اما مسیر نشخوار فکری از طریق باورهای فراشناختی منفی (پیامدهای اجتماعی) معنادار نیست اما در دو مسیر دیگر این ارتباط در سطح ۰/۰۵ معنادار است. باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) به صورت مستقیم با افسردگی مرتبط است و این ارتباط معنادار است، اما ارتباط باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) با افسردگی معنادار نیست و به نظر می‌رسد این متغیرها نمی‌توانند باعث ایجاد افسردگی از این مسیر شوند. باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) نیز با باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) ارتباط معنادار دارد. رابطه بین باورهای مثبت

درباره نشخوار فکری با افسردگی، باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) و نشخوار فکری به صورت کلی در سطح $0/05$ معنادار است اما با باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) معنادار نیست بنابراین می‌شود گفت که این متغیر برون‌زا به صورت کلی بر تمام متغیرهای درون‌زا به غیر از باورهای منفی (پیامد اجتماعی) تأثیر دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تمام متغیرهای درون‌زا به صورت کلی بر یکدیگر رابطه مثبت و معنادار در سطح $0/05$ دارند به غیر از رابطه باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) با افسردگی که معنادار نیست.



شکل (۲) ضرایب استاندارد مدل نهایی پژوهش

اثرات غیرمستقیم باورهای مثبت درباره نشخوار فکری با افسردگی و باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) در سطح ۰/۰۵ معنادار است اما با باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) معنادار نیست. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ارتباط متغیرهای درون‌زا با یکدیگر به غیر از ارتباط غیرمستقیم باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) و افسردگی که معنادار نیست، معنادار است.

با توجه به مدل ارائه شده می‌توان نتیجه گرفت که باورهای مثبت درباره نشخوار فکری ارتباط معنادار با نشخوار فکری دارد و این به این معناست که این باورها می‌توانند نشخوار فکری را راه‌اندازی نمایند. سپس نشخوار فکری به نوبه خود باعث فعال‌سازی باورهای منفی درباره نشخوار فکری می‌شود. این باورها که شامل دو دسته هستند (باورهای مربوط به پیامد اجتماعی و باورهای مربوط به غیرقابل کنترل بودن نشخوار فکری) در جمعیت غیر بالینی فقط یکی از آن‌ها (باورهای مربوط به غیرقابل کنترل بودن) فعال شده و رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. دسته دوم یعنی کدام این باورها رابطه معناداری با نشخوار فکری ندارد. همچنین نشخوار فکری در جمعیت غیر بالینی به صورت مستقیم با افسردگی در ارتباط است و این بدان معنی است که در این جمعیت نشخوار فکری به تنهایی نیز باعث ایجاد علائم افسردگی می‌شود. مسیر باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) نیز به افسردگی معنادار است برعکس باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) که معنادار نیست یعنی در جمعیت غیر بالینی افسردگی از این مسیر ایجاد نمی‌شود و مسیر باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) به سمت باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) نیز معنادار است و این به آن معناست که باورهای دسته اول روی باورهای دسته دوم نیز تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین در مدل فراشناختی کلی افسردگی و نشخوار فکری تغییراتی ایجاد گردید تا روند ایجاد افسردگی در جمعیت غیر بالینی بهتر توجیه شود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، ۲۰۰۴)

در جمعیت غیربالینی انجام شد. بر اساس این مدل، بین باورهای فراشناختی مثبت، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی منفی و علائم افسردگی ارتباط مستقیم و غیرمستقیم وجود دارد. پژوهش‌ها نشان دادند که باورهای فراشناختی مثبت از طریق نشخوار فکری به صورت غیرمستقیم با علائم افسردگی در ارتباط است، نشخوار فکری نیز به نوبه خود هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با علائم افسردگی رابطه دارد. در مسیر غیرمستقیم رابطه بین نشخوار فکری و علائم افسردگی توسط باورهای فراشناختی منفی که شامل باورهای منفی مرتبط با غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری و باورهای منفی مرتبط با پیامدهای اجتماعی نشخوار فکری است، میانجی‌گری می‌شود. این مدل بر مبنای یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱a، ۲۰۰۱b، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹) استوار است که این مدل را در جمعیت بالینی آزمودند. بر اساس مدل به دست آمده از جمعیت غیربالینی در پژوهش حاضر، باورهای فراشناختی مثبت با نشخوار فکری رابطه معنادار دارند و موجب گرایش به نشخوار فکری در فرد می‌شوند و آن نیز به نوبه خود به صورت مستقیم با علائم افسردگی مرتبط است، این یافته بسیار مشابه با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) و رولوفس (۲۰۰۷) است. با افزایش نشخوار فکری باورهای منفی در مورد نشخوار نیز گسترش می‌یابد اما فقط یک نوع از باورهای منفی (باورهای مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) و نه دیگری، ارتباط بین نشخوار فکری و علائم افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. این یافته متناقض با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) است که اظهار می‌داشتند میانجی‌گری ارتباط نشخوار فکری و افسردگی فقط توسط باورهای منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی صورت می‌گیرد؛ اما کاملاً با یافته‌های رولوفس (۲۰۰۷) که ارتباط بین نشخوار فکری و علائم افسردگی را از طریق باورهای منفی (مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) می‌داند، مشابه است.

یافته‌های پژوهش حاضر در مورد نشانگان افسردگی در جمعیت غیربالینی، هماهنگ با مدل نظری کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش اختلالات هیجانی (S-REF) ولز و متیوز (۱۹۹۴) است و همسو با نتایج مطالعات قبلی پیشین پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، ۲۰۰۴) و

رولوفس (۲۰۰۷) که این مدل را در جمعیت غیربالینی ارزیابی کرده بودند، است. پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی را در نمونه بالینی بزرگی مورد ارزیابی قرار دادند و اعتبار آن را در نمونه غیربالینی با استفاده از مدل معادلات ساختاری بررسی کردند. در این پژوهش فرضیه‌های مرکزی مدل مذکور تأیید گردید، اما نتایج نشان داد که مسیر جدیدی باید اضافه شده و مسیر دیگری حذف شود تا به مدلی خوب و متناسب در جمعیت غیربالینی رسید؛ به عبارت دیگر، در جمعیت غیربالینی نشخوار فکری هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق باورهای فراشناختی منفی، منجر به علائم افسردگی می‌شود؛ و باورهای فراشناختی منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی و نه باورهای مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن، رابطه بین نشخوار فکری و نشانگان افسردگی را میانجی‌گری می‌کنند. این نتایج تا حدی با یافته‌های رولوفس (۲۰۰۷) در جمعیت غیربالینی مشابه و از جهاتی با آن تفاوت دارد. شباهت آن در ارتباط مستقیم نشخوار فکری با افسردگی بود ولی تفاوت آن در ماهیت باورهای فراشناختی منفی بود که در این پژوهش باورهای منفی مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن، رابطه بین نشخوار فکری و نشانگان افسردگی را میانجی‌گری می‌کرد.

بر اساس داده‌های به دست آمده و مدل نهایی ارزیابی شده با استفاده از روش تحلیل مسیر در این پژوهش و با توجه به باورهای فراشناختی مثبت رابطه معنادار و غیرمستقیم با علائم افسردگی از طریق نشخوار فکری دارند و این نشان‌دهنده این مسئله است که نشخوار فکری رابط بین باورهای فراشناختی مثبت و علائم افسردگی است و این یافته با یافته‌های ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۳) و رولوفس (۲۰۰۷) مطابق است که مطرح کردند در جمعیت غیربالینی برای کاربرد بهتر مدل یک مسیر جدید (مسیر مستقیمی از نشخوار فکری به افسردگی) باید اضافه شود و این مسیر رابطه بین باورهای فراشناختی مثبت و علائم افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. همچنین این یافته‌ها بر پایه نظریه عملکرد اجرایی خود نظم بخش ولز و متیوز (۱۹۹۴، ۱۹۹۶) است که مطرح می‌کنند باورهای فرا

شناختی مثبت درباره فواید نشخوار فکری، نقش مؤثری در تداوم اختلال دارند؛ به عبارت دیگر، آنچه نشخوار فکری را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در برابر حوادث فعال می‌کند، تقابل باورهای فرا شناختی مثبت و منفی است؛ بنابراین در مدل (S-REF) افکار نشخواری توسط باورهای فراشناختی که نظارت بر پردازش اطلاعات را به عهده دارند حمایت می‌شود. چنین باورهایی از نشخوار فکری به عنوان روش خود تنظیمی و مقابله حمایت می‌نمایند، به این معنا که اگر فردی با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، خلق افسرده را تجربه کند، قادر است نشخوار فکری را به عنوان راهبرد مقابله‌ای به منظور تنظیم خلق، به کار بگیرد. با این حال نشخوار فکری شامل اطلاعات کمی برای بهبود بخشیدن به تجارب عاطفی منفی است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱) و درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره علائم افسردگی باعث تداوم آن‌ها می‌گردد. این تلاش افراد به صورت نشخوارهای ذهنی درآمد و نه تنها از بار این علائم افسردگی نمی‌کاهد بلکه باعث تشدید آن‌ها می‌گردد (واتکینز و تیزدل، ۲۰۰۱)؛ بنابراین پاسخ‌های نشخواری نقطه مقابل حل مسئله مؤثر و ساختار یافته است و مانع بروز رفتارهای مؤثری می‌شود که می‌توانند باعث برطرف شدن علائم افسردگی شوند (نولن-هوکسما، مارو^۱ و فردریکسون^۲، ۱۹۹۳). از این رو علائم افسردگی را شدت و تداوم می‌بخشند؛ بنابراین بر مبنای یافته‌ها و با تکیه بر بنیان‌های نظری زیربنایی، می‌توان نتیجه گرفت که باورهای فراشناختی مثبت از طریق فعال‌سازی نشخوار فکری به صورت غیرمستقیم با علائم افسردگی مرتبط است به عبارت دیگر نشخوار فکری، ارتباط بین باورهای فراشناختی مثبت و علائم افسردگی را میانجی‌گری می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر از طریق روش تحلیل مسیر، نشان می‌دهد که نشخوار فکری باعث فعال‌سازی باورهای فراشناختی منفی می‌شود و از این طریق باعث ایجاد علائم افسردگی می‌گردد؛ اما با توجه به یافته‌ها فقط یکی از این مسیرها معنادار است. به

1- Morrow

2- Fredrikson

بیان دیگر، نشخوار فکری با فعال کردن باورهای فراشناختی منفی نوع یک (باورهای مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) منجر به علائم افسردگی می‌شود اما رابطه آن با باورهای فراشناختی منفی نوع دو (باورهای مربوط به پیامدهای اجتماعی) معنادار نبوده و نشخوار فکری از این مسیر به افسردگی منجر نمی‌شود؛ بنابر این فقط باورهای فراشناختی منفی مربوط به (غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی میانجی‌گری می‌کنند. این یافته‌ها متضاد با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، مطالعه دو) است که دریافته بودند باورهای فراشناختی منفی مربوط به (پیامدهای اجتماعی) رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجی‌گری می‌کنند اما با یافته‌های رولوفس (۲۰۰۷) مبنی بر این که باورهای فراشناختی منفی مربوط به (غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) را در رابطه بین افسردگی و نشخوار فکری میانجی‌گری می‌کنند، هماهنگ است.

بنابراین با اینکه مشابهت‌های بسیاری بین این مدل و مدل فراشناختی افسردگی و نشخوار فکری ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۳) در مورد جمعیت بالینی وجود دارد، تنها یک تفاوت اساسی بین آن‌ها وجود دارد و آن ماهیت باورهای فراشناختی منفی است که رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. این تفاوت ممکن است در اثر تأثیرات بالقوه تفاوت‌های فرهنگی بین نمونه‌های مورد سنجش در هر دو پژوهش، یا در اثر ماهیت ترجمه‌ای مقیاس باورهای فراشناختی منفی باشد و یا ممکن است در اثر پدیده اطمینان شناختی که پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) در تحلیل‌های خود در نظر گرفتند اما در پژوهش فوق در نظر نگرفته شده، باشد (رولوفس و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین می‌توان این تفاوت را در اثر تفاوت بین نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در نظر گرفت؛ به عبارت دیگر می‌توان بیان نمود که افرادی که در تمام عمر دچار بیماری افسردگی بودند و به خاطر آن تحت مداوا قرار گرفته‌اند، دچار آسیب در عزت نفس و خود پنداره هستند و نسبت به واکنش‌های اطرافیان و طرد از جانب آن‌ها بسیار حساس هستند (آدامز، ۲۰۰۲) اما کسی که از نظر بالینی افسرده نیست و تنها علائم افسردگی را دارد و همیشه از جانب اطرافیان و دوستان حمایت اجتماعی دریافت می‌کند، زیاد نسبت به این موضوع حساس

نیست و می‌داند که اطرافیان‌ش نمی‌توانند به دلیل نشخوار فکری، وی را طرد کنند. در عوض آن‌ها نسبت به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری حساس‌ترند و این می‌تواند یکی از دلایل تفاوت در ماهیت این افکار باشد. همچنین این تفاوت می‌تواند در اثر ماهیت باورهای منفی مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری در جمعیت غیربالی‌نی باشد (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۹) که تاکید اساسی در آسیب شناختی مدل فراشناختی کلی را دارد (ولز، ۲۰۰۹). به این معنا که در جمعیت غیربالی‌نی این افکار احساس خطر را تقویت می‌کنند و باعث کاهش کنترل فرد در طی این فرآیند می‌شوند؛ اما با این حال نیاز به پژوهش‌های بیشتری برای فهم مکانیزم عمل این باورها و ماهیت آن‌ها وجود دارد.

با وجود همه کوشش‌های انجام گرفته جهت دقیق و صحیح بودن پژوهش، مانند سایر پژوهش‌های رفتاری و اجتماعی، ناگزیر محدودیت‌هایی وجود دارد که در تعمیم نتایج پژوهش، باید مورد نظر قرار گیرد:

با توجه به اینکه مدل پیشنهادی پژوهش، روی جمعیت غیربالی‌نی در یک شهر انجام گرفت، تعمیم این مدل به سایر جمعیت‌ها، نیازمند تحقیقات بیشتر بوده و باید با احتیاط صورت بگیرد.

در این پژوهش، معیار دیگری جهت غربال‌گری و تشخیص اینکه آیا شرکت‌کنندگان به سایر بیماری‌های روانشناختی مبتلا بودند یا نه انجام نگرفت.

در هر تحقیقی می‌توان صداقت کامل افراد در پاسخگویی به سؤال‌های پژوهش را رد کرد. این پژوهش نیز از این امر مستثنا نیست.

با توجه به اینکه این پژوهش در ذات از نوع پژوهش‌های همبستگی است، نتیجه قاطعی در مورد روابط علت - معلولی، نمی‌توان ترسیم کرد.

استفاده از مقیاس خودگزارشی افسردگی بک، به این معنا که فرد ممکن است در علائم خود اغراق یا کوچک‌نمایی کند.

با توجه به تناقض یافته‌های تحقیق در مورد اثر میانجی نوع باورهای فراشناختی منفی با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳)، پیشنهاد می‌شود این مقیاس با کنترل بسیار اندازه‌گیری شده تا از بروز خطاها جلوگیری شود. با توجه به غیربالینی بودن نمونه حاضر، پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در جمعیت بالینی نیز اجرا گردد تا درستی مدل در این جمعیت مورد بررسی قرار گیرد. برای یافتن روابط علت - معلولی در مدل فوق، می‌توان از پژوهش‌های آینده‌نگر و آزمایشی کمک گرفت.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۰۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۸/۰۱

References

منابع

- آقاخانی ن؛ و بقایی ر. (۱۳۷۹). بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی، همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نو توانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۵-۱۲.
- امینی، ف؛ و فرهادی، ع. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم، پزشکی لرستان، ماهنامه همایش دانشجویان و بهداشت روانی، ۸، ۲۸-۲۱.
- باقری‌نژاد، م؛ صالحی فردی، ج؛ طباطبایی، م. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی، مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱، ۳۸-۲۱.
- سادوک، ب؛ و سادوک و. (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- ضیائی، و. معین الغربائی، م، و مالکی نژاد، م، ج. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال‌های ۷۸-۷۳، طب و تزکیه، ۴۳، ۲۵-۳۳.
- کویانی، ح.، احمدی ابهری، س. ع.، نظری، ه؛ و هرمزی، ک. (۱۳۸۱). شیوع اختلال افسردگی در جمعیت شهر تهران، مجله دانشکده پزشکی، ۳۹۳، ۵-۳۹۹.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring Depression, *Archives of General Psychology*, 4, 561-571.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, New York: Macmillan.
- Kenny, M.A., Williams, M.G. (2007). Treatment Resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-based Cognitive Therapy, *Research and Therapy*, 4, 617- 625.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E., & Larson, J. (1994). Ruminative Coping with Depressed Mood Following Loss, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104

-
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., Grayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The Loma Prieta Earthquake, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression, *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (Eds.), (2004). *Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment*, Chichester, UK: Wiley.
- Power, M. (2010). *Emotional Focused Cognitive Therapy*, John Wiley and Sons, Ltd.
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R.D., Huibers, M., Peeters, F., & Arnts, A. (2007). On the Links between Self-discrepancies, Rumination, Metacognitions, and Symptoms of Depression in Undergraduates, *Behavior Research and Therapy*, 45, 1295-1305.
- Teasdale, J.D. (1993). Emotion and Two Kind of Meaning: Cognitive Therapy and Applied Cognitive Science, *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339-345.
- Teasdale, J.D. (1997). The Relationship between Cognition and Emotion: The Mind-in-place in Mood Disorders, In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.). *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 67-93). Oxford: Oxford University Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*, Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, New York, Guilford Press.

مقایسه کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سه شیوه آموزشی تلفیقی، استثنایی و عادی

تورج هاشمی نصرت‌آباد^۱

ناصر بیرامی^۲

چکیده

هدف این پژوهش مطالعه کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سه شیوه آموزشی موجود (تلفیقی، استثنایی و عادی) در کشور بود. روش مطالعه علی - مقایسه‌ای بود. از دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم ابتدایی آموزش تلفیقی و استثنایی هر کدام ۶۷ نفر و آموزش عادی ۳۰ نفر انتخاب شد. برای سنجش کفایت اجتماعی از پرسش‌نامه کفایت اجتماعی (SCRQ) لیدل و نیتل و برای سنجش خودکارآمدی تحصیلی از سیاهه خودکارآمدی تحصیلی (ASES) جنکینز و همکاران استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌راهه و چندراهه بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد که اثربخشی روش آموزشی کودکان استثنایی نسبت به روش تلفیقی و عادی مطلوب‌تر است بدین معنی که میزان کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی این گروه از دانش‌آموزان بیش‌تر از دو گروه دیگر بود. نتیجه این که اهداف برنامه آموزش تلفیقی تحقق پیدا نکرده است.

واژگان کلیدی: کفایت اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه، آموزش تلفیقی، آموزش استثنایی، آموزش عادی.

Email: tourajhashemi@yahoo.com

Email: eyraminaser@yahoo.com

۱- دانشیار دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

۲- آموزش و پرورش استثنایی آذربایجان شرقی

مقدمه

فراهم کردن امکانات آموزشی و پرورشی یکسان برای تمام کودکان جامعه از اصول مسلم نظام‌های آموزشی کشورهاست. نظام‌های آموزشی پس از نهاد خانواده بیشترین اثرگذاری را بر رشد فرد داشته و با توجه به سطح انتظارات و بر اساس مبانی هستی‌شناختی و انسان‌شناختی ویژه‌ای شکل می‌گیرند. این مبانی، تعیین‌کننده زیربنای نظام آموزشی و ارزش‌های حاکم بر آن و اهداف مورد نظر هستند. در این راستا، دو رویکرد کلی وجود دارد. رویکرد اول، افراد جامعه را از نظر توانایی‌ها به صورت پیوستاری در نظر می‌گیرد که در آن، مسئولیت جامعه این است که حداکثر امکانات را به نحوی ارائه دهد که هیچ فردی از بستر عادی جامعه جدا نشود. رویکرد دوم افراد را بر اساس ناتوانی‌ها، طبقه‌بندی نموده و سپس به ارائه خدمات ویژه به آن‌ها اقدام می‌کند. این نوع نظام آموزشی، بین کودکان دارای نیازهای ویژه و کودکان عادی، شکاف عمیقی ایجاد کرده و این شکاف نه تنها یک گروه را از شناخت گروه دیگر محروم می‌سازد، بلکه به شناخت ناصحیح آن‌ها نیز منجر می‌شود (کاکوجویباری و هوسپیان، ۱۳۸۰).

بررسی‌ها نشان می‌دهد (برای مثال هوسپیان، ۱۳۷۸) که با حاکمیت رویکرد دوم در نظام‌های آموزشی، خدمات ویژه‌ای برای افراد ناتوان مهیا گردیده و به پیشرفت تحصیلی آنها منتهی شده است. با این حال، توفیقات این رویکرد در عرصه‌های غیرتحصیلی در حاله‌ای از ابهام باقی مانده است به نحوی که از میزان مهارت‌های غیرتحصیلی دانش‌آموزان ناتوان بالاخص مهارت‌های زندگی و اجتماعی، داده‌های روشنی بدست نیامده است (هوسپیان، ۱۳۷۸). بنابراین منتقدان در دهه‌های اخیر به این مسائل توجه ویژه نموده و به انتقاد از آموزش ویژه پرداخته‌اند و پیشنهادهایی را در جهت بهبود وضعیت این افراد ارائه نموده‌اند تا به آموزش بهتر، انسانی‌تر و عقلانی‌تر منجر گردد. لذا بحث آموزش تلفیقی و متعاقب آن آموزش فراگیر مطرح شده است.

منظور از تلفیق جایگزینی دانش‌آموزان ناتوان در مراکز آموزشی مربوط به همسالان فاقد ناتوانی آن‌ها است، به عبارت دیگر تلفیق عبارت است از ثبت‌نام در یک کلاس

عادی با حداقل غیبت از کلاس جهت استفاده از برنامه‌های خاص درمانی- آموزشی که ارائه آنها در یک کلاس عادی باعث بر هم زدن نظم آن کلاس می‌شود. نکته مهم این است که فقط قرار گرفتن در یک محیط مشترک به معنی تلفیق نبوده و برای تحقق آن به برنامه‌ریزی‌های خاص، نظیر قرار گرفتن فعالانه دانش‌آموزان ناتوان در معرض روابط اجتماعی و تحصیلی با همسالان غیرناتوان خود جهت کسب احساس کارآمدی و کفایت اجتماعی نیاز است (هوسپیان، ۱۳۷۸).

براساس پژوهش‌های انجام گرفته (برای مثال حسن‌زاده، ۱۳۷۷ و مینایی، ویسمه و حسن‌زاده، ۱۳۸۱)، عوامل مربوط به خود کودک مثل سطح رفتار سازشی و توانایی شناختی، عوامل مربوط به همسالان و نگرش آنان نسبت به پذیرش کودک دارای نیازهای ویژه، عوامل مربوط به معلم و آموزش، عوامل مربوط به مدیریت و اجرا و نگرش‌های والدین و اجتماع نسبت به تلفیق در موفقیت طرح تلفیق دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه تأثیرگذار می‌باشند.

مدارس تلفیقی در واقع فرصتی برای امکان ارتباط متقابل بین افراد عادی و افراد دارای نیازهای ویژه می‌باشند و این یکی از اهداف عمده آموزش تلفیقی می‌باشد. میزان پذیرش دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه از طرف همسالان عادی در کلاس‌های عادی در این زمینه از اهمیت بسزایی برخوردار است. این موضوع در پژوهش‌های متعدد از جمله گزارش فلاچ^۱ (۲۰۰۰) مورد تأکید واقع شده است. در برخی پژوهش‌ها نتایج تلفیق دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در مدارس عادی با پیامدهای مختلفی همراه بوده و متناقض گزارش شده است. در مطالعه هوارث^۲ (۱۹۸۷) معلوم شد که تلفیق دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه با عادی، پیشرفت تحصیلی آنان را در زمینه خواندن و ریاضی در حد قابل قبولی افزایش داده است. در راستای اجرای طرح تلفیق، زمینه مناسب برای بروز تعاملات بین فردی دانش‌آموزان ویژه با افراد عادی مهیا شده و بستر لازم جهت رشد و شکل‌گیری توانمندی‌های زندگی و کفایت اجتماعی بوجود می‌آید، فلذا به حل مسائل

1- Flatch

2- Howarth

فردی و اجتماعی نائل شده و کارآمدی در روابط بین فردی را رشد می‌دهند. از این رو، چنین تصور می‌شود که در عرصه‌های بین فردی، نخستین پیامد طرح تلفیق، شکل‌گیری کفایت اجتماعی در دانش‌آموزان ویژه می‌باشد. این مفهوم برای اولین بار در عرصه‌ی روانشناسی توسط فلنر^۱ (۲۰۰۲) مطرح شده است.

مطابق با دیدگاه فلنر کفایت اجتماعی پدیده‌ای پویا و مهارتی ساخت‌مند است که در فرایند ارتباطات فردی و مقایسه‌های اجتماعی تحقق پیدا می‌کند. در این روند، افراد با همانندسازی توانمندی‌های خویش با گروه‌های همگن و هم‌سال، زمینه بهبود رفتارها، واکنش‌ها و روابط خویش با دیگران را مهیا می‌کنند. از این رو، شکل‌گیری، ظهور و تداوم این مهارت‌ها مستلزم حضور مستمر در روابط پویا و فعال بین فردی است و در این راستا بسیاری از مهندسان رفتار در دهه‌های اخیر، به نقش موقعیت‌های آموزشی در شکل‌گیری ادراکات کفایت اجتماعی تأکید ورزیده‌اند (ریچاردسون^۲، ۲۰۰۶).

مبتنی بر نظریه فوق، در یک دهه گذشته، دغدغه پرورش و رشد توانمندی‌ها و کفایت اجتماعی در دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه مورد توجه سازمان یونیسف^۳ (۲۰۰۳) قرار گرفته، و موضوع تلفیق این دانش‌آموزان با دانش‌آموزان عادی به‌طور جد مورد تأکید واقع شده است مبتنی بر این تأکیدات، تلاش بر این شده است که فضای ارتباطی حاکم بر کلاس‌های عادی و تنوع محرکات موجود در این کلاس‌ها، مورد دست‌کاری قرار گیرد تا زمینه تحریک و رشد کفایت اجتماعی و ادراکات خود کارآمدی در دانش‌آموزان نیازمند آموزش ویژه، مهیا گردد. در این راستا، مطالعات پیگیر اولسون^۴ (۲۰۰۱) و گودیانسن^۵ (۲۰۰۶) در کشور دانمارک حاکی از آن است که حضور دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در کلاس‌های عادی تأثیرات منفی بر ادراکات خودکارآمدی و کفایت اجتماعی دارد، لکن در شناخت و آگاهی اجتماعی آنها تأثیر مثبت بر جای می‌گذارد. از سویی یافته‌های پژوهشی ریبری^۶ (۲۰۰۴) و سانتاندر^۷ (۲۰۰۵) در کشور اسپانیا حاکی از

1- Felner

3- Unisef

5- Good jansen

7- Santander

2- Richard son

4- Olson

6- Ribbery

آن است که حضور دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در کلاس‌های عادی در کسب مهارت‌های ارتباطی و حس کارآمدی در فعالیت‌های جمعی، نقش مثبت بر جای می‌گذارد و از سوی دیگر نشانه‌های ناسازگاری اجتماعی و رفتاری را تعدیل می‌کند. با این حال چیروفی^۱ (۲۰۰۶) مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بندورا^۲ (۲۰۰۰) عنوان می‌کند که حضور دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در کلاس‌های عادی، زمینه مقایسه‌های اجتماعی را مهیا نموده و لذا ممکن است تأثیر منفی بر ادراکات خود کارآمدی آنها بر جای گذارد. برنارد^۳ (۲۰۰۴) عنوان می‌کند که هم حسی و مشارکت جویی دانش‌آموزان عادی با این دانش‌آموزان و مدیریت مناسب کلاس‌های آموزشی قادر است زمینه ترغیب اجتماعی را در کلاس‌های تلفیقی مهیا نماید و از این طریق به حس کارآمدی و کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه تأثیر مثبت بگذارد.

پژوهش آنه^۴ (۲۰۰۲) نشان داد که کودکانی که در مراکز آموزش ویژه تحصیل می‌کنند در کنار آمدن با شرایط عادی زندگی مشکل دارند. در مقابل، پژوهش اوا^۵ (۲۰۰۳) بیانگر عدم پذیرش این دانش‌آموزان در مدارس عادی بود. به عقیده وی عدم پذیرش دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه از سوی همسالان عادی نه به دلیل ضعف در عملکرد تحصیلی بلکه به این دلیل است که آنها کلاس را به هم می‌ریزند، کودکان گستاخی هستند، دشنام می‌دهند و با دیگران درگیر می‌شوند.

تعدادی از پژوهش‌ها میزان تأثیر آموزش تلفیقی بر پیشرفت تحصیلی و عوامل مؤثر بر آن، سلامت روانی، رشد مهارت‌های اجتماعی و تعاملات اجتماعی را بررسی کرده‌اند. برنیکه و تورپه^۶ (۱۹۸۶، به نقل از کله و چان^۷، ۱۳۷۶) پژوهشی بر روی ۲۴۵ دانش‌آموز مبتلا به ناتوانی‌های شدید را که در مدارس عادی بودند انجام دادند، نتایج نشان داد که از بین عواملی مانند گروه همسالان، محیط فیزیکی و میزان حمایت از معلمان، عامل

1- Chiruffi

3- Bernard

5- Eva

7- Kole & Chan

2- Bandura

4- Anne

6- Bernike & Torpe

گروه همسالان متغیر کلیدی است.

توماس و وب^۱ (۱۹۹۸) دریافتند که تأثیر آموزش تلفیقی بر روی پیشرفت تحصیلی و رشد اجتماعی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه از کم تا متوسط است و حضور این دانش‌آموزان در مدارس عادی هیچ گونه اثرات منفی بر روی دانش‌آموزان عادی ندارد. از طرفی دو سوم معلمان، ایده و روش آموزش تلفیقی را ترجیح داده‌اند.

مطالعات گری شام^۲ (۱۹۸۲) نشان می‌دهد که کمبود مهارت‌های اجتماعی بر سلامت روانی کودک مؤثر است و کودکان دارای مهارت‌های اجتماعی مناسب، موفق‌تر از کودکان فاقد این مهارت‌ها در زمینه‌های تحصیلی هستند. هر چند که بیشتر پژوهش‌ها افراد نابینا را دارای کاستی مهارت‌های اجتماعی گزارش کرده‌اند، ولی محققان، آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان دارای نیاز ویژه را حائز اهمیت دانسته و تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کودکان نابینا را مثبت ارزیابی کرده‌اند (شهیم، ۱۳۸۱).

نتایج تحقیقات اثربخشی برنامه‌های تلفیقی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا را نیز نشان می‌دهند (کمبرا^۳، ۲۰۰۲، توماس، ۲۰۰۲). البته برخی از پژوهشگران بر این باورند که آموزش دانش‌آموزان ناشنوا و کم‌شنوا در مدارس عادی باعث طرد و گوشه‌گیری این قبیل دانش‌آموزان و بالطبع کاهش قابلیت اجتماعی آنان می‌شود (کایلی و یتنا^۴، ۱۹۹۵ به نقل از کله و چان، ۱۳۷۶).

در این راستا پژوهش لیونک^۵ (۱۹۹۰) نشان می‌دهد که دانش‌آموزان تلفیق شده در مدارس عادی در مقایسه با گروه ویژه از لحاظ مفهوم خود، هوشبهر غیرکلامی و قابلیت اجتماعی نمرات بالاتری را کسب کرده‌اند (به نقل از کله و چان، ۱۳۷۶).

پژوهش خانزاده (۱۳۸۴) با مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا در

1- Thomas & Webb
3- Cambera
5- Lyunek

2- Greesham
4- Kaily & Tiena

مدارس عادی و ویژه نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه ویژه و تلفیقی وجود ندارد. همچنین نتایج پژوهش جعفری‌نژاد و غباری (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که بین دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس ویژه و مدارس تلفیقی از نظر مهارت‌های اجتماعی و پیشرفت تحصیلی تفاوت وجود ندارد. همچنین بین دانش‌آموزان دختر و پسر ناشنوا در موقعیت تلفیقی و ویژه تفاوت وجود دارد و این تفاوت نشان می‌دهد که دختران از نظر مهارت‌های اجتماعی و پیشرفت تحصیلی نمرات بالاتری کسب کرده‌اند.

با توجه به یافته‌های متناقض و ابهامات موجود در نقش آموزش‌های سه شیوه رایج بویژه آموزش تلفیقی در ادراکات و پیامدهای تحصیلی کودکان دارای نیازهای ویژه و مبتنی بر مبانی نظری و پژوهشی ارائه شده، این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش تلفیقی، استثنایی و عادی بر کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه انجام گرفت.

روش تحقیق

جامعه، نمونه و روش‌های نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه ثبت نام شده در طرح‌های سه‌گانه آموزش تلفیقی، آموزش استثنائی و آموزش عادی پایه‌های چهارم و پنجم ابتدایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ تشکیل می‌دادند. در گروه تلفیقی برای انتخاب حجم نمونه از جامعه آماری ثبت نام شده در گروه‌های سه‌گانه کم‌بینا، کم‌شنوا و ناتوانی‌های جسمی - حرکتی ۶۷ نفر به عنوان نمونه با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب گردید. در آموزش استثنایی به دلیل کمبود تعداد دانش‌آموز حجم نمونه برابر با حجم جامعه انتخاب گردید و از آموزش عادی به دلیل عدم وجود آمار مشخص دانش‌آموزان، از نمونه‌های در دسترس با توجه به ملاک‌های همتاسازی (سن، جنس، پایه تحصیلی) و ملاک‌های ورود و خروج (سن، پایه

تحصیلی، دارودرمانی و مشکلات رفتاری حاد و اختلالات روانی مبتنی بر طبقه‌بندی DSM-4) به صورت هدفمند انتخاب گردید.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه کفایت اجتماعی (SCRQ)^۱: برای سنجش میزان کفایت اجتماعی، در این پژوهش از پرسش‌نامه اندازه‌گیری کفایت اجتماعی (SCRQ) استفاده شد. این آزمون توسط لیدل^۲ و نیتل^۳ (۲۰۰۶) در دانشگاه نیوکاسل^۴ ساخته شد. آزمون در مجموع ۱۴ آیتام دارد که توسط معلم در مورد دانش‌آموزان تکمیل شده و به صورت مثبت و منفی نمره‌گذاری می‌شوند. این محققان همبستگی درونی سوالات را با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ (۰/۹۱) گزارش نموده‌اند و در این راستا همبستگی این آزمون با نمرات آزمون تئوری ذهن^۵ (TOM) ($R=0/49$) گزارش شده است. علاوه بر این جهت بررسی پایایی درونی، این آزمون بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه اجرا و نتایج بر آمده از آزمون آلفای کرونباخ، نشان داد که سوالات این آزمون با $\alpha=0/89$ دارای پایایی درونی مناسبی می‌باشد از سویی همین نتایج در گروه عادی نیز با کمی اختلاف به دست آمد ($\alpha=0/86$). در جهت تعیین روایی این پرسشنامه برای سنجش کفایت اجتماعی کودکان استثنایی از نظر متخصصان امر بهره گرفته شد و در کل میزان توافق نظر متخصصان و روان‌شناسان با استفاده از ضریب C کرامر اندازه‌گیری شد و نتایج این آزمون ($C=0/80$) نشان داد که روی هم رفته متخصصان بر این نظر توافق دارند که محتوا و ساختار سوالات این پرسشنامه برای سنجش کفایت اجتماعی کودکان استثنایی نیز مناسب می‌باشد.

سیاهه خودکارآمدی تحصیلی (ASES)^۶: برای سنجش میزان خودکارآمدی تحصیلی، در این پژوهش از سیاهه خودکارآمدی تحصیلی (ASES) استفاده شد. این پرسش‌نامه

1- Social competence revised questionnaire
3- Nettle
5- Theory of Mind

2- Liddle
4- New castle
6- Academic self efficacy scale

گسترده‌ترین سیاهه‌ای است که از سطوح گزارش خود به عنوان یک متغیر وابسته استفاده می‌شود. نوع اولیه این پرسش‌نامه در ابتدا شامل ۵۳ گویه بوده و نوع اصلی پرسش‌نامه نیز شامل ۴ خرده‌مقیاس می‌باشد که شامل استعداد، کوشش، بافت و دشواری تکلیف است. سازندگان برای ساخت آن، از معلمان خواستند که گویه‌ها را در یکی از ۴ مقیاس زیرطبقه‌بندی کنند. سپس گویه‌های مبهم حذف شد و یا با گویه‌های دیگر جایگزین گردیدند. همه گویه‌ها با استفاده از مقیاس لیکرت به صورت پاسخ‌های ۴ گزینه‌ای شامل کاملاً مخالفم، تا حدی مخالفم، تا حدی موافقم و کاملاً موافقم طراحی شد که به ترتیب نمرات از ۱ تا ۴ می‌گرفتند. ضرایب قابلیت اعتماد از این گویه‌ها ۰/۸۲ بود و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸ برای استعداد، ۰/۷۰ برای بافت و ۰/۶۴ برای کوشش دارای ضرایب قابلیت اعتماد بودند. در این پژوهش نیز با کمک تحلیل عوامل، سه عامل مذکور مورد تأیید قرار گرفت و ضرایب قابلیت اعتماد آن‌ها به ترتیب برای خود کار آمدی تحصیلی کل ۰/۷۶، عامل استعداد ۰/۶۶، عامل کوشش ۰/۶۵ و عامل بافت ۰/۶۰ به دست آمد.

روش اجرا

پس از اخذ مجوز از ارگان‌های مسئول، پرسش‌نامه کفایت اجتماعی توسط معلمان و پرسش‌نامه خود کار آمدی تحصیلی توسط دانش‌آموزان گروه‌های نمونه تکمیل گردیدند. به این ترتیب که پس از دریافت مشخصات مدارس دانش‌آموزان تلفیقی پایه‌های چهارم و پنجم، به مدارس دانش‌آموزان تلفیقی مورد نظر مراجعه و به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام گردید. پرسشنامه‌های دانش‌آموزان گروه استثنایی نیز به همان ترتیب با مراجعه به مدارس استثنایی تکمیل گردید. در مورد دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه شرکت‌کننده در آموزش عادی، به دلیل عدم وجود آمار مشخص و قطعی به تناسب نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر تبریز به مدارس ابتدایی مراجعه و در صورت وجود دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام گردید.

یافته‌ها

جدول (۱) شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های سه‌گانه آموزشی را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های سه‌گانه

شاخص گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد کل
تلفیقی	خود کار آمدی - کل	۴۷۷/۹۱	۹۹۲/۱۲	۶۷
	خود کار آمدی - استعداد	۶۲۶/۲۷	۳۴۲/۵	۶۷
	خود کار آمدی - کوشش	۲۲۳/۲۷	۹۴۴/۴	۶۷
	خود کار آمدی - بافت	۶۲۶/۳۶	۰۸۶/۵	۶۷
	کفایت اجتماعی	۸۸۰/۳۴	۴۹۴/۱۰	۶۷
استثنایی	خود کار آمدی - کل	۹۰۰/۹۷	۴۲۲/۹	۳۰
	خود کار آمدی - استعداد	۳۰۰/۳۰	۸۱۶/۳	۳۰
	خود کار آمدی - کوشش	۷۶۶/۲۹	۴۲۰/۳	۳۰
	خود کار آمدی - بافت	۸۳۳/۳۷	۱۱۱/۴	۳۰
	کفایت اجتماعی	۱۳۳/۴۲	۵۹۶/۷	۳۰
عادی	خود کار آمدی - کل	۲۶۸/۹۲	۱۴/۷۱۲	۶۷
	خود کار آمدی - استعداد	۸۶۵/۲۷	۶/۶۵۳	۶۷
	خود کار آمدی - کوشش	۰۷۴/۲۸	۴/۷۵۸	۶۷
	خود کار آمدی - بافت	۳۲۸/۳۶	۴/۶۸۸	۶۷
	کفایت اجتماعی	۳۳/۴۷۷	۱۰/۲۱۴	۶۷

با توجه به مندرجات جدول (۱) چنین استنباط می‌شود که میزان کفایت اجتماعی در دانش‌آموزان مدارس استثنایی بیش از مدارس عادی و تلفیقی می‌باشد. از سویی پراکندگی نمرات کفایت اجتماعی بیانگر آن است که نمرات کفایت اجتماعی دانش‌آموزان گروه استثنایی نسبت به دو گروه دیگر یعنی دانش‌آموزان مدارس عادی و تلفیقی به یکدیگر نزدیک‌تر بوده و از پراکندگی و انحراف کمتر برخوردار است. از نظر میزان

خودکارآمدی کل با توجه به داده‌های جدول (۱) میانگین نمرات دانش‌آموزان مدارس استثنایی نسبت به دانش‌آموزان مدارس تلفیقی و عادی بالاتر بوده و در نتیجه دانش‌آموزان مدارس استثنایی از خودکارآمدی تحصیلی کلی بالاتری برخوردارند. اما در مؤلفه‌های خود کارآمدی داده‌های جدول وضع متفاوتی را نشان می‌دهد. در حالی که داده‌ها، نمایانگر خودکارآمدی- استعداد بالاتر دانش‌آموزان مدارس استثنایی نسبت به مدارس تلفیقی و عادی است. اما در خودکارآمدی کوشش و بافت، علی‌رغم بالا بودن نمرات دانش‌آموزان مدارس استثنایی نسبت به مدارس تلفیقی و عادی تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود و این تفاوت بسیار ناچیز می‌باشد. از نظر پراکندگی نمرات در خودکارآمدی کل و استعداد نمرات این دو متغیر در دانش‌آموزان مدارس استثنایی نسبت به مدارس عادی و تلفیقی به یکدیگر نزدیک‌تر است. در حالی که پراکندگی نمرات در خودکارآمدی کوشش و بافت در دانش‌آموزان مدارس استثنایی در مقایسه با دانش‌آموزان مدارس عادی و تلفیقی تفاوتی وجود ندارد، یا این تفاوت بسیار اندک است.

برای آزمون این فرض که بین نمرات کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سه شیوه آموزشی تفاوت وجود دارد یا نه، از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد جدول‌های (۲ و ۳).

جدول (۲) تحلیل واریانس کفایت اجتماعی در گروه‌های سه‌گانه آموزشی

P	F	Ms	df	SS	شاخص
					منابع تغییرات
۰/۰۰۱	۸/۲۲	۸۰۸/۴	۲	۱۶۱۶/۸۲	بین گروهی
		۹۸/۳	۱۶۱	۱۵۸۲۹/۲۲	درون گروهی
			۱۶۳	۱۷۴۴۶/۰۴	کل

داده‌های مندرج در جدول (۲) نشان می‌دهند که گروه‌های سه‌گانه آموزشی (تلفیقی، استثنایی و عادی) از نظر میزان کفایت اجتماعی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۸/۲۲$).

برای تعیین منابع تفاوت گروه‌های سه‌گانه آموزشی (تلفیقی، استثنایی و عادی) از نظر میزان کفایت اجتماعی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. داده‌های مربوط به این آزمون در جدول (۳) درج شده است.

جدول (۳) مقایسه زوجی گروه‌های سه‌گانه آموزشی از نظر میزان کفایت اجتماعی

گروه	شاخص	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی‌داری
تلفیقی-عادی	۴۰/۱	۱/۷۱		
تلفیقی-استثنایی	*-۷/۲۵	۲/۱۷		۰/۰۰۱
تلفیقی-استثنایی	*-۸/۶۵	۲/۱۷		۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول (۳) چنین استنباط می‌شود که تفاوت میانگین میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان سیستم تلفیقی نسبت به گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار نیست و تفاوت میانگین میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان گروه تلفیقی نسبت به گروه استثنایی از نظر آماری معنی‌دار است، ($P < ۰/۰۰۱$). با توجه به میانگین‌های این دو گروه نتیجه می‌شود که میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان گروه استثنایی نسبت به گروه تلفیقی بیشتر است و تفاوت میانگین میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان گروه عادی نسبت به گروه استثنایی از نظر آماری معنی‌دار است، ($P < ۰/۰۰۱$). با توجه به میانگین‌های این دو گروه نتیجه می‌شود که میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان گروه استثنایی نسبت به گروه عادی بیشتر است.

در راستای تحلیل داده‌های مربوط به این فرض که دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه برخوردار از آموزش تلفیقی نسبت به دانش‌آموزان برخوردار از آموزش استثنایی و عادی از نظر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن تفاوت دارند، از روش تحلیل واریانس چندگانه (MANOVA) استفاده شد. داده‌های مربوط به این تحلیل در جدول (۴) درج شده است.

جدول (۴) جدول تحلیل واریانس چند گانه خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های سه‌گانه آموزشی

شاخص	آزمون	اندازه اثر	F	Df1	Df2	سطح معنی‌داری
بین گروهی	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۴	۲/۵۲	۳	۱۶۰	۰/۰۵

با توجه به مندرجات جدول شماره (۴) چنین استنباط می‌شود که گروه‌های سه‌گانه آموزشی از نظر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. چرا که اندازه اثر بزرگ‌ترین ریشه روی در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار می‌باشد. این معنی‌داری حاکی از آن است که گروه‌های مورد مطالعه، حداقل در یکی از سطوح متغیر مورد مطالعه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند.

در راستای تعیین منبع معنی‌داری آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی، از تحلیل واریانس اثرات بین گروهی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول (۵) درج شده است.

جدول (۵) آزمون اثرات بین گروهی خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در بین گروه‌های سه‌گانه آموزشی

شاخص	متغیر	SS	df	MS	F	P
منابع تغییر						
۰/۰۵	۲/۶۲	۴۵۵/۶۶	۲	۹۱۱/۳۲	خود کار آمدی - کل	تغییرات
۰/۰۵	۲/۴۹	۸۰/۸۸	۲	۱۶۱/۷۶	خود کار آمدی - استعداد	گروهی
۰/۰۴	۳/۱۳	۶۸/۰۷	۲	۱۳۴/۱۴	خود کار آمدی - کوشش	
۰/۳۴	۱/۰۶	۲۴/۰۱	۲	۴۸/۰۳	خود کار آمدی - بافت	

با توجه به مندرجات جدول (۵) چنین استنباط می‌شود که گروه‌های سه‌گانه از نظر خودکارآمدی بافت با یکدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند ولی از نظر خودکارآمدی کل، استعداد و کوشش با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. چرا که F محاسبه شده (۳،۱۳)، (۲،۶۲) و (۲،۴۹) در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است.

در راستای تعیین منبع تفاوت گروه‌های سه‌گانه در خود کارآمدی کل، استعداد و کوشش از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول (۶) درج شده است.

جدول (۶) نتایج زوجی گروه‌های سه‌گانه آموزشی در خودکارآمدی کل، استعداد و کوشش

متغیر مقایسه‌ای	گروه-گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
تلفیقی-عادی	۰/۷۹-	۲/۲۷	۰/۷۲	
تلفیقی-استثنایی	۰/۴۲*	۲/۸۹	۰/۰۲	
عادی-استثنایی	۰/۶۳*	۲/۸۹	۰/۰۵	
تلفیقی-عادی	۰/۲۳-	۰/۹۸	۰/۸	
تلفیقی-استثنایی	۰/۶۷*	۱/۲۵	۰/۰۳	
عادی-استثنایی	۰/۴۳*	۱/۲۵	۰/۰۵	
تلفیقی-عادی	۰/۸۵-	۰/۷۹	۰/۲۸	
تلفیقی-استثنایی	۰/۵۴*	۰/۰۱	۰/۰۱	
عادی-استثنایی	۰/۶۹-	۰/۰۱	۰/۰۹	

با توجه به مندرجات جدول (۶) چنین استنباط می‌شود که خودکارآمدی کلی و استعداد گروه استثنایی از دو گروه دیگر بالاتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی آموزش تلفیقی، استثنایی و عادی بر کفایت اجتماعی و خود کارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه کم‌بینا، کم‌شنوا و جسمی - حرکتی انجام گرفت.

یافته‌ها نشان دادند که کفایت اجتماعی گروه‌های سه‌گانه آموزشی متفاوت است و بررسی‌های تعقیبی نشان داد که دانش‌آموزان گروه استثنایی از کفایت اجتماعی بیشتری نسبت به گروه‌های تلفیقی و عادی برخوردارند و بین کفایت اجتماعی گروه تلفیقی و عادی تفاوتی مشاهده نشد. این نتایج با نتایج تحقیقات کایلی و تینا (۱۹۹۵)، گری شام

(۱۹۸۲)، پل و یانک^۱ (۱۹۷۵)، بس^۲ (۱۹۸۶) و جعفری‌نژاد و غباری (۱۳۸۸) همسو است.

یافته‌های اخیر نشان می‌دهد که فقط جایابی دانش‌آموزان در مدارس عادی کافی نیست و توجه به عوامل موثر دیگر هم لازم است تا نتایج بهتر و سودمندتری حاصل گردد. یافته‌های این تحقیق با برخی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه به کارگیری دانش‌آموزان استثنایی در مدارس عادی هم خوانی دارد. به عنوان نمونه اوا (۲۰۰۳) به این نکته تأکید دارد که دانش‌آموزان دیرآموز از سوی همسالان عادی خود مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند به این دلیل که آنها کلاس درس را به هم می‌ریزند، دانش‌آموزان بد و گستاخی هستند، دشنام می‌دهند و با دیگر دانش‌آموزان درگیر می‌شوند. بنابراین میزان پذیرش اندک این دانش‌آموزان از سوی همسالان به روابط اجتماعی و تعاملات آنها آسیب وارد آورده و در نتیجه موجب عدم همکاری می‌گردد. این مسأله به نوبه خود بر کفایت اجتماعی آنها مؤثر واقع شده و آن را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. عدم پذیرش و نگرش صحیح معلمان نیز عامل مهم دیگری است که می‌تواند بر کفایت اجتماعی این دانش‌آموزان آسیب بزند. پژوهش آنه (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که معلمان آموزش تلفیقی را برای خود تحمیلی می‌دانند و عقیده دارند که دانش‌آموزان ویژه در مدارس عادی با دشواری‌های زیادی مواجه‌اند و توجه می‌کنند که این دانش‌آموزان باید در مدارس ویژه تحصیل کنند. موست^۱ و همکاران (۱۹۹۹) اظهار می‌دارند که دانش‌آموزان ناشنوای شاغل به تحصیل در مدارس تلفیقی بیشتر تلاش می‌کنند از دانش‌آموزان عادی کناره‌گیری کنند و با همسالان ناشنوای خود ارتباط برقرار کنند.

به‌طور کل چنین استنباط می‌شود که، شایستگی یا کفایت اجتماعی و بهداشت روانی تفکیک ناپذیرند. کودکان دارای نیازهای ویژه نیز همانند کودکان بهنجار باید برای موفقیت و احساس اطمینان، مهارت‌های عملی لازم را بیاموزند. آموختن مهارت‌های بین فردی به کودکان و ارائه آموزش بهداشت و همین‌طور مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش

1- Poul & Yank
3- Moust

2- Beth

جنسی، به همان اندازه آموختن خواندن، نوشتن، ریاضیات و علوم ضروری هستند. لکن در آموزش‌های تلفیقی و عادی موجود، این مهم چندان مصداق پیدا نمی‌کند. ولی متقابلاً در آموزش استثنایی، بیشتر به دلیل همگن بودن، کم بودن و شناسایی شدن کودکان دارای نیازهای ویژه تا حدودی برنامه‌های جنبی این خلا را پر می‌کند. سرانجام این که منابع و امکانات کلینیک‌های راهنمایی، امکانات تشخیصی بیمارستان و کلینیک‌های روانی - تربیتی و حتی سازمان‌های آموزشی و روانی خصوصی در اختیار و خدمت مراکز آموزشی استثنایی هستند.

تحلیل یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان گروه استثنایی از نظر خودکارآمدی کل و مولفه‌های استعداد و کوشش نسبت به گروه‌های تلفیقی و عادی در سطح بالاتری قرار دارند، اما در مولفه بافت تفاوت چندانی بین گروه‌های سه‌گانه مشاهده نشد. نتایج نشان دادند که گروه‌های سه‌گانه آموزشی از نظر میزان خود کارآمدی مؤلفه‌های آن با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند. این معنی داری با استفاده از آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار است که نشانگر معنی‌داری گروه‌های مورو مطالعه حداقل در یکی از سطوح متغیر مورد مطالعه می‌باشد. بررسی تعیین منبع معنی‌داری این آزمون نشان داد که گروه‌های آموزشی از نظر خودکارآمدی بافت تفاوت معنی‌دار با یکدیگر ندارند، اما از نظر خود کارآمدی کل، استعداد و کوشش با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. بررسی منبع تفاوت گروه، از نظر خودکارآمدی کوشش نسبت به گروه‌های تلفیقی و عادی بهتر می‌باشد. این یافته‌ها با تحقیقات زیگلر و هوداپ^۱ (۱۹۸۶)، کایلی و تینا (۱۹۹۵)، اوا (۲۰۰۳) گری شام (۱۹۸۲)، ویسمه (۱۳۸۴) همسویی نشان می‌دهد.

در تبیین این یافته باید به نکات مثبت موجود در مدارس ویژه توجه نمود که از نظر تحصیلی با توجه به محدود بودن تعداد دانش‌آموزان در کلاس‌ها و تدریس انفرادی به دانش‌آموزان معلم امکان و فرصت رسیدگی انفرادی و کامل به دانش‌آموزان را دارد و لذا مشکلات تحصیلی و یادگیری و عدم یادگیری آنان به صورت انفرادی مورد بررسی قرار

1- Zighler & Hodap

می‌گیرد و با یادگیری کامل و رفع اشکالات موجود از نظر درسی دانش‌آموزان می‌توانند به خودکارآمدی تحصیلی بالایی می‌توانند دست پیدا کنند. از طرف دیگر با توجه به اینکه در مدارس تلفیقی و عادی تعداد دانش‌آموزان بسیار زیاد می‌باشد و معلم فرصت چندانی جهت رسیدگی انفرادی به این دانش‌آموزان را ندارد. لذا شکست تحصیلی نسبتاً بالایی را تجربه کرده و به مرور زمان به خودکارآمدی تحصیلی پایین دست پیدا می‌کنند.

نتایج تحقیق خانجانی و بهاری (۱۳۸۳) حاکی از آن است که محدود کردن تعداد دانش‌آموزان کلاس، بهترین نوع حمایت از معلمان مدارس تلفیقی است و مهم‌ترین نیاز آموزشی معلمان مدارس تلفیقی، آموزش روش‌های تدریس ویژه و برگزاری دوره‌های ضمن خدمت است. در تحلیلی بر روی یافته‌ها، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی از دیدگاه معلمان به ترتیب، آموزش معلمان، رضایت شغلی آنها، تجهیز مدارس به وسایل کمک آموزشی و حمایت از معلمان می‌باشد. پژوهش سنتر و وارد^۱ (۱۹۸۷) نشان داد که معلمانی که از دوره آموزش تعلیم و تربیت ویژه برخوردار شده بودند مثبت‌تر از کسانی که چنین آموزشی را نداشتند می‌اندیشند. حسن‌زاده (۱۳۷۷) در پژوهشی نشان داد که ۵۰٪ معلمان تلفیقی و ۹۷٪ معلمان عادی با آئین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های آموزش تلفیقی آشنایی ندارند. نگرش معلمان و میزان آشنایی آنان تأثیر بسیار زیادی بر روی خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه دارد، چرا که معلمانی که با این سیستم آموزشی آشنایی کامل دارند در پیاده نمودن خط مشی‌های آن دقت لازم را داشته و نیازهای این دانش‌آموزان را مدنظر قرار می‌دهند و این توجه موجب موفقیت تحصیلی گردیده، و لذا خودکارآمدی آنان را افزایش می‌دهد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۰/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۱/۰۳/۰۹

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۱/۰۸/۲۵

References

منابع

- جعفری‌نژاد فردکهن، محمود و غباری‌بناب، باقر (۱۳۸۸). مقایسه مهارت‌های اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان استثنایی در مدارس تلفیقی و استثنایی، فصلنامه پژوهشکده کودکان استثنایی، ص ۶۳ شماره ۱، بهار ۱۳۸۸.
- حسن‌زاده، سعید (۱۳۷۷). ارزشیابی مقدماتی آموزش و پرورش تلفیقی دانش‌آموزان دچار آسیب شنوایی، تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- خانجانی، زینب و بهاری، علی (۱۳۸۳). بررسی دیدگاه معلمان عادی و استثنایی و تلفیقی در مورد آموزش تلفیقی کودکان استثنایی، فصلنامه پژوهشکده کودکان استثنایی، شماره ۱-۴ سال ۱۳۸۳.
- خانزاده، حسین (۱۳۸۴). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس تلفیقی و استثنایی، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و پنجم، شماره ۲، ص ۸۶-۶۳.
- شهیم، سیما (۱۳۸۱). بررسی مهارت اجتماعی در گروهی از دانش‌آموزان نابینا از نظر معلمان، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و دوم، شماره یک، ص ۱۳۹-۱۲۱.
- کاکوجویاری، علی‌اصغر و هوسپیان، آلیس (۱۳۸۰). فلسفه آموزش و پرورش فراگیر، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۱، ص ۱۹.
- کله، پیترو و چان، لورنا (۱۳۷۶). روش‌ها و راهبردها در تربیت کودکان استثنایی (ترجمه: فرهاد ماهر)، تهران: نشر قومس.
- مینایی، اصغر و ویسمه، علی‌اکبر و حسن‌زاده، سعید (۱۳۸۱). عوامل موثر در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان کم‌شنوای تلفیقی، فصلنامه پژوهشکده کودکان استثنایی، شماره ۴، ص ۳۴، تابستان ۱۳۸۱.
- ویسمه، علی‌اکبر (۱۳۸۴). رابطه برخی عوامل با نگرش معلمان نسبت به آموزش تلفیقی دانش‌آموزان دیرآموز در مدارس تلفیقی، فصلنامه پژوهشکده کودکان استثنایی، شماره ۴، ص ۴۳ زمستان ۱۳۸۴.
- هوسپیان، آلیس (۱۳۷۸). مقدمه‌ای بر آموزش تلفیقی، تهران: انتشارات پژوهشکده کودکان استثنایی.
- Anne, H. (2002). Teacher's Attitudes toward Integration of Disabled Students Intotheir Classrooms, *Teaching Exceptional Children*, 3, (45). 95-110.
- Bandura, A. (2000). *Self-efficacy*, New jersy.epson and sons press.

-
- Bernard, K. (2004). *Cooperation and Sympathy in Social Education Plans*, New York, Wiley Press.
- Cambers, C. (2002). Acceptance of Deaf Students by Hearing Students in Regular classroom, *American Annals of the Deaf*, 147, 266-281.
- Center, Y. & Ward, J. (1987). Teachers' Attitudes towards the Integration of Disabled Children in to Regular Schools, *The Exceptional Child*, 34, 47-56.
- Chiruffi, S. (2006). Social Comparison as A Manner to Reach Self-Efficacy, *Cognitive Psychology Journal*, 11, 152-163.
- Eva, B. (2003). *School Sdjustment of Borderline Intelligence Pupils*, Summery of Doctoral Thesis, University of Cluj- Napoca, Faculty of Psychology and Education Sciences.
- Felner, B. (2002). *Social Confidence in Interpersonal Situation*, New York, McGraw, Hill Press.
- Flath, Patricia, B. (2000). Education of Exceptional Children in Regular Schools, *Journal of Early Intervetion*, 24, 1, 19-27.
- Good Jansen, B (2006). *Mass Education of Childs*, New York, Academic Press.
- Gresham, F. (1982). Misguided Mainstreaming: the Case for Social Skills Training with Handicapped Children, *Exceptional Children*, 48(5), 422-433.
- Howarth, S. (1987). *Effective Integration: Physically Handicapped Children in Primary School*, Berkshire: NFER-Nelson.
- Liddle, B. Nettle, D. (2006). Higher-order Theory of Mind and Social Competence in School-Age Children, *Journal of Cultural and Evalutionary Psychology*, 4 (2006) 3-4, 231-246.
- Olson, J. (2001). *Exception Child and Education*, London, Oxford Press.
- Richardson, K. (2006). Education Sets toward Progressing Social Ability, *Journal of Educational Psychology*, 43, 117-126.
- Riebery, A. (2004). Communicational Abilities, Self-Efficacy in Social Context, *Journal of Social Psychology*, 53, 119-127.
-

- Santander, K. (2005). Social Condition and Skills Training, *Journal of Education Psychology*, 40, 107-119
- Thomas, W. & Webb, J. (1998). *The Making if the Inclusive School*, London: Rout Ledge.
- Thomas, N.K. (2002). Social Process and Out Come of in School between Deaf and Hearing Peers, *Journal of Deaf Studirs and Deaf Education*, 7, 215-237.
- Unisef (2003). *Plans of Individual Developments*, Manifest of Frest Planum of Education for Tommarow.

فرم اشتراک

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی دانشگاه تبریز

نام نام خانوادگی
آدرس پستی
تلفن مدت اشتراک از تا

هزینه اشتراک سالانه (چهار شماره) به انضمام هزینه پستی ۴۰/۰۰۰ ریال می‌باشد. خواهشمند است مبلغ مذکور را به حساب شماره ۲۱۷۷۲۲۰۴۲۹۰۰۴ بنام فصلنامه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی نزد بانک ملی شعبه دانشگاه تبریز واریز و اصل فیش را به همراه کپی فرم اشتراک به آدرس ذیل ارسال نمایید.

آدرس: تبریز؛ دانشگاه تبریز؛ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی - دفتر مجله

کدپستی: ۵۱۶۶۶۱۴۷۷۶ تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۹۲۰۷۵ فاکس: ۰۴۱۱-۳۳۵۶۰۰۹

پست الکترونیک: mstp@tabrizu.ac.ir

Evaluation the Relationship between EEG Pattern and Overt Aggressive Behavior

* P. Ahmadi (Ph.D)

** H. Vahedi (Ph.D)

*** F. Ranjbar (Ph.D)

**** M. Farhoudi (Ph.D)

***** P. Mazuji (Medical Student)

***** S. Purhasan (Medical Student)

Abstract

Background and objectives: There are very studies in determine the criteria for diagnosis and assessment of aggression. The aim of this study was study of aggressive subject's brain wave activity in compare with healthy subjects by qEEG.

Materials and Methods: The research method was contrastive-descriptive over which some 30 people of aggressive Persons compared and contrasted with some 30 nonaggressive persons were demographically similar to aggressive group. The artifact free EEG epoch was analyzed by fast Fourier transformation (FFT) and Power values of particular frequency bands (delta, theta, alpha and beta) were observed on the brain Regions.

Results and conclusion: Results of variance analysis showed that aggressive subjects theta activity in frontal, central, Parietal and temporal areas is lower than normal subjects. In addition increase in beta activity in frontal, central, Parietal and temporal areas in compare with nonaggressive subjects. These results suggest the disorder change the brain waves activity.

Keywords: Aggression, Quantitative Electroencephalography, Brain Wave.

* Assistant Professor, Islamic Azad University, Tabriz Branch, (Corresponding Author)

** Ph.D Student in Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz

*** Associate Professor of Pschiatry, Tabriz University of Medical Sciences

**** Associate Professor of Neurology, Neurosciences Research Center(NSRC), Tabriz University of Medical Sciences

***** Medical Student of IslamicAzad University, Tabriz Branch

***** Medical Student of Islamic Azad University, Tabriz Branch

The Comparison of Forgiveness in War Veterans with Post Traumatic Stress Disorder, Their Wives and Normal Individuals

M. Bayrami (Ph.D)

Abstract

The purpose of the present study was the comparison of forgiveness in war veterans with post traumatic stress disorder (PTSD), their wives and normal individuals. For investigation of research variables a number of 25 PTSD patients from the population of war veterans Tabriz city, 25 subjects of PTSD patients wives and 25 normal subjects was chosen through convenience sampling procedures. The subjects completed Mullet Forgiveness Questionnaire (FQ). The gathered data is analyzed by SPSS and descriptive statistic indexes, and Multivariate Analysis of variance (MANOVA). The results showed that lasting resentment of Forgiveness Components scores were higher, and Tending to forgiveness of Forgiveness Components scores lower, among PTSD patient than among patients wives and normal individuals. Too tending to forgiveness of Forgiveness Components in Sensitivity to circumstances of Forgiveness Components.

Keywords: Lasting resentment, Tending to forgiveness, Sensitivity to circumstances, Post traumatic stress disorder.

***Loving Styles: Relationships with Big Five Factors of
Personality and Attachment Styles***

* E. Hejazi (Ph.D)

** Z. Tanha (Ph.D Student)

*** S. Rahmani (Ph.D Student)

**** R. Nikpoor (Ph.D Student)

Abstracts

In recent studies, love is considered as a primary psychological need. The purpose of present study was to investigate the relationships between big five factors of personality, attachment styles with loving styles based on the model of Heaven, Da Silva, Cary & Holen (2004). Hence, the sample of 395 undergraduate students (178 girls and 217 boys) was selected by multi-stage cluster sampling method from faculty of psychology and education, Kharazmi University. The instruments consisted of the NEO-PI-R Questionnaire (McCrae and Costa, 1992), attachment styles inventory (Collins and Read, 1990), and love attitude scale (Hendrich, Hendrick & Dicke, 1998). Results indicated that neuroticism had direct relationship with depend, close and anxious attachment styles, and indirect relationship with love style of storge. Extraversion had direct relationship with attachment styles of depend and close and indirect relationship with loving styles of storge, mania and agape. Moreover, dependent style showed direct relationships with storge, close style with mania and agape, and anxious style with eros, mania, and agape. Eventually, results indicated adequate fitness between model and data of this research.

Keywords: Personality, Attachment styles, Loving styles.

* Associated Professor of Psychology, University of Tehran, (Corresponding Author)

** Ph.D Student of Educational Psychology, Kharazmi University

*** Ph.D Student of Educational Psychology, Kharazmi University

**** Ph.D Student of Educational Psychology, Kharazmi University

The Effect of Sand Play therapy in Reducing Anxiety in Primary School Children by Using Observer Software

* S.M. Seyyedi (M.A)

** Sh. Makvand Hosseini (Ph.D)

*** F. Kiyan Ersi (Ph.D)

Abstract

In this study, we examined the effect of sand play therapy in reducing anxiety in primary school girls by observer software. Using a quasi experimental design with experimental group, a sample consisting of 20 elementary school girls who had scored one standard deviation above the mean on spense anxiety questioner voluntarily participated in experimental program. The experimental group underwent 10 sessions of “sandplay therapy” as the independent factor. Data was analyzed with repeated measures analysis of variance (GLM). Finding and the results of the difference in anxiety scores in different sessions shows the effect of sandplay therapy on reducing the experimental group’s anxiety, and statistical results shows that the hypothesis at ($p < 0/01$) is significant, and so sandplay therapy reduces female primary school students’s anxiety. Working with a sand tray will probably give the child the opportunity to discover her phobias in a safe environment, make them concrete by reproduction of the incidents, have more knowledge about them, and find some solutions to solve different problems.

Keywords: Sandplay therapy, Anxiety disorder, Primery school children.

* M.A. in Psychology; Faculty of Education and Psychology; University of Semnan , (Corresponding Author)

** Associated Professor of Psychology; Faculty of Education and Psychology; University of Semnan

*** Assistant Professor of Psychology; Faculty of Education and Psychology; University of Semnan

Attribution Style and High-risk Behaviors: The Mediating Role of Coping Strategies

* K. Azimi Yancheshmeh (M.A)

** Z. Tanha (Ph.D)

*** S. Rahmani (Ph.D)

Abstract

Psychologists are extensively trying to identify predictors of high risk behaviors. One of the most important factors which influence high risk behaviors is attribution styles of individuals. Few studies have investigated the role of mediating variables in this relationship. The present study with the aim of providing a model to determine impact of attribution style with a mediating role of coping styles on high risk behaviors was performed. Hence, sample of 206 students (120 female, 86 male) were selected from Tehran University, using multistage cluster sampling. To collect data Youth Risk Behavior Survey Questionnaire (Center Disease Control, 1989), Attributional style questionnaire (Petersen, et al, 1982) and Coping inventory for stressful situations (Endler & Parker, 1990) were used. Results indicated direct effect of attribution style with task-oriented, emotion-oriented strategies and high-risk behavior, and indirect effect of attribution style with high-risk behaviors mediated by task-oriented strategy. Furthermore, task-oriented and avoidance-oriented strategies had direct effect on high-risk behaviors. Therefore the mediating role of coping strategies in the relation of attribution style and high-risk behaviors were confirmed. Eventually, the model adequately fit the data.

Keywords: High-risk behaviors, Attribution style, Coping strategies.

* M.A Student of General Psychology, Kharazmi University, (Corresponding Author)

** Ph.D Student of Educational Psychology, Kharazmi University

*** Ph.D Student of Educational Psychology, Kharazmi University

The Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy with Old People (CBTO) on General Health Parameters in Patients who Suffered from Parkinson Disease

* M. Aliakbari Dehkurdi (Ph.D)

** A. Ahmadpour (Ph.D)

*** H. Zare (Ph.D)

**** Gh. Shahidi (Ph.D)

***** Z. Barghi Irani (Ph.D Student)

Abstract

Goal: Parkinson disease is a type of degenerative disorder of central nervous system in old people and the current study was aimed at review of the effectiveness of CBT treatment on general health parameters among the patients who are suffered from Parkinson disease.

Method: in this study, the methodology was considered as semi-experimental technique with pretest and posttest plan along with control group that was derived from statistical population of old people who were suffered from Parkinson disease so that research samples included 40 participants who were chosen by available sampling method and divided into testing and control groups randomly. Tested group was supervised under CBTO treatment within 10 sessions. Research tools which used in this study, included General Health Questionnaire (GHQ-28), that was administered in two stages namely pretest and posttest.

* Associate Professor in the Field of Psychology from Payam-E-Noor University (PNU), (Corresponding Author)

** Professor in the Field of Psychology from Payam-E-Noor University (PNU)

*** Associate Professor in the field of Psychology from Payam-E-Noor University (PNU)

**** Brain & Nerves Specialist, A Member of Academic Fellowship in the Field of Sensory

***** Processing Disorders and Assistant Professor from Iran University of Medical Sciences

***** Educator and Ph.D Student in Psychology Group from PNU

Findings: The results came from ANCOVA indicated that Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) has caused the improvement in physical and mental health parameters in the tested group ($p < 0.01$).

Conclusion: Cognitive- Behavioral Therapy with Old people (CBTO) causes the enhancement in all general health parameters among the Parkinson disease patients. Therefore, this method may be utilized as a complementary treatment in hospitals and asylums. Thus, it is suggested to present CBT treatment along with other medical interventions as a part of treatment and medical care for old people who are suffered from Parkinson disease.

Keywords: Cognitive- Behavioral Therapy of Old people (CBTO), general Health, Parkinson Disease (PD).

Working Memory in ADHD Subtypes: Event-Related Potentials (ERPs) Study

* S. Eesaee (M.Sc)

** M.A Nazari (Ph.D)

*** R. Rostami (M.D)

**** S. Babaee (M.Sc)

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate working memory function in ADHD and ADD children.

Methods: In this study, 25 subjects (ADD=12 / ADHD=13) were selected by SNAP4 Scales. ERPs were measured while subjects answered visual working memory task. T test and Umanvitni was used for analyzing the behavioral data and Repeated Measurement of Variance (RANOVA) was used to analyze the ERPs data.

Results: We didn't find any significant differences between ADD and ADHD subjects in behavioral data (comisson, omission and reaction time) and P300 component.

Conclusion: The finding confirms previous researches that suggested, there weren't any differences between ADD and ADHD children in cognitive processing. It seem working memory in ADD children performs as same as ADHD children.

Keyword: Working memory, ADD, ADHD, ERP.

* M.Sc, General Psychology, (Corresponding Author)

** Ph.D Neuroscience, Faculty of the Tabriz University

*** M.D Psychiatry, Faculty of the Tehran University

**** M.Sc., General Psychology

The Study of Effectiveness of Firect, Vognitive Moral Education, Value Clarification and Combinational Methods on the Moral Judgment of Tabriz 4 Educational Zone Senior Male Students

* A. Farid (Ph.D)

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of 4 educational methods on the moral judgment of senior male students. 150 male senior students were selected randomly and assigned in five groups (classes). Each class received one educational method, and one class considered as control group. The Defining Issues Test (DIT) was used for collecting data from the level of student's moral judgment as pretest. After education for 60 days, analysis of data revealed that; educational methods can enhance the moral judgment of male students, and cognitive moral education was the most effective method for enhance of the moral judgment. This method was the method that types of moral dilemma was delivered to the students. After deliver of moral dilemma, the moral judgments of cognitive moral group were heard by other students. Then students were divided to the two groups. One group was presenting their opinions, and other group was presenting themselves opinions. After cognitive moral education, combinational method was the second effective method in the enhance of the level of moral judgment. This method was the method that, moral education fulfilled by all of the methods. Combentionally Direct method also was the effective method. This method was the method that moral subjects were delivered directly. Based on prior researches this outcome was not anticipated. Thus, we can conclude

* Assistant Professor of University of Shahid Madani

that; the education can enhance the level of moral reasoning (judgment).

Keywords: Cognitive moral education, Value clarification, Combinational methods, Direct method moral judgment.

The Relationship between Eysenck Personality Characteristics and Resiliency with Attitude to toward Suicide among Female Students

* J. Karami (Lecturer)

** A. Zakiei (M.A)

*** M. Alikhani (M.A)

**** F. Mohamadi (Ph.D)

Abstract

The present study was conducted to determine the relationship between the Eysenck Personality characteristics and resiliency with a look at the issue of suicide among girl students in Kermanshah. For performing the research, a sample size of 250 individuals was selected of all secondary school students in Kermanshah by a cluster sampling. Descriptive study was of a correlative type, and to analyze the data, Pearson correlation and regression analysis was used by the help of SPSS19 software.

To gather data, the Eysenck Personality characteristics questionnaires, Connor and Davidson resiliency approach and attitude to committing suicide were used. Results showed that there is a positive and significant correlation between personality traits psychotic mental attitudes, and attitude to committing suicide, but there is a negative correlation between extroversion and attitude to committing suicide. In addition, results indicate that there is a negative correlation between resiliency and attitude to committing suicide. According to the results, it could be concluded that the character of a structure is associated with suicide.

Keywords: Personality characteristics, Resiliency, Suicide.

* Lecturer of Psychology Department; University of Razi

** M.A in Psychology (Correspondign Auther)

*** M.A in Psychology

**** Ph.D Student of Psychology; University of Tabriz

***An Empirical Test of a Metacognitive Model of d Rumination
and Depression in Non-clinical Population***

* Sh. Mohammadkhani (Ph.D)

** N. S. Purmand (M.A)

*** H. Hassanabadi (Ph.D)

Abstract

The present study aimed to test the structural relationship between rumination, metacognitive beliefs and depressive symptoms according to wells and Matthews (1994) the Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model of emotional disorders in non-clinical samples. Four hundreds and one male and female students (Mean=21.01, SD=1.96) were selected and answered the rumination questionnaire, metacognitive beliefs scale, positive metacognitive beliefs scale, negative metacognitive beliefs scale and beck depression questionnaire. Results showed that metacognitive model of depression and rumination in non-clinical population has good fitness. However, the relationships between components of model in a non-clinical sample were slightly different from clinical population. In non-clinical population, rumination directly and indirectly were associated with depression, that is opposite of findings in clinical samples in which metacognitive beliefs mediate the relationship between rumination and depression. Also the results showed that in non-clinical samples, rumination affect depression only through activation of negative beliefs about uncontrollability and harm rather than beliefs related to social consequences. The results of this study support the applicability of metacognitive model of depression in non-clinical population.

Keywords: Rumination; Metacognitive beliefs; Depression; Structural modeling.

* Assistant Professor of Psychology, University of Kharazmi, (Corresponding Author)

** M.A in Clinical Psychology, University of Kharazmi

*** Assistant Professor of Psychology, University of Kharazmi

The Comparison of Social Competence and Academic Self Efficacy of Special Needs Students in Three Methods of Integrational, Exceptional and Normal Education

* T. Hashemi (Ph.D)

***N. Beyrami (M.A)

Abstract

The present research aimed at the comparison of social competence and academic self efficacy of special needs students in three current methods in country. This education is doing in methods of integrational, exceptional and normal. The method of study was causal-comparative. For this reason samples were selected from 3 groups of integrational education. exceptional education (67 subjects in each group) and normal education students (30 subjects in this group) and inventoris of social competence (SCRQ) and Academic self efficacy was administrated to 3 groups. The results were analyzed using one way and multivariate analysis of variance and indicated that exceptional education method more effective than two other methods. Therefore. the purposes of integrational method haven't done.

Keywords: Social competence, Academic self efficacy, Special needs students, Integrated education, Exceptional education, Normal education.

* Associate Professor, Department of Psychology, University of Tabriz (Corresponding Author)

*** M.A in Educational Psychology, University of Tabriz,

Contents

Evaluation the Relationship between EEG Pattern and Overt Aggressive Behavior	1
P. Ahmadi (Ph.D); H. Vahedi (Ph.D); F. Ranjbar (Ph.D); M. Farhoudi (Ph.D); P. Mazuji (Medical Student); S. Purhasan (Medical Student)	
The Comparison of Forgiveness in War Veteams with Post Traumatic Stress Disorder, Their Wives and Normal Individuals	13
M. Bayrami (Ph.D)	
Loving Styles: Relationships with Big Five Factors of Personality and Attachment Styles	29
E. Hejazi (Ph.D); Z. Tanha (Ph.D Student); S. Rahmani (Ph.D Student); R. Nikpoor (Ph.D Student)	
The Effect of Sand Play therapy in Reducing Anxiety in Primary School Children by Using Observer Software	55
S.M. Seyyedi (M.A); Sh. Makvand Hosseini (Ph.D); F. Kiyan Ersi (Ph.D)	
Attribution Style and High-risk Behaviors: The Mediating Role of Coping Strategies	77
K. Azimi Yancheshmeh (M.A); Z. Tanha (Ph.D); S. Rahmani (Ph.D)	
The Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy with Old People (CBTO) on General Health Parameters in Patients who Suffered from Parkinson Disease	97
M. Aliakbari Dehkurdi (Ph.D); A. Ahmadpour (Ph.D); H. Zare (Ph.D); Gh. Shahidi (Ph.D); Z. Barghi Irani (Ph.D Student)	
Working Memory in ADHD Subtypes: Event-Related Potentials (ERPs) Study	125
S. Iesaei (M.Sc); R. Rostami (M.D); M.A Nazari (Ph.D); S. Babaee (M.Sc)	
The Study of Effectiveness of Firect, Vognitive Moral Education, Value Clarification and Combinational Methods on the Moral Judgment of Tabriz Educational Zone Senior Male Students	151
A. Farid (Ph.D)	
The Relationship between Eysenck Personality characteristics and Resiliency with Attitude to toward Suicide among Female Students	169
J. Karami (Lecturer); A. Zakiei (M.A); M. Alikhani (M.A); F. Mohamadi (Ph.D)	
An Empirical Test of a Metacognitive Model of d Rumination and Depression in Non-clinical Population	185
Sh. Mohammadkhani (Ph.D); N. S. Purmand (M.A); H. Hassanabadi (Ph.D)	
The Comparison of Social Competence and Academic Self Efficacy of Special Needs Students in Three Methods of Integrationai. Exceptional and Normal Education	207
T. Hashemi (Ph.D); N. Beyrami (M.A)	

Journal of Modern Psychological Researches

Vol. 8, No. 30, Summer 2013

Founder: University of Tabriz Faculty of Education & Psychology

Editorial Manager: M. Bayrami, Ph.D

Editor-in-Chief: A.H. Mehryar, Ph.D

Executive Manager: T. Hashemi, Ph.D

Assistant Editor: J. Babapour, Ph.D

Administrative Manager: Y. Nejati

Typesetting: V. Jahedfar

Cover and Text Designer: T. Sadati

Printed by: Tabriz University Press

Address: Journal Office, Faculty of Education & Psychology, University of Tabriz,
Tabriz, Iran

Post Code: 5166614776, Tel: 0411-3392075, Fax: 0411-3356009

Web: www.tabrizu.ac.ir

Editorial Board:

G. Afrooz, Ph.D

A. Alipour, Ph.D

J. Babapour Kheiroddin, Ph.D

M. Bairami, Ph.D

A. Bakhshipour, Ph.D

J. Ejei, Ph.D

T. Hashemi Nosratabad, Ph.D

P. Kadeevar, Ph.D

Z. Khanjani, Ph.D

M. Mahmoud Aliloo, Ph.D

A.H. Mehryar, Ph.D

A.R. Moradi, Ph.D

Journal of Modern Psychological Researches ◀

University of Tabriz ◀

Vol. 8, No. 30, Summer 2013 ◀

- Evaluation the Relationship between EEG Pattern and Overt Aggressive Behavior 1
P. Ahmadi (Ph.D); H. Vahedi (Ph.D); F. Ranjbar (Ph.D); M. Farhoudi (Ph.D); P. Mazuji
(Medical Student); S. Purhasan (Medical Student)
- The Comparison of Forgiveness in War Veteams with Post Traumatic Stress Disorder, 13
Their Wives and Normal Individuals
M. Bayrami (Ph.D)
- Loving Styles: Relationships with Big Five Factors of Personality and Attachment 29
Styles
E. Hejazi (Ph.D); Z. Tanha (Ph.D Student); S. Rahmani (Ph.D Student); R. Nikpoor (Ph.D
Student)
- The Effect of Sand Play therapy in Reducing Anxiety in Primary School Children by 55
Using Observer Software
S.M. Seyyedi (M.A); Sh. Makvand Hosseini (Ph.D); F. Kiyan Ersi (Ph.D)
- Attribution Style and High-risk Behaviors: The Mediating Role of Coping Strategies 77
K. Azimi Yancheshmeh (M.A); Z. Tanha (Ph.D); S. Rahmani (Ph.D)
- The Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy with Old People (CBTO) on 97
General Health Parameters in Patients who Suffered from Parkinson Disease
M. Aliakbari Dehkurdi (Ph.D); A. Ahmadpour (Ph.D); H. Zare (Ph.D); Gh. Shahidi (Ph.D);
Z. Barghi Irani (Ph.D Student)
- Working Memory in ADHD Subtypes: Event-Related Potentials (ERPs) Study 125
S. Iesae (M.Sc); R. Rostami (M.D); M.A Nazari (Ph.D); S. Babae (M.Sc)
- The Study of Effectiveness of Firect, Vognitive Moral Education, Value Clarification 151
and Combinational Methods on the Moral Judgment of Tabriz 4 Educational Zone
Senior Male Students
A. Farid (Ph.D)
- The Relationship between Eysenck Personality characteristics and Resiliency with 169
Attitude to toward Suicide among Female Students
J. Karami (Lecturer); A. Zakiei (M.A); M. Alikhani (M.A); F. Mohamadi (Ph.D)
- An Empirical Test of a Metacognitive Model of d Rumination and Depression in Non- 185
clinical Population
Sh. Mohammadkhani (Ph.D); N. S. Purmand (M.A); H. Hassanabadi (Ph.D)
- The Comparison of Social Competence and Academic Self Efficacy of Special Needs 207
Students in Three Methods of Integrationai. Exceptional and Normal Education
T. Hashemi (Ph.D); N. Beyrami (M.A)