



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۶۴، دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

ویراستار فارسی:

فاطمه سفیری

ویراستار انگلیسی:

سیده‌منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

عباس عبدالمی

استادیار دانشگاه الزهرا(س)

مدیر اجرایی:

فاطمه وزیری

طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه سفیری

طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

ناشر:

دانشگاه الزهرا(س)

ترتیب انتشار:

فصلی

شماره پروانه انتشار:

۱۲۴/۱۲۷۴

شماره پروانه علمی - پژوهشی:

۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹

شمارگان:

۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر مجله:

تهران، میدان ونک، خیابان ونک، دانشگاه الزهرا،

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، طبقه سوم

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۸۰۴۱۴۶۳

وبگاه:

<http://journal.alzahra.ac.ir>

پست الکترونیک:

psychstudies@alzahra.ac.ir

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهرا(س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

سر دبیر:

سیده‌منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا(س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز

استاد دانشگاه تهران

حمیدرضا آقامحمدیان

استاد دانشگاه فردوسی مشهد

جلیل باباپور خیرالدین

استاد دانشگاه تبریز

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

سجاد بشرپور

استاد دانشگاه محقق اردبیلی

احمد به‌پژوه

استاد دانشگاه تهران

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

روشنک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهرا(س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند

استاد دانشگاه شهید چمران

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

النی جی هیبیدو

محقق مرکز درد مایکل DeGroot، دانشیار (PT) گروه روان‌پزشکی و

علوم اعصاب رفتاری

سیده‌منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا(س)

این فصل‌نامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) و نیز ایران‌ژورنال (نظام نمایه‌سازی مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فن‌آوری) نمایه می‌شود و دارای ضریب تأثیر در این نظام (ISC) است. این فصل‌نامه با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا(س) به چاپ می‌رسد.

طی نامه شماره ۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹، در تاریخ ۱۳۸۳/۱۰/۸، بر اساس نظر کمیسیون بررسی نشریات علمی کشور در وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، درجه علمی - پژوهشی به فصل نامه مطالعات روان‌شناختی اعطا و در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۸ تمدید اعتبار و ابلاغ شد.

فصل نامه مطالعات روان‌شناختی در پایگاه‌های اطلاعاتی زیر نمایه می‌شود.

www.sid.ir

- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

www.magiran.com

- پایگاه اطلاعات نشریات کشور

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

www.noormags.com

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

www.iranpsych.tums.ac.ir

شرایط پذیرش مقاله‌ها

نویسندگان نباید بیش از دو مقاله در سال ارسال نمایند مگر اینکه مقاله غیرقابل پذیرش باشد.

مشخصات نویسندگان پس از پذیرش نهایی مقاله تغییر نخواهد کرد.

- موضوع نشریه: اختلالات روان‌شناختی و مداخلات درمانی
 - کل مقاله حداکثر ۱۵ صفحه و ۵۰۰۰ واژه باشد.
 - سایز قلم چکیده فارسی و انگلیسی و منابع با فونت B lutos و سایز ۱۱ با فاصله خطوط ۱/۱۵، برای متن اصلی مقاله فاصله سطرها ۱/۵ و با فونت B lutos و سایز قلم ۱۲، جداول و عنوان آن‌ها سایز ۱۱ و فاصله خطوط ۱/۱۵ تنظیم شده باشد.
 - اندازه قلم تیترها ۱۴ و بولد باشد.
 - عنوان کوتاه و متناسب با محتوا
 - آوردن نام و نام خانوادگی، وابستگی سازمانی نویسنده (نویسندگان) مرتبه علمی دانشگاهی آن‌ها، نشانی پستی محل کار، شماره تماس، E-mail نویسنده (نویسندگان) و مشخص نمودن نویسنده مسئول در قسمت فایل با نام سامانه، به فارسی و انگلیسی و همچنین در فایل اصل مقاله الزامی است.
 - چکیده فارسی و انگلیسی منطبق با هم در حداکثر ۲۰۰ واژه، در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده شامل هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، نمونه و ابزار)، یافته‌ها و نتیجه‌گیری نهایی یا پیشنهاد کاربردی تهیه و تنظیم شود.
 - کلیدواژه‌ها حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی (متناسب با زبان نوشتار) نوشته شود.
 - متن تایپ شده کامل و نهایی مقاله و در هر مرحله به صورت فایل با ساختار Word2007 از طریق سایت فصل‌نامه مطالعات روان‌شناختی <http://psychstudies.alzahra.ac.ir> فرستاده شود.
 - مقدمه شامل بیان مسئله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش (با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه APA)، اهداف، فرضیه(های) پژوهش یا پرسش پژوهش.
- هنگام استناد به پژوهشگران قبلی، در بار اول نام نویسندگان (تا ۴ نفر، در صورتی که بیشتر از ۴ نفر باشند کلمه همکاران به آن اضافه شود) در متن ذکر شود و نام نویسندگان خارجی با شماره‌گذاری بر روی نفر آخر در پاورقی ذکر شود و کلمه نام این نویسندگان در یک سطر قرار گیرد و در بار دوم فقط نام خانوادگی نویسنده اول و کلمه همکاران و سال ذکر شود و نیازی به زیرنویس ندارد.

- پانوشته‌ها: در پانوشته حرف اول نام خانوادگی پژوهشگران با حرف بزرگ نوشته شود و نیازی به ذکر نام اول نیست.
- در پانوشته برای معادل سازی اصطلاحات علمی، معادل خارجی کلمات با حروف معمولی نوشته شود (سایز پانوشته ها ۱۰ باشد).
- روش شامل نوع طرح پژوهش، توصیف کامل و تعداد جامعه، تعداد نمونه و دلیل روش نمونه‌گیری و شرح کامل ابزار اندازه‌گیری (نام ابزار دقیق به انگلیسی زیرنویس شود بجای کلماتی همچون عبارت، آیت، ماده و ... از کلمه گویه استفاده شود و تعداد آن‌ها ذکر شود. نام ابزار در طول متن معرفی باید همان واژه اولی که بکاررفته است باشد و با زیرنویس هماهنگ باشد. نام خرده مقیاس‌ها یا عامل‌ها با زیرنویس آن‌ها وارد شود. شیوه نمره گذاری، چگونگی محاسبه نمره کل ذکر شود. دامنه نمرات قابل دریافت. کسب نمره بالا به چه معناست؟ یا نمره برش چند است. ضرایب روایی و پایایی و روش کار آن‌ها در نسخه اصلی از تدوین کننده با ذکر منبع. ضرایب روایی
- و پایایی نسخه بومی سازی شده و روش کار با ذکر منبع فقط یک پژوهشگر کافی است. همه ابزارها باید گزارش همسانی درونی باروش آلفا کرونباخ در مورد نمونه خودتان، اگر از زیر مقیاس‌ها استفاده می‌شود برای زیرمقیاس‌ها را هم در پایان معرفی همان از موند داشته باشند. از نظر طول جلسه و تعداد در هفته و اینکه گروهی یا انفرادی هم بنویسید. برنامه آموزشی از کجا برداشته شده و آیا تغییراتی به آن داده‌اید و پایایی آن چقدر است). اعلام رعایت موازین اخلاقی در هنگام اجرای پژوهش.
- یافته‌ها شامل نتایج پژوهش همراه با جدول‌ها و نمودارها (حداکثر ۵تا) با پیروی از راهنمای عمومی APA. توصیف جداول قبل از ارائه جدول بیاید و کلیه اعداد متن و جداول به فارسی و اعشار آن تا دو رقم با ممیز نوشته شود. کاما و نقطه به جای ممیز گذاشته نشود.
- بحث و نتیجه‌گیری تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری مطرح در مقدمه و مقایسه با پژوهش‌های قبلی مطرح در مقدمه، جمع‌بندی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد و بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها.
- تشکر و قدردانی: از سازمان حمایتگر یا از شرکت کنندگان تقدیر و تشکر شود.
- نگارش فهرست منابع فارسی به زبان انگلیسی: همه نویسندگان ملزم هستند هنگام ارسال مقاله، فهرست منابع فارسی را هم به زبان فارسی و هم به زبان انگلیسی (برگرفته از چکیده انگلیسی مقالات) همراه با فهرست منابع انگلیسی، به ترتیب الفبایی مقاله درج نمایند. لازم به ذکر است اسم کوچک نویسندگان فارسی در فهرست منابع فارسی باید کامل نوشته شود.
- منابع داخلی و خارجی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است باید روزآمد و ترجیحاً از منبع ۵ سال اخیر باشد در فهرست منابع، بر اساس ضوابط نگارشی APA ارائه شوند. به شرح زیر تنظیم شوند:
- کتاب (تألیف): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، محل چاپ، ناشر.
- کتاب (ترجمه): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار متن اصلی. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، نام و نام خانوادگی مترجم (مترجمان) سال ترجمه، محل چاپ، ناشر.

-مقاله: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان مقاله، نام نشریه به صورت /یتالیک، شماره (Issue) و دوره (Volume) شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰).

-پایان نامه: نام خانوادگی و نام نویسنده، سال. عنوان پایان نامه به صورت /یتالیک، رشته، نام دانشگاه، کشور.

-پایگاه های اینترنتی: ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز، ماه و سال نوشته شود.

-مقاله های رسیده نباید پیش تر در مجله های داخل یا خارج کشور چاپ شده باشد.

-بر اساس آئین نامه مجله های علمی کشور، مقالات پژوهشی اولویت دارند و دیگر مقالات تألیفی (مانند مقالاتی که به تبیین مبانی نظری علوم روان شناختی می پردازد) طبق ضوابط آئین نامه مذکور بررسی خواهد شد.

-مسئولیت درستی علمی مقاله و داده های آن به عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود.

نویسندگان مقاله هنگام ثبت مقاله در سامانه ملزم به تکمیل تعهد نامه و فرم تعارض منافع هستند.

نویسندگان محترم پس از تایید داوران و سردبیر فصلنامه (بازنگری جزئی)، چکیده مبسوط را به شیوه زیر تنظیم نمایند.

چکیده گسترده به زبان انگلیسی

صفحات باید A4 با داشتن حاشیه ۲ سانتی متر از همه طرف بدون شماره گذاری باشد.

عنوان نباید بیش از دو سطر باشد، هرچه کوتاه تر بهتر، کلمات با فونت Times New Roman سایز ۱۴ و بولد و حرف اول کلمات اصلی آن بزرگ باید باشد (style Title 1).

در یک سطر نام و نام خانوادگی نویسندگان به ترتیب چپ به راست (اندازه ۱۲ فونت)، برای هر نویسنده در سطر بعدی درجه علمی، سازمان، شهر، کشور و پست الکترونیک به ترتیب هر نویسنده در یک سطر زیر هم با سایز ۱۰ بیاید.

بخش های اصلی چکیده گسترده:

کل فایل چکیده گسترده باید برگرفته از فایل مقاله اصلی و شامل حداقل ۹۰۰ و حداکثر ۱۲۰۰ واژه باشد و بیش از ۳-۴ صفحه نشود. جداول و تصاویر و منابع در شمارش واژگان در نظر گرفته نمی شود اما در تعداد صفحات محسوب می شوند.

چکیده گسترده شامل بخش های زیر باید باشد:

۱- خلاصه و کلمات کلیدی

۲- مقدمه، مرور کوتاهی از ادبیات و بیان مسئله

۳- روش

۴- نتایج

۵- نتیجه گیری ها و بحث ها

۶- ذکر منابع ضروری و روزآمد، صرفاً منابعی که در چکیده مبسوط به آن ها استناد داده اید.

- خلاصه فقط با (۱۵۰ واژه) با فونت Times New Roman، فاصله تک خط و سایز ۱۰ نوشته شود، که یک پاراگراف، بدون عنوان بندی، هدف و روش و یافته را دربرگیرد و کلمات کلیدی (در حد ۳-۵ کلمه) با کاما جدا شود. باشد

- مقدمه (بررسی ادبیات و بیان مسئله) (۳۰۰ واژه)

- کلمه مقدمه با فونت Times New Roman، اندازه فونت ۱۴، پر رنگ Introduction

در بخش مقدمه باید: (۱) دامنه و هدف مقاله را بیان کنید و مشکل را مطرح کنید؛ (۲) خیلی خلاصه از ادبیات مربوطه؛ (۳) روش‌های موجود را توصیف کنید و (۴) یک بررسی کلی از یافته‌های اصلی و پیشینه کار را ارائه دهید. بررسی ادبیات باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با مراجع روزآمد کافی باشد. فرضیه‌ها در آخر ذکر شود (مقدمه چکیده مبسوط برگرفته از مقدمه مقاله اصلی است)، نقل قول‌های متن در صورت اشاره، خلاصه، نقل قول یا نقل قول از یک منبع دیگر گنجانده شود، کلیه استنادها در متن، باید یک لیست متناظر در فهرست منابع داشته باشد. سبک استناد APA در متن با استفاده از نام خانوادگی نویسنده و سال انتشار، به عنوان مثال: (Maddi، ۲۰۱۳). برای نویسندگان چندگانه، فقط از نام خانوادگی نویسنده اول به همراه علامت اختصار همکاران (et al.) استفاده شود، برای مثال: Ryan, et al. (۲۰۱۸).

– روش Method (۳۰۰ واژه)

روش‌شناسی باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با منابع کافی باشد. نویسنده باید سؤال پژوهش را توضیح دهد، چارچوب پژوهش و روش‌های مورد استفاده با جزئیات را توضیح دهد. روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه ذکر شود. علاوه بر این باید مشخص شود چرایی سؤال پژوهش مربوط به نظریه است یا کاربردی است و به همین دلیل روش انتخاب شده برای این مشکل مناسب است. ابزارها و روایی و پایایی آن‌ها ذکر شود.

– نتایج Result (۴۰۰ واژه)

استدلال‌ها و یافته‌ها در این بخش به‌طور کامل شرح داده شود. گردآوری داده‌ها و نحوه آنالیز آن‌ها، جداول و تصاویر حاصل از نتایج (حداکثر دوجداول یا دو تصویر) و توصیف نتایج بیان شود. تمام جداول، تصاویر و ارقام باید در مرکز باشند. (style Table) ارقام و تصاویر باید شماره داشته باشند (style Figure caption) و عنوان شکل باید زیر شکل یا تصویر قرار گیرد؛ برای جداول، آن‌ها نیز باید شماره‌گذاری شوند و در بالای جدول باید قرار گیرند. منابع جداول، ارقام و تصاویر (در صورت وجود) باید در زیر قرار گیرد که شامل نام نویسنده و تاریخ چاپ آن است.

– نتیجه‌گیری و بحث (۱۵۰ واژه)

نتیجه‌گیری باید شامل موارد زیر باشد: (۱) اصول و تعمیم‌های حاصل از نتایج، (۲) استثنا، مشکلات یا محدودیت‌های کار، (۳) کاربرد نظری و عملی، (۴) نتیجه‌گیری‌ها و پیشنهادها. از منابع استفاده شده در مقدمه چکیده مبسوط در نتیجه‌گیری و بحث استفاده شود.

– منابع

منابع باید به ترتیب حروف الفبا لیست شده و در فرمت مطابق با سبک APA ارائه شوند؛ حداکثر ۸-۱۰ منبع ثبت شود. نام نویسندگان و عنوان مقاله یا کتاب فارسی مستقیماً از قسمت انگلیسی آن‌ها گرفته شود و دقیق باشد.

تشکر و قدر دانی

حمایت مالی

تضاد منافع

ملاحظات

– هیئت تحریریه مجله در رد یا قبول مقالات دریافت شده آزاد است.

– مجله در ویرایش، اصلاح و هماهنگ سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد آزاد است.

- مقالات دریافت شده باز گردانده نخواهد شد.
- ترتیب تنظیم مقالات تأیید شده برای چاپ، بنا به نظر هیأت تحریریه مجله خواهد بود.
- هزینه پردازش مقاله در دو مرحله از سامانه مجله به صورت آنلاین پرداخت می‌شود که هزینه پردازش مرحله اولیه ۱۵۰۰۰۰۰ و هزینه پردازش نهایی قبل از انتشار ۱۵۰۰۰۰۰ است

فهرست

- ۱۱-۳۲ مقایسه ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی
زهرا کمالی‌نسب، شکوه السادات بنی‌جمالی، شیرین کوشکی، محمد اورکی
- ۳۳-۵۲ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری
چنگیز رحیمی، محجوبه پورابراهیمی، راضیه بنی‌اسدی
- ۵۳-۷۲ تبیین علائم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی
سارا لرنزنگنه، علی عیسی زادگان
- ۷۳-۹۴ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی
سوده باغخانی، سید محمد حسین موسوی نسب، سمیه پور احسان
- ۹۵-۱۱۴ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر ناراضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن
ماهرخ رضایی، پروانه محمد خانی، مرجان جعفری روشن
- ۱۱۵-۱۳۶ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارای اختلال یادگیری خاص دانش‌آموزان
علی رضائی شریف، ناصر صبحی قراملکی، سعید پورعبدل، مجید ضرغام حاجبی، مهدی بیکی
- ۱۳۷-۱۵۶ نقش تکانشگری، کارکردهای اجرایی و بهوشیاری زمینه‌ای در بروز رفتارهای پرخطر جوانان
مرضیه اصغری، دکتر محمدحسین عبداللهی، دکتر مهناز شاهقلیان
- ۱۵۷-۱۷۸ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری و آسیب‌پذیری در برابر استرس کرونا در نوجوانان
فرامرز سهرابی، دل‌آرام جمعیان، زهرا پوراسدی
- ۱۷۹-۱۹۸ نقش درونگرایی در پیامدهای روانشناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی در دورکاری
حمیدرضا عریضی، هاجر براتی احمدآبادی



دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

مطالعات روان‌شناختی

صفحه: ۳۲-۱

مقاله پژوهشی



تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۳۰

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۳/۱۲

DOI: 10.22051/PSY.2021.36386.2463

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی

زهرا کمالی‌نسب^{۱*}، شکوه السادات بنی‌جمالی^۲، شیرین کوشکی^۳، محمد اورکی^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی بود. این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. زنان با اختلال بی‌خوابی جامعه آماری بودند که از طریق فراخوان، در سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره دانشگاه علمی‌کاربردی فرهنگ و هنر مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها تعداد ۶۳ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه (۲۱ نفره) جای داده شدند. هر دو گروه آزمایش به طور جداگانه طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی، تحت درمان قرار گرفتند. پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی پیش از آغاز درمان و پایان جلسات درمان و ۳ ماه بعد به صورت انفرادی اجرا شد. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو درمان بر کاهش اجتناب تجربی زنان مبتلا به اختلال بی‌خوابی تأثیر داشت و هر دو به یک اندازه در پیگیری مؤثر بودند، اما ذهن‌آگاهی مؤثرتر بود و همچنین جنبه پیشگیری از عود را داشت. بنابراین، می‌توان از این دو روش درمان در جهت کاهش اجتناب تجربی استفاده کرد.

۱) نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

m.kamalinasab@gmail.com

۲) دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران drbanijamali@yahoo.com

۳) دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران Shirin_kooshki@yahoo.com

۴) دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران m.oraki@pnu.ac.ir

۱۲ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

کلیدواژه‌ها: اجتناب تجربی، بی‌خوابی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

مقدمه

انسان‌ها یک سوم از زندگی خود را در خواب می‌گذرانند. عوامل فردی، روانی و محیطی بر کیفیت و کمیت خواب اثر می‌گذارند و گاهی موجب اختلال در فرایند خواب می‌شوند (استوجانو، مالوبابیک، استانوجویک و استویک^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). بی‌خوابی^۲ عبارت است از نارضایتی از کیفیت یا کمیت خواب همراه با یک یا چند مورد از علائم زیر: اشکال در شروع خواب، اشکال در تداوم خواب، همراه با بیدار شدن‌های مکرر یا اشکال در بازگشت به خواب و سحرخیزی همراه با ناتوانی برای به خواب رفتن (برانلو، میلر و گراهام^۳، ۲۰۲۰). بی‌خوابی (به صورت مداوم یا گذرا) از شایع‌ترین اختلالات خواب در بین بزرگسالان است (سکستون، سایکارا، کاراگرو و زیستر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده‌است (برانلو، میلر و گراهام، ۲۰۲۰).

عواملی مانند اجتناب تجربی^۵ موجب بروز و تشدید اختلالات روان‌شناختی مانند بی‌خوابی و کاهش کیفیت خواب می‌شوند (زکی‌ئی، خزائی، رشادت، رضایی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). اجتناب تجربی عبارت است از فرایند اجتناب، گریز یا تغییر رویدادهای خصوصی ناخواسته و بافت و زمینه‌ای که آن‌ها را فراخوانی می‌کند (بیشاپ، امرال و پالم‌رید^۷، ۲۰۱۸). تلاش برای اجتناب از افکار و باورهای منفی، با

1 Stojanov, Malobabic, Stanojevic & Stevic

2 Insomnia

3 Brownlow, Miller & Gehrman

4 Sexton, Sykara, Karageorgiou & Zitser

5 experiential avoidance

6 Zakiei, Khazaie, Reshadat, Rezaei, & Komasi

7 Bishop, Amental & Palm Reed

افزایش اجتناب تجربی و بی‌خوابی همراه است (داودی، نیسی، خزائی، ارشدی و همکاران، ۱۳۹۶). اجتناب تجربی با سرکوب احساسات، افکار و تجربه‌های درونی ناخواسته (هیز_اسکلتون و آستین^۱، ۲۰۲۰)؛ برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی را افزایش می‌دهد (بیشاپ و همکاران، ۲۰۱۸؛ لئونیدو و پانایوتو^۲، ۲۰۲۱). با افزایش وقوع افکار نگران‌کننده، زمینه برای بروز نشخوار فکری آماده شده که می‌تواند بی‌خوابی را تشدید کند (بیشاپ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به بی‌خوابی اغلب نشخوارهای فکری آزاردهنده‌ای دارند که برانگیختگی هیجانی را افزایش می‌دهد (صدوقی و محمدصالحی، ۱۳۹۹) و میزان اجتناب تجربی در بین افراد مبتلا به بی‌خوابی بالاتر از جمعیت عادی است (زکی‌ئی و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از درمان‌هایی مورد استفاده برای کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به بی‌خوابی، ذهن‌آگاهی^۳ است. ذهن‌آگاهی فرایند روان‌شناختی آوردن توجه به تجربیات زمان حال یا پرورش آگاهی و هوشیاری با تکیه بر مراقبت و زیرنظرگرفتن توجه در زمان حال است. آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است. ذهن‌آگاهی با تاکید بر پذیرش تجربیات درونی و بیرونی منفی، می‌تواند تحمل پریشانی را افزایش داده و به کاهش اجتناب منجر شود (اندرئوتی، کونگراد، لی‌ویگوروکس، دویر^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهشگران اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در

1 Hayes-Skelton & Eustis

2 Leonidou & Panayiotou

3 mindfulness

4 Andreotti, Congard, Le Vigouroux & Dauvier

۱۴ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

کاهش اجتناب تجربی تایید کرده‌اند (قدم‌پور، رادمهر و یوسف‌وند، ۱۳۹۶). از این‌رو بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی برای کاهش اجتناب تجربی افراد مبتلا به بی‌خوابی در پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفت. مداخلات خواب مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری از دیگر مداخلات موثر است. این مداخلات کوتاه مدت، چند مؤلفه‌ای و هدفمند هستند که با هدف اصلاح الگوهای شناختی و رفتاری موثر بر اختلال خواب افراد، مانند بهداشت خواب ضعیف، برنامه خواب بیداری نامنظم، تاخیر در خوابیدن و ... انجام می‌شوند (ردکر، جین، اندرو، کلاین^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). یافته‌های اسپجو، گورلیک و کاستریوت^۲ (۲۰۱۷) نشان داد درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش ادراک‌های تهدید کننده و اجتناب تجربی می‌شود. پژوهش‌های دیگر (اوستیس، کاردونا، نافال، سائر_زاوالا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ شفیع، صادقی و رضانی (۱۳۹۶) نیز اثر مداخلات شناختی-رفتاری را بر کاهش اجتناب تجربی تایید کرده‌اند.

با مرور ادبیات پژوهشی داخل ایران، به نظر می‌رسد مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر کاهش اجتناب تجربی زنان دارای اختلال بی‌خوابی بررسی نشده‌است؛ درحالی‌که، نقش عوامل شناختی و هیجانی در بروز و تداوم اختلال بی‌خوابی باید در نظر گرفته شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۶) و پیامد درمان‌های روان‌شناختی بر مشکلات همبود با آن مورد مطالعه قرار گیرد. بنابراین، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی می‌پردازد.

روش

1 Redeker, Jeon, Andrews & Cline

2 Espejo, Gorlick, & Castriotta

3 Eustis, Cardona, Nauphal & Sauer-Zavala

روش پژوهش با طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون^۱ با گروه کنترل (گروه در لیست انتظار^۲) و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به بی‌خوابی شهر تهران تشکیل دادند که از طریق فراخوان در سطح شهر، دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و شبکه‌های اجتماعی به مرکز مشاوره دانشگاه علمی‌کاربردی فرهنگ و هنر مراجعه کردند، پس از معاینه بر اساس ملاک‌های تشخیصی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ و نظر روان‌شناس و متخصص اعصاب و روان، دارای بی‌خوابی تشخیص‌گذاری شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اختلال بی‌خوابی؛ جنسیت مونث، سن ۱۸ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی نباشد و تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: بی‌خوابی با اختلالاتی مانند حمله خواب، داشتن هرگونه بیماری جسمی و روانی و اختلالات نورولوژیک زمینه‌ای و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی. این افراد به پرسشنامه اجتناب تجربی پاسخ دادند و با کسب نمره کل بالاتر از خط برش یعنی ۱۵۰، به روش هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی بر اساس حداقل حجم نمونه (اونگبازی و کالینز^۴، ۲۰۰۷) به سه گروه ۲۱ نفره (ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری و گروه لیست انتظار) تقسیم شدند. در مراحل مختلف درمان برخی از شرکت‌کنندگان مایل به همکاری نبودند که با حذف این افراد، یافته‌ها برای گروه‌های ۱۸ نفری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1 Pre- Test __ Post- Test

2 waiting list group

3 Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5)

4 Onwuegbuzie & Collins

۱۶ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

اصول اخلاقی زیر در پژوهش رعایت شده‌است: حق اختیار برای مشارکت در طرح، محرمانگی اطلاعات شخصی، به‌کاربرد نبردن روش‌های آسیب‌رسان، ارائه اطلاعات در زمینه نحوه اجرای پژوهش و رعایت امانتداری در تجزیه و تحلیل و ارائه داده‌ها.

در پژوهش حاضر از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی^۱: این پرسشنامه را گامز^۲ و همکاران (۲۰۱۱) تدوین کرده‌اند. پرسشنامه دارای ۶۲ گویه و شش خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری^۳، پریشانی‌گریزی^۴، تعویق^۵، حواس‌پرتی/فرونشانی^۶، سرکوبی/انکار^۷ و تحمل پریشانی^۸ است که در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. گامز و همکاران (۲۰۱۱) ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی آن را با پرسشنامه تعهد و عمل ۰/۷۴ گزارش کردند. نتایج روایی افتراقی در پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۹۶) نشان‌داد که اجتناب تجربی بین دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معنی‌داری دارد ($F=207/53$, $P<0/001$). آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ محاسبه شد.

-
- 1 Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)
 - 2 Gamez
 - 3 behavioral avoidance
 - 4 distress aversion
 - 5 procrastination
 - 6 distraction/ suppression
 - 7 repression/ denial
 - 8 distress endurance

روش اجرا: جلسات درمان ذهن آگاهی بر اساس پروتکل اُنگ و شولتز^۱ (۲۰۱۰) طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی (پرلیس^۲ و همکاران، ۲۰۰۵) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای را دو نفر از پژوهشگران (به طور مجزا) برای گروه‌های آزمایش یک بار در هفته و به صورت انفرادی انجام دادند. در شروع هر جلسه، تکلیف جلسه قبل بررسی شد. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. در پایان جلسات، پس‌آزمون در همه گروه‌ها اجرا و بعد از سه ماه مرحله پیگیری اجرا شد. مراحل انتخاب آزمودنی‌ها، اجرای مداخله و پیگیری از فروردین ۹۹ تا آذر ۹۹ به طول انجامید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس (اندازه‌گیری مکرر^۳) انجام شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمان ذهن آگاهی برای بی‌خوابی (اُنگ و شولتز، ۲۰۱۰)

جلسه	هدف جلسه	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف خانگی
اول	ایجاد ارتباط درمانگر با درمان‌جویان	آموزش خوردن به شیوه ذهن آگاهانه و تمرین تنفس عمیق	آگاهی از لحظه	تمرین روزانه تنفس عمیق
دوم	افزایش توانایی حضور در لحظه/بی‌قضاوت بودن	آموزش حضور در لحظه/بی‌قضاوت بودن	کاهش افکار قضاوت گرانه/ افزایش حضور در لحظه	انتخاب و اجرای فعالیت ذهن آگاهانه
سوم	یادگیری تنفس سه دقیقه‌ای و پذیرش بی‌خوابی	آموزش تنفس سه دقیقه‌ای و پذیرش بی‌خوابی	افزایش توانایی ایجاد وقفه بین فکر- سه دقیقه‌ای	تمرین روزانه تنفس سه دقیقه‌ای

1 Ong & Sholtes

2 Perlis, Jungquist, Smith & Posner

3 repeated measurement

عمل/کاهش وضعیت	
جنگ-گریز	
چهارم	یادگیری تمرین آموزش و تمرین افزایش توانایی مواجهه انجام روزانه تمرین کششی آگاهانه، تنفس کششی آگاهانه، تنفس کششی و مشفقانه شکمی و مشفقانه
پنجم	افزایش توجه و آموزش توجه، پذیرش توانایی شناسایی و انجام تمرین توجه به پذیرش افکار و رفتار دوستانه با نامگذاری هیجانات افکار و هیجانات در روز
ششم	فاصله‌گیری از آموزش و بررسی و روش‌های فاصله‌گرفتن از فاصله‌گرفتن از تکنولوژی و انجام تمرینات ذهن‌آگاهی به‌عنوان عمل خود-دوست شدن ^۱
هفتم	خوشحال کردن ذهن آموزش مراقبه عشق و لمس مهربانی و مراقبه عشق و مهربانی
هشتم	آموزش تصویرسازی آموزش روش‌های حضور در لحظه و تکالیف آرام‌سازی ذهن/اسکن تجربه آرامش تصویرسازی، اسکن بدن و... بدن و...

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی (پرلیس و همکاران، ۲۰۰۵)

جلسه	هدف جلسه	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف خانگی
اول	ایجاد ارتباط و آشنایی درمانگر با درمان‌جویان	گفتگو درباره خلق و مشکل بی‌خوابی	افزایش انگیزه و آمادگی برای شرکت در جلسه	یادداشت روزانه خواب
دوم	درک منطق A_B_C در بی‌خوابی	گفتگو در مورد منطق A_B_C در بی‌خوابی و تاثیر افکار بر پیامدها	درک تاثیر افکار بر بی‌خوابی	یادداشت روزانه خواب و نوشتن افکار درباره بی‌خوابی
سوم	محدودسازی خواب و کنترل محرک	آموزش محدودسازی خواب و کنترل محرک	افزایش خواب، تثبیت ریتم سیرکادین و ارتقای پیوند بین خواب و مکان خواب	محدودسازی انجام خواب و کنترل محرک
چهارم	بهبود بهداشت خواب	آموزش بهداشت خواب	کاهش رفتارهای برانگیزاننده بی‌خوابی	انجام تمرینات آموخته‌شده
پنجم	شناخت تحریف‌های شناختی	معرفی تحریف‌های شناختی و رابطه‌اش با بی‌خوابی	آگاهی از تحریف‌های شناختی/تمایز بین واقعیت، تعبیر و تفسیرهایی که به شکل تحریف شناختی بروز می‌کند	نوشتن افکار و باورها در مورد بی‌خوابی
ششم	اصلاح و بازسازی شناختی	تمرین جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی	کاهش افکار غیرمنطقی و جایگزینی آن با افکار منطقی	نوشتن افکار و باورهای غیرمنطقی و

۲۰ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

یافتن افکار منطقی					
جایگزین					
هفتم	آشنایی با تنفس آموزش تنفس درک و تشخیص تفاوت انجام تنفس دیافراگمی	دیافراگمی و آرامش عضلانی پیشرونده	دیافراگمی و آرامش عضلانی پیشرونده	آرام / متقبض	
هشتم	آگاهی از بازگشت آموزش بازگشت آمادگی برای بازگشت اجرا و ادامه مهارت‌ها	بی‌خوابی و برنامه‌ریزی بی‌خوابی و مرور بی‌خوابی و توانایی برای غلبه بر مشکلات	مهارت‌های مقابله با آن	مقابله با آن	احتمالی آتی
					کسب‌شده

یافته‌ها

۲۲ نفر (۴۰/۷٪) شرکت‌کنندگان تحصیلات کاردانی و پایین‌تر، ۲۲ نفر (۴۰/۷٪) کارشناسی و ۱۰ نفر (۱۸/۵٪) تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. در گروه ذهن‌آگاهی مدت زمان اختلال ۴ نفر (۲۲/۲٪) سه تا شش ماه، ۹ نفر (۵۰٪) شش ماه تا یک سال و ۵ نفر (۲۷/۸٪) بیش از یکسال بوده است. در گروه شناختی-رفتاری و کنترل به ترتیب مدت زمان اختلال ۳ (۱۶/۷٪) و ۲ نفر (۱۱/۱٪) سه تا شش ماه، ۸ نفر در هر دو گروه (۴۴/۴٪) شش ماه تا یک سال و ۷ نفر (۳۸/۹۸٪) در گروه شناختی-رفتاری و ۸ نفر (۴۴/۴٪) در گروه کنترل بیش از یکسال بوده است. میانگین سنی در گروه‌های ذهن‌آگاهی، شناختی-رفتاری و کنترل به ترتیب ۳۱/۱۰ (۶/۴۱)، ۳۳/۴۳ (۴/۳۰) و ۳۳ (۴/۷۰) بود.

آماره‌های توصیفی متغیر مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است. آزمون شاپیروویلیک برای بررسی بهنجاری تک‌متغیری داده‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد داده‌ها در سطح معناداری ($P < 0/05$) بهنجار

هستند. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون برابری خطای واریانس لوین^۱ استفاده و نتایج نشان داد مفروضه رعایت شده است ($P > 0/05$). نتایج آزمون ام. باکس^۲ نشان داد همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس محقق شده است ($P > 0/05$). بررسی مفروضه کرویت بارتلت نیز نشان داد که میان ابعاد اجتناب تجربی همبستگی متوسط و معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). تساوی کواریانس بین متغیرهای وابسته از مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است که با آزمون کرویت موچلی^۳ ارزیابی شد. نتایج نشان داد آزمون موچلی معنادار است ($P < 0/05$) و ناهمگنی کواریانس وجود دارد. بنابراین، از اصلاح اسپیلن گرینهاوس گیزر^۴ استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه	ذهن آگاهی		شناختی-رفتاری		کنترل	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
		استاندارد		استاندارد		استاندارد	
اجتناب رفتاری	پیش آزمون	۳۹/۶۷	۹/۳۶	۳۸/۳۳	۸/۰۳	۳۸/۸۶	۸/۸۱
	پس آزمون	۲۱/۲۴	۷/۲۷	۳۰/۴۸	۸/۶۵	۳۸/۷۱	۸/۶۷
	پیگیری	۲۱/۱۹	۷/۱۷	۳۰/۳۳	۸/۵۱	۳۸/۶۷	۸/۵۶
پرشانی‌گریزی	پیش آزمون	۴۴	۹/۴۶	۴۲/۲۹	۸/۱۸	۴۳/۴۸	۸/۴۰
	پس آزمون	۲۴/۲۴	۷/۲۷	۳۴/۴۳	۹/۲۱	۴۳/۲۴	۸/۱۱
	پیگیری	۲۴/۱۹	۷/۱۷	۳۴/۱۴	۹/۰۹	۴۳/۱۴	۸/۱۶
تعویق	پیش آزمون	۲۰/۱	۴/۲۷	۱۹/۱۷	۴/۰۲	۲۰/۰۲	۴/۳۲
	پس آزمون	۱۰/۸۸	۳/۴۴	۱۵/۴۵	۴/۲۴	۱۹/۹	۴/۲۲
	پیگیری	۱۰/۸۱	۳/۳۲	۱۵/۴	۴/۱۴	۱۹/۸۸	۴/۱۶
فرونشانی	پیش آزمون	۲۲/۱	۴/۲۷	۲۱/۱۷	۴/۰۲	۲۲/۰۲	۴/۳۲
	پس آزمون	۱۲/۸۸	۳/۴۴	۱۷/۳۸	۴/۲۰	۲۱/۹	۴/۲۲

1 Levene`s test of equality of error variance

2 Box`s M

3 Mauchly`s test of Sphericity

4 Greenhouse-Geisser

۲۲ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

پیگیری	۱۲/۸۱	۳/۳۲	۱۷/۲۹	۴/۰۹	۲۱/۸۸	۴/۱۶
انکار/سرکوبی	پیش‌آزمون	۴۷	۹/۴۶	۴۵/۲۹	۸/۱۸	۸/۴۰
پس‌آزمون	۲۷/۲۴	۷/۲۷	۳۷/۵۷	۹/۲۶	۴۶/۲۴	۸/۱۱
پیگیری	۲۷/۱	۷/۱۴	۳۷/۳۳	۹/۱۵	۴۶/۱۴	۸/۱۶
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۴۳/۱۴	۹/۴۵	۴۱/۴۳	۸/۲۰	۸/۴۰
پس‌آزمون	۲۳/۱۴	۷/۳۷	۳۳/۵۲	۹/۲۴	۴۲/۲۴	۸/۱۱
پیگیری	۲۳/۱۴	۷/۲۲	۳۳/۱۹	۹/۱۰	۴۲/۱۴	۸/۱۶
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	۲۱۶	۴۳/۵۲	۲۱۵/۶۷	۳۹/۲۱	۳۹/۶
پس‌آزمون	۱۱۹/۶۲	۳۵/۷۵	۱۶۸/۸۳	۴۳/۳۲	۲۱۲/۲۴	۳۸/۶۵
کل	پیگیری	۱۱۹/۲۴	۳۵/۰۱	۱۶۷/۶۹	۴۲/۵۰	۳۸/۶۱
					۲۱۱/۸۶	

نتایج جدول ۴ نشان داد که میان سه گروه ذهن‌آگاهی، شناختی-رفتاری و کنترل در اجتناب تجربی و ابعاد آن بر حسب آزمون/زمان، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). تفاوت میانگین اجتناب تجربی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P < 0/01$). این بدان معناست که اجتناب تجربی و ابعاد آن در سطح درون‌آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنادار داشته‌است. تعامل تکرار آزمون و گروه‌های آزمایشی نیز نشان داد تفاوت میانگین اجتناب تجربی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P < 0/01$). تفاوت میانگین اجتناب تجربی و ابعاد آن بین گروه‌های مورد مطالعه معنادار است ($P < 0/01$) و مداخلات ۳۴/۹ درصد تغییرات اجتناب تجربی (نمره کل) بین گروه‌ها را تبیین می‌کنند.

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب	آزمون	۳۲۸۹/۱۵	۱/۰۱	۳۲۶۷/۹۸	۶۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
رفتاری	عضویت	۴۰۸۰/۰۷	۲	۲۰۴۰/۰۳	۱۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹
	آزمون×	۲۳۵۸/۴۳	۲/۰۱	۱۱۷۱/۶۲	۲۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
پیشانی	آزمون	۳۶۷۸	۱/۰۱	۳۶۵۰/۲۱	۷۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	عضویت	۴۹۰۳/۵۲	۲	۲۴۵۱/۷۶	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
گریزی	آزمون×	۲۷۰۰/۷۶	۲/۰۲	۱۳۴۰/۱۸	۲۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	آزمون	۸۰۳/۲۴	۱/۰۱	۷۹۶/۹۸	۷۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
تعویق	عضویت	۱۱۳۹/۷۹	۲	۵۶۹/۸۹	۱۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	آزمون×	۵۹۰/۵۷	۲/۰۲	۲۹۲/۹۸	۲۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
فرونشانی	آزمون	۸۱۵/۰۰	۱/۰۱	۸۰۷/۵۹	۷۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
	عضویت	۱۱۴۱/۳۴	۲	۵۷۰/۶۷	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
انکار/	آزمون×	۵۸۸/۹۸	۲/۰۲	۲۹۱/۸۱	۲۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	آزمون	۳۶۴۷/۰۲	۱/۰۱	۳۶۱۷/۸۹	۸۰/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
سرکوبی	عضویت	۴۹۲۸/۱۶	۲	۲۴۶۴/۰۸	۱۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	آزمون×	۲۷۲۱/۱۳	۲/۰۲	۱۳۴۹/۶۹	۲۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
تحمل	آزمون	۳۷۵۳/۲۳	۱/۰۱	۳۷۲۳/۴۵	۸۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	عضویت	۴۹۰۳/۱۴	۲	۲۴۵۱/۵۷	۱۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
پیشانی	آزمون×	۲۷۶۱/۲۳	۱/۰۱	۱۳۶۹/۶۶	۲۹/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	آزمون	۸۷۹۳۶/۵۷	۲	۸۷۳۲۵/۵۴	۸۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
تجربی	عضویت	۱۱۶۶۸۰/۹۳	۲/۰۱	۵۸۳۴۰/۴۶	۱۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹
	آزمون×	۶۴۴۰۶/۱۹	۱/۰۱	۳۱۹۷۹/۳۳	۲۹/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی و مراحل آزمون

در گروه‌ها در جدول ۵ گزارش شده‌است. بر اساس نتایج جدول ۵ تفاوت میانگین گروه ذهن‌آگاهی با

شناختی-رفتاری معنادار است ($P < ۰/۰۵$). تفاوت میانگین گروه‌های ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری با

۲۴ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

گروه کنترل نیز معنادار است ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان گفت افزون بر آنکه دو روش درمانی در بهبود اجتناب تجربی موثر بوده‌اند، بین اثربخشی ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی پس از درمان و پیگیری سه ماهه تفاوت وجود دارد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > 0/05$). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثابت داشته‌اند.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین اجتناب تجربی بر حسب رویکرد و مراحل آزمون

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل		
۰/۰۴۵	۲/۲۷	*۵/۶۸-	شناختی-رفتاری	ذهن‌آگاهی	اجتناب رفتاری
۰/۰۰۱	۲/۲۷	*۱۱/۳۸-	کنترل		
۰/۰۰۴۴	۲/۲۷	*-۵/۶۹	کنترل	شناختی-رفتاری	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	*۸/۸۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	*۸/۸۸	پیگیری		
۰/۷۸۲	۰/۰۷	۰/۰۸	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۲۸	۲/۲۸	*۶/۱۴-	شناختی-رفتاری	ذهن‌آگاهی	پریشانی‌گریزی
۰/۰۰۱	۲/۲۸	*۱۲/۴۸-	کنترل		
۰/۰۲۲	۲/۲۸	*۶/۳۳-	کنترل	شناختی-رفتاری	
۰/۰۰۱	۱/۰۴	*۹/۲۹	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۰۴	*۹/۴۳	پیگیری		
۰/۱۸۱	۰/۰۷	۰/۱۴	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۴۴	۱/۰۹	*۲/۷۵-	شناختی-رفتاری	ذهن‌آگاهی	تعویق
۰/۰۰۱	۱/۰۹	*۶/۰۱-	کنترل		

۰/۰۱۲	۱/۰۹	*۳/۲۶-	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	*۴/۳۵	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	*۴/۴۰	پیگیری		
۰/۶۲۹	۰/۰۴	۰/۰۵	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۵۰	۱/۰۹	*۲/۶۸-	شناختی - رفتاری	ذهن آگاهی	حواس پرتی / فرونشانی
۰/۰۰۱	۱/۰۹	*۶/۰۱-	کنترل		
۰/۰۱۰	۱/۰۹	*-۳/۳۳	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	*۴/۳۷	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۱۱	*۴/۴۴	پیگیری		
۰/۳۶۶	۰/۰۴	۰/۰۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۲۴	۲/۲۹	*۶/۲۹-	شناختی - رفتاری	ذهن آگاهی	انکار / سرکوبی
۰/۰۰۱	۲/۲۹	*۱۲/۵۱-	کنترل		
۰/۰۲۶	۲/۲۹	*۶/۲۲-	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۱/۰۴	*۹/۲۴	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۰۳	*۹/۴۰	پیگیری		
۰/۱۲۸	۰/۰۷	۰/۱۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۲۵	۲/۲۸	*۶/۲۴-	شناختی - رفتاری	ذهن آگاهی	تحمل پریشانی
۰/۰۰۱	۲/۲۸	*-۱۲/۴۸	کنترل		
۰/۰۲۵	۲/۲۸	*-۶/۲۳	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۱/۰۵	*۹/۳۸	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۰۵	*۹/۵۲	پیگیری		
۰/۲۰۷	۰/۰۷	۰/۱۴۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۲۲	۱۰/۷۳	*۲۹/۷۷-	شناختی - رفتاری	ذهن آگاهی	اجتناب تجربی
۰/۰۰۱	۱۰/۷۳	*۶۰/۸۵-	کنترل		
۰/۰۱۶	۱۰/۷۳	*۳۱/۰۷-	کنترل	شناختی - رفتاری	

۲۶ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

۰/۰۰۱	۵/۱۲	*۴۵/۴۳	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۵/۰۹	*۴۶/۰۷	پیگیری	
۰/۲۲۳	۰/۳۵	۰/۶۳	پیگیری	پس‌آزمون

※= $P < 0.05$

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی با یافته‌های قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۶) همخوانی داشت. یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی معنادار درمان شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی با یافته‌های پژوهش‌های اوستیس و همکاران (۲۰۲۰)؛ اسپجو همکاران (۲۰۱۷)؛ شفیع‌ی و همکاران (۱۳۹۶) همسوست. نتایج نشان‌داد اثرات هر دو روش درمانی در پیگیری سه ماهه حفظ شده‌اند و بین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی تفاوت معناداری وجود دارد. درمان ذهن‌آگاهی اجتناب تجربی را بیشتر از درمان مبتنی بر شناختی-رفتاری کاهش می‌دهد.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گفت در درمان ذهن‌آگاهی افراد می‌آموزند به جای انکار تجربیات منفی مرتبط با بی‌خوابی، تجربه‌های درونی خود را بدون قضاوت بپذیرند و خواب خود را به‌عنوان یک شکست در نظر نگیرند؛ این امر انکار و سرکوبی را کاهش می‌دهد. توصیف ذهن‌آگاهانه و بدون قضاوتی که از یک تجربه درونی یا بیرونی انجام می‌شود می‌تواند نوعی تخلیه هیجانی به شمارآمده و آرامش روان‌شناختی را به ارمغان آورد. همچنین با کاهش حساسیت رویداد آسیب‌زا، پذیرش را افزایش دهد؛ بنابراین، موجب کاهش تمرکز افراد بر افکار و نشخوارهای فکری مرتبط با خواب شده و تحمل پریشانی را در آن‌ها افزایش و اجتناب تجربی را کاهش دهد. نشخوارهای فکری با حضور در لحظه و توجه

متمرکز بر خود که شامل آگاهی از حالت‌های فیزیکی، احساسات، افکار، هیجانات و خاطرات است کاهش می‌یابد. همچنین ذهن آگاهی تمایل افراد برای کنترل افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با بی‌خوابی را کاهش می‌دهد. درمان ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند وابستگی به این ایده که خواب مشکلی است که باید برطرف شود را رها کنند و اجازه دهند هر آنچه اتفاق می‌افتد (مانند به خواب نرفتن) بدون تلاش برای رفع آن رخ دهد. همچنین از برچسب زدن به عنوان «بی‌خوابی» خودداری کنند؛ به نظر می‌رسد کاربرد این آموزه‌ها نشخوار فکری و اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد.

ذهن آگاهی با تمرکز به حال و افزایش خودنظارتی، هشیاری بدن را افزایش داده و از طریق تمرینات تنفسی و آرام‌سازی منجر به کاهش علائم برانگیختگی هیجانی و جسمانی می‌شود. به افراد کمک می‌کند اطمینان کنند ذهن و بدنشان با توجه به شرایط مناسب توانایی تنظیم خواب خود را دارند. تمرین واریسی بدن با افزایش توجه، تصدیق و برگرداندن توجه به بدن، حواس‌پرتی و فرونشانی را کاهش می‌دهد و اجازه می‌دهد افراد نسبت به احساسات واکنش نشان داده و آن‌ها را تحلیل کنند. واریسی بدنی همچنین امکان تخلیه هیجان و تنش‌ها را فراهم ساخته و از این طریق بر کاهش اجتناب اثر می‌گذارند. این مسئله برقراری ارتباط ماهرانه با آشفستگی ذهنی را هم امکان‌پذیر می‌سازد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند درمان شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی موثر است. می‌توان گفت افراد مبتلا به بی‌خوابی، باورهای نادرستی درباره خواب دارند و فکر می‌کنند نمی‌توانند بی‌خوابی خود را کنترل کنند. درمان بی‌خوابی مبتنی بر شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی به آن‌ها کمک می‌کند افکار خودآیند مختل‌کننده خوابشان را، بپذیرند و افکار مقابله‌ای مناسب را جایگزین آن‌ها کنند. بنابراین، می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری می‌تواند از طریق بازسازی شناختی و اصلاح

۲۸ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

باورهای ناکارآمد، کاهش ادراک‌های تهدیدکننده، باورها و افکار منفی افراد در مورد بی‌خوابی را کاهش دهد و از این طریق به کاهش اجتناب تجربی و عواطف منفی بینجامد.

به‌نظر می‌رسد درمان شناختی-رفتاری می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای جایگزین موثر، استرس و هیجان‌های منفی افراد مبتلا به بی‌خوابی را کاهش دهد و دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان موثرتر (مانند ارزیابی مجدد) را تسهیل کند. همچنین با بازسازی و اصلاح سوگیری‌های پردازشی به اصلاح نظام پردازش اطلاعات در تمامی سطوح، از جمله ادراک، توجه، حافظه و تعبیر و تفسیر کمک کند و از طریق تغییر و تعدیل نگرش‌های منفی نسبت به آشفتگی، پریشانی‌گریزی و اجتناب تجربی را کاهش دهد. درمان شناختی-رفتاری با تاکید بر تکالیف، به افراد می‌آموزد در جلسه‌های درمان و در فاصله بین آن، منفعل نبوده و فعالانه برای رفع افکار منفی مرتبط با بی‌خوابی و تغییر رفتارهای خود تلاش کنند؛ برای نمونه، براساس نظریه شناختی-رفتاری، بی‌خوابی و کیفیت پایین خواب نتیجه شرطی‌سازی نامناسب بین خواب و محرک‌های آن است، با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری تلاش می‌شود رابطه بین این عوامل اصلاح شود. مواجهه با افکار و نشخوارهای فکری مرتبط با بی‌خوابی و رفتارهای ناسازگار مرتبط با خواب میزان اجتناب تجربی را در افراد کاهش می‌دهد.

به‌طور خلاصه، هر دو رویکرد بر پذیرش تجربیات درونی و بیرونی به جای اجتناب از آن‌ها تاکید دارند. کاربرد تمرین‌ها در فضای امن درمان، از طریق مواجهه با هیجان‌ها می‌تواند میزان اجتناب را کاهش دهد. آموزه‌های ذهن‌آگاهی با تغییر الگوهای فکری ناسازگار و آموزش مهارت‌های توجه کنترل‌شده می‌تواند علاوه بر کاهش اجتناب و نشخوار فکری، جنبه پیشگیری از عود داشته باشد و انتقال این آموزه‌ها به موقعیت‌های روزمره به تداوم نتایج درمان بعد از پایان یافتن آن منجر می‌شود. فراگیری راهبردهای

جدید برای جلوگیری از نشخوارهای فکری باعث گسترش افکار نو و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود. همچنین تعدیل شناخت‌های غیرمنطقی و اصلاح رفتارهای ناسازگار اجتناب رفتاری را کاهش می‌دهد.

برای افزایش تعمیم پذیری و اعتبار بیرونی نتایج پیشنهاد می‌شود پژوهش در جامعه آماری متفاوت و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. تکرار آزمون در مراحل مختلف می‌تواند باعث سوگیری در پاسخ‌ها شود. پیشنهاد می‌شود محققان بعدی از طرح‌های پژوهشی دیگر (مانند طرح چهارگروهی سولومون) استفاده کنند و از دوره‌های پیگیری با فواصل طولانی‌تر و دوره‌های پیگیری چندگانه بهره‌گیرند. با توجه به اثربخشی بیشتر درمان ذهن‌آگاهی برای کاهش اجتناب تجربی، پیشنهاد می‌شود این درمان به عنوان درمان انتخابی اجتناب تجربی به کار رود.

تقدیر و تشکر

از افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر می‌کنیم.

منابع

- داودی، ایران؛ نیسی، عبدالکاسم؛ خزائی، حبیب‌اله؛ ارشدی، نسرین و زکی‌ئی، علی. (۱۳۹۶). بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش بینی اختلال بی‌خوابی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷، (۱۵۰)، ۱۲۱-۱۰۷.
- شفیعی، معصومه؛ صادقی، مسعود و رضانی، شکوفه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *طب جانباز*، ۹ (۴)، ۱۶۹-۱۷۵.
- صدوقی، مجید و محمدصالحی، زهره. (۱۳۹۹). رابطه پریشانی روان‌شناختی با بی‌خوابی در جمعیت غیر بالینی: نقش میانجی‌گر نشخوار فکری. *رویش روان‌شناسی*، ۹ (۹)، ۲۷-۳۶.

۳۰ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

قدم پور، عزت اله؛ رادمهر، پروانه و یوسف وند، لیللا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی-رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی. *افتق دانش*، ۲۳ (۲)، ۱۴۱-۱۴۸.

مرادی، آسیه؛ برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ کریمی‌نژاد، کلثوم و ضابط، مریم. (۱۳۹۶). تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی (MEAQ). *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۶(۲)، ۵۷-۸۲.

Andreotti, E., Congard, A., Le Vigouroux, S., Dauvier, B., Illy, J., Poinot, R., & Antoine, P. (2018). Rumination and mindlessness processes: Trajectories of change in a 42-day mindfulness-based intervention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 32(2), 127-139.

Bishop, L. S., Ameral, V. E., & Palm Reed, K. M. (2018). The impact of experiential avoidance and event centrality in trauma-related rumination and posttraumatic stress. *Behavior Modification*, 42(6), 815-837.

Brownlow, J. A., Miller, K. E., & Gehrman, P. R. (2020). Insomnia and Cognitive Performance. *Sleep Medicine Clinics*, 15(1), 71-76.

Davoodi, I., Neisi, A., Khazei, H., Arshadi, N., & Zakiei, A. (2017). The Roles of Some Cognitive and Emotional Factors in Predicting Insomnia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27 (150), 107-121. (Text in Persian).

Espejo, E. P., Gorlick, A., & Castriotta, N. (2017). Changes in threat-related cognitions and experiential avoidance in group-based transdiagnostic CBT for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 65-71.

Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44(2), 275-286.

Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692.

Ghadampour, E., Radmehr, P., & Yousefvand, L. (2017). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive-behavioral avoidance and mental rumination in comorbidity of social anxiety and depression patients. *The Horizon of Medical Sciences*, 23(2), 141-148. (Text in Persian).

- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115–131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-007>
- Leonidou, C., & Panayiotou, G. (2021). Can we predict experiential avoidance by measuring subjective and physiological emotional arousal? *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01317-8>
- Moradi, A., Barghi Irani, Z., Bagiyani Koulemarz, M. J., Kariminejad, K., & Zabet, M. (2018). Factor determination and psychometric features of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Social Cognition*, 6(2), 57-82. (Text in Persian)
- Ong, J., & Sholtes, D. (2010). A mindfulness- based approach to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1175-1184.
- Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *Qualitative Report*, 12(2), 281-316.
- Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T., & Posner, D. (2005). *Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide* (Vol. 1). Springer Science & Business Media.
- Redeker, N. S., Jeon, S., Andrews, L., Cline, J., Mohsenin, V., & Jacoby, D. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on sleep-related cognitions among patients with stable heart failure. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(3), 342-354.
- Sadoughi, M., & Mohammad-Salehi, Z. (2020). The Relationship between psychological distress and insomnia in non-clinical samples: The mediating role of rumination. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 9(9), 27-36 (Text in Persian).
- Sexton, C. E., Sykara, K., Karageorgiou, E., Zitser, J., Rosa, T., Yaffe, K., & Leng, Y. (2020). Connections between insomnia and cognitive aging. *Neuroscience Bulletin*, 36(1), 77-84.
- Shafiei, M., Sadeghi, M., & Ramezani, S. (2017). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on executive function and experiential avoidance in veterans with post-traumatic stress Disorder. *Iranian Journal of War and Public Health*, 9(4), 169-175. (Text in Persian).
- Stojanov, J., Malobabic, M., Stanojevic, G., Stevic, M., Milosevic, V., & Stojanov, A. (2021). Quality of sleep and health-related quality of life among health care

۳۲ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

professionals treating patients with coronavirus disease-19. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(2), 175.

Zakiei, A., Khazaie, H., Reshadat, S., Rezaei, M., & Komasi, S. (2020). The Comparison of Emotional Dysregulation and Experiential Avoidance in Patients with Insomnia and Non-Clinical Population. *Journal of Caring Sciences*, 9(2), 88. (Text in Persian).



© 2021 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروانسفالوگرافی

کمی و نشانگان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری

چنگیز رحیمی^۱، محجوبه پوراابراهیمی*^۲، راضیه بنی‌اسدی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی و نشانگان بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، از بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روان‌شناسی شهر کرمان در سال ۹۹-۱۳۹۸، ۴۰ بیمار به شیوه در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. پس از تشخیص اختلال وسواس جبری در بیماران با استفاده از نسخه‌ی پژوهشی مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی بالینی و ثبت داده‌های الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی از ۱۹ مکان مغز آن‌ها، در گروه آزمایش بر اساس الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی هر فرد، پروتکل درمانی تعیین شد و این گروه تحت درمان تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای (۲۵ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان دو بار (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با مقیاس وسواسی-جبری یل-براون و ثبت الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی ارزیابی شدند و داده‌ها با آزمون‌های تحلیل کوواریانس و تی وابسته تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر بهبود نشانگان افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری و اصلاح الگوی

۱ استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. crahimi2016@hotmail.com

۲) نویسنده مسئول. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

m.pourebrahimi_psy@yahoo.com

۳ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. Rb137613@gmail.com

۳۴ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی...

امواج مغزی بیماران مؤثر است. بنابراین، می‌توان از این روش به عنوان راهبرد درمانی مؤثر و بدون عارضه استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-جبری، الکتروآنسفالوگرافی کمی، تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانپزشکی است که در حال حاضر بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم (DSM-5) به عنوان یک طبقه‌ی مجزا در نظر گرفته می‌شود و علائم ناتوان‌کننده‌ی آن عملکرد میان‌فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل نموده و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی فراوانی را برای فرد و جامعه به دنبال دارد. این اختلال چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبیا، مصرف مواد و اختلال افسردگی است. میزان شیوع مادام‌العمر آن حدود ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی است. در میان بزرگسالان احتمال ابتلای مرد و زن یکسان است؛ اما در میان نوجوانان، پسرها بیشتر از دخترها به آن مبتلا می‌شوند (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۴).

با توجه به شیوع بالای این اختلال تاکنون شیوه‌های درمانی متفاوتی از جمله دارودرمانی و روان‌درمانی (درمان‌های شناختی و رفتاری) و درمان‌های جدید مبتنی بر نوروسایکولوژی از جمله نوروفیدبک و بیوفیدبک برای بهبود بیماران با اختلال وسواسی جبری استفاده شده است. مطالعات انجام شده جهت بررسی میزان اثربخشی این درمان‌ها نشان‌دهنده‌ی همسان نبودن نتایج دارودرمانی و عوارض جانبی داروها، وقت‌گیر و پر هزینه بودن درمان‌های شناختی و رفتاری و درمان‌های نوروفیدبک و بیوفیدبک و همچنین عدم پاسخگویی ۴۰٪ از بیماران به روش‌های درمانی مذکور است (رید، لاوس،

دروماند، ویسمارا^۱ و همکاران ۲۰۲۱؛ و گرین، لوفتوس و آندرسون^۲، ۲۰۲۰). بنابراین، ذهن متخصصان بیش از پیش معطوف به کارکردهای عصب‌روان‌شناختی مغز دخیل در علائم وسواس و ارزیابی نابهنجاری‌های امواج آن از طریق موج‌نگار الکتریکی مغز به شکل تحلیل کمی^۳ (QEEG) شده است (برونلین، موندینو، باتیون، چالم^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

مطالعات بررسی‌کننده‌ی الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی اختلال OCD نشان می‌دهند که در بیماران مختلف بدکارکردی امواج مغز به شکل‌های متفاوتی و در مناطق مختلفی از مغز دیده می‌شود؛ از جمله‌ی این مطالعات مدل فرونتو-استریاتال^۵ است که بیش‌فعالی در مسیرهای قشر اوربیتوفرونتال^۶ را (OFC) که باعث توجه بیشتر به محرک‌های تهدیدآمیز می‌شود و کاهش فعالیت در ناحیه پیش‌حرکتی مکمل (pre-SMA)^۷ را که مسئول کنترل مهارتی است در این اختلال دخیل می‌داند (گرین و همکاران ۲۰۲۰). اسمیت، اسکولر، هایز^۸ و همکاران (۲۰۲۰) نوسانات دلتا در قشر پیشانی بیماران را علت وسواس دانسته‌اند. پژوهش کامارادووا، برونووسکی، پراسکو، هوراسک^۹ و همکاران (۲۰۱۸) جهت بررسی فعالیت الکتریکی داخل قشری مغز در بیماران وسواس نیز نشان‌دهنده‌ی بالا بودن فعالیت امواج کم فرکانس دلتا و تتا در کرتکس پیشانی میانی بود. دین، آیکیسگی-دین، گرال، کارامورسل^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۶) اختلال

1. Reid, Laws, Drummond and Vismara
2. Green, Loftus and Anderson
3. Quantitative electroencephalography
4. Brunelin, Mondino, Bation and Palm
5. Fronto-Striatal Model
6. Orbitofrontal cortical
7. pre-supplementary motor area
8. Smith, Schullerand Huys
9. Kamaradova, Brunovsky, Prasko and Horacek
10. Dinn, Aycicegi-Dinn, Goral and Karamursel

۳۶ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی...

وسواسی جبری را ناشی از اختلال عملکرد کورتیکو- استریاتو- تالامو- کورتیکال^۱، از جمله قشر اوربیتوفرونتال (OFC)، قشر پیش‌پیشانی میانی^۲، عقده‌های قاعده‌ای و قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی (DLPFC)^۳ یافتند. هاموند (۲۰۰۳) در یک بررسی مروری مناطق مختلفی از مغز را مسئول اختلال وسواس یافت؛ از جمله: توان مطلق و توان نسبی بسیار پایین امواج بتا در نیمکره راست، افزایش موج آلفا در اکثر نقاط مغز مخصوصاً در نواحی گیجگاهی و آهیانه‌ای و همچنین افزایش امواج بتا در نواحی پیشانی و نابهنجاری‌های تتا در نواحی گیجگاهی خلفی (به نقل از اورکی، شاهمرادی و رحمانیان، ۱۳۹۴). اوتمر^۴ (۲۰۱۸) نیز معتقد است که نابهنجاری‌های متفاوتی در الگوی امواج مغزی بیماران وسواس وجود دارد و در تقسیم‌بندی اختلالات اضطرابی از جمله وسواس، بر اساس امواج دو دسته بیمار را از یکدیگر تفکیک می‌کند: بیماران با امواج کم‌برانگیخته و بیماران با امواج بیش‌برانگیخته. بیماران کم-برانگیخته دچار درج‌ماندگی و درهم‌ریختگی شناختی، رفتارهای اجتنابی و عدم کنترل مهارى هستند؛ اما بیماران بیش‌برانگیخته دچار بی‌قراری، گوش به زنگی افراطی، پردازش شناختی سریع و رفتارهای آیین-مندی هستند. با توجه به درگیری نواحی مختلف مغز با بیماری وسواس نمی‌توان الگوی مشخصی از بدکارکردی امواج مغز به دست آورد و مکانی خاص از مغز را مسئول اختلال وسواسی جبری دانست. توجه به الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی هر فرد جهت تدوین پروتکل درمانی ضروری است. حال اگر بتوان شاخص‌های الکتروآنسفالوگرافی کمی این افراد را تغییر داد، می‌توان بهبود وضعیت اضطرابی و

-
1. Cortico-striato-thalamo-cortical
 2. medial prefrontal cortex
 3. Dorsolateral Prefrontal Cortex
 4. Othmer

نشانه‌ها و سواس بیماران را محتمل دانست و این کار با تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای^۱ (tDCS) امکان‌پذیر است.

تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای یک روش درمانی غیرتهاجمی و ایمن برای تغییر تحریک-پذیری قشر مغز است که فعالیت نابهنجار مناطق خاصی از مغز را جهت کاهش نشانه‌های مرضی تعدیل می‌کند. تاکنون پروتکل‌های مختلفی از این روش درمانی جهت بهبود اختلال وسواسی جبری مورد مطالعه قرار گرفته‌اند؛ از جمله: تحریک آند ناحیه پیش‌حرکتی مکمل و کاتد بر قشر اوربیتوفرونتال (OFC) (گرین و همکاران، ۲۰۲۰)، تحریک کاتدی در کورتکس اوربیتوفرونتال و تحریک آنودی در ناحیه O2 (انصافی، عطادخت، میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۸)، تحریک آنودی قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی نیمکره راست جهت کاهش باندهای فرکانسی دلتا و تتا در این منطقه و تحریک آنودی قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی نیمکره چپ (جعفری، یونسی، درویشی و احمدی، ۲۰۱۸)، نصب الکتروود کاتد در منطقه کرتکس حدقه‌ای پیشانی و آند در قسمت راست مخچه (یوسفی‌اصل، مرسلی و داداشی، ۱۳۹۷)، تحریک آنودی نیمکره چپ و کاتدی نیمکره راست (پالم، لیتنر، کیرسچ، بهلر^۲ و همکاران، ۲۰۱۷)، نصب الکتروود آند روی قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی نیمکره چپ (F3) و کاتد بر ناحیه پیش‌پیشانی نیمکره راست (FP2)^۳ (دین و همکاران، ۲۰۱۶) و تحریک کاتدی بر ناحیه پیش‌حرکتی مکمل^۴ (pre-SMA) (یورسو، برونونی، مازافرو، آناستازیا^۵ و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Transcranial direct current stimulation
2. Palm, Leitner, Kirsch and Behler
3. right supraorbital area (Prefrontal)
4. Presupplementary motor area
5. Urso, Brunoni, Mazzaferro and Anastasia

۳۸ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی...

علی‌رغم اینکه الگوهای متفاوتی از ناهنجاری‌های امواج مغز در مناطق مختلف وجود دارد، اما در مطالعات پیشین بدون توجه به الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی هر بیمار و بررسی همه‌ی نواحی مغز، پروتکلی یکسان جهت انجام درمان tDCS برای همه بیماران به‌کار برده شده است و همچنین در هیچ مطالعه‌ای تأثیر این درمان بر شاخص‌های الکتروانسفالوگرافی کمی بیماران با اختلال وسواسی جبری مورد مطالعه قرار نگرفته است؛ لذا با هدف ارتقای کیفیت درمان اختلال مذکور در این مطالعه بر آن شدیم تا با در نظر گرفتن الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی بیماران به بررسی اثربخشی درمان tDCS بر این شاخص‌ها و بهبود نشانگان افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری پردازیم.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمام بیماران سرپایی مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روان‌شناسی شهر کرمان در سال ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. جهت انجام مطالعه از بین مراجعه‌کنندگان مرکز مشاوره‌ی پیوند شهر کرمان ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال OCD با میانگین سنی ۳۳ سال و انحراف معیار ۶/۵۶ با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف با توجه به معیارهای ورود و خروج، انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه مداخله و ۲۰ نفر در گروه کنترل). معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال OCD طبق نسخه‌ی پژوهشی مصاحبه‌ی ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلال‌های DSM-

5¹ (SCID-5-RV) توسط روان‌شناس بالینی و تأیید آن با نتایج مقیاس وسواسی-جبری یل-براون (نمرات در دامنه ۲۲ تا ۲۶)، عدم دریافت سایر درمان‌ها (درمان‌های روان‌شناختی دیگر و مصرف دارو) دست‌کم از یک ماه قبل از ورود به پژوهش، محدوده‌ی سنی ۱۸-۵۰ سال و دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، نداشتن سابقه‌ی مشکلات روانپزشکی، نورولوژیکی و صرع و سابقه مصرف دارو و همچنین پیش از این در آزمایش مشابه شرکت نکرده باشند.

روش اجرا

بعد از ارزیابی اولیه‌ی مراجع و تشخیص اختلال وسواسی جبری به اندازه‌گیری امواج مغزی آن‌ها از طریق QEEG پرداخته شد. الکتروانسفالوگرافی کمی هر بیمار توسط متخصص و در مرکز مشاوره پیوند بر طبق برنامه‌ی تعیین شده و با رعایت کلیه‌ی موازین اخلاقی پس از ارائه‌ی توضیح به بیمار در ارتباط با نحوه‌ی کار دستگاه و شیوه‌ی ثبت نوار مغزی ثبت شد. از تمام بیماران قبل از انجام ثبت پرسیده شد که آیا شب قبل خواب کافی داشته‌اند و آیا ۴ ساعت قبل از زمان ثبت EEG دارویی مصرف کرده‌اند یا نه. در صورت داشتن شرایط لازم ثبت QEEG آن‌ها انجام شد. پس از بررسی QEEG هر بیمار و شناسایی مناطق مغزی درگیر در اختلال وسواسی جبری مراجعان به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله روش درمانی tDCS به بیماران معرفی و درباره‌ی آن آموزش داده شد و بعد از اعلام موافقت مراجع جلسات درمانی آغاز و برای هر مراجع ۲۵ جلسه درمان برگزار شد. از آنجایی که برخی از بیماران دچار نابهنجاری‌هایی در ناحیه‌ی CZ، FZ یا هر دو بودند و همچنین

۴۰ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی...

نابهنجاری‌هایی نیز در ناحیه‌ی FP1 یا FP2 در برخی وجود داشت، نحوه‌ی درمان به این صورت بود که با توجه به بدکارکردی‌های مشاهده شده در QEEG هر بیمار، پروتکل وی توسط متخصص تعیین شد. پروتکل‌های در نظر گرفته شده در این پژوهش شامل آند در ناحیه CZ و کاتد در ناحیه FP1 یا FP2، و آند در ناحیه FZ و کاتد در ناحیه FP1 یا FP2 بود. در برخی از موارد نیز که نابهنجاری در ناحیه‌ی FP1 یا FP2 مشاهده نشد الکتروود کاتد روی چانه قرار گرفت (اوتر، ۲۰۱۸). تحریک با شدت جریان ۱ تا ۲ میلی‌آمپر صورت گرفت و جریان مستقیم از الکترودهای پوشیده شده با اسفنج‌های خیس شده با سالین منتقل شد. سایز الکترودها در این مطالعه ۴×۴ سانتی‌متر مربع بود. در هر جلسه بیماران به مدت ۶۰ دقیقه تحت درمان قرار می‌گرفتند. ۱۵ جلسه‌ی اول پشت سر هم و ۱۰ جلسه دوم یک روز در میان برگزار شد و درمان حدود یک ماه و نیم طول کشید. در طول این مدت، بیماران گروه کنترل به عنوان بیماران لیست انتظار جهت دریافت درمان تحت هیچ گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند و برای حدود ۲ ماه بعد به آن‌ها نوبت داده شد. در پایان دوره‌ی یک و نیم ماهه‌ی درمان گروه آزمایش از هر دو گروه دوباره QEEG و مقیاس وسواسی-جبری یل-براون گرفته شد و نتایج توسط نسخه‌ی ۲۴ نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

ابزار

در این پژوهش از ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

مقیاس وسواسی-جبری یل-براون^۱: یکی از ابزارهای سنجش اختلال وسواسی-جبری است که گودمن و همکاران (۱۹۸۶) آن را ساخته‌اند و بدون توجه به انواع وسواس‌ها یا اجبارها شدت آن‌ها را اندازه می‌گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ گویه (۵ گویه برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ گویه برای ارزیابی اعمال اجباری) است. دامنه‌ی نمرات در این مقیاس بین ۰ تا ۴۰ است که نقطه‌ی برش ۱۷ و بالاتر به عنوان ابتلا به اختلال وسواسی-جبری در نظر گرفته شد. داده‌های مربوط به روایی و پایایی این مقیاس نشان می‌دهد که پایایی بین ارزیابان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ و اعتبار افتراقی آن با پرسشنامه‌ی افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون^۲ به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است (ویلسون و چامبلز^۳، ۱۹۹۹). یاقوتی‌آذری، طهماسب‌پور، زارع‌زاده و صمدی‌ساریانقلی (۱۳۹۷) روایی همگرایی این مقیاس با پرسشنامه‌ی وسواسی-جبری مادزلی را ۰/۷۸ و پایایی آن را به روش بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند.

الکتروآنسفالوگرافی کمی (QEEG): برای ثبت موج‌نگار الکتربی مغز از آمپلی‌فایر نورواسکن^۴ و از کلاه مخصوص^۵ استفاده شد. با استفاده از این دستگاه EEG بیماران برای ۱۹ کانال با استفاده از مونتاژ مونوپلار و بر طبق سیستم بین‌المللی ۱۰-۲۰ و طیف امواج یک تا ۳۰ هرتز برای موج دلتا (۴-۱ Hz)،

1. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)
2. Hamilton Depression Rating Scale
3. Wilson and Chambless
4. Neuroscan
5. Electrocap

۴۲ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی...

تتا (۴-۸ Hz)، آلفا (۸-۱۲ Hz)، بتا ۱ (۱۲-۱۵ Hz)، بتا ۲ (۱۵-۱۸ Hz)، بتا ۳ (۱۸-۲۵ Hz) و بتای بلند (۲۵-۳۰ Hz) ثبت شد. در این پژوهش توان مطلق QEEG در ۵ باند فرکانسی و در ۳ ناحیه پیشین، میانی و پسین مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت و بدین ترتیب ویژگی‌های الکتروآنسفالوگرافیک شرکت-کنندگان استخراج گردید (دموس، ۱۳۹۹).

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۰ بیمار تحت بررسی قرار گرفتند که به علت عدم مراجعه ۳ نفر از شرکت‌کنندگان گروه کنترل برای ارزیابی دوباره در مرحله‌ی پس‌آزمون مطالعه در مجموع روی ۳۷ نفر، شامل ۲۰ نفر گروه مداخله و ۱۷ نفر گروه کنترل، انجام گرفت. از این تعداد ۲۶ نفر (۷۰/۲۷٪) زن و ۱۱ نفر (۲۹/۷۳٪) مرد بودند و میانگین سنی آنان $33 \pm 6/56$ بود. ۴ نفر (۱۰/۸۱٪) تحصیلات زیر دیپلم، ۱۹ نفر (۵۱/۳۵٪) دیپلم و ۱۴ نفر (۳۷/۸۴٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۲۴ نفر (۶۴/۸۶٪) متأهل، ۱۱ نفر (۲۹/۷۳٪) مجرد و ۲ نفر (۵/۴۱٪) مطلقه بود.

نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات بیماران دو گروه مداخله و کنترل هم‌پیش از درمان و هم پس از درمان در مقیاس وسواسی-جبری یل-براون و شاخص‌های QEEG نرمال است (سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است). بنابراین، از آزمون‌های پارامتریک تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) و تی وابسته (Paired-Samples t Test) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها به وسیله نسخه‌ی ۲۴ نرم‌افزار spss با ضریب اطمینان ۹۵ درصد مورد بررسی قرار گرفتند.

میانگین نمرات و سواس در مرحله‌ی پیش‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $32/65 \pm 4/12$ و $31/41 \pm 3/08$ و در پس‌آزمون میانگین نمرات گروه مداخله و گروه کنترل به ترتیب $19/70 \pm 3/48$ و $32/23 \pm 3/28$ بود. مطابق نتایج ارائه شده میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر و سواس نسبت به پیش‌آزمون در گروه مداخله تغییر کرده است؛ اما در گروه کنترل تغییری در میانگین نمرات و سواس پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون صورت نگرفته است.

برای بررسی میزان تفاوت اثر گروه‌های مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده شد (جدول ۱). در این آزمون مداخله‌ی آزمایشی با دو سطح (گروه درمانی tDCS و گروه کنترل) متغیر مستقل و نمرات مقیاس و سواس ییل-براون متغیر وابسته در نظر گرفته شد. در ابتدا پیش-فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها ارزیابی شد که با معنادار نشدن اثر تعاملی نمرات کوواریانت و گروه‌ها ($p=0/31$) این پیش‌فرض محرز شد. همچنین آزمون لوین نشان داد که واریانس گروه‌ها در این پژوهش از نظر نمرات و سواس تفاوت معناداری ندارند ($F=1/03, p=0/85$). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان متغیر وابسته‌ی و سواس در مرحله‌ی پس‌آزمون در سطوح دوگانه‌ی متغیر مستقل (مداخله آزمایشی) متفاوت است و ۷۸ درصد از این تغییرات ناشی از مداخله‌ی پژوهش بود ($\eta^2=0/78$).

$(F_{1,35}= 125/32, p=0/001)$.

۴۴ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی...

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر وسواس بر حسب عضویت گروهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش-آزمون	۲۷۸۵/۷۶	۱	۲۷۸۵/۷۶	۲/۱۵	۰/۳۱۵	۰/۰۲۹	۰/۱۰۱
عضویت گروهی	۱۴۴۳/۹۳	۱	۱۴۴۳/۹۳	۱۲۵/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲	۱/۰۰

از نظر تأثیر درمان tDCS بر شاخص‌های الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که در گروه مداخله ۸ نفری که ناحیه‌ی CZ آن‌ها تحریک آند دریافت کرده است توان مطلق امواج دلتا و تتای افراد در بعد از درمان نسبت به قبل از درمان کاهش معناداری داشته ($p < 0/05$) و توان مطلق امواج آلفا، بتای استاندارد و بتای بالا افزایش معناداری داشته است ($p < 0/05$).

جدول ۲. نتایج آزمون تی وابسته جهت مقایسه‌ی امواج ناحیه‌ی CZ دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	امواج	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		t	سطح معناداری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
دلتا	دلتا	۲۲/۸۰	۶/۳۹	۱۳/۴۱	۲/۴۶	۶/۷۵	۰/۰۰۱ ^{***}
	تتا	۹/۹۵	۰/۷۴	۸/۷۴	۱/۱۰	۹/۴۱	۰/۰۰۱ ^{***}
	آلفا	۱۰/۳۵	۴	۱۰/۸۱	۴/۳۲	-۳/۹۴	۰/۰۰۶ ^{***}
	بتای استاندارد	۵/۷۴	۰/۶۷	۶/۳۰	۱/۱۵	-۳/۲۹	۰/۰۱۳ ^{**}
	بتای بالا	۰/۵۸	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۲۱	-۲۹/۱۰	۰/۰۰۱ ^{***}
تتا	دلتا	۲۱/۳۵	۵/۳۳	۲۱/۳۷	۴/۴۱	-۲/۷۵	۰/۵۶۲
	تتا	۱۰/۹۱	۱/۳۴	۱۱/۷۴	۱/۱۶	-۳/۴۱	۰/۳۲۴
	آلفا	۱۱/۳۱	۳/۹۶	۱۱/۰۴	۳/۲۱	۲/۱۲	۰/۵۰۱
	بتای استاندارد	۶/۷۱	۱/۰۲	۶/۶۵	۱/۱۸	۱/۲۱	۰/۴۶۱
	بتای بالا	۱/۰۴	۰/۳۴	۱/۰۳	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۶۹۱

تعداد: گروه آزمایش = ۸ و گروه کنترل = ۱۷

از نتایج جدول شماره ۳ استنباط می‌شود در ۲۰ نفر از گروه مداخله که ناحیه‌ی FZ آنها تحریک آند دریافت کرده بود توان مطلق موج دلتای افراد در بعد از درمان نسبت به قبل از درمان کاهش معناداری داشته ($p < 0.05$)، و توان مطلق امواج آلفا، بتای استاندارد و بتای بالا افزایش معناداری داشته است ($p < 0.05$).

جدول ۳. نتایج آزمون تی وابسته جهت مقایسه امواج ناحیه‌ی FZ دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سطح معناداری	t	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		امواج	گروه
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۰۳۴°	۲/۲۹	۵/۳۶	۱۴/۹۴	۴/۶۶	۱۶/۵۰	دلتا	ب ت آ بتای استاندارد بتای بالا ت آ بتای استاندارد بتای بالا
۰/۲۳۳	۱/۲۳	۲/۳۸	۹/۳۵	۱/۶۹	۹/۶۴	تا	
۰/۰۳۷°	-۲/۲۴	۱۰/۴۹	۱۳/۷۸	۸/۱۴	۱۲/۵۴	آلفا	
۰/۰۰۴°	-۳/۳۲	۲/۳۹	۷/۹۷	۲/۲۱	۷/۴۵	بتای استاندارد	
۰/۰۱۱°	-۲/۸۲	۰/۵۲	۱/۱۸	۰/۵۳	۱/۰۲	بتای بالا	
۰/۴۳۱	-۲/۲۹	۵/۳۰	۱۵/۱۰	۳/۲۱	۱۵/۰۱	دلتا	
۰/۴۳۷	۱/۲۰	۳/۲۹	۸/۴۱	۳/۴۲	۸/۴۵	تا	
۰/۵۹۱	۲/۲۴	۷/۱۹	۱۱/۵۱	۶/۷۶	۱۱/۵۴	آلفا	
۰/۳۲۷	۲/۳۲	۲/۹۳	۷/۱۰	۲/۵۷	۷/۲۱	بتای استاندارد	
۰/۲۰۹	۴/۹۵	۰/۵۷	۱/۱۸	۰/۴۹	۲/۱۰	بتای بالا	

تعداد: گروه آزمایش = ۲۰ و گروه کنترل = ۱۷

در ۱۶ نفر گروه که ناحیه‌ی FP1 آنها تحریک کاتد دریافت کرده بود میانگین توان مطلق امواج آلفا

افزایش معناداری داشت ($p < 0.05$) (جدول ۴) و در ۱۶ نفری که ناحیه‌ی FP2 آنها تحریک کاتد

دریافت کرده بود نیز توان مطلق موج آلفا افزایش معناداری داشت ($p < 0.05$) (جدول ۵).

۴۶ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی...

جدول ۴. نتایج آزمون تی وابسته جهت مقایسه‌ی امواج ناحیه‌ی **FP1** دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سطح معناداری	t	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		امواج	گروه
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۱۰۰	۲/۹۲	۳/۷۹	۱۹/۰۵	۸/۳۲	۱۹/۸۵	دلنا	آزمایش
۰/۴۱۴	-۰/۸۳	۱/۴۳	۶/۲۸	۱/۵۷	۶/۱۹	تا	
۰/۰۲۳°	-۲/۵۲	۲۳/۸۷	۲۱/۵۲	۵/۳۶	۷/۰۵	آلفا	
۰/۰۶۶	-۱/۹۸	۱۴/۷۳	۱۴/۶۶	۱/۸۷	۷/۲۴	بنای استاندارد	
۰/۵۲۱	-۰/۶۴	۰/۳۴	۱/۷۷	۰/۴۷	۱/۶۷	بنای بالا	
۰/۵۰۳	۱/۹۲	۳/۲۱	۱۹/۸۱	۶/۴۳	۱۹/۸۵	دلنا	
۰/۴۱۶	-۰/۹۶	۱/۳۹	۷/۳۳	۱/۵۷	۷/۳۱	تا	
۰/۳۹۱	-۳/۲۴	۸/۰۹	۹/۰۲	۴/۷۶	۸/۲۱	آلفا	
۰/۴۰۱	۱/۹۸	۷/۳۷	۹/۲۹	۵/۰۷	۹/۳۱	بنای استاندارد	
۰/۵۴۳	۱/۶۴	۰/۴۹	۱/۸۳	۰/۶۵	۱/۸۹	بنای بالا	

تعداد: گروه آزمایش = ۱۶ و گروه کنترل = ۱۷

جدول ۵. نتایج آزمون تی وابسته جهت مقایسه‌ی امواج ناحیه‌ی **FP2** دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سطح معناداری	t	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		امواج	گروه
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۲۰۴	۲/۵۰	۴/۱۷	۱۵/۲۳	۵/۰۲	۱۶/۵۶	دلنا	آزمایش
۰/۵۸۷	۰/۵۵	۱/۰۶	۶/۴۰	۰/۶۸	۶/۲۵	تا	
۰/۰۲۸°	-۲/۴۲	۲۴/۴۸	۲۲/۴۲	۵/۶۰	۷/۸۷	آلفا	
۰/۰۷۰	-۱/۹۵	۱۴/۱۱	۱۴/۳۱	۲/۲۸	۷/۱۰	بنای استاندارد	
۰/۸۶۸	۰/۱۷	۰/۴۶	۱/۵۶	۰/۹۱	۱/۵۸	بنای بالا	
۰/۲۴۰	-۲/۳۵	۴/۷۳	۱۵/۰۱	۳/۹۸	۱۴/۳۲	دلنا	
۰/۴۳۱	-۰/۵۵	۱/۴۵	۶/۰۴	۱/۳۶	۵/۲۶	تا	
۰/۰۷۱	۴/۷۶	۹/۸۹	۸/۰۹	۶/۰۹	۸/۹۱	آلفا	
۰/۰۷۰	۴/۸۸	۷/۱۱	۷/۵۳	۶/۳۱	۸/۵۶	بنای استاندارد	
۰/۴۱۹	-۲/۲۱	۰/۶۷	۲/۵۶	۰/۱۹	۱/۸۷	بنای بالا	

تعداد: گروه آزمایش = ۱۶ و گروه کنترل = ۱۷

همچنین نتایج جدول‌های شماره‌ی ۲ تا ۵ نشان می‌دهند که در گروه کنترل هیچ یک از امواج نواحی مورد بررسی از مغز در مرحله‌ی پس‌آزمون تغییرات معناداری نداشته‌اند ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج بدست آمده از ثبت الگوی الکتروانسفالوگرافی کمی بیماران OCD در این پژوهش نواحی دخیل در اختلال وسواسی جبری نواحی مرکزی (FZ، CZ)، پیش‌پیشانی چپ (FP1)، و پیش‌پیشانی راست (FP2) بودند. یافته‌ها نشان دادند که نابهنجاری امواج در قسمت پیش‌پیشانی مغز، بالا بودن توان مطلق باند فرکانسی دلتا و تتا در نواحی مرکزی و پیشانی مغز با پایین بودن توان مطلق امواج آلفا، بتای استاندارد و بتای بالا در این مناطق با علائم وسواسی جبری ارتباط دارد. مطالعات تصویربرداری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری نیز تاکنون نابهنجاری‌هایی را به صورت فزون‌کنشی یا کم‌کنشی مناطق مغزی و شبکه‌های مغزی مختلف گزارش کرده‌اند از جمله: کورتکس اوربیتوفرونتال، ناحیه‌ی پیش‌حرکتی مکمل، شکنج سینگولیت، عقده‌های قاعده‌ای، کورتکس آهیانه و مسیرهای کورتیکو-استریاتو-تالامو-کورتیکال (انصافی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین نتایج این پژوهش با مطالعات گرین و همکاران (۲۰۲۰)، اسمیت و همکاران (۲۰۲۰)، کامارادووا و همکاران (۲۰۱۸)، دین و همکاران (۲۰۱۶)، و اورکی و همکاران (۱۳۹۴) که بر نابهنجاری‌های امواج مختلف مغزی از جمله دلتا، تتا، آلفا، بتای استاندارد و بتای بالا در نواحی مرکزی، پیشانی و پیش‌پیشانی تأکید داشتند همسو بود.

با توجه به اینکه نواحی مرکزی و پیشانی مغز در عملکردهای عالی مغز و کارکردهای اجرایی آن از جمله راهبردهای خودتنظیمی، توجه، انعطاف‌پذیری شناختی، زمان واکنش، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و

۴۸ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی...

کنترل تکانه‌ها نقش دارند و فزون‌کنشی یا کم‌کنشی این نواحی منجر به کندی زمان واکنش، درجاماندگی شناختی، توجه تثبیت شده، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه، ضعف در قضاوت و تصمیم‌گیری و عدم کنترل تکانه‌ها در بیماران وسواس می‌شود (ولز، ۱۳۹۴)؛ در این پژوهش انتظار می‌رفت که بدکارکردی نواحی مرکزی رو به جلوی مغز در QEEG این بیماران دیده شود.

شواهد زیادی در مورد رابطه‌ی بین نوسانات فرکانس باندهای دلتا، تتا و آلفا در مغز با پردازش شناختی وجود دارد. افزایش قدرت باند فرکانسی دلتا و تتا که با پردازش شناختی مرتبط هستند به ویژه در ناحیه‌ی پیشانی و پیش‌پیشانی منجر به EEG آهسته می‌شود که با تفکر مبهم، محاسبات ضعیف، قضاوت ضعیف و ضعف در کنترل تکانه همراه است (جعفری و همکاران، ۲۰۱۸). اسمیت و همکاران (۲۰۲۰) نیز معتقدند که کاهش دلتا در نواحی پیشانی و پیش‌پیشانی مغز حین تحریک عمیق مغز منجر به درمان موفقیت‌آمیز بیماران وسواس می‌شود. علاوه‌براین، مشاهده شد که پایین بودن موج بتای استاندارد و بتای بالا در این افراد بر فرایند توجه و تمرکز، اندیشناکی، حافظه، حل مسئله و پردازش شناختی تأثیر زیادی دارد و منجر به بدکارکردی مغز می‌شود (گرین و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به تقسیم‌بندی اوتمر (۲۰۱۸) از بیماران OCD در دو دسته‌ی بیش‌برانگیخته و کم‌برانگیخته، نقشه‌ی مغزی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش حاکی از آن بود که نواحی مرکزی و پیشانی همه‌ی این بیماران در دسته‌ی کم‌برانگیخته قرار دارد. بدین صورت که نسبت دلتا به بتا در مغز بالا بود که با اختلال امواج آهسته ارتباط داشت. مرور پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به گویه‌های مقیاس بیل-براون نیز نشان‌دهنده‌ی آن بود که بیشتر این بیماران دارای درهم‌آمیختگی شناختی و رفتارهای اجتنابی هستند که نشانه‌ی کم‌برانگیختگی است.

نمرات کلی مقیاس وسواسی-جبری یل-براون و شاخص‌های QEEG بعد از درمان نشان دادند که tDCS بر بهبود نشانگان افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری و اصلاح الگوی مغزی آن‌ها تأثیرگذار بوده است. این نتایج با مطالعات گرین و همکاران (۲۰۲۰)، انصافی و همکاران (۱۳۹۸)، جعفری و همکاران (۲۰۱۸)، یوسفی‌اصل و همکاران (۱۳۹۷)، برونلین و همکاران (۲۰۱۸)، پالم و همکاران (۲۰۱۷)، یورسو و همکاران (۲۰۱۶)، و دین و همکاران (۲۰۱۶) در زمینه‌ی تأثیر tDCS بر افکار و اعمال وسواسی-جبری بیماران با اختلال وسواسی جبری همسو بودند. در این مطالعه تحریک آند شیاز مرکزی (FZ، CZ) با تحریک کاتد ناحیه‌ی پیش‌پیشانی ی چپ و راست (FP1، FP2) منجر به کاهش امواج آهسته (دلتا و تتا) و افزایش امواج آلفا و بتای استاندارد و بتای بالا در این مناطق مغز شدند. پاسخ‌های بیماران به پرسشنامه‌ی ییل-براون پس از درمان نیز نشان داد که تغییر این امواج منجر به کاهش درهم‌آمیختگی و درج‌ماندگی شناختی، کاهش رفتارهای اجتنابی، افزایش توانایی مقابله با افکار وسواسی و مهار تکانه‌ها در بیماران وسواسی شده است. لذا کاربرد tDCS در درمان بیماران وسواس، در نهایت منجر به کاهش وسواس‌های فکری و عملی آنان شد.

از محدودیت‌های اصلی مطالعه‌ی حاضر این بود که اندازه‌گیری مکرر با یک پرسشنامه می‌تواند در صحت نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد. همچنین نبود مرحله‌ی پیگیری جهت بررسی اثربخشی درمان tDCS بر بهبود نشانه‌های وسواسی جبری در بلندمدت از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود که درمان tDCS به‌عنوان یکی از راهبردهای درمانی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد و مطالعاتی جهت بررسی تأثیرات بلندمدت این درمان انجام شود. همچنین با توجه به منشأ چندعاملی اختلال وسواسی جبری و مسیرهای مغزی مختلفی که در این بیماری درگیر است نتایج این پژوهش

۵۰ اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی...

می‌تواند راهنمای درمانگران این حیطه جهت توجه به الگوی الکتروآنسفالوگرافی کمی در مطالعات بعدی پیرامون درمان tDCS باشد.

سپاسگزاری

از شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری داده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

انصافی، الناز؛ عطادخت، اکبر؛ میکائیلی، نیلوفر؛ نیمانی، محمد و رستمی، رضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای کاتدی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۸(۷۳)، ۱۲۱-۱۳۱.

اورکی، محمد؛ شاهمرادی، سپیده و رحمانیان، مهدیه. (۱۳۹۴). تأثیر نوروفیدبک و درمان ترکیبی نورویوفیدبک بر کاهش علائم وسواس فکری-عملی: مطالعه تطبیقی. *فصلنامه علمی-پژوهشی عصب روان‌شناسی*، ۱(۲)، ۷۷-۸۷.

دموس، جان. (۱۳۹۹). *مبانی نوروفیدبک*. ترجمه داوود آذرنگی و مهدیه رحمانیان. تهران: دانژه. سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو. (۱۳۹۴). *خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی*، جلد اول. ترجمه: فرزین رضاعی. تهران: ارجمند. ولز، آدریان. (۱۳۹۴). *درمان فراشناختی برای اضطراب و افسردگی*. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: ورای دانش.

یاقوتی آذری، شهرام؛ طهماسب‌پور، محمد؛ زارع‌زاده، رسول و صمدیان‌ساربانقلی، قاسم. (۱۳۹۷). بررسی آزمایشی مشکلات حافظه در مبتلایان به نوع واری و شستشوکننده اختلال وسواسی-جبری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز*، ۴۰(۳)، ۱۰۵-۱۱۳.

یوسفی اصل، ویدا؛ مرسلی، یوسف و داداشی، محسن. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP) و تحریک جریان مستقیم از روی جمجمه (tDCS) در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی جبری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۶(۱۱۴)، ۱۴-۲۶.

Brunelin, J., Mondino, M., Bation, R., Palm, U., Saoud, M. and Poulet, E. (2018). Transcranial direct current stimulation for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Brain Sciences*, 8(2), 37- 50.

Demos, J. M. (2020). *Getting started with neurofeedback*. Ttranslated by Davood Azarangi, and Mahdieh Rahmanian. Tehran: Danzheh. (Text in Persian).

Dinn W. M., Aycicegi-Dinn, A., Goral, F., Karamursel, S., Yildirim, E. A., Hacıoglu-Yildirim, M., Gansler, D. A., Doruk, D. and Fregni, F. (2016). Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Insights from an open trial of transcranial direct current stimulation (tDCS) to design a RCT. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 22(3-4), 146-154.

Ensafi, E., Atadokht, A., Mikaeeli, N., Narimani, M. and Rostami, R. (2019). The effectiveness of cathodal transcranial direct current stimulation in patients with obsessive- compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*, 18(73), 121-131. (Text in Persian).

Ghaffari, H., Yoonessi, A., Darvishi M. J., & Ahmadi, A. (2018). Normal Electrical Activity of the Brain in Obsessive-Compulsive Patients After Anodal Stimulation of the Left Dorsolateral Prefrontal Cortex. *Basic and Clinical Neuroscience*, 9(2), 135-146.

Green, P. E., Loftus, A. and Anderson, R. A. (2020). Protocol for transcranial direct current stimulation for obsessive-compulsive disorder. *Brain Sciences*, 10(12), 1008-1017.

Kamaradova, D., Brunovsky, M., Prasko, J., Hajda, M., Grambal, A. and Latalova, K. (2018). EEG correlates of induced anxiety in obsessive-compulsive patients: comparison of autobiographical and general anxiety scenarios. *Neuropsychiatr Disease and Treatment*, 14, 2165-2174. doi: 10.2147/NDT.S169172

Oraki, M., Shahmoradi, S. and Rahmanian, M. (2015). The effectiveness of neurofeedback and neurobiofeedback on reduction of OCD symptoms: A comparative study. *Neuropsychology*, 1(2), 77-87. (Text in Persian).

Othmer, S. (2018). *Protocol guide for neurofeedback clinicians*. EEG Institute.

Palm, U., Leitner, B., Kirsch, B., Behler, N., Kumpf, U., Wulf, L., Padberg, F. and Hasan, A. (2017). Prefrontal TDCS and serteraline in obsessive-compulsive

- disorder: a case report and review of the literature. *Journal Neurocase: The Neural Basis of Cognition*, 23(2), 173-177.
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D. and Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trails. *Comprehensive Psychiatry*, 106 (4). doi: 10.1016/j.comppsy.2021.152223.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry*. Ttranslated by Farzin Rezaee (2015). Tehran: Arjmand. (Text in Persian).
- Smith, E.E., Schuller, T., Huys, D., Baldermann, J. C., Ullsperger, M., Allen, J. J. and Visser-Vandewalle, V. (2020). Prefrontal delta oscillations during deep brain stimulation predict treatment success in patients with obsessive-compulsive disorder. *Brain Stimulation*, 13(1), 259-261.
- Urso, G. D., Brunoni, A. R., Mazzaferro, M. P., Anastasia, A., Bartolomeis, A. D. and Mantovani, A. (2016). Transcranial direct current stimulation for obsessive-compulsive disorder: A randomaized, controlled, partial crossover trail. *Depression & Anxiety*, 33(12),1132-1140.
- Wells, A. (2015). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Translated by Shahram Mohammadkhani. Tehran: Varaye Danesh. (Text in Persian).
- Wilson, K. A. and Chambless, D. L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Journal of Research and Therapy*, 37(4), 325-335.
- Yaghooti Azari, Sh., Tahmasebpour, M., Zarezade, R. and Samadian Sarebangholi, Gh. (2018). The memory problems in patients with obsessive-compulsive disorder (checking, washing and mixing). *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services*, 40(3), 105-113. (Text in Persian).
- Yousefi Asl, V., Morsali, Y. and Dadashi, M. (2018). Exposure and Response Prevention (ERP) Versus Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) in Remission of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*, 26(114),14-26. (Text in Persian).



تبیین علائم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

سارا لرنزنگنه^۱، علی عیسی زادگان^۲

چکیده

خودشیفتگی خصیصه‌ای پیچیده و منعکس‌کننده خودمحوری استثنائی و خودخواهی اجتماعی است و با پیامدهای اجتماعی منفی همراه است. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی چگونگی خودشیفتگی با توجه به نقش پیش‌بین ترومای کودکی و تحریف شناختی صورت گرفته است. طرح پژوهش توصیفی همبستگی و جامعه‌ی آماری مورد مطالعه شامل دانشجویان دانشگاه‌های شهر ارومیه در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. ۲۸۵ دانشجوی به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شدند و به منظور گردآوری اطلاعات ابزارهای سنجش شخصیت خودشیفته‌آموز و کودک‌آزاری نوربخش و تحریفات شناختی عبدالله‌زاده و سالار را تکمیل کردند. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که خودشیفتگی با ترومای کودکی و تحریف شناختی رابطه‌ی مثبت و معنادار دارد. همچنین نتایج کاربست تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که به‌طور معناداری خودشیفتگی توسط ترومای کودکی و تحریف شناختی تبیین می‌شود و تحریف شناختی بیشترین قدرت پیش‌بینی را برای خودشیفتگی دارد. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که ترومای کودکی و تحریف شناختی می‌توانند نقش مهمی را در علت‌شناسی خودشیفتگی ایفا نماید.

^۱ (نویسنده مسئول). کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه،

ایران. St_s.zangeneh@urmia.ac.ir

^۲ استاد روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

A.issazadegan@urmia.ac.ir

۵۴ تبیین علانم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

واژگان کلیدی: ترومای کودکی، تحریف شناختی، خودشیفتگی

مقدمه

خودشیفتگی^۱ به عنوان یک ویژگی تاریک شخصیت (اسمیت، هیل، والاس، ریسندز^۲ و همکاران، ۲۰۱۸) با احساس اغراق‌آمیز خودبرتتری، اقتدارطلبی و الگوهای تفکر بزرگ‌منشی مشخص می‌شود (گرودا، مکلسکی، کاراناتسیو و واکالی^۳، ۲۰۲۱). خودشیفتگی آسیب شناختی با دو بعد بزرگ‌منشی و آسیب‌پذیری به رسمیت شناخته می‌شود (مالزا و کازمارک^۴، ۲۰۱۸). هر دو بعد خودشیفتگی در برخی از ویژگی‌ها مانند خودمحوری و احساس استحقاق به هم شبیه‌اند؛ اما از جهات دیگر با یکدیگر تفاوت دارند (کریزان و هرلاچ^۵، ۲۰۱۸). خودشیفتگی آسیب‌پذیر با خلق منفی بالا، عزت‌نفس پایین، حساسیت به انتقاد و دفاع از خود همراه است. درحالی‌که خودشیفتگی بزرگ‌منشی با خودارزشمندی اغراق‌آمیز، جسارت اجتماعی و خودبینی شدید و تمایل به تحسین توصیف می‌شود (زاجنکوسکی، لینرسکا و جانسون^۶، ۲۰۲۰). ازسوی دیگر، کاهش همدلی در قلب مشکلات بین فردی مرتبط با خودشیفتگی مطرح شده‌است (بوکوسکی و سامسون^۷، ۲۰۲۱). بنابراین، باتوجه به پیامدهای روان‌شناختی این اختلال کشف ریشه‌های آن مهم تلقی می‌شود، همچنان که عوامل بسیاری در پیدایش خودشیفتگی دخیل است.

-
- 1 . Narcissism
 - 2 . Smith, Hill, Wallace , Recendes et al
 - 3 . Gruda, McCleskey, Karanatsiou & Vakali
 - 4 . Malesza & Kaczmarek
 - 5 . Krizan & Herlache
 - 6 .Zajenkowski, Leniarska & Jonason
 - 7 . Bukowski & samson

نقش ترومای کودکی به عنوان یک عامل پنهان در اختلالات روانی مورد تأیید قرار گرفته است. ترومای کودکی شامل سوءاستفاده، بی توجهی و قرار گرفتن در معرض خشونت است (هاردی، وندیگیسن و وندنبرگ^۱، ۲۰۲۰). مطابق آمار در سال ۲۰۱۹ میزان کودک آزاری و غفلت ۸٫۹ درصد در هر ۱۰۰۰ کودک برآورد شده است (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی آمریکا، ۲۰۱۹). دشواری‌های دوران کودکی منجر به آسیب سیستم‌های مختلف عصبی، جسمی، روان‌شناختی و عاطفی می‌شود (تامسون و جاکو^۲، ۲۰۱۹) و الگوی مشهودی از تجارب نامطلوب کودکی و اختلالات شخصیت وجود دارد (کانل، پیتنجر و لنگ^۳، ۲۰۱۸)؛ به طوری که نظریه‌ی روابط شیء^۴ کرنبرگ^۵ (۱۹۸۴) بر اهمیت چگونگی روابط اولیه‌ی دوران کودکی با سرپرست و تاثیرگذاری آن بر الگوهای اصلی روابط بین فردی در بزرگسالی تأکید دارد. براساس این نظریه وقتی کودکان مورد غفلت قرار می‌گیرند، این دیدگاه در آنها شکل می‌گیرد که فرد بی‌ارزشی هستند و این امر در افراد منجر به آسیب‌شناسی شخصیت می‌شود (تانیس^۶، ۲۰۱۸) نتایج مطالعه‌ی سار و تورککورتکا^۷ (۲۰۲۱) نشان داد که سوءاستفاده‌ی جسمی، سوءاستفاده‌ی جنسی و نیز غفلت فیزیکی در دوران کودکی خودشیفتگی بزرگ‌منشی^۸ را پیش‌بینی می‌کند.

-
1. Hardy, van de Giessen & van den Berg
 2. Thomson & Jaque
 3. Connell, Pittenger & Lang
 4. theory of object relations
 5. Kernberg
 6. Tanis
 7. Şar & Türk-Kurtça
 8. grandios narssistic

۵۶ تبیین علائم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

همچنین یافته‌های برتل، تالمن و گراس^۱ (۲۰۲۰) مبین این مطلب است که بدرفتاری دوران کودکی در علت‌شناسی خودشیفتگی آسیب‌پذیر^۲ و خودشیفتگی بزرگ‌منشی نقش دارد.

از طرف دیگر، یکی از سازه‌های شناختی‌ای که می‌تواند خودشیفتگی را تحت تاثیر خود قرار دهد تحریف شناختی است. تحریفات شناختی ادراک غلط یا تحریف اطلاعات به شیوه‌ای منظم است که منعکس‌کننده‌ی باورهای نادرست اساسی در مورد شخص، جهان و آینده است (دلپوزو، هربک، زان، کلیم^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). تحریفات برجسته‌ی شناختی شامل این موارد است: ذهن‌خوانی^۴، فاجعه‌آمیز بودن^۵، تفکر همه یا هیچ^۶، استدلال عاطفی^۷، برچسب زدن^۸، فیلتر ذهنی^۹، شخصی سازی^{۱۰} بیش از حد، بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی^{۱۱}، اظهارات «باید بهتر است»^{۱۲} و بی‌توجهی به امر مثبت^{۱۳} (کورو، سافاک، ازدمیر، تولاسی،^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۸). مدل شناختی اختلالات هیجانی آرون تی بک^{۱۵} (۱۹۷۶) بیان می‌کند که شناخت‌های ناکارآمد و تحریف‌های شناختی منجر به آشفتگی‌ها و اختلالات روانی در افراد

1 .Bertele, Talmon & Gross

2 . vulnerable narcissism

3 . Del Pozo, Harbeck, Zahn, Kliem et al

4 . mind reading

5 . Catastrophizing

6 . all-or-nothing thinking

7 . emotional reasoning

8 . labeling

9 . mental filter

10 . personalization

11 . overgeneralization

12 . 'should' statements

13 . minimizing or disqualifying the positive and arbitrary inference

14 . Kuru, Safak, Ozdemir, Tulacı et al

15 . Beck

می‌شوند (پیتارد و پاسل^۱، ۲۰۱۶). نتایج مطالعات ویاتکوویسکا، جوکوسکی، اگزا، زمجتل پیتروسکا^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در بررسی رابطه‌ی سوگیری شناختی و جنبه‌های خودشیفتگی بزرگ‌نما مبین این نکته است که خودشیفتگی بزرگ‌نما با الگوی متفاوت تحریف شناختی همراه است. همچنین نتایج پژوهش جوناسن، فلچر و هاشمنی^۳ (۲۰۱۹) نشان داد که افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی تاریک^۴ سوگیری روانشناختی^۵ بیرونی به مسائل دارند و دارای استدلال غیرمنطقی هستند.

مطالعات حاکی از آن است که احتمالاً هیچ ویژگی شخصیتی دیگری به اندازه‌ی خودشیفتگی از خود تناقضات بروز نمی‌دهد (گرودا و همکاران، ۲۰۲۱). خودشیفتگی حتی در سطح زیربالینی با طیف گسترده‌ای از مشکلات بین‌فردی همراه است. وانگهی خودشیفتگان در روابط خود متعهد نیستند و بیشتر مرتکب جرم می‌شوند (بوکوسکی و سامسون، ۲۰۲۱)؛ در نتیجه، مبتلایان به این اختلال در مسیر زندگی اجتماعی و خانوادگی با دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌شوند. از این رو به دلیل عواقب منفی خودشیفتگی بررسی فاکتورهای تاثیرگذار بر آن توجیه‌پذیر است و منجر به کاربرد روش‌های درمانی کارآمد می‌شود؛ لذا با توجه به نتایج مطالعات پیشین به نظر می‌رسد که ترومای کودکی و تحریف شناختی می‌تواند خودشیفتگی را به‌طور موثری تبیین نماید. بدین ترتیب با توجه به دیدگاه نسبتاً محدود خودشیفتگی که در مطالعات قبلی ارزیابی شده است، تحقیقات بیشتر در مورد این ارتباطات ضروری می‌شود. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش تفکیکی ابعاد ترومای کودکی و تحریف

-
- 1 . Pittard & Pössel
 - 2 . Kwiatkowska, Jułkowski, ogoza, Żemojtel-Piotrowska et al
 - 3 . Jonason, Fletcher & Hashmani
 - 4 . dark personality traits
 - 5 . psychological bias

۵۸ تبیین علانم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

شناختی در پیش‌بینی خودشیفتگی است تا در نهایت مهم‌ترین عوامل اثرگذار تشخیص داده شود. براین اساس، فرضیه اصلی این پژوهش این است که بین مؤلفه‌های ترومای کودکی و مؤلفه‌های تحریف شناختی با خودشیفتگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

روش

روش تحقیق پژوهش حاضر با توجه به هدف آن، مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی هدف پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه‌های شهر ارومیه در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از بین دانشجویان نمونه‌ای به حجم ۲۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و به وسیله‌ی ابزارهای سنجش پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. به همین منظور، پس از تهیه و تدوین پرسشنامه‌های پژوهش، اجرای پرسشنامه با توجه به شرایط محدودکننده‌ی جامعه به دلیل شیوع بیماری کووید-۱۹ به صورت مجازی صورت گرفت. به طوری که بعد از طراحی برنامه پرسشنامه الکترونیک در گروه‌ها و کانال‌های دانشجویی دانشگاه‌های ارومیه بارگذاری و اجرا شد. پس از تکمیل و اتمام بازه زمانی فعالیت پرسشنامه‌ی آنلاین با بررسی داده‌های به دست آمده و حذف پرسشنامه‌های ناقص، دقیق‌ترین نمونه‌ی داده‌های جامعه‌ی آماری استخراج شد. پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و بر اساس شاخص‌های توصیفی و آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد. ملاک ورود به پژوهش تمایل و رضایت به شرکت در طرح پژوهش و ملاک خروج نیز نداشتن تمایل به همکاری در مشارکت و تکمیل ناقص پرسشنامه پژوهش بود. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در خصوص نحوه‌ی پاسخ‌دهی سوالات به شرکت کنندگان

توضیحات کافی ارائه شد و نیز به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد بود و در صورت نداشتن تمایل می‌توانند در اجرای پژوهش شرکت نکنند.

پرسشنامه شخصیت خودشیفته‌آمز^۱ (NPI-16): این پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای را آموز و همکاران (۲۰۰۶)

با هدف سنجش ویژگی‌های شخصیت خودشیفته طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه شامل جفت گویه‌هایی است که پاسخ‌دهنده با انتخاب هر گویه ردیف الف، یک امتیاز و برای هر گویه ردیف ب، ۰ امتیاز کسب می‌کند. امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۶ خواهد داشت. به عنوان یک نقطه برش، امتیاز ۸ به بالا بیانگر شخصیت خودشیفته در فرد است. ضرایب پایایی بازآزمایی را سازندگان اصلی آزمون ۰٫۸۵، گزارش کرده‌اند. در پژوهش محمدزاده (۱۳۸۸) ضریب پایایی بازآزمایی، ضریب همبستگی در تعیین پایایی تصنیفی و ضریب آلفای کرونباخ در سنجش همسانی درونی به ترتیب ۰٫۷۴/۸۴، ۰/۰، ۰/۷۹ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی کل این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه کودک‌آزاری (مقیاس خودگزارشی)^۲: پرسشنامه‌ی کودک‌آزاری ۲۵ گویه‌ای را نوربخش

در سال ۱۳۹۱ طراحی کرده‌است. این پرسشنامه پنج بعد کودک‌آزاری جسمی، جنسی، غفلت، سوءتغذیه و عاطفی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرتی پنج درجه‌ای (خیلی کم) تا (خیلی زیاد) به سوالات پاسخ می‌دهند. تحلیل نمره‌ی پرسشنامه به این شکل است: نمره‌ی بین ۲۵ تا ۵۰ یعنی فرد در دوران کودکی کم آزار دیده است. نمره‌ی بین ۵۰ تا ۷۵ یعنی فرد در دوران کودکی به طور متوسط آزار دیده است. نمره‌ی بالاتر از ۷۵ یعنی فرد در دوران کودکی زیاد آزار دیده است. در مطالعه‌ی نوربخش

1 .Ames Narcissistic Personality Inventory
2 .Child Abuse Questionnaire (self-report scale)

۶۰ تبیین علائم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

(۱۳۹۱) روایی محتوایی پرسشنامه به تایید دو متخصص روان‌شناسی بالینی و یک دکتر روان‌شناسی عمومی رسید. علاوه بر این روایی صوری آن را نیز دو تن از استادان دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی تایید کردند. همچنین در پژوهش نوربخش (۱۳۹۱) همسانی درونی به وسیله آلفای کرونباخ در بعد کودک‌آزاری جسمی ۰/۶۹، در بعد کودک‌آزاری جنسی ۰/۷۲، در بعد غفلت ۰/۷۰، در بعد سوء تغذیه ۰/۸۲ و در بعد کودک‌آزاری عاطفی ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در سنجش همسانی درونی برای نمره‌ی کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد و نیز همسانی درونی در این مطالعه در بعد کودک‌آزاری جسمی، کودک‌آزاری جنسی، غفلت، سوء تغذیه و کودک‌آزاری عاطفی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۱ محاسبه شده است.

پرسشنامه استاندارد سنجش تحریفات شناختی عبدالله زاده و سالار^۱: این پرسشنامه‌ی ۲۰ ماده‌ای را عبدالله زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ با هدف سنجش ده بعد تحریف‌شناختی ساخته‌اند. آزمودنی بر اساس طیف لیکرتی پنج درجه‌ای ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) به سوالات پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه هر تفکر نامعقول تعداد ۲ سوال را به خود اختصاص داده است. بدین ترتیب تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، درشت‌بینی و ریزبینی، استدلال احساسی، «باید بهتر است»، برجسب زدن و شخصی سازی را مورد سنجش قرار داده است. بر اساس نمره‌گذاری، فردی که نمره‌ی بالاتر از ۶۶ را کسب کند، از نظر میزان تحریفات شناختی در حد بالایی قرار دارد. این مقیاس دارای اعتبار و روایی داخلی است و عبدالله زاده و سالار آن را در سال ۱۳۸۹

1. Standard Questionnaire for Measuring Cognitive Distortions of Abdullah Zadeh and Salar

بر روی جمعیت ایرانی، شامل ۱۵۱ زن و ۱۴۶ مرد هنجاریابی کرده‌اند. اطلاعات جمع آوری شده به وسیله این ابزار تحقیق با آزمون T مستقل برای مقایسه دو جنس زن و مرد (با میانگین سنی ۲۵/۸) بررسی گردید و همسانی درونی کل مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ اعلام شد (کیانی پور، حسنی، راه نجات و قنبری پناه، ۱۳۹۹). همسانی درونی کل مقیاس در مطالعه‌ی حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در بعد تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، درشت‌بینی و ریزبینی، استدلال احساسی، عبارت «باید بهتر است»، برچسب زدن و شخصی سازی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۷۹ محاسبه شده است.

یافته‌ها

نتایج تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که از بین ۲۸۵ دانشجوی شرکت‌کننده در پژوهش، بیشترین شرکت‌کننده در رده‌ی سنی ۲۰-۲۱ سال (۳۳/۳) و کمترین شرکت‌کننده در رده‌ی سنی ۲۵-۲۴ (۱۰/۲) قرار گرفته‌اند. ۲۴۹ آزمودنی (۸۷/۴ درصد) خانم/دختر و ۳۶ آزمودنی (۱۲/۶ درصد) آقا/پسر در این پژوهش مشارکت کردند. همچنین ۲۱۵ نفر در مقطع کارشناسی (۷۳/۴ درصد) و ۵۸ نفر در مقطع کارشناسی ارشد (۱۹/۸ درصد) و ۱۲ نفر در مقطع دکتری (۴/۱ درصد) مشغول به تحصیل بودند. به علاوه تعداد ۲۵۱ نفر (۸۸/۱ درصد) مجرد و ۳۴ نفر (۱۱/۹) متاهل بودند. در جدول شماره‌ی ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق گزارش شده است.

۶۲ تبیین علانم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

شاخص توصیفی		متغیر / مؤلفه	شاخص توصیفی		متغیر / مؤلفه
میانگین	انحراف		میانگین	انحراف	
استاندارد			استاندارد		
۱/۸۹	۵/۷۴	تعمیم مبالغه آمیز	۳/۲۰	۷/۳۹	خودشیفتگی (نمره کل)
۲/۰۲	۴/۵۰	فیلتر ذهنی	۱۲/۱۹	۳۶/۳۶	ترومای کودکی (نمره کل)
۲/۲۵	۴/۶۰	بی توجهی به امر مثبت	۲/۳۳	۶/۱۸	کودک آزاری جسمی
۲/۰۵	۵/۳۲	نتیجه‌گیری شتاب‌زده	۴/۵۴	۹/۲۹	کودک آزاری عاطفی
۲/۱۴	۵/۶۴	درشت بینی و ریزبینی	۱/۶۲	۵/۸۰	کودک آزاری جنسی
۱/۷۳	۴/۳۷	استدلال احساسی	۳/۷۲	۸/۴۲	غفلت و بی توجهی
۱/۹۶	۶/۵۹	باید بهتر است	۲/۷۲	۶/۶۷	سوء تغذیه
۲/۰۵	۴/۲۷	برچسب زدن	۱۲/۱۸	۵۲/۲۳	تحریف شناختی (نمره کل)
۲/۰۴	۴/۶۵	شخصی سازی	۱/۳۹	۶/۵۵	تفکر همه یا هیچ

به منظور بررسی رابطه‌ی بین ترومای کودکی و تحریفات شناختی و خرده مؤلفه‌های آن‌ها با خودشیفتگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که مندرجات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد خودشیفتگی رابطه‌ی مثبت و معناداری با ترومای کودکی و خرده مؤلفه‌های کودک‌آزاری جسمی و غفلت دارد. همچنین رابطه‌ی خودشیفتگی با تحریف شناختی و خرده مؤلفه‌های تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، استدلال احساسی، باید بهتر است و شخصی سازی معنادار است. در نتیجه ترومای کودکی و تحریفات شناختی همبستگی معناداری با خودشیفتگی نشان دادند.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای تحقیق و مؤلفه‌های آن

متغیر/مؤلفه	ضرایب همبستگی	متغیر/مؤلفه	ضرایب همبستگی
ترومای کودکی (نمره کل)	۰/۱۳*	فیلتر ذهنی	۰/۳۳**
کودک آزاری جسمی	۰/۱۵**	بی توجهی به امر مثبت	-۰/۰۵
کودک آزاری عاطفی	۰/۰۹	نتیجه گیری شتاب زده	۰/۰۷
کودک آزاری جنسی	۰/۱۰	درشت بینی و ریز بینی	۰/۰۸
غفلت و بی توجهی	۰/۱۲*	استدلال احساسی	۰/۱۳*
سوء تغذیه	۰/۰۸	باید بهتر است	۰/۲۲**
تحریف شناختی (نمره کل)	۰/۲۴**	برچسب زدن	۰/۰۶
تفکر همه یا هیچ	۰/۰۷	شخصی سازی	۰/۳۶**
تعمیم مبالغه آمیز	۰/۲۲**		

** رابطه در سطح ۹۹ درصد معنادار است. * رابطه در سطح ۹۵ درصد معنادار است

در راستای تعیین سهم هر یک از متغیرهای ترومای کودکی و تحریف شناختی در پیش بینی خودشیفتگی از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. همچنین نتایج تحلیل هم خطی نشان داد که شاخص تحمل بالاتر از ۰/۰۱ و عامل تورم واریانس پایین تر از ۱۰ قرار دارد و بنابراین مفروضه‌ی نبود هم خطی چندگانه برای تحلیل رگرسیون فراهم است. به علاوه مقدار آزمون دوربین واتسون برابر ۱/۹۸ به دست آمد که نشان دهنده‌ی مستقل بودن متغیرهای پیش بین مطالعه‌ی حاضر است. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره‌ی ۳ ارائه شده است. همان گونه که در این جدول مشاهده می شود حدود ۰/۲۹ درصد از واریانس خودشیفتگی به وسیله متغیرهای ترومای کودکی و تحریفات شناختی قابل پیش بینی

۶۴ تبیین علانم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

است. همچنین نسبت F در سطح $p < 0/005$ معنادار است و گویای این مطلب است که مدل رگرسیون خودشیفتگی بر مبنای ترومای کودکی و تحریف شناختی معنی‌دار و قابل پیش‌بینی است.

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی خودشیفتگی بر اساس ترومای کودکی و تحریف

مدل	R	R Square	F	Sig
۱	۰/۵۴	۰/۲۹	۷/۵۰	۰/۰۰

جدول شماره‌ی ۴ نشان می‌دهد که متغیر ترومای کودکی با بتای $0/13$ ($t=2/19$)، مؤلفه‌ی کودک آزاری جسمی با بتای $0/15$ ($t=2/62$) و مؤلفه‌ی غفلت با بتای $0/12$ ($t=1/98$) می‌تواند به‌طور معناداری خودشیفتگی را پیش‌بینی کنند که با توجه به بتاهای به دست آمده، می‌توان گفت که مؤلفه‌ی کودک آزاری جسمی در سطح معناداری $p < 0/01$ سهم بیشتری در تبیین خودشیفتگی برعهده دارد.

جدول ۴. نتایج رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی خودشیفتگی بر اساس مؤلفه‌های ترومای

کودکی به همراه ضرایب بتا و آزمون معناداری t

تغییرات آماره متغیر ملاک: خودشیفتگی						
متغیر پیش‌بین	R	R Square	F	β	t	Sig
ترومای کودکی (نمره کل)	۰/۱۳	۰/۰۲	۴/۷۸	۰/۱۳	۲/۱۹	۰/۰۳
کودک آزاری جسمی	۰/۱۵	۰/۰۲	۶/۸۸	۰/۱۵	۲/۶۲	۰/۰۱
کودک آزاری عاطفی	۰/۰۹	۰/۰۱	۲/۲۶	۰/۰۹	۱/۵۰	۰/۱۳
کودک آزاری جنسی	۰/۱۰	۰/۰۱	۳/۰۹	۰/۱۰	۱/۷۶	۰/۰۸
غفلت و بی‌توجهی	۰/۱۲	۰/۰۱	۳/۹۲	۰/۱۲	۱/۹۸	۰/۰۴
سوء تغذیه	۰/۰۸	۰/۰۱	۱/۵۹	۰/۰۸	۱/۲۶	۰/۲۰

همان طور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می شود ۰/۲۸ درصد از واریانس خودشیفتگی به وسیله خرده مؤلفه های تحریف شناختی در سطح معناداری $p < ۰/۰۰۵$ قابل تبیین است. به این ترتیب مؤلفه های تعمیم مبالغه آمیز با بتای $۰/۲۲ (t=۳/۸۷)$ ، فیلتر ذهنی با بتای $۰/۳۳ (t=۵/۸۰)$ ، استدلال احساسی با بتای $۰/۱۳ (t=۲/۲۸)$ ، باید بهتر است با بتای $۰/۲۲ (t=۳/۸۷)$ ، شخصی سازی با بتای $۰/۳۶ (t=۶/۵۱)$ نقش اصلی را در پیش بینی خودشیفتگی ایفا می کنند. بیشترین مقدار ضریب بتا متعلق به مؤلفه ی شخصی سازی در سطح $p < ۰/۰۰۵$ و کمترین مقدار ضریب بتا متعلق به مؤلفه ی استدلال احساسی در سطح $p < ۰/۰۲$ است.

جدول ۵. نتایج رگرسیون چندگانه برای پیش بینی خودشیفتگی بر اساس مؤلفه های تحریف شناختی به همراه ضرایب بتا و آزمون معناداری t

تغییرات آماره متغیر ملاک: خودشیفتگی						
Sig	t	β	F	R	R	متغیر پیش بین
				Square		
۰/۰۰	۳/۶۰	—	۱۰/۸۷	۰/۲۸	۰/۵۳	تحریف شناختی (مؤلفه ها)
۰/۲۶	۱/۱۴	۰/۰۷	۱/۳۰	۰/۰۱	۰/۰۷	تفکر همه یا هیچ
۰/۰۰	۳/۸۷	۰/۲۲	۱۵/۰۱	۰/۰۵	۰/۲۲	تعمیم مبالغه آمیز
۰/۰۰	۵/۸۰	۰/۳۳	۳۳/۵۰	۰/۱۱	۰/۳۳	فیلتر ذهنی
۰/۳۷	-۰/۸۸	-۰/۰۵	۰/۸۰	۰/۰۰	۰/۰۵	بی توجهی به امر مثبت
۰/۲۷	۱/۱۰	۰/۱۰	۱/۲۲	۰/۰۰	۰/۰۷	نتیجه گیری شتاب زده
۰/۲۰	۱/۴۲	۰/۰۸	۲/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۸	درشت بینی و ریز بینی
۰/۰۲	۲/۲۸	۰/۱۳	۵/۱۸	۰/۰۲	۰/۱۳	استدلال احساسی
۰/۰۰	۳/۸۷	۰/۲۲	۱۴/۹۵	۰/۰۵	۰/۲۲	باید بهتر است
۰/۲۸	۱/۰۶	۰/۰۶	۱/۱۳	۰/۰۰	۰/۰۶	برچسب زدن

شخصی سازی	۰/۳۶	۰/۱۳	۴۲/۳۸	۰/۳۶	۶/۵۱	۰/۰۰
-----------	------	------	-------	------	------	------

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودشیفتگی بر مبنای ترومای کودکی و تحریف شناختی صورت گرفت. نتایج یافته‌های پژوهش بیانگر پیش‌بینی خودشیفتگی بر مبنای ترومای کودکی بود. این یافته در توافق با پژوهش برتل و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که ترومای کودکی عامل خطری برای خودشیفتگی است. همچنین از بین مؤلفه‌های ترومای کودکی فقط مؤلفه‌های غفلت و کودک آزاری جسمی ارتباط مثبت و معنادار با خودشیفتگی داشتند. اگرچه براساس مطالعه‌ی سار و تورک‌کورتکا (۲۰۲۱) مؤلفه‌ی کودک آزاری جنسی نیز با نشانگان خودشیفتگی مرتبط است؛ اما نقش آسیب‌زای آن در مطالعه‌ی حاضر مشاهده نشد. شاید علت این ناهمخوانی ماهیت غیربالینی و ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ی مورد مطالعه باشد. این یافته را می‌توان بر اساس نظریه‌ی روابط شیء کرنبرگ (۱۹۸۴) این‌گونه تبیین کرد که تجارب نامطلوب کودکی منجر به نوعی نقص عملکردی در روابط بین فردی و آسیب‌شناسی شخصیت می‌شود؛ به‌طوری‌که احساس حقارت و عزت‌نفس پایین را در فرد نهادینه می‌سازد و شخص در معرض مشکلاتی در زمینه‌ی اعتماد، عزت‌نفس و سازگاری با موقعیت‌های اجتماعی قرار می‌گیرد (تانیس، ۲۰۱۸).

به‌عبارت‌دیگر، کودکان مورد غفلت واقع شده درک نشده‌اند، ظاهراً در گذشته همدلی و محبت را تجربه نکرده‌اند و مراقبین آن‌ها نیازهایشان را نادیده گرفته‌اند. بنابراین، احساس می‌کنند که هیچ‌کس آن‌ها را دوست ندارد. در آینده ممکن است این افراد به دلیل بی‌توجهی، ویژگی‌های خودشیفتگی از قبیل انزوا و فقدان همدلی را در خود پرورش دهند تا در صدد جبران گذشته‌ای که مورد غفلت واقع شده‌اند برآیند.

چنین افرادی احتمالاً در پی این شرایط می‌خواهند موقعیت از دست رفته را بازیابند و در مدار توجه قرار گیرند. علاوه بر این افرادی که به احتمال قوی در دوران کودکی برخلاف معیارهای مراقبین خود رفتار کرده‌اند و مورد سوءاستفاده‌ی جسمی قرار گرفته‌اند. شاید این امر در آینده منجر به شکل‌گیری صفاتی همچون بی‌اعتمادی، نیاز به تسلط و استثمارگری در شخصیتشان شود. بدین ترتیب تجربه‌ی ترومای کودکی با تاثیر منفی خود به مثابه‌ی یک عامل محیطی محوری، زمینه‌ی بروز خودشیفتگی را فراهم می‌سازد. یافته‌ی دیگر تحقیق حاکی از نقش بارز تحریف شناختی در پیش‌بینی خودشیفتگی است. اگرچه در ارتباط با این یافته پژوهش‌های محدودی انجام شده است؛ اما یافته‌های این پژوهش نیز در راستای یافته‌های جوناسن و همکاران (۲۰۱۹)؛ ویاتکوویسکا و همکاران (۲۰۱۹) بر رابطه‌ی بین سوگیری شناختی و آسیب‌پذیری افراد نسبت به خودشیفتگی تاکید می‌کنند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مؤلفه‌های تعمیم مبالغه‌آمیز فیلتر ذهنی، شخصی سازی، «باید بهتر است» و استدلال احساسی افزایش نشانگان خودشیفتگی را با خود به همراه دارد. شاید به کارگیری نمونه‌ی غیربالینی و نامفهوم بودن سوالات ابزار ارزیابی توانایی توجیه معنادار نبودن بقیه‌ی خرده‌مقیاس‌های مذکور را برای نمونه مورد مطالعه داشته باشد. البته این امر بررسی بیشتری را می‌طلبد. در تبیین کلی یافته‌ها بر اساس مفروضات تئوریک مدلی شناختی آرون تی بک (۱۹۷۶) می‌توان گفت که تحریف‌های شناختی به دلیل ماهیت پیچیده‌ای که دارند، موجب تفسیرهای اغراق‌آمیز از واقعیت می‌شوند. همچنین افراد را در مقابل انواع ناهنجاری‌ها و اختلالات روانی آسیب‌پذیر می‌سازند (پیتارد و پاسل، ۲۰۱۶). همچنین با استناد به مبانی نظری متغیرهای مطالعه و یافته‌های پژوهشی مرتبط می‌توان این‌گونه تبیین کرد که افراد دارای مکانیسم شناختی استدلال احساسی، واقعیت را مستقیماً تجربه نمی‌کنند. به نظر می‌رسد از آنجایی که آن‌ها از احساسات خود برای تفسیر واقعیت

۶۸ تبیین علائم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی

استفاده می‌کنند، تفسیر نادرست و اغراق آمیزی از واقعیت وجودی خود پرورش می‌دهند و مستعد خودشیفتگی می‌شوند. از سوی دیگر با توجه به اینکه مبتلایان شخصی سازی عامل بروز حوادث منفی را به خود نسبت می‌دهند و سهم دیگران را در بروز مشکل نادیده می‌گیرند در نتیجه، شخصی سازی‌های چنین افرادی موجب می‌شود که فکر کنند دیگران آنان را بیشتر طرد می‌کنند. درحالی که ممکن است چنین چیزی اصلا صحت نداشته باشد و احتمالاً آن‌ها برای جبران این وضعیت به دنبال دریافت افراطی تاییدجویی و توجه خواهند بود که هر دوی اینها از صفات خودشیفتگی است. به علاوه از آنجا که افراد دارای تعمیم مبالغه‌آمیز بر اساس یک واقعه الگوهای کلی منفی را برداشت می‌کنند، از این رو آسیب پذیری بیشتری نسبت به فقدان‌ها دارند. شاید این موضوع باعث شود تفسیر منفی، شخصی و افراطی از رویدادهای زندگی داشته باشند و به این نتیجه برسند که همیشه مشکلات برای آن‌ها رخ می‌دهد. علاوه بر آن ممکن است منجر به کاهش عزت نفس شود و در نتیجه این وضعیت به شکل خودشیفتگی تجربه گردد. همچنین افراد مبتلا به «باید بهتر است» به جای اینکه اتفاقات را بر اساس آنچه که هست تفسیر کنند، اغلب آن‌ها را بر پایه‌ی چیزی که باید باشد ارزیابی می‌کنند. بنابراین انتظار می‌رود که در طول زمان با انباشت چنین طرز تفکری و نادیده گرفتن حقایق آمادگی بیشتری برای بروز ویژگی‌هایی نظیر خودبینی و ارزش فائل نشدن برای افکار دیگران داشته باشند که از مشخصات افراد خودشیفته است. از این گذشته، به دلیل آنکه افراد با فیلتر منفی تقریباً همیشه ابعاد منفی را می‌بینند و به جنبه‌های مثبت توجه نمی‌کنند، به نظر می‌رسد با فیلتر کردن تمام حقایق خوشایند افکار نادرست خود را جایگزین آن می‌کنند و موجب تقویت باورهای منفی فردی می‌شوند. به همین علت و به مرور زمان احتمال دارد زمینه برای نداشتن انتقادپذیری که از پارامترهای خودشیفتگی است در این افراد مهیا شود. در مجموع می‌توان

گفت که ترکیب متغیرهای ترومای کودکی و تحریف شناختی توانایی پیش‌بینی درصد چشمگیری از واریانس خودشیفتگی را دارا هستند. این نتایج بدین معناست که هرچه تجربه‌ی ترومای کودکی و میزان تحریف شناختی در افراد درجات بالاتری داشته باشد، خطر ابتلا به خودشیفتگی در آنان افزایش می‌یابد.

در این بین بیشترین سهم پیش‌بینی و قدرت تبیین‌کنندگی مربوط به تحریف شناختی است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون استفاده از نمونه‌ی غیر بالینی همراه بوده است. بنابراین، در تعمیم آن به جوامع بالینی باید محتاط بود. همچنین ماهیت مقطعی پژوهش و استفاده از ابزارهای خودسنجی که بعضاً دارای همسانی درونی پایین هستند از محدودیت‌های دیگر این مطالعه است که باید مدنظر قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود با توجه به نقش چشمگیر ترومای کودکی در پیش‌بینی خودشیفتگی و به منظور کاهش پیامدهای طولانی‌مدت وقایع آسیب‌زا و نیز در راستای پیشگیری و بهبود خودشیفتگی، خدمات روان‌شناختی برای افراد دارای ترومای کودکی با تاکید بر کودک‌آزاری جسمی و غفلت توسط روان‌شناسان ارائه شود. همچنین با توجه به نقش کلیدی تحریف شناختی در بروز خودشیفتگی لزوم توجه به این عامل در مداخلات درمانی و در راستای بهبودی و تخفیف علائم مبتلایان خودشیفتگی به‌عنوان یک پیشنهاد مطرح می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی دانشجویانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم.

منابع

- عبدالله زاده، حسن؛ سالار، مریم. (۱۳۸۹). *طراحی و اعتبار سنجی تحریف‌های شناختی*. تهران: موسسه آزمون یار پویا.
- کیانی پور، المیرا؛ حسنی، فریبا؛ راه نجات، امیر محسن و قنبری پناه، افسانه. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی. *مطالعات روان شناختی*، ۲(۱۶)، ۷۵-۹۰.
- محمدزاده، علی. (۱۳۸۸). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI). *مجله اصول بهداشت روانی*، ۴(۱۱)، ۲۷۶-۲۸۱.
- نوربخش، محمدرضا. (۱۳۹۱). *بررسی رابطه کودک آزاری و پرخاشگری در جوانان و نوجوانان غیردانشجوی شهرستان ماکو*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، فارس، ایران.
- Ames, D.R., Rose, P., & Anderson, C.P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality* 40(4), 440-50.
- Abdullah Zadeh, H., Salar, M. (2010). *Design and validation of cognitive distortions. Dynamic Yar Test Institute*. Tehran: AzmoonyarPooya [Text in Persian].
- Bertele, N., Talmon, A., & Gross, J.J. (2020). Childhood Maltreatment and Narcissism: The mediating role of dissociation. *Journal Interprets Violence*. doi: 10.1177/0886260520984404.
- Bukowski, H., & Samson, D. (2021). Automatic imitation is reduced in narcissists but only in egocentric perspective-takers. *Acta Psychologica*, 213, 103-235. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2020.103235>
- Connell, C.M., Pittenger, S.L., & Lang, J.M., (2018). Patterns of exposure in childhood and adolescence and their associations with behavioral well-being. *Traumatic Stress* 31(4), 518– 528.
- Del Pozo, M.A., Harbeck, S., Zahn, S., Kliem, S., & Kroger, C. (2018). Cognitive distortions in anorexia nervosa and borderline personality disorder. *Psychiatry Research* 260, 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.043>
- Gruda, D., McCleskey, J., Karanatsiou, D., & Vakali, A. (2021). I'm simply the best, better than all the rest: Narcissistic leaders and corporate fundraising success. *Personality and Individual Differences*, 168, 110-317. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110317>

- Hardaker, M., & Tsakanikos, E.(2014). Individual differences in self-esteem and narcissistic aggression: An experimental investigation of cognitive biases. *Personality and Individual Differences* 60, S32-S33.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.066>
- Hardy,A., Van de Giessen,I.,& Van den Berg,D.(2020). Chapter 10 : Trauma, Posttraumatic Stress, and Psychosis. In J. C. Badcock & G. Paulik (Eds.), *A clinical introduction to psychoses : Foundations for clinical psychologists and neuropsychologists* (pp. 223–243). Elsevier Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815012-2.00010-9>
- Jonason, P.K., Fletcher,S.A.,& Hashmani,T.(2019). Externalizing and internalizing, but not rationalizing: Some psychodynamic biases associated with the Dark Triad traits. *Personality and Individual Differences* 137, 9-11.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.08.003>
- Kianipour, E., Hassani, F., Rahnejat, A., Ghanbaripannah, A. (2020). Compare effectiveness of emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on decrease of cognitive distortions in women with panic disorder. *J. Psychological Studies* 2(16), 75-90. [Text in Persian].
- Kuru, E., Safak, Y., Ozdemir, I., Tulacı, R.G., Ozdel,K ., Ozkula,N.G., & Orsel,S .(2018). Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *The European Journal of Psychiatry* 32(2), 97-104.
- Kwiatkowska, M.M., Jułkowski,T., ogoza,R., Żemojtel-Piotrowska,M., & Fatfouta,R.(2019). Narcissism and trust: Differential impact of agentic, antagonistic, and communal narcissism. *Personality and Individual Differences* 137, 139-143. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.08.027>
- Krizan, Z., & Herlache. A.D. (2018). The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, 22(1), 3-31.
- Malesza, M., & Kaczmarek, M.C. (2018). Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 126, 61-65.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.021>
- Mohammadzadeh, A. (2009). Validation of the Narcissistic Personality Questionnaire (NPI). *Journal of Mental Health Principles*, 4 (11), 276-281. [Text in Persian].

- Noorbakhsh, M.R. (2012). *Investigating the relationship between child abuse and aggression in non-student youth and adolescents in Mako city*. Master Thesis. Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Fars, Iran. [Text in Persian].
- Pittard, C.M., Pössel, P. (2016). Cognitive Distortions. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer: Cham. doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8.
- Şar, V., & Türk-Kurtça, T. (2021). The vicious cycle of traumatic narcissism and dissociative depression among young adults: A trans-diagnostic approach. *Journal Trauma Dissociation*. doi:10.1080/15299732.2020.1869644.
- Smith, M.B., Hill, A.D., Wallace, J.C., & Recendes, T.A. (2018). Judge up sides to dark and downsides to bright personality: A multidomain review and future research agenda. *Journal of management*, 44 (1), 191-217.
- Thomson, P., & Jaque, S.V. (2019). *Creativity, Trauma, and Resilience*. Lexington Books, Lanham, Maryland.
- Tanis, TC. (2018). *What's your story? Assessing childhood maltreatment using the thematic apperception test in an Adult in patient population*. Ph.d thesis of Psychology. The City University of New York.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families: Child abuse and neglect. Child Maltreatment (2019). <https://www.acf.hhs.gov/cb/report/child-maltreatment-2019>.
- Zajenkowski, M., Leniarska, M., & Jonason, P. K. (2020). Look how smart I am !: Only narcissistic admiration is associated with inflated reports of intelligence. *Personality and Individual Differences*, 165, 110-158. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110158>





دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

صفحه: ۹۴-۷۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲۳

مطالعات روان‌شناختی

مقاله پژوهشی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۵/۲۲



Doi: 10.22051/PSY.2021.37265.2493

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرائی

سوده باغخانی^۱، سید محمد حسین موسوی نسب^{۲*}، سمیه پور احسان^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرائی انجام شد. این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی به روش پیمایشی بود. جامعه آماری شامل افراد سالم از سن ۱۶ تا ۶۰ سال و افراد مبتلا به اختلالات بالینی مختلف از شهر کرمان بود. از این میان با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیرتصادفی در مرحله‌ی پایلوت ۱۰۰ نفر به صورت مقدماتی، ۴۰۶ نفر از افراد سالم و ۷۴ فرد مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری را انجام دادند که شامل سه خرده‌مقیاس رنگ-شکل، انتقال مقوله و عدد-حرف بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، انواع روش‌های روایی و اعتبار و مانوا، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از روایی و اعتبار مقبولی برخوردار است و بین نمرات افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات بالینی بررسی شده، تفاوت معنادار وجود دارد. بر این اساس، این مجموعه تکالیف به خوبی می‌تواند توانایی تغییرپذیری را مورد سنجش قرار داده و بین عملکرد افراد سالم و افراد

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران. soudehbaghkhan@ens.uk.ac.ir

۲ نویسنده مسئول، دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران. hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir ORCID: 0000-0002-7102-2835

۳ استادیار روانسنجی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران. purehsan@uk.ac.ir

۷۴ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

مبتلا به اختلالات بالینی تمایز قائل شود و در امر تشخیص، درمان، توانبخشی و استعدادیابی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات بالینی، اعتبار، تغییرپذیری، روایی، کارکردهای اجرایی

مقدمه

کارکردهای اجرایی^۱ فرایندهای شناختی‌ای هستند که افکار، رفتار و هیجان انسان را برای دستیابی به موضوع یا هدفی کنترل می‌کنند و در زندگی روزمره بسیار حیاتی هستند (ویلوبی^۲، ۲۰۱۶). مدل‌های مختلفی درباره کارکردهای اجرایی پیشنهاد شده است که یکی از مطرح‌ترین این مدل‌ها، مدل میاکه و فریدمن^۳ است. بر اساس نظریه میاکه و فریدمن، کارکردهای اجرایی شامل سه مؤلفه‌ی به روزرسانی^۴، بازداری^۵ و تغییرپذیری^۶ است که در عین ارتباط با یکدیگر، هر یک مجزا هستند (میاکه و فریدمن، امرسون، ویتزکی، هوورتر^۷ و همکاران، ۲۰۰۰). یکی از مؤلفه‌های مهم کارکردهای اجرایی، تغییرپذیری است. مؤلفه تغییرپذیری به توانایی تغییر سریع راهبردهای ذهنی و جابه‌جایی بین تکالیف اشاره دارد و شواهد عصب روانشناختی نشان می‌دهد که لوب پیشانی در این مؤلفه نقش دارد (فیسک و هولمبو^۸، ۲۰۱۹).

1 executive functions

2 Willoughby

3 Miyake & Friedman

4 updating

5 inhibition

6 shifting

7 Emerson, Witzki, Howerter

8 Fiske & Holmboe

پژوهش‌های بسیاری نقش کارکردهای اجرایی را در اختلالات گوناگون بررسی کرده‌اند و نشان داده‌اند که نقص در کارکردهای اجرایی در بسیاری از اختلالات دخیل هستند. به عنوان مثال برخی پژوهش‌ها (بربریان، گادلها، دیاس، مکا، کامفورت^۱ و همکاران، ۲۰۱۹) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دارای ضعف در تغییرپذیری هستند و نقص مؤلفه تغییرپذیری را ویژگی آسیب لوب پیشانی در این اختلال می‌دانند. نقص کارکرد اجرایی یکی از ویژگی‌های اصلی اسکیزوفرنی در نتیجه تغییر مکانیسم‌های عصبی مربوط به علت و شروع آن است و شناخت آن می‌تواند در وضعیت بالینی این بیماران بسیار کمک‌کننده باشد (گیرالدو-چیکا، راجرز، دامون، لندمن^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). اختلال افسردگی به عنوان خلق یا احساس از همراهان همیشگی دگرگونی‌هایی است که در زندگی انسان پدید می‌آید. افسردگی، به ویژه اختلال افسردگی اساسی، تمام جنبه‌های زندگی بیمار را مثل فرایند و عملکردهای شناختی و به طور خاص‌تر، کارکردهای اجرایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به طوری که این نقایص بعد از بهبود، همچنان در بیماران باقی می‌ماند (کمبریج، نایت، میلز و باون^۳، ۲۰۱۸). برخی پژوهش‌ها (اشمیت و همرا،^۴ ۲۰۲۱)، تاییدکننده این شواهد هستند.

آسیب مغزی، تغییر در عملکرد طبیعی مغز است که در اثر ضربه نیروی فیزیکی به سر، به وجود می‌آید. لوب پیشانی با توجه به محل قرارگیری آن، در برابر ضربه، آسیب‌پذیر است به همین دلیل علائم شناختی‌ای که معمولاً پس از آسیب مغزی تجربه می‌شوند، اغلب نقص کارکردهای اجرایی هستند. نقایص

1 Berberian, GadelhaNatália, Dias, Mecca, Comfort
2 Giraldo-Chica,, Rogers, Damon, Landman & Woodward
3 Cambridge, Knight, Mills, Baune
4 Schmid & Hammar

۷۶ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

شناختی با استفاده از آزمون‌هایی که لازم است بیمار تمرکز داشته باشد و مسیر توجه را تغییر دهد، مورد شناسایی قرار می‌گیرند. شواهد برخی مطالعات (دریگل^۱، ۲۰۲۰)، تاییدکننده این نتایج هستند. بیماری آلزایمر شایع‌ترین شکل زوال عقل مرتبط با سن است که منجر به کاهش شناختی آهسته و پیش‌رونده در این بیماری می‌شود (دِتور و دیکسون^۲، ۲۰۱۹). تشخیص تغییرات شناختی، می‌تواند یک روش مطمئن برای تشخیص بیماری آلزایمر در نخستین مراحل باشد. برخی پژوهش‌ها (لاکردا، سانتوس، بلفورت، نتو، دورادو^۳، ۲۰۲۱)، نشان دادند که کاهش مرتبط به سن در لوب پیشانی منجر به نقص در کارکردهای اجرایی در این بیماری می‌شود.

بومی سازی و بررسی روایی و اعتبار تست‌های معتبر شناختی برای جمعیت‌های بالینی و غیربالینی ایرانی یک ضرورت محسوب می‌شود. با این حال، علی‌رغم وجود چنین نیازی اساسی، تعداد بسیار اندکی از آزمون‌های شناختی، بومی‌سازی شده‌اند. در حال حاضر در کشور ایران، آزمونی روا و معتبر وجود ندارد که بتواند به صورت انحصاری مؤلفه تغییرپذیری کارکردهای اجرایی را بسنجد. این ابزار در مطالعات پژوهشی و بالینی کاربرد فراوان دارد و می‌تواند در جمعیت بهنجار و شناسایی جمعیت آسیب‌پذیر مورد استفاده قرار گیرد. به همین دلیل این پژوهش درصدد بوده که یکی از معتبرترین و پرکاربردترین ابزارهای مورد تایید متخصصان (مؤلفه تغییرپذیری) را براساس یک نظریه واحد و مطرح دردنیا (نظریه میاکه و فریدمن)، با توجه به فرهنگ داخلی، ساخته و علاوه بر بررسی روایی و اعتبار، به مقایسه‌ی این مؤلفه در اختلالات بالینی مختلف شامل اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر با افراد سالم پردازد.

1 de-Regil

2 DeTure & Dickson

3 Lacerda, Santos, Belfort, Neto & Dourado

در پژوهش حاضر، فرض بر این است که مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری، روایی و اعتبار مقبولی دارد و بین عملکرد افراد سالم و افراد دارای اختلالات بالینی اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر در مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری، تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

نوع پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی است که به روش پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل افراد سالم از سنین ۱۶ تا ۶۰ سال و افراد مبتلا به اختلالات بالینی مختلف از شهر کرمان بودند. برای حجم نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیرتصادفی در مرحله‌ی پایلوت ۱۰۰ نفر به صورت مقدماتی، ۴۰۶ نفر از افراد سالم و ۷۴ نفر مبتلا به اختلالات بالینی مختلف (۲۴ فرد مبتلا به اسکیزوفرنی، ۲۴ فرد مبتلا به افسردگی اساسی، ۱۱ فرد مبتلا به آسیب مغزی و ۱۵ فرد مبتلا به آلزایمر) به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای بررسی داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. در ابتدا داده‌ها مورد پالایش و غربالگری (۸ مورد داده پرت و گمشده)، قرار گرفتند و همچنین مفروضه‌های واریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار

مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری شامل سه خرده‌مقیاس زیر است:

رنگ-شکل^۱: در این تکلیف (میاکه، امرسون، پادیلا و آهن^۲، ۲۰۰۴)، از شرکت‌کنندگان خواسته می-

شود تا دایره‌ها و مثلث‌هایی که به رنگ‌های قرمز یا سبز ارائه می‌شوند، با حداکثر سرعت و دقتی که

1 Color-Shape

2 Miyake, Emerson, Padilla & Ahn

۷۸ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

می‌توانند طبقه‌بندی نمایند. شرکت‌کنندگان کلیدی را برای طبقه‌بندی محرک فشار می‌دهند (کلید سمت چپ برای دایره یا رنگ قرمز و کلید سمت راست برای مثلث یا رنگ سبز). در هر کوشش، ۳۵۰ میلی‌ثانیه قبل از ارائه هدف، سرنخی می‌آید که نشان می‌دهد شرکت‌کننده باید بعد رنگ و یا شکل را انتخاب کند و تا زمان ثبت یک پاسخ باقی می‌ماند. در کوشش‌های نادرست، یک صدای بوق خطا، ایجاد می‌شود. شرکت‌کنندگان ابتدا دو بلوک منفرد (رنگ و سپس شکل، هر کدام ۲۶ کوشش، به اضافه ۱۲ کوشش تمرینی)، سپس دو بلوک مختلط را تکمیل می‌کنند (۶۰ کوشش اصلی به اضافه ۲۴ کوشش تمرینی). نمره نهایی، تفاوت تمرین‌های انتقالی صرفاً در دو بلوک مختلط آخر است: تفاوت میانگین زمان واکنش برای کوشش‌های انتقالی درست (کوشش با سرنخی که با سرنخ در کوشش قبل، هماهنگ نیست) و کوشش‌های تکراری درست (سرنخ فعلی با سرنخ قبلی هماهنگ است). نمره بالا در این خرده‌مقیاس، نشان‌دهنده عملکرد ضعیف فرد در تغییرپذیری است. اعتبار این آزمون در مطالعه فریدمن، میاکه، آلتامیرانو، کورلی^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، باروش آلفای کرونیباخ، ۰/۸۵ و در مطالعه ایتو، فریدمن، بارتولو، کورلی^۲ و همکاران (۲۰۱۵)، با روش دونیمه کردن، ۰/۸۸ گزارش شده است.

انتقال مقوله^۳: این تکلیف (برگرفته از مایر و کلیگل^۴، ۲۰۰۰)، ساختار و پارامترهای زمان‌بندی مشابه با تکلیف شکل-رنگ دارد. در هر کوشش یک کلمه نمایش داده می‌شود. کلمه می‌تواند هم از نظر جاندار و یا غیرجاندار بودن و هم از نظر بزرگ‌تر و یا کوچک‌تر بودن از یک توپ فوتبال، طبقه‌بندی شود. ۳۵۰

1 Freidman, Miyake, Altamirano, Corley

2 Ito, Barthlow, Correll

3 Category Switch

4 Mayr & Kliegl

میلی‌ثانیه قبل از کلمه، سرنخی ظاهر می‌شود که نشان می‌دهد کدام طبقه‌بندی به این کوشش مربوط است. شرکت‌کنندگان کلیدی را برای طبقه‌بندی کلمه فشار می‌دهند (کلید سمت چپ برای غیرجاندار یا کوچک‌تر بودن از توپ فوتبال، کلید سمت راست برای جاندار یا بزرگتر بودن از توپ فوتبال) و یک صدای بوق خطا در کوشش‌های نادرست، پخش می‌شود. شرکت‌کنندگان با دو بلوک شروع می‌کنند که در آن کلمات براساس یک بعد طبقه‌بندی می‌شوند (جاندار بودن و سپس اندازه، هر کدام ۱۲ کوشش تمرینی و ۲۴ کوشش اصلی دارند). در ادامه، شرکت‌کنندگان، دو بلوک مختلط را تکمیل می‌کنند (۲۴ کوشش تمرینی و ۶۵ کوشش اصلی). نمره نهایی، تفاوت تمرین‌های انتقالی صرفاً در دو بلوک مختلط آخر است: تفاوت میانگین زمان واکنش برای کوشش‌های انتقالی درست و کوشش‌های تکراری درست. نمره بالا در این خرده‌مقیاس، نشان‌دهنده عملکرد ضعیف فرد در آزمون تغییرپذیری است. اعتبار این آزمون در مطالعه‌ی فریدمن و همکاران (۲۰۱۶)، با روش آلفای کرونباخ، 0.83 و در مطالعه‌ی ایتو و همکاران (۲۰۱۵)، با روش دونیمه کردن، 0.92 گزارش شده است.

عدد-حرف^۱: در هر کوشش این تکلیف (برگرفته از راجرز و مونسل^۲، ۱۹۹۵)، یک جفت عدد-حرف و یا حرف-عدد در ربعی از یک مربع ارائه می‌شود (اعداد از ۲ تا ۹ و حروف شامل ب-خ-د-س-ف-ک-م-ن می‌شود). اگر این مجموعه در نیمه بالایی مربع ظاهر شود، شرکت‌کنندگان باید بر اساس اعداد و اگر در نیمه پایینی مربع ظاهر شود، باید بر اساس حروف دسته‌بندی نماید. شرکت‌کنندگان کلیدی را برای دسته‌بندی ویژگی هدف فشار می‌دهند (کلید چپ برای زوج/نقطه‌دار و کلید راست برای فرد/

۸۰ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

بی‌نقطه). شرکت‌کنندگان ابتدا، دو بلوک منفرد (متشکل از ۳۴ کوشش اصلی به اضافه ۱۲ کوشش تمرینی) انجام می‌دهند. بعد از آن، شرکت‌کنندگان ۲۴ کوشش تمرینی و دو مجموعه از ۶۴ کوشش اصلی از انتقال قابل پیش‌بینی را انجام می‌دهند که در این مرحله، محل نمایش درجهت عقربه‌های ساعت تغییر می‌کند. در نهایت، دو بلوک انتقالی تصادفی (هر کدام ۶۴ کوشش اصلی به اضافه ۲۴ کوشش تمرینی) ارائه می‌شود که در آن‌ها مکان بعدی ارائه محرک‌ها به صورت تصادفی انتخاب می‌شود، اما ۳۵۰ میلی‌ثانیه قبل از ارائه محرک، سرنخی ارائه می‌گردد. یک بوق، خطاها را هشدار می‌دهد. نمره نهایی، تفاوت تمرین‌های انتقالی فقط در بلوک‌های انتقالی تصادفی است: تفاوت میان میانگین زمان واکنش برای کوشش‌های انتقالی درست و کوشش‌های تکراری درست. نمره بالا در این خرده‌مقیاس، نشان‌دهنده عملکرد ضعیف فرد در آزمون تغییرپذیری است. اعتبار این آزمون در مطالعه‌ی فریدمن و همکاران (۲۰۱۶)، با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ و در مطالعه‌ی ایتو و همکاران (۲۰۱۵)، با روش دونیمه کردن، ۰/۹۲ گزارش شده است.

آزمون ویسکانسین^۱: این آزمون براساس فرم کوتاه آزمون ویسکانسین از ۶۴ کارت تشکیل شده است. روی صفحه نمایشگر تا پایان اجرای آزمون به صورت ثابت، چهار کارت اصلی شامل یک مثلث قرمز، دو ستاره سبز، سه بعلاوه زرد و چهار دایره آبی، نشان داده می‌شود. به طور پیوسته یک کارت سمت راست پایین خواهد آمد که شرکت‌کنندگان باید کارت نشان داده شده را با یکی از چهار کارت اصلی بر اساس الگوی خاصی مرتبط کنند. بعد از هر پاسخ، کلمات درست یا نادرست روی نمایشگر مشخص می‌کند، که آیا جایگذاری به درستی انجام شده است یا خیر. شرکت‌کنندگان بر اساس درست

1 Wisconsin test

یا نادرست بودن پاسخ، می‌توانند الگو ارتباطی کارت‌ها را پیدا کنند و جایگذاری را با کلیدهای ۴،۳،۲،۱ (براساس ترتیب کارت‌ها) انجام دهند. اعتبار این آزمون با روش رتبه‌بندی در مطالعه اسپرین و استراوس^۱ نیز براساس ضریب توافق ارزیابی‌کنندگان، ۰/۸۳ (اسپرین و استراوس، ۱۹۹۱)، و اعتبار در جمعیت ایرانی توسط شاهقلیان، آزاد فلاح، فتحی آشتیانی و خدادادی (۱۳۹۰)، با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ گزارش شده است.

شیوه اجرای پژوهش

در مرحله‌ی اجرا بر اساس راهنما، خرده‌مقیاس‌ها توسط یک متخصص، برنامه نویسی شد. بخش‌های کلامی و توضیحات نوشتاری مندرج در نسخه رایانه‌ای را نخست پژوهشگران و یکی از متخصصان ادبیات و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کردند و سپس دو ترجمه در یک نشست مشترک بررسی و اشکالات برطرف و فرم واحدی تهیه شد. نسخه مذکور را متخصصان ادبیات و زبان فارسی، زبان انگلیسی و روان‌شناسی مورد بازبینی قرار دادند و ایرادهای احتمالی را رفع کردند. در مرحله بعد، نسخه‌ی ترجمه شده را یکی از متخصصان ادبیات و زبان انگلیسی به صورت مجدد به انگلیسی برگرداند. پس از مطابقت نسخه‌ی ترجمه شده و نسخه‌ی اصلی اشکالات موجود رفع و آزمون آماده بهره‌برداری شد. قبل از اجرای اصلی، نسخه‌ی آماده شده در قالب یک مطالعه‌ی مقدماتی، ۱۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیرتصادفی از ۱۶ تا ۶۰ سال با توجه به ویژگی‌های زبانی و نژادی از چهار شهر کرمان، آذربایجان شرقی، چهارمحال بختیاری و کردستان مورد آزمون قرار گرفتند. هدف مطالعه‌ی مقدماتی، گرفتن بازخورد از

۸۲ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

شرکت‌کنندگان درباره‌ی نرم‌افزار و رفع ایرادهای احتمالی بود و نتایج حاصل از آن در تحلیل‌های مربوط به روایی و اعتبار استفاده نشد. در این مرحله بسته‌ی آزمون اصلی شامل مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری تهیه گردید.

در مرحله بعد، ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون شامل روایی و اعتبار مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی روایی ابزار از روش‌های روایی صوری، روایی محتوا و روایی همزمان و جهت بررسی اعتبار از سه روش آلفای کرونباخ جهت همسانی درونی، بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۳ هفته و اعتبار به روش دونیمه کردن استفاده شد. سپس افراد سالم و افراد دارای اختلالات بالینی جهت بررسی روایی تفکیکی، مورد مقایسه قرار گرفتند. برای انجام آزمون بیماران دچار اختلالات بالینی، ابتدا از دانشگاه علوم پزشکی و اداره بهزیستی شهر کرمان مجوز دریافت شد. از بیماران اسکیزوفرنی که در بیمارستان شهید بهشتی کرمان بستری بودند، برای اختلال افسردگی اساسی، بیمارانی که از طریق تست افسردگی بک و مصاحبه ارزیابی شناختی بالینی براساس معیارهای DSM-5 شناسایی شدند، برای اختلال آسیب مغزی، بیمارانی که توسط متخصص مغز و اعصاب معرفی شدند و برای اختلال آلزایمر از بیماران سرای سالمندان مهرآذین شهر کرمان، آزمون گرفته شد. اجرای آزمون که به صورت فردی و حضوری انجام پذیرفت به مدت یک سال و نیم در سال‌های ۹۸ و ۹۹، به طول انجامید. در نهایت هر یک از گروه افراد دچار اختلال، از نظر سن و جنسیت با گروه افراد سالم تطبیق داده شدند. سپس از بین تمام افراد سالم که از نظر سن و جنسیت با هر یک از گروه دچار اختلال مشابه بودند، به صورت تصادفی، یک نفر انتخاب و هم‌تاسازی انجام گرفت و در نهایت مقایسه شدند.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از همسانی درونی آلفای کرونباخ، اعتبار بازمیابی و اعتبار به روش دونیمه کردن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. اعتبار خرده‌مقیاس‌های آزمون با روش‌های مختلف

خرده‌مقیاس	آلفای کرونباخ	بازآزمایی	همبستگی بین دونیمه آزمون	اعتبار حاصل از روش اسپیرمن- براون
رنگ-شکل	۰/۸۹	۰/۶۷	۰/۶۹	۰/۸۲
انتقال مقوله	۰/۹۶	۰/۷۰	۰/۸۶	۰/۹۲
عدد-حرف	۰/۹۴	۰/۷۳	۰/۸۷	۰/۹۳

به منظور بررسی روایی صوری و پاسخ به این سوال که آیا ظاهر ابزار به صورت مناسب برای ارزیابی هدف مورد نظر طراحی شده است یا خیر، از نظر متخصصان درحوزه روان‌شناسی شناختی استفاده شد. به منظور بررسی روایی محتوایی آزمون دو شاخص نسبت روایی محتوایی^۱ (CVR) و شاخص روایی محتوایی^۲ (CVI) به‌کاربرده شد. براساس شاخص نسبت روایی محتوایی که لائوشه^۳ (۱۹۷۵) طراحی کرده‌است، نظرات ۷ کارشناس متخصص در زمینه محتوای خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری مورد استفاده قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که هر یک از خرده‌مقیاس‌ها را براساس طیف سه بخشی لیکرت «ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» طبقه‌بندی کنند که به دلیل توافق

1 content validity ratio
2 content validity index
3 Lawshe

۸۴ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

کامل متخصصان ضرورتی جهت حذف هیچ یک از خرده‌مقیاس‌ها وجود نداشت. برای شاخص روایی محتوایی از روش والتز و باوسل^۱ (۱۹۸۱) نیز استفاده گردید. بدین صورت که متخصصان درباره مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر خرده‌مقیاس بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی شامل «مربوط نیست»، «نسبتاً مربوط است»، «مربوط است»، «کاملاً مربوط است» نظر دادند. برای شاخص نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی نیز بر اساس ارزیابی متخصصان، عدد یک به دست آمد.

جهت بررسی روایی همزمان از آزمون ویسکانسین استفاده شد. نتایج همبستگی بین تعداد پاسخ‌های درست و نادرست آزمون ویسکانسین و تعداد پاسخ‌های درست و نادرست خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که از جدول ذیل استنباط می‌شود بین تمام خرده‌مقیاس‌های آزمون مورد نظر با نمرات کلی آزمون ویسکانسین، همبستگی وجود دارد.

جدول ۲. روایی همزمان خرده‌مقیاس‌های آزمون با آزمون ویسکانسین

خرده‌مقیاس‌های آزمون	پاسخ‌های درست ویسکانسین	پاسخ‌های نادرست ویسکانسین
رنگ-شکل	۰/۲۱	۰/۲۶
انتقال مقوله	۰/۱۶	۰/۲۲
عدد-حرف	۰/۲۳	۰/۳۰

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش با تفکیک گروه در جدول ۳ ارائه شده است. براساس داده‌های جدول ۳، نمرات میانگین مربوط به خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری در گروه‌های اختلالات بالینی اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر در مقایسه با افراد سالم نشان می‌دهد که در هر

سه خرده مقیاس رنگ-شکل، انتقال مقوله و عدد-حرف، میانگین گروه افراد سالم بیشتر از گروه اختلالات بالینی است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مرتبط با اختلالات بالینی و افراد سالم

خرده- مقیاس‌ها		شاخص‌های توصیفی		گروه‌ها			
				افسردگی اساسی		آلزایمر	
				سالم	آسیب مغزی	سالم	سالم
میانگین		۸۲/۳۸	۱۱۳/۷۵	۱۰۲/۳۵	۱۱۴/۱۳	۹۴/۶۴	۱۱۴/۹۵
انحراف استاندارد		۱۶/۵۲	۶/۵۴	۱۸/۹۱	۴/۷۴	۱۸/۲۱	۴/۸۴
خطای استاندارد		۳/۳۷	۰/۷۹	۳/۸۶	۰/۹۷	۵/۴۹	۱/۰۳
کمترین نمره		۵۸	۱۰۶	۵۲	۱۰۳	۶۸	۱۰۳
بیشترین نمره	شکل-	۱۱۶	۱۲۰	۱۱۹	۱۲۰	۱۱۴	۱۲۰
چولگی	رنگ	۰/۳۶	-۱/۰۸	-۱/۵۴	-۰/۹۶	-۰/۲۴	-۱/۳۰
کشیدگی		-۰/۳۱	۰/۳۴	۱/۳۶	۰/۰۳	-۱/۷۸	۱/۰۶
میانگین		۹۲/۶۷	۱۲۷/۰۸	۱۱۴/۴۲	۲۰/۹۶۱	۱۱۲/۶۴	۱۲۷/۳۶
انحراف استاندارد		۱۸/۶۳	۸/۰۸	۱۲۸/۷۱	۶/۵۹	۱۷/۵۸	۵/۱۶
خطای استاندارد		۳/۸۰	۱/۴۸	۴/۲۷	۱/۲۱	۵/۳۰	۱/۱۰
کمترین نمره	انتقال مقوله	۶۲	۱۰۶	۵۴	۱۱۳	۸۴	۱۱۴
بیشترین نمره		۱۳۳	۱۳۶	۱۳۶	۱۳۶	۱۳۲	۱۳۵
چولگی		۰/۴۳	-۱/۲۰	-۱/۳۷	-۱/۸۸	-۰/۷۱	-۰/۸۳
کشیدگی		۰/۱۳	۱/۷۴	۱/۷۹	۱/۵۳	-۱/۰۱	۰/۵۰
میانگین		۹۲/۴۰	۱۲۸/۷۵	۱۰۶/۳۸	۲۵/۹۵	۹۳/۲۷	۱۳۲/۰۵
انحراف استاندارد	عدد-حرف	۲۳/۷۱	۱۳/۰۹۶	۱۱۹/۲۵	۲۲/۴۷	۳۰/۳۲	۲/۴۳
خطای استاندارد		۴/۸۴	۱/۶۸	۵/۲۹	۰/۷۳	۹/۱۴	۰/۵۲
کمترین نمره		۵۴	۹۵	۶۲	۱۲۲	۶۱	۱۲۷
بیشترین نمره		۱۳۳	۱۳۶	۱۳۶	۱۳۶	۱۳۲	۱۳۶
چولگی		۰/۲۵	-۰/۷۵	-۰/۵۴	-۱/۴۹	۰/۱۶	-۰/۶۸

۱/۴۵	-۰/۲۶	-۰/۲۵	-۲/۱۱	۱/۸۸	-۱/۲۹	۰/۳۴	-۱/۰۳	کشیدگی
------	-------	-------	-------	------	-------	------	-------	--------

در پژوهش حاضر برای بررسی تفاوت بین عملکرد افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات بالینی اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر در مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۴ آمده است. متغیرهای وابسته، نمره هر یک از خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری است. برای هر اختلال، تحلیل مانوا جداگانه انجام شد. بدین صورت که عامل بین گروهی بیمار بودن/نبودن (مثلا افراد افسرده و افراد سالم) و عامل درون گروهی مجموعه تکالیف تغییرپذیری (رنگ-شکل، انتقال مقوله، عدد-حرف) بود. مندرجات جدول ذیل نشان می‌دهد حداقل در دو خرده‌مقیاس مؤلفه تغییرپذیری در بین افراد دارای اختلالات بالینی اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر و افراد سالم در سطح $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه فرض صفر رد و فرض خلاف تایید می‌شود. برای تشخیص این که در کدام یک از خرده‌مقیاس‌ها تفاوت وجود دارد از تحلیل واریانس‌های یک‌راهه در مانوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است. با توجه به اینکه برای تحلیل واریانس دو گروه وجود داشت، نیازی به آزمون تعقیبی نبود و با توجه به میانگین دوگروه افراد سالم و دارای اختلالات بالینی، مقایسه صورت گرفت.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA در گروه‌های پژوهش

اندازه اثر	سطح معناداری	خطای df	فرضیه df	F	مقدار	نام آزمون	گروه‌ها
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۳۱/۲۹	۰/۶۸	اثر پیلایی	
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۳۱/۲۹	۰/۳۱	لامبدا و یلکز	دو گروه افراد مبتلا به
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۳۱/۲۹	۲/۱۳	اثر هتلینگ	اختلال اسکیزوفرنی
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۳۱/۲۹	۲/۱۳	بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	و افراد سالم
۰/۳۶	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۸/۲۹	۰/۳۶	اثر پیلایی	
۰/۳۶	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۸/۲۹	۰/۶۳	لامبدا و یلکز	دو گروه افراد مبتلا به
۰/۳۶	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۸/۲۹	۰/۵۶	اثر هتلینگ	اختلال افسردگی
۰/۳۶	۰/۰۰۰	۴۴	۳	۸/۲۹	۰/۵۶	بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	اساسی و افراد سالم
۰/۵۶	۰/۰۰۰	۲۹	۳	۱۲/۳۱	۰/۵۶	اثر پیلایی	
۰/۵۶	۰/۰۰۰	۲۹	۳	۱۲/۳۱	۰/۴۴	لامبدا و یلکز	دو گروه افراد مبتلا به
۰/۵۶	۰/۰۰۰	۲۹	۳	۱۲/۳۱	۱/۲۷	اثر هتلینگ	اختلال آسیب مغزی
۰/۵۶	۰/۰۰۰	۲۹	۳	۱۲/۳۱	۱/۲۷	بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	و افراد سالم
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۲۴	۳	۱۷/۳۸	۰/۶۸	اثر پیلایی	
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۲۴	۳	۱۷/۳۸	۰/۳۱	لامبدا و یلکز	دو گروه افراد مبتلا به
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۲۴	۳	۱۷/۳۸	۲/۱۷	اثر هتلینگ	اختلال آلزایمر و
۰/۶۸	۰/۰۰۰	۲۴	۳	۱۷/۳۸	۲/۱۷	بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	افراد سالم

۸۸ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

همان‌طور که داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد، هر سه خرده‌مقیاس رنگ-شکل، انتقال مقوله و عدد-حرف در افراد دارای اختلالات بالینی اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر در سطح $p < 0/05$ معنادار است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرها	گروه‌ها
۰/۶۱	۰/۰۰۰	۷۴/۸۰	۱۱۸۱۲/۶۸	۱	۱۱۸۱۲/۶۸	رنگ-شکل	اختلال اسکیزوفرنی
۰/۶۰	۰/۰۰۰	۶۸/۹۰	۱۴۲۱۴/۰۸	۱	۱۴۲۱۴/۰۸	انتقال مقوله	
۰/۴۸	۰/۰۰۰	۴۳/۲۱	۱۵۸۵۶/۹۶	۱	۱۵۸۵۶/۹۶	عدد-حرف	
۰/۱۶	۰/۰۰۵	۸/۸۰	۱۶۷۷/۰۲	۱	۱۶۷۷/۰۲	رنگ-شکل	اختلال افسردگی اساسی
۰/۲۰	۰/۰۰۱	۱۱/۶۹	۲۷۷۵/۵۲	۱	۲۷۷۵/۵۲	انتقال مقوله	
۰/۳۳	۰/۰۰۰	۲۳/۲۴	۷۹۷۸/۶۵	۱	۷۹۷۸/۶۵	عدد-حرف	
۰/۴۴	۰/۰۰۰	۲۴/۶۲	۳۰۲۷/۴۰	۱	۳۰۲۷/۴۰	رنگ-شکل	اختلال آسیب مغزی
۰/۳۰	۰/۰۰۱	۱۳/۵۱	۱۵۹۰/۵۴	۱	۱۵۹۰/۵۴	انتقال مقوله	
۰/۵۴	۰/۰۰۰	۳۶/۶۶	۱۱۰۲۴/۳۷	۱	۱۱۰۲۴/۳۷	عدد-حرف	
۰/۵۹	۰/۰۰۰	۳۷/۵۶	۱۲۴۲۳/۲۹	۱	۱۲۴۲۳/۲۹	رنگ-شکل	

انتقال	۱۸۱۶۴/۰۸	۱	۱۸۱۶۴/۰۸	۴۳/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲
بیماری	مقوله					
آلزایمر	عدد-حرف	۲۶۳۷۵/۳۸	۱	۲۶۳۷۵/۳۸	۴۸/۱۶	۰/۶۴

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی در افراد سالم و مقایسه‌ی آن در افراد مبتلا به اختلالات بالینی مختلف، انجام شد. با توجه به میزان ضرایب اعتبار حاصل از آلفای کرونباخ و همچنین ضرایب اعتبار به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از همسانی درونی و اعتبار مناسب و قابل قبولی برخوردار است. لازم به ذکر است که مطابق پژوهش‌های قبلی متناسب با خرده‌مقیاس‌ها، روش اعتبار مناسب انتخاب گردید و نتایج نشان داد که اعتبار به دست آمده با اعتبار پژوهش‌های قبلی همخوانی و سنخیت دارد (فریدمن و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایتو و همکاران، ۲۰۱۵).

در بررسی روایی صوری، نظرات متخصصان، نشان‌دهنده مناسب بودن این ابزار با توجه به هدف مورد بررسی بود. در روایی محتوایی بر اساس هر دو شاخص استفاده شده، عدد یک به دست آمد که نشان‌دهنده روایی محتوایی است. لازم به ذکر است که محرک‌های این مجموعه تکالیف به صورت رایانه‌ای با زمان‌بندی مشخصی ظاهر می‌گردد و نیازمند تصمیم‌گیری و همچنین داشتن سرعت واکنش بالاست. در هریک از خرده‌مقیاس‌ها نوع محرک‌ها، تعداد محرک‌ها و چینش محرک‌ها جهت واکنش آزمودنی‌ها بر اساس یک الگوی دقیق محاسباتی توسط مولفان این آزمون‌ها صورت گرفته است. در بررسی روایی همزمان، هر چند بین تمام خرده‌مقیاس‌های آزمون مورد نظر با نمرات کلی آزمون ویسکانسین، همبستگی

۹۰ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

معناداری وجود دارد اما میزان همبستگی بالا نیست. در تبیین این مطلب خاطر نشان می‌شود که آزمون ویسکانسین از جمله تست‌های کارکردهای اجرایی با قدمت زیادی است که هر چند به عنوان یک آزمون مشهور در کارکردهای اجرایی شناخته می‌شود ولی مؤلفه تغییرپذیری را به طور کامل و منحصر به فرد نمی‌سنجد. از این رو طبیعی است که همبستگی بالایی با خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری کارکردهای اجرایی فریدمن و میاکه نشان نمی‌دهد. تبیین احتمالی دیگری که باید در نظر گرفت، آزمون ویسکانسین برعکس خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری، یک تست مبتنی بر زمان واکنش نیست. جهت بررسی روایی تفکیکی نیز افراد مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر با افراد سالم مقایسه شدند. در مقایسه‌ی افراد دارای اختلال اسکیزوفرنی و افراد سالم، نتایج نشان داد که افراد سالم و افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در مؤلفه تغییرپذیری تفاوت دارند. به عبارت دیگر افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نمی‌توانند ذهنشان را از مقوله شناختی به مقوله دیگری تغییر دهند؛ بنابراین، در رسیدن به اهداف برنامه‌ریزی شده دچار مشکل می‌شوند. نتایج آزمون نشان داد که آن‌ها در مقایسه با افراد سالم تعداد خطاهای تکراری بیشتری در خرده‌مقیاس‌ها مرتکب شدند؛ در نتیجه دارای عملکرد شناختی ضعیف‌تری هستند. این یافته‌ها با پژوهش بربریان و همکاران (۲۰۱۹)، همسوست.

در مقایسه‌ی افراد مبتلا به اختلال افسردگی و افراد سالم، نتایج نشان داد که بین عملکرد افراد سالم و افراد دارای اختلال افسردگی اساسی در مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری تفاوت معناداری وجود دارد. این بیماران قادر به تنظیم راهبردها در جهت اهداف و تغییر آن در صورت مغایرت با هدف مورد نظر نیستند؛ بدین معنی که قدرت کمتری برای تغییر مفهوم ساخته شده قبلی و ساخت مفهوم جدید دارند. این یافته‌ها با مطالعات اشمیت و همکاران (۲۰۲۱)، همسوست.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که بین عملکرد افراد مبتلا به آسیب مغزی و افراد سالم در مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر افراد دچار آسیب مغزی در انجام خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری، عملکرد ضعیف دارند و دچار درج‌ماندگی می‌شوند. بدین معنی که این بیماران نمی‌توانند عملکرد خود را براساس بازخورد منفی تغییر دهند در نتیجه درجایی که باید الگوی پاسخ به دیگری (به عنوان مثال رنگ به شکل) تغییر کند، ضعیف عمل می‌کنند. نتایج این بخش از پژوهش با مطالعات دریگل (۲۰۲۰)، همسوست. در تبیین این یافته که بین عملکرد افراد مبتلا به آلزایمر و افراد سالم در مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری تفاوت معناداری وجود دارد، می‌توان گفت که بین تغییرات شناختی که به عنوان پیامد طبیعی پیری اتفاق می‌افتد و تغییراتی که نشانه زوال عقل از نوع آلزایمر است، تفاوت وجود دارد. در این بیماران کاهش عملکرد مؤلفه تغییرپذیری باعث می‌شود افراد دچار درج‌ماندگی و مشکلاتی در شروع و مهار پاسخ‌های نامناسب شوند. در نتیجه، در تغییر یک حالت ذهنی یا عملی به حالتی دیگر، ضعیف عمل می‌کنند. این یافته‌ها با مطالعات لاکرا و همکاران (۲۰۲۱)، همسوست.

نتایج نهایی پژوهش حاضر نشان داد که مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از روایی و اعتبار لازم و کافی برخوردار است و همچنین بین خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تغییرپذیری در افراد سالم و افراد دارای اختلالات اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، آسیب مغزی و آلزایمر تفاوت معناداری وجود دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش، دشوار بودن دسترسی و گرفتن آزمون از افراد مبتلا به اختلالات بالینی به دلیل ویروس کووید ۱۹ بود. با توجه به اینکه از ابزار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری می‌توان به عنوان یک ابزار روا و پایا در ارزیابی‌های شناختی در تشخیص و درمان استفاده کرد، پیشنهاد می‌شود که طراحی

۹۲ روایی و اعتبار مجموعه تکالیف مؤلفه تغییرپذیری از کارکردهای اجرایی

برنامه‌های مبتنی بر بازپروری شناختی متناسب با مؤلفه تغییرپذیری به عنوان بخشی از برنامه‌های درمان اختلالات، مورد توجه قرار گیرد. شایان ذکر است که همه موازین اخلاقی درمورد این پژوهش، اعم از مشارکت آگاهانه و محرمانه بودن نتایج آزمون شرکت‌کنندگان طبق ضوابط ارزشی و اخلاقی APA رعایت گردیده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

شاهقلیان، مهناز؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی و خدادادی، مجتبی. (۱۳۹۰). طراحی نسخه نرم‌افزاری آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST): مبانی نظری، نحوه ساخت و ویژگی‌های روانسنجی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱(۴)، ۱۱۱-۱۳۳.

Berberian, A. A., GadelhaNatália, A., Dias, D., Mecca, T. P., Comfort, W.E., BressanT R.A., Lacerda., A.T. (2019). Component mechanisms of executive function in schizophrenia and their contribution to functional outcomes, *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(1), 22-30.

Cambridge, O.R., Knight, M.J., Mills, N., Baune, B.T. (2018). The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *Psychiatry Research*, 269, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.033>.

de-Regil, L. G. (2020). Assessment of executive Function in patients with traumatic brain injury with the wisconsin card-sorting test. *Brain Sciences*, 10(10), 699.

DeTure, M. A., & Dickson, D. W. (2019). The neuropathological diagnosis of Alzheimer's disease. *Molecular Neurodegeneration*, 14(1), 1-18.

Fiske, A & Holmboe, A. (2019). Neural substrates of early executive function development. *Developmental review*, 52, 42-62.

<https://doi.org/10.1016/j.dr.2019.100866>.

Freidman, N. P., Miyake, A., Altamirano, L. J., Corley, R. P., Young, S. E., Rhea, S. A. (2016). Stability and change in executive function abilities from late adolescence to early adulthood: a longitudinal twin study. *Developmental Psychology*, 52 (2), 326-340.

Giraldo-Chica, M., Rogers, B. P., Damon, S. M., Landman, B. A., Woodward, N. D. (2018). Prefrontal-thalamic anatomical connectivity and executive cognitive function in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 83(6), 509-517.

Ito, T. A., Freidman, N. P., Barthlow, B. D., Correll, J., Loersch, C., Altamirano, L. J., Miyake, A. (2015). Toward a comprehensive understanding of executive cognitive function in implicit racial bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108 (2), 187-218.

Lacerda, I. B., Santos, R. L., Belfort, T., Neto, J. P. S., Dourado, M. C. N. (2021). Domains of awareness in Alzheimer's disease: The influence of executive function. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(6), 926-934.

Lawshe, CH. A. (1975). quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-75.

Mayr, U., & Kliegl, R. (2000). Task-set switching and long-term memory retrieval. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 26(5), 1124-1140.

Miyake, A., Emerson, M. J., Padilla, F., & Ahn, J.C. (2004). Inner speech as a retrieval aid for task goals: the effects of cue type and articulatory suppression in the random task cuing paradigm. *Acta Psychologica*, 115(2-3), 123-142.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.

Rogers, R. D., & Monsell, S. (1995). Costs of a predictable switch between simple cognitive tasks. *Journal of Experimental Psychology, General*, 124(2), 207-231.

Schmid, M., & Hammar, Å. (2021). First-episode patients report cognitive difficulties in executive functioning 1 year after initial episode of major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12: 763.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.667238> .

Shahgholian, M., Fathi, A. A., Azadfallah, P., & Khodadadi, M. (2011). Design of the wisconsin card sorting test (WCST) computerized version: theoretical

fundamental, developing and psychometrics characteristics. *Clinical Psychology Studies*, 1(4), 111-133. (Text in Persian)

Spreen, O., Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary*. Oxford University Press.

Waltz, C. F, Bausell, B. R. (1981). Nursing research: design statistics and computer analysis. *Philadelphia: FA Davis*.

Willoughby, M.T. (2016). Commentary on the changing nature of executive control in preschool, *Child Development Perspectives*, 81(4), 151-165.



© 2021 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

صفحه: ۹۵-۱۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۷

مطالعات روان‌شناختی

مقاله پژوهشی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۰۴/۱۹



Doi: 10.22051/PSY.2021.36836.2481

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن

ماهرخ رضایی^۱ پروانه محمدخانی^۲ مرجان جعفری روشن^۳

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش مراجعان مبتلا به اختلال خوردن بیمارستان چمران را دربرمی‌گرفت. تعداد ۳۶ نفر به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) گنجانده شدند. افراد هر سه گروه، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران را تکمیل کردند. گروه اول تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه دوم تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند و گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو روش درمانی بر کاهش نارضایتی از تصویر بدنی اثربخش

۱ (نویسنده مسئول)، دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

m.rezaei.psycho@gmail.com

۲ استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران parmohamir@yahoo.com

۳ استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

marjan.jafariroshan@gmail.com

۹۶ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

بودند، لیکن بین دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان می‌تواند نارضایتی از تصویر بدنی را کاهش دهد و درمانگران می‌توانند از هر دو رویکرد برای افراد دارای علائم اختلالات خوردن استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: اختلالات خوردن، تصویر بدنی، درمان هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی.

مقدمه

اختلالات خوردن^۱ یکی از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی/ روان-تنی به شمار می‌روند (لیناردون، فیر بورن، فیتسیمونز کرفت، ویلفلی و برنان^۲، ۲۰۱۷). از دیدگاه روان‌شناختی اختلال خوردن در افرادی ایجاد می‌شود که از آشوب و عذاب درونی رنج می‌برند و دل مشغولی آن‌ها مسائل جسمانی است و برای احساس آرامش به غذا رو می‌آورند (کوک و لینینگر^۳، ۲۰۱۷). شیوع اختلال خوردن و مشکلات وابسته به آن مانند اعتماد به نفس پایین، غمگینی، ملال و رضایت پایین از تصویر بدنی به طرز شگرفی در سال‌های اخیر افزایش یافته و هنوز رو به افزایش است (نجانرصب و دشت بزرگی، ۱۳۹۸).

نارضایتی از تصویر بدنی^۴ یکی از گسترده‌ترین سازه‌هایی است که درحوزه تحقیقات اختلالات خوردن مورد مطالعه قرار می‌گیرد و رابطه مثبتی با اختلالات خوردن و علائم این اختلالات دارد (سالا، شانکررام، وانزولا و لوینسون^۵، ۲۰۲۰). با توجه به شیوع بالای نارضایتی از تصویر بدنی و پیامدهای منفی آن در زندگی افراد، مداخلاتی برای بهبود نارضایتی از تصویر بدنی اجرا شده است. از درمان‌های رایج برای اختلالات تصویر بدن، درمان‌های شناختی- رفتاری است (یاری، شفیع آبادی و حسنی، ۱۳۹۹).

1 Eating Disorders

2 Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, EWilfley, & Brennan

3 Cook, & Leininger

4 body image dissatisfaction

5 Sala, Shankar Ram, Vanzhula, & Levinson

با وجود اینکه سودمندی این رویکرد در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از آن، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است (یاری و همکاران، ۱۳۹۹). درمانی که در پژوهش حاضر به آن پرداخته می‌شود، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ است. به اعتقاد هولمان، پیلا، گیلکریست، نسبیت و سابستون^۲ (۲۰۲۱) و سابستون، پیلا، کراکر، مک و ویلسون^۳ (۲۰۲۰)، تصویر بدنی با آگاهی فرد از بدن خود مرتبط است. برحسب تحقیقات انجام شده، ذهن آگاهی از جمله علل احتمالی است که می‌تواند بر نگرانی از تصویر بدن تأثیرگذار باشد (یاری و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین پینتادو و آندراده^۴ (۲۰۱۷) و روستا، ملازاده، افلاک سیر و گودرزی (۱۳۹۷) تاثیر درمان ذهن آگاهی بر تصویر بدنی را مثبت ارزیابی کرده‌اند.

این درمان ترکیبی از تمرینات مراقبه (ذهن آگاهی) و شناخت درمانی سنتی است و با هدف تغییر آگاهی در پی به وجود آوردن رابطه جدید با افکار به کار گرفته می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^۵، ۲۰۱۸). عنصر اصلی و اساسی این درمان را تمرینات توجه آگاهی و حضور ذهن شکل می‌دهد و به آگاهی و توجه به آنچه که اکنون در حال اتفاق افتادن است به شیوه‌ای خاص، هدفمند و بدون قضاوت، اشاره دارد (استال و گلدشتاین^۶، ۲۰۱۹). پژوهش‌های رافالت، کارت، لورب پورتو و جاج^۷ (۲۰۱۶)، بکا، دانلپ،

1 Mindfulness-based cognitive therapy
 2 Huellemann, Pila, Gilchrist, Nesbitt, & Sabiston
 3 Sabiston, Pila, Crocker, Mack, & Wilson
 4 Pintado, & Andrade
 5 Segal, Williams, & Teasdale
 6 Stahl, & Goldstein
 7 Ruffault, Carette, Puerto, Juge Shawn

۹۸ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

هانز، کورنین، زیکی^۱ (۲۰۱۸)، سالا و همکاران (۲۰۲۰)، لاتیمور و مید^۲ (۲۰۱۷)، استایس، روهد، شاو و گائو^۳ (۲۰۱۹)، آنامیر، کلی، کورویل، تانوفسکی-کراف^۴ و همکاران (۲۰۱۸) و پیستسکی، شافر، وندرلیچ و پترسون^۵ (۲۰۱۹)، مؤید سودمندی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان اختلالات خوردن هستند.

با وجود اینکه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افراد دچار اختلال خوردن در تحقیقات متعددی بررسی گردیده است تحقیقات اندکی به تاثیر این درمان بر تصویر بدنی در افراد دچار اختلال خوردن پرداخته‌اند. بعلاوه مقایسه این روش درمانی با سایر روش‌ها می‌تواند به شناخت درمان‌های موثرتر کمک کند. از دیگر درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با اختلالات خوردن می‌توان به درمان‌های هیجان‌محور^۶ (EFT) اشاره کرد (گلیستی، استرودل و کینگ^۷، ۲۰۱۸) که بر کاهش بی‌اشتهایی عصبی (سالا، هرد و بلک^۸، ۲۰۱۶) و بهبود اختلال پرخوری (گلیستی، استرودل، کینگ و گرینبرگ^۹، ۲۰۲۱) مؤثر بوده است. درمان هیجان‌مدار به شیوه مؤثری توانایی محوریت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد (خیری، میر مهدی، آکوچکیان، حیدری و آل یاسین، ۱۳۹۸). در درمان هیجان‌مدار، تغییر هیجان در منشاء و درمان مشکلات افراد در نظر گرفته می‌شود. این روش یکی از معدود مدل‌های درمانی است

1 Beccia, Dunlap, Hanes, Courneene, Zwickey Angelo

2 Lattimore, P. Mead, B.

3 Stice, Rohde, Shaw, & Gau

4 Annameier, Kelly, Courville, Tanofsky-Kraff

5 Pisetsky, Schaefer, Wonderlich, & Peterson

6 Emotionally Focused Therapy

7 Glisenti, Strodl, & King

8 Sala, Heard, & Black

9 Glisenti, Strodl, King, & Greenberg

که تلفیقی از رویکرد درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود و به عنوان رویکردی ساختاری-تجربی در فعالیتهای روان‌درمانی و نظریه‌های روان‌شناختی معاصر مطرح است (گرینبرگ، ۱۳۹۷). این رویکرد برخلاف درمان ذهن آگاهی توجه افراد را به اهمیت بارز هیجان جلب می‌کند و به جای ساده انگاری هیجان، بر تمرکز بر آن تاکید می‌کند (گلیستی و همکاران، ۲۰۱۸). درمان هیجان مدار در بهبود تصویر بدنی مؤثر بوده است (ویلیامز و فایلز، ۲۰۱۸).

مرور پژوهش‌های پیشین در این خصوص نشان داد که مطالعه‌ای وجود نداشته است که میزان اثربخشی این دو درمان را مقایسه کند. همچنین با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلالات خوردن، طراحی راهبردهایی برای کاهش آسیب‌های ناشی از آن در جامعه، امری ضروری به نظر می‌رسد، لذا هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن است. در پژوهش حاضر فرضیه زیر آزمون شد:

- بین تاثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افراد دچار اختلالات خوردن تفاوت وجود دارد.

روش

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مراجعان به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان چمران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ بود که بر طبق نظر روان‌شناس مربوطه دارای اختلالاتی هستند که زیرمجموعه

۱۰۰ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

اختلالات خوردن طبقه بندی می‌شوند. تعداد ۳۶ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) گنجانده شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان شامل ۱. دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال ۲. شرکت نکردن در درمان همزمان دیگر (بر اساس مصاحبه و گزارش فردی) و ملاک خروج شرکت‌کنندگان داشتن غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود. افراد هر سه گروه، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون، اکسوم و پیوری^۱ (۲۰۰۵) را تکمیل کردند. گروه اول تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه دوم تحت درمان هیجان محور قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. مداخلات درمانی طی ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در گروه‌های آزمایش برگزار گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. لازم به ذکر است که پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت گردید، از جمله اینکه نتایج برای افراد متقاضی تفسیر گردید. همچنین بعد از مرحله پیگیری، به گروه کنترل آموزش داده شد.

ابزارها

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICI)^۲: این پرسشنامه را لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) طراحی کردند و شامل ۱۹ گویه بر اساس مقیاس پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب روایی را از طریق همبستگی با

1 Littleton, Axsom, & Pury

2 Body Image Concern Inventory

مقیاس اختلال بدریختی بدن^۱ برابر ۰/۸۳ گزارش کرده اند. در ایران، پایایی این پرسشنامه را بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب همبستگی آن با سیاهه نگرانی از ارزشیابی منفی از ظاهر جسمانی لنگرن^۲ را ۰/۵۵ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (محمدخانی و خانی پور، ۱۳۹۳)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	پیش آزمون، بیان کلیات	معرفی ذهن آگاهی	آگاهی از ذهنیت‌ها و	شناسایی هدف
			تغییر الگوی تفکر	مراجع از شرکت در جلسات
دوم	آگاهی از حضور ذهن هدایت خودکار	بحث درباره مفهوم هدایت خودکار، نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای، تمرین کشمش خوری به شیوه ذهن آگاهانه	آگاهی از هر لحظه	غذاخوردن مبتنی بر ذهن آگاهی
سوم	آگاهی از آنچه در بدن می‌گذرد	تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی، آموزش مراقبه متا (مهرورزی به بدن)	تمرکز بیشتر بر بدن و مقابله با موانع	ثبت گزارش از تجربه خوشایند، واریسی بدنی
چهارم	آشنایی با مراقبه نشسته	مراقبه نشسته و منطق اجرای آن، آگاهی از تنفس، اصوات، افکار، تکنیک زمان تنفس	سرگردانی فکر و بازگشت به حال	ثبت وقایع ناخوشایند تمرین

1 Body Dysenorphic Disorder Scale

2 Lundgren Fear of Negative Appearance Evaluation Inventory

ماندن در زمان	تنفس و مراقبه			
حال	نشسته			
پنجم پذیرش و مجوز حضور	پذیرش احساسات ناخوشایند، به ذهن آوری عملی مشکلات و همراهی با حس‌های بدنی	تماشای افکار بدون قضاوت و پذیرش	مراقبه نشسته	
ششم جداسازی فکر از واقعیت	آموزش اینکه افکار حقایق نیستند، مراقبه نشسته	انجام کارهایی برای سلامتی و شفا	جداسازی فکر از واقعیت	
هفتم راهبردهایی برای پیشگیری از عود	شناسایی نشانگان عود افکار منفی نسبت به بدن و مقابله با عود، مراقبه نشسته	اجرای راهبردهای مقابله‌ای برای عود، تمرین منظم ذهن آگاهی	پیشگیری و مقابله با عود	
هشتم جمع‌بندی، واریسی بدنی، پس‌آزمون	شروعی نو برای بقیه زندگی، واریسی بدن و ذهن آگاهی جهت حفظ تعادل در زندگی	یافتن دلایل مثبت جهت انجام تکالیف	انجام تمرینات مربوط به ذهن آگاهی	

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ، ۲۰۰۴)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی	معرفی اعضای گروه به یکدیگر و درمانگر، پاسخ به سؤالات احتمالی اعضای گروه، بررسی انگیزه شرکت	توانمند شدن	-----
			تخصیص اهداف	

دوم	شناسایی و ارزیابی هیجان	ارائه تعریف هیجان و کاربرد آن، ارزیابی ماهیت مشکل، دستیابی به احساسات شناسایی نشده	بالا بردن آگاهی فرد از هیجان‌ها و اولیه و شناخت‌های داغ	کاربرگ ثبت هیجان‌های روزانه
سوم	بالا بردن آگاهی هیجانی	تمرکز بیشتر بر هیجان‌ها، نیازها و ترس‌های تعاملی، ایجاد فضای امن تعاملی، توافق درمانی	تمرکز بر هیجان‌ها و ترس‌های تعاملی، ایجاد فضای امن تعاملی، توافق درمانی	تمرین فن‌های هیجانی و دو سندلی
چهارم	شناخت نیازهای زیربنایی هیجان‌ها	تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ها، آگاهی دادن به فرد در مورد تاثیر ترس و مکانیزم‌های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی	هم‌هنگی بین تشخیص درمانگر و فرد	یادداشت نیازهای زیربنایی هیجان‌ها در موقعیت‌ها
پنجم	آموزش تنظیم هیجان	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌های انکار شده، افزایش پذیرش تجربه تصحیحی، ردگیری هیجان‌ها شناخته شده	آگاه کردن افراد از هیجان‌ها و ارزیابی خود	تمرین گفتار مثبت
ششم	جایگزینی مثبت هیجان‌ها	برجسته سازی و شرح مجدد نیازهای پیوند جویی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها، تسهیل بیان نیازها و ایجاد درگیری هیجانی با خود	توسعه تجارب هیجانی در زمینه خوددوست داری	کاربرگ ثبت هیجان‌های جدید در موقعیت‌ها
هفتم	تداوم اصلاح هیجان‌ها	ایجاد موقعیت‌های ارزیابی خویشتن جدید و پایان دادن به الگوهای کهنه،	مواجهه با هیجان‌ها جدید	تمرین تمرکز بر تغییر هیجان‌ها و پیامدهایشان

شفاف سازی الگوهای جدید،

یادآوری نیازهای پیوند جویی

کاربرگ ثبت	تمرین مهارت‌ها	تقویت تغییراتی که طی درمان	تمرین مهارت‌ها	هشتم
هیجان‌های	در گروه‌های	صورت گرفته است، بحث در مورد	و اجرای پس	
روزانه	کوچک	نقطه نظرات مثبت و منفی در مورد	آزمون	
		طرح آزمایشی، ارزیابی تغییرات		

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۲۹/۷ سال بود. ۵۶ درصد از شرکت کنندگان زن و ۴۴ درصد مرد بودند. پیش از اجرای آزمون، پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که ادعای نرمال بودن توزیع متغیرها پذیرفته شد. همچنین نتایج آزمون باکس نشان داد که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس به درستی رعایت شده است. نتایج آزمون کرویت ماچلی نیز نشان داد که فرض کرویت ماچلی رعایت شده است و نتایج آزمون لوین نیز بیانگر آن بود که فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$).

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نارضایتی از تصویر بدنی را در دو گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد. مشاهده می‌شود که بین نمرات پیش آزمون نارضایتی از تصویر بدنی در گروه کنترل و گروه‌های آزمایش تفاوت چشمگیری وجود ندارد ولی در مرحله پس آزمون، نمرات نارضایتی از تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به

طور چشمگیری بالاتر است، همچنین در مرحله پیگیری نیز، نمرات نارضایتی از تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور چشمگیری پایین‌تر است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نارضایتی از تصویر بدنی در سه گروه

گروه کنترل		گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		گروه درمان هیجان مدار	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۵۸/۲۵	۹/۳۷۲	۵۹/۸۳	۱۰/۲۵۹	۵۹/۹۲	۱۰/۷۷۴
۵۹/۹۲	۹/۳۵۶	۴۶/۱۷	۹/۰۸۴	۴۷/۵۰	۹/۳۰۸
۶۰/۶۷	۹/۱۶۸	۴۵/۰۸	۸/۲۲۹	۴۶/۸۳	۹/۸۰۶

به منظور آزمون تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برطبق جدول ۴، سطح معناداری مربوط به مرحله برای نارضایتی از تصویر بدنی مربوط به هر دو آزمون کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه می‌توان پذیرفت که بین میانگین نمره‌های این متغیر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین با توجه به معنی داری اثر متقابل مرحله * گروه و معنی داری اثر گروه چنین دریافت می‌شود که میزان تغییرات این متغیرها در طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه کنترل و دو گروه آزمایش یکسان نبوده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان بر نارضایتی از تصویر بدنی مؤثر بوده است و با توجه به اختلاف میانگین‌ها باعث کاهش نارضایتی از تصویر بدنی

۱۰۶ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

شده‌اند. با توجه به مقدار مجذور اتا، به ترتیب ۷۶/۷ درصد و ۷۹/۱ از تغییرات در نمرات نارضایتی از تصویر بدنی طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، ناشی از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بوده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای نارضایتی از تصویر بدنی

منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور
	مربعات	آزادی	مربعات		معناداری	اتا
درمان شناختی	۵۹۲/۴۴	۱/۲۵	۴۷۳/۰۴	۴۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
مبتنی بر ذهن	۱۰۶۶/۳۳	۱/۲۵	۸۵۱/۴۲	۷۲/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
آگاهی						
گروه	۱۵۴۰/۱۲	۱	۱۵۴۰/۱۲	۶/۳۴	۰/۰۲۰	۰/۲۲
درمان هیجان	۴۵۸/۶۹	۱/۴۳۳	۳۲۰/۱۰	۴۳/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
مدار	۸۸۱/۱۹	۱/۴۳۳	۶۱۴/۹۵	۸۳/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
گروه	۱۲۰۸/۶۸	۱	۱۲۰۸/۶۸	۴/۵۰	۰/۰۴۵	۰/۱۷

در جدول ۵ با توجه به معناداری اختلاف میانگین‌ها می‌توان گفت که هر دو درمان بر نارضایتی از تصویر بدنی تاثیر معنادار داشته‌اند. همچنین با توجه به اختلاف میانگین‌ها می‌توان گفت که میزان تفاوت نارضایتی از تصویر بدنی در گروه شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه هیجان‌مدار معنادار نبوده است، لذا این دو درمان به لحاظ تاثیر بر نارضایتی از تصویر بدنی تفاوت معناداری ندارند.

جدول ۵. آزمون تعقیبی LSD برای نارضایتی از تصویر بدنی

مقایسه ها	تفاوت میانگین	خطا	سطح معناداری
کنترل- شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۳/۷۵*	۳/۷۷۶	۰/۰۰۱
کنترل- هیجان‌مدار	۱۲/۴۲*	۳/۷۷۶	۰/۰۰۲
شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی- هیجان‌مدار	-۱/۳۳	۳/۷۷۶	۰/۷۲۶

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که در هر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار، میزان نارضایتی از تصویر بدنی گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری پایدار مانده است و بین این دو درمان، از لحاظ تاثیر بر نارضایتی از تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بخشی از یافته‌های این پژوهش با یافته‌های رافالت و همکاران (۲۰۱۶)، بکا و همکاران (۲۰۱۸)، گلیستی و همکاران (۲۰۲۱)، سالا و همکاران (۲۰۲۰)، استایس و همکاران (۲۰۱۹)، لاتی‌مور و مید (۲۰۱۷) و پیستسکی و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن آگاهی با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خود نظارتی درمانجو بر رفتارهایش را افزوده و او را به

۱۰۸ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

سمت بهبود هدایت می‌کند. سطوح بالاتر نداشتن قضاوت ممکن است باعث پذیرش افکار و احساسات در مورد بدن و غذا خوردن فرد شود و در نتیجه رفتارهای نامنظم غذا خوردن را کاهش دهد (ساللا و همکاران، ۲۰۲۰).

از طرف دیگر ذهن‌آگاهی سبب می‌شود افراد نسبت به زمان حال هشیار شوند، از افکار و حس‌های بدنی خود در هر لحظه آگاه شده و نگرشی بدون قضاوت نسبت به خود داشته باشند (سگال و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی فرد نسبت به احساسات روانی و پذیرا بودن هیجان‌های منفی همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، می‌شود. چنین حالتی از یک سو باعث افزایش شناخت و آگاهی افراد از بدن، احساسات و افکار می‌شود و مقابله مؤثر با رویدادهای منفی را فراهم می‌سازد و از سوی دیگر خودپذیری و واقع‌گرایی را بهبود می‌بخشد (روستا و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به اینکه نارضایتی از تصویر بدنی بیش از آنکه ناشی از نقایص جسمانی باشد، زاییده تصویر ذهنی و باورها و عقاید منفی درباره بدن است، ذهن‌آگاهی با ایجاد نگرشی جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی قادر است نارضایتی از تصویر بدنی و هیجان‌ات مرتبط با آن را اصلاح کند.

از طرفی از دیدگاه مفهومی، اختلالات خوردن می‌تواند ناشی از شرایط استرس‌زا و فشارزا باشد که با باورهای ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد در مورد خوردن و الگوی غذایی ناسالم همراه است. در درمان هیجان‌مدار، بازسازی و تغییر شکل طرح‌های هیجانی یکی از اهداف درمانی است که عملکردهای سازگارانه فرد را تسهیل می‌کند. طی درمان هیجان‌مدار، بیمار خود‌گویی‌های ناسازگارانه را که در موقعیت‌های استرس‌زا طرح می‌شوند را برطرف ساخته و راه‌های نسبتاً خوشبینانه تفسیر را به ویژه در

هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف آسیب‌زا در خود جایگزین می‌سازد. در این درمان تلاش می‌شود تا مراجع افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سوال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات را به‌کار گیرد و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را بر طرف نماید (خیری و همکاران، ۱۳۹۸). در این روش به افزایش خودمهربانی که موجب تغییر هیجانات منفی می‌شود توجه می‌گردد تا درمانجو قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهد، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در خود ایجاد کند و به صورت هوشیارانه‌ای احساسات و افکار خود را بپذیرد (خیری و همکاران، ۱۳۹۸) که این امر در نهایت موجب افزایش توان مقابله افراد دارای اختلالات خوردن با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌گردد و منجر به بهبود نارضایتی از تصویر بدنی در آن‌ها می‌شود.

در تبیین نبود تفاوت معنادار بین دو درمان می‌توان به عناصر مشترک در اثربخشی دو درمان اشاره نمود. یکی از ویژگی‌های مشترک در هر دو درمان، تکالیف خانگی است. در هر دو درمان انجام تکالیف خانگی و ارائه نتایج آن در جلسه بعد، جزء عناصر اصلی در درمان است. مورد دیگر در اثربخشی هر دو درمان تأکید بر نحوه ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از تئوری‌های قابل استناد در سبب‌شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه مواجهه فرد با افکار و هیجانات است و در هر دو درمان مذکور، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت نابهنجار خارج شده و به حالت طبیعی نزدیک می‌شود و این امر باعث بهبود می‌شود. همچنین در هر دو درمان، اجتناب فرد (هرچند به دو شیوه متفاوت) کاهش می‌یابد و افزایش اجتناب نقش بارز و مهمی در شروع و تداوم اختلال‌هایی مانند نارضایتی از تصویر بدن دارد.

۱۱۰ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که فقط مراجعان درمانگاه روانپزشکی بیمارستان چمران شرکت‌کنندگان این پژوهش بودند لذا باید در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، اثربخشی درمان هیجان‌مدار با سایر روش‌های درمانی موج سوم همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقایسه شود. همچنین با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار به عنوان روش‌هایی موثر برای کاهش نارضایتی از تصویر بدنی در افراد دارای اختلال خوردن استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از کلیه استادان، شرکت‌کنندگان و مراکز مشاوره که به انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی نمایند.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۴۰۰). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5*. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو. تهران: ارجمند.
- بساک نژاد، سودابه و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بد ریختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان. *علوم رفتاری*، ۱(۲)، ۱۷۹-۱۸۷.
- خیری، بهناز؛ میرمهدی، سیدرضا؛ آکوچکیان، شهلا؛ حیدری، حسن و آل یاسین، سید علی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *شناخت اجتماعی*، ۸(۲)، ۱۴۱-۱۶۴.
- روستا، سمیرا؛ ملازاده، جواد؛ افلاک سیر، عبدالعزیز و گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۷). تاثیر ذهن آگاهی و راهبردهای شناختی هیجان بر تصویر بدنی زوج‌های نابارور. *دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۸(۱)، ۳۸-۴۶.
- گرینبرگ، لسلی اس. (۱۳۹۷). *درمان هیجان محور*، ترجمه سمیرا جلالی. تهران: انتشارات علم.

محمدخانی، پروانه و خانی‌پور، حمید. (۱۳۹۳). *درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن (به همراه راهنمای عملی درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن)*. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نجانرصب، سمیه و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۸). تاثیر مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و فشار خون زنان مبتلا به اختلال خوردن. *روانشناسی سلامت*، ۸(۳)، ۱۰۳-۱۱۸.

یاری، مرسده؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و حسنی، جعفر. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی در نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی. *پوست و زیبایی*، ۱۱(۲)، ۱۰۷-۱۱۸.

American Psychiatric Association. (2020). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Translator: F.Rezaei, A.Fakhrayee, A. Farmand, A. Nilofari, J. Hashemi, F. Shamloo. Tehran: Arjmand. (Text in Persian).

Annameier, S. K., Kelly, N. R., Courville, A. B., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, J. A., & Shomaker, L. B. (2018). Mindfulness and laboratory eating behavior in adolescent girls at risk for type 2 diabetes. *Appetite*, 125(1), 48-56.

Basaknejad, S., and Ghaffari, M. (2007). The relationship between fear of physical deformity and psychological disorders in students. *Behavioral Sciences*, 1 (2), 179-187. (Text in Persian).

Beccia, A., Dunlap, C., Hanes, D., Brendan J. Courneene, Heather L. Zwickey. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis *Mental Health & Prevention*, 9(8), 1-12.

Cook, B., & Leininger, L. (2017). The ethics of exercise in eating disorders: Can an ethical principles approach guide the next generation of research and clinical practice? . *Journal of Sport and Health Sciences*, 6(3), 295-298.

Glisenti, K., Strodl, E. King, R. & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomized wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*. 9(2). doi:10.1186/s40337-020-00358-5.

Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 11(1), 3-16.

Greenberg, L. S. (2018). *Emotion-based therapy*. Translated by Samira Jalali, Tehran: Alam. (Text in Persian).

- Huellemann, K., Pila, E., Gilchrist, J., Nesbitt, A., & Sabiston, C. (2021). Body-related self-conscious emotions and reasons for exercise: A latent class analysis, *Body Image*, 38(4), 127-136.
- Kheiri, B., Mir Mehdi, S., Akuchekian, S., Heidari, H., and Al Yassin, S. (2019). The effectiveness of emotion-focused therapy on the symptoms of obsessive-compulsive disorder, rumination and cognitive avoidance in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Cognition*, 8 (2), 164-141. (Text in Persian).
- Lattimore, P. Mead, B. (2017). I can't accept that feeling: Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder. *Psychiatry Research*. 247, 163-171. Doi:10.1016/j.psychres.2016.11.022.
- Linardon, J. Fairburn, C., Fitzsimmons-Craft, E., Wilfley, D., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, 58(11), 125-140.
- Littleton, H.L., Axsom, D., & Pury, C.L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavioural Research Therapy*. 43(2), 229-241.
- Mohammadkhani, P., & Khanipour, H. (2014). *Mind-based therapies (with a practical guide to mind-based therapies)*. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. (Text in Persian).
- Najarnasab, S., and Dasht-e Bozorgi, Z. (2019). The effect of motivational interview on lifestyle promoting health and blood pressure in women with eating disorders. *Health Psychology*, 8 (3), 103-118. (Text in Persian).
- Pintado, S., Andrade, S. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, Doi:10.1016/j.eujim.2017.05.009
- Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2019). Emerging psychological treatments in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 219-229.
- Roosta, S., Mulazadeh, J., Aflak Seir, A., and Goodarzi, M. (2018). The effect of mindfulness and cognitive emotion strategies on the body image of infertile couples. *Guilan University of Medical Sciences*, 28 (1), 38- 46. (Text in Persian).
- Ruffault, A., Carette, C., Lurbe Puerto, K., Juge, N. (2016). Randomized controlled trial of a twelve month computerized mindfulness-based intervention for obese

- patients with binge eating disorder: The Mindob study protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 49(3), 126-133.
- Sabiston, C.M., Pila, E., Crocker, P., Mack, D., & Wilson, P. (2020). Changes in body-related self-conscious emotions over time among youth female athletes. *Body Image*. 32(13), 24-33.
- Sala, M., Heard, A., & Black, E. A. (2016). Emotion-focused treatments for anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders*, 21(8), 147-164.
- Sala, M., Shankar Ram S., Vanzhula, A., & Levinson, C. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta analysis. *Eating disorder*, 53(6), 834-851.
- Sala, M., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2018). A longitudinal study on the association between facets of mindfulness and eating disorder symptoms in individuals diagnosed with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 295-305.
- Segal, Z.V., M. Williams, and J. Teasdale. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Stahl, B., & E. Goldstein, A. (2019). *mindfulness-based stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. M. (2019). Randomized trial of a dissonance-based group treatment for eating disorders versus a supportive mindfulness group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 79-90.
- Williams, M., & Files, N. (2018). *Emotion-Based Psychotherapies in the Treatment of Eating Disorders*. In Embodiment and Eating Disorders, Routledge.
- Yari, M., Shafiabadi, A. and Hassani, J. (2020). Comparison of the effectiveness of emotion-based cognitive-behavioral therapy with mindfulness-based cognitive therapy on body image and cognitive fusion in female adolescents seeking cosmetic surgery. *Skin and Beauty*, 11 (2), 118-107. (Text in Persian).





دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

مطالعات روان‌شناختی

صفحه: ۱۱۵-۱۳۶

مقاله پژوهشی

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۲۵

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۴/۱۷



Doi: 10.22051/PSY.2021.36852.2480

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

علی رضائی شریف*^۱، ناصر صبحی قراملکی^۲، سعید پورعبدل^۳، مجید ضرغام حاجبی^۴،
مهدی بیکی^۵

چکیده

هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. این پژوهش به شیوه‌ی آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال یادگیری خاص در دو مرکز ناتوانی یادگیری تهران بودند که از بین آن‌ها ۴۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه‌ی پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برنامه درمانی پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل در

۱) نویسنده مسئول). دانشیار گروه مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران ORCID: 0000-0003-3502-8575

rezaeisharif@uma.ac.ir

۲) دانشیار گروه رفتار حرکتی و روان‌شناسی ورزشی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران.

aidasobhi@yahoo.com

۳) دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ORCID: 0000-0002-8874-9926

saeed.pourabdol@yahoo.com

۴) دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران. ORCID: 0000000279750845

zarghamhajebi@gmail.com

۵) دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران - ORCID: 0000-0002-5070

beyki1358@gmail.com 5872

۱۱۶ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

لیست انتظار قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان-شناختی استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است. بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد با ایجاد پذیرش و گشودگی نسبت به تجارب و هیجانات منفی و گسلس شناختی می‌تواند موجب بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این دانش‌آموزان شود.

کلید واژه‌ها: اختلال سلوک، آزار کودکی، پردازش شناختی، دلبستگی ناایمن

مقدمه

اختلال یادگیری خاص^۱ بر مبنای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، اختلالی عصبی رشدی با منشأ زیستی است که موجب نابهنجاری‌هایی در سطح شناختی می‌شود. اختلال یادگیری به مشکلات جاری در یکی از سه زمینه خواندن، نوشتن و ریاضیات اشاره دارد که برای توانایی یادگیری اساسی است. اگر اختلالات یادگیری تشخیص داده نشوند، می‌توانند مشکلاتی را در طول زندگی فرد فراتر از داشتن پیشرفت تحصیلی پایین ایجاد کنند (تاتسیوپولو، پورفیری، بونتی و دیاکویانیس^۳، ۲۰۲۱). این مشکلات شامل افزایش خطر ابتلا به پریشانی روان‌شناختی بیشتر، ناراحتی، سلامت روانی پایین‌تر، بیکاری/نداشتن اشتغال و ترک تحصیل است (فینلی، ماتوش و پرانته^۴، ۲۰۲۱).

-
1. specific learning disorder (SLD)
 2. diagnostic and statistic manual of mental disorder Fifth Edition (DSM-5)
 3. Tatiopoulou, Porfyri, Bonti and Diakogiannis
 4. Finley, Matusz and Parente

خودنظم‌جویی تحصیلی^۱ از مقوله‌هایی است که به نقش فرد در فرایند یادگیری می‌پردازد. این سازه را ابتدا در سال ۱۹۶۷ بندورا مطرح کرد (بندورا^۲، ۲۰۰۱). وون، هنسلی و ولترز^۳ (۲۰۲۱) خودنظم‌جویی تحصیلی را به عنوان توانایی فرد برای درک بهتر و کنترل محیط یادگیری تعریف می‌کنند. همچنین، خودنظم‌جویی تحصیلی توانایی فرد در تغییر رفتار خود در امور تحصیلی است، رفتارهایی که بر اساس برخی معیارها و ایده‌آل‌ها یا اهداف ناشی از انتظارات درونی یا اجتماعی تغییر می‌کند (ساوالها و الزوبی^۴، ۲۰۲۰). خودنظم‌جویی تحصیلی فرایند کنترل و ارزیابی یادگیری و رفتار فرد را توصیف می‌کند (چاریتاکی، سولیس و تیروپولی^۵، ۲۰۲۱). دانش‌آموزان در این مورد نه به دلیل نیروهای بیرونی از قبیل والدین، معلمان و خواسته‌های جامعه بلکه با انگیزه‌های درونی در حال تحصیل هستند. آن‌ها تصمیم می‌گیرند که به تنهایی یاد بگیرند زیرا به نظر آن‌ها تحصیل برای خودشان مهم است و مطالعه برایشان لذت‌بخش است. این نوع یادگیری، توسط خود دانش‌آموزان به طور هدفمند، عمدی، آگاهانه، داوطلبانه، راهبردی بدون هیچ گونه ترس از تنبیه یا شرمندگی تنظیم می‌شود (الوی و گیلیز^۶، ۲۰۲۱).

از دیگر متغیرهایی که می‌تواند بر اختلال یادگیری خاص تأثیر بگذارد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۷ است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تشخیص و سازگاری با خواسته‌های موقعیتی در پی دستیابی

-
1. academic self-regulation
 2. Bandura
 3. Won, Hensley and Wolters
 4. Sawalhah and Al Zoubi
 5. Charitaki, Soulis and Tyropoli
 6. Alvi and Gillies
 7. psychological flexibility

۱۱۸ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

به نتایج بلندمدت شخصی است (داوسون و گلیجانی مقدم^۱، ۲۰۲۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی تقویت می‌شود: الف) انعطاف‌پذیری و هدفمند بودن در لحظه حال و ذهن‌آگاه بودن به افکار، احساسات، حس‌های بدنی و پتانسیل‌های عمل؛ ب) حفظ دیدگاه گشوده و پذیرش نسبت به افکار و احساسات؛ ج) روشن ساختن ارزش‌ها، امیدها و اهداف؛ د) انجام و ترویج اقدامات مطابق با ارزش‌های مشخص و نتایج مطلوب؛ ه) یادگیری پذیرش احساسات ناخواسته ناشی از انجام اقدامات مبتنی بر ارزش؛ و) افزایش مهارت‌های ناهمجوشی (عدم آمیختگی)، از قبیل تشخیص افکاری که با اعمال ارزشمند تداخل دارند و دیدن آن‌ها فقط به عنوان افکار نه حقیقت‌های واقعی. هر یک از این فرایندها یک مهارت روان‌شناختی است که می‌تواند برای کمک به مقابله با تجربیات و علائم درونی ناخواسته یا ناراحت‌کننده تقویت شود (داوسون و گلیجانی مقدم، ۲۰۲۰). به عبارت ساده‌تر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از ترکیب عدم آمیختگی شناختی^۲، پذیرش^۳، تمرکز بر لحظه حال^۴، ارزش‌های منتخب^۵، اقدام متعهدانه^۶ و خود به عنوان بافتار^۷ (لوما، هیز و واسلر^۸، ۲۰۱۷) پدید می‌آید. در طیف گسترده‌ای از جمعیت‌ها و نمونه‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر به طور مداوم با کاهش استرس، اضطراب،

-
1. Dawson and Golijani-Moghaddam
 2. cognitive defusion
 3. acceptance
 4. present moment focus
 5. chosen values
 6. committed action
 7. self as context
 8. Luoma, Hayes and Walser

افسردگی و افزایش بهزیستی مرتبط است (فرانسیس^۱، داوسون و گلیجانی مقدم، ۲۰۱۶؛ تیندال، والدک، پانکانی، ویلان^۲، و همکاران، ۲۰۲۰؛ ترینداد، مندز و فریرا^۳، ۲۰۲۰).

از جمله درمان‌های روان‌شناختی که جدیداً در زمینه اختلال‌های روان‌شناختی مطرح شده و به ویژه در زمینه اختلال یادگیری خاص مؤثر است، درمان پذیرش و تعهد^۴ است (نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۴). درمان پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی فراتشخیصی است که فرایندهای اصلی اختلال‌های روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد (چوی و کیم^۵، ۲۰۱۷) و اخیراً انجمن روان‌شناسی آمریکا در پژوهش‌ها کارآمدی قوی آن را نشان داده است (بارانوف، هانراهان، برک و کانر^۶، ۲۰۱۶). برخلاف سایر درمان‌های شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد به دنبال تغییر تأثیر افکار و احساسات بر رفتار با تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات در مقابل تغییر محتوای افکار است (برم، کوپ گوردون و استوارت^۷، ۲۰۲۰). به طور خاص، درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌هایی را برای تعامل با افکار و احساسات خود ایجاد کنند تا به نیازها و ارزش‌های آنها بهتر یاری رسانند (وانزین، مائوری، والی، پوززی^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). اهداف کلی درمان پذیرش و تعهد این است که به افراد کمک کند با افزایش تماس و

1. Francis
2. Tyndall, Waldeck, Pancani and Whelan
3. Trindade, Mendes and Ferreira
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
5. Choi and Kim
6. Baranoff, Hanrahan, Burke and Connor
7. Brem, Coop Gordon and Stuart
8. Vanzin, Mauri, Valli and Pozzi

۱۲۰..... اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

پذیرش تجربیات حال حاضر و با تضعیف موانع کلامی و شناختی که رنج انسان را تسهیل می‌کنند، زندگی ارزشمندی داشته باشند (ویسکوویچ و پاکنهم^۱، ۲۰۲۰).

مرور ادبیات پژوهشی حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی دارد. در راستای شواهد اثربخشی این شیوه درمانی، پژوهش لوین، آکاف، برلین، برمن^۲ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد موجب ارتقاء و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان می‌شود. پژوهش رویز، فلورز، گارسیا-مارتین، مونروی-سیفونتس^۳ و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر علائم هیجانی، اجتناب تجربه‌ای، نگرانی روان‌شناختی، آمیختگی شناختی و نشخوار فکری این دانش‌آموزان تأثیر دارد، به نحوی که موجب کاهش این مشکلات می‌شود. همچنین، یافته‌های حاصل از پژوهش وانزین، مائوری، والی، پوزی^۴ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر مشکلات شناختی، پرتحرکی، کمال-گرایی و تکانشی بودن این دانش‌آموزان مؤثر است. علاوه بر این، پژوهش‌های دیگر از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی (چپمن و ایوانز^۵، ۲۰۲۰؛ مارینو، فایلا، چیلی، مینوتولی^۶، و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش رفتارهای انعطاف‌ناپذیر^۷ (زابو^۸، ۲۰۱۹) و بهبود علائم افسردگی (واتانابه^۹، ۲۰۲۱) در این افراد حکایت دارد. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه پورطالب، بدری گرگری، نعمتی و

-
1. Iskovich and Pakenham
 2. Lewin, Acuff, Berlin and Berman
 3. Ruiz, Flórez, García-Martín and Monroy-Cifuentes
 4. Vanzin, Mauri, Valli and Pozzi
 5. Chapman and Evans
 6. Marino, Failla, Chilà and Minutoli
 7. inflexible behaviors
 8. Szabo
 9. Watanabe

هاشمی (۱۳۹۹)، به کارگیری برنامه آموزش پذیرش و تعهد میزان تاب آوری تحصیلی را در دانش‌آموزان افزایش می‌دهد و این اثربخشی در مؤلفه‌های جهت‌گیری آینده و مسئله محوری و مثبت‌نگری معنادار بود.

در مجموع، نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش بسیاری از مشکلات رفتاری و روانی- اجتماعی است. از سوی دیگر بررسی کمتر این مداخله روان‌درمانی در مورد متغیرهای خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اختلال یادگیری خاص در ایران، خلأ پژوهشی است که با این مطالعه احتمالاً پر خواهد شد؛ بنابراین فرضیه پژوهش، به این صورت مطرح می‌شود: درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص اثربخش است.

روش

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر دو مرکز اختلال یادگیری شهر تهران بودند که برای بهبود ناتوانی‌های یادگیری مراجعه کرده بودند و در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در دوره‌ی متوسطه-ی اول شهر تهران تحصیل می‌کردند. برای انتخاب نمونه، ابتدا از بین ۳۱۸ نفری که به مراکز مذکور مراجعه کرده بودند بعد از اخذ موافقت از آن‌ها، از طریق نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر دانش‌آموز دارای اختلال یادگیری خاص که نمره‌ی پایینی (نمره ۱۹ به عنوان نمره ملاک در نظر گرفته شد) در پرسشنامه‌ی خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کسب کرده بودند از مراکز مذکور انتخاب شدند. از بین این افراد ۲۲ نفر دارای اختلال ریاضی، ۸ نفر دارای اختلال نوشتن و ۱۰ نفر دارای

۱۲۲ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

اختلال خواندن برای هر دو گروه انتخاب شدند. سپس از این تعداد، ۲۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۲۰ نفر دیگر به عنوان گروه کنترل به صورت تصادفی تقسیم شدند. لازم به ذکر است که نمره هوشی این افراد را قبلاً مراکز نرمال ارزیابی کرده‌بودند؛ لذا تمامی افراد گروه کنترل و آزمایش از لحاظ هوشی هم‌تاسازی شده و در گروه‌های مدنظر قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: مصرف نکردن داروی خاص، رضایت آگاهانه و داشتن هوش نرمال و ملاک‌های خروج شامل: همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف پیشنهاد شده، غیبت در جلسات درمانی به مدت بیش از سه جلسه، نداشتن تمایل به ادامه‌ی درمان و پیشامد یک مشکل خانوادگی تأثیرگذار از قبیل فوت یا طلاق والدین بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه خودنظم‌جویی تحصیلی^۱ بوفارد و همکاران (۱۹۹۵): پرسشنامه ۱۴ گویه‌ای ابزاری است برای سنجش خودتنظیمی که بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی بندورا طراحی شده است. گویه‌های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت بوده و دو عامل راهبردهای شناختی و راهبردهای فراشناختی خودتنظیمی را می‌سنجد. این پرسشنامه را کدیور در سال ۱۳۸۰ در ایران هنجاریابی کرده است. پاسخ‌ها با استفاده از مقیاس نمره‌گذاری طیف لیکرت به صورت کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نه موافق و نه مخالف (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) تنظیم شده‌اند. گویه‌های ۱۳، ۵ و ۱۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. نمره‌ی بین ۱۴ تا ۲۸ بیانگر میزان خودنظم‌جویی در حد پایین بود. نمره‌ی بین ۲۸ تا ۴۲ بیانگر میزان خودنظم‌جویی در حد متوسط و نمره‌ی بالاتر از ۴۲ بیانگر میزان خودنظم‌جویی

1 . academic self-regulation questionnaire

در حد بالا بود. بوفارد و همکاران (۱۹۹۵) ضرایب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس راهبردهای فراشناختی ۰/۷۲ و روایی آن را با محاسبه همبستگی میان خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۴۲ گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی سازه‌ی پرسشنامه، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که ضریب همبستگی بین سؤال‌ها مناسب بوده و ابزار سنجش از دو عامل تشکیل شده است و بار ارزشی مربوط به عامل‌ها نیز در حد قابل قبول بوده است (شیخ‌الاسلام، ۱۳۹۵). همچنین، پایایی خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۰ و خرده مقیاس راهبردهای فراشناختی ۰/۶۸ گزارش شده است (شیخ‌الاسلام، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس راهبردهای فراشناختی ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم^۱ (AAQ - II): این پرسشنامه را بوند، هایز، بیر، کارپنتر و همکاران^۲ (۲۰۰۷) ساخته‌اند. یک نسخه‌ی ۱۰ گویه‌ای از پرسش‌نامه‌ی اصلی (AAQ-I) است که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. میانگین ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (بوند و همکاران، ۲۰۰۷). در ایران، عباسی،

1. acceptance and Action Questionnaire-II

2. Bond, Hayes, Baer and Carpenter

۱۲۴ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) همسانی درونی این ابزار را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. در این پژوهش نیز همسانی درونی برای کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ به دست آمد.

درمان پذیرش و تعهد: این پروتکل را عباسی (۱۳۹۲) برای دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در

ایران تدوین و اعتباریابی کرده است. مراحل مختلف درمان بر اساس پروتکل مذکور در قالب جلسات ۱/۵ ساعته به مدت ۸ جلسه به صورت گروهی اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

روش اجرا

بعد از هماهنگی و کسب مجوز و توجیه این دانش‌آموزان و بیان اهداف پژوهش، از آن‌ها درخواست شد تا در دوره‌ی درمانی شرکت نمایند. قبل از شروع روش‌های آموزشی، هر دو گروه مورد مطالعه را تحت پیش‌آزمون قرار داده و آزمون مذکور بر رویشان اجرا شد و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات درمانی در روش درمانی، ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته بود که به صورت گروهی و ۲ بار در هفته اجرا گردید. پس از اتمام دوره‌ی آموزش، از دو گروه تحت درمان و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از ابزار Spss و با روش آماری تحلیل کوواریانس (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین سطح معناداری برای این پژوهش ۰/۵ انتخاب شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۱ معارفه و آشنایی با درمان	ایجاد اتحاد و رابطه درمانی، ارائه توضیحی در مورد درمان پذیرش و تعهد و نحوه کارکرد آن.	ایجاد انگیزه برای پذیرش و تغییر.	تهیه فهرستی از مشکلات.
۲ ایجاد نومی خلاقانه	بررسی تکالیف قبلی در جلسه بعد، آگاهی از تلاش مراجعات برای کاهش اضطراب و پیامدهای آن.	کسب توانایی تشخیص و توصیف احساسات.	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و جلوگیری نکردن از افکار منفی.
۳ بیان کنترل به عنوان مشکل	بیان استعاره‌های درمان پذیرش و تعهد، آموزش نحوه کاربرد فنون توجه‌آگاهی به جای کنترل و سرکوب هیجان‌ها.	عدم تلاش برای اجتناب، کنترل و سرکوب هیجان- های منفی.	انجام تکلیف گذشته
۴ اجرای تکنیک گسلش شناختی	کاهش آمیختگی فرد با افکار و هیجان‌های آزارنده، آموزش آرمیدگی	پذیرش رفتار و هیجان- های منفی.	آگاهی از اینجا و اکنون.
۵ پذیرش و مشاهده خودبه عنوان بافتار	خود به عنوان بافتار و مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود و تجارب درونی و رفتار.	توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه.	تمرکز بر تمام حس- های بدنی، افکار، هیجان‌ها و رفتار.

<p>۶ تمرین تکنیک- های توجه آگاهی</p>	<p>ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان بافتار، آموزش تکنیک‌های توجه- آگاهی.</p>	<p>تلاش برای پذیرش هیجان‌ها و افکار.</p>	<p>تمرین فنون توجه- آگاهی</p>
<p>۷ روشن سازی ارزش‌ها</p>	<p>شناسایی ارزش‌های زندگی مراجعان و ارزیابی آن‌ها بر اساس درجه اهمیتشان.</p>	<p>تلاش برای زندگی ارزشمند.</p>	<p>فراهم کردن فهرستی از موارد راه‌انداز هیجان‌های مثبت و مسیر ارزشمند.</p>
<p>۸ جمع‌بندی مطالب گذشته</p>	<p>ایجاد تعهد برای عمل به تمرین‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.</p>	<p>تعهد برای اقدام در جهت ارزش‌های زندگی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و پذیرش افکار، هیجان‌ها و خاطرات آزارنده.</p>	<p>انجام و مرور تمرین-های طول جلسات.</p>

نتایج

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌ی کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش یافته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

		کنترل				آزمایش					
		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مؤلفه	متغیر وابسته
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
۱/۵۱	۱۳/۹۰	۱/۹۱	۱۴/۱۰	۱/۳۸	۲۸/۸۵	۱/۸۶	۱۳/۲۵			راہبردهای خودنظم‌جویی	خودنظم‌جویی
											تحصیلی
۲/۹۷	۱۳/۳۵	۱/۲۶	۱۴/۱۵	۱/۲۷	۳۰/۰۵	۱/۷۶	۱۳/۹۵			راہبردهای فراشناختی	
											کل
۲/۷۸	۲۷/۲۵	۲/۴۸	۲۸/۲۵	۱/۷۷	۵۸/۹۰	۳/۰۱	۲۷/۲۰				انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
۳/۳۱	۱۹/۸۵	۴/۰۸	۲۳/۵۰	۲/۰۳	۶۳/۳۵	۳/۳۳	۱۹/۷۵				

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنی‌دار است $[P \leq 0.001]$ ، $F(3 \text{ و } 33) = 0.009$ ، لامبدای ویلکز]. آزمون فوق، قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های متغیر مورد بررسی در بین دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود دارد.

۱۲۸ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

(MANCOVA)

متغیر	آزمون	ارزش	df فرضیه	df خطا	F	P	Eta
گروه	پیلای- بارتلت	۰/۹۹	۳	۳۳	۱۱۶۱/۹۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰	۳	۳۳	۱۱۶۱/۹۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۹
	هتلینگ لالی	۱۰۵/۶۳	۳	۳۳	۱۱۶۱/۹۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰۵/۶۳	۳	۳۳	۱۱۶۱/۹۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۹

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری، جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شد. همچنین، بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای همه‌ی متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شد.

جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) را بر روی متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان پذیرش و تعهد در مرحله‌ی پس‌آزمون بر مؤلفه‌های خودنظم‌جویی یعنی راهبردهای شناختی ($F = ۷۸۷/۶۸, P < ۰/۰۰۱$) و راهبردهای فراشناختی ($F = ۳۷۸/۱۲, P < ۰/۰۰۱$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F = ۱۷۸۴/۶۰, P < ۰/۰۰۱$) اثر معنی‌داری داشت؛ بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد در مرحله‌ی پس‌آزمون، باعث بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص (گروه آزمایش) نسبت به گروه کنترل شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات متغیرهای خودنظم جویی تحصیلی و انعطاف پذیری روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مؤلفه	منابع تغییرات	Ss	df	MS	F	P	Eta
خودنظم- جویی	راهبردهای شناختی	پیش‌آزمون گروه	۰/۸۸	۱	۰/۸۸	۰/۴۱	۰/۵۲۶	۰/۰۱
تحصیلی	راهبردهای فراشناختی	پیش‌آزمون گروه	۱۶۹۶/۶۶	۱	۱۶۹۶/۶۶	۷۸۷/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵
انعطاف- پذیری روان- شناختی	پیش‌آزمون گروه	پیش‌آزمون گروه	۲/۶۷	۱	۲/۶۷	۰/۵۶	۰/۴۵	۰/۰۱
	فراشناختی	گروه	۱۷۸۰/۶۸	۱	۱۷۸۰/۶۸	۳۷۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		پیش‌آزمون گروه	۶/۰۹	۱	۶/۰۹	۰/۸۱	۰/۳۷	۰/۰۲
		گروه	۱۴۱۷۳/۹۲	۱	۱۴۱۷۳/۹۲	۱۷۸۴/۶۰	۰/۸۱	۰/۹۸

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم جویی تحصیلی و انعطاف-پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر خودنظم جویی تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده و موجب بهبود خودنظم جویی تحصیلی آن‌ها شده است. این یافته در راستای پژوهش‌های قبلی؛ چپمن و ایوانز (۲۰۲۰)، مارینو و همکاران (۲۰۲۱)، لوین و همکاران (۲۰۲۱)، پورطالب و همکاران (۱۳۹۹) است.

۱۳۰..... اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را می‌توان به دلیل فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از مهم‌ترین شیوه‌های این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های آن‌ها و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به رفتار در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و بهزیستی ناشی از آن به رضایت از زندگی منجر شود و آن‌ها را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، تنش، یأس و ناامیدی، افسردگی رهایی دهد که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود (هیز، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر، فرایند مؤثر دیگر این درمان، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای افراد فراهم می‌کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد و این کار باعث می‌شود تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند. با توجه به این امر می‌توان بیان کرد که هر چقدر افراد به دنبال پذیرش تجارب درونی منفی خود باشند به همان اندازه به خودنظم‌جویی تحصیلی دست پیدا خواهند کرد. در واقع، پذیرش به فرد کمک می‌کند تا به‌طور کامل و بدون دفاع، ابعادی از تجارب روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان‌گونه که هست، تجربه نماید و آن را در جامعه بدون اینکه خوب یا بد تصور کند، نشان دهد.

علاوه بر این، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری مؤثر است؛ به عبارت دیگر درمان پذیرش و تعهد قادر است تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این دانش‌آموزان را افزایش دهد. این نتایج همسو با پژوهش هایلین و

همکاران (۲۰۲۱)، وانزین و همکاران (۲۰۲۰)، (واتانابه، ۲۰۲۱) است. آنچه در تبیین این یافته می‌توان گفت این است که اجتناب تجربه‌ای یا عدم انعطاف‌پذیری (عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی) در طولانی مدت موجب بروز و تشدید مشکلات روان-شناختی می‌شود. از طرفی تمرین گسلش شناختی درمان‌پذیرش و تعهد باعث می‌شود دانش‌آموزان در مقابل برداشت‌های شناختی استرس‌آور در زمینه تحصیلی، باورهایشان در مورد قابلیت‌های خود در اداره کردن شرایط دشوار مربوط تکالیف درسی و خود-سرزندی، انعطاف‌پذیری بیشتری از خود نشان دهند. وقتی ذهن می‌گوید همه چیز را درباره موضوعی می‌داند، واکنش‌های غیرمنطقی بیشتری بروز می‌کند. گسلش در درمان‌پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر افکار بودن است که موجب می‌شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند؛ بنابراین، واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی در کاهش بدتنظیمی‌ها و انعطاف‌ناپذیری می‌شود (داوسون و گلیجانی مقدم، ۲۰۲۰).

محدود بودن نمونه به شهر تهران، مشارکت دانش‌آموزان جنس پسر در مقطع متوسطه اول از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود که تعمیم نتایج را دچار محدودیت می‌کند. همچنین نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط کشور عزیزمان ایران صورت گیرد. همچنین بهتر است این روش درمانی بر روی سایر سطوح سنی و بر روی دانش‌آموزان دختر نیز انجام گیرد تا با اطمینان کامل بتوان نتایج را تعمیم داد. لحاظ کردن دوره پیگیری از دیگر پیشنهادها پژوهش حاضر است.

۱۳۲ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودنظم‌جویی تحصیلی...

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با کد ۶۱۸۹ مصوب دانشگاه محقق اردبیلی و با حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه اجرا شد. از تمامی دانش‌آموزانی که در این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- پورطالب، نرگس؛ بدری گرگری، رحیم؛ نعمتی، شهرروز و هاشمی، تورج. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه آموزش پذیرش و تعهد بر میزان تاب‌آوری تحصیلی در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه. *مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۱ (۴)، ۱۳۱-۱۴۷.
- شیخ‌الاسلام، علی. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت‌های تفکر انتقادی بر خودنظم‌دهی دانش‌آموزان پایه اول دوره‌ی متوسطه دوم. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۱۰ (۳۵)، ۱۴۹-۱۶۲.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲ (۱۰)، ۶۵-۸۰.
- عباسی، مسلم. (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش‌های پذیرش/تعهد و تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی*. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه محقق اردبیلی.
- کدیور، پروین. (۱۳۸۸). *روان‌شناسی یادگیری*. تهران: انتشارات سمت.
- نریمانی، محمد؛ پورعبدل، سعید و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش/تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *فصلنامه‌ی پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۴ (۱۶)، ۱۰۷-۱۲۲.
- نریمانی، محمد؛ پورعبدل، سعید و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۶ (۱)، ۱۲۱-۱۴۰.

- Abasi, E., Fti, L., Molodi, R., & Zarabi, H. (2012). Psychometric properties of Persian version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Scientific Journal Management System*, 3(10), 65-80.(Text in Persian).
- Abbasi, M. (2014). *Comparison of effectiveness two methods technique of Acceptance and Commitment and Emotional Regulation training on psychological well-being, adjustment & high-risk behaviors in students with dyscalculia*. (doctoral thesis), University of Mohaghegh Ardabili,Iran. (Text in Persian).
- Alvi, E., & Gillies, R. M. (2021). Self-regulated learning (SRL) perspectives and strategies of Australian primary school students: A qualitative exploration at different year levels. *Educational Review*, 1-23.
<https://doi.org/10.1080/00131911.2021.1948390>
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Bouffard, T., Boisvert, J., Vezeau, C., & Larouche, C. (1995). The impact of goal orientation on self- regulation and performance among college students. *British Journal of Educational Psychology*, 65(3), 317-329.
- Brem, M. J., Coop Gordon, K., & Stuart, G. L. (2020). Integrating acceptance and commitment therapy with functional analytic psychotherapy: A case study of an adult male with mixed depression and anxiety. *Clinical Case Studies*, 19(1), 34-50.
- Chapman, R., & Evans, B. (2020). Using Art-Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for an Adolescent With Anxiety and Autism. *Clinical Case Studies*, 19(6), 438-455.
- Charitaki, G., Soulis, S. G., & Tyropoli, R. (2021). Academic Self-Regulation in Autism Spectrum Disorder: A Principal Components Analysis. *International Journal of Disability, Development and Education*, 68(1), 26-45.
- Choi, D., & Kim, S. (2017). An integrative review of acceptance and commitment therapy (ACT) for mental health problem. *Korean Journal of Stress Research*, 25(2), 75-85.

- Connor, C. M., Ponitz, C. C., Phillips, B. M., Travis, Q. M., Glasney, S., & Morrison, F. J. (2010). First graders' literacy and self-regulation gains: The effect of individualizing student instruction. *Journal of School Psychology, 48*(5), 433-455.
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of contextual behavioral science, 17*, 126-134.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Finley, J. C., Matusz, E. F., & Parente, F. (2021). Cognitive differences between adults with traumatic brain injury and specific learning disorder. *Brain injury, 35*(4), 411-415.
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science, 5*(3), 134-145.
- Harris, R. (2009). *ACT with love: Stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitm*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry, 18*(2), 226-227.
- Kadivar, P. (2009). *Learning Psychology*. Tehran: Samt Publications. (Text in Persian).
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(5), 528-534.
- Levin, M. E., Luoma, J. B., Vilardaga, R., Lillis, J., Nobles, R., & Hayes, S. C. (2016). Examining the role of psychological inflexibility, perspective taking, and empathic concern in generalized prejudice. *Journal of Applied Social Psychology, 46*(3), 180-191.
- Lewin, R. K., Acuff, S. F., Berlin, K. S., Berman, J. S., & Murrell, A. R. (2021). Group-based acceptance and commitment therapy to enhance graduate student psychological flexibility: Treatment development and preliminary implementation evaluation. *Journal of American College Health, 1-10*.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1881522>

- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2017). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists* (2nd ed.). Oakland, CA: Context Press.
- Marino, F., Failla, C., Chilà, P., Minutoli, R., Puglisi, A., Arnao, A. A., ... & Pioggia, G. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy for Improving Psychological Well-Being in Parents of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences, 11*(7), 880-895.
- Narimani, M., Pourabdol, S., & Basharpour, S. (2015). The effectiveness of acceptance/ commitment training to decrease social well-being in students with specific learning disorder. *Quarterly social psychology research, 4* (16), 107 – 122. (Text in Persian).
- Narimani, M., Pourabdol. S., & Basharpour, S. (2016). The effectiveness of acceptance/ commitment training to decrease social anxiety in students with specific learning disorder. *Journal of learning disabilities, 6* (1), 121 – 140. (Text in Persian).
- Peterson, L. G., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 149*(7), 936-943.
- Pourtaleb, N., Badri Gargari, R., Nemati, Sh., & Hashemi, T. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Training on Academic Resiliency in Students with Specific Learning Disability. *Journal of Applied Psychological Research, 11* (4), 131-147. (Text in Persian).
- Sawalhah, A. M., & Al Zoubi, A. (2020). The Relationship of Academic Self-Regulation with Self-Esteem and Goal Orientations among University Students in Jordan. *International Education Studies, 13*(1), 111-122.
- Sheikholeslam, A. (2016). The effect of teaching critical thinking skills on self-regulation of first grade students of the second secondary course. *Research in educational systems, 10*(35), 149-162. (Text in Persian).
- Szabo, T. G. (2019). Acceptance and commitment training for reducing inflexible behaviors in children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science, 12*, 178-188
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.03.001>
- Tatsiopolou, P., Porfyri, G. N., Bonti, E., & Diakogiannis, I. (2021). Specific Learning Disorder (SLD) and School Failure in a 12-Year-Old Girl Suffering from

Type 1 Diabetes (T1DM): Interdisciplinary Therapeutic Approach. *Arch Pediatr*, 6 (1),191-196.

Trindade, I. A., Mendes, A. L., & Ferreira, N. B. (2020). The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: A preliminary study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15 (2020),68-72.

Vanzin, L., Mauri, V., Valli, A., Pozzi, M., Presti, G., Oppo, A., ... & Nobile, M. (2020). Clinical effects of an ACT-group training in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 29(4),1070-1080.

Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2020). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 929-951.

Watanabe, T. (2021). Treatment of Major Depressive Disorder with Autism Spectrum Disorder by Acceptance and Commitment Therapy Matrix. *Case Reports in Psychiatry*, 2021 (1),1-7.

Won, S., Hensley, L. C., & Wolters, C. A. (2021). Brief research report: Sense of belonging and academic help-seeking as self-regulated learning. *The Journal of Experimental Education*, 89(1), 112-124.





دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

صفحه: ۱۵۶-۱۳۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۱۳

مطالعات روان‌شناختی

مقاله پژوهشی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۵/۲۸



Doi: 10.22051/PSY.2021.37338.2497

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

نقش تکانشگری، کارکردهای اجرایی و بهوشیاری زمینه‌ای در بروز رفتارهای پرخطر جوانان

مرضیه اصغری^۱، محمدحسین عبداللهی^{۲*}، مهناز شاهقلیان^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تکانشگری، کارکردهای اجرایی و بهوشیاری زمینه‌ای در بروز رفتارهای پرخطر جوانان صورت گرفت. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان دانشگاه‌های سراسری تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. از بین آن‌ها تعداد ۳۸۰ دانشجو با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق فراخوان اینترنتی انتخاب شدند. آن‌ها به مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (زاده محمدی و همکاران)، تکانشگری بارت (پاتون و همکاران)، پرسشنامه توانایی‌های شناختی (نجاتی) و پرسشنامه پنج وجهی بهوشیاری (بایر و همکاران) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد بین متغیر تکانشگری و کارکردهای اجرایی (به جز شناخت اجتماعی) با رفتارهای پرخطر رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین رفتارهای پرخطر با بهوشیاری زمینه‌ای و عامل‌های توصیف و عمل همراه با آگاهی رابطه‌ای منفی و معنی‌دار وجود دارد. نتایج رگرسیون نشان داد که کارکردهای اجرایی به طرز معناداری گرایش به رفتارهای پرخطر در جوانان را پیش‌بینی کرد. از نتایج به‌دست آمده می‌توان به منظور تعیین اولویت‌های آموزشی و درمانی با هدف کمک به پیشگیری و کنترل چنین رفتارهای پرخطری در قشر جوان جامعه بهره برد.

۱ دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. m.asghari6465@gmail.com

۲ (نویسنده مسئول). دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. abdollahimh@yahoo.fr

۳ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. mshahgholian@gmail.com

۱۳۸ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

کلید واژه‌ها: بهوشیاری زمینه‌ای، تکانشگری، رفتارهای پرخطر، کارکردهای اجرایی

مقدمه

بسیاری از صاحب‌نظران در این مورد اتفاق نظر دارند که جوانی یکی از چالش برانگیزترین دوران‌های رشد انسان است و ازسوی دیگر، زندگی انسان در عصر تکنولوژی و فراتکنولوژی توام با غفلت از برخی ارزش‌های اجتماعی و شیوع رفتارهای پرخطر است که ضمن تهدید سلامت روانی، اجتماعی و عاطفی انسان می‌تواند بر پیکر وجودی او لطمه‌های جبران ناپذیری وارد آورد (خجندی، بانسی، شریفی و محسنی، ۱۳۹۷). جوانان با انتخاب‌های پر مخاطره و تاکید بر ارزش پاداش، هزینه‌ی تقبل شکست را دست‌کم می‌گیرند. آن‌ها به انتظار دریافت پاداشی فوری، به سرعت به انتخاب‌های پر مخاطره پاسخ می‌دهند و از پیامدهای منفی‌ای که اثر آن‌ها تا مدت‌ها باقی خواهد ماند غافل هستند (رینولدز، باسو، میلر، ویتسید و همکاران، ۲۰۱۹). رفتارهای پرخطر^۲ رفتارهای مخربی هستند که پیامدهای منفی و مشکل‌سازی را برای فرد انجام‌دهنده به همراه دارند و گاهی به سایر افراد جامعه نیز صدمات جبران ناپذیری می‌زنند (کورن و بونی-نواچ^۳، ۲۰۱۸). عوامل شخصیتی می‌تواند به عنوان یکی از دلایل روان‌شناختی در بروز رفتارهای پرخطر به حساب آید (کلوانی، ۱۳۹۶)؛ به‌طوری‌که خطرپذیری^۴ رابطه‌ی بسیار نزدیکی با تکانشگری^۵ دارد و می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی برخی از رفتارهای پرخطر مانند مصرف

1 Reynolds, Basso, Miller, Whiteside, Combs

2 risky- taking behaviours

3 Korn & Bonny-Noach

4 risky- taking

5 impulsivity

مواد مخدر، مصرف الکل و رفتارهای جنسی نایمن باشد (هرمان، کریچلی و دوکا، ۲۰۱۸). تکانشگری عاملی است که هم در سوق دادن فرد به سمت رفتارهای خطرپذیر و هم به عنوان هسته‌ی مرکزی در ایجاد رفتارهای پرخطر و برنامه‌ریزی نشده نقش دارد (تیموری، رضانی و یزدان پناه، ۱۳۹۸). تکانشگری نشان‌دهنده‌ی گرایش افراد به صورت خودبه‌خودی و بدون پیش‌بینی پیامدها در پاسخ به محرک‌های محیطی یا عوامل دیگر و ترجیح دادن ارضای کوتاه مدت و فوری نسبت به پاداش‌های طولانی مدت و با تاخیر است (لازاروس، روو، پالتر و پاول^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). پاتون، استنفورد و بارت^۳ (۱۹۹۵) برای تکانشگری نظریه‌ای کلی شامل عوامل شناختی، محیطی، رفتاری و زیستی را با سه بُعد متمایز از هم در نظر گرفته‌اند: الف) بُعد حرکتی^۴ (اقدام بدون تأمل و فکر)، ب) بُعد شناختی^۵ (تصمیم‌گیری سریع شناختی و نداشتن پایداری شناختی) و ج) بدون برنامه‌ریزی^۶ (کاهش توجه و تمرکز بر روی آینده). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تکانشگری با رفتارهای جنسی نایمن (لی، بروس، باه و بروس^۷، ۲۰۱۸؛ تیموری و همکاران، ۱۳۹۸؛ رینولدز و همکاران، ۲۰۱۹)، سوء مصرف الکل و مشکلات مرتبط با آن (استاماتز و لائو-باراکو^۸، ۲۰۱۷) و رانندگی پرخطر (لازاروس و همکاران، ۲۰۱۹) ارتباط دارد. یکی دیگر از دلایل افزایش سطح خطرپذیری در جوانان پاسخ به تغییرات عصبی پیوسته از جمله بلوغ و رشد

1 Herman, Critchley, Duka

2 Lazuras, Rowe, Poulter, Powell

3 Patton, Stanford, Barrett

4 motor impulsivity

5 cognitive impulsivity

6 non planning impulsivity

7 Lee, Brook, Pahl &

8 Stamatesa & Lau-Barraco

۱۴۰ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

مغز به‌ویژه در قشر پیشانی^۱ است که در مدیریت عملکرد کارکردهای اجرایی^۲ نقش مهمی دارد (پیچ، کاپلیگیان، اسمیت^۳ و هانتز، ۲۰۱۸). کارکردهای اجرایی چنین به‌کار بردند که به‌عنوان مهارت‌های شناختی مرتبط با کنترل افکار و رفتار است (کلارو، دوستالر، استیون و شاو^۴، ۲۰۱۹). کارکردهای اجرایی شامل کنترل توجه از بالا به پایین و مهار تکانه‌های کوتاه مدت برای رسیدن به اهدافی بلند مدت است (روو، دیوتا، دمیر، وانگر و همکاران^۵، ۲۰۲۰)؛ به‌طوری که این مکانیسم‌ها به فرد اجازه می‌دهند تا رفتار خود را برای دستیابی به اهداف، سازماندهی کنند (رینولدز و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که کارکردهای اجرایی با برخی از رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر و رفتارهای ضد اجتماعی (رینولدز و همکاران، ۲۰۱۹)، روابط جنسی ناایمن (روو و همکاران، ۲۰۲۰)، ارسال پیام کوتاه حین رانندگی با خطر تصادفات جاده‌ای (هایاشی، رورا، مدیکو، فارمن و همکاران^۶، ۲۰۱۷) ارتباطی معنی‌دار دارد. نتایج پژوهش پیچ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد افرادی که نمره‌ی کمتری در کارکردهای اجرایی به‌دست آورده‌اند به میزان بیشتری در بروز رفتارهای پرخطر و مصرف مواد مخدر مشارکت داشته‌اند. در سال‌های اخیر، پژوهش‌هایی در رابطه با کشف بالقوه‌ی بهوشیاری زمینه‌ای^۷ در ارتباط با ارتقای سطح سلامت روان‌شناختی و بهزیستی در جمعیت غیر بالینی انجام گرفته است (شوگ، دیلانی، دیلانی، استراگ و همکاران^۸، ۲۰۱۹). بهوشیاری زمینه‌ای گرایشی عمومی به آگاه بودن و توجهی هدفمند

1 frontal cortex

2 Claro, Dostaler, Steven, Shaw

3 Duta, Demeyere, Wagner

4 Hayashi, Rivera, Modico, Foreman

5 dispositional mindfulness

6 Hayashi, Rivera, Modico, Foreman

7 dispositional mindfulness

8 Shook, Delaney, Delaney, Strough

و بدون قضاوت نسبت به تجربه‌های (درونی، بیرونی، مثبت و منفی) است که در لحظه‌ی اکنون رخ می‌دهند (کابات-زین^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از شوک و همکاران، ۲۰۱۹). بهوشیاری زمینه‌ای را می‌توان تمرین یا حالتی ذهنی دانست که با توجهی متمرکز و نظارت همراه است (کامران، ۱۳۹۷).

بر اساس تحقیقات روان‌سنجی، بهوشیاری زمینه‌ای دارای ساختاری چندبُعدی و پنج وجه مجزا است. این پنج وجه شامل مشاهده^۲، توصیف^۳، عمل همراه با آگاهی^۴، قضاوت نکردن^۵ و عدم واکنش^۶ است (بایر، هاپکینز، کریتمیر، اسمیت و همکاران^۷، ۲۰۰۶). افراد بهوشیار توجه بیشتری به رفتارهای خود دارند؛ بنابراین، توانایی بیشتری در شروع و مهار یک رفتار خواهند داشت (بروان و رایان^۸، ۲۰۰۳). افزایش بهوشیاری زمینه‌ای به عنوان عاملی محافظت‌کننده در پیشگیری و کاهش رفتارهای پرخطر و اعتیادآوری مانند: مصرف مواد مخدر، الکل (زتو، اسپانماکرز، مین، و واترز^۹، ۲۰۱۹؛ سینگل، بلویکیوس، جانسون و کیو^{۱۰}، ۲۰۱۹)، استفاده‌ی مفرط از تلفن همراه^{۱۱} (ریگان، هریس، ون لون، ناناواتی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۰) و افزایش مدت ترک سیگار و مکانیسمی مناسب برای مدل‌های اعتیاد (هپنر، اسپیرز، کوریا-فرناندز، کاسترو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۶) محسوب می‌شود. با توجه به پیشینه، تحقیقات اندکی این موضوع را در بزرگسالان

1 Kabat-Zinn

2 observing

3 describing

4 acting with awareness

5 non-judging

6 non-reactivity

7 Baer, Hopkins, Krietemeyer, Toney

8 Brown & Ryan

9 Szeto, Schoenmakers, Mheen, Waters

10 Single, Bilevicius, Johnson, Keough

11 cellphone over use

12 Regan, Harris, Van Loon, Nanavaty

13 Heppner, Spears, Correa-Fernández, Castro

۱۴۲..... نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

سالم مورد مطالعه قرار داده‌اند و نیز تعداد کمی از آن‌ها به‌طور همزمان اهمیت تکانشگری، کارکردهای اجرایی و بهوشیاری زمینه‌ای را ارزیابی کرده‌اند. علاوه‌براین، اکثر تحقیقات منحصرأ بر مصرف مواد مخدر متمرکز شده‌اند درحالی‌که سایر حوزه‌های رفتار پرخطر نیز نیاز به بررسی دارند؛ لذا شناسایی عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش رفتارهای پرخطر حیاتی و مهم به‌نظر می‌رسد. این نوع از پژوهش‌ها به اقدامات پیشگیرانه در جهت تغییر رفتار در سطح فردی، اجتماعی و تدوین برنامه‌های مداخله‌ای در رابطه با کاهش رفتارهای پرخطر کمک می‌کند. براین اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش تکانشگری، کارکردهای اجرایی و بهوشیاری زمینه‌ای در بروز رفتارهای پرخطر است که با فرضیه‌های زیر آزمون می‌شوند: ۱- بین تکانشگری و رفتارهای پرخطر جوانان رابطه وجود دارد. ۲- بین کارکردهای اجرایی و رفتارهای پرخطر جوانان رابطه وجود دارد. ۳- بین بهوشیاری زمینه‌ای و رفتارهای پرخطر جوانان رابطه وجود دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل دانشجویان ۱۸ تا ۲۵ ساله‌ی در حال تحصیل در دانشگاه‌های (خوارزمی، تهران، صنعتی شریف، علم و صنعت و علامه طباطبایی) در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه در پژوهش حاضر، به پیشنهاد جیمز استیونس^۱ تعداد ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه در نظر گرفته شد (اصغری، عبداللهی و شاهقلیان، ۱۴۰۰). پژوهش حاضر دارای

۲۳ متغیر است که اگر در ۱۵ ضرب گردد، حجم نمونه ۳۳۵ نفر خواهد بود. تعداد ۴۶۶ پرسشنامه جمع‌آوری شد. در مجموع ۳۸۰ دانشجو در پژوهش شرکت کردند و ۸۶ نفر از افراد شرکت‌کننده از پژوهش خارج شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت شخصی، محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، تحصیل در یکی از دانشگاه‌های سراسری شهر تهران بود. کامل پاسخ ندادن به پرسشنامه، وجود مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. با توجه به شرایط خاص جامعه و اعمال محدودیت‌ها در تردد و ارتباطات اجتماعی در دوران همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ داده‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری و اجرای اینترنتی جمع‌آوری شد. روش کار به این شکل بود که پرسشنامه‌ی الکترونیکی به‌صورت اینترنتی در سایت معتبر پرس‌لاین انجام گرفت که طراحی پرسشنامه را بر عهده دارد. پرسشنامه‌ی الکترونیکی از طریق شبکه‌های اجتماعی مجازی در اختیار دانشجویان قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه عبارت‌اند از:

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی^۲ (IARS): این مقیاس را زاده‌محمدی، احمدآبادی و حیدری (۱۳۹۰) با بهره‌گیری از دو پرسشنامه‌ی خطرپذیری نوجوانان ایرانی^۳ (ARQ) (گالانه، مور، موس و بوید^۴، ۲۰۰۰) و پیمایش رفتار پرخطر جوانان^۵ (YRBS) (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۶، ۲۰۰۳) تدوین کردند و شامل ۳۸ گویه و ۷ زیر مقیاس رفتارهای مرتبط با مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، مصرف سیگار، خشونت، رابطه و رفتار جنسی، رابطه با جنس مخالف، رانندگی خطرناک و یک

1 covid-19

2 Iranian Adolescence Risk-Taking Scale

3 Adolescents Risk-taking Questionnaire

4 Gullone, Moore, Moss & Boyd

5 Youth Risk Behavior Survey

6 Centers for Disease Control and Prevention

۱۴۴ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

حیطه‌ی کلی رفتار پرخطر است. سوالات بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً موافقم تا ۵ = کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کلی این مقیاس از ۳۸ تا ۱۹۰ خواهد بود و نمره‌ی بالاتر نشان دهنده میزان خطرپذیری بیشتر است. اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و اعتبار سازه آن با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی شده است. نتایج حاکی از آن است که میزان اعتبار IARS و زیر مقیاس‌های آن برای کل مقیاس ۰/۹۴، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰، مصرف الکل ۰/۹۰، مصرف سیگار ۰/۹۳، خشونت، ۰/۷۸، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷، رابطه با جنس مخالف ۰/۸۳ و رانندگی خطرناک ۰/۷۴ محاسبه شد. ثبات درونی کل مقیاس بر اساس نمونه‌ی پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و زیر مقیاس‌های آن به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس تکانشگری بارت^۱ (BIS): مقیاس تکانشگری بارت شامل ۳۰ گویه است و سوالات به صورت چهار گزینه‌ای بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۱=هرگز تا ۴=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵). محتوای این مقیاس در قالب سه عامل تکانشگری نسخه‌ی اصلی این ابزار، سه عامل بدون برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می‌شود. پاتون و همکاران (۱۹۹۵) پایایی درونی برای نمره‌ی این آزمون را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین تمامی گویه‌ها دارای نمره‌گذاری مثبت اند. در ایران جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) به منظور بررسی ساختار عاملی این مقیاس از روش تحلیل عامل اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی چرخش واریماکس

استفاده کرده‌اند. نتایج این تحلیل حاکی از وجود سه عامل تکانشگری بدون برنامه‌ریزی، حرکتی و شناختی بود. روایی همگرایی این مقیاس با محاسبه‌ی ضریب همبستگی زیرمقیاس‌ها با یکدیگر تایید شد. مقیاس تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. ثبات درونی کل مقیاس بر اساس نمونه‌ی پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و خرده‌مقیاس‌های تکانشگری حرکتی ۰/۷۹، تکانشگری بدون برنامه‌ریزی ۰/۶۸ و تکانشگری شناختی ۰/۶۱ به دست آمد.

پرسشنامه توانایی های شناختی^۱ (CAQ): این پرسشنامه را نجاتی (۱۳۹۲) تهیه و هنجاریابی کرده است دارای ۳۰ گویه و ۶ خرده مؤلفه‌ی حافظه، کنترل مهاری^۲ و توجه انتخابی^۳، تصمیم‌گیری^۴، برنامه‌ریزی، توجه پایدار^۵، شناخت اجتماعی^۶ و انعطاف‌پذیری شناختی است که بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه=۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی بالا در توانایی‌های شناختی نشان دهنده‌ی مشکلات شناختی بیشتری است. همچنین سوالات ۲۴، ۲۵ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (بگیان کوله مرز، کرمی، مومنی و الهی، ۱۳۹۷). پایایی پرسشنامه در پژوهش نجاتی با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب آلفای ۰/۸۳ و همسانی درونی زیر مؤلفه‌ها برای حافظه ۰/۷۵، کنترل مهاری و توجه انتخابی ۰/۵۷، تصمیم‌گیری ۰/۶۱، برنامه‌ریزی ۰/۵۷، شناخت اجتماعی ۰/۴۳، توجه پایدار ۰/۵۳ و انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۴۵ به دست آمد (نجاتی، ۱۳۹۲). در مطالعه‌ی حاضر

-
- 1 Cognitive Abilities Questionnaire
 - 2 inhibitory control
 - 3 selective attention
 - 4 decision making
 - 5 sustained attention
 - 6 social cognition

۱۴۶ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و زیرمؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۰، ۰/۶۸، ۰/۶۳، ۰/۶۹، ۰/۶۸ و ۰/۷۰ به‌دست آمد.

پرسشنامه پنج وجهی بهوشیاری^۱ (FFMQ): این پرسشنامه را بایر، هاپکینز، کریتمیر، اسمیت و همکاران^۲ (۲۰۰۶) تدوین کرده‌اند. فرم انگلیسی این پرسشنامه ابتدا ۷۷ گویه بود که به ۳۹ گویه کاهش یافت. این پرسشنامه پنج عامل مشاهده، توصیف، عمل از روی آگاهی، قضاوت نکردن و عدم واکنش را بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=هرگز یا خیلی به ندرت تا ۵=اغلب اوقات یا همیشه) می‌سنجد. براساس نتایج همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (عامل عدم واکنش) تا ۰/۹۱ (عامل توصیف) قرارداشت (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون - بازآزمون پرسشنامه‌ی FFMQ در نمونه‌ی ایرانی با ضریب آلفای در حد قابل قبولی بین ۰/۵۵ (عامل عدم واکنش) ۰/۸۳ (عامل توصیف) به‌دست آمد (احمدوند، ۱۳۹۰). ثبات درونی کل مقیاس بر اساس نمونه‌ی پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و عامل‌های آن به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۶۱ به‌دست آمد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی دانشجویان ۲۱/۳۲ بود (۵۹/۲ درصد زن و ۴۰/۸ درصد مرد). از بین افراد شرکت‌کننده ۹۳/۴ درصد مجرد، ۶/۳ درصد متأهل و ۰/۳ درصد مطلقه بودند. مدرک تحصیلی افراد حاضر در پژوهش نیز بدین‌صورت بود: ۸/۴ درصد دارای مدرک کاردانی، ۶۸/۴

1 Five Facet Mindfulness Questionnaire

2 Krietemeyer & Toney

درصد کارشناسی، ۲۰/۳ درصد کارشناسی ارشد و ۲/۹ درصد دکتری بودند. دانشگاه محل تحصیل شرکت‌کنندگان نیز از این قرار بود: ۴۶/۱ درصد دانشگاه خوارزمی، ۲۱/۱ درصد تهران، ۵/۵ درصد شریف، ۲/۹ درصد امیرکبیر، ۱/۶ درصد علم و صنعت، ۳/۷ درصد علامه، و ۱۹/۲ درصد از سایر دانشگاه‌های سراسری تهران. براساس مندرجات جدول شماره‌ی (۱) نتایج آزمون همبستگی و شاخص‌های توصیفی متغیرها نشان داد که تکانشگری ($r=0/22$, $p<0/01$) و کارکردهای اجرایی ($r=0/36$, $p<0/01$) به جزء خرده‌مقیاس شناخت اجتماعی با رفتارهای پرخطر رابطه‌ای مثبت و معنادار دارند. بین بهوشیاری زمینه‌ای ($r=-0/18$, $p<0/01$) و خرده‌مقیاس‌های توصیف و عمل همراه با آگاهی با رفتارهای پرخطر، رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد ($P<0/01$). همچنین متغیرها همبستگی بالاتر از ۰/۷ نداشته و پژوهش حاضر از مفروضه‌ی هم‌خطی تخطی نکرده است و می‌توان آن‌ها را وارد تحلیل نمود.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرها

متغیر	رفتارهای پرخطر	تکانشگری	کارکردهای اجرایی	بهوشیاری زمینه‌ای
رفتارهای پرخطر (نمره کل)	۱	**۰/۲۲	**۰/۳۶	**۰/۱۸
تکانشگری (نمره کل)	**۰/۲۲	۱	۰/۳۵	-۰/۱۳
کارکردهای اجرایی (نمره کل)	**۰/۳۶	۰/۳۵	۱	-۰/۵۷
بهوشیاری زمینه‌ای (نمره کل)	**۰/۱۸	-۰/۱۳	-۰/۵۷	۱
میانگین	۷۸/۹۷	۶۹/۸۴	۷۵/۰۴	۱۲۶/۹۹
انحراف استاندارد	۲۳/۰۱	۶/۳۷	۱۵/۱۳	۱۵/۳۹

** سطح ۰/۰۱ معناداری

۱۴۸ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

در ادامه رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی اجرا شد. در توضیح مندرجات جدول شماره (۲) مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع با آزمون کلموگروف-اسمیرنف بررسی شد که با در نظر گرفتن سطح معناداری $P > 0/05$ ، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نرمال است. علاوه‌براین، مقادیر آماره تحمل در بازه ۰/۸۷ تا ۰/۶۶ برآورد شد و مقادیر VIF در بازه ۱/۱۴ تا ۱/۵۱ به دست آمد که نشان می‌دهد مفروضه‌ی هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین رعایت شده است.

جدول ۲. آزمون کلموگروف-اسمیرنف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	میانگین	تعداد	سطح معناداری
رفتارهای پرخطر	۷۸/۹۷	۳۸۰	۰/۰۷
تکانشگری	۶۹/۸۴	۳۸۰	۰/۳۷
کارکردهای اجرایی	۷۵/۰۴	۳۸۰	۰/۸۱
بهوشیاری زمینه‌ای	۱۲۶/۹۹	۳۸۰	۰/۱۸

بر اساس مندرجات جدول شماره (۳) در گام اول متغیر تکانشگری وارد مدل شد و این مدل ۴ درصد از واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین کرد. در گام دوم کارکردهای اجرایی و در گام سوم نیز بهوشیاری زمینه‌ای وارد مدل شد و ۱۴ درصد از واریانس رفتارهای پرخطر با این مدل تبیین شد. بنابراین، بر اساس گام سوم می‌توان گفت که در مدل رگرسیونی حاضر فقط متغیر کارکردهای اجرایی، پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار رفتارهای پرخطر در جوانان است.

جدول ۳. خلاصه مدل و ضرایب رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر

متغیرها	مقدار B	β	T	Sig	R	R ²	F	Sig
مقدار ثابت	۲۴/۰۲	-	۱/۸۹	۰/۰۵۹	۰/۲۱	۰/۰۴	۱۸/۸۵	۰/۰۰۱
تکانشگری	۰/۷۸	۰/۲۱	۴/۳۴	۰/۰۰۱				
تکانشگری	۰/۳۶	۰/۱۰	۱/۹۸	۰/۰۴۸	۰/۳۷	۰/۱۴	۳۰/۹۷	۰/۰۰۱
کارکردهای اجرایی	۰/۴۹	۰/۳۲	۶/۴۱	۰/۰۰۱				
تکانشگری	۰/۳۵	۰/۰۹	۱/۹۰	۰/۰۵۷	۰/۳۷	۰/۱۴	۲۰/۷۵	۰/۰۰۱
کارکردهای اجرایی	۰/۵۳	۰/۳۵	۵/۶۲	۰/۰۰۱				
بهوشیاری زمینه‌ای	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۶۴	۰/۵۲۰				

متغیر پیش‌بینی شونده: رفتارهای پرخطر

بحث و نتیجه‌گیری

دوران جوانی به دلیل ویژگی‌های خاص جسمانی و روانی از پرخطرترین دوره‌های بروز رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود (خجندی و همکاران، ۱۳۹۷). طبق یافته‌های به‌دست آمده بین تکانشگری و رفتارهای پرخطر رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. از مطالعات همسو با نتیجه‌ی این فرضیه می‌توان به بررسی رینولدز و همکاران (۲۰۱۹)، استاماتز و لائو-باراکو (۲۰۱۷) و تیموری و همکاران (۱۳۹۸) اشاره نمود. تکانشگری خطرپذیری در جهت کسب لذت را افزایش می‌دهد؛ به‌طوری‌که افراد برای رسیدن به لذت و درآمدن از یکنواختی به اعمالی همچون مصرف نوشیدنی‌های الکلی، سیگار، مواد مخدر، رفتارهای جنسی نایمن یا سایر رفتارهای پرخطر دست می‌زنند. افراد با تکانشگری میزان پیامدها و عواقب منفی رفتارهای پرخطر خود را کم و ناچیز تلقی می‌کنند. برای مثال آن‌ها گه‌گاه الکل یا مواد مخدر مصرف می‌کنند و یا در رفتارهای جنسی نایمن درگیر می‌شوند. این درحالی است که آن‌ها با

۱۵۰ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

افکار غیر منطقی‌ای مانند "با تفریحی مصرف کردن که معتاد نمی‌شوم" یا "با یکبار که اتفاقی نمی‌افتد" خود را از عواقب و پیامدهای چنین رفتارهایی مصون می‌پندارند (تیموری و همکاران، ۱۳۹۸). اگر فردی تکانشگری حرکتی بیشتری را گزارش کند، احتمال اینکه بدون فکر عمل کند بیشتر است. بنابراین، این احتمال وجود دارد که این افراد پیش از در نظر گرفتن عواقب منفی ناشی از انجام رفتارهای پرخطر، بیشتر مرتکب آن رفتارها شوند. این رفتار "لحظه‌ای" توضیح مناسبی است برای این مسئله که چرا تکانشگری حرکتی بیشتر عموماً با انواع رفتارهای پرخطر در ارتباط است. در بحث تکانشگری شناختی و برنامه‌ریزی جای تعجب نیست اگر افرادی که در تصمیم‌گیری و تمرکز مشکل دارند و توانایی لازم برای برنامه‌ریزی و تفکر دقیق را ندارند، مرتکب رفتارهای پرخطر شوند. در توضیح متغیر کارکرد اجرایی با رفتارهای پرخطر رابطه‌ی مثبت و معنادار گزارش شده است (استاماتز و لائو-باراکو، ۲۰۱۷). پژوهش هایاشی و همکاران (۲۰۱۷)، رینولدز و همکاران (۲۰۱۹)، کلارو و همکاران (۲۰۱۹) و پیچ و همکاران (۲۰۱۸) همسو با نتایج پژوهش حاضر است. پیچ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود دریافتند که جوانان با سطح کارکردهای اجرایی پایین گرایش بیشتری به مصرف الکل، ماری‌جوآنا، مصرف مواد مخدر و رفتارهای جنسی ناایمن (مانند تعدد شرکای جنسی) دارند. آن‌ها همچنین بیان می‌کنند که انتخاب رفتارهای پرخطرتر ممکن است نشان‌دهنده‌ی تلاش برای خود تنظیمی از طریق مصرف مواد مخدر یا نقص‌های شناختی در تصمیم‌گیری و کنترل مهارى باشد. برای بسیاری از جوانان رفتارهای پرخطر ممکن است در شرایط استرس‌زا و هیجانی تجربه شود؛ بنابراین، تعامل بین هیجان منفی و نقص کارکردهای

اجرای احتمال رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهد. افرادی که فاقد مهارت‌های کارکردی اجرایی هستند مستعد به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌اند؛ زیرا مؤلفه‌های اساسی کارکردهای اجرایی (نظیر حافظه‌ی فعال، بازداری رفتاری و انتقال‌پذیری) از خودتنظیمی برخوردارند (کلارو و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین فرضیه‌ی سوم می‌توان گفت که بین بهوشیاری زمینه‌ای و عامل‌های توصیف و عمل با آگاهی با رفتارهای پرخطر رابطه‌ی منفی و معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش شوک و همکاران (۲۰۱۹)، سینگل و همکاران (۲۰۱۹)، پژوهش هینز و همکاران (۲۰۱۶) همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند. بهوشیاری بر پذیرش کامل تجربه‌ها بدون هرگونه مقاومت و دفاع تأکید دارد؛ برای مثال افراد برای اجتناب از برخی رنج‌ها یا تجارب در زندگی به مصرف نوشیدنی‌های الکلی یا مواد مخدر روی می‌آورند (کامران، ۱۳۹۷).

شناسایی و برجسب زدن بر تجربه‌های درونی توانایی فرد را در پاسخ به آن‌ها به روش‌های تکانشی تسهیل می‌نماید. جوانان سعی دارند تا با مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار هیجان‌های ناخواسته‌ی درونی خود را کاهش دهند و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به کار گیرند (سینگل و همکاران، ۲۰۱۹). افزایش بهوشیاری گرایش به رفتارهای تکانه‌ای را که رفتارهای پرخطر (مانند مصرف الکل و مواد مخدر، روابط جنسی ناایمن و ...) را تداوم می‌بخشد، متوقف می‌کند (شوک و همکاران، ۲۰۱۹). از آنجایی که افراد حاضر در این پژوهش نمره‌ی بالایی را در بهوشیاری زمینه‌ای گزارش کردند، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که افراد بهوشیارتر در مقایسه با افراد کمتر بهوشیار آگاهی بالایی از رفتارهای روزمره‌ی خود دارند. آن‌ها آگاهی بیشتری از بطن شناختی و رفتاری خود و بینش بیشتری نسبت به پیش‌سازهای رفتاری دارند (بروان و رایان، ۲۰۰۳). به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که کارکردهای اجرایی توان پیش‌بینی رفتارهای پرخطر را در سطح معناداری دارد. پژوهش‌های پیشین همبستگی زیادی از مقیاس تکانشگری با رفتارهای

۱۵۲..... نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

پرخاطر را نشان دادند. تحقیقات قبلی عموماً توجه اندکی به بررسی ساختارهای شناختی و سازه شخصیتی تکانشگری در بروز رفتارهای پرخاطر داشته‌اند. به‌طور خاص، نقص در کارکردهای اجرایی موجب ضعف در خود کنترلی و بازداری می‌شود و نهایتاً منجر به افزایش دفعات اعمال و رفتارهای پرخاطر خواهد شد (رینولدز و همکاران، ۲۰۱۹). کارکردهای اجرایی رابطه‌ی قوی‌تری با بروز رفتارهای پرخاطر دارند و در افزایش ظرفیت خودتنظیمی نقش مهمی ایفا می‌کنند. این کارکردها به افراد اجازه می‌دهند تا با رفتاری هدفمند و خود تنظیمی به انجام کاری اقدام کنند و به دنبال آن رفتارهای پرخاطر کاهش می‌یابد (لازاروس و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین مطالعات تصویربرداری عصبی نشان می‌دهد که تمرین‌های کارکردهای اجرایی موجب فعال‌سازی در قشر پیش‌پیشانی می‌شود و نیز افزایش تراکم گیرنده‌های دوپامین در قشر پیش‌پیشانی در پایدار ماندن اثرات تمرین‌های کارکردهای اجرایی موثر است (همکاران، ۲۰۱۷). شناسایی عوامل بالقوه مانند تکانشگری، کارکردهای اجرایی و بهوشیاری زمینه‌ای خود گزارش شده این امکان را فراهم می‌کند که به‌طور بالقوه مداخله صورت پذیرد و در نتیجه از جوانانی که بیشتر در معرض خطر انجام رفتارهای پرخاطر هستند، حمایت متمرکزی شود.

به امید اینکه تلاش‌های صورت گرفته برای دقیق و روشن بودن پژوهش حاضر مثمر ثمر بوده باشد؛ اما ناگزیر در این پژوهش نیز مانند سایر تحقیقات محدودیت‌هایی وجود داشت از جمله اینکه استفاده از پرسشنامه که شیوه‌ی خود گزارش‌دهی و اینترنتی برای جمع‌آوری داده‌ها بود خالی از سوگیری در پاسخ‌دهی نیست. یکی دیگر از محدودیت‌ها انجام پژوهش بر روی دانشجویان بود که با محدودیت تعمیم به دیگر گروه‌های جامعه روبروست. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه بر روی گروه‌های دیگری از جوانان نیز انجام شود و نتایج به‌دست آمده با یکدیگر مقایسه شوند. در نهایت طراحی ابزارها یا برنامه‌های

توان‌بخشی بر اساس مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی، برگزاری کارگاه‌های مناسب برای دانشجویان در جهت آموزش مهارت‌های بهبودیاری زمینه‌ای و نیز مداخلات شناختی جهت کاهش و یا کنترل رفتارهای پرخطر در میان جوانان پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از دانشجویان عزیزی که در این پژوهش همکاری کردند و پرسشنامه‌ها را به طور کامل پاسخ دادند تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- تیموری، سعید، رضائی، فاطمه و یزدان پناه، فرشته. (۱۳۹۸). رابطه سیستم‌های مغزی رفتاری و تکانشگری با رفتارهای جنسی پرخطر. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۴۳)، ۴۷-۵۴.
- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله، رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۲(۸)، ۲۳-۳۴.
- خجندی، غلامعلی؛ بانسی، محمدرضا؛ شریفی، حمید و محسنی، شکراله. (۱۳۹۷). بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد و پیام نور شهرستان رودان. *مجله طب پیشگیری*، ۵(۲)، ۴۴-۵۲.
- زاده محمدی، علی؛ حمدآبادی، زهره و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۳)، ۲۱۸-۲۲۵.
- کامران، میترا. (۱۳۹۷). بهبودیاری در متخصصان سلامت روان: مطالعه مروری. *رویش روان‌شناسی*، ۲(۲۳)، ۶۱-۷۸.
- کلوانی، محمد. (۱۳۹۶). *آزمون برازندگی نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده جهت پیش‌بینی رفتارهای پرخطر و تکانشگری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون.
- نجاتی، وحید. (۱۳۹۲). پرسشنامه توانایی‌های شناختی: طراحی و بررسی خصوصیات روانسنجی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۵(۲)، ۱۱-۱۹.

۱۵۴ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Claro, A., Dostaler, G., Steven, R., & Shaw, S. (2020). Clarifying the relationship between executive function and risky behavior engagement in adolescents. *Contemporary School Psychology*, 10(2), 89-101.
- Hayashi, Y., Rivera, E., Modico, J., Foreman, A.M, A., & Wirth, O. (2017). Texting while driving, executive function, and impulsivity in college students. *Accident Analysis and Prevention*, 102(4), 72-80.
- Heppner, W., Spears, C., Correa-Fernández, V., Castro, Y., Li, Y., Guo, B., et al. (2016). Dispositional mindfulness predicts enhanced smoking cessation and smoking lapse recovery. *The Society of Behavioral Medicine*, 50(3), 337-47.
- Herman, A., Critchley, H., & Duka, T. (2018). Risk-taking and impulsivity; the role of mood states and interception. *Frontiers in Psychology*, 29(9), 1625-1632.
- Javid, M., Mohammadi, N., Rahimi, Ch. (2012). Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). *Journal of Psychological Models and Methods*, 2(8), 23-34. (Text in Persian)
- Kalvani, Mohammad. (2017). *Examining the Fitness of "Theory of Planned Behavior" to Predict High Risk Behavior and Impulsivity*, General Psychology, Salman Farsi University, Iran. (Text in Persian)
- Kamran, Mitra. (2018). Mindfulness in mental health professionals: a review study. *Rooyesh-e Ravanshenasi*, 7 (2), 61-78. (Text in Persian)
- Khojandi, Gh. A., Banashi, M. R., Sharifi, H., Mohseni, Sh. (2019). High-risk behaviors prevalence among Islamic Azad and Payame Noor University students in Roudan. *Journal of Preventive Medicine*, 5(2), 44-52. (Text in Persian)
- Korn, L., & Bonny-Noach, H. (2018). Gender differences in deviance and health risk behaviors among young-adults. *Substance Use & Misuse*, 53(1), 59-69.

- Lazuras, L., Rowe, R., Poulter, D., Powell, P., & Ypsilanti, A. (2019). Impulsive and self-regulatory processes in risky driving among young people: a dual process model. *Frontiers in Psychology*, 10(2),1-12.
- Lee, J. Y., Brook, J. S., Pahl, K., & Brook, D. W. (2018). Sexual risk behaviors in African American and Puerto Rican women: Impulsivity and self-control. *Preventive Medicine Reports*, 10(5),218-220.
- Nejati, V. (2013). Cognitive Abilities Questionnaire: Development and Evaluation of Psychometric Properties. *Advances in Cognitive Sciences*, 15 (2),11-19. (Text in Persian)
- Patton, J., Stanford, M., & Barrett, E. (1995). Factor structure of the Barrette Impulsiveness Scale. *Clinical Psychology*, 51(6),768-74.
- Piche, J., Kaylegian, J., Dale Smith, D., & Hunter, J. (2018). The relationship between self-reported executive functioning and risk-taking behavior in urban homeless youth. *Behavioral science*,8(1),29-38.
- Pokhrel, P., Herzog, T., Black, D., Zaman, A., Riggs, N., & Sussman, S. (2013). Adolescent Neurocognitive Development, Self-Regulation, and School-Based Drug Use Prevention. *Prevention Science*, 25(12), 218-228.
- Regan, T., Harris, B., Van Loon, M., Nanavaty, N., Schueler, J., Engler, S., et al. (2020). Does mindfulness reduce the effects of risk factors for problematic smartphone use? Comparing frequency of use versus self-reported addiction. *Addictive Behaviors*,108(26),1-8.
- Reynolds, w., miller, a., whiteside, m., & combs, d. (2019). Executive function, impulsivity, and risky behaviors in young adults. *Neuropsychology*, 33(2),212-221.
- Rowe, K., Duta, M., Demeyere, N., Wagner, R., Pettifor, A., Kahn, K., Et Al. (2020). The relationship between executive function, risky behaviour and HIV in young women from the hptn680 study in rural South Africa. *Aids Care*, 13(50),1-12.
- Shook, N., Delaney, R., Delaney, R.K, Strough, J., Wilson, J., Sevil, B., Et Al. (2019). Playing It Safe: Dispositional mindfulness partially accounts for age differences in health and safety risk-taking propensity. *Current Psychology*, 25(10),143-155.

۱۵۶ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

- Single, A., Bilevicius, E., Johnson, E., & Keough, M. (2019). specific facets of trait mindfulness reduce risk for alcohol and drug use among first-year undergraduate students. *Mindfulness*, 74(10),224-235.
- Stamates, A., & Lau-Barraco, C. (2017). Impulsivity and risk-taking as predictors of alcohol use patterns and alcohol related-problems. *Addiction Research & Theory*, 42(7),1-8 .
- Szeto, E., Schoenmakers, T., Mheen, D., Snelleman, M., Andrew, J., & Waters, A. (2019). Associations between dispositional mindfulness, craving, and drinking in alcohol-dependent patients: An ecological momentary assessment study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(5),431-441.
- Teimory, S., Ramezani, F, Yazdanpanah, F. (2019). The relationship between behavior brain systems and impulsivity with high-risk sexual behavior. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 8 (10),47-54. (Text in Persian).
- Zadeh Mohammadi, A., Ahmadabadi, Z., Heidari, M. (2011). Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (3),218-225.



© 2021 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

صفحه: ۱۷۸-۱۵۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۲۵

مطالعات روان‌شناختی

مقاله پژوهشی

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱۱/۲۴



Doi: 10.22051/PSY.2021.35103.2410

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در

پیش‌بینی پرخاشگری و آسیب‌پذیری در برابر استرس

کرونا در نوجوانان

فرامرز سهرابی^۱، دل‌آرام جمعیان*^۲، زهرا پوراسدی^۳

چکیده

هدف پژوهش تعیین نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری و آسیب‌پذیری در برابر استرس کرونا در نوجوانان بود. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی و همبستگی و جامعه آماری نیز شامل تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر تهران بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه نیز با روش نمونه‌گیری داوطلبانه ۳۵۲ نفر بود. پرسشنامه‌های سبک مقابله با کرونا، حمایت اجتماعی، پرخاشگری و مقیاس استرس ادراک شده استفاده گردید. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها با روش معادلات ساختاری نشان داد که رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی با پرخاشگری و استرس ادراک شده منفی و معنادار بود. در نتیجه سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه و جستجوی حمایت اجتماعی با کاهش رفتارهای منفی ارتباط داشتند، در حالی که سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه و دریافت نکردن حمایت اجتماعی راهبردهای غیر انطباقی مانند پرخاشگری را سبب می‌شدند. به عبارتی افراد در شرایط استرس‌زا، درگیر حالات و

۱. استاد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-0293-612>. sohrabi@atu.ac.ir

۲. (نویسنده مسئول). کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Delaramjameian71@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8652-3915>

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی - خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4444-4282>. pourassadiz@gmail.com

۱۵۸ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

عواطف منفی شده که این خود موجب پرخاشگری می‌شود و اگر افراد از سبک‌های مقابله ناسازگارانه و اجتنابی استفاده کنند میزان پرخاشگری بالاتر می‌رود. پیشنهاد می‌شود سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه به نوجوانان و حمایت اجتماعی به خانواده‌ها آموزش داده شود تا پرخاشگری و استرس نوجوانان کاهش یابد.

کلید واژه‌ها: استرس کرونا، پرخاشگری، حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک‌های مقابله‌ای، نوجوانان

مقدمه

در ماه دسامبر ۲۰۱۹ نوع جدیدی از ویروس کرونا در شهر ووهان چین شناسایی شد (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۲۰). در همین راستا، شیوع کرونا در سراسر دنیا باعث ایجاد مشکلاتی در سلامت روان مردم در بسیاری از نقاط جهان شد (کوکینوتا و ونلی^۲، ۲۰۲۰). نهادهای مرتبط با سلامت و بهداشت کشورها دستورالعمل‌هایی را برای مقامات و مردم صادر کردند. با این حال، اجرای این سیاست‌های بهداشتی علی‌رغم پیامدهای مثبت، موجب بروز اثرات منفی روان‌شناختی در سطح جامعه شد (وو و مک‌گوگان^۳، ۲۰۲۰).

ترس از بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر، کاهش روابط اجتماعی با همکاران، دوستان و خانواده، بروز مشکلات شغلی و مالی، خطر بالای عفونت و محافظت ناکافی در برابر آلودگی، سرخوردگی، تبعیض، انزوا، احساسات منفی، خستگی و دهها پیامد دیگر این شرایط، سلامت روان افراد جامعه را تهدید کرد. نتیجه چنین

1 World Health Organization

2 Cucinotta & Vanelli

3 Wu & McGoogan

وضعیتی، باعث مشکلات سلامت روان مانند استرس، اضطراب، علائم افسردگی، بی‌خوابی، انکار، عصبانیت و ترس شد (شیگمورا، یورسانو، مورگانستین، کوروساوا و بندک^۱، ۲۰۲۰). مشکلات سلامت روان نه تنها بر توجه، درک و توانایی تصمیم‌گیری مردم تأثیر داشت، بلکه مانع از مبارزه با کرونا شده و توانست تأثیر ماندگاری بر بهزیستی کلی هم داشته باشد (کانگ، لی، هو، چن^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

بعلاوه، تجربه بیماری‌های همه‌گیر نشان داده که بروز بیماری‌های واگیردار مانند بیماری‌های تنفسی به علت مشکلات جدی جسمانی و روانی باعث کاهش کیفیت زندگی خانوادگی بیماران شده بود (دونگ، وانگ، تاو، سو^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). این شرایط زمانی اهمیت دوچندان یافت که پیامدهای این رویداد در سنین نوجوانی مورد بررسی قرار گرفت، زیرا نوجوانی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی است و رشد سریع جسمی و تحولات روانی و نیز انتقال از کودکی به بزرگسالی در این دوره روی می‌دهد. به همین دلیل اکثر روان‌شناسان، از نوجوانی به عنوان دوره طوفان، تنش و استرس یاد کرده‌اند. به‌رغم وجود فشارهای روانی در تمام مراحل زندگی، مرحله نوجوانی به دلیل رویارویی با تغییرات همه‌جانبه جسمی، روانی و اجتماعی با فشار بیشتری همراه است، به گونه‌ای که برخی نوجوانی را یک عامل خطر برای آشفتگی‌های روانی دانسته‌اند (اولندیک، وایت و وایت^۴، ۲۰۱۸). یکی از واکنش‌های معمول نوجوانان به احساس ناکامی، ارائه محرک‌های آزاردهنده و ناتوانی در کنترل خشم است که در قالب پرخاشگری بیان می‌شود (گونسی^۵، ۲۰۲۰). پرخاشگری در دوران نوجوانی نه تنها به دیگران آسیب وارد کرده، بلکه رشد

1 Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa & Benedek

2 Kang, Li, Hu, Chen,

3 Dong, Wang, Tao, Suo

4 Ollendick, White & White

5 Gony

۱۶۰ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

نوجوان پرخاشگر را هم در معرض خطر قرار می‌دهد و این درحالی است که نوجوانان پرخاشگر نسبت به نوجوانان غیرپرخاشگر به احتمال بیشتری از سوی همسالان طرد شده و حمایت اجتماعی کمتری را از دوستان دریافت می‌کنند (بار، روت، کیلورن و رز، ۲۰۲۱). ناتوانی در پیش‌بینی پیامد رفتارها سبب مشاهده نشانه‌های خصمانه در محرک‌های اجتماعی می‌گردد که موجب به‌کارگیری راه‌حل‌های پرخاشگرانه است. نتایج پژوهش‌ها بیانگر تداوم اشکال مختلف پرخاشگری در طول زمان و اثرگذاری آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی در آینده است (بابور، لمباردی، ویسکونتی، پیگناتارو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). علت این اثرگذاری را چنین بیان کردند که افراد پرخاشگر معمولاً مهارت‌های سازگارانه حل مسئله ندارند و هنگامی که از نظر جسمی برانگیخته می‌شوند، به طور تکانشی عمل می‌کنند (لی، بالبرگون، ورمونتوی و ترمبلی^۲، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر، یکی از آشفتگی‌هایی که در شرایط بحرانی محتمل به نظر می‌رسد، استرس و عوامل مربوط به آن بود. اگرچه پیش از این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ادراک سطح بالایی از استرس به عملکرد ضعیف تحصیلی، افسردگی، پرخاشگری و مشکلات جدی سلامتی منجر می‌شود (فیس، دولینگر، مریت، ریچ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ بریتنلاخ، کاپفرر و سدمک^۴، ۲۰۲۱) اما در شرایط بحرانی کرونا این مورد پژوهش نشده بود. نکته حائز اهمیت این بود که نحوه ارزیابی انسان‌ها از موقعیت‌های فشارزا و چگونگی مقابله آنان با فشار روانی در موقعیت‌های مختلف، متفاوت بود و از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی به عنوان

1 Barr, Rote, Killoren & Rose

2 Babore, Lombardi, Viceconti, Pignataro

3 Lee, Baillargeon, Vermont, Wu & Tremblay

4 Feiss, Dolinger, Merritt, Reiche

5 Breitenbach, Kapferer & Sedmak,

مکانیزمی به منظور مهار استرس و برخورد با بحران استفاده کردند که کارایی یا ناکارایی این راهبردها نقش مهمی در سلامت روان و روابط بین‌فردی افراد داشت. بنابراین، بحث استرس و پیامدهای آن نیازمند توجه به مفهوم مقابله^۱ بود. انواع سبک مقابله‌ای وجود دارد که می‌توان به سبک‌های رویاروگر، اجتنابی، انکار و پذیرش مسئولیت اشاره کرد. سبک‌های انکار و اجتنابی به عنوان سبک‌های ناسازگار و سبک‌های رویاروگر و پذیرش مسئولیت به عنوان سبک سازگار برای مقابله با تنش‌های زندگی روزمره در مدل سبک‌های مقابله‌ای در نظر گرفته شده‌اند (کارکوس آریکو و آدان^۲، ۲۰۱۵). تحقیقات استینر^۳ (۲۰۱۹) بیانگر آن است که روش‌های مقابله‌ای سازگاران در برابر استرس با شاخص‌های بیماری و رفتارهای پرخطری مانند پرخاشگری همبستگی ضعیفی دارد، درحالی‌که روش‌های مقابله‌ای ناسازگاران در برابر استرس همبستگی مثبتی را با این ابعاد نشان می‌دهد و فرد در معرض خطر و مشکل قرار می‌گیرد. همچنین، بریتلاخ و همکاران (۲۰۲۱) بیان کرده‌اند که سبک‌های مقابله‌ای ناسازگاران با آشفتگی روان‌شناختی پایین و پرخاشگری بالا ارتباط دارند. اما نکته‌ای که لازم به ذکر است این پژوهش‌ها در زمان بحران‌های اجتماعی گسترده مانند شیوع کرونا انجام نشده و از سوی دیگر، عموم نمونه‌های پژوهش‌ها را افرادی غیر از نوجوانان تشکیل داده‌اند.

در مقابل، حمایت اجتماعی سازه دیگری بود که به نظر می‌رسید بر استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای افراد تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد باور کنند که مورد عشق، مراقبت، احترام و ارزش دیگران هستند و ای‌که به شبکه‌ای با تعهدات دو سویه تعلق دارند. همچنین باید افزود

1 coping styles

2 Marquez-Arrico & Adan

3 Stinner

۱۶۲ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

که نوع حمایت فراهم شده باید با موقعیت فرد و نیازهای وی متناسب باشد تا کارکردهای مطلوب آن اعم از افزایش سازگاری، مهارت‌های ارتباطی، صلاحیت، کاهش استرس و پرخاشگری حاصل شود (جانستون، کانیتساکي و کوری^۱، ۲۰۱۸).

حمایت اجتماعی بر پرخاشگری و استرس افراد تأثیرگذار است. فرضیه^۲ اثر عمده^۲ بیان می‌کند که حمایت اجتماعی به این دلیل که برای اشخاص تجارب مثبت، منظم، پایدار و پاداش دهنده ارائه می‌کند، به صورت مستقیم بر سلامت روانی تأثیر گذار است و مستقل از میزان استرسی است که شخص تجربه می‌کند. طبق این فرضیه افراد دارای حمایت اجتماعی بالا احساس قوی‌تری از مورد مراقبت قرار گرفتن و دوست داشته شدن دارند و این امر تأثیر پایداری بر سلامتی روانی آن‌ها دارد (قی، ژو، گیو، ژانگ، مین، لی و چن^۳، ۲۰۲۰). فرضیه دوم که به عنوان فرضیه^۴ استرس - ضربه‌گیر^۴ شناخته می‌شود، بیان می‌کند که حمایت اجتماعی یک اثر غیرمستقیم دارد و استرس حاصل را کاهش می‌دهد و این امر با جلوگیری از پیامدهای منفی حادثه استرس‌زا انجام می‌شود. طبق این فرضیه حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مقابله‌ای عمل می‌کند، موقع مواجهه با حوادث استرس‌زا، ادراک حمایت، انتخاب واقعی یک راهبرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مک‌کینلی^۵، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی به هم وابستگی زیادی دارند. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی اثرات ناشی از استرس را اغلب به وسیله سبک‌های مقابله تعدیل

1 Johnstone, Kanitsaki & Currie
 2 main-effect hypothesis
 3 Qi, Zhou, Guo, Zhang, Min, Li & Chen
 4 stress-buffering
 5 McKinley

می‌کند. حمایت اجتماعی می‌تواند انتخاب یک راهبرد مقابله‌ای خاص و تأثیر و قوت آن را تحت تأثیر قرار دهد. در نتیجه، حمایت اجتماعی کافی در انتخاب راهبردهای مقابله سازگارانه نقش دارد (یو، لی، ژیانگ، یوان، لیو و همکاران^۱، ۲۰۲۰). سطح بالای حمایت اجتماعی با رابطه ضعیف بین اضطراب و خشونت همراه است، در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه مانند سبک اجتنابی با ارتباط قوی‌تر بین اضطراب و خشونت همراه است. درکل شواهد کافی در این زمینه وجود دارد که سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی با پیامدهای مثبت روانی و کاهش رفتارهای منفی دارای ارتباط اند، درحالی که سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه و دریافت نکردن حمایت اجتماعی منجر به راهبردهای غیرانطباقی مانند پرخاشگری بوده و اثرات منفی بر روان دارند (رایت و واش^۲، ۲۰۱۷).

با در نظر گرفتن پیشینه موجود و با توجه به اهمیت بررسی استرس و پرخاشگری و عوامل تأثیرگذار بر آن در میان نوجوانان که می‌توانستند بحران‌های هویت‌های آن‌ها را بیش از پیش کند، فرضیه پژوهش حاضر آن بود که حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای می‌توانند پرخاشگری و آسیب‌پذیری در برابر استرس ادراک شده را پیش‌بینی کنند.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع مطالعات کاربردی و به لحاظ روش، از نوع پژوهش‌های توصیفی و همبستگی بود. در این مطالعه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای به عنوان متغیر پیش‌بین و

1 Yu, Li, Xiang, Yuan, Liu et al

2 Wright & Wachs

۱۶۴ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

پرخاشگری و آسیب‌پذیری در برابر استرس ادراک شده به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. به این جهت، روش پژوهش همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. در همین راستا، جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه ناحیه ۴ از منطقه ۱۵ شهر تهران بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول تحصیل بودند. طبق استعلام صورت گرفته از آموزش و پرورش منطقه ۱۵ جمعیت دانش‌آموزان مدنظر کمتر از ۱۵۰۰ نفر بودند. برای تعیین حجم نمونه به علت بزرگ بودن جامعه آماری از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شد که مطابق این فرمول حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد گشت ولی برای افزایش اعتبار پژوهش نمونه‌ای به تعداد ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه (به علت وجود شرایط خاص بهداشتی و محدودیت‌های کرونا) از بین جامعه آماری مورد نظر انتخاب شدند و در نهایت ۳۵۲ نفر وارد پژوهش شدند. لازم به ذکر است که لینک پرسشنامه در کانال‌های تلگرامی و گروه‌های شاد مرتبط با استان تهران قرار گرفت و پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین تکمیل گردید. همچنین پرسشنامه‌های بی‌اعتبار و ناقص (بدون پاسخ به پنج گویه در هر یک از پرسشنامه‌ها) از پژوهش حذف شدند.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر از چهار پرسشنامه جهت سنجش متغیرهای مدنظر استفاده شده است که در ذیل به آن‌ها پرداخته می‌شود:

پرسشنامه سبک مقابله با کرونا: این پرسشنامه را در تاج، دانش‌پایه، حسنوند و موسوی (۱۳۹۹)

ساخته اند، دارای ۲۴ گویه و چهار سبک است به روش پاسخ چهارگزینه‌ای مقیاس لیکرت از صفر (به‌کار نبردم)، تا سه (به مقدار زیاد به‌کار بردم) نمره‌گذاری شده است. میزان همبستگی روایی ملاکی اضطراب با سبک‌های مقابله‌ای رویاروگر^۱، اجتناب^۲، انکار^۳ و مسئولیت‌پذیری^۴ به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۷، ۰/۳۸- و ۰/۵۲- به دست آمد. همچنین دامنه نمرات برای سبک‌های انکار و رویاروگر ۰-۱۸، سبک اجتناب ۰-۲۴ و مسئولیت‌پذیری ۰-۱۲ بوده و نمرات بالاتر، شدت بالاتر در هر سبک از مقابله را نشان می‌دهد. همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۴ گزارش شده است. همچنین، این چهار عامل توانستند ۶۶ درصد از واریانس کل متغیر سبک‌های مقابله‌ای را تبیین نمایند. در نمونه حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای سبک‌های رویاروگر، اجتناب، انکار و مسئولیت‌پذیری به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ بود.

مقیاس حمایت اجتماعی^۵: مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های هفت درجه‌ای از ۱ ((کاملاً مخالفم) تا ۷ ((کاملاً موافقم) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی بیشتر است. همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ بود (براور، امسلی، کید، لاجنر و سیدات^۶، ۲۰۰۸). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی،

1 Confrontation

2 avoidance

3 denial

4 responsibility

5 social support scale

6 Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat

۱۶۶ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ بود (بشارت، ۱۳۹۸). در نمونه حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۹۱ بود. مقیاس استرس ادراک شده^۱: این مقیاس را کوهن^۲ (۱۹۸۳) ساخته است و ۱۴ گویه دارد و هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای پاسخ داده می‌شود و دارای دو خرده مقیاس ادراک منفی از استرس^۳ و ادراک مثبت از استرس^۴ است که نمرات بالاتر در هر مقیاس شدت بیشتر آن سبک ادراکی را نشان می‌دهد. میمورا و گریفیث^۵ (۲۰۰۴) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آوردند. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس در جامعه ایرانی از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده بود (صفایی و شکری، ۱۳۹۳). در نمونه حاضر نیز آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ بود.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: به منظور اندازه‌گیری پرخاشگری نوجوانان از پرسشنامه پرخاشگری باس- پری استفاده شد که یک ابزار خودگزارشی و شامل ۲۹ گویه است. پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید. هرچه نمره بالاتری به دست آید، میزان بیشتر پرخاشگری را نشان می‌دهد. باس و پری ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش

- 1 Perceived Stress Scale
- 2 Cohen
- 3 negative perceived of stress
- 4 positive perceived of stress
- 5 Mimura & Griffiths

کرده‌اند (باس و پری^۱، ۱۹۹۲). ضریب آلفای کرونباخ در نمونه‌ای ایرانی از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بود (سامانی، ۱۳۸۶). در نمونه حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بود.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۵۲ دانش‌آموز دوره دوم متوسطه وارد شدند که از این میان ۱۶۷ نفر پسر و ۱۸۵ نفر دختر بودند. ۱۳۸ نفر کلاس دهم، ۱۴۶ نفر کلاس یازدهم و ۶۸ نفر نیز کلاس دوازدهم بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نیز در جداول شماره ۱ ارائه شده‌است. همچنین جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش در هر متغیر از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد مفروضه مذکور برقرار بوده و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک بهره برد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

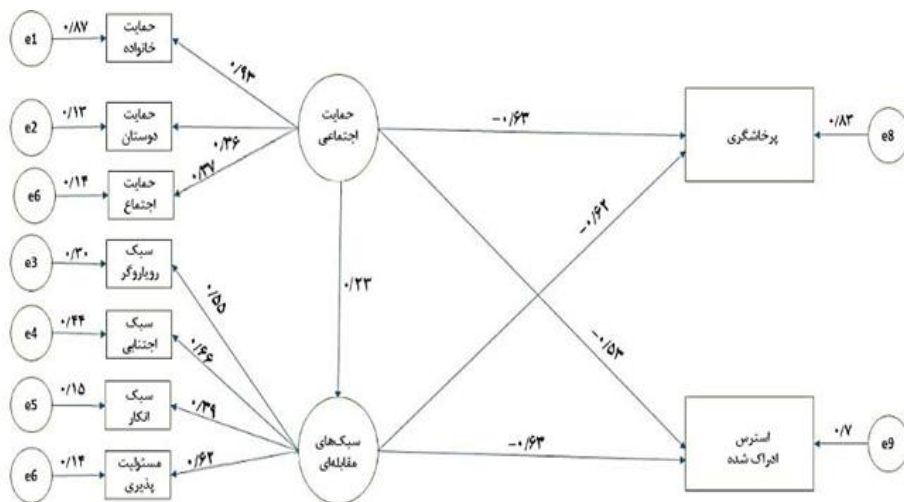
متغیر	میانگین	انحراف معیار	K-S	Sig
سبک مقابله	۶۶/۳۵	۷/۲۹	۲/۰۲	۰/۱۱
رویاروگر	۱۶/۴۵	۴/۶۹	۲/۱۸	۰/۱۱
اجتناب	۲۴/۶۷	۵/۰۵	۱/۱۴	۰/۱۴
انکار	۱۵/۴۸	۴/۲۷	۱/۰۵	۰/۲۳
مسئولیت‌پذیری	۹/۷۵	۴/۱۰	۱/۲۱	۰/۱۲
پرخاشگری	۱۱۸/۳۵	۱۲/۸۴	۱/۲۵	۰/۱۶
حمایت اجتماعی	۳۵/۱۷	۷/۸۱	۱/۱۶	۰/۱۵
خانواده	۹/۹۵	۷/۲۵	۱/۲۶	۰/۲۲

۱	۰/۶۴**	۰/۶۵**	۰/۵۳**	۰/۴۳**	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۰/۳۳**	۸. پرخاشگری
۰/۲۴**	۰/۵۹**	۰/۶۱**	۰/۵۰**	۰/۴۹**	۰/۵۱**	۰/۶۴**	۰/۳۹**	۹. استرس ادراک شده

در یک الگوی ساختاری مطلوب، لازم است نسبت خیی دو به درجه آزادی (X^2/df) کمتر از ۳، ریشه میانگین مجذورات باقیمانده (RMSR) کمتر از ۰/۰۵، شاخص نکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۵ و شاخص برازش تطبیقی (CFI) بزرگتر از ۰/۹، شاخص برازش افزایشی (IFI) بزرگتر از ۰/۹۵ و تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ باشد. در مدل حاضر RMR و RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۰۵۱ و ۰/۰۴ و نسبت خیی دو به درجه آزادی ۲/۵۴ به دست آمده است. همچنین سایر شاخص‌ها نزدیک به یک بودند که نشان از برازش خوب الگو بود. بر این اساس، نتایج مربوط به شاخص‌های برازش بیانگر برازش قابل قبول مدل با داده‌های پژوهش حاضر بود.

همان‌گونه که در مدل بالا مشاهده شد، حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای بر پرخاشگری و استرس ادراک شده اثر مستقیم داشت. در تمامی روابط فوق‌الذکر رابطه منفی مشاهده می‌شد که به صورت مستقل می‌توانند متغیرهای پیش‌بین را تبیین و پیش‌بینی کنند. لازم به ذکر است که نتایج به دست آمده نشان داد که نزدیک به ۷۵ درصد از واریانس پرخاشگری و نیز حدود ۸۰ درصد از پرخاشگری به وسیله آن دو متغیر پیش‌بینی شدند.

۱۷۰ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

نتایج ارائه شده در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای به صورت مستقیم و غیرمستقیم می‌توانند بر پرخاشگری و استرس ادراک شده نوجوانان اثر داشته باشند.

جدول ۳. ضرایب مستقیم و اثر کلی متغیرها بر یکدیگر

ضرایب غیر مستقیم		اثر کل		مسیر		
ضریب مسیر	مقدار t	ضریب مسیر	مقدار t	ضریب مسیر	مقدار t	
۰/۰۴۳	۲/۰۳	۰/۱۹*	۰/۰۰۱	۳/۶۲	-۰/۸۳**	حمایت اجتماعی و پرخاشگری
۰/۰۴۱	۲/۰۵	۰/۰۷*	۰/۰۰۹	۲/۶۸	-۰/۶۹**	حمایت اجتماعی و استرس
۰/۰۱۵	۲/۴۵	۰/۱۹*	۰/۰۰۲	۳/۲۵	۰/۸۶**	سبک مقابله و پرخاشگری
۰/۰۱۸	۲/۴۱۵	۰/۱۶*	۰/۰۰۱	۳/۱۷	۰/۸۵**	سبک مقابله و استرس

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری و آسیب‌پذیری در برابر استرس کرونا در نوجوانان انجام شد. نتیجه پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای، پرخاشگری و آسیب‌پذیری در برابر استرس کرونا را در نوجوانان پیش‌بینی کردند و رابطه معکوسی میان آن‌ها دیده شد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات پیشین اعم از لی و همکاران (۲۰۱۷)، فیس و همکاران (۲۰۱۹)، جانستون و همکاران (۲۰۱۸)، قی و همکاران (۲۰۲۰)، مک‌کینلی (۲۰۲۰)، یو و همکاران (۲۰۲۰)، و رایت و واش (۲۰۱۷) همسو بود.

در تبیین رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پرخاشگری باید گفت که حمایت ادراک‌شده می‌توانست عوامل منفی روانی همچون رفتارهای پرخاشگرانه را به گونه‌ای تحت تأثیر قرار دهد که بروز رفتارهای خشونت‌آمیز اعم از کلامی، رابطه‌ای و رفتاری کاهش یابد (جانستون و همکاران، ۲۰۱۸). علت این امر را می‌توان بدین شکل بیان کرد که حمایت اجتماعی باعث شد افراد باور کنند که مورد عشق، مراقبت، احترام و ارزش دیگران بودند و اینکه به شبکه‌ای با تعهدات دو سویه تعلق دارند. همان‌گونه که پیش‌تر نیز گفته شده این شبکه ارتباطی شامل خانواده، دوستان و اجتماعی بود که رابطه مستقیم و یا غیرمستقیمی با نوجوان برقرار کرده و می‌توانست از جهات مختلف او را یاری رساند.

در همین راستا، خانواده اغلب به عنوان یک مدل رفتار مقابله‌ای عمل کرده و برای شخص احساس ایمنی فراهم می‌کند. در حالی که دوستان بیشتر به عنوان راهی برای کاهش انزوا و جدایی عمل کرده و به تلاش‌های مقابله‌ای شخص کمک می‌کنند. بنابراین، طبیعی بود که در پی احساس ایمنی و کاهش

۱۷۲..... نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

انزوایی که فرد از حمایت اجتماعی ادراک شده به دست آورده، سطح استرس ادراک شده (جانستون و همکاران، ۲۰۱۸) و پرخاشگری او نیز کاهش می‌یابد (یو و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین طبق آنچه که در فرضیه اثر عمده بیان شده بود حمایت اجتماعی به این دلیل برای اشخاص تجارب مثبت منظم و پایدار و پاداش‌دهنده ارائه کرد که به صورت مستقیم بر سلامت روانی تأثیر گذاشته و مستقل از میزان استرسی بود که شخص تجربه کرده است. طبق این فرضیه افراد دارای حمایت اجتماعی بالا احساس قوی‌تری از مورد مراقبت قرار گرفتن و دوست داشته شدن داشتند و این امر تأثیر پایداری بر سلامتی روانی آن‌ها داشت (قی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، اگر پرخاشگری و استرس از ملاک‌های نداشتن سلامت روانی در نظر گرفته شود، بدیهی است که با افزایش حمایت اجتماعی، عوامل به خطر انداختن سلامت روان، کاهش یابد.

از سوی دیگر سبک‌های مقابله‌ای پژوهش حاضر معطوف به مقابله با کرونا در نظر گرفته شد که می‌تواند بر میزان پرخاشگری و استرس ادراک شده اثر داشته باشد. در این راستا باید گفت در سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه، تمرکز فرد بر عنصر استرس‌زا بوده و کوشش کرده تا با بررسی ابعاد و یاری گرفتن از راهبردهای حل مسئله، مانند کمک‌طلبی از دوستان و افراد متخصص، رابطه استرس‌زا بین خود و محیط را در جهت کاهش استرس تغییر دهد (بابور و همکاران، ۲۰۲۰)، ولی هدف مقابله ناسازگارانه، نظم‌دهی به حالت هیجانی ناشی از استرس بود و با اجتناب از عامل استرس‌زا، ارزیابی مجدد آن از زاویه شناختی و توجه به جنبه‌های مثبت خود و موقعیت، تحقق یافت. در نتیجه استفاده از هر دو روش مقابله با بهره‌گیری از امکانات شناختی یا رفتاری می‌توانست بر استرس و یا واکنش‌های هیجانی چون پرخاشگری موثر باشد (رایت و واش، ۲۰۱۷). همچنین زمانی که افراد با استرس مواجه می‌شوند درگیر حالات و

عواطف منفی شده و این امر به نوبه خود موجب پرخاشگری در افراد می‌شود. در این شرایط اگر افراد از سبک‌های مقابله ناسازگارانه و اجتنابی استفاده کنند میزان پرخاشگری بالاتر می‌رود.

سطح بالای حمایت اجتماعی با رابطه ضعیف بین اضطراب و خشونت همراه بود، در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه و اجتنابی با ارتباط قوی‌تر بین اضطراب و خشونت همراه بود. در کل شواهد کافی در این زمینه وجود دارد که سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه و جستجوی حمایت اجتماعی با پیامدهای مثبت روانی و کاهش رفتارهای منفی ارتباط دارند، در حالی که سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه و دریافت نکردن حمایت اجتماعی راهبردهای غیرانطباقی مانند پرخاشگری بوده و اثرات منفی بر روان دارند. نوجوانان و افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده کردند، هنگام مواجه شدن با شرایط استرس‌زا به جای برخورد و اداره هیجانات خویش، به احتمال بیشتری در شرایط استرس‌زا غرق شدند و در نتیجه آمادگی فرسوده شدن در انبوه هیجانات را نشان دادند. بنابراین سبک‌های مقابله‌ای پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری و استرس بودند.

به این ترتیب، با توجه به نقش حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری و استرس و نیز شیوع کرونا در حال حاضر، لازم است تا آموزش سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه به نوجوانان ارائه شود. همچنین آموزش خانواده‌ها به جهت حامی بودن آنها برای نوجوانان، در راس امور آموزشی و درمانی قرار گیرد و به این شیوه می‌توان در کاهش پرخاشگری و استرس نوجوانان و افزایش سلامت روان آنها و به تبع آن افزایش سلامت روان جامعه گام مهمی برداشت.

استفاده از لینک پرسشنامه‌ها در فضاهای مجازی مربوط به نوجوانان از محدودیت‌های این پژوهش بود، لذا بررسی پژوهش فوق در شرایط حضوری و اطمینان از نتایج ضرورت می‌یابد. همچنین داوطلبانه

۱۷۴ نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی پرخاشگری...

بودن شرکت در پژوهش می‌تواند روایی آن را تحت تأثیر قرار دهد. جامعه پژوهشی محدود به نوجوانان شهر تهران بود که تعدادی از آن‌ها به دلیل سال آخر بودن و امتحانات پایان سال و کنکور، بالقوه دارای سطحی از استرس بودند که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را لحاظ نمود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مسئولان مدارس که در اجرای این طرح همکاری کردند و دانش‌آموزان محترم شرکت‌کننده تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۸). مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: پرسشنامه، روش اجرا و نمره گذاری. *روان شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۵(۶۰)، ۳۳۶-۳۳۸.
- درتاج، فریبرز؛ دانش‌پایه، مسلم؛ حسونند، فضل‌الله و موسوی، سیدعلی. (۱۳۹۹). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای در رویارویی با اپیدمی کرونا. *فصلنامه روان شناسی تربیتی*، ۱۶(۵۵)، ۱۳۷-۱۵۵.
- سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۴)، ۳۵۹-۳۶۵.
- صفایی مریم و شکری، امید. (۱۳۹۳) سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. *روان پرستاری*. ۲ (۱)، ۱۳-۲۲.

- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., ... & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 29(3), 134-154.
- Barr, N., Rote, W., Killoren, S. E., & Rose, A. J. (2021). Adolescent Adjustment During COVID- 19: The Role of Close Relationships and COVID- 19- related Stress. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 608-622.
- Besharat, M, A. (2019). Multidimensional scale of perceived social support: Questionnaire, instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology*

(*Iranian Psychologist*), 15(60), 336- 338 (Text in Persian).

Breitenbach, M., Kapferer, E., & Sedmak, C. (2021). Hans Selye and the Origins of Stress Research. In *Stress and Poverty* (pp. 21-28). Springer, Cham.

Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 4(9), 195-201

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 45-62.

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157-160.

Dong, X. Y., Wang, L., Tao, Y. X., Suo, X. L., Li, Y. C., Liu, F., ... & Zhang, Q. (2017). Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1(2), 49-58.

Dortaj, F., Daneshpaye, M., Hasanvand, F., & Mousavi, A. (2020). Development and validation of a coping style questionnaire in the face of the Corona epidemic. *Quarterly Journal of Educational Psychology*. 16 (55), 137-155. (Text in Persian).

Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., ... & Pangelinan, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of school-based stress, anxiety, and depression prevention programs for adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668-1685.

Goncy, E. A. (2020). A meta-analysis of interparental aggression with adolescent and young adult physical and psychological dating aggression. *Psychology of Violence*, 10(2), 212-221.

Johnstone, M. J., Kanitsaki, O., & Currie, T. (2018). The nature and implications of support in graduate student transition programs: An Australian study. *Journal of Professional Nursing*, 24(1), 46-53.

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Chen, J. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 14-24.

Lee, K. H., Baillargeon, R. H., Vermunt, J. K., Wu, H. X., & Tremblay, R. E. (2017). Age differences in the prevalence of physical aggression among 5–11- year- old Canadian boys and girls. *Aggressive Behavior: Official Journal of the*

International Society for Research on Aggression, 33(1), 26-37.

- Marquez-Arrico, J.E., Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228(3), 752-769
- McKinley, G. P. (2020). We need each other: Social supports during COVID 19. *Social Anthropology*, 25(4), 126-134
- Mimura, C., & Griffiths, P. (2004). A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 379-385.
- Ollendick, T. H., White, S. W., & White, B. A. (Eds.). (2018). *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Oxford Library of Psychology.
- Qi, M., Zhou, S. J., Guo, Z. C., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., & Chen, J. X. (2020). The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 514-518.
- Safaei, M. and Shokri, O. (2014). Assessing stress in cancer patients: factorial validity of the perceived stress scale in Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 13-22 (Text in Persian).
- Samani, S. (2008). Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. *Iranian journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(4), 359-365 (Text in Persian).
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019- nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281-294
- Stinner, M.B. (2019). *Senior Student Affairs Officer Round Table: Hottest Topics in Student Affairs, Session Held at the Annual Meeting of the National Association of Student, Personnel Administrators*, Denver, Colorado. University of Texas at Arlington.
- World Health Organization. (2020). *Mental Health and Psychosocial Considerations During the COVID-19 Outbreak*, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/Mental Health/2020.1). World Health Organization .
- Wright, M. F., & Wachs, S. (2019). Does social support moderate the relationship between racial discrimination and aggression among Latinx adolescents? A

longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 7(3), 85-94.

Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama and the Specialty Journals*, 323(13), 1239-1242.

Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., ... & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-2019 epidemic. *Social Support and Psychological Distress in the General Chinese Population in the Early Stages of the COVID-2019 Epidemic*



نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی در دورکاری حمیدرضا عریضی^۱، هاجر براتی احمدآبادی^{۲*}

چکیده

با توجه به اهمیت انتخاب افراد مناسب برای دورکاری، این پژوهش با هدف بررسی نقش درون‌گرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی در دورکاری در دوره کرونا انجام شد. روش پژوهش همبستگی بود و نمونه‌ی پژوهش از بین کارکنان دورکار یک شرکت به تعداد ۱۹۷ نفر به صورت در دسترس انتخاب شد. سپس آن‌ها به ابزارهای پژوهش شامل فهرست افسردگی بک، پرسشنامه‌ی نارسایی‌های شناختی، پرسشنامه‌ی فراشناخت، مقیاس احساس تنهایی و پرسشنامه‌ی ترس از ارزیابی پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل‌های همبستگی و رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و موقعیت زندگی پیامدهای روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند. پس از گنجاندن درون‌گرایی در مدل، زندگی با دیگران (در مقابل تنها زندگی کردن) با احساس تنهایی، نارسایی‌های شناختی و ترس از ارزیابی شدیدتر به عنوان تابعی از تغییرات شرایط مربوط به به کرونا همراه بود. ضریب β در مورد احساس تنهایی منفی بود. بدین

۱دکتری روان‌شناسی و استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

dr.oreyzi@edu.ui.ac.ir

۲(نویسنده مسئول) دکتری روان‌شناسی و استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

اصفهان. h.barati@edu.ui.ac.ir

۱۸۰ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

معنی که در این موقعیت فرد درونگرا تمایل بیشتری به بودن با دیگران نشان می‌دهد تا از احساس تنهایی خود بکاهد. این یافته در تناقض با پیشینه است. به سازمان‌ها توصیه می‌شود در انتخاب کارکنان برای دورکاری برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی منفی به شخصیت آن‌ها توجه نمایند.
کلیدواژه‌ها: پیامدهای روان‌شناختی، درونگرایی، دورکاری، کرونا.

مقدمه

بسیاری از سازمان‌ها، به دنبال بیماری همه‌گیر کرونا برای حفظ جان کارکنان خود ناگزیر به استفاده از دورکاری^۱ برای حفظ فاصله اجتماعی^۲ شده‌اند (فیروزی و بنیادی، ۱۳۹۹). مشخص شده است دورکاری اثرات مثبتی مانند کاهش هزینه و زمان (کاظمی، ۲۰۲۰) و افزایش تعادل کار-زندگی و افزایش بهره‌وری (گالوز، تیرادو و مارتینز^۳، ۲۰۲۰) دارد. علی‌رغم این مزایا، دورکاری آسیب‌هایی به شاغلان وارد می‌کند (ژانگ، موکل، مورنو، شوای و گوئو^۴، ۲۰۲۰). دورکاری به دلیل ویژگی‌های خاص خود مانند ایجاد فاصله‌گذاری اجتماعی، می‌تواند خطر افزایش افسردگی را به همراه داشته باشد (کاوادا^۵، ۲۰۲۰). در هنگام فاصله اجتماعی فرد احساس تنهایی خواهد نمود (صداقت، سلیمانی‌فر، یحیوی و فاتح، ۱۳۹۹). کسانی که می‌توانند ارتباطات اجتماعی بیشتری را حتی از طریق اینترنت داشته باشند؛ افسردگی کمتری را تجربه خواهند کرد (ناکاگومی، شیبایا، مورنو و کاواچی^۶، ۲۰۲۱).

1 teleworking

2 social distancing

3 Gálvez, Tirado & Martínez

4 Zhang, Moeckel, Moreno, Shuai & Gao

5 Kawada

6 Nakagomi, Shiba, Kondo & Kawachi

محرومیت از ارتباط اجتماعی باعث کاهش سطح اکسی‌توسین و افزایش هورمون کورتیزول در بدن می‌گردد که احتمال ابتلا به انواع حالات اضطرابی از جمله ترس از ارزیابی را افزایش می‌دهد (فولانا، هیدالگو-مازی، ویتا و رادوئا، ۲۰۲۰). در یک بررسی مشخص شده است که افراد در زمان فاصله اجتماعی، استرس و اضطراب بیشتری را تحمل می‌کنند (شهیداد و محمدی، ۱۳۹۹). دورکاری به علت سه ویژگی افزایش بارکاری، افزایش تعارض کار-خانواده و افزایش ابهام شغلی باعث ایجاد اضطراب در شاغلان می‌گردد (زاواتی-کامپوس، کاوازوتو، مورنو و کوئینتوآ، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر، محرومیت ارتباطی ناشی از دورکاری باعث اضطراب و سپس کاهش کارکردهای شناختی می‌گردد و نارسایی‌هایی در این حیطه را به همراه دارد (ویبی، ۲۰۲۰). همچنین به نظر می‌رسد که احساس تنهایی یکی از نتایج رایج فاصله‌گذاری اجتماعی (هوفارت، جانسون و ابراهیمی، ۲۰۲۰) و دورکاری (ایون، ۲۰۲۰) باشد. تصور بر این است که فقدان تماس رو در رو و جدایی از دیگران که باعث تنها زندگی کردن می‌شود (توماس، پینازو-هرناندیز، اولیور، دنیو-بلگراد و همکاران، ۲۰۱۹)؛ ممکن است نه تنها به احساس فاصله اجتماعی در روابط بلکه به احساس تنهایی منجر شود (لویس، ۲۰۲۰). برعکس، تولوهان و یالکینکایا^۱ (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند ارتباطات اجتماعی محیط کار از احساس تنهایی می‌کاهد.

1 Fullana, Hidalgo-Mazzei, Vieta & Radua

2 Zavatti Campos, Cavazotte, Moreno & Quintão

3 Wei

4 Hoffart, Johnson & Ebrahimi

5 Even

6 Tomás, Pinazo-Hernandis, Oliver, Donio-Bellegarde et al.

7 Lewis

8 Tuluhan & Yalcinkaya

۱۸۲ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

به نظر می‌رسد که اثرات روانی حاصل از چنین تغییراتی در زندگی شغلی و اجتماعی در برخی افراد نسبت به دیگران با شدت بیشتری تجربه می‌شود (ویلیامز، آرمیتاز، تامپه و دنیس^۱، ۲۰۲۰). شواهد به یک اعتقاد رایج در بین عموم مردم اشاره دارد، مبنی بر اینکه افراد درونگرا نسبت به همتایان برونگرای خود در این شرایط بهتر عمل می‌کنند. به عنوان مثال یک برونگرا چگونه می‌تواند از فاصله‌ی اجتماعی جان سالم به در ببرد؟ در حالی که به نظر می‌رسد افراد درونگرا در این شرایط با کمترین مشکل مواجه باشند. درونگرایی - برونگرایی یکی از ابعاد شخصیتی است که در نظریه‌های مختلف روان‌شناسی بسیار بدان پرداخته شده است (والکر^۲، ۲۰۲۰). درونگراها و برونگراها اغلب با توجه به منابعی که از آن‌ها انرژی می‌گیرند یعنی به ترتیب داخلی در مقابل خارجی، متفاوت هستند. صفت‌هایی که به طور سستی با درونگرایی همراه هستند شامل جلوگیری از بروز احساسات، کم‌حرفی و خوددار بودن می‌شود و صفت‌هایی که با برونگرایی همراه اند شامل اهل گردش در بیرون، دوستانه و مشتاق بودن می‌شود (لانگ، شیلدز، پتری و نئومن^۳، ۲۰۲۰).

این تصور وجود دارد که برای افراد درونگرا که تمایل به کاهش روابط اجتماعی دارند (توینن، تنگ و سالمالا-آرو^۴، ۲۰۲۰)، گیر افتادن در خانه بدون تعامل اجتماعی برای مدت طولانی واقعاً بدترین چیز نیست. آن‌ها به این زمانی که به تنهایی سپری می‌کنند عادت کرده، از آن لذت می‌برند و در این مواقع احساس انرژی می‌کنند. درونگرایی به عنوان یک دارایی برای رشد و موفقیت در انزوای اجتماعی مرتبط

1 Williams, Armitage, Tampe & Dienes

2 Walker

3 Luong, Shields, Petrie & Neumann

4 Tuovinen, Tang & Salmela-Aro

با کرونا مورد تایید قرار گرفته است (وی، ۲۰۲۰). اما، وقتی صحبت از برونگراها می‌شود، ایده‌ی فاصله اجتماعی می‌تواند تا حدی حس حکم اعدام را داشته باشد. افراد برون‌گرا نیاز به برقراری ارتباط با دیگران دارند (والکر، ۲۰۲۰). در شرایط دورکاری این افراد نمی‌توانند با سایرین ارتباط برقرار کنند. کارمندان دائم با مسائل مختلفی درگیر هستند. گاهی اوقات در شرایط دورکاری، امکان بازخوردگرفتن از مدیریت و حتی امکان ارزیابی دقیق کارهای انجام شده وجود ندارد؛ در نتیجه، برخی کارمندان فشار زیادی را در کار روی خود احساس کنند. این مسئله برای برون‌گرایان جدی‌تر است (میمندپور و باقری، ۲۰۱۷).

این فرض که درونگراها تأثیرات روانی تغییرات شرایط مربوط به کرونا را با شدتی کمتر از برونگراها تجربه می‌کنند؛ قابل قبول به نظر می‌رسد. با این حال، این ادعا فاقد تحقیقات تجربی است و ادعاهای نظری نیز متناقض به نظر می‌آید. درونگرایی با ویژگی‌های شخصیتی متمایل به تجربه احساسات شدیدتر و مشکلات بیشتر در تنظیم این احساسات و روان‌رنجوری مرتبط است (فادا و اسکالا، ۲۰۱۶). علاوه‌براین، درونگرایی به طور کلی با مشکلات روان‌شناختی بیشتر و به‌ویژه با مشکلات سازگاری همراه است (واسیلنکو، وروزیکینا، جیناتیشینا، ژاباکووا و همکاران، ۲۰۲۰). درونگرایان آمادگی بیشتری برای نشخوار فکری (کوهن و فراری، ۲۰۲۰) و نگرانی (لیو و سیتزن‌میهایلی، ۲۰۲۰) دارند که به ترتیب زیربناهای شناختی اصلی برای احساس تنهایی، افسردگی و اضطراب، و ترس از ارزیابی هستند (پاپسیالانتی، ۲۰۱۸). اگرچه افزایش زمان تنهایی باید مورد استقبال افراد درونگرا باشد، این یافته‌ها این

1 Fadda & Scalas

2 Vasilenko, Vorozheykina, Gnatyshina, Zhabakova et al.

3 Cohen, and Ferrari

4 Philippi & Koenigs

5 Ypsilanti

۱۸۴ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

سوال را ایجاد می‌کند که رابطه‌ی درونگرایی با افسردگی، ترس از ارزیابی، باور منفی در مورد کنترل ناپذیری و احساس تنهایی در دورکاری در دوره کرونا چگونه است؟

روش و ابزار

روش پژوهش همبستگی بود و کلیه کارکنان یک سازمان در شهر اصفهان جامعه آماری را تشکیل می‌دادند که در دوران کرونا در سال ۱۳۹۹ به صورت دورکاری به انجام وظایف شغلی می‌پرداختند و تعداد آن‌ها ۴۰۸ نفر بود. نمونه‌ای به تعداد ۱۹۷ نفر به صورت دردسترس از بین اعضای جامعه انتخاب شدند. کفایت حجم نمونه بر مبنای نرم‌افزار **G power** محاسبه گردید. در پژوهش حاضر برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیراستفاده گردید:

- برای سنجش درونگرایی از ۱۲ گویه مربوط به این متغیر در پرسشنامه تجدیدنظرشده شخصیت آیزنک-فرم کوتاه^۱، استفاده شد. شرکت‌کنندگان در پاسخگویی به این ابزار یکی از دو پاسخ بله یا خیر را انتخاب می‌کنند. دامنه نمرات در این ابزار بین ۱۲ تا ۰ خواهد بود و نمره کمتر نشان‌دهنده‌ی درونگرایی بیشتر است. روایی سازه این ابزار در پژوهش سازندگان تایید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای این زیرمقیاس ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۴ برای زنان بود (آیزنک و آیزنک، ۱۹۹۳). در پژوهش شاهقلیان (۱۳۹۶) روایی ملاکی از نوع پیش‌بین برای تکانشگری تایید گردید و ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس برابر با ۰/۷۱ بود. پایایی همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ بود.

- پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۶ بک، استیر و براون طراحی کردند و شامل ۲۱ گروه گویه است. هر گروه دارای چهار گزینه است و بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌گردد. طیف نمره بین ۰-۶۳ قرار دارد. کسب نمره بالاتر به معنای افسردگی بیشتر است. بک و همکاران (۱۹۹۶) پایایی پرسشنامه را برای افراد غیربیمار ۰/۹۲ گزارش دادند و روایی سازه آن را با مقدار ۰/۷۳ تایید کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه را در ایران دیباجی، عریضی، و عابدی (۱۳۹۶) با شیوه دونیمه‌سازی ۰/۸۰ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند و ضریب روایی ملاکی از نوع همزمان در رابطه با سرسختی ۰/۵۳ تایید گردید. پایایی همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ بود.

- پرسشنامه نارسایی‌های شناختی^۲ را برادبنت، کوپر، فیتزجرالد و پارکرز (۱۹۸۲) ساخته‌اند. در این پرسشنامه از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که فراوانی لغزش‌های کوچک، اشتباه‌ها یا خطاهای ادراک، توجه، حافظه و فعالیت‌های حرکتی‌ای که تجربه کرده‌اند را با یک مقیاس پنج طیفی (۰= هرگز تا ۴= همیشه) نشان دهند. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۰۰ از فقدان لغزش تا بالاترین حد لغزش است. روایی ملاکی از نوع همزمان در رابطه با تجارب حافظه حواس‌پرتی را در این پژوهش سازندگان با مقدار ۰/۷۲ و ضریب پایایی برای این گویه‌ها را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ گزارش کردند. آلفای کرونباخ در پژوهش قاسمی جوبنه، موسوی، وحسینی صدیق (۱۳۹۸) ۰/۹۲ بود و روایی ملاکی آن در پیش‌بینی صمیمیت زناشویی تایید شده است. پایایی همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ بود.

1 Beck depression inventory (BDI)

2 cognitive failures questionnaire (CFQ)

۱۸۶ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

-باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری: برای سنجش این متغیر از ۱۵ گویه‌ی مربوط به کنترل‌ناپذیری افکار و تشابه خطرات^۱ در پرسشنامه فراشناخت (کارترایت-هاتن و ولز، ۱۹۹۷) استفاده شد. در پاسخ‌گویی این ابزار از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که روی یک مقیاس چهار درجه‌ای (۱= مخالف، ۲= تاحدی موافق، ۳= موافق و ۴= بسیار موافق) میزانی که با آن موافق هستند را مشخص کنند (مکاسی و ریگی، ۲۰۰۶). دامنه نمره آن بین ۱۵ تا ۷۵ است و سوالات در جهتی نمره‌گذاری شدند که نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی باورهای منفی بالاتر است. روایی همزمان با پرسشنامه نارسایی‌های شناختی برابر ۰/۴۵ بود. ضریب پایایی برای این گویه‌ها در پژوهش سازندگان با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۲ بود. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش معین‌الغریائی، کرملو و نوفرستی (۱۳۹۶) ۰/۹۱ بود و روایی ملاکی آن در پیش‌بینی اضطراب منتشر تایید شده است. پایایی همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۱ بود.

-مقیاس احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا (نسخه‌ی سوم)^۲، این مقیاس را در سال ۱۹۸۰ راسل، پپلو و کوترونا مورد تجدید نظر قرار دادند. این مقیاس از ۲۰ گویه تشکیل شده که دارای ۱۱ گویه مثبت و ۹ گویه منفی است و آزمودنی میزان انطباق هر یک از مواد مقیاس را با حالت‌های خود در یک طیف چهارگزینه‌ای از نوع لیکرت مشخص می‌کند. حداقل نمره که گویای نبود احساس تنهایی است ۲۰ و حداکثر نمره ۸۰ است. راسل برای این نسخه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش نمود و نیز روایی همگرایی این مقیاس با سایر سنجش‌های احساس تنهایی همبستگی معنادار نشان داد. همچنین در پژوهش

1 uncontrollability & dangers(UD)

2 UCLA Loneliness Scale (Version 3)

راسل روایی سازه با روابط معنادار، با معیارهای کفایت روابط بین فردی شخص، با همبستگی بین تنهایی و معیارهای سلامت و بهزیستی تایید شد. در پژوهش علوی نژاد و همکاران (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ برای این ابزار برابر ۰/۹۳ بود و ضریب همبستگی روایی همگرای این مقیاس با پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو ۰/۵۹ به دست آمد. پایایی همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۶ بود.

- برای سنجش متغیر ترس از ارزیابی از پرسشنامه ۱۰ سوالی عریضی و اژه‌ای (۱۳۹۷) استفاده گردید. و شرکت کنندگان با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به گویه‌ها پاسخ داده می‌دهند که حداقل آن ۱۰ و حداکثر آن ۵۰ است. این ابزار در پژوهش عریضی و اژه‌ای (۱۳۹۷) مورد استفاده قرار گرفت و ضرایب پایایی بازآزمایی و ضریب روایی همزمان برای آن در پژوهش مذکور به ترتیب ۰/۷۳، و ۰/۵۷ بود. پایایی همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ بود.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ۳۹ درصد از نمونه پژوهش زنان بوده‌اند. ۳۲ درصد از اعضای نمونه تنها زندگی می‌کردند و ۵۲ درصد اعضای نمونه اخیراً دوره‌های بیکاری را گذرانده بودند.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مقیاس	درصد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار اندازه‌گیری	کجی	کشیدگی
سن	-	۳۸/۸۱	۳/۲۳	-	-	-
جنسیت (زن=۰ و مرد=۱)	۳۹٪ زن	-	-	-	-	-
موقعیت زندگی (تنها=۰ و ...)	۳۲٪ تنها	-	-	-	-	-

بادیگری (۱)

۱۸۸ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

بیکاری	%۵۲	بیکاری	-	-	-	-	-
شاغل=۱)	اخیر	بیکاری	-	-	-	-	-
درونگرایی	-	۳۸/۵۱	۴/۳۸	۲/۳۱	۰/۹۲	۰/۱۳	-
نارسایی‌های شناختی	-	۴۴/۲۸	۹/۱۱	۴/۲۷	۱/۲۴	۰/۷۸	-
افسردگی	-	۳۶/۴۱	۴/۸۶	۲/۱۱	۰/۹۱	۰/۱۱	-
ترس از ارزیابی	-	۳۱/۶۹	۸/۲۸	۳/۸۸	۱/۲۳	۰/۵۸	-
باور منفی	-	۲۹/۴۲	۷/۶۳	۴/۱۰	۰/۷۱	۰/۴۴	-
احساس تنهایی	-	۴۰/۳۳	۷/۹۲	۲/۹۶	۰/۹۵	۰/۸۶	-

در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ضریب همبستگی متغیرهای جمعیت‌شناختی سن با احساس تنهایی، نارسایی‌های شناختی، افسردگی و ترس از ارزیابی مثبت و معنی‌دار است و جنسیت با درونگرایی، احساس تنهایی، نارسایی‌های شناختی، افسردگی و ترس از ارزیابی نیز مثبت و معنی‌دار است. موقعیت زندگی با باور منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن رابطه مثبت و معنی‌دار دارد بدین معنا که با افزایش موقعیت زندگی به سمت زندگی با دیگران باور منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن بیشتر می‌شود. ولی همبستگی بیکاری اخیر با هیچ‌کدام از متغیرهای دیگر معنی‌دار نیست. درونگرایی نیز با دو متغیر افسردگی و ترس از ارزیابی رابطه مثبت و معنادار دارد یعنی با افزایش درونگرایی، افسردگی و ترس از ارزیابی در شاغل بیشتر می‌شود. رابطه بین احساس تنهایی و متغیرهای نارسایی‌های شناختی، افسردگی، ترس از ارزیابی و باور منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن مثبت و معنی‌دار است. بدین معنا که با افزایش احساس تنهایی در شاغل دورکار نارسایی‌های شناختی، افسردگی، ترس از ارزیابی و باور منفی در مورد

کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن افزایش می‌یابد. افسردگی نیز با ترس از ارزیابی و باور منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن و همچنین ترس از ارزیابی با باور منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن روابط مثبت و معنا دار دارند. یعنی با افزایش هرکدام از این متغیرها دیگری افزایش می‌یابد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱ سن	-۰/۰۲	-۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۳۸**	۰/۵۱**	۰/۷۴**	۰/۳۲**	۰/۱۶
۲ جنسیت	-	-۰/۰۵	-۰/۱۶	۰/۴۳**	۰/۶۱**	۰/۴۹**	۰/۴۰**	۰/۲۰*	۰/۰۳
۳ موقعیت زندگی	-	-	-۰/۰۴	-۰/۵۷	۰/۳۲**	۰/۱۹	۰/۴۹**	۰/۱۵	۰/۲۰*
۴ بیکاری اخیر	-	-	-	۰/۰۶	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۰۵	-۰/۰۱	۰/۰۲
۵ درونگرایی	-	-	-	-	۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۲۰*	۰/۴۰**	۰/۰۳
۶ احساس تنهایی	-	-	-	-	-	۰/۳۲**	۰/۴۹**	۰/۴۲**	۰/۲۹**
۷ نارسایی‌های شناختی	-	-	-	-	-	-	۰/۶۱**	۰/۴۹**	۰/۳۸**
۸ افسردگی	-	-	-	-	-	-	-	۰/۲۹**	۰/۴۳**
۹ ترس از ارزیابی	-	-	-	-	-	-	-	-	۰/۵۱**
۱۰ باور منفی	-	-	-	-	-	-	-	-	۰

نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی در جدول ۳ آورده شده است. قبل از تحلیل رگرسیون

پیش‌فرض‌های آن شامل خطی بودن، استقلال خطاها، نرمال بودن و همگنی پراکنش بررسی شد و با

توجه به برقرار بودن همه آن‌ها این تحلیل صورت گرفت. در گام اول، متغیر جمعیت‌شناختی سن فقط

۱۹۰ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

متغیر روان‌شناختی احساس تنهایی و موقعیت‌زندگی، نارسایی‌های شناختی و باور منفی و بیکاری اخیر، احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌نماید و در اینجا ضریب بتا مثبت است. متغیر جمعیت‌شناختی جنسیت قادر به پیش‌بینی هیچ‌کدام از متغیرهای روان‌شناختی نیست. در گام دوم، متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و جنسیت قادر به پیش‌بینی هیچ‌کدام از متغیرهای روان‌شناختی نیستند. موقعیت زندگی، احساس تنهایی، نارسایی‌های شناختی، ترس از ارزیابی و افسردگی و بیکاری اخیر، احساس تنهایی و درونگرایی نیز احساس تنهایی، ترس از ارزیابی، باور منفی و افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. پس از گنجاندن درونگرایی در مدل، زندگی با دیگران (درمقابل تنها زندگی کردن) با احساس تنهایی ($\beta = -0/17$)، نارسایی‌های شناختی ($\beta = 0/22$) و ترس از ارزیابی ($\beta = 0/20$) شدیدتر به عنوان تابعی از تغییرات شرایط مربوط به کرونا همراه بود. جالب است که ضریب β در مورد احساس تنهایی منفی است.

جدول ۳. نتیجه رگرسیون سلسله‌مراتبی

متغیر ملاک	احساس تنهایی		نارسایی شناختی		ترس از ارزیابی		باور منفی		افسردگی		متغیر
	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	
گام ۱	۲/۶۹*	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۲۴	۰/۰۲	۰/۸۵	۰/۱۳	سن
قبل						۰					
از جنسیت	-۰/۳۶	-۰/۰۳	۰/۰۲	-۰/۲۵	۰/۰۶	۰/۷۷	۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۰۴	۰/۶۵	از جنسیت
ورود											
درون موقعیت	-۱/۹	-۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۰۶**	۰/۰۷	۰/۸۰	۰/۰۴	۰/۵۶	۰/۱۵	۱/۴۹	درون موقعیت
گرایب زندگی											

۰/۹۲	۰/۰۸	۱/۰۷	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۰۲	۳/۱۱*	۰/۲۲	بیکاری
										اخیر
Fchange=۸/۵۴ ، $\Delta R^2=۰/۲۶$ ، $R^2=۰/۳۶^{***}$ ، F=۹/۲۸**										
۱/۴۳	۰/۱۲	۰/۹۲	۰/۰۷	۰/۲۴	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۰۱	۱/۱۲	۰/۱۰	گام
										۲ بعد
۰/۶۲	۰/۰۴	۰/۳۷	۰/۰۳	۰/۷۸	۰/۰۶	-۰/۲۵	۰/۰۲	۰/۷۶	۰/۰۶	از جنسیت
										ورود
۰/۷۰	۰/۰۵	۱/۷۳	۰/۱۴	۹/۹۱**	۰/۲۰	۴/۴۷**	۰/۲۲	۲/۲۹**	-۰/۱۷	درون موقعیت
				۲		۳		-۲		گرای زندگی
۰/۹۶	۰/۰۸	۱/۱۱	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۶۵	۰/۰۴	بیکاری
										اخیر
۳/۳۶*	۰/۱۹	۱/۶۵*	۰/۲۰	۲/۸۴*	۰/۲۰	۰/۶۶	۰/۰۴	۲/۲۹**	۰/۱۷	درون‌نگرا
										بی
Fchange=۶/۷۲ ، $\Delta R^2=۰/۳۶$ ، $R^2=۰/۴۶^{***}$ ، F=۷/۵۲**										

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه درونگرایی با پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی در دورکاری در دوره کرونا انجام شد. نتایج به طور کلی، نشان داد که درونگرایی بالاتر با افسردگی، ترس از ارزیابی و باور منفی در مورد کنترل ناپذیری بالاتر در کارکنان دورکار همراه بود. این یافته با مطالعات قبلی مطابقت دارد و نشان می‌دهد درونگرایی به طور کلی با مشکلات روان‌شناختی

۱۹۲ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

بیشتری مانند افسردگی، ترس از ارزیابی، احساس تنهایی، به‌ویژه مشکلات سازگاری (فادا و اسکالاس، ۲۰۱۶) و کاهش رفتار جستجوی کمک مرتبط است (وی، ۲۰۲۰). براساس نظریه آیزنک، سطح انگیزتگی پایه در درونگرایان بالاتر است، در نتیجه این افراد براساس نظریه U وارونه سطوح بالاتر انگیزتگی را که موجب کاهش عملکرد می‌شود، زودتر تجربه می‌کنند (والکر، ۲۰۲۰). در نتیجه انگیزتگی بالاتر باعث ادراک اضطراب بیشتر از سوی درونگرایان می‌شود. همچنین این اضطراب می‌تواند عملکرد را کاهش داده و در نتیجه ترس از ارزیابی منفی را در دورکار درونگرا بالا ببرد. از سوی دیگر، دورکار درونگرا متوجه عملکرد ضعیف خود می‌شود، احتمالاً زمینه ناراحتی و افسردگی در وی فراهم می‌آید. از آنجایی که افراد درونگرا تمایل کمتری به برقراری ارتباط دارند (لانگ و همکاران، ۲۰۲۰)، احتمالاً در زمان مورد نیاز دشوارتر می‌توانند ارتباط برقرار نمایند و بنابراین، احساس تنهایی خواهند نمود.

این یافته که درون‌گرایی بیشتر با نارسایی شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و تشابه خطرات همراه است با پژوهش وی (۲۰۲۰) همسوست. با افزایش درونگرایی که کاهش روابط اجتماعی را به دنبال دارد (توینن و همکاران، ۲۰۲۰)، اضطراب افزایش پیدا می‌کند و طبق نظریه کارآمدی پردازش آیزنک و کالو (۱۹۹۲) درونگراها وقتی با یک موقعیت تنیدگی‌زا یعنی دورکاری مواجه می‌شوند؛ اضطراب بیشتری پیدا می‌کنند که این اضطراب با کاهش عملکرد شناختی و ایجاد خطا در شناخت همراه است.

در این پژوهش چهار متغیر جمعیت‌شناختی سن، جنسیت، موقعیت زندگی و بیکاری اخیر، در پیش‌بینی پیامدهای روان‌شناختی دورکاری مورد استفاده قرار گرفتند. متغیر جمعیت‌شناختی سن فقط متغیر روان‌شناختی احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند زیرا با افزایش سن احتمال از دست دادن همسر

و یا دوستان نزدیک و یا جدایی فرزندان با ازدواج و در نتیجه احساس تنهایی وجود دارد. متغیر موقعیت زندگی، نارسایی‌های شناختی و باور منفی را پیش‌بینی می‌کند. این یافته همراه با پژوهش ویی (۲۰۲۰) است که نشان داد محرومیت ارتباطی مثلاً به علت تنها زندگی کردن موجب کاهش کارکردهای شناختی می‌گردد. بیکاری اخیر، احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌نماید و در اینجا ضریب بتا مثبت است یعنی با تغییر این متغیر جمعیت‌شناختی از بیکاری به سمت شاغل بودن، احساس تنهایی کاهش پیدا می‌کند. این یافته همراه با پژوهش تولوهان و یالکینکایا (۲۰۱۸) است و منطقی به نظر می‌رسد زیرا با افزایش امکان اشتغال و گذراندن ساعات کاری در محیط کار، تعاملات شاغل با اطرافیان بیشتر می‌گردد و احتمالاً می‌تواند نیازهای اجتماعی او را تامین نموده و از احساس تنهایی وی بکاهد.

پس از گنجاندن درونگرایی در مدل، زندگی با دیگران (در مقابل تنها زندگی کردن) با احساس تنهایی، و ترس از ارزیابی شدیدتر به عنوان تابعی از تغییرات شرایط مربوط به کرونا همراه بود. جالب است که با تغییر موقعیت زندگی از تنها بودن به سمت زندگی با دیگران در افراد درونگرا، احساس تنهایی کمتر می‌شود. در اینجا فرد درونگرا تمایل بیشتر به بودن با دیگران نشان می‌دهد تا از احساس تنهایی خود بکاهد. این یافته در تعارض با پیشینه پژوهشی است که اعتقاد دارد افراد درونگرا نیاز به تحریک کمتری از محیط پیرامون خود دارد (لانگ، شیلدز، پتری و نومن، ۲۰۲۰). در اینجا فرد درونگرا برای اینکه احساس تنهایی کمتری داشته باشد نیازمند این است که حداقل با یک نفر در تعامل باشد و بنابراین، نیاز به تحریک از محیط بیرون را نشان می‌دهد. این احتمال وجود دارد که پیوندهای انسانی نزدیک، به عنوان سپر حفاظتی در مقابل ارتباط نداشتن و خلق پایین در شرایط دشوار مانند دورکاری در دوره‌ی شیوع ویروس کرونا عمل کند اما برای وضوح فکر و حفظ آرامش در جهت مخالف کار می‌کند.

۱۹۴ نقش درونگرایی در پیامدهای روان‌شناختی با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی...

به طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که درونگرایی بیشتر در مواردی چون فاصله اجتماعی یا دورکاری با مشکلات بیشتر همراه است و در این موقعیت‌ها افراد درونگرا نیز تمایل به تعامل اجتماعی دارند. براین اساس، به سازمان‌ها توصیه می‌گردد در هنگام انتخاب نیروهای کاری برای انتصاب به دورکاری در همه زمان‌ها و به ویژه در ایام کرونا به شخصیت آنان توجه نمایند. یک شخصیت درونگرا ممکن است برای این موقعیت مناسب نباشد و همچنین توجه به متغیر جمعیت‌شناختی موقعیت زندگی شاغل در این مواقع می‌تواند اهمیت داشته باشد. برای کارکنانی که تنها زندگی می‌کنند و شخصیت درونگرا دارند ممکن است دورکاری مناسب نباشد.

اشاره به این نکته نیز لازم است که در این پژوهش درونگرایی به عنوان متغیر تعدیل‌گر مورد بررسی قرار گرفته نشد زیرا درون‌گرایی یک ویژگی شخصیتی است که از قبل وجود دارد و بنابراین در نظر گرفتن آن به عنوان متغیر تعدیلی کار صحیحی نیست. این پژوهش به یک نمونه خاص از شرکت‌کنندگان محدود می‌شد و بنابراین، تعمیم نتایج آن به سایر جوامع و نمونه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. به سایر پژوهشگران توصیه می‌گردد که این پژوهش را روی نمونه‌های دیگر تکرار نمایند.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان شرکت‌کننده در پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

منابع

دیباچی، میثم؛ عریضی، حمیدرضا و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۶). نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی و برون‌گرایی در رابطه‌ی تقاضاهای شغلی با استرس و افسردگی مردان شاغل. *سلامت کار ایران*، ۱۴ (۳)، ۱۰۵-۱۱۶.

شاهقلیان، مهناز. (۱۳۹۶). بررسی امواج مغزی افراد زودانگیخته در تکلیف شناختی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۵ (۳)، ۱۱-۲۰.

صداقت، مریم؛ سلیمانی فر، منیژه؛ یحیوی، جعفر و فاتح، محسن. (۱۳۹۹). آیا فاصله گذاری اجتماعی سبک زندگی را تغییر می دهد؟. *فصلنامه لیزر در پزشکی*، ۱۱ (۱)، ۱۱-۱۹.

عریضی، حمیدرضا و اژه‌ای، عاطفه. (۱۳۹۷). بررسی ترس از ارزیابی به عنوان میانجی در رابطه پهنای نقش و ساختار سازمانی با فرایند اثربخشی. *مجله روانشناسی*. ۲۲ (۱)، ۳۴-۴۹.

علوی نژاد، رامین؛ کوشکی، شیرین؛ باغداساریانس، آیتا و گلشنی، فاطمه. (۱۳۹۸). الگوی ساختاری اعتیاد به اینترنت بر اساس صفات ناسازگار شخصیت و نارسایی هیجانی با میانجی‌گری احساس تنهایی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۰ (۳۷)، ۱۱۷-۱۳۸.

فیروزی اوجاق، افشین و بنیادی نایینی، علی. (۱۳۹۹). ارتباطات پیوند انسانی: راهکار نوآورانه فناوری برای تداوم و توسعه فعالیت کسب و کارها با حفظ فاصله‌ی اجتماعی در پاندمی کرونا. *نشریه مدیریت کسب و کارهای بین‌المللی*، ۳ (۲)، ۷۳-۹۳.

قاسمی جوینه، رضا؛ موسوی، سید ولی‌الله و حسینی صدیق، مریم‌السادات. (۱۳۹۸). نقش میانجی نارسایی شناختی در ارتباط بین ذهن‌آگاهی و صمیمیت زناشویی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۵ (۳)، ۲۵۱-۲۶۱.

معین‌الغربائی، فاطمه؛ کرملو، سمیرا و نوفرستی، اعظم. (۱۳۹۶). مؤلفه‌های فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواس اجبار و اختلال افسرده‌خویی. *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲۳ (۲)، ۱۶۴-۱۷۷.

Alavinezhad, R., Kooshki, S., Baqdasarians, A., Golshani, F. (2019). Structural modeling of internet addiction based on maladaptive personality traits and alexithymia among college students: the mediating role of loneliness. *Psychological Methods and Models*, 10(37), 117-138(Text in Persian).

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10, p. s15327752jpa6703_13). Pearson.

Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British journal of clinical psychology*, 21(1), 1-16.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.

- Cohen, J. R., and Ferrari, J. R. (2010). Take some time to think this over: the relation between rumination, indecision, and creativity. *Creativity Research Journal*, 22(1), 68–73.
- Dibaji, M., Oreyzi Samani, H., & Abedi, M. (2017). The mediating role of psychological hardiness and extraversion in the relationship of job demands with stress and deoression of working men. *Iran Occupational Health*, 14 (3), 105-116(Text in Persian).
- Even, A. (2020). The evolution of work: Best practices for avoiding social and organizational isolation in telework employees, *Evolution of Work*, 1-31. doi:10.2139/ssrn.3543122
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1993). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R)* [Database record]. APA PsycTests.
- Eysenck, M.W., Payne, & Derakhshan, N. (2005). Trait anxiety, visospatial processing, and working memory. *Cognition & Emotions*, 19(8), 1214- 1228.
- Eysenck, N. & M., Calvo. M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6(6), 409-434.
- Fadda, D., & Scalas, L. F. (2016). Neuroticism as a moderator of direct and mediated relationships between introversion-extraversion and well-being. *Europe's journal of psychology*, 12(1), 49–67.
- Firouzy Ojagh, A., & Bonyadi Naeni, A. (2020). Human bond communications: Innovative technology solution for the continuity and development of business activity in quarantine conditions during the Corona Pandemic. *Journal of International Business Administration*, 3(10), 73-93(Text in Persian).
- Fullana, M. A., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., & Radua, J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 275(1), 80-81.
- Gálvez, A., Tirado, F., & Martínez, M. J. (2020). Work–life balance, organizations and social sustainability: Analyzing female telework in Spain. *Sustainability*, 12(9), 3567.
- Ghasemi Jobaneh, R., Mousavi, S., Hoseini Seddigh, M. (2020). The mediating role of cognitive failure in relationship of mindfulness and marital intimacy among elderly. *Aging Psychology*, 5(3), 251-261(Text in Persian).
- Hoffart, A., Johnson, S. U., & Ebrahimi, O. V. (2020). Loneliness and social distancing during the COVID-19 pandemic: Risk factors and associations with psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 11(1), 1297.

- Kawada, T. (2020). Telework and work-related well-being. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(12), e775.
- Kazekami, S. (2020). Mechanisms to improve labor productivity by performing telework. *Telecommunications Policy*, 44(2), 1-15.
- Lewis, K. (2020). COVID-19: Preliminary data on the impact of social distancing on loneliness and mental health. *Journal of Psychiatric Practice*®, 26(5), 400-404.
- Liu, T., & Csikszentmihalyi, M. (2020). Flow among introverts and extraverts in solitary and social activities. *Personality and Individual Differences*, 167, 110197. doi:10.1016/j.paid.2020.110197.
- Luong, V., Shields, C., Petrie, A., & Neumann, K. (2021). Does personality matter? perceptions and experiences of introverts and extraverts as general surgeons. *Teaching and Learning in Medicine*, 1-11. doi:10.1080/10401334.2021.1922284.
- Meymandpour, R., & Bagheri, Z. (2017). A study of personality traits, viz., extraversion and introversion on telecommuters' burnout. *Telecom Business Review*, 10(1), 1-7.
- Moin Al-Ghorabaiee, F., Karamloo, S., Noferesti, A.(2017). Metacognitive components in patients with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and depressed mood disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017; 23 (2),164-177(Text in Persian).
- Nakagomi, A., Shiba, K., Kondo, K., & Kawachi, I. (2020). Can online communication prevent depression among older people? A longitudinal analysis. *Journal of Applied Gerontology*, 1-9. doi:10.1177/0733464820982147
- Oreyzi H. R., & Ejei A.(2018). A study of the fear of assessment as a mediator in the relationship between the role breadth and organizational structure with the strategic effectiveness. *Journal of Psychology*, 22(1), 34 - 49(Text in Persian).
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472-480.
- Sedaghat, M., Soleimanifar, M., Yahyavi, J., Fateh, M.(2020). Does social distancing change lifestyles?. *Journal of Lasers in Medicine*, 17(1), 11-19(Text in Persian).
- Tomás, J. M., Pinazo- Hernandis, S., Oliver, A., Donio- Bellegarde, M., & Tomás-Aguirre, F. (2019). Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. *Journal of community psychology*, 47(5), 1225-1234.

- Tuluhan, S. M., & Yalcinkaya, M. (2018). The effect of communication skills training program on teachers' communication skills, emotional intelligence and loneliness levels. *Revista de Cercetare si Interventie sociala*, 62(1), 151-172.
- Tuovinen, S., Tang, X., & Salmela-Aro, K. (2020). Introversion and social engagement: scale validation, their interaction, and positive association with self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 11, 3241. doi: 10.3389/fpsyg.2020.590748.
- Vasilenko, E. A., Vorozheykina, A. V., Gnatyshina, E. V., Zhabakova, T. V., & Salavatulina, L. R. (2020). Psychological factors influencing social adaptation of first-years students to the conditions of university. *Journal of Environmental Treatment Techniques*, 8(1), 241-247.
- Walker, D. L. (2020). Extraversion–Introversion. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Models and Theories*, 159-163. doi: 10.1002/9781119547143.ch28.
- Wei, M. (2020). Social distancing and lockdown—an introvert's paradise? an empirical investigation on the association between introversion and the psychological impact of covid19-related circumstantial changes. *Frontiers in psychology*, 11(1), 1-8.
- Williams, S. N., Armitage, C. J., Tampe, T., & Dienes, K. (2020). Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study. *BMJ open*, 10(7), 1-8.
- Ypsilanti, A. (2018). Lonely but avoidant—the unfortunate juxtaposition of loneliness and self-disgust. *Palgrave Communications*, 4(1), 1-4.
- Zavatti Campos, W. Y. Y., Cavazotte, F., Moreno, V., & Quintão, M. J. (2021). Engagement and anxiety during covid-19: the role of servant leadership and psycap through telework. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2021, No. 1, p. 15015). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Zhang, S., Moeckel, R., Moreno, A. T., Shuai, B., & Gao, J. (2020). A work-life conflict perspective on telework. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 141, 51-68. doi: 10.1016/j.tra.2020.09.007



داوران این شماره

Mahsima Poorshahriari	Associate Professor alzahra university	دانشیار دانشگاه الزهرا	مه سیما پورشهریاری
Maryam Talebi	Assistant Professor Babol Institute of Higher Education	استادیار دانشگاه غیرانتفاعی بابل	مریم طالبی
Ali Akbar Arjmandnia	Professor university of Tehran	دانشیار دانشگاه تهران	علی اکبر ارجمند نیا
Seyedeh Monavar Yazdi	Professor university of Alzahra	استاد دانشگاه الزهراء	سیده منور یزدی
Abbas Abolghasemi	Professor Guilan university	استاد دانشگاه گیلان	عباس ابوالقاسمی
Simindokht rezakhani	Assistant Professor Islamic Azad University Roudehen Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن	سیمین دخت رضاخانی
Ghazal Zandkarimi	Assistant Professor Refah College	استادیار دانشکده رفاه	غزال زند کریمی
Jalil Babpour	Professor Tabriz university	استاد دانشگاه تبریز	جلیل باباپور
Abolghasem Mehrinejad	Associate Professor alzahra university	دانشیار دانشگاه الزهراء	سید ابوالقاسم مهری نژاد
Sogand Ghasemzadeh	Assistant Professor university of Tehran	استادیار دانشگاه تهران	سوگند قاسم زاده
Rahim Badri gargari	Professor Tabriz university	استاد دانشگاه تبریز	رحیم بدری گرگری
Ramezan Hasanzadeh	Professor Islamic Azad University Sari Branch	استاد دانشگاه ازاد اسلامی واحد ساری	رمضان حسن زاده
Shekoofeh Mottaghi	Assistant Professor Ardakan University	استادیار دانشگاه اردکان	شکووفه متقی

Balal Izanlo	Associate Professor Kharazmi University	دانشیار دانشگاه خوارزمی	بلال ایزانلو
Simin Hosseinian	Professor university of Alzahra	استاد دانشگاه الزهراء	سیمین حسینیان
Siamak Khodaei Khiyavi	Farhangyan university	مدرس دانشگاه فرهنگیان	سیامک خدائی خیاوی

In the name of
**Quarterly Journal of *QOD*
Psychological Studies**

Faculty of Education and Psychology
Vol. 17, No.3, Autumn 2021, Serial No.64
Alzahra University

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Seyed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

Hamidreza Aghamohammadian

Professor of Ferdowsi University of Mashhad

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Jalil Babapour Khairuddin

Professor, University of Tabriz

Sajjad Basharpour

Professor of Mohaghegh Ardabili University

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajoo

Professor, University of Tehran

Behrooz Birashk

Associate Professor, Tehran University of Medical Science

Esmat Danesh

Professor of Shahid Beheshti University

Eleni G. Hapidou

Researcher, Michael DeGroot Pain Center, Associate Professor

(PT) Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences

Kianoosh Hashemiyan.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand

Professor of Shahid Chamran University of Ahvaz

Seyed abolghasem Mehrinejad

Associate Professor of Alzahra University

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Changiz Rahimi Taghnaki

Professor of Shiraz University

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Fatemeh Safiri

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

Abbas Abdollahi

Assistant Professor, Alzahra University

Editorial Secretary

Fatemeh Vaziri

Layout Designer

Fatemeh Safiri

Cover Designer

Parisa Shad Ghazvini

Associate Professor, Alzahra University

Publication Frequency

Quarterly

Publication Permit No.

124/1274

Peer Review Permit No.

3/2910/1069

Circulation

1,000

Address

3rd floor, Faculty of Education

And Psychology, Alzahra

University, Vanak,

Tehran, Iran

P.O. Box

19935/663

TeleFax

+98 (21) 88041463

Home page:

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>

E-mail

psychstudies@alzahra.ac.ir

Journal of Psychological studies is indexed in ISC, Iran Journal and has been allocated an impact factor by ISC.

Abstracts

- Comparison of Effectiveness Mindfulness and Cognitive-behavioral Therapies on Experiential Avoidance of Women with Insomnia** 11-32
Zahra Kamalinasab Shokooh alsadat Banijamali Shirin Kooski
Mohammad Oraki
- The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation on the Pattern of Quantitative Electroencephalography and the Symptoms of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder** 33-52
Changiz Rahimi , Mahjoubeh Pourebrahimi , Razieh BaniAsadi
- Explaining the Symptoms of Narcissism based on the Dimensions of Childhood Trauma and Cognitive Distortion** 53-72
Sara lorzangeneh , Ali Issazadegan
- Validity and Reliability of Shifting Component Tasks of Executive Functions** 73-94
Soodeh Baghkhani , S. M. Hossein Mousavi Nasab* , Somayeh Pourehsan
- Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Based Therapy on Body Image Dissatisfaction in People with Eating Disorder Symptoms** 95-114
Mahrokh Rezaei ,Parvaneh Mohammadkhani, Marjan Jafari Roshan
- The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving Academic Self-regulation and Psychological Flexibility in Students with Specific Learning Disorder(SLD)** 115-136
Ali Rezaeisharif ,Nasser Sobhi Gharamaleki ,Saeed Pourabdol ,
Majid Zargham Hajebi ,Mahdi Beyki
- The Role of Impulsivity, Executive Functions and Dispositional Mindfulness in the Occurrence of Risky-Taking Behaviors of Young People** 137-156
Marzieh Asghari , Mohammad Hosein Abdollahi, Mahnaz Shahgholian
- The Role of Impulsivity, Executive Functions and Dispositional Mindfulness in the Occurrence of Risky-Taking Behaviors of Young People** 157-178
Marzieh Asghari , Mohammad Hosein Abdollahi, Mahnaz Shahgholian
- The Role of Introversion in Psychological Consequences with Respect to Demographic Variables in Teleworking** 179-198
Hamidreza Oreyzi , Hajar Barati



Comparison of Effectiveness Mindfulness and Cognitive-behavioral Therapies on Experiential Avoidance of Women with Insomnia

Zahra Kamalinasab¹ Shokooh alsadat Banijamali² Shirin Kooski³
Mohammad Oraki⁴

Abstract

The purpose of the study was to compare the effectiveness of Mindfulness Therapy and Cognitive-behavioral therapy on experiential avoidance in women with insomnia. This was a quasi-experimental study pre-test, post-test, with the control and 3-months follow-up. The statistical population study included women with insomnia who referred to the counseling center of the University of Applied Sciences, Arts and Culture by recall in 2020. A sample of 63 participants were selected by purposive sampling method and randomly divided into three group (21 people in each group). Both two experiments were under treatment individually within 8 sessions of 45-60 minutes. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ) were administered before treatment, the end of treatment sessions and after 3 months. Data were analyzed using analysis of variance with repeated measure analysis. The results showed that both Mindfulness Therapy and Cognitive-behavioral therapy had impact on reducing experiential avoidance of women with Insomnia disorder, and both were equally effective at follow up, however the first was more effective as well as had the aspect of preventing recurrence. Therefore, these two therapies can be used either way to decrease experiential avoidance.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, experiential avoidance, insomnia, mindfulness-based therapy.

¹ PhD Student, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. m.kamalinasab@gmail.com

² Assistant Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran drbanijamali@yahoo.com

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Shirin_kooski@yahoo.com

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. m.oraki@pnu.ac.ir



The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation on the Pattern of Quantitative Electroencephalography and the Symptoms of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Changiz Rahimi¹, Mahjoubeh Pourebrahimi², Razieh BaniAsadi³

Abstract

The purpose of this study was the effectiveness of transcranial direct current stimulation (tDCS) on the quantitative electroencephalography (QEEG) and the symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). In this quasi-experimental study with pretest-posttest design with control group, from patients with OCD referred to psychiatric and psychological clinics in Kerman in 2019-2020, 40 patients were selected by available and according to purposive sampling and were randomly assigned in to experimental and control groups. After the diagnosing OCD in patients using research user's guide for the structured clinical interview and recording QEEG data from 19 locations of their brains, in the experimental group, based on QEEG, for each patient was assigned a treatment protocol and this group underwent tDCS treatment (25 sessions, 60-minutes). Participants were evaluated twice (pre-test and post-test) by The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS) and QEEG recording and data were analyzed by covariance analysis (ANCOVA) and Paired-Samples t Test. The results showed that tDCS is effective in improving the symptoms of OCD patients and modifying the brain wave pattern of patients. Therefore, this method may be used as an effective and uncomplicated therapeutic strategy.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, quantitative, electroencephalography, transcranial direct current stimulation

¹ Ph.D., Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. crahimi2016@hotmail.com

² Corresponding Author: Ph.D. Student, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. m.pourebrahim_psy@yahoo.com

³ MA, Departeman of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran. Rb137613@gmail.com



Explaining the Symptoms of Narcissism based on the Dimensions of Childhood Trauma and Cognitive Distortion

Sara lorzangeneh¹, Ali Issazadegan²

Abstract

Narcissism is a complex trait that reflects exceptional self-centeredness and social selfishness and is associated with negative social consequences. The aim of this study was to investigate the nature of narcissism with respect to the predictive role of childhood trauma and cognitive distortion. The research design was descriptive-correlational and the statistical population included students of Urmia universities in the first semester of the academic year 2020-2021 that 285 students were selected as a statistical sample by available sampling method and in order to collect information on self-obsessed and child personality assessment tools Noorbakhsh harassment and cognitive distortions complemented Abdullahzadeh and Salar. The results of correlation coefficients showed that narcissism has a positive and significant relationship with childhood trauma and cognitive distortion. Also, the results of using multiple regression analysis showed that narcissism is significantly explained by childhood trauma and cognitive distortion and cognitive distortion has the highest predictive power for narcissism. The findings of this study suggest that childhood trauma and cognitive distortion can play an important role in the etiology of narcissism.

Keywords: Child trauma; cognitive distortion; narcissism

¹ Corresponding Author: Master of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. E-mail: St_s.zangeneh@urmia.ac.ir.

² Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. E-mail: A.issazadegan@urmia.ac.ir



Validity and Reliability of Shifting Component Tasks of Executive Functions

Soodeh Baghkhani¹, S. M. Hossein Mousavi Nasab*²,
Somayeh Pourehsan³

Abstract

The aim of the current research was to study of validity and reliability of shifting component tasks of executive functions. This research was descriptive-analytical by survey method. The statistical population of the study included normal people from 16 to 60 years old and people with various clinical disorders from the city of Kerman. Among them, using the non-random quota sampling method in the pilot phase, 100 individuals were preliminarily, 406 normal people and 74 people with schizophrenia, major depression, brain injury and Alzheimer's Were examined as a sample size. Participants performed Shifting component tasks including three subscales of Color-Shape, Category Switch and Number-Letter. Data were analyzed using descriptive statistics, different types of validity and reliability and MANOVA. The results showed that the shifting component tasks have acceptable validity and reliability and there is a significant difference between the scores of normal people and the scores of people with clinical disorders. Therefore, this tasks can well assess the ability to Shifting and differentiate between the performance of normal people and people with clinical disorders and be used in diagnosis, treatment, rehabilitation and talent identification.

Keywords: Clinical disorders, executive functions, reliability, shifting, validity

¹ Master Degree of Clinical Psychology, Department of Psychology, Literature and Humanities Faculty, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. soudehbaghkhani@ens.uk.ac.ir

² (Corresponding Author): Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Literature and Humanities Faculty, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran, ORCID: 0000-0002-7102-2835 . hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir

³ Assistant Professor of Psychometric, Department of Psychology, Literature and Humanities Faculty, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. pourehsan@uk.ac.ir



Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Based Therapy on Body Image Dissatisfaction in People with Eating Disorder Symptoms

Mahrokh Rezaei*¹, Parvaneh Mohammadkhani²,
Marjan Jafari Roshan³

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy on body image dissatisfaction in people with eating disorder symptoms. The research method was quasi-experimental pre-test-post-test with a control group and a follow-up period. The statistical population of the study included patients with eating disorders in Chamran Hospital. A total of 36 patients were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (12 individuals in each group) and completed the Body Image Concern Questionnaire by Littleton et al. The first group received mindfulness-based cognitive therapy and the second group received emotion-based treatment and the control group did not receive treatment. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The results showed that the level of dissatisfaction with body image in both experimental groups significantly decreased compared to the control group, but there was no significant difference between the two treatments. Therefore, it can be concluded that both mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy can reduce body image dissatisfaction, and therapists can use both approaches for people with eating disorder symptoms.

Keywords: Body image, eating disorders, emotion-based therapy, mindfulness.

¹Corresponding Author: PhD student in Psychology, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Iran; m.rezaei.psycho@gmail.com

² Professor of Psychology, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; parmohamir@yahoo.com

³ Associate Professor of Psychology, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch; marjan.jafariroshan@gmail.com



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving Academic Self-regulation and Psychological Flexibility in Students with Specific Learning Disorder(SLD)

Ali Rezaeisharif *¹, Nasser Sobhi Gharamaleki², Saeed Pourabdol³

Majid Zargham Hajebi⁴, Mahdi Beyki⁵

Abstract

The purpose of this study was to evaluate The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on improving academic self-regulation and psychological flexibility in students with specific learning disorder. This research was an experimental study with the pre and post-test with a control group design. The statistical population of the present study was all male students with specific learning disorder in two learning disability centers in Tehran. Among them, 40 students were selected as the sample of the study by available sampling method and randomly classified into two groups. The experimental group received eight 90-minute session of ACT program. The control group was placed on a waiting list. For data collection we used academic self-regulation and psychological flexibility scale. The results of multivariate analysis of covariance showed the ACT improved on academic self-regulation and psychological flexibility students with specific learning disorder. Based on the obtained results, it can be said that the acceptance and commitment therapy by creating acceptance and openness to negative experiences and emotions and cognitive defusion can improve academic self-regulation and psychological flexibility of this students.

Keywords : Acceptance and commitment therapy, academic self-regulation, psychological flexibility, specific learning disorder.

¹Corresponding Author: Associate Professor of Educational Psychology, Department of counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. ORCID: 0000-0003-3502-8575. rezaeisharif@uma.ac.ir

²Associate Professor of Psychology, University of Allameh Tabataba'i.Tehran, Iran. aidasobhi@yahoo.com

³Ph..D. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Shahed University of Tehran, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-8874-9926 saeed.pourabdol@yahoo.com

⁴ Associate Professor of Psychology Department of Educational Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran. ORCID: 0000000279750845 zarghamhajebi@yahoo.com

⁵Ph.D student of Educational Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad . University of Qom, Qom, Iran. ORCID: 0000-0002-5070-5872 beyki1358@gmail.com



The Role of Impulsivity, Executive Functions and Dispositional Mindfulness in the Occurrence of Risky-Taking Behaviours of Young People

Marzieh Asghari¹, Mohammad Hosein Abdollahi^{2*},
Mahnaz Shahgholian³

Abstract

The aim of this study was to investigate the role of impulsivity, executive functions and dispositional mindfulness in the occurrence of risky-taking behaviors in young people. This study was a descriptive and correlational study. The statistical population of the study included students of Tehran Universities in 2020-2021. By using available sampling method through online calling, 380 students participated in the study. They responded to the Iranian Adolescents Risk Scale, the Barrat Impulsivity, the Cognitive Ability Questionnaire and the Five Facet Mindfulness Questionnaire. Data were analyzed using correlation tests and hierarchical multiple regression analysis. The results showed that there was a positive and significant relationship between impulsivity and executive functions (except social cognition) and risky-taking behaviors. There was also a negative and significant relationship between risky-taking behaviors with dispositional mindfulness and factors of describing and action with awareness. Regression results showed that executive functions significantly predicted the tendency to risky-taking behaviors in young people. The obtained results can be used to determine educational and treatment priorities in order to help prevent and control such risky-taking behaviors in young people.

Keywords: *Impulsivity, executive functions, dispositional mindfulness, risky-taking behaviors*

¹M.A Student of Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran. m.asghari6465@gmail.com

²(Corresponding Author). Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran abdollahimh@yahoo.fr

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran. mshahgholian@gmail.com



The Role of Perceived Social Support and Coping Styles in Predicting Aggression and Vulnerability to Corona Stress in Adolescents

Faramarz Sohrabi¹ Delaram Jameian², Zahra Pourasadi³

Abstract

The aim of this study was to determine the role of perceived social support and coping styles in predicting aggression and vulnerability to corona stress in adolescents. The present study was a descriptive and correlational study and the statistical population also included all high school students in Tehran who were studying in the first semester of the academic year 1399-1400. The sample size was 352 people by voluntary sampling method. Corona coping style questionnaire, social support, aggression, and perceived stress scale were used. The results of data analysis by structural equation method showed that the relationship between the dimensions of social support with aggression and perceived stress was negative and significant. As a result, adaptive coping styles and seeking social support were associated with a reduction in negative behaviors, while maladaptive coping styles and not receiving social support lead to maladaptive strategies such as aggression. In other words, people involved in stressful situations, involved in negative moods and emotions, this in itself causes aggression. And if people use maladaptive and avoidant coping styles, the level of aggression increases. It was suggested that adolescent adaptive coping styles and social support be taught to families to reduce adolescent aggression and stress.

Keywords: Adolescents, aggression, coping style, corona stress, perceived social support

¹ Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0293-612>. sohrabi@atu.ac.ir

² Master of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-8652-3915>.Delaramjameian71@gmail.com

³ Master of Clinical Psychology-Family Therapy, University of Science and Culture, Tehran, Iran. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-4444-4282>. pourassadiz@gmail.com



The Role of Introversion in Psychological Consequences with Respect to Demographic Variables in Teleworking

Hamidreza Oreyzi¹, Hajar Barati²

Abstract

Given the importance of selecting the right people for teleworking, this study aimed to investigate the role of introversion in psychological consequences according to demographic variables in teleworking during the corona period. The research method was correlational and the research sample was selected from 197 telework employees of a company by convenience sampling. Then they responded to research tools including the Beck Depression Inventory, Cognitive Failure Questionnaire (CFQ), Metacognition Questionnaire, Loneliness Scale, and Fear of evaluation Questionnaire. Correlation and regression analyzes were used to analyze the data. The results showed that demographic variables of age, life situation and recent unemployment predict psychological consequences. After including introversion in the model, living with others (as opposed to living alone) was associated with more severe loneliness, cognitive failures, and fear of evaluation as a result of changes in the conditions by the Coronavirus. The coefficient β is negative about loneliness. That means in this situation the introvert shows a greater tendency to be with others to reduce loneliness. This finding contradicts the background. Organizations are advised to pay attention to their personality when choosing employees to work remotely to reduce negative psychological consequences.

Keywords: Corona, introversion, psychological consequences, telework.

¹ PhD of Psychology , Professor of psychology Department in Educational Sciences and Psychology college, University of Isfahan. Ad: Iran, Isfahan, Darvaze Shiraz, University of Isfahan, Educational Sciences and Psychology College, Department of Psychology.dr.oreyzi@edu.ui.ac.ir.

² PhD of Psychology and Assistant Professor of Psychology Department in Educational Sciences and Psychology college, University of Isfahan. h.barati@edu.ui.ac.ir