

## فهرست

### \* پژوهش

- اثربخشی برنامه گروهی توانمندسازی زناشویی انریچ بر رضایت زناشویی و سلامت روان همسران ۷  
دکتر تورج سپهوند  
دکتر سیدکاظم رسولزاده طباطبایی  
دکتر محمدعلی بشارت  
دکتر عباسعلی الهیاری
- اثربخشی اولیه پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند ۲۹  
دکتر مهدی اکبری  
دکتر رسول روشن  
دکتر امیر شعبانی  
دکتر لادن فتی
- مقایسه تأثیر درمان‌های فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی فرونشانگانی: نتایج پیگیری ۳ ماهه ۵۶  
دکتر مهدی سلیمانی  
دکتر پروانه محمدخانی  
دکتر بهروز دولتشاهی
- تأثیر آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه ۷۷  
مریم اسماعیل‌زاده کیابانی  
دکتر مهناز علی‌اکبری دهکردی  
دکتر احمد علی‌پور  
طیبه محتشمی
- رابطه وابستگی آنلاین با اضطراب اجتماعی در نوجوانان ۹۴  
دکتر ابراهیم مسعودنیا

- رابطه تاب‌آوری و منبع کنترل با شادکامی  
دانشجویان ۱۱۴  
جعفر بهادری خسروشاهی  
دکتر جلیل باباپور خیرالدین  
دکتر حمید پورشریفی

\* گزارش‌های کوتاه از پژوهش‌های بالینی

مترجم

- افسردگی بر افزایش خطر خودکشی در  
بزرگسالانی که اختلال استرس پس از سانحه  
دارند چگونه تأثیر می‌گذارد؟ ۱۲۸  
سمیه نقوی
- درمان مختصر بازی محور علاقه به اشیاء مختلف  
را در کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال طیف  
اوتیسم افزایش می‌دهد ۱۲۹  
عطیه‌السادات متقی قمصری

\* گزارش و خبر

۱۳۱

\* معرفی کتاب و مجله

۱۳۳

- \* کتاب‌شناسی فرهنگ‌های روان‌شناسی، علوم تربیتی،  
و زمینه‌های وابسته ۱۳۹  
دکتر احمد به‌پژوه

۱۴۲

\* آگهی‌ها

به نام خداوندی،

که هستی را آفرید،

که اسرار هستی را آفرید،

و انسان را، که در این اسرار غور کند.

## قابل توجه دانشجویان دوره دکتری انتخاب برجسته‌ترین طرح‌های آزمایشگاهی پایان‌نامه‌های دکتری مصوب در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴

نشریه پژوهشهای روان‌شناختی به دنبال سیاستی کلی که در شماره ۱ نشریه به آن اشاره شد و متأسفانه به دلیل مشکلات موجود همانطور که قبلاً گفته آمد، اجرای آن برای مدتی متوقف شد، در نظر دارد به سه طرح آزمایشگاهی برتر پایان‌نامه‌های دکتری در رشته‌های مربوط به موضوع نشریه که رسماً به تصویب مؤسسات مربوط رسیده باشند با شرایط مذکور در زیر لوح افتخار و جایزه اعطاء نماید:

- ۱- طرح پژوهشی پایان‌نامه دکتری می‌باید از نوع آزمایشگاهی بوده و به تصویب مؤسسه مربوط رسیده باشد.
- ۲- طرح باید حداکثر در ده صفحه تنظیم شده باشد یا حداکثر با این حجم برای نشریه ارسال گردد.
- ۳- به همراه تقاضای شرکت در این رقابت، رزومه دانشجوی تنظیم‌کننده طرح نیز ارسال گردد.
- ۴- طرح و ضمیمه آن تا پایان شهریور ماه ۱۳۹۵ به دفتر نشریه رسیده باشند.
- ۵- به برترین طرح پایان‌نامه دکتری لوح افتخار و جایزه تعلق خواهد گرفت.
- ۶- به طرح‌های رتبه دوم و سوم لوح افتخار تعلق خواهد گرفت.

با تشکر پیشاپیش از توجه به این اطلاعیه و ارسال مدارک لازم

نشریه پژوهشهای روان‌شناختی

### شرایط پذیرش مقاله و گزارش

نشریه پژوهشهای روان‌شناختی با اظهار سپاس از دانش پژوهانی که مجله را مورد عنایت قرار می‌دهند و مطلب ارسال می‌دارند، اعلام می‌کند که رعایت اصول زیر در مورد تنظیم مقاله و گزارش موجب امتنان بیشتر مسؤولان نشریه و سهولت کار آنان و همچنین تسریع در اعلام نظر نهایی خواهد شد:

- ۱- مقاله یا گزارش را مطابق اصول نگارش APA و نیز با مراجعه به شماره‌های قبلی این نشریه، و با توجه به صفحه‌آرایی مورد نظر نشریه تنظیم فرمایید.
- ۲- مقاله یا گزارش، حروف‌نگاری شود و با حداقل دو فاصله بین سطرها و بر یک روی کاغذ درج گردد.
- ۳- ارسال لوح فشرده (CD) مقاله در قالب نرم افزار Word و ۳ نسخه چاپ شده از آن ضرور است.
- ۴- چکیده هر مقاله را به دو زبان فارسی و انگلیسی، هر یک در حدود ۱۵۰ کلمه تنظیم فرمایید.
- ۵- کلیدواژه‌ها به فارسی و انگلیسی تنظیم و ارسال شوند.
- ۶- لاتین اسامی خاص و معادل انگلیسی اصطلاحات با ذکر شماره مذکور در متن در پاورقی ذکر شوند.
- ۷- نام نویسنده یا نویسندگان، و درجه علمی و محل اشتغال آنان به دو زبان فارسی و انگلیسی روی برگ جداگانه ای نوشته و همراه با مقاله ارسال شود. در ضمن روی همین برگ تعیین فرمایید پژوهشگرانی که مایل به کسب اطلاعات بیشتری در مورد مقاله هستند، با کدام یک از نویسندگان و با چه نشانی و شماره تلفنی تماس بگیرند. ذکر نشانی پست الکترونیک یکی از

نویسندگان الزامی است.

- ۸- شکل، نمودار، و جدول فقط در مواردی که برای روشن‌تر شدن متن یا افزودن بر اطلاعات موجود در متن ضرور باشند، با ذکر شماره و عنوان اضافه شوند. لطفاً از آوردن شکل، نمودار، و جدول ناموزون، با کیفیت نامطلوب، و یا زائد اکیداً پرهیز فرمایید.
- ۹- در پایان مقاله یا گزارش، اول مراجع فارسی و سپس مراجع خارجی طبق اصول APA آورده شوند. فقط مراجعی که در متن مقاله با اسم نویسنده و سال انتشار به آنها اشاره شده است، ذکر شوند.
- ۱۰- لطفاً از ارسال همزمان مقاله به نشریات دیگر خودداری فرمایید.
- ۱۱- یک نسخه از مقاله را حتماً پیش خود نگاه دارید.
- ۱۲- در صورت پذیرفته‌شدن مقاله، ۵ نسخه از شماره‌ای که مقاله در آن درج شده است برای هر یک از نویسندگان ارسال خواهد شد.
- ۱۳- از خوانندگان، پژوهشگران، و نویسندگان تقاضا می‌شود مکاتبات و مقالات خود را به نشانی زیر ارسال دارند:

نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی، تهران، صندوق پستی: ۱۴۱۵۵-۵۱۹۱

تلفن: ۸۸۳۵۰۸۵۸  
[www.psychresearch.ir](http://www.psychresearch.ir)

## سپاس از یاران

نشریه پژوهشهای روان‌شناختی بر آن سر است که از همه بلند همتانی که به یاری دانایی بر می‌خیزند و بی‌چشمداشتی، مال، وقت، و همت صرف نشریه می‌کنند با ذکر نام آنان تشکر کند. آشکارا ذکر اسامی اعضای شورای دبیران، مشاوران نشریه، و دیگرانی که خود از ارکان نشریه‌اند ضرور نیست و نشریه به نیابت از آنان این بزرگواری را سپاس می‌گزارد.

اشخاص حقیقی و حقوقی که نام آنان در زیر آمده است ظرف یک سال اخیر به انحاء گوناگون به نشریه مدد رسانده‌اند: برخی بزرگواران با هدیه کردن وجه نقد از نشریه حمایت کرده‌اند؛ دیگرانی امکانات دفتری و اداری در اختیار گذارده‌اند؛ بعضی با کمک به توزیع و فروش نشریه در مراکز علمی خود، مارا یار بوده‌اند؛ و دوستانی دیگر با صرف وقت در دفتر نشریه در پیشبرد امور کوشیده‌اند:

### \* این بزرگواران با هدیه کردن وجه نقد از نشریه حمایت کرده‌اند؛

- سرکار خانم شیرین عراقی مطلق (مرکز رشد؛ توان‌بخشی کودکان استثنایی)
  - جناب آقای دکتر بنو عزیزی
  - جناب آقای مهندس رامین روحانی‌نژاد
  - سرکار خانم مهندس مرجان صفا
  - سرکار خانم دکتر ف. خ. الهام
  - جناب آقای مهندس علی کریملی
  - جناب آقای احمد اردکانی (عضو محترم دیوان عالی کشور)
- Professor Warren Thorngate, Carleton University, Ottawa, Canada

### \* این بلند همتان امکانات دفتری و اداری یا ملزومات در اختیار نشریه گذارده‌اند؛

- جناب آقای دکتر بهروز برنوس
- شرکت مهندسی الکترونیکوم (به ریاست جناب آقای مهندس مرتضی زمانی و مدیریت عاملی جناب آقای مهندس کامبیز سندوسی)

### \* این نیکاندیشان با کمک به توزیع، فروش، و تبلیغ نشریه ما را یاری کرده‌اند؛

- جناب آقای دکتر غلامحسین جوانمرد (دانشگاه پیام‌نور، بناب)
- سرکار خانم سیما شهیم (دانشگاه شیراز)
- جناب آقای دکتر مجید محمودعلیلو (دانشگاه تبریز)
- جناب آقای دکتر مجید یوسفی‌لویه (دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرکز)
- جناب آقای احمد آخوندی (ریاست شورای سیاست‌گذاری مجله توسعه مهندسی بازار)

اثربخشی برنامه گروهی توانمندسازی زناشویی انریچ  
بر رضایت زناشویی و سلامت روان همسران

**Efficacy of Group Marital Enrichment Program  
on Marital Satisfaction and Mental Health of Couples**

**Tooraj Sepahvand, Ph.D. \***

Arak University

**Seyed Kazem Rasoolzade Tabatabaei, Ph.D.**

Tarbiat Modares University

**Mohammad Ali Besharat, Ph.D.**

University of Tehran

**Abbas Ali Allahyari, Ph.D.**

Tarbiat Modares University

دکتر تورج سپهوند

دانشگاه اراک

دکتر سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی

دانشگاه تربیت مدرس

دکتر محمدعلی بشارت

دانشگاه تهران

دکتر عباسعلی الهیاری

دانشگاه تربیت مدرس

**Abstract:** To examine the efficacy of marital enrichment program on marital satisfaction and mental health (psychological well-being and psychological distress) of couples, among the couples referred to the counselling centers in Khorramabad (Iran), 26 couples were selected randomly, and assigned to experimental and control groups. Since this research was quasi-experimental with pretest design and control group, before performing the enrichment program, the questionnaires of Enriching and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness (ENRICH), Golombok-Rust Inventory of Marital

**چکیده:** به منظور بررسی اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی انریچ بر رضایت زناشویی و سلامت روان (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) زوجین، از میان زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان خرم‌آباد، ۲۶ زوج به روش تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با پیش‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در مرحله پیش‌آزمون، در مورد تمامی شرکت‌کنندگان، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH) و پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبومبوک-راست (GRIMS) برای سنجش رضایت زناشویی، و مقیاس سلامت‌روانی

\*t-sepahvand@araku.ac.ir

دریافت اصلاح نهایی مقاله: ۹۳/۱۲/۴  
پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۶

State (GRIMS), and Mental Health Inventory-28 (MHI-28) were completed by all participants as pretest. Then couples of experimental group participated in marital enrichment program during 6 weekly sessions, while the control group remained on the waiting list. After the final session of intervention program, all couples of the two groups completed the same questionnaires again as post-test. The results of analysis by covariance indicated that after controlling the effects of covariate variables (pretest), the efficacy of marital enrichment program on experimental group was shown to be significant in each of the dependent variables. According to these results, marital enrichment program has increased marital satisfaction and psychological well-being on one hand, and decreased marital problems and psychological distress on the other hand.

(MHI-28) برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی و آشفتگی روان‌شناختی، اجرا شدند. سپس زوج‌های گروه آزمایش در برنامه توانمندسازی زناشویی (شش جلسه هفتگی)، شرکت کردند، درحالی که اعضای گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. بعد از اتمام برنامه مداخله، مجدداً زوج‌های دو گروه با همان پرسشنامه‌ها مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس نشان دادند که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر برنامه توانمندسازی زناشویی در گروه آزمایش بر هر کدام از متغیرهای مورد بررسی معنادار بود. براساس این نتایج، برنامه توانمندسازی زناشویی از یک طرف رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش داده و از طرف دیگر، باعث کاهش مشکلات زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی زوج‌های گروه آزمایش شده‌است.

**Keywords:** marital enrichment program; marital satisfaction; marital problems; psychological well-being; psychological distress

**کلیدواژه‌ها:** توانمندسازی زناشویی؛ رضایت زناشویی؛ مشکلات زناشویی؛ بهزیستی روان‌شناختی؛ آشفتگی روان‌شناختی

تقریباً همه ازدواج‌ها و دیگر روابط زوجی تعهدآمیز با رضایت زیاد از رابطه شروع می‌شوند (گلن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ لاونر<sup>۲</sup> و برادبری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ مارکمن<sup>۴</sup>، استنلی<sup>۵</sup>، و بلومبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). با این حال، نوعاً سطح متوسط رضایت از رابطه حداقل در ده سال اول، هرساله کاهش بیشتری پیدا می‌کند (گلن، ۱۹۹۸). داده‌های میان‌ملیتی<sup>۷</sup> نیز با قاطعیت حاکی از آنند که آشفتگی و انحلال رابطه با پیامدهایی در زمینه سلامت جسمانی و هیجانی زوج‌ها و فرزندان‌شان همراه است (هالفورد<sup>۸</sup> و اسنایدر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). نتایج این داده‌ها بیانگر آن است که رو به زوال گذاشتن رابطه زناشویی<sup>۱۰</sup> یکی از عوامل ایجادکننده رنج<sup>۱۱</sup>

1- Glenn  
3- Bradbury  
5- Stanley  
7- crossnational  
9- Snyder  
11- suffering

2- Lovner  
4- Markman  
6- Blumberg  
8- Halford  
10- marital deterioration



در انسان‌ها است (کوردوو<sup>۱</sup>، اسکات<sup>۲</sup>، دوریان<sup>۳</sup>، میرگاین<sup>۴</sup>، یاگر<sup>۵</sup>، و گروت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵) و فرایند تباهی رابطه زناشویی و طلاق، علاوه بر اینکه مستقیماً ایجاد رنج می‌کند، با ایجاد منابع دیگری از رنج مانند افسردگی اساسی نیز مرتبط است (ویسمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ نقل از کوردوو و همکاران، ۲۰۰۵).  
به نظر می‌رسد رضایت زناشویی عامل تعیین‌کننده مهمی در بهزیستی روان‌شناختی برای همسران است (ساکو<sup>۸</sup> و فارس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). از طرف دیگر، افرادی که از بهزیستی بهتری برخوردار باشند، رفتارهای رمانتیک بهتری نشان می‌دهند (زیمِر-گِمِبِک<sup>۱۰</sup>، و دوکات<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). با این حال، رضایت زناشویی و سلامت روانی زوجین را می‌توان برحسب ویژگی‌های خاصی در آنها تبیین کرد. به‌عنوان مثال، سبک‌های کنارآمدن<sup>۱۲</sup> کارآمد (مسئله محور، هیجان محور مثبت) و ناکارآمد (هیجان محور منفی) می‌توانند واریانس متغیرهای رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، و درماندگی روان‌شناختی را به صورت معنادار تبیین کنند (بشارت، تاشک، و رضازاده، ۱۳۸۵).

مطالعات نشان می‌دهند که حضور افراد در رابطه‌ای سالم که با رضایت متقابل همراه باشد، پیش‌بینی‌کننده سلامت و بهزیستی برای همسران و فرزندانشان است (آماتو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰؛ پرولکس<sup>۱۴</sup>، هلمز<sup>۱۵</sup>، و بوهرلر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۷؛ هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲). هاوکینز<sup>۱۷</sup> و بوث<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۵) دریافتند با گذشت زمان، بهزیستی فردی همسرانی که شادکامی زناشویی خود را متوسط یا بالا گزارش می‌کردند، بیشتر از کسانی بود که میزان شادکامی خود از زناشویی‌شان را اندک گزارش می‌کردند. با وجود این، ممکن است ازدواج به لحاظ سلامت و بهزیستی، برای همه زوج‌ها مفید نباشد (هاوکینز و بوث، ۲۰۰۵؛ ویلیامز<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۳). آشفتگی زوجی<sup>۲۰</sup> شیوع مشخصاً بالایی دارد و در زمره فراوان‌ترین نگرانی‌های اولیه یا ثانویه‌ای است که توسط افرادی که از متخصصان بهداشت روانی کمک می‌طلبند، مطرح می‌شود (اسنایدر، کاستلانی<sup>۲۱</sup>، و ویسمن، ۲۰۰۶؛ هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲) و ارتباط نیرومندی با سلامت، بهزیستی، و سرمایه‌های<sup>۲۲</sup> کمتر

1- Cordova  
3- Dorian  
5- Yaeger  
7- Whisman  
9- Phares  
11- Ducut  
13- Amato  
15- Helms  
17- Hawkin  
19- Williams  
21- Castellani

2- Scott  
4- Mirgain  
6- Groot  
8- Sacco  
10- Zimmer-Gembeck  
12- coping style  
14- Proulx  
16- Buehler  
18- Both  
20- couple distress  
22- finances

در همسران دارد (سویندل<sup>۱</sup>، هلر<sup>۲</sup>، پسکوسولیدو<sup>۳</sup>، و کیکوزاوا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).  
پروکس، هلمز، و بوهر (۲۰۰۷) اشاره کردند که دو دیدگاه عمده در مورد ارتباط کیفیت  
زناشویی با بهزیستی روان‌شناختی وجود دارند. مدل استرس‌زایی<sup>۵</sup> (داویلا<sup>۶</sup>، برادبری<sup>۷</sup>، کوهان<sup>۸</sup>، و  
تاچلوکس<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷؛ نقل از کمپداش<sup>۱۰</sup>، تیلور<sup>۱۱</sup>، و کروگر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸) که در آن ادعا می‌شود افراد  
دارای بهزیستی روان‌شناختی پایین، تعاملات استرس‌زایی با همسران‌شان دارند که این تعاملات،  
به‌نوبه خود، به کاهش بیشتری در بهزیستی روان‌شناختی آنان منجر می‌شوند. در مدل ناسازگاری  
زناشویی افسردگی<sup>۱۳</sup> (بیچ<sup>۱۴</sup>، ساندین<sup>۱۵</sup>، و اولیری<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۰؛ نقل از کمپداش و همکاران، ۲۰۰۸)  
ادعا بر این است که ازدواج‌های ناشاد به افزایش خطر افسردگی منجر می‌شوند، چرا که همسران که  
جزو مهمترین منابع حمایت اجتماعی هستند و به‌طور طبیعی عامل حمایت‌کننده قدرتمندی در  
برابر افسردگی به‌شمار می‌آیند (براون<sup>۱۷</sup>، آندریوز<sup>۱۸</sup>، هریس<sup>۱۹</sup>، آدلر<sup>۲۰</sup>، و بریج<sup>۲۱</sup>، ۱۹۸۶)، در  
ازدواج‌های ناشاد این حمایت را اعمال و دریافت نمی‌کنند. در این مدل‌ها پیش‌بینی می‌شود که  
آشفته‌گی زندگی زناشویی خطر کاهش بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (کمپداش و  
همکاران، ۲۰۰۸). چنین دانشی درباره جنبه‌های مهم زندگی زناشویی می‌تواند به فراهم ساختن  
برنامه‌های مؤثرتر توانمندسازی زناشویی و درمان زناشویی کمک کند، که این امر به نوبه خود، اثر  
مثبتی بر کارکرد خانوادگی و اجتماعی همسران می‌گذارد (گریف<sup>۲۲</sup> و مالهرب<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۱). به‌ویژه  
آنکه مداخلات لازم برای بهبود ازدواج‌ها می‌توانند آثار جانبی مثبتی داشته باشند، از جمله بهبود  
بهزیستی همسران (کمپداش و همکاران، ۲۰۰۸).

در بسیاری از کشورها، دولت‌ها درباره هزینه‌های اجتماعی و شخصی بالای  
آشفته‌گی زوجی و طلاق نگرانی‌هایی نشان داده‌اند و آموزش رابطه زوجی<sup>۲۴</sup> (CRE)  
برای بهبود وضعیت زوجها پیشنهاد شده است (هالفورد، لیزیو<sup>۲۵</sup>، ویلسون<sup>۲۶</sup>، و

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1- Swindle                              | 2- Heller                         |
| 3- Pescosolido                          | 4- Kikuzawa                       |
| 5- stress generation model              | 6- Davilla                        |
| 7- Bradbury                             | 8- Cohan                          |
| 9- Tochlux                              | 10- Kamp Dush                     |
| 11- Tylor                               | 12- Kroeger                       |
| 13- marital discord model of depression | 14- Beach                         |
| 15- Sandeen                             | 16- Oleary                        |
| 17- Brown                               | 18- Andrews                       |
| 19- Harris                              | 20- Adler                         |
| 21- Bridge                              | 22- Greeff                        |
| 23- Malherbe                            | 24- couple relationship education |
| 25- Lizzio                              | 26- Wilson                        |

اکچی پینتی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ مارکمن، رودز<sup>۲</sup>، دلانی<sup>۳</sup>، و وایت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). اهداف کلیدی CRE عبارتند از کمک به زوجین برای حفظ رابطه‌ای تعهدآمیز و سالم، پیشگیری از فرسایش رضایت از رابطه، که دامن‌گیر بسیاری از زوج‌ها می‌شود، و کاهش هزینه‌های شخصی و اجتماعی قابل توجهی که آشفتگی رابطه و جدایی به‌بار می‌آورد (هالفورد، و اسنایدر، ۲۰۱۲). نتایج بررسی‌ها حاکی از این است که برنامه‌های آموزش رابطه مبتنی بر مهارت می‌توانند نه تنها برای همسران تازه ازدواج کرده، بلکه همچنین برای همسرانی که مدت بیشتری از ازدواج‌شان می‌گذرد نیز مفید واقع شوند و حداقل بخشی از ناشادی و استرسی را که باعث آشفتگی روابط همسران با هم و طلاق می‌شود، کاهش دهند (هالوگ<sup>۵</sup> و ریشتر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

برنامه‌های آموزش زوجی، معمولاً ترکیبی از چهار مؤلفه آگاهی<sup>۷</sup>، بازخورد<sup>۸</sup>، تغییر شناختی<sup>۹</sup>، و آموزش مهارت<sup>۱۰</sup> هستند (هالفورد، مارکمن، کلاین<sup>۱۱</sup>، و استنلی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳). در میان برنامه‌هایی که از ترکیب‌های متنوعی از این چهار مؤلفه تشکیل شده‌اند، آموزش رضایت از رابطه، جایگاه ویژه‌ای دارد (هالفورد، ۱۹۹۹). مثال‌هایی از برنامه‌های آموزش رابطه عبارتند از توانمندسازی تقویت رابطه<sup>۱۳</sup> (RE)، گورنی<sup>۱۴</sup> و ماکسون<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۰، برنامه توانمندسازی رابطه پیش از ازدواج<sup>۱۶</sup> (PREP)، رنیک<sup>۱۷</sup>، بلومبرگ<sup>۱۸</sup>، و مارکمن، ۱۹۹۲؛ مارکمن و همکاران، ۲۰۰۱). توانمندسازی تعهد و رابطه زوجی<sup>۱۹</sup> (Couple CARE)، هالفورد، مور<sup>۲۰</sup>، ویلسون، دایر<sup>۲۱</sup>، و فاروجیا<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۶، و آموزش توانمندسازی مقابله به همسران<sup>۲۳</sup> (CCET)، بودینمن<sup>۲۴</sup> و شانتیناث<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۴). به این ترتیب، توانمندسازی به شیوه‌های مختلفی انجام می‌شود که هر کدام میزان اثربخشی متفاوتی دارد. براساس تحقیقات، شیوه‌های توانمندسازی روابط، تأثیر زیادی داشته‌اند (اکوردینو<sup>۲۶</sup> و گورنی، ۲۰۰۳). همچنین،

- |  |                    |
|--|--------------------|
| 1- Occhipinti                                      | 2- Rhoades         |
| 3- Delaney   | 4- White           |
| 5- Hahlweg   | 6- Richter         |
| 7- awareness                                       | 8- feedback        |
| 9- cognitive change                                | 10- skill training |
| 11- kline  | 12- Stanley        |
| 13- Relationship Enhancement                       | 14- Guerney        |
| 15- Maxson   |                    |
| 16- Premarital Relationship Enhancement Program    |                    |
| 17- Renick   | 18- Blumberg       |
| 19- Couple Commitment and Relationship Enhancement |                    |
| 20- Moore  | 21- Dyer           |
| 22- Farrugia                                       |                    |
| 23- Couple Coping Enhancement Training             | 24- Bodenman       |
| 25- Shantinath                                     | 26- Accordino      |

مشخص شده که برنامه آموزش توانمندسازی مقابله به همسران می‌تواند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی هر دو جنس و رضایت زنان از زندگی خود منجر شود که این اثرها تا یک سال پابرجا باقی می‌مانند (پی‌هت<sup>۱</sup>، بودنمن، سینا<sup>۲</sup>، ویدمر<sup>۳</sup>، و شانتیناث، ۲۰۰۷).

توانمندسازی ازدواج<sup>۴</sup> یکی از رویکردهای پرکاربرد در زمینه پیش‌گیری از عواقب آسیب‌زای بروز نابسامانی در ارتباط‌های زناشویی است که با هدف ارتقای رشد بهنجار و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی (وَرْتینگتون جونیر<sup>۵</sup>، بوستون<sup>۶</sup>، و هاموندز<sup>۷</sup>، ۱۹۸۹) و نیز کمک به همسران برای آگاه‌شدن از افکار و احساسات خود و همسرشان، گسترش همدلی و صمیمیت، افزایش ارتباط مؤثر، و به‌کار بردن مهارت‌های حل مسئله در آنان به اجرا در می‌آید (باولینگ<sup>۸</sup>، هیل<sup>۹</sup>، و جنسیوس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵). برنامه توانمندسازی زناشویی انریچ هم که به آموزش مهارت‌های ارتباطی به همسران می‌پردازد، بر مبنای بحث‌های گروهی کوچکی، تمرین‌های تجربی، سرمشق‌گیری از رفتار رهبر گروه، و بخش‌های آموزشی کوتاه استوار است. این برنامه اولین بار توسط آلسون<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۷) نقل از السون و السون (۱۹۹۹) طراحی شد. در برنامه آماده‌سازی/توانمندسازی<sup>۱۲</sup> که اساس برنامه مذکور است، شش هدف زوجی و شش تمرین زوجی به شرح ذیل وجود دارد (السون و السون، ۱۹۹۹): ۱- کشف نقاط قوت رابطه<sup>۱۳</sup> و حوزه‌های قابل رشد آن<sup>۱۴</sup>، ۲- تقویت مهارت‌های ارتباط همسران از جمله قاطعیت<sup>۱۵</sup> و گوش‌دادن فعال، ۳- حل تعارض‌های میان دو همسر با استفاده از روش ده مرحله‌ای، ۴- کشف مسائل اصلی خانواده، ۵- تحول در بودجه عملی و طرح مالی، و ۶- تحول اهداف شخصی، زوجی، و خانوادگی.

در مورد اثرهای چنین برنامه‌هایی، به‌ویژه بر میزان رضایتمندی زناشویی همسران، مطالعات زیادی انجام شده‌اند. در یک مطالعه از نوع تصادفی و دارای طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل که ۲۹ زوج داوطلب را در یک برنامه توانمندسازی ازدواج<sup>۱۶</sup> یا در فهرست انتظار (گروه کنترل) جای دادند، نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون زنان بیشتر از مردان افزایش یافت و در کل، همسران از مشارکت‌شان در این برنامه، ابراز رضایتمندی زیادی کردند. نود درصد این زوج‌ها که در بررسی پیگیری ۴ ماهه شرکت کردند، اظهار داشتند که شرکت در این برنامه را به دوستانشان

- 
- |                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1- Pihet                  | 2- Cina                         |
| 3- Widmer                 | 4- marriage enrichment          |
| 5- Worthington Jr         | 6- Buston                       |
| 7- Hammonds               | 8- Bowling                      |
| 9- Hill                   | 10- Jencius                     |
| 11- Olson                 | 12- PREPARE/ENRICH              |
| 13- relationship strength | 14- growth areas                |
| 15- assertiveness         | 16- marriage enrichment retreat |

پیشنهاد کرده‌اند (آرنولد<sup>۱</sup> و مین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). در مطالعه دیگری (لیوینگستون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶)، سازگاری زناشویی را در همسرانی که در دو گروه درمانی زیر شرکت کردند، بررسی کردند: مدل مشاوره یکپارچه فشرده برای همسران<sup>۴</sup> (یونگ<sup>۵</sup> و لانگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸) که شامل مراحل ارزیابی، تنظیم اهداف، مداخله‌های لازم، نگهداری و اعتباربخشی است، و کارگاه آموزش توانمندسازی ازدواج همسران در آخر هفته‌ها<sup>۷</sup> که مبتنی بر برنامه آماده‌سازی/توانمندسازی (السون و السون، ۱۹۹۹) است. براساس نتایج این مطالعه، بین دو گروه درمانی به‌لحاظ میزان تغییر در نمره‌های سازگاری زناشویی، هیچ تفاوتی دیده نشد. در بررسی اولیاء، فاتحی‌زاده، و بهرامی (۱۳۸۵)، آموزش توانمندسازی زندگی زناشویی، صمیمیت همسران گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل، افزایش داد. همچنین، تأثیر برنامه توانمندسازی ازدواج بر افزایش رضایت زناشویی گروهی از همسران دانشجو، هم با کاربرد مقیاس انریچ و هم با کاربرد مقیاس سازگاری زناشویی (DAS)<sup>۸</sup>، مشاهده شده است (عدالتی شاطری، آقامحمدیان شهرباف، مدرس غروی، و حسن‌آبادی، ۱۳۸۸). با وجود این نتایج ارزنده، تحقیقات معدودی در آن واحد، به مطالعه اثربخشی برنامه‌های توانمندسازی زناشویی بر متغیرهای رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، و درماندگی روان‌شناختی همسران پرداخته‌اند. براین اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر این بود که برنامه توانمندسازی زناشویی انریچ چه تأثیری بر متغیرهای مذکور می‌گذارد.

## روش

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دولتی و خصوصی شهرستان خرم‌آباد بودند که به دلیل مشکلات ارتباطی و زناشویی، در طی سال ۱۳۹۱، جهت دریافت کمک‌های تخصصی به این مراکز مراجعه کردند. از بین این مراکز مشاوره، ۳ مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. ابتدا از میان مراجعان این مراکز، زوج‌هایی که براساس اطلاعات به‌دست آمده از مصاحبه تشخیصی، دارای معیارهای زیر بودند، انتخاب شدند:

- حداقل ۱ سال و حداکثر ۱۵ سال از ازدواج آنها گذشته باشد.
- دچار بیماری جسمی یا روانی جدی و یا بیکاری و فقر شدید نباشند.
- اقدام عملی به طلاق نکرده باشند.
- هر دو همسر به شرکت در برنامه، تمایل داشته باشند.

- 
- |   |  |
|---|--|
| 1- Arnold   | 2- Min                                       |
| 3- Livingston   | 4- brief integrative couple counseling model |
| 5- Young  | 6- Long                                      |
| 7- empowering couples marriage education weekend workshop |  |
| 8- Dyadic Adjustment Scale                                |  |

از میان این زوج‌ها، ۳۰ زوج به‌گونه تصادفی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (برنامه توانمندسازی) و کنترل جای داده شدند. با توجه به اینکه در گروه آزمایش، دو زوج به دلیل حاضر نشدن در جلسات میانی آموزش، کنار گذاشته شدند و به همین دلیل، دو زوج به صورت تصادفی از گروه کنترل حذف گردیدند، در نهایت دو گروه آزمایش و کنترل که هر کدام دارای ۱۳ زوج بودند ( $n=26$ ) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند.

منظور از برنامه توانمندسازی زناشویی انریچ در این پژوهش شرکت در جلسات آموزشی است که به مدت شش جلسه و هر جلسه دو ساعت و به‌طور هفتگی تحت عناوین و اهداف جدول ۱ اجرا می‌شود (پورمحسنی کلوری، ۱۳۸۹). ساختار اصلی این برنامه از برنامه آماده‌سازی/توانمندسازی (السون و السون، ۱۹۹۹، نسخه ۲۰۰۰) گرفته شده و بقیه تکنیک‌های آن از سایر برنامه‌های توانمندسازی اخذ شده‌اند (اولیاء، فاتحی‌زاده، و بهرامی، ۱۳۸۵). هدف کلی برنامه آماده‌سازی/توانمندسازی کمک به همسران برای ساختن توانایی‌هایشان به‌عنوان یک زوج است. این کار عمدتاً با ایجاد بینش مناسب درباره ازدواج و آموزش مهارت‌های ارتباطی (به‌خصوص مهارت‌های گفتگو و حل تعارض) انجام می‌شود (السون و السون، ۱۳۸۳). در این جلسات، زوج‌ها به‌صورت گروهی شرکت می‌کردند و آموزش‌های مورد نظر را دریافت می‌کردند.

#### جدول ۱

عناوین جلسات و اهداف برنامه توانمندسازی زناشویی انریچ

جلسه	عنوان جلسه	اهداف کلی
۱	آشنایی اعضا با یکدیگر و معرفی قواعد گروه	آشنایی اعضا با اهداف برنامه توانمندسازی، لزوم شرکت منظم هر دو همسر در تمامی جلسات، انجام تکالیف هفتگی و ارائه آن در جلسات بعدی
۲	بازسازی شناختی (آموزش چهارچوب‌دهی مجدد شناختی)	افزایش آگاهی همسران در مورد تفکرات غیرمنطقی و خودانگیخته، آموزش اصول A-B-C، روش‌های مقابله با باورهای غیرمنطقی، آموزش روش مجادله برای اصلاح باورهای غیرمنطقی
۳	آموزش صمیمیت	تعریف صمیمیت و ابعاد آن، آموزش تکنیک‌هایی جهت افزایش صمیمیت جنسی، جسمی، عاطفی، عقلانی، و ارتباطی همسران
۴	آموزش بهبود روابط جنسی	افزایش آگاهی جنسی همسران، بیان چرخه رابطه جنسی، شناسایی و اصلاح اسطوره‌ها و باورهای جنسی نادرست
۵	آموزش حل تعارض و حل مسئله	تعریف مفهوم تعارض زناشویی و اشاره به طبیعی بودن وجود تعارض بین همسران، آشنایی با شیوه‌های متداول زوج‌ها در برخورد با تعارض‌های زناشویی، آموزش قواعد و شیوه صحیح حل تعارض و فرایند حل مسئله
۶	مدیریت منزل	آموزش نحوه ارتباط صحیح با فرزندان، نحوه ارتباط با خانواده‌های اصلی، نحوه برخورد با مسائل و مشکلات مالی

از آنجا که این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون همراه با گروه کنترل بود، پس از مشخص شدن گروه‌های نمونه آزمایش و کنترل و قبل از اجرای برنامه توانمندسازی زناشویی،

ابزارهای پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون در مورد همه زوج‌ها اجرا شدند، سپس زوج‌های گروه آزمایش به مدت شش جلسه در برنامه توانمندسازی زناشویی شرکت کردند، اما زوج‌های گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. اجرای جلسات برنامه توانمندسازی زناشویی برعهده درمانگری گذاشته شد که از تخصص و مهارت لازم در برنامه‌های درمانی و توانمندسازی زناشویی برخوردار بود. بعد از اتمام این جلسات، زوج‌های هر دو گروه بار دیگر پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند که داده‌های حاصل از آنها، به‌عنوان پس‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## ابزار

۱- پرسشنامه توانمندسازی و تقویت موضوعات ارتباطی، گفتگو و شادکامی (ENRICH)<sup>۱</sup>: پرسشنامه توانمندسازی و تقویت موضوعات ارتباطی، گفتگو و شادکامی (انریچ) برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری<sup>۲</sup> رابطه زناشویی به کار می‌رود. همچنین در تحقیقات متعدد، به‌عنوان ابزاری معتبر برای سنجش میزان رضایت زناشویی همسران مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه از ۱۲ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که مقیاس اول آن ۵ سوالی است و سایر مقیاس‌ها هر کدام ۱۰ سوال دارد (ثنایی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه انریچ به‌لحاظ خصوصیات روان‌سنجی ابزاری قدرتمند است (آرنولد و مین، ۲۰۰۴). السون و السون، (۲۰۰۰) همسانی درونی<sup>۳</sup> آن را در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ تخمین زده‌اند. پایایی این آزمون با استفاده از روش بازآزمایی برای مردان ۰/۹۳ و برای زنان ۰/۹۴ به‌دست آمده است (مه‌دیوان، ۱۳۷۶؛ به نقل از ثنائی، ۱۳۸۷). همچنین، در بررسی روایی این آزمون، ضریب همبستگی آن با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰، و با مقیاس‌های رضایت از زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ به‌دست آمده که نشانه روایی سازه<sup>۴</sup> آن است. کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه انریچ زوج‌های راضی و ناراضی را از هم متمایز می‌کنند که این امر نشان می‌دهد این پرسشنامه از روایی ملاک<sup>۵</sup> خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷). فوارز<sup>۶</sup> و آلسون (۱۹۸۹) دریافتند که انریچ می‌تواند زوج‌های متأهل راضی از زندگی زناشویی خود و زوج‌های متأهل ناراضی از ازدواج خود را با حدود ۸۵٪ تا ۹۵٪ دقت، از همدیگر متمایز سازد. با توجه به طولانی‌بودن سوال‌های این مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده که در این پژوهش، از فرم ۴۷ سوالی آن استفاده گردید. فرم کوتاه ۴۷ ماده‌ای در ایران، مورد هنجاریابی قرار گرفته و همسانی درونی آن ۰/۹۵ محاسبه و گزارش شده است

1- Enriching and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness

2- enrichment

3- internal consistency

4- construct validity

5- criterion validity

6- Fowers

(سلیمانیان، ۱۳۷۳).

۲- پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست (GRIMS)<sup>۱</sup>: پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست (راست<sup>۲</sup>، بنان<sup>۳</sup>، کرو<sup>۴</sup>، و گلوبوک، ۱۹۸۸)، ۲۸ سوال دارد که در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از صفر تا سه، مشکلات موجود در روابط زناشویی دو همسر را در زمینه‌های زیر می‌سنجند: میزان حساسیت<sup>۵</sup> و توجه همسران به نیازهای یکدیگر، تعهد<sup>۶</sup>، وفاداری<sup>۷</sup>، مشارکت<sup>۸</sup>، همدردی<sup>۹</sup>، ابراز محبت و اعتماد، صمیمیت<sup>۱۰</sup> و همدلی. حداقل نمره در این مقیاس صفر و حداکثر آن ۸۴ است. نمره تراز شده آزمودنی‌ها برحسب شدت و ضعف مشکلات زناشویی آنان، در ۹ درجه محاسبه می‌شود. در فرم فارسی این پرسشنامه، پایایی نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ برای نمونه‌ای از زن‌ها ۰/۹۲ و برای شوهران آنها ۰/۹۴ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای این پرسشنامه است (بشارت، ۱۳۸۰). ضریب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته، برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۴، برای آزمودنی‌های زن ۰/۹۳، و برای آزمودنی‌های مرد ۰/۹۵ به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی<sup>۱۱</sup> خوب این پرسشنامه است.

۳- پرسشنامه سلامت روانی - ۲۸ (MHI-28)<sup>۱۲</sup>: پرسشنامه سلامت روانی - ۲۸ که در جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۸)، ۲۸ سوال دارد و فرم کوتاه پرسشنامه ۳۴ سوالی سلامت روانی است (بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت<sup>۱۳</sup> و ویر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۳). این آزمون دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱ تا ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هریک از زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی می‌تواند به ترتیب ۱۴ و ۷۰ باشد. گزارش بشارت از ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۲۸ سوالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از ۷۶۰ آزمودنی در دو گروه بیمار (n= ۲۷۷؛ ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (n= ۴۸۳؛ ۲۶۷ زن، ۲۱۶ مرد) حاکی از آن است که ضرایب آلفای کرونباخ در زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که این مقادیر، حاکی از همسانی درونی خوب مقیاس‌اند. برای بررسی پایایی بازآزمایی، ضریب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n=۹۲) در دو نوبت با فاصله دو هفته محاسبه شد.

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 1- Golombok-Rust Inventory of Marital State | 2- Rust                        |
| 3- Bennun                                   | 4- Crowe                       |
| 5- sensitivity                              | 6- commitment                  |
| 7- loyalty                                  | 8- cooperation                 |
| 9- sympathy                                 | 10- intimacy                   |
| 11- test-retest reliability                 | 12- Mental Health Inventory-28 |
| 13- Veit                                    | 14- Ware                       |



این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ به دست آمدند که در سطح  $P < 0/001$  معنادار بودند و بر پایایی بازآزمایی رضایت بخش این مقیاس دلالت داشتند. برای بررسی پایایی بازآزمایی، ضریب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ( $n = 76$ ) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۸ به دست آمدند که در سطح  $P < 0/001$  معنادار هستند و بر پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش این مقیاس دلالت دارند. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی - ۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (گلدبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه بررسی گردید. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی (که بیانگر وخامت سلامت عمومی فرد است) با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی منفی معنادار ( $r = 0/87, P < 0/001$ ) و با زیرمقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار ( $r = 0/89, P < 0/001$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه دو گروه بیمار و بهنجار نشان داد که تفاوت میانگین نمره‌های دو گروه در مورد مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ( $t = 19/10, df = 212, P < 0/001$ ) و مقیاس درماندگی روان‌شناختی ( $t = 14/50, df = 212, P < 0/001$ ) از نظر آماری معنادار است. این نتایج نیز روایی تفکیکی<sup>۳</sup> مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۸).

### یافته‌ها

در گروه آزمایش، میانگین سن ۳۰/۰۴ سال، مدت زمان ازدواج ۵/۲۳ سال، و فاصله سنی زوجین ۳/۱۵ سال، و در گروه کنترل، میانگین سن ۳۲/۴۲ سال، مدت زمان ازدواج ۶/۸۵ سال، و فاصله سنی زوجین ۴/۳۱ سال بود. بر این اساس، خلاصه نتایج توصیفی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان دو گروه در پرسشنامه‌های وضعیت زناشویی گلوبوک - راست، رضایت زناشویی اتریچ، و سلامت روانی (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) در جدول ۲ نشان داده شده است. برای اطمینان از اینکه از ابتدا تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است، در متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، مدت زمان ازدواج، و فاصله سنی دو همسر و نیز پیش‌آزمون متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، و درماندگی روان‌شناختی، آزمون‌های آماری  $t$  برای مقایسه دو گروه اجرا شد که نتایج در جدول‌های ۳ و ۴ آورده شده است.

1- General Health Questionnaire  
3- differential validity

2- Goldberg

جدول ۲

تعداد، میانگین، و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در پرسشنامه‌های وضعیت زناشویی گلوبوک - راست، رضایت زناشویی انریچ، و سلامت روان (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی)

درماندگی روان‌شناختی		بهزیستی روان‌شناختی		رضایت زناشویی انریچ		وضعیت زناشویی گلوبوک - راست		N	گروه
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
آزمایش									
۱۰/۷۰	۳۶/۸۱	۹/۰۸	۴۹/۳۸	۲۵/۰۸	۱۶۰/۰۳	۱۲/۸۵	۲۷/۰۴	۲۶	پیش‌آزمون
۹/۶۵	۳۱/۹۲	۸/۹۲	۵۵/۱۵	۲۷/۰۵	۱۷۴/۴۲	۱۲/۱۴	۲۰/۶۵	۲۶	پس‌آزمون
کنترل									
۱۵/۵۳	۳۷/۵۴	۱۲/۵۱	۵۰/۴۶	۳۶/۱۶	۳۶/۱۶	۱۴/۴۲	۲۸/۴۲	۲۶	پیش‌آزمون
۱۳/۷۰	۳۷/۵۸	۱۲/۵۱	۵۱/۳۸	۳۴/۵۵	۳۴/۵۵	۱۵/۶۷	۲۹/۹۶	۲۶	پس‌آزمون

جدول ۳  
آزمون t مستقل برای معنادار بودن تفاوت دو گروه در متغیرهای سن، مدت زمان ازدواج، و فاصله سنی دو همسر

متغیر	گروه	M	SD	t	df	P
سن	آزمایش	۳۰/۰۴	۵/۰۶	-۱/۸۲	۵۰	۰/۰۷۵
	کنترل	۳۲/۴۲	۴/۳۹			
مدت زمان ازدواج	آزمایش	۵/۲۳	۲/۱۲	-۱/۸۹	۵۰	۰/۰۶۴
	کنترل	۶/۸۵	۳/۷۹			
فاصله سنی دو همسر	آزمایش	۳/۱۵	۳/۰۴	-۱/۳۹	۵۰	۰/۳۰۲
	کنترل	۴/۳۱	۳/۳۸			

براساس این نتایج، بین گروه‌های مورد بررسی از لحاظ سن، مدت زمان ازدواج، و فاصله سنی دو همسر تفاوت معناداری دیده نشد ( $P < ۰/۰۵$ ). همچنین، این دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معناداری از لحاظ وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، و درماندگی روان‌شناختی نداشتند ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۴  
آزمون t مستقل برای معنادار بودن تفاوت دو گروه در پیش‌آزمون متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، و درماندگی روان‌شناختی

متغیر	گروه	M	SD	t	df	P
وضعیت زناشویی	آزمایش	۲۷/۰۴	۱۲/۸۵	-۰/۳۶۵	۵۰	۰/۷۱۶
	کنترل	۲۸/۴۲	۱۴/۴۲			
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۶/۰۳	۲۵/۰۸	-۰/۰۹۸	۵۰	۰/۹۲۲
	کنترل	۱۵۹/۱۹	۳۶/۱۶			
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۴۹/۳۸	۹/۰۸	-۰/۳۵۵	۵۰	۰/۷۲۴
	کنترل	۵۰/۴۶	۱۲/۵۱			
درماندگی روان‌شناختی	آزمایش	۳۶/۸۱	۱۰/۷۰	-۰/۱۹۸	۵۰	۰/۸۴۴
	کنترل	۳۷/۵۴	۱۵/۵۳			

در بررسی اثر مداخله، به‌منظور حذف اثرهای پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون‌های مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون و همسانی واریانس‌ها انجام گردید. براساس نتایج این آزمون‌ها، در هر یک از متغیرهای مورد بررسی، شیب خط رگرسیون برای هر دو گروه در سطح  $P < 0.05$  یکسان بود (جدول ۵).

#### جدول ۵

خلاصه نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی در هر یک از متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، و درماندگی روان‌شناختی

گروه	منبع	مجموع مجزورات نوع III	df	میانگین مجزورات	F	sig
پیش‌آزمون	وضعیت زناشویی	۲۴۰/۷۱	۱	۲۴۰/۷۱	۳/۸۹	۰/۰۵۴
پیش‌آزمون	رضایت زناشویی	۳۶/۸۹	۱	۳۶/۸۹	۰/۳۷۵	۰/۵۴۳
پیش‌آزمون	بهزیستی روان‌شناختی	۷/۴۵	۱	۷/۴۵	۰/۲۳۳	۰/۶۳۱
پیش‌آزمون	درماندگی روان‌شناختی	۵۰/۴۶	۱	۵۰/۴۶	۰/۹۱۶	۰/۳۴۳

همچنین واریانس هر یک از این متغیرها در هر دو گروه در سطح  $P < 0.05$  تفاوت معناداری نداشت (جدول ۶). این موارد حاکی از آن بودند که پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس برقرار است.

#### جدول ۶

آزمون برابری واریانس‌های دو گروه در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، و درماندگی روان‌شناختی

متغیر	F	df <sub>۱</sub>	df <sub>۲</sub>	sig
وضعیت زناشویی	۱/۳۲	۱	۵۰	۰/۲۵۶
رضایت زناشویی	۲/۰۸	۱	۵۰	۰/۱۵۵
بهزیستی روان‌شناختی	۱/۴۱	۱	۵۰	۰/۲۴۲
درماندگی روان‌شناختی	۰/۶۳	۱	۵۰	۰/۴۲۹

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، و سلامت روانی (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) در جدول ۷ آمده‌است. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس برای پیش‌آزمون‌های دو گروه نشان می‌دهد که F محاسبه شده برای تمامی متغیرهای مورد بررسی معنادار است که این امر بیانگر اثر پیش‌آزمون است. پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، برنامه توانمندسازی زناشویی بر نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایشی در هر کدام از متغیرها تأثیر معناداری به جا گذاشته که حاکی از آن است که دو گروه در پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند.

### جدول ۷

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه دو گروه در متغیرهای وضعیت زناشویی، رضایت زناشویی، و سلامت روانی (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی)

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورها	df	میانگین مجذورها	F	sig	ضریب کلی اتا
<b>وضعیت زناشویی</b>							
	پیش‌آزمون	۶۶۰/۸۵۰	۱	۶۶۰/۸۵۰	۱۰۰/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۶۷۳
	گروه‌ها	۸۵۹/۶۰	۱	۸۵۹/۶۰	۱۳/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
	خطا	۳۲۱۲/۳۴	۴۹	۶۵/۵۵			
	جمع	۴۴۲۵۲	۵۲				
<b>رضایت زناشویی</b>							
	پیش‌آزمون	۴۳۳۷۵/۶۶	۱	۴۳۳۷۵/۶۶	۴۴۶/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۱۹۰۱
	گروه‌ها	۲۰۷۰/۸۰	۱	۲۰۷۰/۸۰	۲۱/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۱۳۰۳
	خطا	۴۷۶۴/۶۸	۴۹	۹۷/۲۳			
	جمع	۱۵۱۳۰۹۵	۵۲				
<b>بهزیستی روان‌شناختی</b>							
	پیش‌آزمون	۳۶۴۵/۳۳	۱	۳۶۴۵/۳۳	۱۱۵/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۷۰۳
	گروه‌ها	۲۷۵/۶۳	۱	۲۷۵/۶۳	۸/۷۶	۰/۰۰۵	۰/۱۵۲
	خطا	۱۵۴۰/۲۰	۴۹	۳۱/۴۳			
	جمع	۱۵۲۹۲۶	۵۲				
<b>درماندگی روان‌شناختی</b>							
	پیش‌آزمون	۴۳۳۰/۴۷	۱	۴۳۳۰/۴۷	۷۸/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷
	گروه‌ها	۳۴۳/۷۰	۱	۳۴۳/۷۰	۶/۲۵	۰/۰۱۶	۰/۱۱۳
	خطا	۲۶۹۳/۷۲	۴۹	۵۴/۹۷			
	جمع	۷۰۲۳۳	۵۲				

بر این اساس، اینکه برنامه توانمندسازی زناشویی، مشکلات زناشویی همسران را کاهش می‌دهد مورد تأیید قرار گرفت ( $P=0/001$  و  $F_{(1,49)}=13/11$ ). همچنین اینکه برنامه توانمندسازی زناشویی موجب افزایش رضایت زناشویی همسران می‌شود نیز با  $P<0/000$  و  $F_{(1,49)}=21/39$  مورد تأیید قرار گرفت که در حیطه سلامت روانی نیز اینکه برنامه توانمندسازی زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی همسران را افزایش می‌دهد با  $P=0/005$  و  $F_{(1,49)}=8/76$  تأیید شد. همچنین اینکه برنامه توانمندسازی زناشویی درماندگی روان‌شناختی همسران را کاهش می‌دهد نیز با  $P=0/016$  و  $F_{(1,49)}=6/25$  مورد تأیید قرار گرفت.

### بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر برنامه‌های آموزش رابطه و توانمندسازی همسران رشد و گسترش زیادی پیدا کرده‌اند. این برنامه‌ها با اهدافی از این دست به اجرا در می‌آیند: حفظ رابطه‌ای تعهدآمیز و سالم

و پیشگیری از فرسایش رضایت از رابطه (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲)، کاهش استرس و نارضایتی از رابطه که باعث آشفته‌گی همسران و طلاق آنها می‌شوند (هالوگ و ریشر، ۲۰۱۰)، و پیشگیری از عواقب آسیب‌زای مشکلات زناشویی و کاهش مشکلات روان‌شناختی همسران (ورتینگتون جونپور و همکاران، ۱۹۸۹). در سال‌های اخیر، برنامه توانمندسازی زناشویی انریچ به شکل‌های مختلفی مورد توجه قرار گرفته‌است. یافته‌های پژوهش حاضر با اهداف این برنامه و نیز نتایج تحقیقات انجام شده در این حوزه، به خوبی همخوانی دارد. جنبه برجسته این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه توانمندسازی زناشویی، هم بر وضعیت زناشویی و هم بر بهزیستی روان‌شناختی دو همسر است، که این نتایج حتی از نتایج پژوهش‌هایی مانند پژوهش پیهت و همکاران (۲۰۰۷) بهتر است که در آن، این برنامه گرچه توانسته است بهزیستی روان‌شناختی هر دو جنس را افزایش دهد، فقط در زنان باعث افزایش رضایت از زندگی شده‌است. بنابراین، نتایج این دو پژوهش در مورد مردان ناهمخوان هستند. نتایج این پژوهش همچنین با نتایج پژوهش آرنولد و مین (۲۰۰۴) هماهنگ است که حاکی از این است که برنامه انریچ بر رضایت هر دو همسر، و به‌ویژه زنان، از زندگی تأثیر می‌گذارد. در پژوهش اولیاء و همکاران (۱۳۸۵) نیز اگرچه اثربخش بودن برنامه توانمندسازی زندگی زناشویی بر صمیمیت همسران بررسی شده‌است، اما می‌توان گفت که در هر صورت، این برنامه موجب بهبود رابطه زوجی گردیده، یافته‌ای که با اهداف برنامه‌های توانمندسازی و نیز نتایج این پژوهش همخوان است. نتایج پژوهش عدالتی‌شاطری و همکاران (۱۳۸۸) نیز حاکی از آن است که برنامه توانمندسازی ازدواج هم بر اساس مقیاس DAS و هم بر اساس مقیاس انریچ بر رضایت زناشویی همسران مؤثر است. در پژوهش حاضر نیز اثربخشی برنامه توانمندسازی بر اساس مقیاس‌های وضعیت زناشویی گلوبوک - راست و رضایت زناشویی انریچ تأیید شده‌است.

نتایج این پژوهش در زمینه افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش درماندگی روان‌شناختی همسران، هم با نتایج پژوهش‌های دیگر مانند پژوهش پیهت و همکاران (۲۰۰۷) و هم با دیدگاه‌هایی هماهنگ است که اثربخش بودن مداخلات زوجی را بر تقویت رابطه زوجی و بهبود سلامت و بهزیستی همسران نشان می‌دهند (مثلاً هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲؛ کمپداش و همکاران، ۲۰۰۸). ضمناً، نتایج این پژوهش با یکدیگر نیز هماهنگی دارند، به طوری که برنامه توانمندسازی هم بر کاهش مشکلات زناشویی (بر اساس مقیاس وضعیت زناشویی گلوبوک - راست) و هم بر افزایش رضایت زناشویی (بر اساس مقیاس انریچ) تأثیر گذاشته‌است، دو مقیاسی که به نوعی اعتبار یکدیگر را تأیید می‌کنند. در این پژوهش، همچنین یافته‌های مربوط به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش درماندگی روان‌شناختی همسران (که از مؤلفه‌های مقیاس سلامت روان هستند) نیز با

یکدیگر همخوانی دارند. در مجموع، این نتایج با دیدگاه‌ها و نظریه‌هایی همخوانی دارد که ادعا می‌کنند مداخلات زوجی می‌توانند هم بر رابطه زوجی و هم بر سلامت و بهزیستی همسران مؤثر باشند (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲، کمپداش و همکاران، ۲۰۰۸).

در تبیین اینکه برنامه توانمندسازی زناشویی چگونه هم بر وضعیت زناشویی و هم بر بهزیستی و سلامت زوجین مؤثر است می‌توان گفت که با توجه به اینکه آشفتنگی زناشویی ارتباط قدرتمندی با مشکلات مربوط به سلامت و بهزیستی همسران دارد (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲؛ اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۶، اسویندل، هلر، پیکوسولیدو، کیکوزاوا، ۲۰۰۰)، مداخلاتی که با کاهش مشکلات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی همراه باشند می‌توانند بهبود سلامت روانی همسران را (در شکل افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش درماندگی روان‌شناختی) به همراه بیاورند. همچنین، باتوجه به اینکه رضایت و بهزیستی همسران به صورت متقابل، بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (زیمر-گمبک و دوکات، ۲۰۱۰؛ ساکو و فارس، ۲۰۰۱)، اثربخش بودن برنامه توانمندسازی زناشویی بر یکی از آنها، می‌تواند بر دیگری نیز مؤثر باشد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش را می‌توان به‌خوبی بر مبنای توصیف پرولکس و همکاران (۲۰۰۷) از دیدگاه‌هایی که حاکی از ارتباط میان کیفیت زناشویی با بهزیستی روان‌شناختی هستند، و نیز بر مبنای و دیدگاه کمپداش و همکاران (۲۰۰۸) در مورد اثر جانبی حاصل از مداخلات زوجی بر بهبود بهزیستی همسران، تبیین کرد.

#### محدودیت‌ها:

در پژوهش حاضر، می‌توان به دشواری دستیابی به زوج‌هایی به تعداد بیشتر برای همگن کردن کامل دو گروه و کنترل دقیق متغیرهای مزاحم اشاره کرد. با اینکه در این پژوهش، مشکلات اولیه همسران در پیش‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و اثر آنها کنترل شد، در صورت دستیابی به زوج‌های بیشتر و انتخاب آنها به صورت تصادفی کامل یا همگن کردن آنها، نتایج علی‌اطمینان‌بخش‌تری حاصل می‌شود که بهتر است این امر در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد.

#### پیشنهادات:

با توجه به هم‌آیندی مشکلات زناشویی و مسائل مربوط به سلامت روان همسران و با توجه به اثربخشی برنامه‌های توانمندسازی زناشویی بر رضایت‌مندی و بهزیستی روان‌شناختی هر دو همسر، زوج‌های آسیب‌پذیر شناسایی گردند و این برنامه‌ها برای آنها اجرا شوند. در مقایسه با درمان‌های زوجی و انفرادی، اینکه این برنامه‌ها به صورت گروهی اجرا می‌شوند، امکان آموزش به زوج‌های بیشتری را فراهم می‌کند. به نظر می‌رسد گروهی بودن این برنامه‌ها در بسیاری از

موارد، به‌ویژه به لحاظ تحت پوشش قرار گرفتن هر چه بیشتر جامعه مورد هدف (زوج‌های در معرض آسیب) و نیز اشغال وقت کمتری از متخصصان مربوط، بیشتر مقرون به‌صرفه باشد.

## References:

## مراجع:

- السون، دیوید اچ. و السون، آمی. ک. (۱۳۸۳). توانمندسازی همسران: توانایی‌های خود را بسازید، (ترجمه کامران جعفری‌نژاد و منصوره اردشیرزاده). تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- اولیاء، نرگس؛ فاتحی‌زاده، نرگس؛ و بهرامی، فاطمه (۱۳۸۵). تأثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲، ۶، ۱۳۵-۱۱۹.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین نابارور. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۹ و ۲۰، ۶۶-۵۵.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). فصلنامه دانش و رفتار، ۱۶، ۱۱-۱۶.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، محمدعلی؛ تاشک، آناهیتا؛ و رضازاده، سید محمدرضا (۱۳۸۵). تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی برحسب سبک‌های مقابله. روان‌شناسی معاصر، ۱، ۵۶-۴۸.
- پورمحسنی کلوری، فرشته (۱۳۸۹). طراحی برنامه توانمندسازی زوجین بر مبنای الگوی رضایت‌مندی زناشویی و مقایسه آن با برنامه توانمندسازی انریچ. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- ثنائی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- سلیمانیان، علی‌اکبر (۱۳۷۳). بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده. دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- عدالتی شاطری، زهره؛ آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ مدرس غروی، مرتضی؛ و حسن آبادی، حسین (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی طرح تایم (غنی‌سازی ازدواج) بر رضایت زناشویی زوج‌های دانشجو. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۴، ۹۸-۸۹.



- Accordino, M. P., & Guerney, B. G. (2003). Relationship enhancement in couples and family outcome research of the last 20 years. *Family Journal, 11*(2), 162-169.
- Amato, P. R. (2000). Consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family, 58*, 356-365.
- Arnold, R. W. V., & Min, D. (2004). Empowering couples program for married couples. *Marriage and Family, 7*, 237-253.
- Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations, 53*, 477-484.
- Bowling, T., Hill, C. M., & Jencius, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *The Family Journal, 13*(1), 87- 94.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem, and depression. *Psychological Medicine, 16*, 813-831.
- Cordova, J. V., Scott, R. L., Dorian, M., Mirgain, S., Yaeger, D. & Groot, A. (2005). The marriage checkup: An indicated preventive intervention for treatment-avoidant couples at risk for marital deterioration. *Behavior Therapy, 36*, 301-309.
- Fowers, J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH marital inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*(1), 65-79.
- Glenn, N. D. (1998). The course of marital success and failure in five American 10-year marriage cohorts. *Journal of Marriage and Family, 60*, 569-576.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of Psychiatric illness by questionnaire*. London, Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Greeff, A. P., & Malherbe, H. L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 247- 257.
- Guernsey, B. G., & Maxson, P. (1990). Marital and family enrichment research: A decade review and look ahead. *Journal of Marriage and Family, 52*,

1127-1135.

- Hahlweg, K., & Richter, D. (2010). Prevention of marital instability and distress: Results of an 11-year longitudinal follow-up study. *Behavior Research and Therapy*, 48, 377-383.
- Halford, W. K. (1999). *Australian couples in Millennium three. A research and developments agenda for marriage and relationship education. Report to the National Family Strategy Task Force*. Australian Department of Family and Community Services. Brisbane: Australia: Academic Press.
- Halford, W. K., Lizzio, A., Wilson, K. L., & Occhipinti, S. (2007). Does working at your marriage help? Couple relationship self-regulation and satisfaction in the first 4 years of marriage. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 185-194.
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kline, G. H., & Stanley, S. M. (2003). Best practice in relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 385-406.
- Halford, W. K., Moore, E. M., Wilson, K. L., Dyer, C., & Farrugia, C. (2006). *Couple commitment and relationship enhancement: A guidebook for life partners*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Halford, W. K., & Snyder, D. K. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43, 1-12.
- Hawkins, D. N., & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low quality marriages on well-being. *Social Forces*, 84, 451-471.
- Kamp Dush, C. M., Tylor, M. G., & Kroeger, R. A. (2008). Marital happiness & psychological well-being across the life course. *Family Relations*, 57, 211-226.
- Lavner, J. A., & Bradbury, T. N. (2010). Patterns of change in marital satisfaction over the newly-wed years. *Journal of Marriage and the Family*, 72, 1171-1187
- Livingston, T. M. (2006). *A comparison of marriage education and brief couples counseling*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of Central Florida.
- Markman, H. J., Rhoades, G., Delaney, R., & White, L. (2009). Extending the reach of research-based couples interventions: The role of relationship

- education. In Hahlweg, M. Grawe-Gerber, & D. H. Baucom (Eds), *Enhancing couples: The shape of couple therapy to come*. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Markman, H. J., Stanley, S. M., & Blumberg, S. L. (2001). *Fighting for your marriage: New and revised version*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (1999). PREPARE /ENRICH program (version 2000). In R. Berger, and M. Hannah, (Eds.) *Handbook of Preventative Approaches in Couple Therapy* 196-216 New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (2000). Empowering couples: PREPARE /ENRICH program. *Marriage and Family: A Christian Journal*, 3(1), 69-81.
- Pihet, S., Bodenmann, G., Cina, A., Widmer, K., & Shantinath, S. (2007). Can prevention of marital distress improve well-being? A year longitudinal study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 79-88.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576-593.
- Renick, M. S., Blumberg, S., & Markman, H. J. (1992). The Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP): An empirically-based preventive intervention program for couples. *Family Relations*, 41, 141-147.
- Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1988). *The Golombok-Rust Inventory of Marital State*. London: Nefer-Nelson.
- Sacco, W. P. & Phares, V. (2001). Partner appraisal and marital satisfaction: The role of self-esteem and depression. *Journal of Marriage and Family*, 63, 504- 513.
- Shackelford, T. k., & Buss, D. M. (2000). Marital satisfaction and spousal cost-infliction. *Personality and Individual Differences*, 28, 917-928.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 57, 317-344.
- Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B., & kikuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: menral health policy implications. *American Psychologists*, 55, 740-749.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and

well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.

Williams, K. (2003). Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 44*, 470-487.

Worthington Jr., E. L., Buston, B. G., & Hammonds, T. M. (1989). A component analysis of marriage enrichment: Information and treatment modality. *Journal of Counseling and Development, 61*, 555-560.

Young, M. E., & Long, L. L. (1998). *Counseling and therapy for couples*. CA: Brooks/Cole.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Ducut, W. (2010). Positive and negative romantic relationship quality: Age, familiarity, attachment, and well-being as correlates of couple agreement and projection. *Journal of Adolescence, 33*, 879-890.

## اثربخشی اولیه پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند

### Primary Efficacy of Transdiagnostic Protocol Based on Repetitive Negative Thinking for Co-occurring Anxiety and Depressive Disorders

**Mehdi Akbari, Ph.D. \***

Kharazmi University

**Rasool Roshan, Ph.D.**

Shahed University

**Amir Shabani, M.D.**

Iran University of Medical Sciences

**Ladan Fata, Ph.D.**

Iran University of Medical Sciences

دکتر مهدی اکبری

دانشگاه خوارزمی

دکتر رسول روشن

دانشگاه شاهد

دکتر امیر شعبانی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر لادن فتی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

**Abstract:** The transdiagnostic treatments based on cognitive behavioral approach for co-occurring anxiety and depressive disorders have received great empirical supports in recent years. However, these treatments have had moderate efficacy. Following the improvements and developments in transdiagnostic protocols and considering the importance of repetitive negative thinking as a transdiagnostic core factor across emotional disorders, this study evaluated a new form of Transdiagnostic Treatment based on Repetitive Negative Thinking (TTRNT) for co-occurring

**چکیده:** در سال‌های اخیر، اگرچه شواهد تجربی خوبی برای درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند به دست آمده است، ولی نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه حاکی از اثربخشی متوسط این درمان‌ها است. هدف پژوهش حاضر، تلاش در جهت ارتقاء اثربخشی پروتکل‌های فراتشخیصی و برجسته کردن نقش افکار تکرارشونده منفی به‌منزله یک عامل بنیادین فراتشخیصی در اختلال‌های هیجانی و ارزیابی یک درمان جدید فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده

دریافت اصلاح نهایی مقاله: ۹۴/۱/۲۷

پذیرش مقاله: ۹۴/۵/۲۹

\* akbari.psy@gmail.com

anxiety and depressive disorders. For this purpose, single case series with multiple baselines design were carried out on three patients with co-occurring anxiety and depressive disorders. The participants were treated individually for 12 weekly sessions. During the baseline, treatment, and one-month follow-up, participants completed the standardized outcome measures for assessing depression, anxiety, general function, repetitive negative thinking, and positive and negative affects. At post-treatment, all participants had made clinically significant changes on a range of standardized outcome measures and these gains were largely maintained in 1-month follow-up, both in principal and co-principal diagnoses. Although the results of this preliminary investigation indicated that TTRNT could prove to be an effective and efficient treatment for individuals with these co-occurring disorders, further controlled research is necessary for evaluating this new treatment.

منفی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند بود. برای این منظور، طرح تک‌موردی با خط پایه چندگانه بر ۳ فرد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند اجرا شد. آزمودنی‌ها در ۱۲ جلسه هفتگی، تحت درمان موردنظر قرار گرفتند. در طول خط پایه، درمان، و پیگیری یک‌ماهه، آزمودنی‌ها ابزارهای مورد استفاده پژوهش را برای سنجش افسردگی، اضطراب، عملکرد عمومی، افکار تکرارشونده منفی، و عاطفه مثبت و منفی تکمیل کردند. نتایج پژوهش نشان داد که همه آزمودنی‌ها در پایان درمان و در پیگیری یک‌ماهه، تغییرات بالینی معناداری در متغیرهای موردنظر، در اختلال‌های اصلی، و هم در اختلال‌های همراه پیدا کردند. با اینکه نتایج این پژوهش اولیه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی را برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند تأیید می‌کند، ولی انجام کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده بیشتر برای ارزیابی دقیق‌تر این پروتکل فراتشخیصی جدید لازم و ضروری است.

**Keywords:** transdiagnostic treatment based on repetitive negative thinking; anxiety; depression; co-occurring

**کلیدواژه‌ها:** درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی؛ اضطراب؛ افسردگی؛ همایند

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی محسوب می‌شوند، به طوری که شیوع طول عمر<sup>۱</sup> اختلال‌های اضطرابی تا ۲۹ درصد و اختلال‌های افسردگی ۲۱ درصد گزارش شده‌اند (کِسلر<sup>۲</sup>، برگلند<sup>۳</sup>، دِمِلر<sup>۴</sup>، جین<sup>۵</sup>، و والترز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). در بین اختلال‌های روان‌شناختی این اختلال‌ها بیشترین همبودی<sup>۷</sup> را با هم دارند. بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که ۵۵ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اغلب اضطراب دارند؛ ۲۱ تا ۹۱ درصد از بیماران مبتلا به اختلال هراس، در زندگی خود یک یا چند دوره افسردگی اساسی را پشت

1- lifetime prevalence  
3- Berglund  
5- Jin  
7- comorbidity

2- Kessler  
4- Demler  
6- Walters

سر گذاشته‌اند؛ و در ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر نیز دیده شده‌است (براون<sup>۱</sup>، کمبل<sup>۲</sup>، لِمَن<sup>۳</sup>، گریشام<sup>۴</sup>، و منسیل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ براون و بارلو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). مسئله همبودی زیاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی سد بزرگی بر سر راه استفاده از پروتکل‌های اختصاصی شناختی - رفتاری برای درمان این اختلال محسوب می‌شود (کلارک<sup>۷</sup> و واتسون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱؛ براون و همکاران، ۲۰۰۱؛ براون، ۲۰۰۷؛ براون و بارلو، ۲۰۰۹).

بر مبنای رویکردهای شناختی - رفتاری، تاکنون دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های درمانی بسیاری برای اختلال‌های هیجانی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به‌صورت اختصاصی، منتشر شده‌اند و اثربخشی این شیوه‌های درمانی در پژوهش‌های بسیاری مورد تأیید قرار گرفته‌است (آنتونی<sup>۹</sup> و استاین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ بارلو، ۲۰۰۲؛ نورتون<sup>۱۱</sup> و پرایس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷؛ اسمیتز<sup>۱۳</sup> و هافمن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). با توجه به چالش‌های برخاسته از مسئله همبودی، استفاده از پروتکل‌های درمانی اختصاصی از ابعاد مختلف مقرون به‌صرفه نیست. از آن‌رو که اولاً، میزان همبودی زیاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی موجب ریزش بیماران مبتلا به این اختلال‌های همبود در طی درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی و کاهش همکاری بیماران برای اتمام درمان می‌گردد. دوم آنکه، همبودی بالای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، سودمندی درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی را با مشکلاتی مواجه می‌کند، به دلیل اینکه استفاده از چند پروتکل درمانی برای افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبود، از لحاظ اقتصادی به صرفه نیست. سوم آنکه، همبودی و همزمانی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، در این بیماران ممکن است موجب افزایش مخاطرات جدی، از جمله خطر خودکشی، گردد که مستلزم مداخلات جدی است (مک‌هیو<sup>۱۵</sup>، مورای<sup>۱۶</sup>، و بارلو، ۲۰۰۹؛ نورتون و فیلیپ، ۲۰۰۸؛ مک‌اوی<sup>۱۷</sup>، ناتان<sup>۱۸</sup>، و نورتون، ۲۰۰۹).

توجه به مسئله همبودی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و پاسخ به چالش‌های فوق‌الذکر میسر نخواهد بود مگر از طریق تدوین راهکارهایی که در آنها، توجه به موضوع و اهمیت همبودی، هم در سطح نظری و هم در سطح کاربردی، مدنظر قرار گرفته‌باشد. درمان‌های فراتشخیصی

1- Brown  
3- Lehman  
5- Mancill  
7- Clark  
9- Antony  
11- Norton  
13- Smits  
15- McHugh  
17- McEvoy

2- Campbell  
4- Grisham  
6- Barlow  
8- Watson  
10- Stein  
12- Price  
14- Hoffman  
16- Murray  
18- Nathan

آغازگر این نگاه تازه به تدوین پروتکل درمانی محسوب می‌شوند. در رویکرد فراتشخیصی<sup>۱</sup> تلاش بر این است که چالش‌ها و معضلات درمانی ناشی از همبودی را با پرداختن به ابعاد مشترک اختلال‌های هیجانی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، و همچنین تدوین پروتکل درمانی یکپارچه برای این اختلال‌های همایند و همزمان، برطرف سازند. منظور از درمان‌های فراتشخیصی، پروتکل‌هایی درمانی است که براساس تجربیات بالینی و تکنیک‌های مشابه و مشترکی که در درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی به کار برده می‌شوند، طراحی شده باشند. تمرکز این پروتکل‌ها بر علائم مشترک اختلال‌های همبود اضطرابی و افسردگی است (منسیل، هاروی<sup>۲</sup>، واتکینز<sup>۳</sup>، و شفران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹؛ کلارک و تیلور<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ مک‌هیو و همکاران، ۲۰۰۹؛ نورتون و فیلیپ، ۲۰۰۸؛ رُوج<sup>۶</sup>، ایروینگ<sup>۷</sup>، و جوزف<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸؛ منسیل، ۲۰۰۸).

بررسی مقاله‌های مرتبط با درمان‌های فراتشخیصی نشان می‌دهد که پروتکل‌های ابتدایی عمل‌گرا<sup>۹</sup> بودند و بیشتر براساس تجربیات بالینی و تکنیک‌های مشابه و مشترک درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی طراحی شده بودند. در پژوهش‌های مختلف، اثربخشی درمان‌های فراتشخیصی عمل‌گرا در درمان اختلال‌های هیجانی همایند و همزمان، متوسط گزارش شده است (مک‌اوی و همکاران، ۲۰۰۹؛ منسیل و همکاران، ۲۰۰۸، کلارک و تیلور، ۲۰۰۹؛ دوزوا<sup>۱۱</sup>، سیدز<sup>۱۱</sup>، و کالینز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹؛ نورتون، هیز<sup>۱۳</sup>، و اسپرینگر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸). متوسط بودن اثربخشی درمان‌های فراتشخیصی عمل‌گرا سبب شد که حرکت به سوی طراحی آن‌گونه پروتکل‌های فراتشخیصی پیش رود که بنیان‌های نظری و مشترک اختلال‌های هیجانی را محور خود قرار می‌دهند. بر همین اساس، بارلو و همکاران (۲۰۱۱) با تأکید بر نقش «تنظیم هیجانی»<sup>۱۵</sup> به منزله فرایند شناختی - رفتاری اصلی در اختلال‌های هیجانی، گامی اساسی در طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی نظری - عملی برداشتند (الارد<sup>۱۶</sup>، فرهولم<sup>۱۷</sup>، بوزسو<sup>۱۸</sup>، فارچیون<sup>۱۹</sup>، و بارلو، ۲۰۱۰؛ همکاران، ۲۰۱۱؛ فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲). درمان فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۱)، به دلیل اینکه برخلاف پروتکل‌های فراتشخیصی عمل‌گرا، از پشتوانه نظری برخوردار است، اثربخشی بیشتری دارد، ولی

1- transdiagnostic approach  
3- Watkins  
5- Taylor  
7- Irving  
9- pragmatic  
11- Seeds  
13- Hayes  
15- emotion regulation  
17- Fairholme  
19- Farchione

2- Harvey  
4- Shafra  
6- Roach  
8- Joseph  
10- Dozois  
12- Collins  
14- Springer  
16- Ellard  
18- Boisseau



هنوز به اندازه کافی بر دانش نظری مرتبط با آسیب‌شناسی مشترک اختلال‌های هیجانی منطبق نیست (مک‌اوی و همکاران، ۲۰۰۹؛ منسیل و همکاران، ۲۰۰۸، کلارک و تیلور، ۲۰۰۹؛ دوزوا و همکاران، ۲۰۰۹؛ نورتون و همکاران، ۲۰۰۸). الارد و همکاران (۲۰۱۰) در یک کارآزمایی بالینی، به بررسی اثربخشی نسخه اولیه پروتکل بارلو و همکاران (۲۰۰۸) پرداختند. نتایج تحلیل معنادار بودن بالینی پژوهش نشان داد که ۶۷ درصد از آزمودنی‌ها برخوردار از تغییرات متوسط شدند و ۳۳ درصد از آنها به بهبود کامل دست یافتند.

فارچین و همکاران (۲۰۱۲) در قالب یک پژوهش کنترل‌شده تصادفی، به بررسی اثربخشی نسخه اولیه پروتکل بارلو و همکاران (۲۰۰۸) پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که با وجود معنادار بودن نتایج مطالعه اولیه، این تأثیرات در حد متوسط به بالا بودند، از آن‌رو که در پایان درمان، فقط نیمی از شرکت‌کنندگان طبق معیار فوق‌الذکر به درمان پاسخ داده بودند و تنها یک‌سوم از شرکت‌کنندگان به کارکرد سطح بالا دست پیدا کرده بودند.

فارچین و همکاران (۲۰۱۲)، در پژوهش کنترل‌شده و تصادفی دیگری، به بررسی اثربخشی نسخه نهایی پروتکل بارلو و همکاران (۲۰۱۱) پرداختند. برای انجام این پژوهش، ۳۷ نفر از افرادی را که تشخیص اختلال اضطرابی و افسردگی دریافت کرده بودند، طی ۱۸ جلسه، تحت درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی قرار دادند. این بیماران در دو گروه درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی (۲۶ نفر) و گروه انتظار ۱۶ هفته‌ای برای درمان (۲۲ نفر) قرار گرفتند و بعد از درمان، در دو مرحله پیگیری ۶ ماهه، مورد ارزیابی واقع شدند. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه انتظار، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی از لحاظ کاهش علائم اضطراب و افسردگی (هم در تشخیص اصلی و هم در اختلال‌های همبود)، و نیز از نظر افزایش عملکرد کلی، بیشتر بود.

محمدی (۱۳۹۰) در پژوهشی، به مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری فراتشخیصی با گروه درمانی شناختی، در پیشگیری از علائم اضطراب و افسردگی پرداخت. نتایج این پژوهش نشان دادند که مداخلات فراتشخیصی گروهی برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی در جمعیت دانشجویی اثربخش بوده‌است. در پیگیری یک ماه بعد، این نتایج تداوم داشتند و در مقایسه با گروه درمانی شناختی، در کاهش علائم اضطراب و افسردگی، اندازه اثر متوسطی برای آن به دست آمد. نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که افکار تکرارشونده منفی<sup>۱</sup>، مهم‌ترین فرایند شناختی-رفتاری مشترک در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های هیجانی‌اند. افکار تکرارشونده منفی

---

1- repetitive negative thinking

که هسته اصلی اختلال‌های افسردگی و اضطرابی هستند، مشتمل‌اند بر نگرانی، نشخوار فکری، افکار مزاحم، و هر نوع افکار تکرارشونده منفی دیگر. بررسی بیش از ۵۰ پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی شناختی اختلال‌های هیجانی نشان می‌دهد که افکار تکرارشونده منفی عامل اصلی فراتشخیصی بیش از ۱۳ طبقه تشخیصی، از جمله اختلال‌های افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خواب، اختلال‌های خوردن، اختلال‌های سوءمصرف مواد، و اختلال اسکیزوفرنی هستند (هاروی، واتکینز، منسیل، و شفران، ۲۰۰۴؛ اسپاسویویچ<sup>۱</sup> و آلوی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ اهرینگ<sup>۳</sup> و واتکینز، ۲۰۰۸؛ رایس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲؛ مک‌آوی، مولدز<sup>۵</sup>، و ماهونی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳؛ مک‌آوی، پرینی<sup>۷</sup>، و کینگ‌سپ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

با توجه به نتایج این پژوهش‌ها، یکی از نقص‌های درمان‌های فراتشخیصی عمل‌گرا و درمان فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۱)، نادیده گرفتن فرایند فراتشخیصی بنیادین و مشترک اختلال‌های هیجانی، یعنی افکار تکرارشونده منفی، در بافتار این پروتکل‌های درمانی است. با توجه به این مسئله اکبری و همکاران (۱۳۹۳) در ادامه سیر تکاملی پروتکل‌های فراتشخیصی و ارتقای اثربخشی آنها، و با توجه به اهمیت افکار تکرارشونده منفی در بروز و تداوم اختلال‌های هیجانی، و نبود یک پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر این سازه، سعی کردند به طراحی پروتکل مقدماتی فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی<sup>۹</sup> (TTRNT) برای بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نمایند بپردازند. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی این پروتکل فراتشخیصی طراحی شده در قالب یک طرح مداخله موردی بود.

### روش

در این پژوهش، از طرح تجربی تک‌موردی<sup>۱۰</sup> از نوع چند خط‌پایه<sup>۱۱</sup> استفاده شد (کزدین<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۲). طرح‌های تجربی تک‌موردی<sup>۱۳</sup> بهترین روش برای ارزیابی اثربخشی پروتکل‌های جدید هستند و از جمله ویژگی‌های این طرح‌های پژوهشی کنترل نسبی شرایط درمان، سنجش مداوم، و تشکیل خط‌پایه، قابل ذکرند. در این طرح‌ها، که آزمودنی‌ها در شرایط محیطی تقریباً یکسانی قرار دارند، پس از گردآوری داده‌های مربوط به هر آزمودنی در خط‌پایه، آزمودنی‌ها

- 
- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1- Spasojevic  | 2- Alloy                            |
| 3- Ehring  | 4- Raes                             |
| 5- Moulds  | 6- Mahoney                          |
| 7- Perini  | 8- Kingsep                          |
| 9- Transdiagnostic Treatment based on Repetitive Negative Thinking |                                     |
| 10- single case  | 11- multiple base line              |
| 12- Kazdin   | 13- single case experimental design |

به ترتیب یا با فاصله زمانی معین وارد طرح درمانی می‌شوند (بارلو و هرسین<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴). در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نمونه پژوهش مشتمل بود بر ۳ مراجع که به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی دانشگاه شریف مراجعه کرده بودند و براساس برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV<sup>۲</sup> (ADIS-IV) مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همزمان تشخیص داده شده بودند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای بیش از یک اختلال در زمینه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی (حداقل دو اختلال اضطرابی، یا یک اختلال اضطرابی و یک اختلال افسردگی) براساس ADIS-IV، و در صورت مصرف دارو، ثابت ماندن دوز و نوع داروی مصرفی حین پژوهش. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش عبارت بودند از: داشتن هر نوع اختلال سایکوتیک یا اختلال‌های دوقطبی براساس ADIS-IV؛ سابقه سوء مصرف یا وابستگی مواد؛ دریافت هر نوع درمان روان‌شناختی نظیر درمان‌های شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی در طی دو سال پیش از آن؛ وجود مخاطراتی برای بیمار، مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی، و تغییر در میزان مصرف داروهای روان‌پزشکی در طول پژوهش به دلیل تشدید علائم بیمار یا وجود مخاطراتی نظیر خودکشی. پس از توضیح درباره پژوهش و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، آزمودنی‌ها ابزارهای مورد استفاده در پژوهش را تکمیل کردند. پس از آن، آزمودنی‌ها طی ۱۲ جلسه یک‌ساعته، تحت پروتکل طراحی‌شده فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی قرار گرفتند. یک‌ماه پس از پایان درمان نیز نتایج درمانی پیگیری شدند. در پژوهش حاضر، برای تحلیل نتایج از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد.

مراجعات در مراحل خط پایه، پایان درمان، و پیگیری یک‌ماه بعد، پرسشنامه افسردگی بک<sup>۳</sup> (BDI-II)، پرسشنامه اضطراب بک<sup>۴</sup> (BAI)، پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی<sup>۵</sup> (RNTQ)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی<sup>۶</sup> (PANAS)، مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری<sup>۷</sup> (WSAS)، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا<sup>۸</sup> (PSWQ)، و مقیاس وسواسی اجباری ییل - براون<sup>۹</sup> (Y-BOCS) را تکمیل کردند. پرسشنامه‌های BAI، BDI و PANAS طی جلسات درمانی نیز به آزمودنی‌ها داده شد. لازم به ذکر است که برای اطمینان از ثبات خط پایه، آزمودنی‌ها ابزارهای مورد

- 
- 1- Hersen
  - 2- Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV
  - 3- Beck Depression Inventory-II
  - 4- Beck Anxiety Inventory
  - 5- Repetitive Negative Thinking Questionnaire
  - 6- Positive and Negative Affect Scale
  - 7- Work and Social Adjustment Scale
  - 8- Penn-State Worry Questionnaire
  - 9- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

استفاده در پژوهش را سه بار تکمیل کردند.

## روش درمان

درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، یک درمان انعطاف‌پذیر است. روند طراحی این پروتکل به این صورت بود که اکبری، روشن، فتی، شعبانی، و شعیری (۱۳۹۳) با استفاده از پروتکل فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۱) (به‌منزله یک پروتکل راهنما و جدید در زمینه درمان‌های فراتشخیصی)، رویکرد فراشناختی (ولز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸)، و رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز، استروسال<sup>۲</sup> و ویلسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳)، پژوهش‌های خارجی و داخلی مرتبط با افکار تکرارشونده منفی، و متغیرهای مرتبط با آن، و رایزنی با متخصصان خارجی و داخلی حوزه درمان‌های فراتشخیصی، به طراحی اولیه پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی برای بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند اقدام کردند. این پروتکل در قالب ۶ ماژول<sup>۴</sup> طراحی شد که معمولاً ۱۲ جلسه یک‌ساعته به طول می‌انجامد. بنابراین پروتکل، جلسات درمانی به صورت هفتگی برگزار می‌شوند و هر یک از ماژول‌های درمان معمولاً ۲ جلسه درمانی را به خود اختصاص می‌دهد. در زیر، توصیف کوتاهی از هر یک از ماژول‌های درمانی ارائه شده است.

**ماژول ۱- آشنایی با اختلال‌های هیجانی و درمان فراتشخیصی:** اهداف کلی این ماژول عبارتند از آشنا ساختن کلی مراجع با اختلال‌های هیجانی و لزوم به‌کارگیری درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی همزمان او. محتوای اصلی این ماژول، آشنا ساختن مراجع با روند درمان، ماهیت هیجان‌های منفی و ناخوشایند، و تأثیر مخرب آنها بر عملکرد افراد است. در طول این ماژول، انتظار می‌رود بیمار آگاهی بیشتری درباره علائم اختلال‌های هیجانی خود و همبودی آنها کسب کند و لزوم به‌کارگیری درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های همبود خود را دریابد.

**ماژول ۲- خودآگاهی هیجانی و ذهن‌آگاهی هیجانی:** اهداف اصلی این ماژول آموزش مهارت خودآگاهی هیجانی<sup>۵</sup> و ذهن‌آگاهی هیجانی<sup>۶</sup> است. محتوای هدف اول این ماژول عبارتند از آموزش روان‌شناختی در مورد ماهیت هیجان‌ها، مؤلفه‌های اصلی هر تجربه هیجانی، و مفهوم پاسخ‌های آموخته‌شده، تا بیمار بتواند با پایش و کندوکاو در تجربه‌های هیجانی خود، آگاهی بیشتری از هیجان‌های منفی و الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی‌اش، کسب کند. محتوای هدف دوم این ماژول، یعنی مهارت ذهن‌آگاهی هیجانی، به این شرح است که بیمار هیجان‌های منفی خود را، بدون قضاوت و تلاش برای بازداشتن آنها، تجربه کند. در این مرحله از درمان، درمانگر به مراجع یادآوری می‌کند که

1- Wells  
3- Wilson  
5- emotional self-awareness

2- Strosahl  
4- module  
6- emotional mindfulness

هیجان‌ها همانند امواج دریا، می‌آیند و می‌روند و اوج می‌گیرند و سپس فروکش می‌کنند. پس، سعی کند حضور آنها را شناسایی کند و خود را از حالت چسبیدن به هیجان‌ها خارج سازد.

**ماژول ۳- آشنایی با افکار تکرارشونده منفی و راهبردهای کاهش آنها:** اهداف اصلی این ماژول عبارتند از آشناسدن مراجع با افکار تکرارشونده منفی، و آموختن تکنیک‌های آموزش توجه<sup>۱</sup> و تکنیک ذهن‌آگاهی انفصالی<sup>۲</sup> برای کاهش افکار تکرارشونده منفی. در این ماژول، درمانگر که سعی می‌کند بیمار را با افکار تکرارشونده منفی به‌منزله عامل اصلی فراتشخیصی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی آشنا کند، ابتدا این سازه را در قالب مفاهیم نشخوار فکری<sup>۳</sup>، نگرانی<sup>۴</sup>، وسواس فکری<sup>۵</sup>، اشتغال ذهنی<sup>۶</sup>، تهدیدبایی<sup>۷</sup>، خودپایشی<sup>۸</sup>، و هر نوع افکار تکرارشونده منفی دیگر به بیمار معرفی می‌کند. درمانگر پس از اینکه مفهوم افکار تکرارشونده و ارتباط آنها را با اختلال‌های هیجانی به مراجع توضیح داد، برای کاهش این افکار سمج و تکراری، تکنیک‌های آموزش توجه و ذهن‌آگاهی انفصالی را به او آموزش می‌دهد. درمانگر طی این ماژول سعی می‌کند از طریق این دو تکنیک، انعطاف‌پذیری توجه بیمار را افزایش دهد و او را از دام افکار تکرارشونده منفی رها کند.

**ماژول ۴- ارزیابی باورهای فراشناختی و بازسازی مجدد:** اهداف اصلی این ماژول عبارتند از آشنا ساختن بیمار با باورهای فراشناختی<sup>۹</sup> مربوط به افکار تکرارشونده منفی و به چالش کشیدن آنها. درمانگر در ابتدا سعی می‌کند بیمار را با باورهای فراشناختی منفی و مثبت مرتبط با افکار تکرارشونده منفی آشنا سازد و به کمک بیمار، این باورها را شناسایی کند. در مرحله بعدی، درمانگر به کمک تکنیک‌های اسناددهی مجدد کلامی<sup>۱۰</sup> و آزمایش‌های رفتاری، باورهای فراشناختی منفی بیمار را، که به دو حوزه کنترل‌ناپذیری و خطرناک‌بودن افکار تکرارشونده منفی تعلق دارند، به چالش می‌کشد. در مرحله پایانی، بعد از اینکه در بیمار، باورهای فراشناختی منفی به‌طور کامل اصلاح شدند، درمانگر در جهت اصلاح باورهای فراشناختی مثبت درمورد افکار تکرارشونده منفی که در این ماژول مطرح شده‌اند، قدم برمی‌دارد و سعی می‌کند از طریق برخی از تکنیک‌های اسناددهی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری، این باورها را به چالش بکشد و آنها را اصلاح کند.

**ماژول ۵- مواجهه تدریجی با اجتناب از تجربه:** اهداف اصلی این ماژول عبارتند از آشناساختن بیمار با مفهوم اجتناب از تجربه<sup>۱۱</sup>، و آموزش تکنیک‌های پذیرش<sup>۱۲</sup>، و مواجهه<sup>۱۳</sup> برای کاهش اجتناب

- 1- attention-training technique
- 3- rumination
- 5- obsession
- 7- threat monitoring
- 9- metcognitive beliefs
- 11- experiential avoidance
- 13- exposure

- 2- detached mindfulness technique
- 4- worry
- 6- preoccupation
- 8- self-monitoring
- 10- verbal reattribution
- 12- acceptance

از تجربه. درمانگر در ابتدا، اجتناب از تجربه را به صورت بی‌تمایلی به تجربه کردن پدیده‌های ناخوشایند درونی (مثل عواطف، احساسات، شناخت‌ها، یا تکانه‌های ناخوشایند) و بیرونی (موقعیت‌ها، افراد، مکان‌ها) به بیمار معرفی می‌کند و چگونگی استفاده از راهبردهای اجتنابی درونی و بیرونی را به او می‌شناساند. سپس، در ادامهٔ ماژول، به او کمک می‌کند تا آن دسته از این راهبردها را که مورد استفاده قرار می‌دهد شناسایی کند. در مرحلهٔ پایانی این ماژول، بیمار یاد می‌گیرد که از طریق راهبرد پذیرش و مواجهه با ابعاد درونی و بیرونی، بر اجتناب خود از تجربه غلبه کند.

**ماژول ۶- پیشگیری از عود:** هدف اصلی این ماژول، مرور کلی مفاهیم درمانی و بحث در مورد پیشرفت درمان است. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا راه‌های تداوم نتایج درمانی را بشناسد و مشکلات احتمالی آتی را پیش‌بینی کند. همچنین بیمار را تشویق می‌کند تا برای افزایش پیشرفت خود در دستیابی به اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت خویش، از تکنیک‌های درمانی استفاده کند.

## ابزار

۱- **برنامهٔ مصاحبهٔ اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV، (ADIS-IV):** این ابزار عبارت است از مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافتهٔ بالینی و تشخیصی برای اختلال‌های اضطرابی (براون، دی‌ناردو<sup>۱</sup>، و بارلو، ۱۹۹۴)، که علاوه بر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های افسردگی، جسمانی‌شکل، و سوء‌مصرف مواد را نیز در بر می‌گیرد. با استفاده از این ابزار می‌توان سطح آسیب‌رساندن هر اختلال و شدت آن را ارزیابی کرد. در این ابزار، درجه‌بندی شدت بالینی<sup>۲</sup> (CSR) در مقیاس لیکرت انجام می‌شود که دامنهٔ آن از صفر «عدم علامت» تا ۸ «شدیداً مختل‌کننده» است. این ابزار در ایران، به وسیلهٔ محمدی و بیرشک (۱۳۹۲) ترجمه شده‌است که در پژوهش حاضر، از آن استفاده گردید.

۲- **پرسشنامهٔ افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II):** این پرسشنامه شکل بازنگری‌شدهٔ پرسشنامهٔ افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده بود (بک<sup>۳</sup>، اپستاین<sup>۴</sup>، براون، و استیر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸). در مقایسه با ویراست اول، این ویراست همخوانی بیشتری با DSM-IV دارد. BDI-II نیز همانند BDI، ۲۱ گویه دارد که براساس نظریهٔ شناختی، تمام عناصر افسردگی را در بر می‌گیرند. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ = ۰/۹۱). آنان پایایی بازآزمایی این مقیاس را طی یک هفته، ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. فتی، بیرشک، عاطف وحید، و دابسون (۱۳۸۴) نیز در یک نمونهٔ ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را طی یک هفته، ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

1- DiNardo  
3- Beck  
5- Steer

2- clinical severity rating  
4- Epstein

۳- **پرسشنامه اضطراب بک (BAI):** پرسشنامه اضطراب بک (استیر و همکاران، ۱۹۹۳) پرسشنامه‌ای برای سنجش شدت اضطراب در بزرگسالان و نوجوانان است. و ۲۱ گویه دارد که بر یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا سه، نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه میان صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. بک و همکاران (۱۹۸۸) برای این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. فنی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش خود بر نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲، ضریب پایایی بین دو نیمه را ۰/۹۱، و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۸۱ گزارش کردند.

۴- **مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری (WSAS):** مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری (مونت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) که پنج آیتمی است، برای درجه‌بندی آسیب‌های ناشی از علائم اختلال در کار، مدیریت خانه، اوقات فراغت فردی و جمعی، و روابط بین‌فردی به کار می‌رود. این مقیاس در پژوهش‌های بالینی درباره درمان افسردگی و اضطراب به کار رفته است (مونت و همکاران، ۲۰۰۱). در پژوهش مونت و همکاران (۲۰۰۲)، اطلاعات روان‌سنجی این ابزار این‌گونه گزارش شد: همسانی درونی ۰/۷۵، پایایی بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۷۳، و همبستگی آن با شدت علائم اختلال افسردگی و اختلال وسواسی - اجباری به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۱ (مونت و همکاران، ۲۰۰۲). محمدی (۱۳۹۰) همبستگی معناداری برای دو زیرمقیاس اضطراب و افسردگی آن گزارش کرد (۰/۶۶ و ۰/۷۵) و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک‌هفته را ۰/۷۰ به دست آورد.

۵- **پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی (RNTQ):** مک‌اوی، ماهونی، و مولدز در سال ۲۰۱۰ این پرسشنامه را به جهت سنجش افکار تکرارشونده منفی فراتشخیصی، طراحی و تدوین کردند. این مقیاس ۳۱ سؤال دارد. مک‌اوی و همکاران (۲۰۱۰) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. برای محاسبه روایی پیش‌بین آن، ضریب همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) محاسبه گردید که به ترتیب، ۰/۴۲ و ۰/۳۸ به دست آمد. همچنین، خالقی و همکاران (۲۰۱۱) پایایی نسخه فارسی این ابزار را از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه کردند که برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. برای محاسبه روایی پیش‌بین، ضریب همبستگی این ابزار با BDI و BAI محاسبه گردید که به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۳ به دست آمدند.

۶- **مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS):** یک ابزار ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بُعد خلقی یعنی عاطفه منفی و مثبت طراحی شد (واتسون<sup>۲</sup>، کلارک، و تلگین<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸) و هر خرده‌مقیاس آن دارای ۱۰ آیتم است. این مقیاس از شاخص‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار

1- Mundt  
3- Tellegen

2- Watson

است. ضریب آلفای آن برای عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰، و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷. گزارش شده و ضریب پایایی بازآزمایی ۸ هفته‌ای آن در چارچوب‌های زمانی متفاوت، برای عاطفه مثبت از ۰/۴۷ تا ۰/۶۸، و برای عاطفه منفی از ۰/۳۹ تا ۰/۷۱. گزارش شده‌است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). بخشی‌پور و همکاران (۱۳۸۳) روایی سازه نسخه فارسی این ابزار را با روش تحلیل عاملی به دست آورده و پایایی آن را براساس ضریب آلفا برابر با ۰/۸۷ گزارش کرده‌است.

۷- پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): میرا<sup>۱</sup>، میلر<sup>۲</sup>، متزگر<sup>۳</sup>، و بورگووک<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) این پرسشنامه را طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است (آلفای کنترل‌ناپذیری آن را می‌سنجد). این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است (آلفای ۰/۸۶ تا ۰/۹۵). پایایی بازآزمایی آن به فاصله چهار هفته بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۳. گزارش شده‌است (مولینا<sup>۵</sup> و بورگووک، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش شیرین‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد (آلفای ۰/۸۶). آنان پایایی بازآزمایی آن را به فاصله چهار هفته، ۰/۹۰ گزارش کردند.

۸- مقیاس وسواسی - اجباری پیل - براون (Y-BOCS): این مقیاس که یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای تعیین شدت علائم وسواس است، ده ماده دارد که پنج ماده آن وسواس‌ها<sup>۶</sup> را می‌سنجد و پنج ماده دیگر آن، اجبارها<sup>۷</sup> را (گودمن<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ است. ضریب همبستگی برای پایایی بین نمره‌گذاران از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹، و پایایی بازآزمایی آن به فاصله دو هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷. گزارش شده‌است (ودی و همکاران، ۱۹۹۵). نتایج پژوهش ربیعی، خرمدل، کلانتری، و مولوی (۱۳۸۸) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد (آلفای ۰/۸۷). آنان همچنین پایایی بازآزمایی آن را به فاصله چهار هفته، ۰/۹۳ گزارش کردند.

### یافته‌ها

در جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تشخیص اصلی، مدت ابتلا به بیماری، تشخیص‌های همراه، سابقه درمان، و داروی مصرفی آزمودنی‌های مورد مطالعه در پژوهش ارائه شده‌است. همه آزمودنی‌ها علاوه بر یک تشخیص اصلی، به دو اختلال همراه مبتلا بودند. بیمار دوم و سوم چند سال قبل از پژوهش، تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفته بودند و از بین آزمودنی‌ها، فقط بیمار دوم دارو مصرف می‌کرد که از قبل از شروع پژوهش، میزان و نوع آن ثابت نگه داشته شده بود.

1- Meyer  
3- Metzger  
5- Molina  
7- compulsions

2- Miller  
4- Borkovec  
6- obsessions  
8- Goodman



جدول ۱  
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شرایط بالینی آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	سن	جنس	تحصیل	تاهل	تشخیص اصلی	مدت ابتلا	تشخیص همراه	سابقه درمان	مصرف دارو
بیمار اول	۲۲	زن	لیسانس	مجرد	اضطراب فراگیر	۴ سال	افسرده‌خوبی وسواسی - اجباری	ندارد	ندارد
بیمار دوم	۲۰	مرد	دانشجو	مجرد	وسواسی - اجباری	۷ سال	افسرده‌خوبی اضطراب فراگیر	شناختی - رفتاری*	کلومی‌پرامین و فلوکستین***
بیمار سوم	۲۳	زن	لیسانس	مجرد	افسرده‌خوبی	۵ سال	اضطراب فراگیر وسواسی - اجباری	شناختی - رفتاری**	ندارد

\* ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری در ۲ سال گذشته

\*\* ۵ جلسه درمان شناختی - رفتاری در ۳ سال گذشته

\*\*\* کلومی‌پرامین: ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه؛ فلوکستین: ۲۰ میلی‌گرم روزانه

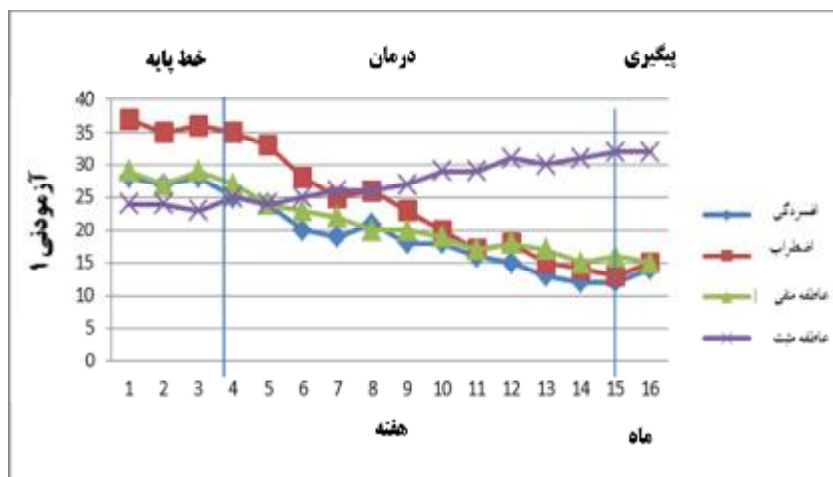
جدول ۲

آماره‌های توصیفی و اندازه‌های اثر برای متغیرهای پژوهش در پایان درمان و در پیگیری یک‌ماه بعد

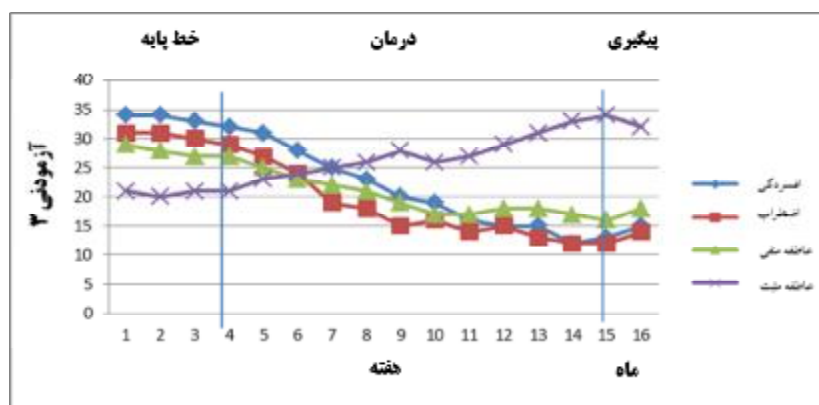
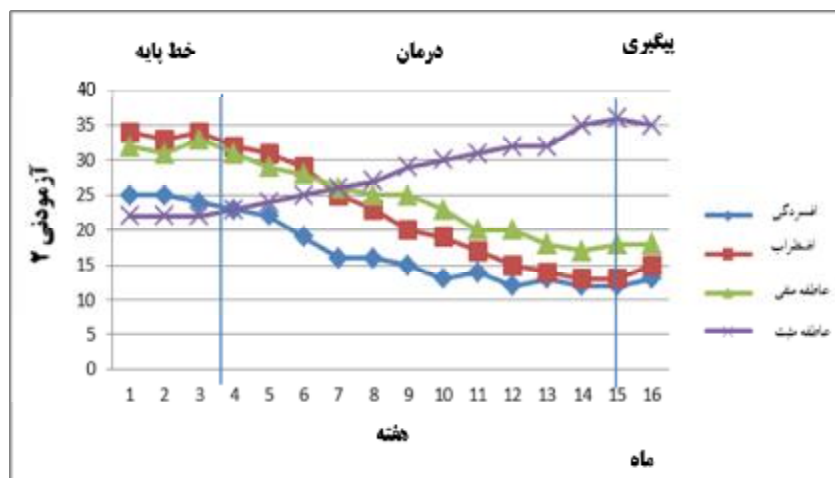
متغیرهای پژوهش	خط پایه (SD) M	پایان درمان (SD) M	اندازه اثر پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیگیری یک ماه بعد (SD) M	اندازه اثر پیش‌آزمون - پیگیری
درجه‌بندی شدت بالینی	۰/۱۶ ۶/۵	۰/۱۷ ۲/۹	۳/۹۱	۱/۰۸ ۲/۴۶	۳/۲۸
افسردگی	۴/۷ ۲۸/۸	۳/۹ ۱۲/۳	۲/۷۷	۳/۲ ۱۴	۲/۴۲
اضطراب	۵/۲ ۳۳/۴	۳/۷ ۱۲/۶	۳/۲۶	۳/۱ ۱۴/۶	۳/۱
عاطفه منفی	۴/۴ ۳۹/۴	۳/۸ ۱۶/۶	۲/۱۷	۲/۴ ۱۷	۲/۶۷
عاطفه مثبت	۳/۷ ۲۲/۱	۴/۲ ۳۴	۱/۹۹	۴/۹ ۳۳	۱/۷۷
عملکرد کلی	۴/۱ ۲۵	۳/۵ ۱۱/۳	۲/۵۳	۴/۳ ۱۲/۳	۲/۱۳
افکار تکرار شونده منفی	۱/۶ ۱۰/۶	۳/۲ ۴۳	۳/۴۷	۹/۳ ۴۵/۳	۳/۲۵
نگرانی	۱/۱ ۲ ۶۹	۱/۲ ۳ ۳۱/۳	۲/۱۱	۹/۴ ۳۳	۲/۵۰
وسواس‌ها و اجبارها	۵/۹ ۳۳/۶	۴/۱ ۱۳	۲/۸۶	۳/۹ ۱۳/۶	۲/۸۲

در جدول ۲، نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش در سه مرحله خط‌پایه، پایان درمان، و پیگیری یک ماه بعد، به همراه اندازه اثر درمان ارائه شده‌اند. لازم به ذکر است که در ADIS-IV، درجه‌بندی شدت بالینی به صورت میانگین شدت علائم تشخیص‌های اصلی و همراه در آزمودنی‌ها محاسبه می‌شود. در مورد سایر متغیرهای پژوهش نیز میانگین سه خط‌پایه آزمودنی‌ها به‌عنوان خط‌پایه در نظر گرفته شده‌است. نتایج نشان می‌دهند که در دو مرحله پایان درمان و پیگیری یک ماهه، متغیرهای پژوهش در همه آزمودنی‌ها کاهش معناداری پیدا کردند. از بین متغیرها، بیشترین اندازه‌اثر در پایان درمان و مرحله پیگیری مربوط است به درجه‌بندی شدت بالینی، اضطراب، و افکار تکرارشونده منفی. در واقع، نتایج پژوهش نشان می‌دهند که درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی علاوه بر کاهش علائم تشخیص اصلی، علائم مربوط به تشخیص‌های همراه و همایند را نیز کاهش داده است. اندازه اثر پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری از طریق مجذور ضریب اتای استاندارد محاسبه شده‌است.

در شکل ۱، نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی و مثبت در خطوط پایه، طول درمان، و پیگیری یک‌ماهه، ارائه شده‌است. نتایج نشان می‌دهند که طی سنجش‌های مکرر، نمره‌های آزمودنی‌ها در افسردگی، اضطراب، و عاطفه منفی، کاهش پیدا کرده، و در عاطفه مثبت، افزایش یافته‌اند.



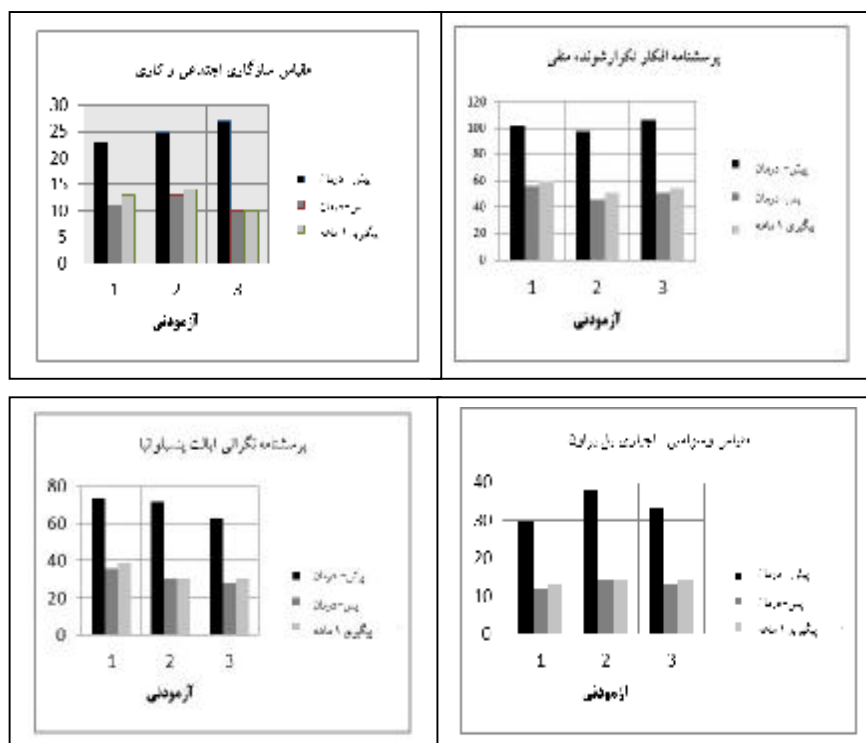
شکل ۱ (ادامه شکل در صفحه بعد)  
نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی و مثبت  
در خط پایه، طول درمان، و پیگیری یک ماه بعد



ادامه شکل ۱

نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی و مثبت در خط پایه، طول درمان، و پیگیری یک ماه بعد

در شکل ۲، نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس سازگاری اجتماعی، پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی، مقیاس وسواسی - اجباری بیل - براون، و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک ماهه ارائه شده‌است. با توجه به شکل ۲، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که نمره‌های آزمودنی‌ها در این مقیاس‌ها، در پایان درمان و مرحله پیگیری یک‌ماهه، کاهش یافته‌است.



شکل ۲

نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای افکار تکرارشونده منفی، عملکرد کلی، نگرانی، و وسواس در پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک‌ماهه

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال بود: آیا درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی می‌تواند درمان اثربخشی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند باشد؟ نتایج این پژوهش طرح تجربی تک موردی، شواهد اولیه‌ای برای اثربخش بودن این پروتکل فراهم کرده‌است. افسردگی، اضطراب، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، افکار تکرارشونده منفی، عملکرد عمومی، وسواس، نگرانی، و شدت علائم اختلال‌های اصلی و همراه، آماج‌های اصلی درمان محسوب می‌شدند. مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها در این متغیرهای آماجی حاکی از این است که درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی در کاهش شدت علائم اختلال‌های اصلی و همراه، اضطراب، و افکار

تکرارشونده منفی بیشترین تأثیر را داشته است. اگرچه، این درمان در کاهش سایر متغیرهای آماجی نیز تأثیر مطلوبی به جا گذاشته است.

اینگرام<sup>۱</sup>، هیز<sup>۲</sup>، و اسکات<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) در بررسی سنجش کارایی درمان‌های روان‌شناختی به پنج متغیر اشاره کرده‌اند. آنها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید براساس این پنج متغیر بررسی کرد. در ادامه، نتایج پژوهش حاضر براین اساس مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

۱- **اندازه تغییر<sup>۴</sup>**: در پژوهش حاضر، با توجه به تشخیص اصلی، آماج اصلی و عمومی درمان، افسردگی، نگرانی، و وسواس در نظر گرفته شدند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که تغییر نمره‌های آزمودنی‌ها در این سه آماج به حد معنادار بالینی رسیده، از آن جهت که نمره‌های آزمودنی‌ها در این متغیرها به زیر نقطه برش رسیده‌اند (نقطه برش BDI-II، PSWQ، و Y-BOCS به ترتیب برابر ۱۳، ۴۷، و ۱۴ است). این نتیجه می‌تواند از کاهش معنادار افکار تکرارشونده منفی ناشی شده باشد که تغییری فرایندی است. از آنجایی که آماج فرایندی این درمان، افکار تکرارشونده منفی است و از طرفی دیگر، این سازه یک عامل بنیادین فراتشخیصی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی محسوب می‌شود، می‌توان این تغییر معنادار بالینی در آماج‌های اصلی درمان را ناشی از تغییر سازه فراتشخیصی در طول درمان قلمداد کرد (مک‌اوی و همکاران، ۲۰۰۹؛ منسیل و همکاران، ۲۰۰۸؛ کلارک و تیلور، ۲۰۰۹).

۲- **عمومیت تغییر<sup>۵</sup>**: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها در پایان درمان در تمامی متغیرهای افسردگی، اضطراب، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، افکار تکرارشونده منفی، عملکرد عمومی، وسواس، نگرانی، و شدت علائم اختلال‌های اصلی و همراه، به بهبودهای قابل توجهی دست یافتند. در واقع، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی علاوه بر متغیرهای برآیندی<sup>۶</sup> (افسردگی، نگرانی، اضطراب، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، و وسواس) و متغیر فراتشخیصی فرایندی<sup>۷</sup> (افکار تکرارشونده منفی)، قادر به ایجاد تغییرات معنادار بالینی در حوزه سازگاری اجتماعی و عملکرد عمومی بوده است. این تغییرات همه‌جانبه در زمینه اختلال‌های اصلی و همراه را می‌توان شواهدی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی در درمان علائم ناهمگون و همزمان اختلال‌های اصلی و همراه در نظر گرفت (دوزوا و همکاران، ۲۰۰۹؛ نورتون و همکاران، ۲۰۰۸).

۳- **میزان پذیرش<sup>۸</sup>**: یکی دیگر از ملاک‌های پنج‌گانه برای اثربخش بودن درمان‌های روان‌شناختی

---

1- Ingram  
3- Scott  
5- generality of change  
7- process variable

2- Hayes  
4- magnitude of change  
6- outcome variable  
8- acceptability

میزان ریزش مراجعان در طول درمان است. همین‌طور که قبلاً اشاره شد، یکی از مشکلات پروتکل‌های شناختی - رفتاری اختصاصی، که لزوم ظهور درمان‌های فراتشخیصی را پیش آورد، ریزش مراجعان مبتلا به اختلال‌های همانند و همزمان در حوزه اختلال‌های هیجانی بود. در واقع، از یک طرف، همبودی بالای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی با هم و از طرفی، افزایش افت مراجعان در طول درمان به دلیل همین همبودی، زمینه را برای درمان‌های فراتشخیصی فراهم کرد. بدین لحاظ، نتایج پژوهش حاضر با ادعای پروتکل‌های فراتشخیصی همسو است، زیرا چنانکه گزارش شد، همه آزمودنی‌ها در طول درمان و مرحله پیگیری یک‌ماهه، روند درمان را بدون ریزش طی کردند در واقع، این درمان به دلیل انعطاف‌پذیری، مبتنی بر ماژول بودن، و تطابقش با مشکلات همزمان شناختی، رفتاری، و هیجانی، می‌تواند برای مراجع جذابیت داشته باشد.

۴- **ایمنی**<sup>۱</sup>: کاهش درجه‌بندی شدت بالینی و افزایش عملکرد و سازگاری آزمودنی‌ها می‌تواند شواهدی مبنی بر ایمنی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی باشد. در واقع، این درمان نه تنها مشکل جدیدی برای مراجعان ایجاد نکرد، بلکه شدت علائم مراجعان را، هم در تشخیص اصلی و هم در تشخیص‌های همراه، کاهش داده و توانسته است عملکرد عمومی آنها را بهبود دهد، به‌گونه‌ای که آنها از شمول حوزه بالینی خارج شوند.

۵- **ثبات دستاوردهای درمان**<sup>۲</sup>: نتایج پیگیری یک ماهه نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها توانستند نتایج مثبتی را که در پایان درمان به‌دست آمده بودند تداوم ببخشند.

با توجه به اینکه پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی این پژوهش، برای اولین بار طراحی شده‌است، در زمینه همخوانی داشتن یا نداشتن نتایج آن با پژوهش‌های پیشین، لازم است یافته‌های کلی حاصل از درمان‌های فراتشخیصی موجود به‌طور کلی مورد بحث قرار بگیرند. یافته‌های این پژوهش در زمینه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی همسو با فراتحلیل‌های نورتون و فیلیپ (۲۰۰۸)، مک‌اوی و همکاران (۲۰۰۹)، منسل و همکاران (۲۰۰۹)، کلارک و تیلور (۲۰۰۹) است، که نشان دادند درمان‌های فراتشخیصی اثربخشی قابل‌قبولی، به‌ویژه برای اختلال‌های هیجانی چندگانه، دارند و تا حدودی با درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مشابهت دارند. اما انتقادی که از اکثر پژوهش‌های فراتحلیلی مرتبط با درمان‌های فراتشخیصی به‌عمل می‌آید براین مبنا است که درمان‌های فراتشخیصی موجود اولاً قادر نیستند اختلال‌های اضطرابی و افسردگی را به میزان مشابه کاهش دهند. برای مثال، اکثر این پروتکل‌ها در کاهش علائم یک اختلال مؤثرند، ولی در کاهش علائم سایر اختلال‌ها، در بهترین

1- safety

2- stability

شرایط، از اثربخشی متوسطی برخوردارند. دوم آنکه، در طول دوره پیگیری، دستاوردهای درمانی اکثر پروتکل‌های فراتشخیصی حفظ نمی‌شود و کاهش قابل‌ملاحظه‌ای پیدا می‌کند. بنابراین، جمع‌بندی این پژوهش‌های فراتحلیلی درباره این پروتکل‌ها این است که درمان‌های فراتشخیصی زمانی رو به رشد و غنا می‌گذارند که حداقل بتوانند به این دو عامل بپردازند. در این پژوهش‌ها، پرداختن به فرایندهای بنیادین اختلال‌های هیجانی و طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی مبتنی بر این عوامل، نشانه محقق شدن این اهداف محسوب می‌گردند.

در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، برای دست‌یافتن به انعطاف‌پذیری شناختی به‌منزله هدف اصلی درمان، چهاردسته تکنیک به‌کار گرفته شده‌اند که هدف هر یک رهایی از سندروم شناختی - توجهی است. دسته اول این تکنیک‌ها شامل خودآگاهی هیجانی، ذهن‌آگاهی انحصالی، و آموزش توجه است که برای منعطف‌ساختن توجه به‌کار گرفته می‌شوند. دسته دوم شامل تکنیک‌های مرتبط با اصلاح باورهای فراتشخیصی مربوط به افکار تکرارشونده منفی است. دسته سوم این تکنیک‌ها، یعنی تکنیک‌های مواجهه رفتاری و پذیرش، با مواجهه با موقعیت‌های بیرونی و درونی ناخوشایند، اجتناب مراجعان از تجربه را مورد هدف قرار می‌دهند.

مکانیسمی که تصور می‌شود در رسیدن به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش علائم در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی دخیل باشد، تغییر باورهای فراتشخیصی مرتبط با افکار تکرارشونده منفی است. بنابراین، در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی درمانگر باید تلاش کند فرآیندهایی را تغییر دهد که موجب تداوم سبک فکری درگیرشونده<sup>۱</sup> و تحلیل‌گر<sup>۲</sup> می‌شوند. در مقابل، واقعیت‌آزمایی<sup>۳</sup> یک فکر یا باور با هدف بررسی اعتبار آن ممکن است باعث تقویت این مدل ذهنی در بیمار شود که برخی از افکار او واقعی‌اند و برخی دیگر غیرواقعی هستند (مک‌اوی و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی دیگر از تفاوت‌های درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، با سایر پروتکل‌های فراتشخیصی، در این است که در آن پروتکل‌ها، بیشتر بر اجتناب بیرونی (از موقعیت‌ها، افراد، و مکان‌های ناخوشایند) تأکید می‌گردد. در حالی که در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، علاوه بر اجتناب رفتاری، سایر جنبه‌های اجتناب، از جمله اجتناب از تجربه، نیز هدف قرار گرفته‌اند. اجتناب از تجربه در پدیدآیی و تداوم اختلالات اضطرابی و خلقی نقش مهمی دارد (کاشدان و همکاران، ۲۰۰۹؛ استار<sup>۴</sup> و مولدس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ زتل<sup>۶</sup> و هیز،

---

1- engaged  
3- reality testing  
5- Moulds

2- analyzer  
4- Starr  
6- Zettle



۱۹۸۶؛ ایفرت<sup>۱</sup> و فورست<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). در تأیید این دیدگاه، پژوهش‌های همبستگی نشان داده‌اند بین اجتناب از تجربه با اضطراب و افسردگی رابطه مثبت وجود دارد (چائولا<sup>۳</sup> و اوستافین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ برمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ رویز، ۲۰۱۰). یکی از اهداف اصلی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی کاهش اجتناب از تجربه است. در این پروتکل درمان، به بیمار آموزش داده می‌شود تا تجارب درونی خود، مانند افکار وسواسی، نگرانی، نشخوار فکری، و احساسات آزاردهنده و منفی را بپذیرد و انرژی خود را صرف کنترل این افکار و احساسات نکند؛ در عوض، برای دستیابی به اهداف ارزشمند خویش، رفتارهایی انجام دهد. در چنین بافتاری، یعنی بافتار پذیرش، پذیرفتن تجارب درونی دردناک افزایش می‌یابد که این امر به کاهش ترس از علائم اضطراب منجر می‌شود (کامپف<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). همین‌طور، راهبردهای پذیرش روان‌شناختی و گسلیش شناختی<sup>۶</sup> باعث می‌شود فرد افکار و احساسات منفی و دردناک خود را بپذیرد و به جای آنکه افکار خود را واقعیت محض تلقی کند، آنها را به شکل رخدادهایی ذهنی ببیند، که این امر به بهبود علائم افسردگی می‌انجامد (فورمن و همکاران، ۲۰۱۲). در تأیید این موضوع، شواهد تجربی نشان داده‌اند که مداخلات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، با کاهش اجتناب از تجربه و افزایش گسلیش شناختی، به کاهش علائم افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (چائولا و اوستافین، ۲۰۰۷؛ بولمیجر، فلدروس، روکس<sup>۷</sup>، پیترس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ فورمن و همکاران، ۲۰۰۷؛ فورمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ توهیگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ فولکه و همکاران، ۲۰۱۲).

به‌طور خلاصه، می‌توان این‌گونه جمع‌بندی کرد که مسئله همبودی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، چالش بزرگی بر سر راه درمان‌های شناختی - رفتاری اختصاصی محسوب می‌شود و درمان‌های فراتشخیصی یکی از راه‌حل‌هایی هستند که می‌توان به‌کار برد.

#### محدودیت‌ها:

کوچک بودن حجم نمونه، نداشتن گروه کنترل، تصادفی نبودن شیوه نمونه‌گیری، و کوتاه بودن دوره پیگیری از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر هستند که تعمیم‌پذیری نتایج آن را با مشکلاتی مواجه می‌کنند. بنابراین، بهتر است این نتایج را با احتیاط تعمیم داد.

#### پیشنهادها:

اگرچه پژوهش‌های طرح تجربی تک موردی روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان‌های جدید

1- Eifert  
3- Chawla  
5- Kampf  
7- Rokx

2- Forsyth  
4- Ostafin  
6- cognitive defusion  
8- Pieterse

هستند اما برای بالابردن اعتبار بیرونی یافته‌ها و بیشتر بررسی‌کردن اثربخشی درمان جدید فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، پیشنهاد می‌شود این درمان در چارچوب طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل‌شده با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر مورد بررسی قرارگیرد. علاوه‌براین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی این درمان از طریق مقایسه نتایج آن با نتایج حاصل از گروه‌های کنترل غیرفعال (گروه کنترل در لیست انتظار) و گروه‌های کنترل فعال، مانند گروه‌های تحت درمان‌های تأیید شده شناختی - رفتاری یا سایر پروتکل‌های فراتشخیصی موجود، مورد مطالعه قرار گیرد.

## References:

## مراجع:

- اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ و شعبانی، امیر (۱۳۹۳). طراحی پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی و مقایسه کارآمدی آن با پروتکل فراتشخیصی بارلو در کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند. رساله چاپ نشده دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد.
- بخشی‌پور، عباس؛ دژکام، محمود؛ مهریار، امیرهوشنگ، و بیرشک، بهروز (۱۳۸۳). روابط ساختاری میان ابعاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و ابعاد الگوی سه‌بخشی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۹(۴)، ۶۳-۷۶.
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ غنی‌زاده، احمد؛ و تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱)، ۴۶-۵۵.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف‌وحید، محمدکاظم؛ و دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذار طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۱(۳)، ۱۱۲-۱۲۶.
- محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۰). مقایسه رفتاردرمانی شناختی گروهی فراتشخیصی با شناخت درمانی گروهی کلاسیک در پیشگیری مشخص از علائم اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه چاپ‌نشده دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- Antony, M. M., & Stein, M. B. (Eds.). (2009). *Handbook of anxiety disorders*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: Guilford Press.

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change (2<sup>nd</sup> ed.)*. Newton, MA: Allyn & Bacon.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 109-113.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62-67.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Treatment follow-up version (Mini-ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, G. P., Roach, A., Irving, L., & Joseph, K. (2008). Personal meaning: A neglected transdiagnostic construct. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 223-236.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wine-skins?

- Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 60-66.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Dozois, D. J. A., & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 44-59.
- Ehring, T., & Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192-205.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M., & Barlow, D. H. (2012). The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678.
- Folk, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 583-594.
- Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J. D., Goetter, E. M., Yuen, E. K., & Moitra, E. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 43(2), 341-354.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Ingram, R. E., Hayes, S. C., & Scott, W. (2000). *Empirically supported treatment: A critical analysis*. In Syder, C. R & Ingram, R. E(Eds). *Handbook of psychological change*. (pp.40-60) New York: John Wiley & sons.
- Kampfe, C. K., Gloster, A.T., Wittchen, H.-U., Helbig-Lang, S., Lang, T., Gerlach, A. L., Richter, J., Alpers, G. W., Fehm, L., Kircher, T., Hamm, A, O., Ströhle, A., & Deckert, J. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same? *International journal of clinical and health psychology, 12(1)*, 5-22.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders, 23(2)*, 185-196.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Khaleghi, S., Liaghat, R., & Ganjdanesh, Y. (2011). *The Repetitive Thinking Questionnaire: Psychometric properties in Iranian students and its relationship with depression, Anxiety and Social Anxiety*. 2<sup>nd</sup> International Conference on Psychiatry and Psychotherapy-PSYCHO 2011. University of Cambridge, Cambridge, UK, February 23-25.
- Mansell, W. (2008). Keep it simple: The transdiagnostic approach to CBT. *International Journal of Cognitive Therapy, 1(3)*, 179-180.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2008). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 6-19.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(3), 181-191.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. J., & Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 509-519.
- McEvoy, P. M., Moulds, M. L., & Mahoney, A. E. J. (2013). Mechanisms driving pre- and post-stressor repetitive negative thinking: Meta-cognitions, cognitive avoidance, and thought control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 84-93.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. (2009). Efficacy of Transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 1, 20-33.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., & Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 946-953.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn State worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Molina, S., & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In: G. C. L. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 265-283). New York: Wiley.
- Mundt, J. C., Clarke, G. N., Burroughs, D., Brenneman, D. O., & Griest, J. H. (2001). Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: The impact of medication compliance and patient education. *Depression and Anxiety, 13*, 1-10.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry, 180*, 461-464.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Springer, J. R. (2008). Transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 266-279.

- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training, 45*, 214-226.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 521-531.
- Raes, F. (2012). Repetitive negative thinking predicts depressed mood at 3-year follow-up in students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*, 497-501.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(1), 125-162.
- Smits, J. A., & Hoffman, S. G. (2009). A meta-analytic review of the effects of psychotherapy control conditions for anxiety disorders. *Psychological Medicine, 39*, 229-239.
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating to depressive risk factors to depression. *Emotion, 1*, 25-37.
- Starr, S., & Moulds, M. L. (2006). The role of negative interpretations of intrusive memories in depression. *Journal of affective disorders, 93*(1-3), 125-132.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T., & Clark, D. A. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 195-205.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behavior Research and Therapy, 33*, 597-605.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *Analysis of Verbal Behavior, 4*, 30-38.

مقایسه تأثیر درمان‌های فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی  
گروهی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی فرونشانی:  
نتایج پیگیری ۳ ماهه

**Comparison of the effect of Group Behavioral Activation  
Treatment and Group Cognitive Therapy in Reducing  
Subsyndromal Anxiety and Depressive Symptoms:  
Results of a 3-Month Follow-up**

**Mehdi Soleimani, Ph.D.\***

Tehran University of Medical Sciences

**Parvaneh Mohammadkhani, Ph.D.**

University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

**Behrooz Dolatshahi, Ph.D.**

University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

**دکتر مهدی سلیمانی**

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**دکتر پروانه محمدخانی**

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**دکتر بهروز دولتشاهی**

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**Abstract:** The purpose of the present research was to compare the effects of group behavioral activation treatment (BA) and group cognitive therapy (CT) on subsyndromal anxiety and depressive symptoms as measured at the 3-month follow-up. The sample consisted of 26 university students in Tehran, Iran, with subsyndromal anxiety and depressive symptoms who were selected through purposeful sampling and then were randomly assigned to two groups. One group received 8 sessions of BA and the other group received 8 sessions of CT. Participants completed the Depression, anxiety, and Stress Scale, the Positive Affect and Negative Affect

**چکیده:** هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان‌های فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی فرونشانی در پیگیری ۳ ماهه بود. شرکت‌کنندگان ۲۶ دانشجوی دانشگاه‌های تهران بودند، که علائم افسردگی و اضطراب فرونشانی داشتند. این تعداد با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی، به دو گروه تقسیم شدند. اعضای یک گروه، در ۸ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و اعضای گروه دیگر در ۸ جلسه شناخت‌درمانی گروهی شرکت کردند. شرکت‌کنندگان پیش و پس از درمان، مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسشنامه تنظیم هیجانی، و مقیاس سازگاری

\*msoleimani@uswr.ac.ir

دریافت اصلاح نهایی مقاله: ۹۴/۲/۷

پذیرش مقاله: ۹۴/۷/۲۰



Scale, the Emotional Regulation Questionnaire, and the Work and Social Adjustment Scale before and after the treatments. Results indicated that BA had the same effect as CT in decreasing sub-syndromal anxiety and depressive symptoms. The implications of the results are discussed.

اجتماعی و کاری را تکمیل کردند. نتایج نشان دادند که درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی اثری مشابه با شناخت‌درمانی گروهی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی فرونشانی دارد. نتایج پژوهش حاضر مورد بحث قرار گرفتند.

**Keywords:** group behavioral activation treatment; group cognitive therapy; subsyndromal anxiety symptoms; subsyndromal depressive symptoms

**کلیدواژه‌ها:** درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی؛ شناخت‌درمانی گروهی؛ علائم اضطراب فرونشانی؛ علائم افسردگی فرونشانی

اثربخشی<sup>۱</sup> شناخت‌درمانی<sup>۲</sup> برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به اثبات رسیده است (گروه کاری<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ چمپلس<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ چمپلس و اولندیک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) و شواهد گویای آنند که این شیوه درمان اثرات بلندمدت برجا می‌گذارد (هولون<sup>۶</sup>، استوارت<sup>۷</sup>، و استرانک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). همچنین، در مطالعات پیشگیرانه مبتنی بر رویکرد شناخت‌درمانی که بر افراد دارای علائم فرونشانی اجرا شده‌اند، تأثیر این شیوه در کاهش علائم افسردگی و اضطراب مشاهده شده است (استایس<sup>۹</sup>، پرتون<sup>۱۰</sup>، برمن<sup>۱۱</sup>، و رود<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷؛ کانرت<sup>۱۳</sup>، دابسون<sup>۱۴</sup>، و استلمچ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹؛ سلیگمن<sup>۱۶</sup>، شالمن<sup>۱۷</sup>، و تریون<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۷).

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی به اثبات رسیده است (چمپلس و همکاران، ۱۹۹۸؛ دیمیجیان<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و شواهد نشان می‌دهند که اثرهای این درمان بر افسردگی پایدار می‌مانند (گورتنر<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ دابسون و همکاران، ۲۰۰۸). اما تکنیک‌های این درمان و ارتباط آنها با فرایندهای تنظیم هیجانی، به سایر اختلال‌های هیجانی نیز گسترش یافته است سیزدک<sup>۲۱</sup>،

- |               |                      |
|---------------|----------------------|
| 1- efficacy   | 2- cognitive therapy |
| 3- Task Force | 4- Chambless         |
| 5- Ollendick  | 6- Hollon            |
| 7- Stewart    | 8- Strunk            |
| 9- Stice      | 10- Burton           |
| 11- Bearman   | 12- Rohde            |
| 13- Konnert   | 14- Dobson           |
| 15- Stelmach  | 16- Seligman         |
| 17- Schulman  | 18- Tryon            |
| 19- Dimidjian | 20- Gortner          |
| 21- Syzdek    |                      |

ادیس<sup>۱</sup>، و مارتل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). در درمان فعال‌سازی رفتاری، رفتارهای اجتنابی هدف درمان قرار می‌گیرند (سیزدک و همکاران، ۲۰۱۰) و با توجه به همبودی<sup>۳</sup> زیاد اختلال‌های افسردگی با اختلال‌های اضطرابی (براون<sup>۴</sup>، کمپیل<sup>۵</sup>، لهمن<sup>۶</sup>، گریشام<sup>۷</sup>، و منسیل<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱؛ کاکس<sup>۹</sup>، کلارا<sup>۱۰</sup>، و انز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲)، این روش می‌تواند برای درمان همبودی افسردگی و اضطراب نیز به کار رود (سیزدک و همکاران، ۲۰۱۰؛ هوپکو<sup>۱۲</sup>، رابرتسون<sup>۱۳</sup>، و لجویوز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۶). داده‌های مقدماتی نشان می‌دهند که درمان فعال‌سازی رفتاری در اختلال استرس پس‌آسیبی<sup>۱۵</sup> و همبودی آن با اختلال افسردگی اساسی به کاهش علائم منجر می‌شود (ترنر<sup>۱۶</sup> و جکوپکاک<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۰؛ جکوپکاک و همکاران، ۲۰۰۶). این درمان همچنین بر اضطراب مزمن و علائم همزمان افسردگی و اضطراب نیز مؤثر است (ترنر و لیچ<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹؛ هوپکو، لجویوز، و هوپکو، ۲۰۰۴؛ چو<sup>۱۹</sup>، کلونوری<sup>۲۰</sup>، وایسمن<sup>۲۱</sup>، و بنون<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۹). بر این اساس، در پژوهش حاضر، اثرهای بلندمدت درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی در مقایسه با شناخت‌درمانی گروهی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب بررسی شد و همچنین، اثر بلندمدت این دو درمان در بهبود عملکرد عمومی، تنظیم هیجانی، و هیجان‌های مثبت نیز مورد مقایسه قرار گرفت.

### روش

در این پژوهش، ۳۲ دانشجو با علائم اضطراب و افسردگی فرونشانی<sup>۲۳</sup> از دانشگاه‌های تهران با روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۲۴</sup> انتخاب شدند. در تحقیق گوریساک<sup>۲۵</sup>، نیکولاس<sup>۲۶</sup>، و هوپکو (۲۰۰۹) در مورد درمان فعال‌سازی رفتاری، با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۹۵، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۳، ۱۵ نفر در هر گروه جای داده شدند و در مجموع، ۳۰ شرکت‌کننده از جمعیت دانشجویی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. براین اساس، در پژوهش حاضر، حضور ۳۲ شرکت‌کننده (در کل گروه) برای داشتن توان آماری مناسب در آزمون فرضیه‌ها کافی است.

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 1- Addis                 | 2- Martell     |
| 3- comorbidity           | 4- Brown       |
| 5- Campbell              | 6- Lehman      |
| 7- Grisham               | 8- Mancill     |
| 9- Cox                   | 10- Clara      |
| 11- Enns                 | 12- Hopko      |
| 13- Robertson            | 14- Lejuez     |
| 15- posttraumatic stress | 16- Turner     |
| 17- Jakupcak             | 18- Leach      |
| 19- Chu                  | 20- Colognori  |
| 21- Weissman             | 22- Bannon     |
| 23- sybsyndromal         | 24- purposeful |
| 25- Gawrysiak            | 26- Nicholas   |

ملاک ورود به پژوهش اخذِ نمره ۱۸ یا بالاتر در خرده‌مقیاس افسردگی، و ۱۶ یا بالاتر در خرده‌مقیاس اضطراب، در مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس<sup>۱</sup> (DASS-42) بود. این نقاط برش براساس روش لوویباند<sup>۲</sup> و لوویباند<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) تعیین شد که برای تعیین سطوح شدت، از نقاط درصدی استفاده کرده بودند، و بر این اساس نقاط درصدی ۷۸ و بالاتر، سطح شدتِ خفیف به بالا را تشکیل می‌دهند. اما در پژوهش صاحبی، اصغری، و سالاری (۱۳۸۴) برای اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس (DASS-21) روی نمونه ایرانی، نقطه ۷۵ درصدی به بالا نشان‌دهنده سطح شدت خفیف به بالا است که مبنای نقاط برش برای ملاک شمول این پژوهش قرار گرفت. البته، لازم به ذکر است که نقطه ۷۵ درصدی برای جنس مذکر و مؤنث، با نمرات خام متفاوتی (۲ نمره بیشتر برای خانم‌ها) مرتبط است که در این پژوهش، نقطه برش براساس جنس مؤنث تعیین گردید. ملاک‌های خروج پژوهش نیز عبارت بودند از: داشتن اختلال‌های محور یک شامل اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، روان‌پریشی، جسمانی شکل، و سوء‌مصرف مواد، که با استفاده از برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV<sup>۴</sup>، (براون، دی‌ناردو<sup>۵</sup> و بارلو<sup>۶</sup>، ۱۳۹۲)، تشخیص داده شده باشند و یا همزمان تحت درمان روان‌شناختی یا دارویی بودن.

این پژوهش از نوع تحقیقات تطبیقی<sup>۷</sup> است که در آنها، به جای مقایسه یک درمان با گروه کنترل بدون درمان یا در لیست انتظار، دو روش درمانی با یکدیگر مقایسه می‌شوند (استینز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸؛ وامپولد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ کازدین<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲؛ کیندال<sup>۱۱</sup>، فلانری - اشرودر<sup>۱۲</sup>، و فورد<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۹). از این‌رو، این پژوهش یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه در گروه آزمایشی (درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی) و گروه مقایسه<sup>۱۴</sup> (شناخت درمانی گروهی) است که در آن، تخصیص تصادفی<sup>۱۴</sup> شرکت‌کنندگان به گروه‌ها نیز رعایت شده‌است.

با توجه به اینکه شناخت درمانی، درمانی به خوبی اثبات‌شده و رایج‌ترین روش درمانی مورد استفاده است (راکمن<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹)، در مورد آشکال فردی و گروهی این درمان، تحقیقات متعددی در ایران انجام شده‌اند (برای مثال، جوهری‌فرد، ۱۳۸۴؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۷۴؛ صبحی قراملکی و همکاران، ۱۳۸۵؛ ایزدی و همکاران، ۱۳۸۱؛ امیری و نوایی‌نژاد، ۱۳۷۵؛ کمیلی‌ثانی و دژکام، ۱۳۷۵؛ آخوند مکه‌ای

- 
- |  |                        |
|--|------------------------|
| 1- Depression, Anxiety, Stress Scale               | 2- Lovibond            |
| 3- Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV |                        |
| 4- Di Nardo  | 5- Barlow              |
| 6- comparative                                     | 7- Staines             |
| 8- Wampold   | 9- Kazdin              |
| 10- Kendall  | 11- Flannery-Schroeder |
| 12- Ford   | 13- comparison         |
| 14- random assignment                              | 15- Rachman            |

و ثنایی‌ذاکر، ۱۳۷۶؛ نخلستانی‌حق و همکاران، ۱۳۸۲). در پژوهش‌های آزمایشی در مورد تأثیر درمان‌ها، یکی از انواع گروه‌های کنترل، درمان استاندارد<sup>۱</sup> است (کازدین، ۱۹۹۲؛ کیندل و همکاران، ۱۹۹۹). می‌توان در این پژوهش، گروه شناخت‌درمانی را درمان استاندارد به حساب آورد. این کار علاوه بر آنکه مشکلات اخلاقی مرتبط با گروه‌های بدون درمان را پیش نمی‌آورد و احتمال ریزش آزمودنی‌ها را کاهش می‌دهد، می‌تواند موجب کنترل عوامل درمانی غیراختصاصی، مانند تماس با درمانگر، نیز باشد.

این پژوهش ابتدا با درج آگهی در دانشگاه‌های شهر تهران، به اطلاع دانشجویان رسید. سپس هر فرد متقاضی همکاری، از نظر داشتن ملاک‌های شمول و خروج که توضیح داده شدند، به صورت انفرادی مورد ارزیابی قرار گرفت. واجدین شرایط به تحقیق دعوت شدند و پس از ارائه توضیحات کافی در مورد پژوهش و موارد اخلاقی آن، و اعلام رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در پژوهش، ابزارهای پژوهش را که شامل مقیاس عاطفه مثبت و منفی<sup>۲</sup> (PANAS)، پرسشنامه تنظیم هیجانی<sup>۳</sup> (ERQ)، و مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری<sup>۴</sup> (WSAS) بود تکمیل کردند. سپس ۳۲ شرکت‌کننده به طور تصادفی به دو گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند. اعضای گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و اعضای گروه مقایسه تحت ۸ جلسه شناخت‌درمانی گروهی قرار گرفتند. این جلسه‌های درمانی به صورت گروهی و در قالب جلسات هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شدند. به منظور ایجاد تعادل بین تعداد شرکت‌کنندگان با تعداد درمانگر در هر گروه، براساس توصیه فری (فری، ۱۳۸۲) مبنی بر نیاز به یک درمانگر برای هر ۸ نفر، هر گروه ۱۶ نفری به دو گروه ۸ نفری تقسیم شد که جداگانه تحت درمان قرار گرفتند. محتوای جلسات، بر روش‌ها و تکنیک‌های به کار برده شده در راهنماهای درمانی شناخته شده این درمان‌ها مبتنی بود. در این پژوهش، ۲ جلسه غیبت مجاز تلقی می‌شد و ۳ جلسه غیبت ملاک ریزش<sup>۵</sup> قرار داده شد (گالن<sup>۶</sup>، اتلیس<sup>۷</sup>، و مارلو - اوکانر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). با اِعمال این ملاک ریزش، تعداد کل نمونه پژوهش به ۲۶ شرکت‌کننده کاهش یافت، از این قرار که ۵ نفر طی دوره اجرای درمان‌ها ریزش کردند و ۱ نفر نیز برای پیگیری مراجعه نکرد. پس از گذشت ۳ ماه از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌ها بار دیگر، ابزارهای پژوهش را (DASS-42، PANAS، ERQ، و WSAS) تکمیل کردند.

شناخت‌درمانی گروهی را دو درمانگر اداره می‌کردند اما اجرای درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی را یک درمانگر برعهده داشت. با توجه به اینکه گروه تحت شناخت‌درمانی گروهی به عنوان گروه مقایسه انتخاب شده بود و با در نظر داشتن اهمیت پای‌بندی<sup>۹</sup> درمانگران به راهنمای درمانی شناخت‌درمانی

1- standard treatment  
3- emotion regulation questionnaire  
5- drop-out  
7- Atlis  
9- compliance

2- positive and negative affect scale  
4- work and social adjustment scale  
6- Gollan  
8- Marlow-O'Conner

گروهی، هر گروه ۸ نفری را یک درمانگر رهبری می‌کرد، اما در جلسات ۱، ۴، و ۶، درمانگر دیگر به‌عنوان همکار، وارد جلسه می‌شد و بر روند اجرای جلسه نظارت می‌کرد. در انتهای جلسه نیز هر دو درمانگر در مورد روند اجرایی جلسه با یکدیگر تبادل نظر می‌کردند. به این ترتیب، سعی شد با روش نظارت همکار<sup>۱</sup> پای‌بندی درمانگران گروه شناخت‌درمانی گروهی افزایش یابد.

درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی (BA) براساس راهنمای درمان گالن و همکاران (۲۰۰۳) و راهنماهای مارتل، ادیس، و جیکوبسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) اجرا شد. BA شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فرمت گروهی بود که هر جلسه، مطابق دستورالعمل مشخصی که برای درمانگر تدوین شده بود، اجرا می‌شد. دستورالعمل‌های این ۸ جلسه در جدول ۱ آورده شده‌اند. در BA به افراد آموزش داده می‌شود تا الگوهای رفتاری مرتبط با هیجان‌های منفی (اضطراب و افسردگی) و رفتارهای اجتنابی را بشناسند و برای تغییر این الگوها به‌گونه‌ای تلاش کنند که به تغییر هیجان‌های منفی منجر شود. شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند تا اجتناب کردن از موقعیت‌هایی را که به اضطراب و افسردگی منجر می‌شوند متوقف سازند و شروع به تغییر دادن این موقعیت‌ها کنند. به‌علاوه، آنها از آن‌رو به فعال تر شدن ترغیب می‌شوند تا احتمال دستیابی به لذت و موفقیت را در زندگی‌شان افزایش دهند.

#### جدول ۱

#### دستورالعمل جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری و شناخت‌درمانی

جلسه	فعال‌سازی رفتاری	شناخت‌درمانی
۱	هیجان‌های منفی: اضطراب و افسردگی	مدل سه سیستمی هیجان و مدل ABC
۲	مدل BA در اضطراب و افسردگی (نقش رویدادهای منفی زندگی، اجتناب از موقعیت‌ها و افراد و نشخوار فکری در حفظ هیجان‌های منفی)	نظریه شناختی اضطراب و افسردگی (باورهای هسته‌ای، افکار خودآیند، مثلث شناختی منفی و خطاهای منطقی)
۳	درجه‌بندی لذت - موفقیت و ایجاد برنامه فعالیت لذت‌بخش	القای فکر و روش پیکان عمودی
۴	مهارت «تا کی نه» <sup>۱</sup>	روش پیکان عمودی پیشرفته و طبقه‌بندی باورها
۵	مهارت رواج <sup>۲</sup> و رواج <sup>۳</sup>	تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی و تحلیل کارآمدی
۶	استرس، افسردگی و اضطراب	تحلیل منطقی
۷	ابراز وجود	مخالص‌ورزی
۸	مرور برنامه و طرح نگهدارنده	مرور برنامه و طرح نگهدارنده

توضیح: ABC = رویداد فعال‌ساز، باور و پیامدهای هیجانی؛ تا کی نه = تحلیل، انتخاب، کوشش، یکپارچه کردن، نتیجه‌سنجی و هرگز رها نکن؛ رواج = راه‌انداز، واکنش و اجتناب؛ رواج = راه‌انداز، واکنش و اقدام جایگزین.

#### 1- peer supervision

#### 2- Jacobson

۱- «تا کی نه» بر اساس ACTION است. (A= access; C= choose; T= try; I= integrate; O= observe result; N= never give up)

۲- «رواج» بر اساس TRAP است. (T= trigger; R= response; AP= avoidance pattern)

۳- «رواج» بر اساس TRAC است. (T= trigger; R= response; AC= alternative coping)

شناخت درمانی گروهی (CT) براساس راهنمای درمان فری (فری، ۱۳۸۲) اجرا شد، شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فرمت گروهی بود که هر جلسه، مطابق دستورالعمل مشخصی که برای درمانگر تدوین شده بود اجرا می‌شد. دستورالعمل‌های هر یک از این ۸ جلسه در جدول ۱ آورده شده‌اند. شرکت‌کنندگان در CT آموزش می‌بینند که ارتباط‌های بین افکار و هیجان‌ها، افکار خودآیند، و تحریف‌های شناختی‌شان را بشناسند و تلاش کنند با تکنیک‌های شناختی، آنها را به چالش بکشند. در این مطالعه، دو درمانگر حضور داشتند که هر دو، دانشجوی مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی بودند و سابقه حداقل ۲ سال تجربه در روان‌درمانی اختلال‌های افسردگی و اضطراب را در مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های تهران داشتند. به‌علاوه، آنها برای درمان رفتاری - شناختی در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، از طریق کارگاه‌های آموزشی، آموزش دیده بودند. قبل از درمان، درمانگران با راهنماهای درمانی این پژوهش آشنا شدند و قبل از هر جلسه نیز دستورالعمل اجرایی آن جلسه در اختیارشان قرار داده می‌شد.

## ابزار

۱- **مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس (DASS):** این مقیاس که ساخته لوویباند و لوویباند (۱۹۹۵) است، دارای ۴۲ آیتم است به‌صورتی که هر خرده‌مقیاس آن، ۱۴ آیتم دارد. از این مقیاس همچنین فرم کوتاه ۲۱ آیتمی نیز ساخته شده‌است. لوویباند و لوویباند (۱۹۹۵) روایی و پایایی خوبی را برای این ابزار گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، و استرس به‌ترتیب، ۰/۹۱، ۰/۸۴، و ۰/۹۰، و همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ گزارش شده‌است (لوویباند و لوویباند، ۱۹۹۵). نسخه فارسی ۲۱ آیتمی (DASS-21) این ابزار را صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) در ایران اعتباریابی کرده‌اند که شاخص‌های روایی آن در جمعیت ایرانی که با روش تحلیل عاملی و ملاک محاسبه شدند و پایایی آن نیز که براساس محاسبه همسانی درونی محاسبه گردید (افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۹، و استرس ۰/۷۸)، مطلوب گزارش شدند. افزون بر آن، بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس ۴۲ آیتمی (DASS-42) را اعتباریابی کرده‌اند. آنها روایی سازه را با روش تحلیل عاملی بررسی کردند، و ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، و استرس را نیز به‌ترتیب، ۰/۹۷، ۰/۹۲، و ۰/۹۴ گزارش کردند. ماده‌های DASS-21 به‌گونه‌ای انتخاب شده‌اند که نشانگر تمامی خرده‌مقیاس‌ها باشند تا بتوان نمره خرده‌مقیاس‌ها را با ضرب کردن آن در ۲، به مقیاس‌های DASS-42 تبدیل کرد. به این ترتیب، می‌توان نمره‌های DASS-21 را به‌طور مستقیم با نمره‌های DASS-42 مقایسه کرد تا تفسیر نمره‌ها از طریق داده‌های هنجاری DASS-21 امکان‌پذیر شود (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر،

از فرم ۴۲ ماده‌ای این ابزار استفاده شد. در موارد تعیین نقطه برش و تحلیل براساس سطوح شدت، از فرم ۲۱ آیتمی، و در تحلیل‌های مربوط به میانگین‌ها از فرم ۴۲ آیتمی استفاده شد.

۲- **برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV، ADIS-IV**: این ابزار، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی و تشخیصی برای اختلال‌های اضطرابی است (براون، دی‌ناردو و بارلو، ۱۹۹۴) که علاوه بر اختلال‌های اضطرابی، در مورد اختلال‌های افسردگی، جسمانی شکل، روان‌پریشی، و سوء مصرف مواد نیز اطلاعاتی فراهم می‌کند. فرمت‌های مختلفی از این برنامه، از جمله نسخه طول عمر<sup>۱</sup> آن در بیش از ۱۵۰ پژوهش منتشر شده، به کار رفته‌اند و در مطالعات متعددی، ویژگی‌های روان‌سنجی این برنامه برای طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی مورد تأیید قرار گرفته‌اند (دیلیدو<sup>۲</sup>، هیز<sup>۳</sup>، و هوپ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). همچنین، برای نسخه طول عمر ADIS-IV (ADIS-IV-L)، پایایی خوبی گزارش شده است (ضریب کاپا<sup>۵</sup> از ۰/۵۸ تا ۰/۸۱) (براون، دی‌ناردو، لیمن، و کمپل، ۲۰۰۱).

۳- **مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS)**: این مقیاس یک ابزار ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بعد عاطفه مثبت و منفی طراحی شده است (واتسون<sup>۶</sup>، کلارک<sup>۷</sup>، و تلگن<sup>۸</sup>، ۱۹۸۸). هر خرده‌مقیاس دارای ۱۰ آیتم است که براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس، ابزاری از نوع خودسنجی است و با تغییر دستورالعمل آن می‌توان هم نوع حالتی و هم نوع صفتی عاطفه را سنجید (در این پژوهش، نوع حالتی به کار رفت). این مقیاس از شاخص‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای آن برای عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده و ضریب پایایی بازآزمایی ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت از ۰/۴۷ تا ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی از ۰/۳۹ تا ۰/۷۱ گزارش گردیده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) روایی سازه نسخه فارسی این ابزار را به روش تحلیل عاملی و پایایی آن را براساس ضریب آلفا، برای هر دو مقیاس، ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

۴- **پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ)**: این پرسشنامه ۱۰ آیتمی و دارای دو خرده‌مقیاس سرکوبی<sup>۹</sup> و ارزیابی مجدد<sup>۱۰</sup> است. آیتم‌ها براساس طیف لیکرتی ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. گراس<sup>۱۱</sup> و جان<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۳) روایی و پایایی این ابزار را مطلوب گزارش کرده‌اند که از این قرار بوده‌اند: ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای خرده‌مقیاس سرکوبی ۰/۷۳، و پایایی بازآزمایی ۳ ماهه برای هر

1- lifetime version  
3- Hayes  
5- Kappa  
7- Clark  
9- suppression  
11- Gross

2- DiLillo  
4- Hope  
6- Watson  
8- Tellegen  
10- reappraisal  
12- John

دو خرده‌مقیاس ۰/۶۹. این ابزار در نمونه ایرانی نیز به کار گرفته شده‌است (محسن‌علیق و وفایی، ۱۳۸۳). برای پژوهش حاضر، ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار به‌طور مقدماتی ارزیابی شدند. به این منظور، یک نمونه دانشجویی در دانشگاه علوم‌پهزیستی و توان‌بخشی به حجم ۶۷ نفر با میانگین سنی ۲۲/۷۵ (انحراف استاندارد ۲/۳۰). با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ضریب همبستگی پیرسون میان خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد با خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب DASS-21، به ترتیب ۰/۲۴ ( $P < 0/05$ ) و ۰/۳۶ ( $P < 0/01$ )، و ضریب همبستگی پیرسون میان خرده‌مقیاس سرکوبی با خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب DASS-21، به ترتیب ۰/۲۹ ( $P < 0/05$ ) و ۰/۲۷ ( $P < 0/05$ )، و پایایی بازآزمایی آن به فاصله یک‌هفته برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۶۶ و برای خرده‌مقیاس سرکوبی ۰/۶۴ ( $n=32$ ) به دست آمد که گویای روایی و پایایی مناسب این ابزار برای تحلیل هستند.

**۵- مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری (WSAS):** مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری (مارکس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از مونت<sup>۲</sup>، مارکس، شر<sup>۳</sup>، و گریست<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲) صرفاً به ارزیابی آسیب در عملکرد می‌پردازد. این ابزار دارای ۵ آیتم است که آسیب‌های ناشی از علائم یک اختلال را در کار، مدیریت خانه، اوقات فراغت فردی و جمعی، و روابط بین‌فردی می‌سنجد. آسیب عملکرد فرد پاسخگو طی هفته قبل از آن از صفر (عدم آسیب) تا ۸ (آسیب جدی) درجه‌بندی می‌شود. هرچند این مقیاس در پژوهش‌های بالینی درباره درمان افسردگی و اضطراب به کار رفته است (گریست و همکاران، ۲۰۰۲؛ مونت، کلارک، باروز<sup>۵</sup>، برنمن<sup>۶</sup>، و گریست، ۲۰۰۱)، اما اطلاعات روان‌سنجی این ابزار در پژوهش مونت و همکاران (۲۰۰۲) گزارش شده‌است. همسانی درونی این ابزار، ۰/۷۵، پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای آن، ۰/۷۳ و همبستگی این ابزار با شدت علائم اختلال افسردگی و اختلال وسواس فکری - عملی، به ترتیب، ۰/۷۶ و ۰/۶۱ گزارش شده‌است (مونت و همکاران، ۲۰۰۲).

در پژوهش حاضر، این مقیاس با جایگزین ساختن عبارت «علائم اضطراب و یا افسردگی» به جای عبارت «اختلال» مورد استفاده قرار گرفت. برای پژوهش حاضر، ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار به‌طور مقدماتی ارزیابی شدند. به این ترتیب که در یک نمونه دانشجویی در دانشگاه علوم‌پهزیستی و توان‌بخشی به حجم ۶۷ نفر و با میانگین سنی ۲۲/۷۵ (انحراف استاندارد ۲/۳۰) که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، ضریب همبستگی پیرسون بین مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری با خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب DASS-21، به ترتیب، ۰/۶۶ ( $P < 0/001$ ) و ۰/۶۶ ( $P < 0/001$ )، به دست آمد و پایایی بازآزمایی مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری در فاصله یک‌هفته‌ای ۰/۶۹ ( $n=32$ ) محاسبه شد که

1- Marks  
3- Shear  
5- Burroughs

2- Mundt  
4- Greist  
6- Brennenman



نشانه مناسب بودن روایی و پایایی این ابزار برای تحلیل است.

### یافته‌ها

در این پژوهش، علاوه بر ارائه داده‌های توصیفی نمونه و متغیرهای پژوهش، اثر درمان‌ها بر اساس آزمون‌های آماری مورد بررسی قرار گرفتند که عبارتند از آزمون t وابسته و آزمون تحلیل کوواریانس با قراردادن نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش.

برای مقایسه درمان‌ها، علاوه بر استفاده از ملاک معناداری آماری<sup>۱</sup>، از ملاک معناداری بالینی<sup>۲</sup> نیز استفاده شد. طبق تعریفی که جیکوبسون، فالت<sup>۳</sup>، و رونسورف<sup>۴</sup> (۱۹۸۴) عرضه کرده‌اند، منظور از معناداری بالینی این است که درمان به چه میزان توانسته فردی را از دامنه عملکردی جمعیت نابهنجار<sup>۵</sup> دور کند یا در دامنه عملکردی جمعیت بهنجار<sup>۶</sup> قرار دهد. از آنجاکه فقط برای مقیاس افسردگی، اضطراب، و تنیدگی (DASS) این پژوهش هنجارهای دقیق برای جامعه ایرانی موجود بود (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴)، برای محاسبه معناداری بالینی، از نقاط برش خرده‌مقیاس‌های این آزمون، استفاده شد. در علائم افسردگی، نمره ۱۲ و پایین‌تر برای مردان، و نمره ۱۶ و پایین‌تر برای زنان، بر دامنه عملکردی بهنجار دلالت دارند. در علائم اضطرابی، نمره ۱۰ و پایین‌تر برای مردان، و نمره ۱۴ و پایین‌تر برای زنان، و در علائم تنیدگی، نمره ۱۸ و پایین‌تر برای مردان، و نمره ۲۰ و پایین‌تر برای زنان، دامنه عملکردی بهنجار محسوب می‌شوند.

داده‌های توصیفی نمونه پژوهش به تفکیک گروه‌های فعال‌سازی رفتاری و شناخت‌درمانی در جدول ۲ ارائه شده‌اند. شرکت‌کنندگان دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت، سن، و وضعیت تأهل، تفاوت آماری معنادار با یکدیگر نداشتند. برای تعیین برابری دو گروه از نظر پیش‌آزمون‌های علائم افسردگی، اضطراب، استرس، عاطفه مثبت و منفی، ارزیابی مجدد، و سرکوبی، و عملکرد کلی، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه اجرا شد که به مشاهده تفاوت آماری معنادار منجر نگردید ( $P > 0.05$ ).

به‌منظور تعیین اثر درمان‌ها بر متغیرهای وابسته پژوهش، آزمون t وابسته اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ نمایش داده شده‌اند. در شرکت‌کنندگان در درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی، کاهش آماری معناداری در شدت علائم افسردگی، اضطراب، استرس، و عاطفه منفی مشاهده گردید و همچنین، این درمان، به افزایش عاطفه مثبت و بهبود عملکرد کلی منجر شد، اما بر ارزیابی مجدد و سرکوبی، اثر نگذاشت. در شرکت‌کنندگان در شناخت‌درمانی گروهی، کاهش آماری معناداری در شدت علائم افسردگی، اضطراب، استرس، عاطفه منفی، و سرکوبی مشاهده گردید همچنین، این درمان در آنان به

1- statistical significance

3- Follette

5- dysfunctional population

2- clinical significance

4- Revenstorf

6- functional population

افزایش ارزیابی مجدد و بهبود عملکرد کلی منجر گردید اما بر عاطفه مثبت اثری نداشت.

جدول ۲

ویژگی‌های توصیفی گروه‌های درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی

$\chi^2$ (N=۲۶۱)	$F_{(۱,۲۳)}$	CT (N=۱۳)			BA (N=۱۳)			متغیر
		%	N	M (SD)	%	N	M (SD)	
۰/۶۶								جنسیت
		۶۹/۳	۹		۷۶/۹	۱۰		زن
		۳۰/۸	۴		۲۳/۱	۳		مرد
	۰/۵۳			۲۳/۴۶(۳/۴۱)			۲۲/۵۴(۳/۰۴)	سن
۰/۵۴								تأهل
		۸۴/۶	۱۱		۹۲/۳	۱۲		مجرد
		۱۵/۴	۲		۷/۷	۱		متاهل

توضیح: BA=درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی؛ CT=شناخت‌درمانی گروهی

به‌منظور مقایسه درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی، آزمون تحلیل کوواریانس اجرا شد که در آن، نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌ها به‌عنوان متغیر هم‌پراش و نمرات پیگیری گروه‌ها به‌عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شدند (جدول ۳). همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی در کاهش علائم افسردگی ( $P > 0.05$ )، تفاوت ( $F_{(1,23)} = 2.09$ )، اضطراب ( $F_{(1,23)} = 0.00$ )، و استرس ( $F_{(1,23)} = 1.53$ )،  $P > 0.05$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت. از نظر عاطفه مثبت و منفی، هر دو درمان در کاهش عاطفه منفی اثر مشابهی داشتند ( $F_{(1,23)} = 0.41$ )،  $P > 0.05$ )، اما در افزایش عاطفه مثبت، درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر شناخت‌درمانی گروهی، برتری آماری نشان داد ( $F_{(1,23)} = 4.75$ )،  $P < 0.05$ ). در فرایند تنظیم هیجانی ارزیابی مجدد، بین دو درمان تفاوت آماری معنادار مشاهده نشد ( $F_{(1,23)} = 0.26$ )،  $P > 0.05$ )، اما در کاهش فرایند سرکوبی، شناخت‌درمانی گروهی بر درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی برتری آماری نشان داد ( $F_{(1,23)} = 6.45$ )،  $P < 0.05$ ). همچنین، این دو درمان در بهبود عملکرد کلی شرکت‌کنندگان تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند ( $F_{(1,23)} = 0.00$ )،  $P > 0.05$ ).

در بررسی معناداری بالینی، به‌لحاظ علائم افسردگی، در درمان فعال‌سازی رفتاری ۹ نفر (۶۹٪) در دامنه جمعیت بهنجار قرار گرفتند که این میزان برای شناخت‌درمانی ۵ نفر (۳۸٪) بود. به‌لحاظ علائم اضطرابی، ۸ نفر (۶۱٪) در درمان فعال‌سازی رفتاری در برابر ۹ نفر (۶۹٪) در شناخت‌درمانی، تغییر بالینی معنادار نشان دادند. در علائم تنیدگی، همگی شرکت‌کنندگان در هر دو درمان در دامنه جمعیت بهنجار قرار گرفتند.

جدول ۳

میانگین، انحراف استاندارد، آزمون t وابسته، و تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایش و مقایسه

متغیر	CT (N=۱۳)			BA (N=۱۳)			F <sub>(۱,۲۳)</sub>
	t	پیش‌آزمون M(SD)	پیگیری M(SD)	t	پیش‌آزمون M(SD)	پیگیری M(SD)	
افسردگی	۶/۴۲***	۱۵/۳۸(۵/۳۱)	۲۲/۱۵(۳/۷۸)	۶/۴۲***	۱۳/۱۵(۶/۷۲)	۲۴/۱۵(۳/۶۰)	۲/۰۹
اضطراب	۵/۷۲***	۱۱/۹۲(۴/۰۷)	۲۰/۶۹(۳/۶۸)	۷/۲۶***	۱۲/۱۵(۴/۵۶)	۲۱/۳۱(۳/۹۲)	۰/۰۰
استرس	۵/۸۸***	۱۱/۲۳(۵/۲۶)	۱۸/۵۴(۳/۰۰)	۶/۲۳***	۱۳/۴۶(۳/۵۹)	۲۱/۱۵(۳/۹۵)	۱۷/۵۳
هیجان مثبت	-۱/۴۹	۳۳/۳۱(۴/۷۵)	۳۰/۰۸(۶/۳۹)	-۳/۹۶**	۳۷/۵۴(۴/۹۶)	۳۰/۴۶(۵/۹۹)	۴/۷۵°
هیجان منفی	۴/۴۳***	۲۲/۸۵(۷/۳۰)	۳۰/۶۱(۴/۹۷)	۴/۱۷**	۲۴/۵۳(۷/۶۸)	۳۰/۸۴(۵/۸۹)	۰/۴۱
ارزیابی مجدد	-۲/۷۱°	۲۰/۷۷(۵/۲۹)	۲۰/۵۴(۵/۰۱)	-۱/۹۳	۲۳/۷۷(۵/۸۰)	۲۰/۶۱(۴/۸۴)	۰/۲۶
سرکوبی	۲/۹۶°	۱۳/۴۶(۴/۹۱)	۱۷/۲۳(۴/۳۶)	-۰/۸۹	۱۷/۲۳(۵/۱۱)	۱۶/۰۰(۴/۸۳)	۶/۴۵°
عملکرد کلی	۶/۳۲***	۱۱/۴۶(۵/۱۷)	۱۸/۸۵(۷/۰۲)	۴/۸۴***	۱۲/۳۸(۵/۴۸)	۲۰/۴۶(۶/۰۴)	۰/۰۰

\*P&lt;۰/۰۵    \*\*P&lt;۰/۰۱    \*\*\*P&lt;۰/۰۰۱

توضیح: BA=فعال‌سازی رفتاری؛ CT=شناخت درمانی

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی فرونشانی، در پیگیری ۳ ماهه بود. نتایج نشان داد که در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، و استرس در دوره پیگیری ۳ ماهه، درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی اثر مشابهی با شناخت‌درمانی گروهی دارد.

از نظر علائم افسردگی، نتایج پیگیری ۲ ساله تحقیق دابسون و همکاران (۲۰۰۸) که درمان فعال‌سازی رفتاری و شناخت‌درمانی را در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با یکدیگر مقایسه کرده بودند، نشان داد که پس از دو سال، بین این دو درمان تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین، در مطالعه جیکوبسون و همکاران (۱۹۹۶) که پیگیری ۶ ماهه‌ای بر مقایسه اثربخشی مؤلفه فعال‌سازی رفتاری شناخت‌درمانی با بسته کامل شناخت‌درمانی انجام دادند، مشخص شد که به‌لحاظ تداوم بهبودی ایجادشده در علائم افسردگی، مؤلفه فعال‌سازی رفتاری تفاوت معناداری با بسته کامل شناخت‌درمانی ندارد. این نتایج تا پیگیری مجدد در ۲ سال بعد نیز همچنان باقی ماند (گورتنر و همکاران، ۱۹۹۸). یافته پژوهش حاضر نیز همسو با نتایج تحقیقات فوق است.

دیگر یافته قابل توجه این پژوهش این است که در درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی، علائم اضطراب کاهش یافته‌اند که این امر با نظریه‌پردازی‌ها (فرستر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۳) و تلاش‌های اولیه‌ای که برای به‌کاربردن این درمان در مورد اختلال افسردگی انجام گردیده (جیکوبسون و همکاران، ۲۰۰۱)، مغایرت دارد. البته، یافته پژوهش حاضر با تحقیقات و نظریه‌پردازی‌های اخیر که به بررسی تأثیر این روش در افراد دارای انواع حالت‌های اضطرابی پرداخته‌اند همسو است (سیزدک و همکاران، ۲۰۱۰؛ هوپکو و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترنر و جکوپاکاک، ۲۰۱۰؛ جکوپاکاک و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترنر و لیچ، ۲۰۰۹؛ هوپکو، لژیوز، و هوپکو، ۲۰۰۴؛ چو و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال، در پژوهش حاضر، فقط تکنیکی به نام «رواج و رواق» مستقیماً به موضوعات اضطرابی و مقابله با اجتناب‌ها مرتبط بود. در کاربرد این تکنیک، رهبر گروه، شرکت‌کنندگان را تشویق می‌کرد تا این روش را به کار ببرند و در جلسه مربوط به آن، از تکنیک مواجهه زنده استفاده نشد. از این رو، به نظر می‌رسد می‌توان با ایجاد تغییراتی در اجرای این تکنیک، اثر این درمان را بر علائم اضطرابی افزایش داد که البته این کار باید با نیازهای شرکت‌کنندگان نیز متناسب باشد.

از سوی دیگر، در درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی، اجتناب هم در اضطراب و هم در افسردگی، عاملی تعیین‌کننده است. یافته‌های اخیر پژوهشگران نیز همسو با این رویکرد، نیاز به اتخاذ رویکرد

---

1- Ferster

یکپارچه یا فراتشخیصی را برای درمان اختلال‌های هیجانی، مطرح می‌کنند و درمان‌های جدیدی مبتنی بر این اصول، تدوین شده‌اند (برای مثال، آلن و همکاران، ۲۰۰۸؛ نورتون، ۲۰۰۸؛ نورتون و همکاران، ۲۰۰۴؛ اریکسون، ۲۰۰۳).

در مورد عواطف مثبت و منفی، نتایج نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی توانست در پیگیری ۳ ماهه، موجب افزایش معناداری در میزان عاطفه مثبت شرکت‌کنندگان شود و دو درمان در کاهش هیجان منفی اثر مشابهی داشتند. این یافته می‌تواند از آن‌رو قابل توجه باشد که باعث افزایش کاربرد این درمان در مقایسه با شناخت‌درمانی گروهی می‌گردد. افزایش عاطفه مثبت از آن‌رو دارای اهمیت است که می‌تواند مقاومت افراد را در برابر رویدادهای منفی زندگی افزایش دهد و افزون بر آن، در کاهش خطر ابتلاء به اختلال‌های روانی، اثرهای مثبتی داشته باشد (ایزارد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ فردریکسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ فردریکسون، تاگد<sup>۳</sup>، واگ<sup>۴</sup>، و لارکین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳؛ دیویدسون<sup>۶</sup>، موستافسکی<sup>۷</sup>، و وانگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰؛ لینهان و همکاران، ۲۰۰۷). در زمینه‌ای که در پی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی، افزایش عاطفه مثبت تا مقطع پیگیری تداوم یافته بود می‌توان این احتمال را مطرح کرد که بر اثر این درمان، مهارت‌های افزایش دهند. فعالیت‌های خوشایند و موفقیت توانسته‌اند به جزئی از سبک زندگی شرکت‌کنندگان تبدیل شوند. در واقع، این درمان به جای تمرکز صرف روی کاهش علائم آسیب‌شناختی، به افراد یاد می‌دهد تا با افزایش دادن فعالیت‌های موفقیت‌آمیز و خوشایند، کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهند. این یافته با نتایج فراتحلیل مازوچلی<sup>۹</sup>، کین<sup>۱۰</sup>، و ریز<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۰) همسو است که نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی افراد تأثیر مثبت دارد و اثرهای آن نیز تداوم پیدا می‌کنند.

از نظر فرایندهای تنظیم هیجانی، نتایج نشان داد که اثر شناخت‌درمانی گروهی بر دو فرایند ارزیابی مجدد و سرکوبی تداوم یافت که این امر می‌تواند به این معنا باشد که دو فرایند ارزیابی مجدد و سرکوبی زیربنای تغییرات در شناخت‌درمانی گروهی هستند. اما در درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی، با توجه به اینکه در پیگیری، اثر این درمان نه بر فرایند ارزیابی مجدد تداوم یافته بود و نه بر فرایند سرکوبی، می‌توان چنین نتیجه‌گرفت که این درمان را نمی‌توان براساس دو فرایند ارزیابی مجدد و سرکوبی در نظریه تنظیم هیجانی گراس توجیه کرد.

1- Izard  
3- Tugade  
5- Larkin  
7- Mostofsky  
9- Mazzocchielli  
11- Rees

2- Fredrickson  
4- Waugh  
6- Davidson  
8- Whang  
10- Kane

به علاوه، درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی اثر مشابهی با شناخت‌درمانی گروهی در بهبود عملکرد کلی دارد. در نتیجه، با توجه به تداوم اثر درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس، هیجان منفی، و همچنین بهبود عملکرد کلی این درمان قابل مقایسه با شناخت‌درمانی گروهی به‌عنوان درمانی مؤثر شناخته شده‌است، می‌توان درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی را بدیل درمانی امیدبخشی برای کاهش علائم فرونشاندگی افسردگی و اضطراب در دانشجویان به حساب آورد که از جمله جمعیت‌های نیازمند به توجه بالینی هستند. به‌علاوه، درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی توانست هیجان مثبت را نیز در شرکت‌کنندگان به‌طور پایداری افزایش دهد که بر مبنای این نتیجه، می‌توان این درمان را در قلمرو روان‌شناسی مثبت‌نگر قرار داد که برای شرکت‌کنندگان، فواید بیشتری به همراه می‌آورد.

#### **محدودیت‌ها:**

این پژوهش مطالعه‌ای مقدماتی بود، در نتیجه، در تعمیم نتایج آن نیز باید به محدودیت‌های متعددی توجه کرد. نمونه پژوهش حاضر از آن دسته دانشجویان دانشگاه تشکیل می‌شد که دارای علائم اضطراب و افسردگی فرونشاندگی بودند. از این جهت که جمعیتی خاص و دارای علائم روان‌شناختی به‌خصوصی مورد بررسی قرار گرفتند، تعمیم‌پذیری نتایج آن به سایر جمعیت‌ها، از جمله جمعیت بالینی، با محدودیت مواجه می‌گردد. افزون بر آن، در این پژوهش، درمان‌ها ساختاری خلاصه‌تر از فرمت‌های اصلی‌شان داشتند که این امر می‌تواند بر میزان اثر آنها، تأثیر بگذارد. همچنین، مقطع پیگیری شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳ ماه پس از درمان بود که این میزان نیز می‌تواند محدودیت دیگری برای یافته‌های پژوهش، به‌ویژه به‌لحاظ اثرهای بلندمدت درمان‌ها، به حساب آید. دیگر محدودیت پژوهش حاضر اعتبارسنجی مقدماتی ابزارهای پرسشنامه تنظیم هیجانی و مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری بود که در حجم نمونه کوچکی اجرا شد. از این‌رو، در پژوهش‌های آتی می‌توان با نمونه‌هایی بزرگتر، بر این ابزارها، مطالعه اعتبارسنجی انجام داد.

#### **پیشنهادها:**

توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، ضمن تکرار این پژوهش در جمعیت‌های دیگر، دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تری برای پیگیری اثرهای درمان‌ها در نظر گرفته شود.

## References:

## مراجع

- ابراهیمی، حسین؛ دژکام، محمود؛ و محمدی، عیسی (۱۳۷۴). بررسی تأثیر آموزش شناخت‌درمانی بر میزان اضطراب دانشجویان پرستاری در دانشگاه‌های علوم‌پزشکی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- آخوندمکه‌ای، زهره؛ و ثنایی‌ذاکر، باقر (۱۳۷۶). بررسی تأثیر شناخت‌درمانی گروهی به روش بک برای درمان افسردگی نوجوانان دختر ۱۵-۱۷ ساله شاهین‌شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- امیری، طاهره؛ و نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۷۵). مقایسه اثر روش‌های رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، شناختی - رفتاری در میزان کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه، نظام جدید در سال تحصیلی ۱۳۷۴-۱۳۷۵ در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- ایزدی، محمدرضا؛ ثنایی، باقر؛ و کیامنش، علیرضا (۱۳۸۱). بررسی تأثیر روش درمان شناختی - رشدی بر اضطراب خصیصه‌ای (پنهانی) و موقعیتی (آشکار) در دو گروه دختر و پسر ۱۹-۲۹ ساله شهرستان اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- بخشی‌پور، عباس؛ و دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روان‌شناسی، ۹، ۳۶۵-۳۵۱.
- براون، تیموتی؛ دی‌ناردو، پیتر؛ و بارلو، دیوید (۱۳۹۲). برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV (ترجمه ابوالفضل محمدی و بهروز بیرشک). تهران: نیوند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴) جوهری‌فرد، رضا؛ تقوی، محمدرضا؛ گودرزی، محمدرضا؛ و رحیمی، چنگیز (۱۳۸۴). بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری گروهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد؛ و سالاری، راضیه‌سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس اضطراب، افسردگی، و استرس (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. مجله روان‌شناسان ایرانی، ۱، ۲۹۹-۳۱۲.
- صبحی‌قراملکی، ناصر؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم؛ آزادفلاح، پرویز؛ و فتحی‌آشتیانی، علی (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی و آموزش مهارت‌های مطالعه در کاهش اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی با توجه به مؤلفه‌های شخصیتی. رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- فری، مایکل (۱۳۸۲). شناخت‌درمانی گروهی (ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور، و زهرا اندوز). مشهد: جهاد دانشگاهی مشهد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹).
- کمیلی‌ثانی، حسین؛ و دژکام، محمود (۱۳۷۵). بررسی تأثیر آموزش شناخت‌درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی آبادان در سال تحصیلی ۷۴-۷۵.

پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.  
محسن‌علیق، امیمه؛ و وفایی، مریم (۱۳۸۳). مطالعه بین‌فرهنگی هوش هیجانی، فرایندهای نظم هیجانی و توانمندی روانی - اجتماعی بین دانشجویان ایرانی و لبنانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.  
نخلستانی‌حق، اقدس؛ خسروی، زهره؛ و درویزه، زهرا (۱۳۸۲). بررسی کاربردپذیری درمان رفتاری - شناختی جهت کاهش درد، اضطراب و ترس زایمان طبیعی در زنان نخست‌زا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.

Allen, B. A., McHugh, R. K., & Barlow. D. H. (2008). Emotional disorders: A unified approach. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 216-249). New York: Guilford Press.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599.

Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions. Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.

Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot study of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 408-419.

Cox, B. J., Clara, I. P., & Enns, M. W. (2002). Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. *Depression and Anxiety, 15*(4), 168-171.

Davidson, K. W., Mostofsky, E., & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: Positive affect and 10-year reduced incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia health survey. *European Heart Journal, 31*, 1065-1070.

DiLillo, D., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2006). Sensitivity of the Anxiety Disorder Interview Schedule IV in detecting potentially traumatic childhood maltreatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28*, 131-135.



- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-477.
- Erickson, D. H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogenous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*, 179-186.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857-870.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology, 2*, 300-319.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11<sup>th</sup>, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 365-376.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 468-475.
- Gollan, J., Atlis, M., & Marlow-O'Connor, M. (2003). Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version). Unpublished manual, University of Chicago.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 377-384.
- Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Kobak, K. A., Wenzel, K. W., Hirsch, M. J., Mantle, J. M., & Clary, C. M. (2002). Behavioral therapy for obsessive compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 138-145.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Cognitive behavior therapy has enduring effects in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285-315.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies, 3*, 37-48.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C. & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today, 7*, 212-224.
- Izard, C. E. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin, 128*, 796-824.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 255-270.
- Jakupack, M., Roberts, L. J., Yoshimoto, D., Mulick, P. S., Martell, C., Balsam, K. F., Devine, K., Martell, J., Michael, S. T., Reed, R., Sewell, J., & McFall, M. (2006). Behavioral activation for the treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 387-391.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., & Ford, J. D. (1999). Therapy outcome research methods, In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (330-363). New York: John Wiley & Sons.

- Konnert, C., Dobson, K., & Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging & Mental Health, 13*, 288-299.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (581-605). New York: Guilford Press.
- Lovibond, S. M., & Lovibond, P. F. M. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2<sup>nd</sup>)*. Australia, Sydney: Psychology Foundation.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Mazzocchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The journal of Positive Psychology, 5*, 105-121.
- Mundt, J. C., Clarke, G. N., Burroughs, D., Brennenman, D. O., & Greist, J. H. (2001). Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: The impact of medication compliance and patient education. *Depression and Anxiety, 13*, 1-10.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry, 180*, 461-464.
- Norton, P. J. (2008). An open trial of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders. *Behavior Therapy, 39*, 242-250.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depressive disorders. *Depression and Anxiety, 20*, 198-202.
- Rachman, S. (2009). Psychological treatment of anxiety: The evolution of behavioral therapy and cognitive behavioral therapy. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 97-119.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., & Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1111-1126.
- Staines, G. L. (2008). The relative efficacy of psychotherapy: Reassessing the methods-based paradigm. *Review of General Psychology, 12*, 330-343.

- Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K., & Rohde, P. (2007). Randomized trial of a brief depression prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 863-876.
- Syzdek, M. R., Addis, M. E., & Martell, C. R. (2010). Working with emotion and emotion regulation in behavioral activation treatment for depressed mood. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (405-426). New York: Guilford.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist, 48* (1), 3-23.
- Turner, A. P., & Jakupcak, M. (2010). Behavioral activation for treatment of PTSD and depression in an Iraq combat veteran with multiple physical injuries. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 38*, 355-361.
- Turner, J. S., & Leach, J. D. (2009). Brief behavioral activation treatment of chronic anxiety in an older adult. *Behavior Change, 26*, 214-222.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

## تأثیر آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه

### Effect of Group Training of Positive Parenting Program on Behavioral and Emotional Problems of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Maryam Esmail Zadeh Kiabani, M.A.

Alborz Central Clinic

Mahnaz Aliakbari Dehkordi, Ph.D.\*

Payame Noor University

Ahmad Alipour, Ph.D.

Payame Noor University

Tayebeh Mohtashami, M.A.

Payame Noor University

مریم اسماعیل‌زاده کیابانی

کلینیک فوق تخصصی مرکزی البرز

دکتر مهناز علی‌اکبری دهکردی

دانشگاه پیام‌نور

دکتر احمد علی‌پور

دانشگاه پیام‌نور

طیبه محتشمی

دانشگاه پیام‌نور

**Abstract:** The aim of this study was to evaluate the effects of group training of positive parenting on mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on their children's behavioral and emotional problems. This clinical trial was performed on 24 mothers of children with ADHD who had visited Razi Counseling Center in Karaj, Iran, from June 2012 to September 2012. The children were 4 to 10 years old. The mothers who were randomly assigned to the experimental and control groups (12 in each group) were between 25 to 45 years old. Conner's Behavior Problems Questionnaire

**چکیده:** این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آموزش گروهی فرزندپروری مثبت به مادران، بر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه انجام گرفت. این کارآزمایی بالینی از خرداد ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۱ بر ۲۴ مادر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رازی کرج انجام شد که دارای فرزند ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه بودند. این عده به روش انتخاب تصادفی، به ۲ گروه مساوی (۱۲ نفر آزمایش و ۱۲ نفر کنترل) اختصاص یافتند، در هر دو گروه، سن مادران در محدوده ۲۵-۴۵ سال در نظر گرفته شد. برای این بررسی، پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز

\* [m\\_akbari@pnu.ac.ir](mailto:m_akbari@pnu.ac.ir)

دریافت اصلاح نهایی مقاله: ۹۳/۱۲/۱۳  
پذیرش مقاله: ۹۴/۵/۱۷

(for parents) and Strength and Difficulties Questionnaire were used. Prior to the training sessions, at the end of 8 weeks, and at 6 weeks follow-up, all participants completed the questionnaires. Data were analyzed via Analysis of Variance with repeated measures. Results showed that group training of positive parenting to mothers was effective in reducing emotional and behavioral problems of their children with ADHD ( $P < 0/05$ ).

فرم والدین، و پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات، به‌کار برده شدند. همه این مادران قبل از شروع جلسات آموزش، در پایان جلسه هشتم، و پس از ۶ هفته پیگیری، این پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که آموزش گروهی فرزندپروری مثبت در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه در سطح معناداری ( $P < 0/05$ ) مؤثر بوده‌است.

**Keywords:** training of positive parenting; attention deficit/hyperactivity disorder

**کلیدواژه‌ها:** آموزش فرزندپروری مثبت؛ اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه

طی چند دهه گذشته، علاقه و توجه به تحول عاطفی - اجتماعی کودکان افزایش یافته‌است. بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی، دچار مشکلاتی عاطفی و رفتاری هستند که ممکن است مدت‌ها و حتی شاید تا دوران بلوغ و بزرگسالی نیز تداوم یابند. گروه اختلالات برونی‌سازی شده<sup>۱</sup> مشتمل است بر رفتارهایی که از کودک صادر می‌شوند و بیشتر، افرادی را که با کودک رابطه متقابل دارند، مانند والدین، معلمان، و همسالان، تحت تأثیر قرار می‌دهند (آخنباخ<sup>۲</sup> و رسکولا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). یکی از این اختلالات واقع در گروه برونی‌سازی شده، اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه<sup>۴</sup> (ADHD) است که مشخصه اصلی آن الگوی پایدار نقص توجه یا بیش‌فعالی و تکانشگری<sup>۵</sup> است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، فراوان‌تر و شدیدتر است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۸). این اختلال را به سه فرم اصلی دسته‌بندی می‌کنند که عبارتند از نوع بیش‌فعالی تکانشی بدون کم‌توجهی<sup>۶</sup>، نوع کم‌توجهی بدون بیش‌فعالی، و نوع ترکیبی (هوش‌ور، ۱۳۸۸). ویژگی‌های همراه با این اختلال مشتمل‌اند بر ضعف در تحمل ناکامی، برون‌ریزی‌های شدید خشم، بی‌ثباتی خلقی، پیشرفت تحصیلی ضعیف، و روابط خانوادگی توأم با تنفر و ستیزه‌جویی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). علاوه بر این مشکلات اساسی، مطالعات نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به ADHD به احتمال

1- externalizing disorders  
3- Rescola  
5- Impulsivity

2- Achenbach  
4- Attention deficit/hyperactivity disorder  
6- Attention deficit

بیشتری به مشکلات عاطفی، اجتماعی، و رفتاری دچارند (بارکلی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). بسیاری از این کودکان همراه با این اختلال، به اختلالات رفتاری، هیجانی، و یادگیری نیز مبتلایند. این کودکان، بیش از سایر همسالان خود، از اجتماع طرد می‌شوند و یا در سال‌های مدرسه به رفتارهای ضداجتماعی اقدام می‌کنند و در سال‌های پس از آن نیز، با مشکلات زیادی رو به رو می‌شوند (سوناگا - بارک<sup>۲</sup>، دالی<sup>۳</sup>، تامپسون<sup>۴</sup>، لاور-بردبری<sup>۵</sup>، و ویکز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱).

رایج‌ترین درمان پیشنهادی برای کودکان ADHD دارو درمانی است، به‌طوری که ۷۵ درصد از آنان تحت درمان با داروهای محرک<sup>۷</sup> قرار می‌گیرند که در کشور ما، رایج‌ترین داروی در دسترس برای درمان ADHD، ریتالین است. ولی نگرانی پدران و مادران، و پزشکان به علت عوارض جانبی داروها از یکسو، و در دست نبودن یافته‌های پژوهشی که نشان‌دهنده تأثیر بلندمدت داروها باشد از سوی دیگر، مشکلاتی را در تجویز این داروها پدید می‌آورد. افزون بر آن، درمان دارویی اگر به تنهایی به‌کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد (هوش‌ور، ۱۳۸۸).

از مداخلات غیردارویی ADHD می‌توان به آموزش والدین اشاره کرد. تأثیر ADHD بر خانواده‌ها کاملاً مشخص است و والدین این کودکان با فشارهای روانی شدیدتری در زمینه فرزندپروری دست به‌گریبان‌اند و احساس بی‌کفایتی می‌کنند. مادران این کودکان کمتر به سؤالات فرزند خود پاسخ می‌دهند و پاداش‌هایی نیز که به رفتارهای قابل قبول کودک می‌دهند، کمتراند. والدین کودکان مبتلا به ADHD به دلیل اینکه با چالش‌های بیشتری در زمینه پرورش فرزند خود روبه‌رویند، دچار تنیدگی<sup>۸</sup> شدیدتری نسبت به والدین دارای فرزند سالم، هستند و بیشتر به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس بی‌کفایتی در فرزندپروری، و عدم رضایت از نقش والدینی خود دچار می‌شوند (سوناگا - بارک و همکاران، ۲۰۰۱). کازدین<sup>۹</sup> و ویتلی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲ (به نقل از رابینر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲) دریافتند که تنیدگی والدین بر روش‌های تنبیهی آنها تأثیر می‌گذارد، و در نتیجه باعث افزایش رفتار تقابل‌جویانه و پرخاشگرانه در فرزند آنها می‌گردد. تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خطر ساز خانواده‌گی از قبیل فرزندپروری ناکارآمد والدین، پیش‌بینی کننده نیرومندی برای بروز و تداوم مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان و نوجوانان هستند (ساندرز<sup>۱۲</sup>، مارکی - دادز<sup>۱۳</sup>، تولی<sup>۱۴</sup>، بر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۰).

1- Barkley  
3- Daley  
5- Laver-Bradbury  
7- Stimulant Drugs  
9- Kazdin  
11- Rabiner  
13- Markie-Dadds  
15- Bor

2- Sonuga-Barke  
4- Thompson  
6- Weeks  
8- Stress  
10- Whithly  
12- Sanders  
14- Tully

برنامه فرزندپروری مثبت<sup>۱</sup>، یک برنامه مداخلتی در خانواده برای والدینی است که کودکان ۲ تا ۱۲ ساله‌ای دارند که به اختلالات رفتاری و هیجانی دچارند یا در معرض ابتلا به آنها قرار دارند. این روش برگرفته از یک برنامه تحقیقاتی بالینی است (ساندرز، ۲۰۰۵) که براساس الگوی یادگیری اجتماعی طراحی شده‌است. در این روش، به والدین آموزش داده می‌شود که تعاملات مثبت با فرزندشان را افزایش دهند و از تعارضات بکاهند و از روش‌های نامناسب فرزندپروری بپرهیزند. مبنای این آموزش، این نظر کلی است که رفتار مشکل‌دار به‌صورت غیرعمد ایجاد می‌شود و از طریق تعاملات غیرانطباقی والدین در خانه، استمرار می‌یابد (پترسون<sup>۲</sup>، چمبرلین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). نتایج مطالعه هوش‌ور (۱۳۸۸) نشان‌داد که آموزش فرزندپروری مثبت باعث کاهش میزان اختلالات رفتاری ایذایی<sup>۴</sup> و اضطرابی در کودکان مبتلا به ADHD می‌شود ولی بر یادگیری و تکانشگری آنها تأثیری ندارد. در مطالعه‌های دیگر، محرری (۱۳۸۸) دریافت که آموزش فرزندپروری مثبت باعث کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به ADHD می‌شود. فاندن‌هوف‌داکر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۷) طی پژوهشی نشان دادند که در کنار درمان‌های بالینی رایج، آموزش مدیریت به والدین کودکان مبتلا به ADHD در کاهش مشکلات رفتاری و مشکلات درونی‌سازی شده این کودکان تأثیرگذار است. دیلی<sup>۶</sup> و ابراین<sup>۷</sup> (۲۰۱۳) طی مطالعه‌ای این تأثیر برنامه مداخلتی برای والدین دارای فرزند مبتلا به ADHD را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست‌یافتند که در ۴۵ درصد از کودکان مبتلا به ADHD، کاهش علائم مشاهده شد.

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هریک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل‌شده نیز موجب افزایش اختلالات در اعضای خانواده می‌گردد و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند. یکی از مواردی که بر نظام خانواده تأثیر می‌گذارد، مشکلات فرزندان است. در دهه‌های اخیر، برای حمایت از خانواده‌هایی که فرزند معلول یا استثنایی دارند، اهمیت بسیاری قائل شده‌اند، از آن‌رو که تحقیقات نشان داده است که حمایت از این خانواده‌ها، نتایج مثبتی برای خانواده و کودک به‌بار می‌آورد (دمسی<sup>۸</sup>، کین<sup>۹</sup>، پیل<sup>۱۰</sup>، اریلی<sup>۱۱</sup>، نیلاندز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹). براین اساس، و با در نظر داشتن نیاز به ایجاد تغییرات بادوام در کیفیت و کمیت روابط میان والد با کودک، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مثبت به والدین بر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به ADHD انجام شد.

1- Positive Parenting Program  
3- Chamberlain  
5- Van den Hoof dakker  
7- O'Brien  
9- Keen  
11- O'Reilly

2- Patterson  
4- disruptive behavior  
6- Daley  
8- Dempsey  
10- Pennell  
12- Neilands



## روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) است. معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بودند از موافقت کتبی والدین کودک برای شرکت آگاهانه در پژوهش، تشخیص داده شدن ADHD در فرزند آنان از سوی روان‌پزشک کودک، مبتلا نبودن کودک به عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات عصبی، و بیماری‌های شناخته شده جسمی. شرکت یکی از والدین در جلسات نیز کفایت می‌کرد. با توجه به نوع طرح پژوهش حاضر، برای این پژوهش حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۸۵). در ابتدا برای هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل، ۱۵ نفر در نظر گرفته شده بود اما به دلایلی، تعداد شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ۱۲ نفر کاهش پیدا کرد و بر این اساس، سه نفر از گروه کنترل هم از تحقیق حذف گردیدند\*. بنابراین، تعداد ۲۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به ADHD در پژوهش حاضر شرکت کردند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. مادران ۲۴ پسر ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به ADHD که به مرکز مشاوره رازی در شهر کرج مراجعه کرده بودند پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز، فرم والدین (۲۷سوالی) و پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (۲۵سوالی) را تکمیل کردند.

## ابزار

۱- پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین)، (CPRS)<sup>۱</sup>: این مقیاس که ابزاری کمکی برای تشخیص است برای غربالگری و ارزیابی نتایج درمانی به کار می‌رود. فرم ۲۷ سوالی این آزمون شکل بازبینی شده و کوتاه‌تری از پرسشنامه بلند ۹۳ سوالی آن است. والدین هر آزمودنی قبل از اجرای برنامه درمانی و پس از اتمام آن، و نیز در مرحله پیگیری، رفتار فرزند خود را در ۶ زمینه «مشکلات سلوک<sup>۲</sup>»، «مشکلات روان‌تنی<sup>۳</sup>»، «مشکلات یادگیری<sup>۴</sup>»، «مشکلات تکانشگری/ بیش‌فعالی<sup>۵</sup>»، «مشکلات اضطرابی<sup>۶</sup>»، و «شاخص بیش‌فعالی<sup>۷</sup>» درجه‌بندی می‌کنند. این کار روی مقیاس ۴ درجه‌ای از «اصلاً» تا «بسیار زیاد» صورت می‌گیرد و دامنه نمره آن از صفر تا ۳ است. این ابزار در بسیاری از مناطق جهان رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری شدت علائم اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه محسوب می‌شود (لینت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از نجفی و همکاران، ۱۳۸۳). این مقیاس برای کودکان ۳ تا

1- Conners Parent Rating Scale  
3- Psychosomatic problems  
5- impulsive/ hyperactive problems  
7- Hyperactivity index

2- conduct problems  
4- learning problems  
6- Anxiety problems  
8- Linnet

\* این نکته به نظر برخی از مشاوران نشریه رسانده شد. مشاوران محترم این عملکرد را از نظر آماری لازم و حتی مجاز ندانستند.

۱۷ ساله قابل استفاده است و ملاک‌های تشخیص آن با DSM-IV<sup>۱</sup> مطابقت دارد و اختلالات همراه، مانند اختلال نافرمانی تقابلی (ODD)<sup>۲</sup> و اختلال سلوک<sup>۳</sup> را نیز مشخص می‌کند. پایایی این پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ به دست آمده است. این مقیاس دارای میانگینی معادل ۴۲/۲۱ و انحراف استاندارد معادل ۳۸/۱۶ است (هوش‌ور، ۱۳۸۸).

**۲- پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ):** این پرسشنامه ۲۵ سؤالی که برای ارزیابی مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان از نظر والدین آنها به کار برده می‌شود، برای سنین ۳ تا ۱۶ قابل استفاده است. نمره هر سؤال از صفر تا ۲ است، که از کم تا زیاد معادل‌اند با «درست نیست»، «تا حدی درست است»، و «کاملاً درست است». بنابراین نمره کل بین صفر تا ۴۰ به دست می‌آید. در این پرسشنامه ۵ شاخص بیش‌فعالی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، مشکل در ارتباط با همسالان، و رفتارهای مطلوب اجتماعی بررسی می‌شوند. البته، در آن ۵ سؤال اضافی نیز با هدف سنجش طول مدت مشکلات و میزان پریشانی حاصل از آنها، و اثر آنها بر کارکرد کودک و نوجوان در زندگی خانوادگی، روابط فرزندان با دوستان، یادگیری در کلاس درس، و فعالیت‌های تفریحی، در نظر گرفته شده‌اند. یک سؤال نیز برای سنجش اثر احتمالی مشکل یا مشکلات رفتاری مورد بررسی بر زندگی اطرافیان، در آن گنجانده شده است. این پرسشنامه دارای سه فرم خودگزارش‌دهی، معلم، و والد است که اعتبار تشخیصی و پایایی هر سه در حد قابل قبول به دست آمده است. شاهرادی در سال ۱۳۸۵، با اجرای دو فرم معلم و والد این پرسشنامه بر ۵۲۴ دختر و پسر دانش‌آموز مقطع ابتدایی در شهرکرد، پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای فرم والدین ۰/۴۲ و برای فرم معلم ۰/۳۶ به دست آورد (به نقل از محری، ۱۳۸۸).

#### مداخله:

در تحقیق حاضر، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون گرفته شد و بعد از آن، گروه آزمایش به مدت ۸ هفته، هر هفته یک جلسه ۲ ساعته گروهی، تحت آموزش فرزندپروری مثبت قرار گرفتند. این آموزش با استفاده از دستورالعمل ساندرز (۲۰۰۵) صورت گرفت. محتوای جلسات ۸ گانه گروهی عبارت بودند از:

**جلسه اول:** معارفه اعضای شرکت‌کننده، آشنایی با ADHD و مباحث کلی درباره این اختلال، شناساندن عوامل مؤثر بر رفتار کودکان، و آشنایی والدین با روش‌های مثبت اصلاح رفتار.  
**جلسه دوم:** آشنایی با مشکلات رفتاری و راه‌حل آنها، روش‌های بهبود و ارتقاء رابطه والد - کودک،

- 
- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth edition
  - 2- Oppositional Defiant Disorder
  - 3- Conduct Disorder
  - 4- Strength and Difficulties Questionnaire

ابراز محبت کلامی و غیر کلامی، ارائه توصیه و تقویت خودپنداره مثبت، و نیز فنون آموزش مهارت‌های جدید به کودک.

**جلسه سوم:** شناساندن انواع تقویت‌کننده‌ها، روش‌های افزایش توجه و رفتارهای مطلوب از طریق فنون جلب توجه، تحسین کلامی، امتیاز، فعالیت‌های جذاب و پاداش‌های عینی، و استفاده از سیستم اقتصاد ژتونی و چارت رفتاری.

**جلسه چهارم:** شناساندن اثرهای ناخواسته تنبیه، نکات لازم برای استفاده مؤثر از تنبیه، روش‌های وضع قوانین و مداخلات مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب و اصلاح رفتار، به والدین.

**جلسه پنجم:** شناساندن موقعیت‌های پر دردرسر، روش‌های برنامه‌ریزی و آمادگی برای مقابله مؤثر با آنها، به والدین.

**جلسه ششم:** شناساندن موانع تغییر و روش‌های مقابله با آنها، و تمرین عملی در مورد آموزش مواجهه با مشکلات شایع در کودکان.

**جلسه هفتم و هشتم:** تعریف و توضیح رفتارهای بهنجار و نابهنجار، تأثیر بازی‌ها بر رفتار و ارائه بعضی بازی‌های سودمند برای پیشگیری از مشکلات رفتاری یا رفع آنها، و همچنین آموزش مدیریت خشم به والدین.

بعد از اتمام جلسات آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و هر دو گروه بعد از یک دوره پیگیری ۶ هفته‌ای، برای بار سوم مورد آزمون قرار گرفتند. لازم به ذکر است که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت را یکی از نویسندگان همین مقاله برعهده داشت که خود، این روش را زیر نظر اساتید مجرب در ایران آموزش دیده و کاملاً به اجرای این روش مسلط است. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده‌است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در زمینه تحصیلات و شغل مادران شرکت‌کننده، بیشترین فراوانی مربوط به مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم و مادران خانه‌دار بود. همچنین، میانگین گروه سنی مادران در گروه آزمایش ۳۷/۲۵ و در گروه کنترل ۳۸/۰۸ سال بود.

نبود تفاوت معنادار بین این دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی گردید که این نتایج در جدول ۲ گزارش شده‌است. لازم به ذکر است که با توجه به نوع متغیرهای جمعیت‌شناختی، از آزمون‌های آماری متفاوت استفاده شد، به این‌گونه که از آنجایی که سن متغیری فاصله‌ای است، برای بررسی معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تی مستقل استفاده گردید و برای تحصیلات و شغل که متغیرهایی ترتیبی هستند آزمون کای اسکوئر به کار برده شد.

جدول ۱  
داده‌های جمعیت‌شناختی مادران مورد پژوهش

سن (SD) M	شغل			تحصیلات		گروه ابتدایی تعداد (درصد)
	شاغل تعداد (درصد)	خانمدار تعداد (درصد)	لیسانس تعداد (درصد)	دیپلم تعداد (درصد)	راهنمایی تعداد (درصد)	
۳۷/۲۵ (۳/۶۹)	۱ (۸/۳)	۱۱ (۹۱/۷)	۱ (۸/۳)	۶ (۵۰)	۳ (۲۵)	آزمایش ۲ (۱۶/۷)
۳۸/۰۸ (۴/۸۱)	۳ (۲۵)	۹ (۷۵)	۱ (۸/۳)	۷ (۵۸/۳)	۱ (۸/۳)	کنترل ۳ (۲۵)

جدول ۲

تحلیل متغیرهای سن، تحصیلات، و شغل در نمونه مورد پژوهش

متغیرها	آماره	df	P
تحصیلات	$t=۱/۲۷$	۳	۰/۷۳۵
شغل	۱/۲	۱	۰/۲۷۳
سن	-۴/۳۲	۲۲	۰/۸۹۸

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در هیچ‌کدام از متغیرهای جمعیت‌شناختی، تفاوت دو گروه در سطح  $P < 0.05$  معنادار نیست. یافته‌های توصیفی مقیاس توانایی‌ها و مشکلات و خرده‌مقیاس‌های آن در جدول ۳ نشان داده شده‌است.

یافته‌های توصیفی مقیاس مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین) و خرده‌مقیاس‌های آن در جدول ۴ نشان داده شده‌اند. برای آزمودن فرضیه‌های این پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که خلاصه نتایج مربوط به آن در جدول ۵ ارائه شده‌است. لازم به ذکر است که در پژوهش‌هایی که شرکت‌کنندگان بیش از دو یا سه بار مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند، بهتر است از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شود (دلاور، ۱۳۸۵). قبل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش - فرض‌ها، آزمون باکس<sup>۱</sup>، آزمون کرویت موچلی<sup>۲</sup>، و آزمون لون<sup>۳</sup> اجرا شدند. براساس نتایج آزمون باکس که برای هیچ متغیری معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس رعایت شده‌است. براساس آزمون کرویت موچلی که در متغیرها معنادار نبود، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی رعایت گردیده‌است، و براساس آزمون لون و معنادار نبودن آن برای متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده‌است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود اثر مداخله بر متغیر توانایی‌ها و مشکلات ( $F_{(1,9)} = 23/43, P < 0.001$ ) از لحاظ آماری معنادار بوده‌است. به این معنا که آموزش فرزندپروری مثبت در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به ADHD مؤثر واقع شده‌است. همچنین، اثر آموزش فرزندپروری مثبت بر هر یک از خرده‌مقیاس‌های توانایی‌ها و مشکلات به شرح زیر است: خرده‌مقیاس نشانه‌های هیجانی ( $F_{(1,9)} = 0/51, P = 0/58$ )، مشکلات سلوک ( $P = 0/03$ )، بیش‌فعالی ( $F_{(1,9)} = 8/16, P = 0/026$ )، رفتارهای مطلوب اجتماعی ( $F_{(1,9)} = 1/7, P = 0/19$ )، و رفتارهای مطلوب اجتماعی ( $F_{(1,9)} = 17/73, P = 0/001$ ) همان‌طور که مشاهده می‌شود، اثر مداخله بر خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلوک، بیش‌فعالی، و مشکلات با همسالان در سطح  $P < 0.05$  معنادار است، در حالی که اثر آن بر خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های هیجانی و رفتارهای مطلوب اجتماعی از لحاظ آماری معنادار نیست.

1- Boxe's test  
3- Leven's test

2- Mauchly's test of sphericity

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه توانایی‌ها مشکلات و خرده‌مقیاس‌های آن

متغیر	گروه آزمایش						گروه کنترل					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات	۲۲/۴۵	۶/۸۳	۳۱/۸۳	۷/۲۴	۱۸/۰۹	۶/۱	۲۷/۶۲	۵/۱۴	۲۸	۶/۰۷	۱۸/۰۹	۶/۱
مشکلات هیجانی	۳	۳/۱۹	۴/۵	۴/۰۵	۲/۷۲	۲/۶۸	۴	۳/۰۹	۳/۶۶	۳/۰۸	۲/۷۲	۲/۶۸
مشکلات سلوک	۳/۲۷	۱/۵۵	۵/۶۶	۲/۰۱	۲/۴۵	۱/۵۷	۴/۳۶	۱/۸	۴/۹۱	۱/۶۷	۲/۴۵	۱/۵۷
بیش‌فعالی	۹/۶۳	۵/۶۲	۱۳/۷۵	۵/۷۲	۱۰/۲۷	۷/۰۴	۱۳/۸۱	۳/۳۱	۱۳/۶۶	۱/۶۱	۱۰/۲۷	۷/۰۴
مشکلات با همسالان	۳/۹	۱/۹۲	۶/۱۶	۱/۹۴	۲/۵۴	۱/۷۵	۵/۲۷	۱/۴۸	۵	۱/۹۵	۲/۵۴	۱/۷۵
رفتارهای مطلوب اجتماعی	۶/۶۳	۱/۷۴	۷	۱/۴۷	۶/۶۳	۱/۰۲	۶/۴۵	۲/۲	۶/۹۱	۲/۳۹	۶/۶۳	۱/۰۲

جدول ۴

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین) و خرده‌مقیاس‌های آن

متغیر	گروه آزمایش						گروه کنترل					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین)	۳۴/۶۳	۱۹/۹	۴۷/۸۳	۱۹/۹۸	۳۵/۲۷	۲۱/۸۲	۴۹/۷۲	۸/۱۳	۴۸/۱۶	۴/۶	۳۵/۲۷	۲۱/۸۲
رفتارهای مقابله‌ای	۵/۰۹	۳/۹۶	۷/۱۶	۳/۹۹	۵/۶۳	۴/۰۳	۸/۷۲	۳/۱۹	۷/۸۳	۳/۰۶	۵/۶۳	۴/۰۳
مشکلات شناختی	۶/۹	۴/۴۵	۸/۵۸	۴/۲۳	۵/۷۲	۴/۴۷	۹/۱۸	۲/۶۳	۹/۱۶	۲/۶۵	۵/۷۲	۴/۴۷
ADHD	۱۴/۸۱	۷/۵۴	۱۹/۶۶	۸/۱۵	۱۵/۳۶	۸/۴۵	۲۰	۳/۶۳	۱۹/۳۵	۳/۱۳	۱۵/۳۶	۸/۴۵
بیش‌فعالی	۷/۸۱	۵/۲۳	۱۲/۴۱	۴/۷۹	۸/۵۴	۶/۲۵	۱۱/۸۱	۳/۰۹	۱۱/۹۱	۱/۶۲	۸/۵۴	۶/۲۵

### جدول ۵

خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر روش فرزندپروری مثبت بر پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات و مؤلفه‌های آن

متغیر وابسته	عامل	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات	بین‌گروهی	۴۷۱/۲۷	۴۷۱/۲۷	۴۳/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۶	۱
	درون‌گروهی	۵/۱۲	۵/۱۲	۰/۵۳۵	۰/۴۷۳	۰/۰۲۶	۰/۱
	کل	۴۷۶/۳۹	۲۳۸/۱۹	۲۳/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
مشکلات هیجانی	بین‌گروهی	۰/۵۶۸	۰/۵۶۸	۰/۳۵۱	۰/۵۶	۰/۰۱۷	۰/۰۸۷
	درون‌گروهی	۰/۹۱۷	۰/۹۱۷	۰/۷۱۷	۰/۴۰۷	۰/۰۳۵	۰/۱۲۷
	کل	۱/۴۸	۰/۷۴	۰/۵۱	۰/۵۸	۰/۰۲۵	۰/۱۲۴
مشکلات سلوک	بین‌گروهی	۱۹/۱۱	۱۹/۱۱	۱۲/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۳۷۹	۰/۹۱۳
	درون‌گروهی	۰/۹۱۷	۰/۹۱۷	۱/۰۳	۰/۳۲۱	۰/۰۴۹	۰/۱۶۲
	کل	۲۰/۰۳	۱۰/۰۱	۸/۱۶	۰/۰۰۳	۰/۲۹	۰/۸۹۱
بیش‌فعالی	بین‌گروهی	۱۰۵/۱۵	۱۰۵/۱۵	۶/۷۴	۰/۰۱۸	۰/۲۶۲	۰/۶۹۳
	درون‌گروهی	۳/۵۲	۳/۵۲	۰/۳۸۹	۰/۵۴	۰/۰۲	۰/۰۹۱
	کل	۱۰۸/۶۷	۵۴/۳۳	۴/۴	۰/۰۲۶	۰/۱۸	۰/۶۷۱
مشکلات با همسالان	بین‌گروهی	۴۸/۰۹	۴۸/۰۹	۳۹/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۱	۱
	درون‌گروهی	۰/۲۷۳	۰/۲۷۳	۰/۱۸۲	۰/۶۷	۰/۰۰۹	۰/۰۶۹
	کل	۴۸/۳۶	۲۴/۱۸	۱۷/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
رفتارهای مطلوب اجتماعی	بین‌گروهی	۲/۲۷	۲/۲۷	۳/۶۷	۰/۰۰۷	۰/۱۵۵	۰/۴۴۶
	درون‌گروهی	۰/۷۵۸	۰/۷۵۸	۰/۶۵۴	۰/۴۲۸	۰/۰۳۲	۰/۱۲
	کل	۳/۰۳	۱/۵۱	۱/۷	۰/۱۹۹	۰/۰۷	۰/۳۳۷

اثر آموزش فرزندپروری مثبت روی پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین) و هریک از خرده‌مقیاس‌های آن در جدول ۶ ارائه شده‌است. به طوری که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، متغیر مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین) با  $(F_{(1,9)}=5/39, P=0/017)$  از لحاظ آماری معنادار بوده‌است؛ به این معنا که آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به ADHD مؤثر واقع شده‌است. همچنین، اثر آموزش فرزندپروری مثبت روی هریک از خرده‌مقیاس‌ها به شرح زیر است: خرده‌مقیاس رفتارهای مقابله‌ای  $(F_{(1,9)}=6/28, P=0/006)$ ، مشکلات شناختی  $(F_{(1,9)}=2/76, P=0/093)$ ، ADHD  $(F_{(1,9)}=3/51, P=0/053)$ ، بیش‌فعالی  $(F_{(1,9)}=6/06, P=0/008)$ . همان‌طور که مشاهده می‌شود، اثر مداخله بر خرده‌مقیاس‌های رفتارهای

مقابله‌ای و بیش‌فعالی در سطح  $P < 0.05$  معنادار است اما بر خرده‌مقیاس‌های مشکلات شناختی و ADHD به لحاظ آماری معنادار نیست.

#### جدول ۶

خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین) و خرده‌مقیاس‌های آن

متغیر وابسته	عامل	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
پرسشنامه مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین)	بین‌گروهی	۱۲۱۶/۸۰۵	۱۲۱۶/۸۰۵	۷/۰۰۴	۰/۰۱۶	۰/۲۶۹	۰/۷۰۹
	درون‌گروهی	۸۷/۷۷	۸۷/۷۷	۱/۲۸	۰/۲۷۱	۰/۰۶۳	۰/۱۹
	کل	۱۳۰۴/۵۸	۶۵۲/۲۹	۵/۳۹	۰/۰۱۷	۰/۲۳	۰/۷۱
رفتارهای مقابله‌ای	بین‌گروهی	۳۴/۵۶	۳۴/۵۶	۷/۹۷	۰/۰۱	۰/۲۸۵	۰/۷۶۶
	درون‌گروهی	۱۲/۷۳	۱۲/۷۳	۳/۹۹	۰/۰۵۹	۰/۱۶۷	۰/۴۷۷
	کل	۴۷/۳	۲۳/۶۵	۶/۲۸	۰/۰۰۶	۰/۲۳	۰/۸۴
مشکلات شناختی	بین‌گروهی	۴۲/۰۲	۴۲/۰۲	۳/۶۹	۰/۰۶۹	۰/۱۵۶	۰/۴۴۹
	درون‌گروهی	۰/۰۶۸	۰/۰۶۸	۰/۰۱۸	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
	کل	۴۲/۰۹	۲۱/۰۴	۲/۷۶	۰/۰۹۳	۰/۱۲	۰/۴۳
ADHD	بین‌گروهی	۱۴۱/۱۳	۱۴۱/۱۳	۴/۷۷	۰/۰۴۲	۰/۲۰۱	۰/۵۴۶
	درون‌گروهی	۱۴/۲۲	۱۴/۲۲	۰/۹۷	۰/۳۳۷	۰/۰۴۹	۰/۱۵۵
	کل	۱۵۵/۵۳	۷۷/۷۶	۳/۵۱	۰/۰۵۳	۰/۱۵	۰/۵۴
بیش‌فعالی	بین‌گروهی	۱۰۵/۰۹۱	۱۰۵/۰۹۱	۸/۸۱	۰/۰۰۸	۰/۳۰۶	۰/۸۰۶
	درون‌گروهی	۵/۹۳	۵/۹۳	۰/۹۳	۰/۳۴۶	۰/۰۴۴	۰/۱۵۱
	کل	۱۱۱/۰۳	۵۵/۵۱	۶/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۲۳	۰/۸۱

#### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به ADHD انجام شد. نتایج حاصل نشان‌دادند که در مقیاس کانرز (فرم والدین)، میزان بهبود گروه مداخله در خرده‌مقیاس‌های بیش‌فعالی و رفتارهای مقابله‌ای معنادار بوده است، ولی در مورد خرده‌مقیاس‌های ADHD و مشکلات شناختی این میزان به سطح معناداری نرسیده است. به عبارت دیگر، آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD در خرده‌مقیاس‌های بیش‌فعالی و رفتارهای مقابله‌ای مؤثر واقع شده است.



این یافته‌ها همخوانی زیادی با مطالعات پیشین دارند. به‌عنوان نمونه، نتایج مطالعه هوش‌ور (۱۳۸۸) نشان‌داد که آموزش فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD در خرده‌مقیاس‌های یادگیری، روان‌تنی، و بیش‌فعالی تکانشی، بی‌تأثیر است. سایر یافته‌ها نشان‌دادند که در مقیاس توانایی‌ها و مشکلات، تأثیر آموزش روش فرزندپروری مثبت در خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلوک، بیش‌فعالی، و مشکلات با همسالان در سطح  $P < 0.05$  معنادار است، اما در خرده‌مقیاس‌های مشکلات هیجانی و رفتارهای مطلوب اجتماعی به سطح معناداری نرسیده است. به عبارت دیگر، آموزش این روش به کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به ADHD در خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلوک، بیش‌فعالی، و مشکلات با همسالان منتهی شده است. این نتایج با یافته‌های محرری (۱۳۸۸) مبنی بر اینکه دریافت آموزش فرزندپروری مثبت مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به ADHD را کاهش می‌دهد، همسو است. به‌نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی تأثیر بسزایی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود روابط بین‌فردی کودکان می‌گذارند، دستاوردی که با تجویز دارو به‌تنهایی، کمتر محتمل است. برنامه آموزشی فرزندپروری مثبت این اهداف را دنبال می‌کند: افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس، خودکارآمدی، و خوش‌بینی<sup>۱</sup> والدین در تربیت فرزندشان؛ ارائه درمان به وسیله آموختن حل مسئله به واسطه الگوبردازی<sup>۲</sup>، یادگیری روش سازمان‌یافته حل مسئله، گسترش سرگرمی، ایمنی، و پرورش کودکان، و ایجاد محیط‌هایی با تعارض کمتر برای آنان؛ و افزایش کارآمدی رفتاری، هوشی، زبانی، عاطفی، و اجتماعی کودکان از طریق مهارت‌های فرزندپروری مثبت. از سوی دیگر، یکی از مهم‌ترین فواید تشکیل جلسات گروهی آموزش والدین، تغییر نگرش است. به این ترتیب که در خلال جلسات آموزش گروهی، مادران از طریق به بحث گذاشتن مشکلات رفتاری فرزندانشان، درمی‌یابند که بسیاری از این مشکلات رفتاری در بین تمامی خانواده‌های حاضر مشترک و مشابه است. در نتیجه، از احساس آنها درباره بی‌صلاحیتی و بی‌کفایتی خود در نقش والدگری کاسته می‌شود و آنان با اعتماد به نفس بیشتری، از نو مسئولیت‌های نقش والدی خود را در قبال فرزندشان برعهده می‌گیرند (ساندرز، ۲۰۰۵).

اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. این برنامه از پشتوانه تجربی خوبی در موارد زیر، برخوردار بوده است: درمان اختلالات رفتاری (لئونگ<sup>۳</sup>، ساندرز، لئونگ، ساندرز، مارک<sup>۴</sup>، و لو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳؛ کان<sup>۶</sup>،

1- optimism  
3- Leung  
5- Lau

2- modeling-based  
4- Mark  
6- Cann

راجرز<sup>۱</sup>، و وُرلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ ساندرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ ساندرز، ۲۰۰۵؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۶؛ پوراحمدی و همکاران، ۱۳۸۷؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۷؛ و فرمند و همکاران، ۱۳۸۵)، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین (بر، ساندرز، و مارکی - دادز، ۲۰۰۲؛ لئونگ و همکاران، ۲۰۰۳)، افسردگی، اضطراب، استرس، و خشم والدین (ساندرز، ۲۰۰۵؛ کان و همکاران، ۲۰۰۳؛ ساندرز و مک‌فارلند<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ روشن‌بین و همکاران، ۱۳۸۶؛ جلالی و همکاران، ۱۳۸۷)، و تعارضات زناشویی (ساندرز، ۲۰۰۵؛ کان و همکاران، ۲۰۰۳).

با بهره‌گیری از برنامه‌گروهی آموزش والدین در کنار سایر مداخلات، والدین به راهکارهای صحیح‌تری در مواجهه با مشکلات رفتاری فرزند خود دست پیدا می‌کنند و با برخورداری‌بودن از تدابیر ازپیش‌اندیشیده شده، سعی می‌کنند رفتارهای ناگهانی و مستبدانه خود را در هنگام عصبانیت و ناکامی کنترل کنند. از این طریق، بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی، کنترل هیجانات منفی را نیز به صورت عملی به فرزند خود انتقال می‌دهند. مزیت خاص تحقیق حاضر این است که برای کنترل هیجانات والد - کودک، برنامه آموزشی یک جلسه‌ای حول محور مدیریت خشم والدین، به آموزش فرزندپروری مثبت اضافه شد.

مداخلات متمرکز بر والدین، روش‌هایی‌اند که امکان درمان با قدرت بالا و هزینه پایین را فراهم می‌آورند، والدین بیشترین زمان را با فرزندان خود می‌گذرانند، و می‌توانند با کمترین هزینه، بیشترین کار رو در رو را با فرزندشان انجام دهند (آن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ مینگیروز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

#### محدودیت‌ها:

در اشاره به محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به یک‌جنس بودن فرزندان مبتلا به ADHD (تأکید بر جنس مذکر به دلیل شیوع بیشتر این اختلال در آن)، بررسی نشدن ویژگی‌های شخصیتی مادران شرکت‌کننده در تحقیق و متوازن کردن دو گروه از این لحاظ، و حضور نیافتن پدران در جلسات آموزشی اشاره کرد.

#### پیشنهادها:

انجام پژوهش بر کودکان دختر مبتلا به ADHD، یکسان‌سازی میزان تحصیلات والدین، و شرکت پدران همراه با مادران در برنامه فرزندپروری مثبت پیشنهاد می‌شود.

#### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیریت محترم مرکز مشاوره رازی استان البرز که در انجام این مطالعه، محققان

1- Roggers  
3- McFarland  
5- Mingares

2- Worley  
4- Anan

را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

## References:

## مراجع:

- انجمن روان‌پزشکی امریکا (۱۳۸۴). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. (ترجمه محمد رضا نیکخو، و هامایاک آوادیس‌یانس). تهران: سخن. (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- پوراحمدی، الناز؛ جلالی، محسن؛ روشن، رسول؛ و عابدین، علیرضا (۱۳۸۷). اثر آموزش فرزندپروری مثبت در کاهش شکایات جسمانی کودکان. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۱(۲)، ۷۹-۷۴.
- جلالی، محسن؛ پوراحمدی، الناز؛ و طهماسیان، کارینه (۱۳۸۶). مقایسه شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) و مادران کودکان عادی، و پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی آنها براساس شیوه‌های فرزندپروری و خرده‌مقیاس‌های GHQ. مقاله ارائه شده در سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- جلالی، محسن؛ پوراحمدی، الناز؛ بابا پور خیرالدین، جلیل؛ و شعیری، محمد رضا (۱۳۸۷). اثر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلالات برون‌سازی شده. فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۱۳، ۳۶-۱۵.
- دلاور، علی (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. (ویرایش دوم). تهران: رشد.
- روشن‌بین، مریم؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ و خوشابی، کتایون (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۱۰-۴ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه. خانواده‌پژوهی، ۳(۳)، ۵۷۲-۵۵۵.
- فرمند، آتوسا؛ خوشابی، کتایون؛ محمدخانی، پروانه، و محمودی راد، مریم (۱۳۸۵). سودمندی درمان‌های ترکیبی: برنامه گروهی فرزندپروری مثبت و دارودرمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با هریک از این درمان‌ها به‌تنهایی. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علوم‌پهزیستی و توان‌بخشی.
- کاپلان، هرلود؛ سادوک، بنجامین (۱۳۸۸). خلاصه روان‌پزشکی و علوم رفتاری - روان‌پزشکی. جلد

دوم. (ترجمه نصرت‌الله پورافکاری). تهران: شهرآب (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).  
محرری، فاطمه (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه تربیت‌سازنده به مادران بر مشکلات رفتاری  
کودکان مبتلا به ADHD. *مجله علمی - پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۴۱(۱۱)، ۳۱-۴۰.  
نجفی، مصطفی؛ محمدی، محمدرضا؛ تهرانی‌دوست، مهدی؛ علاقبند، جواد، و آثاری، شروین  
(۱۳۸۳). تأثیر دو نوع مداخله رایانه‌ای بر نمرات املای کودکان دبستانی مبتلا به اختلال  
بیش‌فعالی - کم‌توجهی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۲و۱)، ۵۸-۵۱.  
هوش‌ور، پارسا (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۱۰-۴ سال مبتلا به ADHD بر  
اختلال رفتار فرزندان‌شان. *توانبخشی*، ۱۰(۳)، ۳۰-۲۴.

- Achenbach, T. M., & Rescola, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age: Form & profiles*. Burlington, VT: ASEBA
- Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivray, J. E., Chong, I. M., & Hines, S. J. (2008). Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions*, 23(3), 165-180.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bor, W., Sanders, M. R., & markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/ hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571-587.
- Cann, W., Roggers, H., & Worley, G. (2003). Report on a program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in isolated rural areas. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 264-276.
- Daley, D., O'Brien, M. (2013). A small-scale randomized controlled trial of the self-help version of the New Forest parent training programme for children with ADHD symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, online Issn, 1435-165X.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 558-66.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mark, R., & Lau, J. (2003). An outcome

- evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*, 42(2), 531-544.
- Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., & Hardan, A. Y. (2010). Pivotal Response Group Treatment Program for Parents of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(1), 92-101.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 1, 53-70.
- Rabiner, C. D. (2002). Stress and coping in parents of children with ADHD [on-line]. Available: WWW. Help for add.com/2002/Septembr.htm.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624-640.
- Sanders, M. R. (2005). *Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes*. Brisbane, Australia: The University of Queensland.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2006). Treatment of depressed mothers with disorder children: A-controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*, 31(1), 89-112.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravesock, F., Connors, D., Brown, S., & Young, R.W. (2004). Does parental attitudinal retraining and anger management enhance the effects of Triple P-Positive Parenting Program-with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, 35(3), 513-535.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). A Parent-based therapies for preschool attention-deficit/ hyper-activity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402-408.
- Van den Hoofdakker, B. J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P. M., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1263-1271.

## رابطه وابستگی آنلاین با اضطراب اجتماعی در نوجوانان

### Relationship between Online Dependency and Social Anxiety in Adolescents

Ebrahim Masoudnia, Ph.D. \*  
University of Guilan

دکتر ابراهیم مسعودنیا  
دانشگاه گیلان

**Abstract:** The internet has become one of the most important instruments for social interactions, entertainment, and doing everyday activities, and also one of the most important information resources for adolescents. However, internet and computer are not dangerous per se, but internet overuse has caused a phenomenon called online dependency. The aim of the present study was to determine the difference between dependent and non-dependent Internet users regarding social anxiety disorder. This study was a survey done by cross-sectional design. The sample included 535 adolescents (218 males and 317 females) who were studying in high schools in Yazd. These adolescents were selected by proportional stratified sampling. Internet Addiction Test (IAT), and Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) were used for data gathering. Prevalence of online dependency in this study was found to be 21.7%. Significant differences were found between dependent and non-dependent internet users regarding social anxiety in general ( $P < 0.01$ ), and its components: social performance ( $P < 0.01$ ); avoidance/social encounter ( $P < 0.01$ ); assertiveness ( $P < 0.01$ ); and physical and cog-

**چکیده:** امروزه، اینترنت به ابزاری مهم در تعاملات اجتماعی، تفریحات، فعالیت‌های روزمره، و کسب اطلاعات برای نوجوانان تبدیل شده‌است. اگرچه، اینترنت فی‌نفسه می‌تواند ابزاری بی‌ضرر باشد اما استفاده افراطی یا بیش از حد از این ابزار باعث بروز مسئله‌ای در میان کاربران آن، به ویژه نوجوانان شده که به وابستگی آنلاین معروف است. پژوهش حاضر، با هدف تعیین تفاوت میان نوجوانان وابسته آنلاین و نوجوانان عادی از نظر اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. این پژوهش در قالب طرح پیمایشی و به صورت مقطعی صورت گرفت. آزمودنی‌ها را ۵۳۵ نوجوان (۲۱۸ پسر و ۳۱۷ دختر) تشکیل می‌دادند که در سال ۱۳۹۰، در دبیرستان‌های شهر یزد به تحصیل اشتغال داشتند. این افراد، با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب انتخاب شدند. ابزارهای سنجش عبارت بودند از: آزمون اعتیاد به اینترنت (IAT)، و پرسشنامه فوبی و اضطراب اجتماعی برای کودکان (SPAI-C). شیوع وابستگی آنلاین در مطالعه حاضر، ۲۱/۷ درصد به دست آمد. تفاوت معناداری میان کاربران وابسته آنلاین و کاربران عادی از نظر اضطراب اجتماعی به‌طور کلی ( $P < 0.01$ )، و از نظر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی، یعنی عملکرد اجتماعی ( $P < 0.01$ )؛ اجتناب/مواجهه اجتماعی ( $P < 0.01$ )؛ جرأت ( $P < 0.01$ )؛ و علائم جسمانی و شناختی ( $P < 0.01$ ) وجود داشت. تحلیل

دریافت اصلاح نهایی مقاله: ۹۴/۳/۴  
پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۱۲

\*masoudniae@gmail.com

nitive symptoms ( $P < 0.01$ ). Hierarchical multiple linear regression analysis showed that online dependency explained 6.9% of the variance of social anxiety.

رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نشان داد که وابستگی آنلاین، ۶/۹ درصد از واریانس اضطراب اجتماعی را تبیین می‌کند.

**Keywords:** online dependency; social anxiety; social phobia; adolescents

**کلیدواژه‌ها:** وابستگی آنلاین؛ اضطراب اجتماعی؛ هراس اجتماعی؛ نوجوانان

تأثیر استفاده افراطی از تکنولوژی‌های ارتباطی نوین، مانند اینترنت، به یکی از نگرانی‌های عمده در حوزه سلامت تبدیل شده است (سوغانوما<sup>۱</sup>، کیکوچی<sup>۲</sup>، و یاناگی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ مسکیتا<sup>۴</sup> و ریمائو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). اعتیاد به اینترنت یا استفاده آسیب‌زا از اینترنت عبارت است از استفاده از اینترنت به صورتی خارج از کنترل کاربر که می‌تواند به اختلال‌های کنترل تکانه منجر شود (لام<sup>۶</sup>، پنگ<sup>۷</sup>، مای<sup>۸</sup>، و جینگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹). در تعریفی دیگر، استفاده آسیب‌شناختی از اینترنت/ کامپیوتر عبارت است از استفاده افراطی از اینترنت و کامپیوتر به گونه‌ای که در زندگی روزمره کاربران اختلال ایجاد کند (بایون<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). برخی از مهم‌ترین فعالیت‌های اینترنتی که ممکن است به وابستگی آنلاین منجر شوند عبارتند از: معاشرت افراطی از طریق چت، ایمیل، و تبادل پیام (اندرسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱؛ یانگ<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸)، بازی‌های کامپیوتری (گریفیتز<sup>۱۳</sup> و هانت<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۸)، فعالیت‌های جنسی، از جمله تماشای وبسایت‌های مربوط به بزرگسالان، سایبرسکس، و چت جنسی آشکار (گرینفیلد<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۹)، گشت و گذار افراطی در وب (جروزالم<sup>۱۶</sup>، هان<sup>۱۷</sup>، نیزینگ<sup>۱۸</sup>، و هیر<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۱)، فعالیت‌های آنلاین افراطی، مانند تجارت در بورس، قماربازی، و خرید (یانگ، ۱۹۹۸)، و هک کردن یا برنامه‌نویسی کامپیوتری (پراتارلی<sup>۲۰</sup>، براون<sup>۲۱</sup>، و جانسون<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۹).

1- Suganuma  
3- Yanagi  
5- Reimão  
7- Peng  
9- Jing  
11- Anderson  
13- Griffiths  
15- Greenfield  
17- Hahn  
19- Heer  
21- Browne

2- Kikuchi  
4- Mesquita  
6- Lam  
8- Mai  
10- Byun  
12- Young  
14- Hunt  
16- Jerusalem  
18- Niesing  
20- Pratarelli  
22- Johnson

محققان شیوع وابستگی آنلاین را از ۶٪ (گرینفیلد، ۱۹۹۹) تا ۸۰٪ (یانگ ۱۹۹۸) ذکر کرده‌اند. برای مثال، در مطالعات انجام شده، در کشور کره جنوبی (فاکلا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷)، شیوع آن را ۳۰٪؛ در تایوان، ۵/۹٪ (چوو<sup>۲</sup> و هسیائو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲)؛ دانشجویان چینی ۱۰/۶٪ (وو<sup>۴</sup> و ژو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴)؛ و در نوجوانان یونانی ۸٪ (سیوموس<sup>۶</sup>، دافولی<sup>۷</sup>، بریمیوتیس<sup>۸</sup>، موزاس<sup>۹</sup>، آنجلوپولوس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸) به دست آورده‌اند. همچنین، بر مبنای آمار وضعیت جهانی اینترنت (IWS)<sup>۱۱</sup>، تا سال ۲۰۰۷، ۱/۱۳۳ بلیون نفر در جهان از اینترنت استفاده می‌کردند (تسای<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در برخی از پژوهش‌ها، گزارش شده که ۱۴٪ الی ۱۷/۹٪ از نوجوانان، چه در کشورهای غربی و چه در کشورهای شرقی، به اینترنت اعتیاد دارند (میتیلی<sup>۱۳</sup>، کیو<sup>۱۴</sup>، و وینسلو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۸؛ کالتیالا - هینو<sup>۱۶</sup>، لنتون<sup>۱۷</sup>، ریمپلا<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۴؛ جانگ<sup>۱۹</sup>، هوانگ<sup>۲۰</sup>، و چوی<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۸؛ کائو<sup>۲۲</sup> و سوو<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۷؛ یین<sup>۲۴</sup>، کوو<sup>۲۵</sup>، یین، وو، یانگ<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۷). در واقع، بر اساس همین بالا بودن میزان شیوع اعتیاد به اینترنت بود که محققانی مانند بلاک<sup>۲۷</sup> (۲۰۰۸)، استدلال کردند که اعتیاد به اینترنت باید به نسخه پنجم DSM اضافه شود. درباره شیوع وابستگی آنلاین در ایران، نرخ‌های متفاوتی عرضه شده‌است، برای مثال، ۳/۸٪ (فاسمزاده، شهرآرای، و مرادی، ۲۰۰۷)، ۱۰/۸٪ (محمدبیگی و محمدصالحی، ۱۳۹۰)، ۳۰٪ (درگاهی و رضوی، ۱۳۸۶)، ۸/۶٪ (ویزشفر، ۱۳۸۴)، ۲۸/۶٪ (معیدفرفر، حبیب‌پور گتایی، و گنجی، ۱۳۸۴)، تا ۸۶٪ (خواجه‌موگهی و علاسوند، ۱۳۸۹).

پژوهش‌های پیشین نشان دادند که وابستگی آنلاین، با مشکلات متعددی همراه است، مانند تغییرات ساختاری در مغز استفاده‌کنندگان از اینترنت (ژو<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، مشکلات هیجانی مانند افسردگی (یانگ، ۲۰۰۹؛ آیزنباخ<sup>۲۹</sup> و ویات<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۲؛ دامیان<sup>۳۱</sup>، روی‌گومز<sup>۳۲</sup>،

- |                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| 1- Fackler                | 2- Chou            |
| 3- Hsiao                  | 4- Wu              |
| 5- Zhu                    | 6- Siomos          |
| 7- Dafouli                | 8- Braimiotis      |
| 9- Mouzas                 | 10- Angelopoulos   |
| 11- Internet World States | 12- Tsai           |
| 13- Mythily               | 14- Qiu            |
| 15- Winslow               | 16- Kaltiala-Heino |
| 17- Lintonen              | 18- Rimpelä        |
| 19- Jang                  | 20- Hwang          |
| 21- Choi                  | 22- Cao            |
| 23- Su                    | 24- Yen            |
| 25- Ko                    | 26- Yang           |
| 27- Block                 | 28- Zhou           |
| 29- Eysenbach             | 30- Wyatt          |
| 31- Damian                | 32- Ruigomez       |



پاستور<sup>۱</sup>، مارتین - مورنو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ جانگ، هوانگ، و چوی، ۲۰۰۸؛ یین و همکاران، ۲۰۰۷؛ کیم<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶، اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه (ADHD) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ یوو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ ها<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)، اختلال کنترل تکانه (کوو، یین، چن، چن، یین، ۲۰۰۵)، خصومت (یین و همکاران، ۲۰۰۸؛ کوو، یین، یین، لین<sup>۷</sup>، یانگ، ۲۰۰۷)، ترس و اضطراب مرتبط با انزوا، اجتناب از تعامل اجتماعی با دیگران، کناره‌گیری از خانواده، رفتار انحرافی در قالب پورنوگرافی، و قمار غیرقانونی (آرزاک<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸)، اثرهای منفی بر زندگی تحصیلی، اجتماعی، مالی، و شغلی (یانگ، ۱۹۹۸)، رفتار پر خاشگرانه، علائم اختلال‌های روان‌پزشکی، و مشکلات میان‌فردی (کوو، یین، لیو<sup>۹</sup>، هوانگ، یین، ۲۰۰۹؛ سئو<sup>۱۰</sup>، کانگ<sup>۱۱</sup>، و یوم<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹)؛ عادات غذایی نامناسب (کیم و چن، ۲۰۰۵)، نافع‌ال‌فیزیکی و کوتاه بودن دوره خواب (لام، و همکاران، ۲۰۰۹)، استفاده فزاینده از الکل و مواد (گانیل<sup>۱۳</sup>، اسمیت<sup>۱۴</sup>، فرانکل<sup>۱۵</sup>، کمپ<sup>۱۶</sup>، پترز<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۸)، و بالاخره تغییر در عوامل مرتبط با سبک زندگی (لام و همکاران، ۲۰۰۹).

یکی از برآیندهای وابستگی آنلاین که اخیراً مورد توجه قرار گرفته (برای مثال، لو<sup>۱۸</sup>، وانگ<sup>۱۹</sup>، و فانگ<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۵؛ لیو و کوئو<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۷) اختلال اضطراب اجتماعی است. اضطراب اجتماعی در پیوستاری قرار می‌گیرد که دو انتهای آن کمرویی و فوبی اجتماعی هستند و می‌توان آن را این‌گونه تعریف کرد که حالتی از اضطراب است که از پیش‌بینی مورد ارزیابی میان‌فردی قرار گرفتن در محیط‌های اجتماعی واقعی یا خیالی یا مواجهه واقعی با این وضعیت پدید می‌آید (لیری<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۳ الف). افراد مبتلا به این اختلال به شدت نگران آن هستند که ممکن است چیزی بگویند یا کاری کنند که آنها را خجالت‌زده سازد یا در معرض انتقاد قرار دهد. در نتیجه، این افراد تمایل دارند از موقعیت‌های اجتماعی دوری کنند و در این موقعیت‌ها دچار اضطراب و نگرانی شدید می‌شوند (گائر<sup>۲۳</sup>، پیکون<sup>۲۴</sup>، واسکانسلوس<sup>۲۵</sup>، ترنر<sup>۲۶</sup>، بیدل<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۵).

- 
- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1- Pastor        | 2- Martin-Moreno |
| 3- Kim           | 4- Yoo           |
| 5- Ha            | 6- Chen          |
| 7- Lin           | 8- Orzack        |
| 9- Liu           | 10- Seo          |
| 11- Kang         | 12- Yom          |
| 13- Gunnell      | 14- Smith        |
| 15- Frankel      | 16- Kemp         |
| 17- Peters       | 18- Lo           |
| 19- Wang         | 20- Fang         |
| 21- Kuo          | 22- Leary        |
| 23- Gauer        | 24- Picon        |
| 25- Vasconcellos | 26- Turner       |
| 27- Beidel       |                  |

پژوهش‌های پیشین درباره وابستگی آنلاین و اختلال اضطراب اجتماعی، در دو دسته کلی و متفاوت انجام شده‌اند. برخی از پژوهش‌ها، اضطراب اجتماعی را به‌منزله عامل خطری برای وابستگی آنلاین تلقی کرده‌اند. در این پژوهش‌ها، وجود اضطراب در فرد یکی از عوامل عمده گرایش به استفاده از اینترنت ذکر می‌شود. برای مثال، آکین<sup>۱</sup> و اسکندر<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)؛ اِگِر<sup>۳</sup> و راوتربرگ<sup>۴</sup> (۱۹۹۶)، و یو<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) نیز معتقدند که اضطراب و استرس، در استفاده افراطی از اینترنت نقش دارد. آنها نشان دادند افراد دچار اضطراب و استرس، در ارتباط و تعامل با دیگران به شیوه‌هایی سالم، مثبت و معنادار، آشفستگی بیشتری دارند. همچنین، شفرد<sup>۶</sup> و اِدِلْمَن<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) استدلال می‌کنند که نوجوانانی که اضطراب اجتماعی دارند، به دلیل آنکه فعالیت‌های اینترنتی را شیوه منظمی برای جستجوی روابط اجتماعی می‌یابند، با هدف برقرار کردن ارتباط اجتماعی، از آنها استفاده می‌کنند.

در دسته دوم پژوهش‌ها، بر اضطراب اجتماعی به‌منزله نتیجه وابستگی آنلاین تأکید می‌شود. در این پژوهش‌ها، اضطراب اجتماعی را عامل وابستگی آنلاین در نوجوانان نمی‌دانند، بلکه آن را یکی از اثرها و اختلال‌های حاصل از استفاده افراطی از اینترنت تلقی می‌کنند. برخی از پژوهشگران (برای مثال، هاردی<sup>۸</sup> و تی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷؛ یانگ، ۱۹۹۸؛ اسپادا<sup>۱۰</sup>، لانگستون<sup>۱۱</sup>، نیکسویچ<sup>۱۲</sup>، مونتا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸؛ جنارو<sup>۱۴</sup>، فلورس<sup>۱۵</sup>، گومز-ولاه<sup>۱۶</sup>، کابالو<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷؛ گائو<sup>۱۸</sup>، چونگ<sup>۱۹</sup>، چن، و چنگ<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۵؛ کو و همکاران، ۲۰۰۶؛ ین و همکاران، ۲۰۰۷؛ و سلفوت<sup>۲۱</sup>، برانج<sup>۲۲</sup>، دلزینگ<sup>۲۳</sup>، بوگت<sup>۲۴</sup>، میوز<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۹؛ شفرد و اِدِلْمَن، ۲۰۰۵) نشان دادند که استفاده بیش از حد از اینترنت یا وابستگی آنلاین می‌تواند احتمال بروز اختلال اضطراب اجتماعی و فوبی اجتماعی را پیش‌بینی کند.

درباره اثرهای استفاده از اینترنت در ایران، پژوهش‌های متعددی انجام شده، مانند: بررسی میزان تأثیر آن در تعامل کودکان با دیگران (صادقیان، ۱۳۸۴)، خلاقیت و خودکارآمدی (زارع و کدیور، ۲۰۰۷)، اختلال اضطرابی و خواب در اعضای هیأت علمی دانشگاه (مسعودنیا، ۱۳۹۰)،

- |              |                |
|--------------|----------------|
| 1- Akin      | 2- Iskender    |
| 3- Egger     | 4- Rauterberg  |
| 5- Yu        | 6- Shepherd    |
| 7- Edelman   | 8- Hardie      |
| 9- Tee       | 10- Spada      |
| 11- Langston | 12- Nikcevic   |
| 13- Moneta   | 14- Jenaro     |
| 15- Flores   | 16- Gomez-Vela |
| 17- Caballo  | 18- Gau        |
| 19- Chong    | 20- Cheng      |
| 21- Selfhout | 22- Branje     |
| 23- Delsing  | 24- Bogt       |
| 25- Meeus    |                |

عزت‌نفس (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۴)، و سلامت عمومی (ناستی‌زایی، ۱۳۸۸). اما دربارهٔ اختلال اضطراب اجتماعی، به‌منزلهٔ یکی از نتایج وابستگی آنلاین به‌ویژه در نوجوانان، پژوهش‌های اندکی در ایران انجام گرفته‌است. از همین‌رو، پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال انجام شد که آیا رابطه‌ای بین استفادهٔ بیش از حد از اینترنت یا وابستگی آنلاین با اضطراب اجتماعی در نوجوانان در ایران وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر، در قالب طرح پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شد. جامعهٔ آماری این مطالعه، مشتمل بود بر کلیه دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در دبیرستان‌ها و هنرستان‌های دو ناحیهٔ آموزش و پرورش شهر یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰. در زمان مطالعه تعداد کل دانش‌آموزان ۲۳۶۵۴ نفر بود. از این تعداد، ۴۷٪ (۱۱۲۳۷ نفر) در ناحیهٔ اول و ۵۳٪ (۱۲۴۱۷ نفر) در ناحیهٔ دوم آموزش و پرورش به تحصیل اشتغال داشتند. معیار ورود آزمودنی‌ها به مطالعه حاضر، استفاده از اینترنت دست‌کم طی یک سال قبل از پژوهش بود، که اکثر دانش‌آموزان واجد این ویژگی بودند.

با توجه به دسترسی به فهرست جامعه، یعنی مشخص بودن تعداد دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰، و برای آنکه در انتخاب نمونه زیرگروه‌ها (نواحی آموزش و پرورش) همان نسبتی برقرار باشد که در جامعه برقرار است، در انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب استفاده شد. برای تعیین حجم نمونه، از فرمول اصلاح شدهٔ کوکران استفاده گردید. به جهت آنکه مقدار واریانس متغیر تحت مطالعه، یعنی استفادهٔ آسیب‌شناختی از اینترنت/ کامپیوتر در دانش‌آموزان شهرستان یزد ( $S^2$ ) در دست نبود، به‌منظور برآورد واریانس آن در جامعه ( $S^2$ )، بر ۵۰ نفر از دانش‌آموزان در دو ناحیهٔ آموزش و پرورش، پیش‌آزمون انجام شد. در گام بعد، و با استفاده از فرمول کاکران، ۵۳۵ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی در دو ناحیهٔ اول و دوم آموزش و پرورش شهر یزد انتخاب شدند (۴۰٪ پسر و ۵۹٪ دختر). براساس روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب، ۴۷٪ نمونه (۲۵۱ نفر)، از ناحیهٔ اول آموزش و پرورش و ۵۳٪ نمونه (۲۸۴ نفر)، از ناحیهٔ دوم برگزیده شدند. درنهایت، از بین مدارس منتخب هر ناحیه، به‌صورت تصادفی، ۶ دبیرستان انتخاب شدند و در هر دبیرستان منتخب، به‌طور تصادفی، ۳ کلاس انتخاب گردیدند. در مرحلهٔ بعد به‌صورت تصادفی، و به تناسب جمعیت تعدادی دانش‌آموز از هر کلاس انتخاب شدند.

### ابزار

۱- آزمون اعتیاد به اینترنت (IAT)<sup>۱</sup>: این آزمون توسط یانگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) ساخته شد. آزمون اعتیاد

1- Internet Addiction Test

2- Young

به اینترنت، مرکب از ۲۰ ماده است که براساس طیف پنج درجه‌ای «به‌ندرت»، «گاهی اوقات»، «غالباً»، «بسیار زیاد»، «همیشه» نمره‌گذاری می‌شود. گزاره‌های این آزمون براساس ملاک‌های DSM-IV-TR برای تشخیص قمار بیمارگونه طراحی شده‌است. این پرسشنامه، جنبه‌های مختلف اعتیاد را می‌سنجد و تعیین می‌کند که آیا استفاده بیش از حد از اینترنت، بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد اثر دارد یا خیر (مورالی<sup>۱</sup> و جرج<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). دامنه نمره‌های این مؤلفه‌ها برای کل مقیاس ۲۰ تا ۱۰۰ است و نقطه برش آن، نمره ۴۹ تعیین شده‌است. به بیان دیگر، اگر دانش‌آموز در آزمون اعتیاد به اینترنت یانگ، نمره ۴۹ یا پایین‌تر از آن را به‌دست می‌آورد، در گروه کاربران عادی اینترنت قرار می‌گرفت، و در صورتی که نمره بالاتر از ۴۹ کسب می‌کرد، در گروه کاربران معتاد به اینترنت جای داده می‌شد (ناستی‌زایی، ۱۳۸۸). در مطالعه یانگ و همکاران (سالی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶)، پایایی درونی این پرسشنامه، ۰/۹۲ ذکر شده و پایایی آن به روش بازآزمایی نیز معنادار گزارش شده‌است. به لحاظ روایی پرسشنامه اعتیاد به اینترنت، ویدانتو<sup>۴</sup> و مک‌موران<sup>۵</sup> (۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ»، روایی صوری این پرسشنامه را بسیار بالا ذکر کردند و از طریق تحلیل عاملی، در آن ۶ عامل به‌دست آوردند که آنها را برجستگی<sup>۶</sup>، استفاده بیش از حد، بی‌توجهی به وظایف شغلی، فقدان کنترل، مشکلات اجتماعی، و تأثیر بر عملکرد نامیدند. در ایران، پایایی و روایی آزمون اعتیاد به اینترنت، در مطالعه قاسم‌زاده، شهرآرای، و مرادی (۱۳۸۴)، برابر با ۰/۸۸، و در مطالعه ناستی‌زایی، برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمد. همچنین، علوی و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهش خود بر نسخه فارسی پرسشنامه اعتیاد به اینترنت، ۵ عامل صرف زمان بیش از حد در اینترنت، استفاده از اینترنت جهت کسب آرامش روانی، برجستگی، استفاده مرضی از چت‌روم، و بی‌توجهی به وظایف شغلی و تحصیلی را استخراج کردند. علاوه بر این، برای این پرسشنامه پایایی را به سه روش بازآزمایی (۴=۰/۷۹)، همسانی درونی (α=۰/۸۸)، و روش تنصیف (۴=۰/۸۲) محاسبه کردند. در پژوهش حاضر، پایایی آزمون اعتیاد به اینترنت یانگ، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به‌دست آمد.

**۲. پرسشنامه فوبی و اضطراب اجتماعی برای کودکان (SPAI-C):**<sup>۷</sup> این پرسشنامه مرکب از ۲۵ ماده است که با هدف ارزیابی درماندگی و فوبی اجتماعی در کودکان و نوجوانان در بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی، و نیز برای ارزیابی طیفی از موقعیت‌های ایجادکننده اضطراب، و به‌منزله یک آزمون غربالگری در جمعیت‌های آمریکای شمالی ساخته شد (بیدل، ترنر، و موریس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵). هر کدام از ۲۵ ماده این

1- Murali  
3- Sally  
5- McMurrans  
7- Social Phobia and Anxiety Inventory for Children

2- George  
4- Widanto  
6- Saliency  
8- Morris

پرسشنامه، بر مبنای طیف ۳ درجه‌ای لیکرت شامل «هیچ‌گاه»، «گاهی اوقات»، و «بیشتر اوقات یا همیشه» نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره این پرسشنامه برابر با ۵۰ است. سازندگان مقیاس، هماهنگی درونی بالایی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند ( $\alpha=0/95$ ). آنها همچنین، پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی در طول دو هفته، بسیار مطلوب گزارش کردند ( $r=0/86$ ). افزون بر این، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی طی دوره‌ای ۱۰ ماهه، برابر با  $r=0/63$  گزارش شد (بیدل، ترنر، و موریس، ۱۹۹۵). سازندگان مقیاس، اعتبار تشخیصی و افتراقی آن را با مطالعه توانایی مقیاس در تفکیک کودکان دارای علائم هراس اجتماعی<sup>۱</sup> از کودکان مبتلا به سایر اختلال‌های اضطرابی مورد بررسی قرار دادند و اعتبار آن را بسیار بالا گزارش کردند. گائر و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی ساختار عاملی پرسشنامه فوبی و اضطراب اجتماعی برای کودکان، با استفاده از روش چرخش واریماکس و انتخاب مقادیر ویژه بالاتر از ۱، چهار عامل در آن استخراج کردند: جرأت<sup>۲</sup> (ترس از قرار گرفتن در مرکز توجه، انجام یک کار و قرار گرفتن در موقعیت‌های آزارنده)؛ اجتناب/ رویارویی<sup>۳</sup> (ترس از موقعیت‌های خاص، مانند جشن‌ها و مجالس در حضور دیگران، و یا اجتناب و فرار از مواجهه اجتماعی)؛ عملکرد اجتماعی<sup>۴</sup> (شامل موقعیت‌هایی عملکردی مانند صحبت کردن در میان جمع، خواندن با صدای بلند در جلوی کلاس، و نیز انجام تشریفات و مناسک)؛ و علائم جسمانی و شناختی (علائم جسمانی ناشی از هراس، مانند افزایش ضربان قلب، و نیز علائم شناختی ناشی از هراس، مانند ظهور افکار ترسناک در ذهن و افکار مثبتی بر اشتباه بودن انجام یک کار).

به علت آنکه این مقیاس تاکنون در ایران مورد استفاده قرار نگرفته بود، پس از برگرداندن آن به زبان فارسی به وسیله محقق، اعتبار ساختاری و پایایی درونی آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور تعیین ساختار عاملی و هنجاریایی پرسشنامه فوبی و اضطراب اجتماعی، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بر ۲۶ ماده مقیاس انجام شد. چنان‌که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، از ۲۵ آیتم وارد شده، به منظور انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی، با روش اکتشافی، ۴ عامل استخراج شدند. در فرایند انجام تحلیل عاملی اکتشافی، برخی پرسش‌ها در زیرعوامل‌ها جایجا شدند و روی عواملی که با نسخه اصلی متفاوت بودند بار عملی بیشتری پیدا کردند. این عوامل، براساس مبانی نظری (گائر و همکاران، ۲۰۰۵)، عملکرد اجتماعی، اجتناب/ مواجهه اجتماعی، جرأت، و علائم جسمانی و شناختی نامیده شدند. نتایج نشان داد که عامل اول، یعنی عملکرد اجتماعی، بیشترین درصد از واریانس اضطراب اجتماعی را تبیین کرده است (۲۱/۶۵۵٪). عامل دوم، یعنی اجتناب/ مواجهه اجتماعی، ۷/۶۴٪ عامل سوم، یعنی جرأت، ۵/۷۸٪، و عامل چهارم، یعنی علائم جسمانی و شناختی، ۴/۸۴٪ از واریانس اضطراب اجتماعی را تبیین

1- social phobia  
3- avoidance/ social encounters

2- assertiveness  
4- public performance

کرده‌اند. این ۴ عامل، در مجموع ۳۹/۹۱٪ از واریانس کل را تبیین کردند. برای اضطراب اجتماعی، مقدار KMO برابر با ۰/۸۳۱ محاسبه شد که نشانگر متناسب بودن حجم نمونه برای اجرای تحلیل مؤلفه‌های اصلی بود. آزمون بارتلت نیز با مقدار  $P < ۰/۰۱$ ؛  $\chi^2(۳۰۰) = ۲۷۷۷/۵$  نشانگر درست بودن تفکیک عامل‌ها بود.

جدول ۱

مؤلفه‌های فوبی و اضطراب اجتماعی همراه با مقدار واریانس تبیین‌شده و مقدار آلفای هر عامل

عامل‌ها	تعداد ماده	دامنه نمره	M	SD	درصد واریانس تبیین شده	$\alpha$
عملکرد اجتماعی	۱۱	۱۱-۲۲	۰/۴۵۴	۰/۳۴۲	۲۱/۶۵۵	۰/۸۱
اجتناب/مواجهه اجتماعی	۶	۶-۱۲	۰/۱۶۶	۰/۲۶۳	۷/۶۴	۰/۷۵
جرات	۵	۵-۱۰	۰/۸۰۰	۰/۴۷۷	۵/۷۸	۰/۷۳
علائم جسمانی و شناختی	۳	۳-۶	۰/۶۶۶	۰/۴۴۶	۴/۸۴	۰/۷۲

برای محاسبه میزان همسانی درونی پرسشنامه هراس و اضطراب اجتماعی برای کودکان، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج (جدول ۱) نشان می‌دهند که میزان پایایی درونی پرسشنامه فوبی و اضطراب اجتماعی برای کودکان به‌طور کلی، برابر با ۰/۸۳ و برای خرده‌مقیاس‌های عملکرد اجتماعی، اجتناب/مواجهه اجتماعی، جرات، و علائم جسمانی و شناختی، به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۳، و ۰/۷۲ به دست آمد. این مقادیر در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادارند.

### یافته‌ها

میانگین استفاده از اینترنت از سوی نوجوانان، ۱۲۳/۷ دقیقه در روز با انحراف معیار ۶۶/۷ بود. ۱۱۶ نفر از پاسخ‌گویان، وابسته آنلاین، و ۴۱۹ نفر نیز کاربر عادی بودند. به عبارت دیگر، شیوع وابستگی آنلاین در جمعیت تحت مطالعه، ۲۱/۷٪ بود.

از نظر اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری میان کاربران وابسته آنلاین و کاربران عادی مشاهده شد ( $t = -۴/۲۴$ ،  $P < ۰/۰۱$ ). به بیان دیگر، میانگین نمره اضطراب اجتماعی در کاربران وابسته آنلاین، بیشتر از میانگین نمره اضطراب اجتماعی در کاربران عادی بود. همچنین، از نظر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری میان کاربران وابسته آنلاین و کاربران عادی، وجود داشت: عملکرد اجتماعی ( $t = ۴/۰۰$ ،  $P < ۰/۰۱$ )، اجتناب/مواجهه اجتماعی ( $t = ۲/۵$ ،  $P < ۰/۰۵$ )، جرات ( $t = ۳/۸$ ،  $P < ۰/۰۱$ ) و علائم جسمانی و شناختی ( $t = ۲/۰۰$ ،  $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۲  
مقایسه کاربران عادی و کاربران وابسته آنلاین از نظر اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن

t	کاربران وابسته آنلاین			کاربران عادی			متغیر
	M	SD	f	M	SD	f	
-۴/۰۰**	۰/۶۲	۰/۳۶	۱۱۶	۰/۴۷	۰/۳۳	۴۱۹	عملکرد اجتماعی
-۲/۵*	۰/۳۶	۰/۳۱	۱۱۶	۰/۱۹	۰/۲۴	۴۱۹	اجتناب/ مواجهه اجتماعی
-۳/۸*	۰/۹۵	۰/۴۵	۱۱۶	۰/۷۶	۰/۴۷	۴۱۹	جرات
-۲/۰۰*	۰/۷۱	۰/۴۴	۱۱۶	۰/۶۱	۰/۴۴	۴۱۹	علائم جسمانی و شناختی
-۴/۳۴**	۰/۵۸	۰/۲۸	۱۱۶	۰/۴۶	۰/۲۶	۴۱۹	کل

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.001$

به منظور تعیین سهم هریک از متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی و استفاده آسیب‌شناختی از اینترنت در تبیین واریانس اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه سلسله مراتبی در دو مرحله انجام شد. ابتدا، داده‌ها برای ورود به مدل رگرسیون آماده شدند. متغیرهای اسمی، مانند جنس، مجدداً کدگذاری و به متغیر مجازی تبدیل شدند.

جدول ۳  
رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر اضطراب اجتماعی

P	F	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$	P	T	$\beta$	متغیر
							تغییر یافته
۰/۰۴۷*	۲/۴۲	۰/۰۱۱	۰/۰۱۸				متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی
				N.S. <sup>a</sup>	-۱/۷۴	-۰/۰۷۷	جنس
				۰/۰۳۹*	-۲/۱	-۰/۱۲۹	سن
				۰/۰۲۹*	۲/۲	۰/۱۳۵	پایه تحصیلی
				N.S.	-۰/۳۸	-۰/۰۱۷	میزان استفاده (به دقیقه)
۰/۰۰۰**	۴۰/۵۶	۰/۰۶۹	۰/۰۸۹	۰/۰۰۰**	۶/۴	۰/۲۸۸	وابستگی آنلاین

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.001$

<sup>a</sup> = Total  $R^2 = 0.089$  و  $Adj. R^2 = 0.080$  و  $F_{(1,521)} = 10.2$  و  $P < 0.01$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که متغیرهای دسته اول (اجتماعی - جمعیت‌شناختی) که در مرحله اول وارد مدل شدند، با مقدار ( $Adj. R^2 = 0.011$ )،  $F_{(3,522)} = 2.42$ ،  $P < 0.05$ ، سهم ناچیزی

(۱/۱٪) در پیش‌بینی و تبیین واریانس اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دارند. از میان متغیرهای کنترل، متغیرهای سن ( $\beta=0/129$ ,  $P<0/05$ )، و پایه تحصیلی ( $\beta=0/135$ ,  $P<0/05$ )، از توان نسبتاً خوبی در پیش‌بینی و تبیین واریانس اضطراب اجتماعی برخوردارند. در مرحله دوم، متغیر پیش‌بین وابستگی آنلاین وارد مدل شد. این متغیر، با مقدار  $\beta=0/288$ ,  $RA_{adj}^2=0/069$ ،  $P<0/01$ ،  $(F_{(1,521)}=40/56)$ ،  $6/9\%$  از واریانس متغیر ملاک اضطراب اجتماعی را تبیین می‌کند. در مجموع، این مدل با مقدار  $Adj.R^2=0/080$ ،  $R^2=0/089$ ، توانست  $8\%$  از واریانس اضطراب اجتماعی را در دانش‌آموزان تبیین کند. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه ( $F_{(5,521)}=10/2$ ,  $P<0/01$ ) نیز نشان داد که مدل رگرسیون معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان وابستگی آنلاین و بروز اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان انجام شد. از نظر اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری بین دو گروه کاربران عادی و کاربران وابسته آنلاین، وجود داشت. نتایج حاصل از مقایسه دو گروه کاربران عادی و کاربران وابسته آنلاین، با توجه به ۴ مؤلفه اضطراب اجتماعی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر نخستین مؤلفه اضطراب اجتماعی، یعنی عملکرد اجتماعی، وجود دارد. عملکرد اجتماعی کاربران وابسته آنلاین، در مقایسه با کاربران عادی، ضعیف‌تر است. آنها از حضور یافتن در جمع مکان‌های عمومی و انجام فعالیت‌های اجتماعی مانند صحبت با دیگران، شرکت در جشن‌ها، و پرسیدن چیزی از دیگران، احساس هراس بیشتری می‌کنند.

از نظر دومین مؤلفه اضطراب اجتماعی، یعنی اجتناب/مواجهه اجتماعی، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. اجتناب اجتماعی در کاربران وابسته آنلاین، بیشتر از کاربران عادی است. آنها بیش از کاربران عادی، از رفتن به محل‌های عمومی مدرسه، مانند کتابخانه یا جمع دانش‌آموزان واهمه دارند، بیشتر از کاربران عادی، از اینکه مورد توجه جمع قرار بگیرند می‌ترسند، و از ملاقات با افراد جدید، دستخوش هراس بیشتری می‌شوند.

از نظر سومین مؤلفه اضطراب اجتماعی، یعنی جرأت، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. جرأت و شهامت کاربران وابسته آنلاین، در زمینه ورود به فعالیت‌های اجتماعی، مانند شروع یک بحث در جمع، یا قرارگرفتن در یک موقعیت ناراحت‌کننده، در مقایسه با کاربران عادی، کمتر است. همچنین، کاربران وابسته آنلاین، بیشتر از کاربران عادی، از اینکه در ازای انجام یک فعالیت از سوی دیگران مورد تمسخر قرار بگیرند هراس دارند.

از نظر چهارمین مؤلفه اضطراب اجتماعی، یعنی علائم جسمانی و شناختی، تفاوت معناداری بین دو



گروه کاربران عادی و کاربران وابسته آنلاین وجود دارد. در مقایسه با کاربران عادی، کاربران وابسته آنلاین، در مکانهای عمومی، دستخوش علائم جسمانی و شناختی بیشتری مانند افزایش ضربان قلب، و نیز نگرانی درباره احتمال اشتباه بودن یک فعالیت می‌شوند.

نتایج پژوهش حاضر درباره رابطه بین وابستگی آنلاین و اضطراب اجتماعی، با بسیاری از تحقیقات همخوانی دارد. یافته‌های این مطالعه، با نتایج مطالعه هاردی و تی (۲۰۰۷) هماهنگ است. آنها با تقسیم گروه مورد مطالعه خود به دو گروه «بیش استفاده‌کننده» و «عادی»، دریافتند که در افراد بیش استفاده‌کننده از اینترنت، که ساعات‌های بیشتری درگیر فعالیت‌های آنلاین هستند، سطح نوروتیسم بالاتر و سطح برون‌گرایی پایین‌تر است، و آنها در مقایسه با گروه کاربران عادی، اضطراب اجتماعی بیشتری دارند.

در یکی از نخستین مطالعات درباره رابطه استفاده از اینترنت با اختلال اضطراب، یانگ (۱۹۹۸) نشان داد که استفاده افراطی از اینترنت، با افزایش اضطراب اجتماعی در کاربران همراه است. همچنین، در مطالعه اسپادا و همکاران (۲۰۰۸)، و جنارو و همکاران (۲۰۰۷)، نشان داده شد که همبستگی مثبت معناداری میان استفاده افراطی از اینترنت و هیجانات منفی، مانند اضطراب اجتماعی، وجود دارد. شگرد و اِدِلْمَن (۲۰۰۵) نیز گزارش کردند که بین استفاده از اینترنت و بروز اختلال اضطراب اجتماعی، رابطه مستقیمی وجود دارد. برخی از محققان نیز گزارش کرده‌اند که تأثیر وابستگی به اینترنت بر هراس اجتماعی در مردان بیشتر است، در حالی‌که در زنان، استفاده از اینترنت بر افسردگی تأثیر بیشتری دارد (گائو و همکاران، ۲۰۰۵؛ کو و همکاران، ۲۰۰۶). ین و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای بر ۲۱۱۴ دانش‌آموز تایوانی، نشان دادند که در نوجوانانی که علائم اعتیاد به اینترنت دارند سطح اضطراب یا هراس اجتماعی بالاتر است. سلفوت و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای بر ۳۰۷ نوجوان ۱۵ ساله در هلند، دریافتند در نوجوانانی که کیفیت دوستی آنها با دیگران ضعیف‌تر است، گشت و گذار در اینترنت می‌تواند اضطراب اجتماعی بالاتر را در آنها پیش‌بینی کند.

در مدل خودگردانی<sup>۱</sup>، تأکید می‌شود که امکانات و خدمات ویژه که در اینترنت برای کاربران فراهم می‌شوند (برای مثال، گمنامی و غیرمستقیم بودن رابطه)، ممکن است به افراد از نظر اجتماعی مضطرب، کمک کند تا با اضطراب و نیز مشکلات هیجانی خود مقابله کنند (خانتزیان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). در مدل خودگردانی، اعتقاد بر این است افرادی که فاقد ساختار خود<sup>۳</sup> سالم هستند و در سال‌های کودکی تحت تربیت صحیح و مناسبی از سوی والدین و یا مربیان خود قرار نگرفته‌اند، به احتمال بیشتری به آسیب‌های روانی، دچار می‌شوند و ممکن است تطابق با عواطف و روابط و کسب عزت‌نفس و مراقبت از خود را دشوارتر ببینند. خانتزیان (۱۹۹۹) در قالب نظریه خودگردانی، مفهوم اختلال خودگردانی<sup>۴</sup> را

1- self-regulation  
3- self-structure

2- Khantzian  
4- self-regulation disorder

مطرح ساخت. این مفهوم، به افرادی اشاره دارد که ضرورتاً به یک رفتار خاص یا به مواد معتاد نیستند یا آنکه نشانه‌های اختلال‌های روانی را ندارند، بلکه کسانی هستند که در تنظیم روابط، عواطف، یا عزت‌نفس خود مشکل دارند و از طریق توسل به مواد یا رفتارهایی خاص، سعی می‌کنند به تنظیم خود بپردازند.

در زمینه یادگیری اجتماعی مبتنی بر مدل خودگردانی، لا رز<sup>۱</sup>، لین<sup>۲</sup>، و ایستین<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) معتقدند که استفاده آگاهانه از رسانه به جهت تخفیف کسالت و خستگی، کاهش تنهایی، گذران اوقات فراغت، مشارکت در تعامل‌های بی‌مخاطب، و اعتبار دادن به هویت اجتماعی خود، آغازگر نارسایی در خودگردانی است. بنابراین، می‌توان احتمال داد که افراد دارای اضطراب اجتماعی و نیز افرادی که حس ارزشمندی در آنها پایین است، از اینترنت و کامپیوتر به‌منزله وسیله‌ای برای خودگردانی استفاده کنند. به بیان دیگر، افرادی که تمایل دارند از موقعیت‌های اجتماعی دوری کنند یا اینکه آن موقعیت‌ها را با اضطراب و نگرانی شدید تحمل می‌کنند، و یا از ارزیابی شدن توسط دیگران هراس دارند، ممکن است با هدف تخفیف این شرایط، به اینترنت یا فضای آنلاین پناه ببرند.

در برخی تبیین‌ها، اینترنت به‌منزله ابزاری برای پیوستگی اجتماعی<sup>۴</sup> و احساس تعلق در نظر گرفته می‌شود (مک‌کنا<sup>۵</sup>، و برق<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹؛ رابرتز<sup>۷</sup>، اسمیت<sup>۸</sup>، و کلار<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰؛ شفرد و ادلمن، ۲۰۰۵). در این نظریه، اعتقاد بر این است که ممکن است اینترنت به‌ویژه در افرادی که روابط اجتماعی‌شان را با دشواری برقرار می‌سازند، مانند افرادی که دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی هستند، نیازهای اجتماعی را برآورده سازد. پیروان این نظریه معتقدند که اینترنت برای افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی، ابزار مهمی است که به پیوستگی اجتماعی آنها کمک می‌کند و احساس تعلق را در ایشان به‌وجود می‌آورد.

در تبیینی دیگر، بر پدیده گمنامی در اینترنت تأکید می‌شود. در این نظریه اعتقاد بر این است که فراهم بودن امکان ناشناس ماندن در اینترنت، برای افرادی که در خودماندگی<sup>۱۰</sup> بیشتر و صمیمیت کمتر دارند، محل مناسبی برای تبادل نظر فراهم می‌سازد (استریزکی<sup>۱۱</sup>، اینگوین<sup>۱۲</sup>، و دورکین<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۴؛ گریسون<sup>۱۴</sup>، و شوارتز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۰). در پژوهشی در قالب این نظریه، سیگل<sup>۱۶</sup> و همکاران (۱۹۸۶)، نشان

- 1- La Rose
- 3- Eastin
- 5- McKenna
- 7- Roberts
- 9- Clare
- 11- Stritzke
- 13- Durkin
- 15- Schwartz

- 2- Lin
- 4- Social integration
- 6- Bargh
- 8- Smith
- 10- Autism
- 12- Nguyen
- 14- Grayson
- 16- Siegel

دادند که روابطی که در فضای سایبری برقرار می‌شود، احساس طردشدگی از سوی دیگران را کاهش می‌دهد. شواهد نشان می‌دهند افرادی که در تعامل‌های چهره به چهره احساس راحتی و آرامش کمتری می‌کنند، تمایل بیشتری به استفاده از اینترنت در تعاملات اجتماعی دارند. برعکس، افرادی که در تعامل‌های واقعی احساس آرامش بیشتری می‌کنند، تمایل بیشتری دارند تا از اینترنت با هدف جستجوی اطلاعات استفاده کنند (پاپاکاریسی<sup>۱</sup> و روبین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). این ادعا، با نظر هامبورگر<sup>۳</sup> و بن - آرتزی<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) هماهنگی دارد که معتقدند برای زنانی که درونگرا و کمرو هستند، برقرار کردن روابط اجتماعی از طریق اینترنت، ناراحتی کمتری به همراه دارد. افزون بر این، کاپلان<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) نیز در پژوهش خود نشان داد که افراد خجالتی و دارای عزت‌نفس پایین، از طریق اینترنت، به منافع اجتماعی<sup>۶</sup> و نیز کنترل اجتماعی دست می‌یابند.

#### محدودیت‌ها:

انجام پژوهش حاضر به صورت مقطعی، یکی از محدودیت‌های این مطالعه است. از آنجا که با روش‌های مقطعی نمی‌توان در زمینه وابستگی آنلاین و اضطراب اجتماعی، جهت علیت را مشخص ساخت، یعنی نمی‌توان تعیین کرد که آیا افراد دارای ویژگی اضطراب اجتماعی تمایل بیشتری به استفاده افراطی از اینترنت دارند (مدل گرانشی<sup>۷</sup>)، یا آنکه در نوجوانان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی، این اختلال بر اثر وابستگی آنلاین پدید آمده است (مدل رشدی<sup>۸</sup>)، نتیجه‌گیری از یافته‌های مطالعه حاضر باید با احتیاط صورت بگیرد.

#### پیشنهادها:

به محققان بعدی پیشنهاد می‌شود که برای بررسی نقش وابستگی آنلاین در بروز اختلال اضطراب اجتماعی، روش‌های طولی<sup>۹</sup> یا پیگیرانه<sup>۱۰</sup> را به کار ببرند.

#### References:

#### مراجع:

خواجهموگهی، ناهید؛ و علاسوند، مریم (۱۳۸۹). بررسی متغیرهای شخصیتی پیش‌بینی‌کننده اعتیاد به اینترنت. مجله علمی پزشکی، ۹(۴)، ۳۵۹-۳۶۶.

- 1- Papacharissi
- 3- Hamburger
- 5- Caplan
- 7- Gravitational model
- 9- Longitudinal methods

- 2- Rubin
- 4- Ben-Artzi
- 6- Social benefits
- 8- Developmental model
- 10- Follow-up

- درگاهی، حسین؛ و رضوی، سیدمنصور (۱۳۸۶). اعتیاد به اینترنت و عوامل مؤثر بر آن در ساکنان منطقه ۲ غرب تهران. فصلنامه پایش، ۶(۳)، ۲۶۵-۲۷۲.
- صادقیان، عفت (۱۳۸۴). تأثیر کامپیوتر و اینترنت بر کودکان و نوجوانان. ماهنامه ارتباط علمی ایران، ۴(۴)، ۷۸-۸۶.
- علوی، سیدسلیمان؛ اسلامی، مهدی؛ مرآئی، محمدرضا؛ نجفی، مصطفی؛ جنتی‌فرد، فرشته؛ و رضایور، حسین (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون اعتیاد به اینترنت یانگ. مجله علوم رفتاری، ۴(۳)، ۱۸۳-۱۸۹.
- قاسم‌زاده، لیلی؛ شهرآرای، مهرناز؛ مرادی، علیرضا (۱۳۸۶). بررسی نرخ شیوع اعتیاد به اینترنت در دختران دبیرستانی شهر تهران و مقایسه دختران معتاد و غیر معتاد به اینترنت در متغیرهای تنهایی، عزت‌نفس و مهارت‌های اجتماعی. فصلنامه مطالعات فرهنگی - دفاعی زنان، ۳(۱)، ۲۸-۷.
- محمدبیگی، ابوالفضل؛ محمدصالحی، نرگس؛ و ابراهیمی، حسین (۱۳۹۰). شیوع اعتیاد به اینترنت و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۰(۷۸)، ۴۱-۴۸.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۰). رابطه استفاده آسیب‌شناختی/جبری از اینترنت با بروز علائم اضطراب و بی‌خوابی در میان اعضای هیأت علمی دانشگاه یزد. فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، ۶(۶)، ۷۵-۹۶.
- معین‌دفر، سعید؛ حبیب‌پور گنتابی، کریم؛ و گنجی، احمد (۱۳۸۴). اعتیاد اینترنتی؛ علل و پیامدهای آن. فصلنامه رسانه، ۳(۶۳)، ۳۹-۶۸.
- ناستی‌زایی، ناصر (۱۳۸۸). بررسی ارتباط سلامت عمومی با اعتیاد به اینترنت. طبیب شرق، ۱۱(۱)، ۶۳-۵۷.
- ویزشفر، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی میزان اعتیاد به اینترنت در استفاده‌کنندگان از کافی‌نت‌های شهر لار. اصول بهداشت روانی، ۷(۲۶-۲۵)، ۲۷-۳۳.

Akin, A., & Iskender, M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *International Online Journal of Educational Sciences*, 3(1), 138-148.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, K. J. (2001). Internet addiction among college students: An explanatory study. *Journal of American College Health*, 50, 21-26.

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, C. M. (1995). A new inventory to assess social anxiety and phobia: The social phobia and anxiety inventory for children.

*Psychological Assessment*, 7, 73-79.

- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306-307.
- Byun, S., Byun, S., Ruffini, C., Mills, J. E., Douglas, A. C., Niang, M., Stepchenkova, S., Lee, S. K., Loutfi, J., Lee, J. K., Atallah, M., & Blanton, M. (2009). Internet addiction: Metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. *Cyberpsychology and Behavior*, 12(2), 203-207.
- Cao, F., & Su, L. (2007). Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. *Child: Care, Health and Development*, 33(3), 275-281.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behaviour*, 18, 553-575.
- Chou, C., & Hsiao, M. C. (2002). Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: The Taiwan college students' case. *Computer Education*, 35, 65-80.
- Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., & Martin-Moreno, J. M. (1999). Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(7), 412-416.
- Egger, O., & Rauterberg, M. (1996). *Internet behavior and addiction*. Unpublished Master's thesis, Swiss Federal Institute of Technology.
- Eysenbach, G., & Wyatt, J. (2002). Using the Internet for surveys and health research. *Journal of Medical Internet Research*, 22,4(2), 129-143.
- Fackler, M. (2007). In Korea, a boot camp cure for web obsession. *New York Times*. <http://www.nytimes.com/2007/11/18/technology/18rehab.html>. Retrieved 2008-05-07.
- Gau, S. S. F., Chong, M. Y., Chen, T. H., & Cheng, A. T. (2005). A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1344-1350.
- Gauer, C. J. C., Picon, P., Vasconcellos, S. J. L., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2005). validation of the social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38, 795-800.
- Grayson, P. A., & Schwartz, V. (2000). Commentary on "contrasting case studies of frequent Internet use." Is it pathological or adaptive? *Journal of College Stu-*

*dent Psychotherapy, 14(4), 19-22.*

- Greenfield, D. N. (1999). *The nature of Internet addiction: Psychological factors in compulsive Internet use*. Presentation at the 1999 meetings of the American Psychological Association, Boston, MA, August 20, 1999.
- Gunnell, D. J., Smith, G. D., Frankel, S. J., Kemp, M., & Peters, T. J. (1998). Socioeconomic and dietary influences on leg length and trunk length in childhood: A reanalysis of the Carnegie survey of diet and health in prewar Britain (1937-1939). *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 12*, 96-113.
- Ha, J. H., Yoo, H. J., Cho, I. H., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. H. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry, 67(5)*, 821-826.
- Hamburger, Y. A., & Ben-Artzi, E. (2000). The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Computers in Human Behavior, 16*, 441-449.
- Hardie, E., & Tee, M. Y. (2007). Excessive Internet use: The role of personality, loneliness and social support networks in Internet addiction. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society, 5(1)*, 34-47.
- Jang, K. S., Hwang, S. Y., & Choi, J. Y. (2008). Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *Journal of School Health, 78(3)*, 165-171.
- Jenaro, C., Flores, N., Gomez-Vela, M., & Caballo, C. (2007). Problematic Internet and cell-phone use: Psychological, behavioral and health correlates. *Addiction Research and Theory, 15(3)*, 309-320.
- Jerusalem, M., Hahn, A., Niesing, A., & Heer, A. (2001). *Stress and addiction in the Internet: First results of an On-Screen study*. Retrieved August 12, 2003, from <http://www.internetsuch.de/media/aegeessi.pdg>.
- Kaltiala-Heino, R., Lintonen, T., & Rimpelä, A. (2004). Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Research & Theory, 12(1)*, 89-96.
- Khantzian, E. J. (1999). *Treating addiction as a human process*. London: Jason Aronson Inc.
- Kim, J. S., & Chun, B. C. (2005). Association of Internet addiction with health promotion, lifestyle profile and perceived health status in adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 38*, 53-60.
- Kim, K., Ryu, E., Chon, M.Y., Yeun, E. J., Choi, S. Y., & Seo, J. S. (2006). Inter-

net addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 185-192.

- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K., & Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with Internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 887-894.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, C. H., & Yen, C. F. (2005). Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 193(11), 728-733.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Liu, S. C., Huang, C. F., & Yen, C. F. (2009). The associations between aggressive behaviors and Internet addiction and online activities in adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 44, 598-605.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Lin, H. C., & Yang, M. J. (2007). Factors predictive for incidence and remission of Internet addiction in young adolescents: A prospective study. *Cyberpsychology & Behavior*, 10(4), 545-551.
- La Rose, R., Lin, C. A., & Eastin, M. S. (2003). Unregulated Internet usage: Addiction, habit, or deficient self-regulation? *Media Psychology*, 5, 225-253.
- Lam, L. T., Peng, Z. W., Mai, J. C., & Jing, J. (2009). Factors associated with Internet addiction among adolescents. *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 1-5.
- Leary, M. R. (1983a). *Understanding social anxiety: Social, personality, and clinical perspectives*. London: Sage Publications.
- Liu, C. Y., & Kuo, F. Y. (2007). A study of Internet addiction through the lens of the interpersonal theory. *Cyberpsychology & Behavior*, 10(6), 799-804.
- Lo, S. K., Wang, C. C., & Fang, W. (2005). Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(1), 15-20.
- McKenna, K. Y. A., & Bargh, J. A. (1999). Causes and consequences of social interaction on the internet: A conceptual framework. *Media Psychology*, 1, 249-269.
- Mesquita, G., & Reimão, R. (2007). Nightly use of computer by adolescents: effects on quality of sleep. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65, 428-432.
- Murali, V., & George, S. (2007). An overview of Internet addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 24-30.
- Mythily, S., Qiu, S., & Winslow, M. (2008). Prevalence and correlates of excessive Internet use among youth in Singapore. *Annals of the Academy of Medi-*

- cine, Singapore, 37(1), 9-14.*
- Orzack, M. H. (1998). Computer addiction: What is it?. *Psychiatric Times, 15(8), 254-262.*
- Papacharissi, Z., & Rubin, A. M. (2000). Predictors of Internet use. *Journal of Broadcasting and Electronic Media, 44, 175-196.*
- Pratarelli, M., Browne, B., & Johnson, K. (1999). The bits and bytes of computer/Internet addiction: A factor analytic approach. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 31(2), 305-314.*
- Roberts, L. D., Smith, L. M., & Clare, M. P. (2000). U r a lot bolder on the net. In W. R. Crozier (Ed.), *Shyness, development, consolidation, and change* (pp. 121-137). London: Routledge.
- Sally, M. (2006). *Prediction of Internet addiction for undergraduates in Hong Kong*. For the Degree of Bachelor of Business Administration (Honours), Hong Kong Baptist University.
- Selphout, M. H. W., Branje, S. J. T., Delsing, M., Bogt, T. F. M., & Meeus, W. H. J. (2009). Different types of Internet use, depression, and social anxiety: The role of perceived friendship quality. *Journal of Adolescence, 32, 819-833.*
- Seo, M., Kang, H. S., & Yom, Y. H. (2009). Internet addiction and interpersonal problems in Korean adolescents. *Computer, Informatics, Nursing, 27, 226-33.*
- Shepherd, R. M., & Edelmann, R. J. (2005). Reasons for Internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences, 39, 949-958.*
- Siegel, J., Dubrovsky, V., Kiesler, S., & McGuire, T. W. (1986). Group processes in computer-mediated communication. *Organization Behaviour and Human Decision Processes, 37, 157-187.*
- Siomos, K. E., Dafouli, E. D., Braimiotis, D. A., Mouzas, O. D., & Angelopoulos, N. V. (2008). Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyberpsychology & Behavior, 11, 653-657.*
- Spada, M. M., Langston, B., Nikcevic, A. V., & Moneta, G. B. (2008). The role of metacognitions in problematic Internet use. *Computers in Human Behavior, 24(5), 2325-2335.*
- Stritzke, W. G. K., Nguyen, A., & Durkin, K. (2004). Shyness and computer-mediated communication: A self-presentational theory perspective. *Media Psychology, 6(1), 1-22.*
- Suganuma, N., Kikuchi, T., Yanagi, K., Yamamura, S., Morishima, H., Adachi,



- H., Kumano-Go, T., Mikami, A., Sugita, Y., & Takeda, M. (2007). Using electronic media before sleep can curtail sleep time and result in self-perceived insufficient sleep. *Sleep & Biological Rhythms*, 5, 159-165.
- Tsai, H. F., Cheng, S. H., Yeh, T. L., Shih, C. C., Chen, K. C., Yang, Y. C., & Yang, Y. K. (2009). The risk factors of Internet addiction: A survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 167, 294-299.
- Widyanto, L., & McMurran, M. (2004) The psychometric properties of the Internet Addiction Test. *Cyberpsychology and Behavior*, 7(4), 443-450.
- Wu, H. R., & Zhu, K. J. (2004). Path analysis on related factors causing Internet addiction disorder in college students. *Chinese Journal of Public Health*, 20, 1363-1364.
- Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Chen, S. H., Chung, W. L., & Chen, C. C. (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 62(1), 9-16.
- Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., & Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 93-98.
- Yoo, H. J., Cho, S. C., Ha, J., Yune, S. K., Kim, S. J., Hwang, J., Chung, A., Sung, Y. H., & Lyoo, I. K. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 58(5), 487-494.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(3), 237-244.
- Young, K. (2009). *Issues for Internet addiction as a new diagnosis in the DSM-V*. Washington, District of Columbia, US: American Psychological Association. Retrieved from PsycEXTRA database.
- Yu, S. C., (2001). *Internet using behaviors, Internet addiction, and related factors among university students*. Unpublished Master thesis, Taiwan.
- Zare, K., & Kadivar, P. (2007). Comparison of self-efficacy between users and non-users of Internet. *Journal of Education*, 1, 111-134.
- Zhou, Y., Lin, F., Du, Y., Qin, L., Zhao, Z., Xu, J., & Lei, H. (2011). Gray matter abnormalities in Internet addiction: A voxel-based morphometry study. *European Journal of Radiology*, 79(1), 92-95.

## رابطه تاب‌آوری و منبع کنترل با شادکامی دانشجویان

### Relationships of Resilience and Locus of Control with Happiness in Students

**Jafar Bahadori Khosroshahi, M.A.\***

Payame Noor University

**Jalil Babapour Kheyroddin, Ph.D.**

University of Tabriz

**Hamid Poursharifi, Ph.D.**

University of Tabriz

**جعفر بهادری خسروشاهی**

دانشگاه پیام‌نور تبریز

**دکتر جلیل باباپور خیرالدین**

دانشگاه تبریز

**دکتر حمید پورشریفی**

دانشگاه تبریز

**Abstract:** The aim of present study was to investigate the relationships between resilience and locus of control with happiness in students. The population consisted of all male and female students at Tabriz University in 2012-2013 academic year. The research sample consisted of 200 students who were selected through multi-stage cluster method. The instruments used included Connor-Davidson Resilience Scale, Rotter's External and Internal Locus of Control Scale, and Oxford Happiness Inventory. Data were analyzed through Pearson correlation coefficient and regression method. The results indicated that resilience and internal locus of control have significant positive correlations, and external Locus of control has significant negative correlation with happiness. Also, based on the results, the resilience and locus of control predicted 28% of variance of happiness.

**چکیده:** هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب‌آوری و منبع کنترل با شادکامی در دانشجویان بود. این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بود که از این جامعه، براساس جدول کرجسی مورگان و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۲۰۰ نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون، پرسشنامه منبع کنترل درونی و بیرونی راتر، و سیاهه شادکامی آکسفورد استفاده شد. داده‌ها به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان تحلیل شدند. نتایج به‌دست آمده نشان‌داد شادکامی با تاب‌آوری و منبع کنترل درونی رابطه مثبت و معنادار، و با منبع کنترل بیرونی رابطه منفی و معنادار دارد. همچنین، براساس نتایج تحلیل رگرسیون، متغیرهای تاب‌آوری و منبع کنترل قادرند ۲۸٪ از واریانس شادکامی را تبیین کنند.

\*jafar.b2010@yahoo.com

دریافت اصلاح نهایی مقاله: ۹۴/۴/۳  
پذیرش مقاله: ۹۴/۷/۱۳

**Keywords:** resilience; Locus of control; Happiness;  
Students

**کلیدواژه‌ها:** تاب‌آوری؛ منبع کنترل؛ شادکامی؛  
دانشجویان

در آغاز، روان‌شناسی بیشتر بر هیجانات منفی، مانند اضطراب و افسردگی تمرکز داشت تا بر هیجانات مثبت مانند شادکامی<sup>۱</sup> و رضایت<sup>۲</sup>. در متون علمی نیز بیشتر به رنج انسان‌ها پرداخته می‌شد تا لذت آنها (مایرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). یکی از موضوعاتی که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری را به خود جلب کرده، روان‌شناسی مثبت‌گراست<sup>۴</sup> (سلیگمن<sup>۵</sup> و چیکرینست می‌های<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). این دیدگاه به موضوعات مثبت زندگی بشر نظیر شادکامی، بهزیستی<sup>۷</sup> و سلامت<sup>۸</sup> می‌پردازد و سعی می‌کند با نگاهی علمی و عملی، حضور این مؤلفه‌های مثبت را در زندگی بشر هموارتر سازد (اسنایدر<sup>۹</sup> و لویز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲).

شادکامی دارای سه جزء اصلی است: هیجان‌های مثبت، رضایت از زندگی، و فقدان هیجان‌های منفی از قبیل افسردگی و اضطراب. همچنین، روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی، دوست داشتن دیگران و طبیعت نیز از اجزای شادکامی به حساب می‌آیند (کار<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴). لیبومیرسکی<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۸) معتقد است که به‌طور کلی، افراد شاد در مقایسه با افراد ناشاد و یا افرادی که شادی کمتری دارند، در بسیاری از حوزه‌های زندگی موفق‌ترند. اشخاص دارای ویژگی‌های مثبت‌نگر از قبیل خلق مثبت، احساس شادمانی، و بهزیستی، از سلامت روان و زندگی با کیفیت‌تری برخوردارند. جان لاک<sup>۱۳</sup> و جرمی بنتام<sup>۱۴</sup> معتقدند که شادکامی بر تعداد وقایع لذت‌بخش مبتنی است (آیزنک<sup>۱۵</sup>، ۱۳۷۸). از سوی دیگر، به نظر سلیگمن (۲۰۰۲؛ به نقل از کار، ۲۰۰۴) شادکامی از حالات کوتاه‌مدت و رگه‌های<sup>۱۶</sup> بلندمدت مثبت تشکیل می‌شود. شادکامی از عوامل بسیاری تأثیر می‌پذیرد که برخی از این عوامل عبارتند از: ابعاد مختلف شخصیت، وضعیت مالی، زندگی خانوادگی، منبع کنترل، سلامت جسمانی، اشتغال، راهبردهای مقابله‌ای، میزان خودکارآمدی، و تاب‌آوری (ایسترلین<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶)، معنای زندگی (مالکی، ۱۳۸۷)، مذهب (لویس<sup>۱۸</sup>، مالتبی<sup>۱۹</sup>، و دی<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۵)، و جهت‌گیری مذهبی (آزموده، شهیدی، و دانش، ۱۳۸۶).

- 1- happiness
- 3- Myers
- 5- Seligman
- 7- well-being
- 9- Snyder
- 11- Carr
- 13- John Locke
- 15- Eysenk
- 17- Easterlin
- 19- Maltby

- 2- satisfaction
- 4- positive psychology
- 6- Csikszentmihalyi
- 8- health
- 10- Lopez
- 12- Lybomirsky
- 14- Jeremy Bentham
- 16- streaks
- 18- Lewis
- 20- Day

در این پژوهش، از میان عوامل مختلف، تاب‌آوری<sup>۱</sup> به‌منزله متغیر مرتبط با شادکامی در نظر گرفته شد. گارمزی<sup>۲</sup> و ماستن<sup>۳</sup> (۱۹۹۱) تاب‌آوری را فرایند یا پیامد توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده، تعریف کرده‌اند. تاب‌آوری صرفاً پایداری فرد در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست، بلکه به شرکت فعال و سازنده او در محیط هم‌اطلاق می‌شود و می‌توان گفت که تاب‌آوری عبارت است از توانمندی فرد در برقرار کردن تعادل زیستی - روانی خود در شرایط خطرناک (کانر<sup>۴</sup> و دیویدسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). به بیان دیگر، تاب‌آوری یعنی سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار (والر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱).

تاب‌آوری می‌تواند در شرایط استرس‌زا، موجب کاهش استرس و ناتوانی گردد و شادکامی را افزایش دهد. اُنگ<sup>۷</sup>، برگمن<sup>۸</sup>، بیسکونتی<sup>۹</sup> و والاس<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۶) نشان دادند که تاب‌آوری واریانس قابل‌توجهی از شادکامی را تبیین می‌کند. در واقع، تاب‌آوری بالاتر، افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، یافته‌های بالدوین<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که بین تاب‌آوری با شادکامی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. علاوه بر این، نتایج نشان داد که تاب‌آوری به‌طور مثبت با خوش‌بینی، و به‌طور منفی با پریشانی‌های روان‌شناختی مرتبط است. در پژوهش دیگری، کوهن<sup>۱۲</sup>، فردریکسون<sup>۱۳</sup>، براون<sup>۱۴</sup>، مایکل<sup>۱۵</sup>، کانوی<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۹) نشان دادند که تاب‌آوری بر کاهش هیجانات منفی و افزایش شادکامی تأثیر دارد. توگاد<sup>۱۷</sup> و فردریکسون (۲۰۰۴) نیز نشان دادند تاب‌آوری با هیجان‌های مثبت رابطه مستقیم و با هیجان‌های منفی رابطه معکوس دارد.

منبع کنترل<sup>۱۸</sup> یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با شادکامی است. مفهوم منبع کنترل به توانایی انسان در کنترل شرایط و رویدادهای محیطی اشاره دارد. براساس این مفهوم، افراد به دو دسته تقسیم می‌شوند: یکی، افراد دارای منبع کنترل درونی، که خود را بر احساسات، رفتار، و شرایط زندگی‌شان مسلط می‌دانند، برای تغییر و اصلاح آن فعالانه می‌کوشند، و موفقیت‌ها و شکست‌هایشان را به عوامل درونی خود نسبت می‌دهند. این افراد در مقابل رویدادهای زندگی، موضع برتر و فعالانه‌تری دارند و از شادکامی بیشتری نیز برخوردارند. دوم، افراد دارای منبع کنترل بیرونی، که خود را بر شرایط و رویدادهای زندگی خویش، مسلط نمی‌دانند و حوادث زندگی خود را به عوامل بیرونی از قبیل شانس، سرنوشت، و قدرت دیگران نسبت

- 
- |                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 1- resilience   | 2- Garmezy           |
| 3- Masten       | 4- Conner            |
| 5- Davidson     | 6- Waller            |
| 7- Ong          | 8- Bergeman          |
| 9- Bisconti     | 10- Wallace          |
| 11- Baldwin     | 12- Cohn             |
| 13- Fredrickson | 14- Brown            |
| 15- Mikels      | 16- Conway           |
| 17- Tugade      | 18- locus of control |

می‌دهند. در واقع، به‌نظر می‌رسد این افراد به توانمندی‌ها و تلاش‌های خود متکی نیستند و از آنجا که اعتماد به نفس کمتری دارند، دارای شادکامی کمتری هستند (میرهاشمیان، ۱۳۷۸).

به‌نظر لازاروس<sup>۱</sup> (۱۹۶۸)، افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند، در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل درونی، احساس درماندگی، اضطراب، و استرس بیشتری دارند و از شادکامی پایین‌تری برخوردارند. چنگ<sup>۲</sup> و فورنهام<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی عزت‌نفس پایین‌تر، افسردگی بیشتر، و شادکامی کمتری دارند. کلی<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) نیز نشان داد که منبع کنترل پیش‌بینی‌کننده‌ای معنادار و قوی در مورد سلامت عمومی، شادکامی، و رضایت از زندگی در نوجوانان است. استپتو<sup>۵</sup> و واردل<sup>۶</sup> (۲۰۰۱) معتقدند که بالاتر بودن افراد در منبع کنترل درونی، با افزایش احتمال بروز رفتارهای سالم در آنها ارتباط مثبت دارد. افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، خود را دارای کنترل بیشتری بر زندگی خویش می‌دانند و در جهت‌دادن به زندگی خود، احساس مسئولیت بیشتری می‌کنند (آشبی<sup>۷</sup>، کوتمن<sup>۸</sup>، و دارپر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). کلارک<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) بیان می‌دارد که منبع کنترل درونی با سلامت عمومی و سلامت روان‌شناختی ارتباط مستقیم دارد. همچنین افراد دارای منبع کنترل درونی، رضایت‌مندی بیشتری از زندگی را گزارش می‌دهند. هَدَسِل<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۰) در تحقیقی، نشان داد که افراد دارای منبع کنترل درونی سازگاری روان‌شناختی بهتری نشان می‌دهند و از شادکامی بالاتری نیز برخوردارند. در پژوهشی دیگر، فراهانی (۱۳۷۴) نشان داد که افراد دارای منبع کنترل درونی، در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل بیرونی، از لحاظ جسمی سالم‌ترند.

بنابراین، از آنجایی که بررسی مؤلفه‌های مرتبط با شادکامی می‌تواند پیامدهای مهمی در مورد کیفیت زندگی در برداشته باشد و با توجه به اهمیت شادکامی که شاخصی مثبت از بهداشت روانی است، پژوهش حاضر با هدف به‌دست آوردن تصویری از وضعیت شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی در دانشجویان که جمعیت جوان و آینده‌ساز هستند، صورت گرفت. هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین میزان رابطه تاب‌آوری و منبع کنترل با شادکامی در دانشجویان دانشگاه تبریز بود.

## روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، مشتمل بود بر کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز که در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از برآورد

---

1- Lazarus  
3- Furnham  
5- Steptoe  
7- Ashby  
9- Darper  
11- Hadsell

2- Cheng  
4- Kelley  
6- Wardle  
8- Kottman  
10- Clarke

جدول کرجسی<sup>۱</sup> و مورگان<sup>۲</sup> (۱۹۷۰)، حجم نمونه، ۲۰۰ نفر انتخاب شد که برای گزینش آن ابتدا، از بین دانشکده‌های موجود، ۵ دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی؛ کشاورزی؛ فنی - مهندسی؛ مکانیک؛ و ادبیات و زبان‌های خارجی انتخاب شدند و از هر دانشکده، دو کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

## ابزار

۱- **مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RIS)**<sup>۳</sup>: برای سنجش تاب‌آوری، از مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده گردید. کونور و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی منتشرشده در ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۷ در زمینه تاب‌آوری تهیه کردند. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر «کاملاً نادرست» تا پنج «همیشه درست» نمره‌گذاری می‌شوند. سازندگان آن برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر نمره را با نمره کل به‌دست آوردند که این ضرایب بجز در مورد گویه ۳ بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بودند. سپس گویه‌های مقیاس را به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار دادند. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، و روایی همگرا و واگرایی این مقیاس کافی گزارش شده‌اند و اضافه بر آن، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۵ عامل را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده‌اند (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). در ایران بشارت و همکاران (۱۳۸۷) روایی این مقیاس را تأیید کرده‌است. همچنین، بشارت و عباسپور دوپلانی (۱۳۸۹) در محاسبه همبستگی آن با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز، ضریب همبستگی ۰/۶۴ را به‌دست آورده‌اند که در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنادار بود و نشان می‌داد که این سازه از روایی نسبتاً بالایی برخوردار است.

۲- **مقیاس منبع کنترل درونی - بیرونی راتر**<sup>۴</sup>: این آزمون را راتر در سال (۱۹۶۶) ساخت. این پرسشنامه ۲۹ ماده دارد که هر ماده آن از یک جفت عبارت (الف و ب) تشکیل شده‌است که آزمودنی باید براساس اعتقاد خود، یکی را انتخاب کند و علامت بزند. ۲۳ ماده از مواد این پرسشنامه به‌روشنی انتظارات افراد درباره منبع کنترل را می‌سنجند و در ۶ ماده دیگر آن، هدف آزمون با لباس مبدل مطرح می‌گردد. سؤال‌های ۲۸، ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۸، ۱ سؤالانی هستند که ذهن آزمودنی را از مدار اصلی و هدف آزمون دور می‌کنند. این ماده‌های خنثی ساختار و بُعد اندازه‌گیری شده را برای آزمودنی مبهم می‌سازند. در ۲۳ ماده‌ای که برای نمره‌گذاری تعیین شده‌اند به گزینه‌های الف نمره یک داده می‌شود و به گزینه‌های ب، نمره صفر. آزمودنی‌هایی که نمره ۹ یا

1- Krejsie  
2- Morgan  
3- Connor-Davidson Resilience Scale  
4- Rotter's External and Internal Locus of Control Scale

بیشتر بگیرند واجد منبع کنترل بیرونی شناخته می‌شوند و افرادی که نمره‌هایی کمتر از ۹ بگیرند، دارای منبع کنترل درونی محسوب می‌گردند. ضریب پایایی این مقیاس که با روش دو نیمه‌کردن و کودر - ریچاردسون محاسبه شده به ۰/۷۰ نزدیک است. همچنین، ضریب پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله یک ماه، در همان سطح بوده است (ولی نوری و سیف، ۱۳۷۴). آناستازی (۱۳۸۲) حد متوسط ضریب اعتبار این مقیاس را حدود ۰/۷۰ اعلام کرده است.

۳- **سیاهه شادکامی آکسفورد**<sup>۱</sup>: سیاهه شادکامی آکسفورد که ساخته آرگایل<sup>۲</sup> و لو<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) است، دارای ۲۹ ماده، چهارگزینه‌ای است که گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند و به این ترتیب، نمره هر آزمودنی بین صفر تا ۸۷ قرار می‌گیرد. پایایی این آزمون با روش دونیمه‌کردن ۰/۹۲ و از طریق محاسبه همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۷۸). آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن پس از ۷ هفته را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از ارزیابی دوستان افراد درباره شادی آنان ۰/۴۳ محاسبه شد. در بررسی فرانسیس<sup>۴</sup>، براون<sup>۵</sup>، لست<sup>۶</sup>، و فیلیپ‌چاک<sup>۷</sup> (۱۹۹۸)، نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای این سیاهه به دست آمده است. در پژوهش نجفی، دهسیری، دبیری، و همکاران (۱۳۹۱) بین شادکامی و رضایت از زندگی ( $F=0/71$ ) و شادکامی و برون‌گرایی ( $F=0/62$ ) رابطه مثبت و معناداری وجود داشت که بیانگر روایی همگرای این پرسشنامه است.

### یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری از جمله میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی، و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد.

براساس یافته‌های توصیفی این تحقیق، میانگین سنی پاسخگویان ۲۴/۹۶ سال با انحراف استاندارد ۳/۵۷ بود. در این نمونه، درصد فراوانی مردان بیشتر بود (۶۱/۹). همچنین از نظر تحصیلات، ۴۵ نفر (۳۸ درصد) در مقطع کاردانی، ۳۵ نفر (۲۹ درصد) در مقطع کارشناسی، و ۴۰ نفر (۳۳ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد شاغل به تحصیل بودند.

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش و همچنین ضرایب همبستگی بین آنها در جدول ۱ نشان داده شده‌اند. نتایج نشان می‌دهند که شادکامی با منبع کنترل درونی و

1- Oxford Happiness Inventory  
3- Lu  
5- Brown  
7- Philipchalk

2- Argyle  
4- Francis  
6- Leste

تاب‌آوری رابطه مثبت و معنادار، و با منبع کنترل بیرونی رابطه منفی و معنادار دارد.

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳
۱- شادکامی	۲۶/۳۵	۶/۹۸			
۲- منبع کنترل درونی	۵/۹۱	۲/۲۶	۰/۴۰*		
۳- منبع کنترل بیرونی	۱۶/۵۷	۳/۲۵	-۰/۳۰*	-۰/۳۷*	
۴- تاب‌آوری	۷۲/۱۰	۱۵/۸۱	۰/۴۷**	۰/۳۲	-۰/۳۲*

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای این پژوهش، منبع کنترل و تاب‌آوری به‌عنوان متغیر پیش‌بین و شادکامی به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند که نتایج در جدول ۲ نشان داده شده‌اند. با هدف انجام تحلیل رگرسیون، ابتدا مفروضه‌های مربوط به خطی بودن روابط بین متغیرهای پیش‌بین بررسی گردید و پس از اطمینان یافتن از برقرار بودن این مفروضه‌ها، تحلیل رگرسیون به‌عمل آمد. از سوی دیگر، با استفاده از روش‌های تعدیل نمره‌ها، مقادیر پرت از فرایند تحلیل خارج گردیدند.

جدول ۲

خلاصه تحلیل رگرسیون همزمان برای تبیین متغیر ملاک براساس متغیرهای پیش‌بین

مدل	تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	R	R <sup>۲</sup>	Sig
رگرسیون	۱۸۴۹۸/۵۳	۳۶۹۹/۷۰	۳۱/۹۵	۰/۵۳	۰/۲۸	۰/۰۰۱	
همزمان باقیمانده	۴۵۶۱۶/۹۷	۱۱۵/۷۷	-	-	-	-	
مجموع	۶۴۱۱۵/۵۱	-	-	-	-	-	

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که رگرسیون نمره‌های متغیرهای پیش‌بین (منبع کنترل و تاب‌آوری) به طرف متغیر ملاک (شادکامی) از نظر آماری معنادار است ( $P < 0.001$ ). از سوی دیگر،  $R^2 = 0.28$  به‌دست آمد که نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بین قادرند به‌طور ترکیبی ۲۸٪ از تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی کنند. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل واریانس مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که از نظر آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین به طرف میانگین متغیر ملاک معنادار است، به این دلیل که F محاسبه‌شده (۳۱/۹۵) در سطح  $P < 0.001$  معنادار بوده است.

با توجه به ضرایب  $\beta$  مندرج در جدول ۳، معلوم می‌شود که از بین متغیرهای پیش‌بین، تاب‌آوری ( $\beta = 0.23, P < 0.01$ ) و منبع کنترل درونی ( $\beta = 0.15, P < 0.01$ ) به شکل معناداری احساس شادکامی را در دانشجویان تبیین می‌کنند. از سوی دیگر، منبع کنترل بیرونی با ضریب بتای  $-0.11$ ، ( $P < 0.01$ ) به‌صورت منفی شادکامی را در دانشجویان تبیین می‌کند.



جدول ۳

ضرایب رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد برای پیش‌بینی متغیر ملاک

متغیرها	B	β	T	P
تاب‌آوری	۰/۳۰	۰/۲۳	۱/۲۸	۰/۰۰۱
منبع کنترل بیرونی	-۰/۳۲	-۰/۱۱	۱/۶۰	۰/۰۰۱
منبع کنترل درونی	۰/۴۹	۰/۱۵	۱/۷۵	۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب‌آوری و منبع کنترل با شادکامی در دانشجویان بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری با شادکامی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یعنی هرچه تاب‌آوری دانشجویان بیشتر باشد، میزان شادکامی آنان نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی گاربوسکی<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)؛ برنات<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)؛ و کالینز<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها، خزایی پارسا (۱۳۸۶) معتقد است که افراد تاب‌آور از احساس کارآمدی و اعتماد به نفسی برخوردارند که به آنها اجازه می‌دهد چالش‌های زندگی را با موفقیت پشت‌سر بگذارند. این افراد کمتر احساس ناامیدی و تنهایی می‌کنند و از این مهارت برخوردارند که به مشکل به‌منزله مسئله‌ای نگاه کنند که می‌توانند در آن کندوکاو کنند، آن را تغییر دهند، تحمل کنند، یا به طرق دیگر حل کنند و همین موضوع در کنار توان تحمل بالای آنها در برابر مشکلات، سبب می‌شود که آنان چشم‌اندازی مثبت و شادکامانه به زندگی پیدا کنند. به‌طور کلی، تاب‌آوری باعث افزایش مقابله مطلوب و مؤثر در فرد می‌شود، جهت‌گیری او به زندگی را مثبت می‌کند، و در نتیجه، شادکامی را در او افزایش می‌دهد.

در واقع، شادکامی یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است آنان با مسائل و مشکلات زندگی با دید مثبت و همراه با خوش‌بینی مواجه می‌شوند و همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تحمل آنان در برابر مشکلات می‌گردد. این‌گونه افراد برای آینده خود هدف و برنامه دارند و زندگی برایشان معنادار است؛ و به علت شادکامی و باورهای مثبت زیادی که دارند، پس از شکست، ناامید و دل‌سرد نمی‌شوند و بر میزان تلاش‌های خود می‌افزایند (کالینز، ۲۰۰۷).

در پژوهشی، بشارت و همکاران (۱۳۸۷) نشان دادند که بین تاب‌آوری و اختلال در سلامت روانی رابطه منفی معناداری وجود دارد. این پژوهش‌گویی آن است که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، بیشتر سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند و دارای سازگاری روان‌شناختی بیشتری هستند و به دنبال آن، شادکامی بالاتری را نیز در خود می‌یابند. همچنین،

1- Garbowski  
3- Collins

2- Bernat

تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روانی، رضایت بیشتری از زندگی را در پی دارد و شادکامی منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب و مشکلات، مقاومت در برابر استرس، و از بین بردن اثرهای روانی آنها تعریف شده‌است (خداپخش‌کولایی، نصیری، و مصطفایی، ۱۳۸۹).  
به اعتقاد ارسه<sup>۱</sup>، سیمونز<sup>۲</sup>، استاین<sup>۳</sup>، و همکاران (۲۰۰۸) افرادی که دارای تاب‌آوری زیادی هستند، اغلب پس از رویارویی‌های فشارزا با ایجاد هیجان‌ات مثبت در خود، به حالت طبیعی بازمی‌گردند. افراد تاب‌آور بدون اینکه سلامت روان‌شان کاهش یابد و به بیماری روانی دچار شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارند. همچنین، به نظر می‌رسد در بعضی موارد، با وجود تجارب سختی که پشت سر گذاشته‌اند، پیشرفت می‌کنند، کامیاب می‌شوند، و شادکامی بالاتری را نیز در خود می‌یابند. واف<sup>۴</sup>، فردریکسون، و تیلور<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) تاب‌آوری را باعث کاهش اضطراب و افسردگی دانسته‌اند. به باور آنان، افراد تاب‌آور می‌توانند بر انواع اثرهای رویدادهای ناگوار چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ کنند. در نتیجه، بالا بودن سطح تاب‌آوری موجب کاهش مشکلات هیجانی و به‌وجود آمدن شادکامی در فرد می‌شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که شادکامی با منبع کنترل درونی رابطه مثبت و با منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارد. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های قاسمی (۱۳۷۵)؛ فورنهام و همکاران (۱۹۹۴)، به نقل از نجفی، (۱۳۷۹)؛ کلی (۲۰۰۰)؛ استپتو و واردل (۲۰۰۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، موفقیت‌ها را به شانس نسبت می‌دهند، اما آنهایی که دارای منبع کنترل درونی هستند، موفقیت‌ها را به توانایی‌های خود اسناد می‌دهند. بنابراین، آگاه بودن آنها از اینکه افکار آنها اعمالشان را کنترل می‌کند، به‌طور مؤثری روی باورها و انگیزش آنها تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود این افراد از شادکامی بالایی نیز برخوردار باشند (بهرامی، ۱۳۸۳). در واقع، افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، خود را از کنترل بیشتری در زندگی برخوردار می‌دانند و مسئولیت بیشتری در جهت‌دادن به زندگی خود احساس می‌کنند (اشبی، کوتمن، و دارپر، ۲۰۰۲). شوارتز<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) معتقد است از آنجاکه افراد دارای منبع کنترل درونی باور دارند که سلامتی و شادکامی در دست خود آنهاست، به آن‌گونه رفتارهایی دست می‌زنند که به آنها در تشخیص و کنترل فشار روانی، کمک می‌کند.

فارز (۱۹۷۸)، به نقل از قاسمی، (۱۳۷۵) ادعا کرده‌است که افراد دارای منبع کنترل درونی از سلامت روان بهتری نیز برخوردارند. به بیان روشن‌تر، کمتر مضطرب می‌شوند، کمتر به بیماری‌های روانی مبتلا می‌گردند، و از سازش‌یافتگی روانی بهتری در موقعیت‌های اجتماعی و فردی و کلیه ابعاد

1- Arce  
3- Stein  
5- Taylor

2- Simmons  
4- Waugh  
6- Schwartz

زندگی خویش برخوردارند. فورنهام و همکاران (۱۹۹۴، به نقل از نجفی، ۱۳۷۹) به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی عزت‌نفس پایین‌تر و افسردگی بالاتری دارند. کلی (۲۰۰۰) نیز مطرح ساخت که در نوجوانان منبع کنترل، پیش‌بینی‌کننده‌ای معنادار و قوی در مورد سلامت عمومی، رضایت خاطر از زندگی، و شادکامی است.

از آنجاکه افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که رویدادهای مثبت زندگی در نتیجه نقشه‌ریزی دقیق خود آنها به دست می‌آید، مسئولیت اعمال و رفتارهای خود و پیامدهای ناشی از آنها را برعهده می‌گیرند و به همین علت، برای رسیدن به موفقیت تلاش بیشتری می‌کنند؛ و در صورت شکست، احساس شرمندگی می‌کنند و در پی جبران آن برمی‌آیند. همچنین، افراد دارای منبع کنترل بیرونی که معتقدند رفتارها و توانایی‌هایشان تأثیری در تقویت‌هایی که دریافت می‌کنند ندارد، اغلب برای هرگونه تلاش در جهت بهبود شرایط خود، ارزش کمی قائلند. به این ترتیب، می‌توان گفت که افراد دارای منبع کنترل درونی به علت درک نقش خود در چگونه دیدن زندگی و پذیرش مسئولیت عواقب اعمال خود، می‌توانند از شادکامی بالاتری برخوردار باشند و در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل بیرونی، کارآمدتر، دارای پشتکار بیشتر، از لحاظ شناختی فعال‌تر، و قابل انعطاف‌ترند. علاوه بر اینها، در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل بیرونی درصد جمع‌آوری اطلاعات بیشتری از پیرامون خود هستند و سعی می‌کنند پیامدهای امور و اعمال خود را کنترل کنند. در کل، با توجه به نتایج تحقیق حاضر می‌توان عنوان کرد که افراد دارای منبع کنترل بیرونی، به دلیل آنکه اسنادهای بیرونی دارند، در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل درونی، دارای شادکامی کمتری هستند (صبوری مقدم و براهنی، ۱۳۷۶).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که تاب‌آوری و منبع کنترل قادرند تغییرات شادکامی را به‌طور ترکیبی پیش‌بینی کنند. در توجیه این یافته می‌توان گفت که با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به‌وجود آمدن بسیاری از مشکلات روانی می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه کند.

#### محدودیت‌ها:

این تحقیق با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آن جمله می‌توان به طرح پژوهشی اشاره کرد. از آنجاکه طرح پژوهش از نوع همبستگی بود، امکان نتیجه‌گیری علی از آن وجود ندارد. از طرف دیگر، محدود بودن جامعه به دانشجویان، تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر گروه‌ها با مشکل مواجه می‌سازد. دیگر آنکه، از آنجایی که در این پژوهش از پرسشنامه استفاده شد، و با توجه به اینکه تکمیل پرسشنامه ممکن است در آزمودنی‌ها احساس خود فاش‌سازی برای دیگران را به‌وجود بیاورد، احتمال زیادی دارد که آزمودنی‌ها در هنگام تکمیل پرسشنامه، اطلاعات غیرواقعی، ابراز داشته باشند. به همین علت، یکی از مشکلات این پژوهش عدم اطمینان کافی از اطلاعاتی است که آزمودنی‌ها به واسطه تکمیل پرسشنامه ارائه کرده‌اند.

### پیشنهادها:

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر، به مواردی همچون انجام تحقیق در مناطق دیگر و مقایسه نتایج آن با این تحقیق، انجام پژوهش‌هایی به‌منظور بررسی عوامل مؤثر بر شادکامی، و نیز انجام مطالعات طولی پرداخته شود زیرا به علت آنکه سازه شادکامی ماهیت تحولی دارد، با تحقیقات طولی می‌توان، ارتباط میان متغیرهای پژوهش را در یک سیر تحولی مورد بررسی قرار داد.

### References:

### مراجع:

- آزموده، پیمان؛ شهیدی، شهریار؛ و دانش، عصمت (۱۳۸۶). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*، ۱۱(۱)، ۶۰-۷۴.
- آناستازی، آن (۱۳۸۲). *روان‌آزمایی (ترجمه محمدنقی براهنی)*. تهران: دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱)
- آیزنک، مایکل (۱۳۷۸). همیشه شاد باشید (ترجمه زهرا چلونگر). تهران: نسل نواندیش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۰)
- بشارت، محمدعلی؛ صالحی، مریم؛ شاه‌محمدی، خدیجه؛ نادعلی، حسین؛ و زبردست، عذرا (۱۳۸۷). رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت‌روانی در ورزشکاران. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۳(۲)، ۳۸-۴۹.
- بشارت، محمدعلی؛ و عباسپوردوپلانی، طاهره (۱۳۸۹). رابطه راهبردهای فراشناختی و خلاقیت با تاب‌آوری در دانشجویان. *مجله یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۵(۱۴)، ۱۱۱-۱۲۴.
- بهرامی، فاطمه (۱۳۸۳). تأثیر آموزش راهبردهای فراشناختی بر منبع کنترل. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خدابخشی‌کولایی، آناهیتا؛ نصیری، زکيه؛ و مصطفایی، فاطمه (۱۳۸۹). رابطه تاب‌آوری در برابر استرس با معنای زندگی در دانشجویان دختر و پسر. *مجموعه مقالات سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه شاهد*.
- خزایی پارسا، فاطمه (۱۳۸۶). تاب‌آوری، ظرفیت غلبه بر دشواری‌ها، پایداری سرسختانه و به‌سازی خویش. *دانشگاه تهران: مرکز مشاوره دانشجویی*.
- صبوری‌مقدم، حسن؛ و براهنی، محمدنقی (۱۳۷۶). تأثیر منبع کنترل و امکان مهار استرس بر عملکرد یادگیری فرد. *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۴(۳ و ۴)، ۵۱-۵۹.

- علی‌پور، احمد؛ و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۵ (۱ و ۲)، ۶۴-۵۵.
- فراهانی، محمدتقی (۱۳۷۴). منبع کنترل یک بُعدی است یا چند بُعدی؟ *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۳ (۳ و ۴)، ۳۸-۶۲.
- قاسمی، طاهره (۱۳۷۵). بررسی ارتباط بین منبع کنترل و شیوه‌های مقابله و نیمرخ‌های روانی دختران در نظام جدید آموزش و پرورش در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه الزهرا.
- مالکی، کفایت (۱۳۸۷). رابطه بین معنای زندگی و راهبردهای مقابله‌ای با احساس شادکامی در دانشجویان دانشگاه تبریز. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه تبریز.
- میرهاشمیان، حمیرا (۱۳۷۸). تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری منبع کنترل. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه الزهرا.
- نجفی، فرحناز (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه میزان عزت بدنی و اضطراب دانشجویان دانشگاه الزهرا به‌عنوان یک دانشگاه تک‌جنسیتی با دانشجویان دختر دانشگاه‌های مختلط دولتی. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه الزهرا.
- نجفی، محمود؛ دهشیری، غلامرضا؛ دبیری، سولماز؛ شیخی، منصوره؛ و جعفری، نصرت (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۰ (۳)، ۷۳-۵۵.
- ولی‌نوری، ابوالفضل؛ و سیف، علی‌اکبر (۱۳۷۴). روابط منبع کنترل درونی - بیرونی و الگوهای رفتاری تیپ A و تیپ B با افکار خودکشی. *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۳ (۳ و ۴)، ۲۴-۳۷.
- Arce, E., Simmons, A. W., Stein, M. B., Winkielman, P., Hitchcock, C., & Paulus, M. P. (2008). Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 2(4), 120-131.
- Ashby, S., Kottman, T., & Darper, K. (2002). Social interest and locus of control: Relationships and implication. *journal of Individual Psychology*, 58(1), 52.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Journal of Personality and Individual Difference*, 11(2), 1011-1017.
- Baldwin, D., Jackson, D., Okoh, I., & Cannon, R. L. (2011). Resiliency and optimism: An African-American senior citizens perspective. *Journal of Black Psychology*, 4(5), 67-78. University of Tennessee, Knoxville, TN, USA.
- Bernat, F. P. (2009). Youth resilience: Can schools enhance youth factors for hope,

- optimism, and success?. *Women & Criminal Justice*, 19(3), 251-266.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology*. London: Routledge.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2007). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression: *Personality and Individual Differences*, 34, 921-942.
- Clarke, D. (2004). Neuroticism: Moderator or mediator in the relation between locus of control and depression? *Personality and Individual Differences*, 37, 245-258.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368.
- Collins, S. (2007). Social workers, resilience, positive emotion and optimism. *Practice: Social Work in Action*, 19(4), 255-269.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). *Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Easterlin, R. A. (2006). Life cycle happiness: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology*, 27(4), 463-482.
- Francis, L. J., Brown, I. B., Leste, D., & Philipchalk, R. (1998). Happiness as stable extraversion: A cross-cultural examination of the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students in U.K., U.S.A, Australia, and Canada: *Personality and Individual Differences*, 24(2), 167-171.
- Garbowski, M. A. (2010). *Transformational leadership and the dispositional effects of hope, optimism and resilience on governmental leaders*. For the Ph.D. Dissertation, Regent University, United States, Virginia, proquest, 122 pages: AAT 3425737.
- Garmezy, N., & Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), *Lifespan developmental psychology: perspectives on stress and coping* (pp. 151-174). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hadsell, L. (2010). *Achivement goals, locus of control, and academic success and effort in introductory and intermedical microeconomics*. Department of economics, State University of New York, NY 13820.
- Kelley, T. M. (2000). Thought recognition, locus of control and adolescent well-Be-

- ing. *Journal of Adolescence*, 4(2), 245- 256.
- Krejcie, R.V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 608-610.
- Lazarus, R. S. (1968). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lewis, A. C., Maltby, J., & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping, and happiness among UK adults: *Personality and Individual Differences*, 38 (5), 1193-1202.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Ong, A. D., Bergeman, C., Bisconti, T., & Wallace, K. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91,730-749.
- Schwartz, S. (2000). *Abnormal psychology*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Stephoe, A., & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behavior revised: A multi-variate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 22(4), 659-672.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S, F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*, 3(5), 250- 267.

## گزارش‌های کوتاه از پژوهش‌های بالینی

این بخش برگزیده‌ایست از گزارش‌های منتشر شده در نشریه Clinician's Research Digest توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) به صورت ماهانه انتشار می‌یابد. هدف از انتشار آن، اطلاع‌رسانی به افرادی است که در بخش خدمات شاغل‌اند و برای یافتن تازه‌ها و خواندن گزارش‌های مفصل در مجلات مختلف فرصت کافی ندارند. در انتهای هر گزارش منبع اصلی آن نیز ذکر می‌شود تا در صورت تمایل علاقه‌مندان بتوانند به شرح کامل این پژوهش‌ها دست یابند.

### ■ افسردگی بر افزایش خطر خودکشی در بزرگسالانی که اختلال استرس پس از سانحه دارند چگونه تأثیر می‌گذارد؟

اختلال استرس پس از سانحه با افزایش احتمال فکر درباره خودکشی، تلاش برای خودکشی، و مرگ بر اثر خودکشی قبلاً مرتبط دانسته شده‌است. افسردگی نیز شاید این ارتباط را تحت‌تأثیر قرار دهد، زیرا مطالعات نشان داده‌اند، همبودی افسردگی ممکن است خطر خودکشی را در کسانی که اختلال استرس پس از سانحه دارند افزایش دهد، یا شاید تا حدودی ارتباط میان اختلال استرس پس از سانحه و خطر خودکشی را توضیح دهد. به دلیل اینکه تأثیر اختلال استرس پس از سانحه بر خطر خودکشی به صورت گسترده‌ای مورد مطالعه قرار گرفته است، اخیراً مؤلفان به منظور مرور این تحقیقات فراتحلیلی بر ادبیات گسترده این موضوع انجام دادند. در این فراتحلیل بیش از ۶۰ پژوهش که اختلال استرس پس از سانحه و خطر خودکشی را بررسی کرده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند و نتیجه‌ای که به دست آمد این بود که اختلال استرس پس از سانحه هم خطر فکر درباره خودکشی



و هم تلاش برای خودکشی را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد. اما نشان داده شد که، اختلال استرس پس از سانحه با خطر مرگ بر اثر خودکشی ارتباط معناداری ندارد. این نتایج در مورد انواع تروماهایی که منجر به اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند، یکسان بود. نکته آخر اینکه، این مطالعات نشان دادند افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه به‌طور یکسان خطر خودکشی را افزایش می‌دهند، اگرچه، همبودی افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با اثر هر یک از این دو اختلال به تنهایی، خطر خودکشی را بیشتر تشدید می‌کند.

**کاربرد بالینی:** این فراتحلیل نشان داد که اختلال استرس پس از سانحه خطر فکر درباره خودکشی و تلاش برای خودکشی را صرف‌نظر از اینکه کدام سانحه (تروما) منجر به ایجاد این اختلال شده باشد، افزایش می‌دهد. بنابراین، درمانگران باید خطر اقدام به خودکشی را در مراجعانی که اختلال استرس پس از سانحه دارند، بررسی کنند و برای اطمینان از ایمنی این مراجعان قدم‌هایی بردارند، به‌عنوان مثال با ایجاد برنامه‌ای برای مدیریت بحران. علاوه بر این، درمانگران اغلب مراجعانی با همبودی اختلالات دارند، که این همبودی می‌تواند خطر رسیدن به نتایج منفی را افزایش دهد. درمانگران باید به ویژه به خطر اقدام به خودکشی در مراجعانی که دچار همبودی اختلال افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه هستند توجه کنند، چراکه ممکن است این مراجعان بخصوص با خطر بالای فکر درباره خودکشی و تلاش برای خودکشی مواجه باشند. درمان اختلال استرس پس از سانحه یا افسردگی می‌تواند به کاهش خطر کمک کند، ولی درمان هر دو این اختلال‌ها احتمال کاهش خطر خودکشی را بیشتر خواهد کرد.

Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. *Comprehensive psychiatry. Advance online publication*. Doi: 10.1016/j.comppsy.2012.02.009.

مترجم  
سمیه نقوی

■ درمان مختصر بازی محور، علاقه به اشیاء مختلف را در کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال طیف اوتیسم افزایش می‌دهد.

کودکان مبتلا به اوتیسم اغلب مشکلاتی را در رها و منفک کردن توجه و جابجا کردن مرکز

توجه‌شان دارند که این باعث می‌شود امکان درگیری و اشتغال‌شان با انواع اشیاء، توجه کردن به نشانه‌های اجتماعی که دیگران بروز می‌دهند و یا ارتباط مستقیم آنان با دیگران کم شود. این مهارت‌های ارتباط اجتماعی فرصت‌هایی را برای تعاملات ارتباطی فراهم می‌کنند؛ به ویژه در تعاملاتی که در آنها بزرگسالان با برچسب‌گذاری اشیاء، رویدادها، یا اعمال پاسخ می‌دهند و بدین نحو به یادگیری اولیه کلمات توسط کودک کمک می‌کنند. در نتیجه، علاقه محدود به اشیاء باعث ایجاد فرصت‌های کمتری برای یادگیری زبان می‌شود. این مطالعه تأثیر دو نوع درمان را روی مهارت‌های ارتباط اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی بررسی کرده است. اول، روش محیط پیش‌زبانی آموزشی پاسخگو<sup>۱</sup> (PRMT) که در آن برای پیشبرد رشد ارتباطی از روال معمول مبتنی بر بازی استفاده می‌شود و دوم، سیستم ارتباطی مبادله تصویر<sup>۲</sup> (PECS) که در آن کودکان ترغیب و تشویق می‌شوند با استفاده از تصاویر ارتباط برقرار کنند. مداخله به صورت سه بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه و در ۶ ماه انجام شد. نتایج نشان داد که علاقه به اشیاء به میزان بیشتری از طریق روش محیط پیش‌زبانی آموزشی پاسخگو (PRMT) افزایش می‌یابد. به علاوه کودکان مهارت‌های بازی یادگرفته شده در مداخله را به افراد و وسایل جدید تعمیم می‌دهند.

**کاربرد بالینی:** این مطالعه نشان داد که علاقه به اشیاء در کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌تواند از طریق مداخله منظم اما نسبتاً مختصر افزایش یابد. علاقه بیشتر به اشیاء، فرصت‌های بیشتری را برای کودکان برای بازی معمول با اشیاء فراهم می‌کند، مثل به عقب و جلو قل دادن یک توپ و یا تظاهر به غذا دادن به عروسک که باعث الگوبرداری ارتباطی پیچیده‌تر و مداوم‌تر از بزرگسالان می‌شود. والدین را می‌توان ترغیب کرد که برای افزایش توجه کودک‌شان به اشیاء متنوع و بازی کردن با آنها تلاش کنند تا بدین‌وسیله رشد ارتباطی آنها تسهیل شود.

Meduffie, A. S., Lieberman, R. G., & Yoder, P. J. (2012). Object interest in autism spectrum disorder: A treatment comparison. *Autism, 16*, 398-405.

مترجم

عطیه‌السادات متقی قمصری

- 
- 1- The Responsive Education Prelinguistic Milieu Teaching
  - 2- Picture Exchange Communication System

# گزارش و خبر

## ■ گزارش

### □ همایش بهداشت روان و حفظ کرامت انسانی

آموزش و پرورش منطقه ۱۳ در ۲۶ مهر ماه ۱۳۹۴ میزبان همایش بهداشت روان و حفظ کرامت انسانی بود. مراسم افتتاحیه با تلاوت قرآن، و اجرای سرود ملی جمهوری اسلامی ایران، خیر مقدم رئیس منطقه ۱۳، سخنرانی مدیرکل، و اجرای سرود همیار مشاور آغاز شد. موضوعات نشست‌های ارائه شده در این روز عبارتند از: هویت، بهداشت روانی و کرامت انسانی در مدارس؛ معرفی کوتاه از

سازمان‌ها یا نهادهای مردم نهاد و میزگرد باعنوان «بهداشت روانی در مدارس». قرائت بیانیه پایانی، و اختتامیه مراسم، پایان بخش مراسم بود.

## ■ خبر

□ ششمین کنگره خانواده و سلامت جنسی ششمین کنگره خانواده و سلامت جنسی با همکاری معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران طی روزهای ۲ الی ۴ دی ماه سال ۱۳۹۴ در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو

روانی معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران مجری برگزاری سمینار آموزشی سلامت خانواده در روزهای ۲۲ و ۲۳ دی ماه ۱۳۹۴ است. محورهای سمینار عبارتند از: تشخیص، درمان و توان‌بخشی اختلالات جنسی؛ و نقش جامعه و تربیت در پیشگیری از این اختلالات. علاقمندان برای کسب اطلاعات بیشتر به پایگاه الکترونیک زیر مراجعه فرمایند.

[www.isaarmhc.ir](http://www.isaarmhc.ir)

□ **پنجمین سمینار بین‌المللی سلامت زنان**  
مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت در نظر دارد پنجمین سمینار بین‌المللی سلامت زنان را در ۲۹ و ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۵ در شیراز برگزار نماید. محورهای اصلی سمینار عبارتند از: تغییرات اپیدمیولوژیک سرطان زنان در سطوح ملی و بین‌المللی؛ استراتژی‌های چندگانه در تمام سطوح پیشگیری از سرطان زنان؛ مداخلات در سرطان زنان در سه سطح پیشگیری؛ نقش حمایت اجتماعی و/یا سلامت معنوی در پیشگیری از سرطان‌های زنان.

علاقمندان برای کسب اطلاعات بیشتر به پایگاه الکترونیک زیر مراجعه فرمایند.

[www.whc2016.ir](http://www.whc2016.ir)

روان‌پزشکی تهران) برگزار می‌گردد. محورهای اصلی کنگره عبارتند از: گستره پزشکی؛ گستره روان‌شناسی و روان‌پزشکی؛ گستره فقه و حقوق؛ گستره علوم تربیتی، فرهنگی و اجتماعی. علاقمندان برای کسب اطلاعات بیشتر به پایگاه الکترونیک زیر مراجعه فرمایند.

[www.congress.iranfaha.org](http://www.congress.iranfaha.org)

□ **هفتمین سمپوزیوم نوروسایکولوژی ایران**  
هفتمین سمپوزیوم نوروسایکولوژی ایران طی روزهای ۵ الی ۷ دی ماه ۱۳۹۴ در دانشگاه خوارزمی برگزار می‌گردد. محورهای اصلی سمپوزیوم عبارتند از: نوروسایکولوژی و حافظه، نوروسایکولوژی و هیجان؛ نوروسایکولوژی و شخصیت؛ نوروسایکولوژی و زبان و تفکر؛ نوروسایکولوژی و ادراک زمان؛ نوروسایکولوژی و توان‌بخشی؛ نوروسایکولوژی و توجه و یادگیری؛ نوروسایکولوژی و ارزشیابی و درمان؛ نوروسایکولوژی و اخلاق، فرهنگ و هنر. علاقمندان برای کسب اطلاعات بیشتر به پایگاه الکترونیک زیر مراجعه فرمایند.

[www.neuropsychology.ir](http://www.neuropsychology.ir)

□ **سمینار آموزشی سلامت خانواده**  
مرکز علوم اعصاب شفای بیمارستان خاتم‌الانبیاء با همکاری مرکز بهداشت

# معرفی کتاب و مجله

## ■ تألیف

● شهیم، سیما؛ قنبری‌مزیدی، محبوبه.  
چک لیست تجدیدنظر شده مشکلات رفتاری  
(کوای و پترسون): انطباق و هنجاریابی. شیراز:  
نوید، ۱۳۹۳. ۸۸ ص. ۵۳۰۰۰ ریال.  
بنا بر مقدمه کتاب، در زمینه مشکلات رفتاری  
کودکان ابزارهای زیادی مورد استفاده قرار  
می‌گیرند. مانند مشاهده، مصاحبه سازمان‌یافته،  
نقاشی، بازی، آزمون‌های روانی، و  
پرسشنامه‌های ویژه سنجش رفتار.  
استفاده از این مقیاس‌ها در فرهنگ‌های  
مختلف نیازمند به کارگیری روش صحیح اجرا  
و نمره‌گذاری پس از انطباق فرهنگی و  
تعیین نمرات هنجاری است.

همچنین لازم است روایی و پایایی این  
پرسشنامه‌ها در فرهنگ موردنظر بررسی شود.  
در این کتاب، دستور کار و هنجارهای  
چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری  
کوای و پترسون (۱۹۸۷) ارائه شده‌اند که  
برای استفاده در ایران انطباق یافته و  
هنجاریابی شده‌اند. این مقیاس توسط  
معلمان کودک تکمیل می‌شود و  
خصوصیات چندبعدی رفتاری کودک را  
نشان می‌دهد.  
سرفصل‌های این کتاب عبارتند از:  
پیشگفتار؛ مقدمه؛ فصل اول: طبقه‌بندی  
اختلالات رفتاری؛ فصل دوم: هنجاریابی

اختلال دوقطبی؛ فصل چهارم: درمان‌های متمرکز بر خانواده در اختلال دوقطبی؛ فصل پنجم: دارودرمانی اختلال دوقطبی؛ فصل ششم: خودکشی و اختلال دوقطبی، و فصل هفتم: ابزارها و پرسشنامه‌های مرتبط با اختلال دوقطبی.

### ■ ترجمه

● بلیک، سایمون؛ برد، جولیل؛ گراچ، لین. مدرسه سالم: کمک به رشد عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان در مدرسه. ترجمه: دکتر زهرا بازرگان. تهران: سخن، ۱۳۹۲. ۲۸۲ ص. ۱۲۵۰۰۰ ریال.

بنا بر پیشگفتار مترجم بررسی و مقایسه زندگی تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان در مدارس کشور ما و آنچه در مدارس برخی از کشورهای پیشرفته صدق می‌کند موضوع رشد عاطفی و اجتماعی کودکان و نوجوانان را مورد توجه قرار می‌دهد که یکی از چهار عامل بهزیستی در موفقیت انسان، در کنار رشد شناختی، پرورش جسمی، و آموزش بدنی است.

هدف از تحریر کتاب، بررسی اهمیت سلامت عاطفی و بهزیستی کودکان و توجه دادن مربیان به این واقعیت است که اگر به نیازهای مربوط به رشد عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان به صورت مثبت و سازنده پاسخ

چک لیست تجدیدنظر شده مشکلات رفتاری؛ فصل سوم: نمره‌گذاری و نمرات هنجار. فهرست جداول و فهرست ضمایم.

● زرگر، فاطمه؛ اصغری‌پور، نگار؛ عاقبتی؛ اسما. اختلال دوقطبی. تهران: نیوند، ۱۳۹۴. ۱۴۰ ص. ۷۹۰۰۰ ریال.

بنا بر مقدمه مؤلفان، اختلال دوقطبی بیماری روان‌شناختی است که در آن خلُق بیمار دچار نوسان می‌شود و ارتباطی بین خلق وی و آنچه واقعاً در زندگی‌اش رخ می‌دهد وجود ندارد. این بیماری سبب می‌شود که خلق و خوی انسان از حالت بی‌نهایت سرخوشی و یا تحریک‌پذیری و تندمزاجی به اندوه‌باری و ناامیدی تبدیل شود. البته گاهی در این میان دوره‌هایی از خلق عادی نیز به چشم می‌خورد.

کتاب حاضر به درمان‌های مختلفی که در حیطه دارودرمانی و روان‌درمانی برای این اختلال وجود دارد می‌پردازد. این کتاب به شرح و توضیح درمان‌های مؤثری مثل درمان شناختی رفتاری، درمان بین‌فردی و نظم اجتماعی، درمان‌های متمرکز بر خانواده، و دارو درمانی می‌پردازد.

کتاب در هفت فصل تدوین شده است. فصل اول: اختلال دوقطبی؛ فصل دوم: درمان شناختی - رفتاری اختلال دوقطبی؛ فصل سوم: درمان بین‌فردی و نظم اجتماعی در

کامل او باید به مغز و تعامل‌های او با محیط بیشتر پرداخت.

نویسنده در سراسر کتاب به بررسی چپستی ذهن، چگونگی رشد ذهن، و تحول ذهن می‌پردازد، و برای پاسخ به این سوالات سعی کرده است تا اطلاعات گسترده‌ای از رشته‌های علمی را ترکیب کند تا این اندیشه را که ذهن در فصل مشترک تجربه بین‌فردی و ساختار و کارکرد مغز پدید می‌آید مورد کند و کاو قرار دهد.

تلاش نویسنده کتاب عمیق‌تر کردن درکی از زندگی روزمره شخصی از ذهن و روابط انسانی، با استفاده از دیدگاه‌های عینی علم است.

فهرست مطالب کتاب عبارتند از: فصل اول: ذهن، مغز و روابط؛ فصل دوم: حافظه؛ فصل سوم: دلبستگی؛ فصل چهارم: هیجان؛ فصل پنجم: حالت‌های ذهن؛ فصل ششم: بازنمایی‌ها؛ فصل هفتم: خود - تنظیمی؛ فصل هشتم: پیوند بین فردی؛ فصل نهم: انسجام.

سخن آخر، واژه‌نامه توضیحی، واژه‌نامه، یادداشت‌ها، منابع، و نمایه در پایان کتاب آورده شده‌اند.

● بلاایبرگ، کاترین؛ مارکوویتس، جیمز. روان‌درمانی بین‌شخصی برای افسردگی. ترجمه: دکتر امیرهوشنگ مهریار و دکتر شعله نمازی. تهران: نیوند، ۱۳۹۴. ۶۸ ص. ۵۵۰۰۰ ریال.

داده شود، یادگیری و پیشرفت درسی آنان افزایش خواهد یافت. نویسندگان همچنین نقش مهم مدارس را در رشد توانمندی‌های کودکان و نوجوانان، افزایش توان مقاومت در برابر مشکلات، و بهبود کارآمدی آنان مورد تأکید قرار می‌دهند.

فهرست مطالب کتاب عبارتند از: فصل اول: چرا مطالعه این کتاب مهم است؛ فصل دوم: نتایج تحقیقات و مشاهدات در زمینه رشد عاطفی؛ فصل سوم: رشد عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان؛ فصل چهارم: کمک به رشد عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان؛ فصل پنجم: کمپین تبلیغاتی و آگاهی‌رسانی در مورد رویدادها؛ فصل ششم: ارتقای آرامش، مدیریت خشم، و کاهش استرس؛ فصل هفتم: بازی و خلاقیت؛ فصل هشتم: خدمات حمایتی در مدرسه؛ فصل نهم: رشد حرفه‌ای کارکنان و همچنین فهرست اصطلاحات و منابع.

● دانیل جی، سیگل. ذهن در حال رشد: چگونه تعامل روابط و مغز ما را شکل می‌دهد. ترجمه: دکتر مهرناز شهرآرای. تهران، آسیم، ۱۳۹۳. ۸۰۸ ص. ۳۶۰۰۰۰ ریال.

مترجم کتاب معتقد است که انسان موجودی به مراتب پیچیده‌تر، بالنده‌تر، تاب‌آورتر، و انعطاف‌پذیرتر از آن است که «جبرگرایی زیست‌شناختی» بیان می‌دارد و در شناخت

رفتاری برای درمان افسردگی. ترجمه: دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر شعله نمازی. تهران، نیونده، ۱۳۹۴. ۱۱۲ ص. ۶۵۰۰۰ ریال. بنا بر مقدمه کتاب؛ فعال‌سازی رفتاری رویکرد روانی سازمان‌یافته و دارای ساختار است. هدف آن از بین بردن افسردگی و جلوگیری از بازگشت آن در آینده از طریق تأکید و تمرکز مستقیم بر تغییر رفتار است.

روش‌های درمان مستقیماً روی فعال‌سازی و فرایندهایی که مانع فعالیت می‌شوند، از قبیل رفتارهای گریز و پرهیز و فکرهای نگران‌کننده مکرر متمرکز بوده و سعی می‌کنند تجاربی را که لذت‌بخش بوده و یا به سازندگی و بهبود شرایط زندگی منجر می‌شوند افزایش دهد.

فهرست مطالب کتاب عبارتند از: الگوهای رفتاری افسردگی؛ برداشت‌های نظری جاری؛ موقعیت تجربی؛ ارزیابی حیطه‌های تشخیصی، بالینی، و کارکردی؛ جریان درمان؛ آشنایی با درمان؛ آماده کردن هدف‌های درمان؛ فریدیت بخشیدن به هدف‌های فعال‌سازی و درگیری؛ به کار بستن و تصحیح مکرر راهبردهای فعالیت و درگیری روزانه؛ تغییر اجتناب و پرهیز و مسأله‌گشایی؛ راهبردهای درگیری و اشتغال؛ بررسی و تثبیت دستاوردهای درمان؛ موقعیت درمان؛ ویژگی‌های درمانگر؛ متغیرهای درمان‌جو؛ مطالعه موردی؛ مفهوم‌سازی موردی و خلاصه درمان؛ خلاصه مطالعه موردی؛ نتیجه‌گیری.

بنا بر مقدمه کتاب؛ روان‌درمانی بین‌شخصی (IPT) بر رویدادهای جاری یا اخیر مشکلات بین‌شخصی، و علائم بیماری متمرکز است و از طریق تخفیف دادن علائم افسردگی و کمک به بیمار در مقابله با مسائل بین‌شخصی جاری که با شروع علائم بیماری همراه بوده است به از بین بردن افسردگی کمک می‌کند. در این کتاب اصول اساسی، ویژگی‌ها، و تکنیک‌های درمان بین‌شخصی فردی با افراد مبتلا به افسردگی اساسی شرح داده شده است.

کتاب در ۱۵ فصل تدوین شده است. فصل اول: افسردگی اساسی؛ فصل دوم: پیدایش و تکامل IPT؛ فصل سوم: اصول IPT: الگوی افسردگی IPT؛ فصل چهارم: ویژگی‌های IPT؛ فصل پنجم: مقایسه IPT با روان‌درمانی‌های دیگر؛ فصل ششم: درمانگر IPT؛ فصل هفتم: بیمار IPT؛ فصل هشتم: چهار حیطه مشکلات بین‌شخصی؛ فصل نهم: فرایند درمان IPT؛ فصل دهم: مطالعه موردی؛ فصل یازدهم: اطلاعات زمینه‌ای؛ فصل دوازدهم: درمان IPT با سارا؛ فصل سیزدهم: مشکلات مشترکی که حین درمان بروز می‌کند؛ فصل چهاردهم: پیش‌بینی‌کننده‌های پاسخ به درمان؛ فصل پانزدهم: نتیجه‌گیری.

● **دیمیچیان، سونا؛ مارتل، کریستوفر؛ ادیس، مایکل؛ هرمان - دات، روت. فعال‌سازی**



شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی پسران ۱۵-۱۰ سال دارای علائم آسم شهر اهواز (پریسا گنجه؛ مهناز مهربابی زاده هنرمند؛ ایران داودی؛ یدالله زرگر)؛ اثربخشی راهبرد آموزشی مبتنی بر الگوی ویت بر بهبود عملکرد حافظه فعال و عملکرد ریاضی دانش‌آموزان دارای حافظه فعال ضعیف (منصور بیرامی؛ اسکندر فتحی‌آذر؛ شهرام واحدی؛ میرمحمود میرنسب؛ یدالله ولی‌نژاد قناتی)؛ بررسی نقش میانجی‌گری تعارض کار - خانواده در رابطه بین استرس و حمایت اجتماعی با خشنودی شغلی و خشنودی خانوادگی (فضل‌الله شناور؛ کیومرث بشلیده؛ سیداسماعیل هاشمی؛ عبدالزهر نعامی)؛ تأثیر واقعیت‌درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان (فرزانه رجب‌زاده؛ شاهرخ مکوند حسینی؛ جعفر طالبیان شریف؛ بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی)؛ روابط ساختاری سیستم‌های مغزی - رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر (حسین کارسازی، حامد فرداینسی سفلی، میلاد جعفرپور رضائی؛ نعیمه ماشین‌چی عباسی؛ تورج هاشمی نصرت‌آباد)؛ اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر شایستگی اجتماعی، عملکرد در تکالیف نظریه ذهن و کمک‌طلبی دانش‌آموزان پسر دوره دوم ابتدایی دارای

## ■ نشریات ادواری

### ● مجله دستاوردهای روان‌شناختی

(علوم تربیتی و روان‌شناسی)، علمی - پژوهشی، سال ۲۲، بهار و تابستان ۱۳۹۴. مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر کیومرث بشلیده.

مجله دستاوردهای روان‌شناختی با درجه علمی - پژوهشی از سوی دانشگاه شهید چمران اهواز و با هدف درج پژوهش‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی منتشر می‌شود.

عناوین مقاله‌های این شماره عبارتند از: مقایسه اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی، تفسیر و ترکیب آن با درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌ها، باورها و رفتارهای وسواسی (مجتبی دلیر؛ احمد علی‌پور؛ حسین زارع؛ ولی‌اله فرزاد)؛ طراحی درمان ترکیبی خانواده - محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه انسان و مقایسه اثربخشی آن با بازی درمانی فلورتایم بر نشانه‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و استرس والدگری مادران آن‌ها (شهربانو عالی؛ سیدامیر امین یزدی؛ محمدسعید عبدخدائی؛ علی غنایی چمن‌آباد؛ فاطمه محرری)؛ نقش سبک دل‌بستگی در اضطراب اجتماعی با توجه به اثرات میانجی عزت‌نفس (تورج هاشمی؛ نسرین احمدبیگی؛ سهیلا پرواز؛ رقیه کریمی شهبابی)؛ اثربخشی مداخله

رابطه ویژگی‌های شخصیتی با رفتار مصرف‌کننده: مطالعه موردی برند تلفن همراه نوکیا (مهتا جودزاده؛ مهدی نداف؛ عبدالهادی درزیان عزیز؛ سیداسماعیل هاشمی)؛ بررسی رابطه علی بین خوش‌بینی، اضطراب امتحان و عملکرد ریاضی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله صفتی و حالتی امتحان در دانشجویان علوم پایه دانشگاه کردستان (هوشنگ جدیدی؛ ناصر بهروزی؛ منیجه شهنی ییلاق؛ سیداسماعیل هاشمی)؛ و چکیده مقاله‌ها به انگلیسی.

نشانی: اهواز، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.  
تلفن: ۰۶۱۱-۳۳۳۰۰۱۰  
پست الکترونیک: psychj@scu.ac.ir

ناتوانایی‌های یادگیری (قربان کیانی؛ غلامحسین مکتبی؛ ناصر بهروزی؛ ذکراه مروتی)؛ بررسی استرس‌زاهای شغلی و ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان پیش‌بین‌های بروز علائم روان‌تنی در کارکنان یک شرکت در اهواز (محمد بابامیری؛ عبدالکاظم نیسی؛ نسرین ارشدی؛ مهناز مهرابی زاده هنرمند؛ کیومرث بشلیده)؛ رابطه علی مدیریت زمان و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی با میانجی‌گری تنبذگی تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز (ندا مرادی؛ علیرضا حاجی یخچالی؛ ذکراه مروتی)؛ بررسی رابطه حمایت خانواده، خودکارآمدی مسیر شغلی و عزت‌نفس با خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی دانش‌آموزان (احمد صادقی)؛ بررسی

## کتاب‌شناسی فرهنگ‌های روان‌شناسی، علوم تربیتی، و زمینه‌های وابسته

جناب آقای دکتر احمد به‌پژوه استاد محترم دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران فهرست جامعی از واژه‌نامه‌های فارسی روان‌شناسی، علوم تربیتی، و زمینه‌های وابسته تهیه فرموده‌اند و بنا به لطفی که به نشریه پژوهشهای روان‌شناختی دارند برای این نشریه ارسال داشته‌اند. نشریه پژوهشهای روان‌شناختی با امتنان از محبت ایشان، عیناً این فهرست را برای آگاهی خوانندگان گرامی درج می‌کند. امیدواریم که مورد استفاده دوستان و خوانندگان نشریه قرار گیرد.

آرمند، محمد و نوربخش، مرتضی (۱۳۷۹). واژگان علوم تربیتی. تهران: نثارالله.  
آزاد، حسین (۱۳۹۱). واژه‌نامه روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: بعثت.  
آیسنک، مایکل (۱۳۷۹). فرهنگ توصیفی روان‌شناسی شناختی (ترجمه علی‌نقی خرازی و همکاران). تهران: نی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۱).  
ابراهیم، خسرو و کوزه‌چیان، مجید (۱۳۸۶). واژه‌نامه توصیفی فیزیولوژی ورزش. تهران: آذر.  
ابوالقاسمی، شهنام؛ اکبری، بهمن؛ توزنده‌جانی، حسن؛ و باقری، یونس (۱۳۸۸). فرهنگ تخصصی روان‌شناسی - روان‌پزشکی - علوم تربیتی. تهران: آرویح.  
اچسن، جین (۱۳۷۵). اصطلاح‌نامه فرهنگ ارتباطات و اطلاعات (ترجمه عباس حری، عبدالحسین آذرنگ، و با همکاری پروانه گودرزی). تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۷۷).

- اصغری، جمشید (۱۳۸۸). فرهنگ لغات روان‌شناسی، علوم تربیتی، و علوم وابسته. تهران: آراد کتاب.
- انصاری، شمس اعظم (۱۳۷۷). واژه‌نامه انگلیسی - فارسی مددکاری و خدمات اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- براهنی، محمدنقی و همکاران (۱۳۶۸). واژه‌نامه روان‌شناسی و زمینه‌های وابسته. تهران: فرهنگ معاصر.
- برونو، فرانک (۱۳۷۰). فرهنگ توصیفی اصطلاحات روان‌شناسی (ترجمه فرزانه طاهری و مهشید یاسایی). تهران: طرح نو (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۶).
- بريجانيان، ماری (۱۳۷۱). فرهنگ اصطلاحات فلسفه و علوم اجتماعی (دو جلد). ویراسته بهاء‌الدین خرمشاهی. تهران: موسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.
- پورافکاری، نصرالله (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی (دو جلد). تهران: فرهنگ معاصر.
- تانجلا، ر (۱۳۸۲). فرهنگ توصیفی علوم رفتاری (ترجمه فاطمه کریمی و موسی کافی). رشت: انتشارات جهاد دانشگاهی، دانشگاه گیلان (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۶).
- تبریزی، مصطفی و همکاران (۱۳۸۵). فرهنگ توصیفی خانواده و خانواده درمانی. تهران: فراوان.
- جهانتاب، حسین (۱۳۸۹). فرهنگ توصیفی روان‌شناسی "رفتار". تهران: جهانتاب.
- خداپرست، ابوالفضل (۱۳۷۹). فرهنگ روان‌شناسی. تهران: پیوسته.
- دارابی عمارتی، عابدین (۱۳۸۸). واژگان علوم تربیتی. کرمانشاه: طاق بستان.
- داورپناه، محمدرضا (۱۳۷۸). فرهنگ جامع علوم تربیتی و زمینه‌های وابسته. مشهد: به نشر.
- ذوالقرنین، مهوش (۱۳۸۲). فرهنگ واژگان علوم تربیتی. قم: نجابت.
- ربر، آرتور (۱۳۸۹). فرهنگ توصیفی روان‌شناسی (ترجمه یوسف کریمی و همکاران). تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵).
- زمانی، رضا (۱۳۹۲). واژه‌نامه تطبیقی روان‌شناسی، روان‌پزشکی و علوم تربیتی. تهران: قو.
- ساعتچی، محمود (۱۳۹۳). واژه‌نامه روان‌شناسی و زمینه‌های وابسته. تهران: جنگل.
- سیف‌الدینی، فرانک (۱۳۷۸). فرهنگ واژگان برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای. شیراز: دانشگاه شیراز.
- شرکت مبنا رایانه پژوهاک (۱۳۸۹). فرهنگ جامع لغات و اصطلاحات تخصصی علوم تربیتی و آموزش. تهران: شرکت چیستا رایانه پارس.
- شعاری‌نژاد، علی‌اکبر (۱۳۶۴). فرهنگ علوم رفتاری. تهران: امیرکبیر.
- صاحبی، علی (۱۳۸۱). فرهنگ روان‌شناسی و علوم تربیتی (استنادی). مشهد: واقفی.
- صفاری‌نیا، مجید و حسن‌زاده، پرستو (۱۳۹۱). فرهنگ واژه‌های روان‌شناسی اجتماعی. تهران: ارجمند.

صلیبی، ژاسنت (۱۳۸۲). فرهنگ توصیفی روان‌شناسی اجتماعی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

عبادی، ماندانا و افروز، غلامعلی (۱۳۷۹). فرهنگ واژگان آموزشی، روان‌شناسی و توان‌بخشی کودکان استثنایی. تهران: فاران.

عمادی، سیدرسول (۱۳۹۱). فرهنگ توصیفی تکنولوژی آموزشی. همدان: دانشگاه بوعلی سینا.

فرمهبینی فراهانی، محسن (۱۳۹۰). فرهنگ توصیفی علوم تربیتی. تهران: شباهنگ.

مجیدی، فریبرز (۱۳۸۱). فرهنگ تلفظ نام‌های خاص (تاریخی و جغرافیایی). تهران: فرهنگ معاصر.

محبی، سیده فاطمه (۱۳۸۸). واژه‌نامه مطالعات زنان و خانواده. تهران: حکایتی دگر.

منصور، محمود؛ دادستان، پریرخ؛ و راد، مینا (۱۳۵۶). لغت‌نامه روان‌شناسی: واژه‌ها و اصطلاحات روان‌شناسی همراه با معادل‌های انگلیسی و فرانسه آنها. تهران: لوح.

میرکمالی، سید محمد (۱۳۸۵). فرهنگ مدیریت آموزشی. تهران: یسطرون.

نوردبی، ورنون و کالوین، هال (۱۳۸۶). راهنمای زندگی‌نامه و نظریه‌های روان‌شناسان بزرگ (ترجمه احمد به‌پژوه، و رمضان دولتی). تهران: تربیت. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۷۹).

نوری، ابوالقاسم و گرگانی، حمید (۱۳۸۷). واژه‌نامه روان‌شناسی صنعتی - سازمانی. اصفهان: جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.

نیاز آذری، کیومرث؛ و تقوایی یزدی، مریم (۱۳۸۸). فرهنگ جامع علوم تربیتی. تهران: شیوه.

نیکزاد، محمود (۱۳۹۰). فرهنگ جامع روان‌شناسی (دو جلد). تهران: کیهان.

نیلی‌پور، رضا و همکاران (۱۳۸۰). فرهنگ آسیب‌شناسی گفتار و زبان. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

واعظ موسوی، محمد کاظم (۱۳۸۴). واژه‌نامه علوم ورزشی. تهران: بامداد کتاب.

وزارت فرهنگ و آموزش عالی (۱۳۶۲). واژه‌نامه آموزش و پرورش. تهران: مرکز اسناد و مدارک علمی.

ویلبامز، فیلیپ (۱۳۸۶). فرهنگ توصیفی کودکان استثنایی: آموزش و پرورش، روان‌شناسی، توان‌بخشی، و علوم وابسته (ویراست دوم) (ترجمه احمد به‌پژوه، حمید علیزاده، فریبا یادگاری، و مجید یوسفی‌لویه). تهران: بعثت. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۸).

همایون، همداخت (۱۳۷۲). واژه‌نامه زبان‌شناسی و علوم وابسته. تهران: پژوهشگاه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.

## پژوهشهای روان‌شناختی

### نشریه علمی - پژوهشی

حاوی تحقیقاتی در زمینه مباحث مختلف روان‌شناسی، روان‌پزشکی، علوم تربیتی، و نظایر اینها و همچنین شامل بخش‌های گزارش‌های کوتاه از پژوهش‌های بالینی، گزارش و خبر، معرفی و نقد کتاب.

### فرم اشتراک

نام و نام خانوادگی:	شماره:
نام:	تاریخ:
نام خانوادگی:	
شغل:	اشتراک برای مجله‌های شماره:
نشانی: استان:	شهر:
خیابان:	پلاک:
کد پستی:	صندوق پستی:
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
پست الکترونیک:	

بهای تک شماره	۳۳ تا ۳۶
بهای تک شماره	۳۱ و ۳۲
بهای تک شماره‌های ۵ تا ۳۰	
بهای اشتراک ۴ مجلد با هزینه پست	
اشتراک دانشجویان و اعضای انجمن روان‌شناسی ایران، و پژوهشکده علوم شناختی	۷۲۰۰۰ ریال
بهای دوره صحافی شده شماره‌های ۵ تا ۸؛ ۹ تا ۱۲؛ ۱۳ تا ۱۶؛ و ۱۷ تا ۲۰؛ و ۲۱ تا ۲۴ هر دوره	۶۰۰۰۰ ریال

با جلد گالینگور

مبلغ اشتراک به صورت بن کتاب، چک بانکی، حواله بانکی، یا نقداً به حساب جام بانک ملت به نام رضا زمانی، شماره ۱۵۲۷۸۴۲/۴۶ شعبه کیوان، تهران، خیابان طالقانی غربی قابل پرداخت است.

توجه: لطفاً هر گونه تغییر در نشانی و یا شماره تلفن خود را به دفتر نشریه اطلاع دهید.

نشانی: تهران، صندوق پستی: ۱۴۱۵۵-۵۱۹۱

تلفن: ۸۸۳۵۰۸۵۸

پایگاه الکترونیک نشریه:

[www.psychresearch.ir](http://www.psychresearch.ir)

# رشد

## مرکز جامع توان بخشی ذهنی رشد

با امتیاز سازمان بهزیستی کشور

سال تأسیس ۱۳۶۵

مرکز جامع توان بخشی ذهنی رشد، مؤسسه‌ای است روزانه با تجربه بیش از ۲۵ سال، که خدمات آموزشی توان بخشی را برای انواع ناتوانی‌های ذهنی در دو بخش عمده ارائه می‌کند:

\* کودکان زیر ۱۴ سال دختر و پسر

\* حرفه‌آموزی دختران بالای ۱۴ سال

برخی خدمات آموزشی که در این مرکز ارائه می‌شوند عبارتند از:

\* تست هوش

\* گفتار درمانی

\* مشاوره روان‌شناسی

\* کاردرمانی

\* موسیقی درمانی

\* آموزش استثنائی

پذیرش کودکان در دو نوبت صبح و بعدازظهر و یا یکسره از ۸ صبح الی ۵ بعدازظهر با صبحانه، نهار، و سرویس رفت و برگشت انجام می‌گیرد.

نشانی: تهران، خیابان ازگل، خیابان توانبخشی، گلستان دوم، پلاک ۱۰

تلفن و فاکس: ۲۲۴۴۲۲۰

[www.roshdrc.org](http://www.roshdrc.org)

## نشر نیوند منتشر کرد



تکنیک‌های درمانی اختلال اضطراب فراگیر؛  
رویکرد رفتاری - شناختی و درمان‌های دارویی



اختلال شخصیت مرزی؛  
راهنمای عملی برای درمانگران و درمانجویان



آزمایشگاه مجازی یادگیری؛ راهنما و نرم‌افزار



راهنمای جامع روان‌درمانی بین‌فردی برای افسردگی



برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV؛  
نسخه بزرگسالان و راهنمای درمانگر



برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV؛  
نسخه طول عمر و راهنمای درمانگر

خرید اینترنتی: [www.psychresearch.ir](http://www.psychresearch.ir)

خرید تلفنی: ۸۸۳۵۰۸۵۸



## نشر نیوند منتشر کرد



ارگونومی



مشاوره با کودکان مبتلا به مشکلات پزشکی مزمن



غلبه بر بی خوابی؛ رویکرد درمان شناختی - رفتاری



غلبه بر بی خوابی؛ خودآموز گام به گام



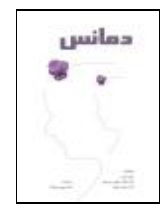
اختلال دو قطبی



خواب، خواب مصنوعی، و رؤیا

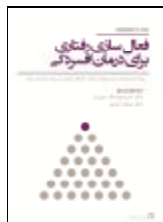


روان‌شناسی مثبت



دمانس

## نشر نیوند منتشر کرد



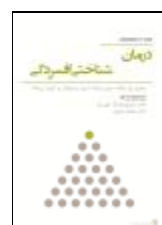
فعال سازی رفتاری برای درمان افسردگی



روان درمانی بین شخصی برای افسردگی



روان درمانی اختلال دوقطبی



درمان شناختی افسردگی



کمک کنیم کودکان با تغییر، استرس،  
و اضطراب مقابله کنند

خرید از نشر نیوند تا ۱۵ درصد تخفیف

خرید اینترنتی: [www.psychresearch.ir](http://www.psychresearch.ir)

خرید تلفنی: ۸۸۳۵۰۸۵۸

## نشر نیوند به زودی منتشر می کند

وسواس و درمان شناختی - رفتاری آن

مؤلف: جانان اس. آبراموویتز

مترجم: دکتر امیر هوشنگ مهریار

ابزارهای سنجش اختلال پنیک و آگورافوبیا

مؤلفان: لیلا امیرپور، سارا سبحانی، حمیدرضا خیامی

راهنمای عملی آموزش ذهن آگاهی برای مراجعان

مؤلفان: کریستین دانکلی و مگی استانتون

مترجم: دکتر محمد قربانی

کتاب من پر از احساسات

مؤلف: امی وی. جف، لوسی گاردنر

مترجمان: مریم جلالی و فاتح خدایاری

ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلال فوبی خاص (DSM-5)

مؤلفان: لیلا امیرپور، سارا سبحانی، حمیدرضا خیامی

ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلال فوبی اجتماعی (DSM-5)

مؤلفان: لیلا امیرپور، سارا سبحانی، حمیدرضا خیامی

ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلال وسواس (DSM-5)

مؤلفان: لیلا امیرپور، سارا سبحانی، حمیدرضا خیامی

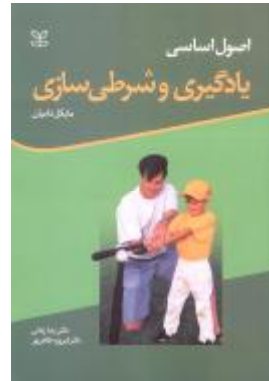
ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلال اضطراب منتشر (DSM-5)

مؤلفان: لیلا امیرپور، سارا سبحانی، حمیدرضا خیامی

## فروشگاه نیوند با تخفیف

### اصول اساسی یادگیری و شرطی‌سازی

نویسنده: مایکل دامیان  
مترجمان: دکتر رضا زمانی  
و دکتر فیروزه طاهرپور  
انتشارات رشد  
قیمت: ۱۰۰۰۰۰ ریال



### واژه‌نامه تطبیقی روان‌شناسی، روان‌پزشکی، و علوم تربیتی

انگلیسی - فارسی  
دکتر رضا زمانی  
نشر قو  
قیمت: ۲۸۰۰۰۰ ریال (با جلد گالینگور)



خرید از نشر نیوند تا ۱۵ درصد تخفیف

خرید اینترنتی: [www.psychresearch.ir](http://www.psychresearch.ir)

خرید تلفنی: ۸۸۳۵۰۸۵۸

## قابل توجه همکاران گرامی

بدین وسیله به استحضار خوانندگان گرامی می‌رساند که دست‌اندرکاران نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی موفق به اخذ مجوز نشر کتاب با نام **نشر نیوند** شده‌اند. همکاران محترمی که در صدد چاپ کتاب در زمینه‌های روان‌شناسی، روان‌پزشکی، علوم تربیتی، و نظایر اینها هستند در صورت تمایل می‌توانند با نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی تماس بگیرند.

تلفن: ۸۸۳۵۰۸۵۸

Email: neevand88@gmail.com

[www.psychresearch.ir](http://www.psychresearch.ir)

پایگاه اختصاصی نشریه پژوهشهای روان‌شناختی

و نشر نیوند

در حال حاضر این پایگاه حاوی مطالب متنوع از جمله چکیده فارسی و انگلیسی  
مقاله‌های کلیه شماره‌های نشریه، محتوای تمام مجله‌های منتشر شده تا کنون، و  
معرفی کتاب‌های منتشره از سوی نشر نیوند و برخی ناشران دیگر است.

علاقمندان جهت تهیه فایل الکترونیک کلیه مجله‌های پژوهشهای روان‌شناختی  
به پایگاه زیر مراجعه فرمایند.

[www.psychresearch.ir](http://www.psychresearch.ir)

• Relationships of Resilience and Locus of Control with Happiness in Students	114	J. Bahadori Khosroshahi, M.A. J. Babapour Kheyroddin, Ph.D. Hamid Poursharifi, Ph.D.
<b>* Clinician’s Research Digest</b>		<b>Translators</b>
• How Does Depression Influence Suicide Risk in Adults With Posttraumatic Stress Disorder?	128	Somayeh Naghavi, M.A.
• Brief Play-Based treatment Increases Interest in a Variety of Objects for Young Children Diagnosed With Autism Spectrum Disorder	129	A. S. Mottaghi ghamsari, M.A.
<b>* Reports and News</b>	131	
<b>* Books and Journals</b>	133	
<b>* Bibliography of Persian Dictionaries of Psychology and related fields</b>	139	Ahmad Beh-Pajooch, Ph.D.
<b>* Announcements</b>	142	

# Table of Contents

## \* Research Reports:

- Efficacy of Group Marital Enrichment Program on Marital Satisfaction and Mental Health of Couples 7 Tooraj Sepahvand, Ph.D.  
S. K. Rasoolzade Tabatabaei, Ph.D.  
Mohammad Ali Besharat, Ph.D.  
Abbas Ali Allahyari, Ph.D.
  
- Primary Efficacy of Transdiagnostic Protocol Based on Repetitive Negative Thinking for Co-occurring Anxiety and Depressive Disorders 29 Mehdi Akbari, Ph.D.  
Rasool Roshan, Ph.D.  
Amir Shabani, M.A.  
Ladan Fata, Ph.D.
  
- Comparison of the effect of Group Behavioral Activation Treatment and Group Cognitive Therapy in Reducing Subsyndromal Anxiety and Depressive Symptoms: Results of a 3-Month Follow-up 56 Mehdi Soleimani, Ph.D.  
P. Mohammadkhani, Ph.D.  
Behrooz Dolatshahi, Ph.D.
  
- Effect of Group Training of Positive Parenting Program on Behavioral and Emotional Problems of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder 77 M. Esmail Zadeh Kiabani, M.A.  
M. Aliakbari Dehkordi, Ph.D.  
Ahmad Alipour, Ph.D.  
Tayebeh Mohtashami, M.A.
  
- Relationship between Online Dependency and Social Anxiety in Adolescents 94 Ebrahim Masoudnia, Ph.D.