

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه

دلشاد صادق‌نژادی^۱، سیده سیما مهدیلو^۲، زهرا علیزاده^۳، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد^{۴*}

۱. واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.


Sadgnezhadei.385@gmail.com

۲. واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

Simamahdilou@gmail.com

۳. واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

mohammadrezasartipi93@gmail.com

۴. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم ، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول).

Hadiakbarinejhad@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۰/۲۳]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۷/۲۹]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه صورت گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۱۹ سؤالی کیفیت خواب پیتزبورگ و ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی را بهبود بخشید. در مرحله پیگیری، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی ماندگار بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً می‌تواند سبب بهبود کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب، سلامت روان‌شناختی، زنان یائسه.

۱ - مقدمه

به اتمام دوران باروری طبیعی در زنان یائسگی^۱ می‌گویند. این پدیده از لحاظ بالینی پس از ۱۲ ماه قطع مطلق قاعدگی اتفاق می‌افتد (Alblooshi, Taylor & Gill, 2023). میانگین سن شروع یائسگی در جهان ۴۷/۸ (از ۴۷ تا ۵۳ سال) (Khatak, Gupta, Grover & Aggarwal, 2022)؛ و میانگین آن در زنان ایرانی ۴۸/۲۶ است (آزادی، ارغوانی، کارزانی و سایه میری، ۱۳۹۷). در دوران یائسگی علائمی همچون گرگرفتگی و عرق شبانه و بی‌خوابی و عدم تمرکز و کاهش حافظه و از دست رفتن توده استخوانی و آتروفی واژن و در طولانی‌مدت افزایش خطرات قلبی و عروقی و اضطراب و افسردگی رخ می‌دهد (Lee, Jeong & Choi, 2022) که این عوامل تأثیر منفی بر کیفیت و رضایت زندگی زنان یائسه می‌گذارند و سلامت روان‌شناختی^۲ آن‌ها را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهند (Hooper, Marshall, Becker, LaCroix, Keel & Kilpela, 2022). نتیجه بررسی نقان، حسنی، ملک محمد، خوندابی، ستاره و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که زنان یائسه از کیفیت خواب^۳ پایین برخوردارند و این متغیر با سلامت روان‌شناختی آن‌ها رابطه معنی‌داری دارد.

کیفیت خواب یک سازه بالینی است و از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب از جمله رضایت از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود، تشکیل می‌شود (Faubion, Ghath, Kling, Mara, Enders, Starling et al., 2023). خواب بی‌کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد دارای میگرن قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد به پزشکان و روان‌شناسان است (Akman, Yavuzsen, Sevgen, Ellidokuz & Yilmaz, 2015).

سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (Joe, Lehman, Rowan, Knight & Flynn, 2019). افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالا مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و شخصیتی کم‌تری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امیدواری بیش‌تری نسبت به زندگی دارند (Qi & Wu, 2018).

چون یائسگی علاوه بر جسم، روان زنان یائسه را نیز درگیر می‌کند، بایستی در کنار درمان و پرداختن به مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، مداخلات روان‌شناختی را نیز مورد توجه قرار داد. نتیجه یک فراتحلیل نشان می‌دهد که انواع مداخلات روان‌شناختی بر مشکلات روان‌شناختی زنان یائسه اثربخش هستند (Torral, Godoy-Izquierdo, García, Moreno, Guevara, Ballesteros et al., 2014). یکی از درمان‌هایی که می‌تواند برای کمک به زنان یائسه مفید باشد و تاکنون در پژوهش‌ها برای کمک به زنان یائسه به آن توجه نشده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (Hayes, 2016). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً

1 Menopause

2 Psychological Health

3 Sleep Quality

4 Acceptance and Commitment Therapy

جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (Liu, Liu, Chong, Yau & Badayai, 2023). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم وازوموتور (عقیلی، داعی زنجانی و بابایی، ۱۴۰۲)، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری (کاظمی، حسن‌زاده و حیدری، ۱۴۰۱)، عملکرد جنسی (رستم‌خانی، قمری، باباخانی و مرقاتی خوبی، ۱۴۰۱)، نوسانات خلقی، کیفیت خواب و بهبود عملکرد جنسی (ابراهیمی، برقی ایرانی و علی اکبری دهکردی، ۱۴۰۱)، خلاق‌وخو، کیفیت خواب و کیفیت زندگی (Monfaredi, Malakouti, Farvareshi & Mirghafourvand, 2022) و صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی (بهبهانی و قربان شیرودی، ۱۳۹۹) اثربخش است.

با توجه به تأثیر یائسگی بر زندگی زنان، و نظر به مسئولیت‌های خطیر خانوادگی و اجتماعی که آنان بر عهده دارند، بایستی در زمینه ارتقای سلامت جسمانی و روانی زنان یائسه سرمایه‌گذاری‌های کافی صورت گیرد و بهای لازم داده شود. با توجه به مشکلات ناشی از یائسگی، تاکنون راه‌های متفاوتی نظیر درمان‌های دارویی و غیردارویی برای رفع علائم این بیماری پیشنهاد شده است. اما کماکان افراد بر اساس باورهای سنتی خویش میل به دارودرمانی دارند. در این راستا استفاده از تحقیقات روان‌شناختی جهت پرداختن به حل مسئله یائسگی از اولویت خاص برخوردار است و در این رابطه بحث درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان کم‌خطرترین و کم‌خرج‌ترین روش‌ها جهت رفع مشکلات روان‌شناختی برآمده از یائسگی است. از ضرورت‌های اجرای پژوهش حاضر این است که با توجه به بررسی مطالعات انجام‌شده، تاکنون میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حل مشکلات زنان یائسه بخصوص بهبود کیفیت خواب و ارتقای سلامت روان‌شناختی کم‌تر صورت گرفته است و مطالعه حاضر به بررسی میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد که این امر در تصمیم‌گیری درمانگران جهت انتخاب بهترین روش درمانی کمک شایانی خواهد کرد. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، پژوهشی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه موردبررسی قرار دهد یافت نشد، لذا در راستای رفع این خلأ پژوهشی به این سؤال پاسخ داده می‌شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه مؤثر است؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

یائسگی برهه‌ای طبیعی از زندگی زنان است که در آن قاعدگی متوقف می‌شود. معمولاً وقوع یائسگی هنگامی تأیید می‌شود که یک زن ۱۲ ماه متوالی دچار عادت ماهانه نشده باشد؛ اما ممکن است این امر در فاصله سنی ۴۵ تا ۵۵ سالگی نیز اتفاق افتد. درواقع یائسگی به‌صورت ناگهانی اتفاق نمی‌افتد، بیش‌تر زنان چندین سال تغییر در دوره‌های قاعدگی خود را قبل از قطع کامل تجربه می‌کنند. در این مدت، بسیاری از زنان نیز علائم یائسگی را تجربه می‌کنند. گفته می‌شود که یک زن پس از یک سال کامل بدون عادت ماهانه شدن، یائسگی را کامل کرده است. میانگین سنی برای قطع قاعدگی یک زن ۵۱ سال است (Khatak et al., 2022).

کیفیت خواب احساسی روانی است که در ظاهر فرد قابل مشاهده است و بر کیفیت زندگی و احساس سلامتی فرد تأثیر می‌گذارد. اصطلاح کیفیت خواب به‌طور گسترده‌ای توسط محققان، روان‌شناسان، مشاوران و عموم مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ ولی توافق عمومی درباره تعریف و نشانه‌های آن وجود ندارد. درحال این عنصر خوب، یک پیش‌بینی‌کننده برای داشتن حال خوب، روحیه پرنرژی و مرتبط با سلامت جسمی و روانی است. این عنصر، با تعریف ساده‌ای که در لغت‌نامه وبستر از آن وجود دارد، پی گرفته می‌شود. طبق این تعریف، یک نگرش کلی برای شاخص کیفیت خواب، وجود یک اشتیاق درونی و رضایت از خواب است (Akman et al., 2015).

تا کنون تعاریف متفاوتی، از سلامت روان‌شناختی ارائه شده است که از آن جمله می‌توان به فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط و اجزاء آن اشاره کرد. بررسی تعاریف مختلف سلامت روان‌شناختی، نشان‌دهنده عدم وجود اتفاق نظر در بین اندیشمندان است (Qi & Wu, 2018).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ادغامی از ۴ رویکرد توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است و هدف کلی آن در نهایت رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است، به گونه‌ای که نیاز به حذف یا از بین بردن احساس بد نباشد، بلکه به‌رغم وجود این احساس فرد به‌سوی رفتار مبتنی بر ارزش‌اندیشیده حرکت کند (Hayes, 2016).

عقیلی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم وازوموتور در زنان یائسه» نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم وازوموتور در زنان یائسه اثربخش است.

کاظمی و همکاران (۱۴۰۱) در بررسی خود با موضوع «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت» به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت تأثیر دارد.

۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد؛ به طوری که پس از کسب رضایت از مسئولین و زنان، پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ و سلامت عمومی گلدبرگ در بین ۱۶۶ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران در حضور آزمودنی‌ها تکمیل شدند) و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها به ترتیب یک انحراف بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۱۲۰ نفر) (توضیح این‌که در پرسشنامه‌های کیفیت خواب و سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است)، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون (۱) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، (۲) شرکت کامل در جلسات درمانی، (۳) داشتن فرزند، (۴) سنین بین ۴۷ تا ۵۵ سال، (۵) متأهل (طلاق نگرفته)، (۶) گذشت دست‌کم یک سال از آخرین قاعدگی، (۷) داشتن حداقل مدرک دیپلم؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه چون (۱) ابتلا به بیماری جدی همچون ام. اس، سرطان و...، (۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، (۳) برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی، و با استفاده از گمارش تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی بلوکی‌سازی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هرکدام ۱۵ نفر). تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = ۰/۴۸؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۶۸؛ Repetitions = ۲؛ Noncentrality parameter $\lambda = ۱۱/۹۹۸$ ؛ Critical F = ۲/۴۶۵؛ Numerator df = ۱؛ Denominator df = ۲۹؛ Actual power = ۰/۸۱؛ Pillai V = ۰/۴۵. پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت‌زمان گذشت از آخرین قاعدگی همسان شدند. توضیح این‌که در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشته‌ایم. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار

گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی، تعداد فرزند و سطح تحصیلات بود.

الف) پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱: این پرسشنامه توسط بایسه و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. این شاخص شامل ۱۹ سؤال و ۷ مؤلفه (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکرد روزانه) است. محدوده نمره در هر مؤلفه از صفر تا ۲۱ است؛ لذا نمره کل این پرسشنامه از صفر تا ۲۱ خواهد بود. در این شاخص نمره صفر به معنای نداشتن مشکل در خواب و ۲۱ به معنای داشتن مشکل شدید در همه حوزه‌هاست. نمره کلی بالاتر از ۵ بیانگر کیفیت خواب ضعیف است. به عبارتی، نمرات بالاتر بیانگر ضعیف‌تر بودن کیفیت خواب هستند (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989). پایایی این مقیاس توسط بایسه و همکاران (۱۹۸۹) ۰/۸۳ محاسبه شد و اعتبار آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل در سطح مناسب گزارش شده است. کارپنتر و آندریوسکی^۲ (۱۹۹۸) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ ذکر کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است، حساسیت ۱۰۰ درصد، ویژگی ۹۳ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای نسخه فارسی این پرسشنامه گزارش شده است (نجفی و همکاران، ۱۳۹۳؛ عرب و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (Goldberg General Health Questionnaire): این ابزار که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است، ۲۸ سؤال دارد که از ۴ مقیاس فرعی الف) علائم جسمانی، ب) علائم اضطرابی، ج) کارکرد اجتماعی و د) افسردگی تشکیل شده که هر مقیاس دارای ۷ پرسش است. این پرسشنامه به صورت ۴ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (خیلی بیش‌تر از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هرچه نمره فرد بیش‌تر باشد وضعیت سلامت روانی وی پایین‌تر خواهد بود (Goldberg & Hillier, 1979). حداقل نمره فرد در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۸۴ است (Goldberg & Williams, 1988). Goldberg & Williams (1988) در تحلیل ۴۳ مطالعه، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نمودند. پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۵) در اعتباریابی این پرسشنامه روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان، حساسیت، ویژگی، کارایی و میزان اشتباه طبقه‌بندی در گروه مردان را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۱۹ و برای زنان را به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۶۴ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۳ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و ۱ روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۳ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی هیز (۲۰۱۶) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف و محتوا |
|-------|---|
| اول | برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی |
| دوم | کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف |
| سوم | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| چهارم | توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| پنجم | معرفی مدل سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| ششم | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| هفتم | توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| هشتم | آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون |

۴- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار اسپاس اس اس استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون تی مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی زنان یائسه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| متغیر | گروه آزمایش | گروه کنترل | p |
|---|---------------------|--------------|-------|
| سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار) | ۵۱/۱۳ ± ۲/۴۴ | ۵۱/۹۳ ± ۲/۱۲ | ۰/۳۴۷ |
| مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی (سال) (میانگین ± انحراف معیار) | ۵/۰۷ ± ۱/۴۸ | ۵/۰۰ ± ۱/۵۱ | ۰/۹۰۴ |
| تعداد فرزند | ۱ فرند | ۱ (۶/۷٪) | - |
| | ۲ فرزند | ۷ (۴۶/۷٪) | |
| | ۳ فرزند | ۷ (۴۶/۷٪) | |
| سطح تحصیلات | دیپلم | ۴ (۲۶/۷٪) | - |
| | فوق دیپلم | ۶ (۴۰/۰٪) | |
| | لیسانس | ۴ (۲۶/۷٪) | |
| | فوق لیسانس و بالاتر | ۱ (۶/۷٪) | |

آزمون: تی مستقل، * p < ۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان یائسه در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان $51/53 \pm 2/28$ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی آن‌ها $5/05 \pm 1/49$ سال بود. همچنین، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۲ نفر دارای ۱ فرزند، ۱۶ نفر دارای ۲ فرزند و ۱۲ نفر دارای ۳ فرزند بودند. علاوه بر این، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۹ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۱۲ نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۶ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۳ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی و فراوانی مشاهده‌شده آزمودنی‌ها در متغیر تعداد فرزند و سطح تحصیلات مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن، مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی، تعداد فرزند و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ($p > 0/05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیرهای کیفیت خواب ($F=1/990$) و سلامت روان‌شناختی ($F=2/343$) به ترتیب در سطح $0/388$ و $0/423$ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ($0/500$) متغیر کیفیت خواب در سطح خطای داده‌شده ($0/320$) و مقدار کرویت موخلی ($0/550$) متغیر سلامت روان‌شناختی در سطح خطای داده‌شده ($0/415$) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ($0/05$) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان یائسه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | تغییرات داخلی گروهی | تغییرات بین گروهی |
|---------------------------|------|------------------|-----------------|------------------|---------------------|-------------------|
| آزمایش | | $17/27 \pm 2/49$ | $18/7 \pm 2/23$ | $16/0 \pm 3/73$ | $< 0/001$ | $< 0/001$ |
| | | | ۱۳ | ۱۴ | P | P |
| کنترل | | $17/47 \pm 1/95$ | $16/0 \pm 2/09$ | $16/93 \pm 1/87$ | $P > 0/9$ | P |
| | | | ۱۷ | ۱۷ | | |
| سطح معنی‌داری بین گروه‌ها | | $p > 0/809$ | $p < 0/001$ | $p < 0/005$ | - | - |
| آزمایش | | $50/53 \pm 5/38$ | $48/0 \pm 4/80$ | $48/7 \pm 4/72$ | $< 0/001$ | $< 0/001$ |
| | | | ۴۴ | ۴۴ | P | P |
| کنترل | | $53/07 \pm 4/36$ | $50/0 \pm 3/37$ | $49/3 \pm 3/46$ | $P > 0/8$ | P |
| | | | ۵۳ | ۵۲ | | |
| سطح معنی‌داری بین گروه‌ها | | $p > 0/447$ | $p < 0/015$ | $p < 0/017$ | - | - |

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $p < 0/05$ *اختلاف معنادار

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/001$). علاوه بر این، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش با گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$).

اطلاعات بخش اول جدول ۴ در مورد متغیر کیفیت خواب بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر کیفیت خواب در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر کیفیت خواب ($0/63$) نشان می‌دهد که ۶۳٪ از تغییرات این متغیر مربوط تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر سلامت روان‌شناختی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر سلامت روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، بین زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر سلامت روان‌شناختی ($0/54$) نشان می‌دهد که ۵۴٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل زنان یائسه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

| متغیر | تأثیر | مقدار | F | فرضیه درجه آزادی | خطای درجه آزادی | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-------------|-------------|-------|-------|------------------------|--------------------|-----------------|---------------|
| کیفیت | زمان | ۰/۶۲ | ۶۳/۳۳ | ۲/۰ | ۲۷/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| خواب | زمان*مداخله | ۰/۶۳ | ۶۸/۵۲ | ۲/۰ | ۲۷/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| سلامت | زمان | ۰/۶۷ | ۲/۱۵ | ۲/۰ | ۲۷/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ |
| روان‌شناختی | زمان*مداخله | ۰/۶۴ | ۲/۰۶ | ۲/۰ | ۲۷/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ |

$p < 0/05$ * اختلاف معنادار

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی افراد در گروه آزمایش مثبت بود.

تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل در دسترس نبودن نتایج اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات و مسائل زنان یائسه مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو است. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم؛ بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه اثربخش است. رستم‌خانی و همکاران (۱۴۰۱)، ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱)، و منفردی و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش‌های خود نشان دادند که به ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، نوسانات خلقی؛ کیفیت خواب و بهبود عملکرد جنسی؛ و خلق‌وخو، کیفیت خواب و کیفیت زندگی اثربخش است که نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است.

در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود (Hayes, 2016) که در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۱) که در این پژوهش، کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی را بهبود بخشیده است.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک بودن حجم نمونه بود؛ و همچنین عدم هم‌تاسازی دقیق افراد در گروه‌های نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به‌منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به هم‌تاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی زنان یائسه، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان به‌صورت فردی و گروهی در زمینه بهبود خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه استفاده شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته است به زنان یائسه کمک کند تا مشکلات برآمده از یائسگی را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند که متعاقباً کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی آن‌ها کاهش پیدا کرده است.

۶- منابع

- ۱- آزادی، طیبه؛ ارغوانی، حنا؛ کارزانی، پروانه؛ و سایه میری، کوروش (۱۳۹۷). بررسی میانگین سن یائسگی در ایران - مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۶(۴)، ۸۵-۹۳. doi:10.29252/sjimu.26.4.85
- ۲- ابراهیمی، فرزانه؛ برقی ایرانی، زیبا؛ و علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نوسانات خلقی، کیفیت خواب و بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه. روان‌شناسی سلامت، ۱۱(۴۴)، ۷۳-۸۸.

doi:10.30473/hpj.2023.59513.5289

- ۳- بهبهانی، مریم؛ و قربان شیرودی، شهره (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش یائسه. روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۴)، ۳۶۹-۳۸۹. doi:10.52547/APS.2021.215680.0
- ۴- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ و شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲(۴)، ۱۹-۲۷.
- ۵- رستم‌خانی، فاطمه؛ قمری، محمد؛ باباخانی، وحیده؛ و مرقاتی خویی، عفت‌السادات (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۵(۲)، ۴۳۶-۴۴۹. doi:10.32598/jams.25.3.6806.1
- ۶- عقیلی، سیدمجتبی؛ داعی زنجانی، مریم؛ و بابایی، انسیه (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم اوزوموتور در زنان یائسه. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۱۰(۵)، ۱۶-۲۸. doi: 10.32598/shenakht.10.5.16
- ۷- کاظمی، زهرا؛ حسن‌زاده، رمضان؛ و حیدری، شعبان (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت. زن و مطالعات خانواده، ۱۵(۵۶)، ۱۶۷-۱۸۶. doi: 10.30495/jwsf.2021.1934430.1588
- 8- Naghan, P. A., Hassani, S., Sadr, M., Malekmohammad, M., Khoundabi, B., Setareh, J., ... & Seifi, S. (2020). Sleep disorders and mental health in menopausal women in Tehran. *Tanaffos*, 19(1), 31.
- 9- Akman, T., Yavuzsen, T., Sevgen, Z., Ellidokuz, H., & Yilmaz, A. U. (2015). Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh Sleep Quality Index. *European journal of cancer care*, 24(4), 553-559. doi:10.1111/ecc.12296
- 10- Alblooshi, S., Taylor, M., & Gill, N. (2023). Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 31(2), 165-173. doi:10.1177/103985622311654
- 11- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- 12- Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1998). Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of psychosomatic research*, 45(1), 5-13. doi:10.1016/S0022-3999(97)00298-5
- 13- Faubion, S. S., Ghaith, S., Kling, J. M., Mara, K., Enders, F., Starling, A. J., & Kapoor, E. (2023). Migraine and sleep quality: does the association change in midlife women?. *Menopause*, 30(4), 376-382. doi:10.1097/GME.0000000000002149
- 14- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. doi:10.1017/S0033291700021644
- 15- Hayes, S. C. (2016). *The ACT in context*. Routledge.
- 16- Hooper, S. C., Marshall, V. B., Becker, C. B., LaCroix, A. Z., Keel, P. K., & Kilpela, L. S. (2022). Mental health and quality of life in postmenopausal women as a function of retrospective menopause symptom severity. *Menopause*, 29(6), 707-713. doi:10.1097/GME.0000000000001961
- 17- Joe, G. W., Lehman, W. E., Rowan, G. A., Knight, K., & Flynn, P. M. (2019). The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of substance abuse treatment*, 102, 23-32. doi:10.1016/j.jsat.2019.03.011
- 18- Khatak, S., Gupta, M., Grover, S., & Aggarwal, N. (2022). Depression among peri-and post-menopausal women during COVID-19 pandemic in Chandigarh, North India: A study from community. *Journal of mid-life health*, 13(3), 233-240. doi:10.4103/jmh.jmh_92_22
- 19- Lee, S., Jeong, S., & Choi, Y. (2022). [Retracted] Effects of Psychological Well-Being and Depression on Menopausal Symptoms in Middle-Aged South Korean Women and the Necessity of Exercise. *Journal of Environmental and Public Health*, 2022(1), 6529393. doi:10.1155/2022/6529393
- 20- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3) E 14057. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e14057
- 21- Monfaredi, Z., Malakouti, J., Farvareshi, M., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of acceptance and commitment therapy on mood, sleep quality and quality of life in menopausal women: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 108. doi:10.1186/s12888-022-03768-8
- 22- Qi, D., & Wu, Y. (2018). Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine*, 205, 26-36. doi:10.1016/j.socscimed.2018.03.041
- 23- Toral, M. V., Godoy-Izquierdo, D., García, A. P., Moreno, R. L., de Guevara, N. M. L., Ballesteros, A. S., ... & García, J. F. G. (2014). Psychosocial interventions in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review of randomised and non-randomised trials and non-controlled studies. *Maturitas*, 77(2), 93-110. doi:10.1016/j.maturitas.2013.10.020

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sleep Quality and Psychological Health of Postmenopausal Women

Delshad Sadegnezhadei¹, Seyedeh Sima Mahdilou², Zahra Alizadeh³, Hadi Smkhani Akbarinejad^{4*}

1. Shabester Branch, Islamic Azad University, Shabester, Iran.
Sadgnezhadei.385@gmail.com
2. Shabester Branch, Islamic Azad University, Shabester, Iran.
Simamahdilou@gmail.com
3. Shabester Branch, Islamic Azad University, Shabester, Iran.
mohammadrezasartipi93@gmail.com
4. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)
Hadiakbarinejad@yahoo.com

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on sleep quality and psychological health in menopausal women. The research method was a semi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up phases with a control group. The statistical population of the study included all menopausal women referred to health centers in Tabriz in 2023. A total of 30 women were selected through convenient sampling and randomly assigned into two groups (each consisting of 15 participants). The experimental group received ACT in eight 1.5-hour sessions, while the control group received no treatment. Both groups completed the 19-question Pittsburgh Sleep Quality Index and 28-item Goldberg's general health questionnaires before, after, and 3 months after the intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test. The results indicated that ACT significantly improved sleep quality and psychological health in the post-test phase compared to the control group. These improvements were maintained at the follow-up stage. Acceptance and Commitment Therapy may effectively improve the sleep quality and psychological health of menopausal women.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Sleep Quality, Psychological Health, Menopausal Women.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

بررسی تأثیر ابعاد اعتبار اینفلوئنسرها، جذابیت و اعتماد و تخصص بر قصد خرید در صنعت زیبایی پوست با توجه به نقش واسطه‌ای درگیری مشتری

نازنین روستا^۱، احمد الهیاری^{۲*}، مهرداد شفیعی^۳

۱- کارشناسی ارشد رشته مدیریت بازرگانی- بازاریابی، موسسه آموزش عالی فاطمیه علیها السلام شیراز، شیراز، ایران.

nazanin.rousta@gmail.com

۲- گروه مدیریت موسسه آموزش عالی فاطمیه علیها السلام شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

alahyari.ahmad@gmail.com

۳- گروه مدیریت موسسه آموزش عالی فاطمیه علیها السلام شیراز، شیراز، ایران.

shafiee.fstp@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۰/۲۵]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۷/۱۲]

چکیده

بررسی تأثیر ابعاد اعتبار اینفلوئنسرها، جذابیت و اعتماد و تخصص بر قصد خرید در صنعت زیبایی پوست با توجه به نقش واسطه‌ای درگیری مشتری هدف اصلی در این پژوهش بررسی تأثیر ابعاد اعتبار اینفلوئنسرها، جذابیت و اعتماد و تخصص بر قصد خرید در صنعت زیبایی پوست با توجه به نقش واسطه‌ای درگیری مشتری است. این پژوهش بر مبنای هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و از بعد جمع‌آوری داده‌ها یک تحقیق توصیفی-پیمایشی محسوب می‌شود. جامعه آماری این تحقیق نیز عبارت‌اند از استفاده‌کنندگان از خدمات پوست و زیبایی در شهر شیراز که از طریق رسانه‌های اجتماعی (اینستاگرام) مرکز موردنظر خود را انتخاب کرده‌اند. حجم نمونه با توجه بزرگ بودن و عدم وجود آمار دقیق در مورد تعداد جامعه، بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر تعیین شد و روش نمونه‌گیری مورد استفاده، غیر تصادفی در دسترس بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد. در این پژوهش جهت آزمون فرضیه‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شد به این منظور، نرم‌افزارهای SmartPLS و SPSS مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد جذابیت و تخصص اینفلوئنسرها و همچنین درگیری مشتری بر قصد خرید در صنعت زیبایی پوست تأثیر مثبت و معنادار دارد. در این میان درگیری مشتری در رابطه بین ویژگی‌ها اینفلوئنسرها با قصد خرید نقش واسطه‌ای دارد.

واژگان کلیدی: جذابیت، اعتماد، اینفلوئنسرها.

۱- مقدمه

شبکه‌های اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین زیرمجموعه رسانه‌های اجتماعی، تشکیل شده از افرادی که به‌صورت گروهی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و اطلاعات، نیازها، فعالیت‌ها و نظرات خود را به اشتراک می‌گذارند. شبکه‌های اجتماعی از گروه‌هایی تشکیل می‌شوند که فردی یا سازمانی هستند و با یک یا چند نوع وابستگی خاص به یکدیگر متصل می‌شوند، بنابراین با توجه به تأثیر زیاد رسانه‌های اجتماعی بر کاربران و درواقع مصرف‌کنندگان کالا و خدمات، لازم است پژوهشگران بررسی کنند که چگونه کاربران برای انتخاب محصولات و برندهای موردنظر خود با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و نگرش خود را در مورد خرید در این شبکه‌ها بهبود می‌بخشند. سؤال مهمی که در اینجا مطرح است این است که آیا تأثیر افراد خاص در مدیریت روابط و تغییر نگرش و قصد خرید در این شبکه‌ها مؤثر است؟ (دربانیان و مکی، ۱۳۹۷).

زیرا امروزه به دلیل دسترسی آسان و سریع به شبکه‌های اجتماعی و درآمدزایی آسانی که اینفلوئنسرها می‌توانند از این فضا داشته باشند، به‌یک‌باره افرادی که خود را اینفلوئنسر می‌نامند و به دنبال کسب درآمد از کسب‌وکارها هستند، افزایش یافته است. از سوی دیگر، مدیران کسب‌وکار نیز به دنبال اینفلوئنسرها هستند تا کسب‌وکار خود را شناخته و طبیعتاً سود و درآمدزایی را افزایش دهند (Godey, Manthiou, Pederzoli, Rokka, Aiello, Donvito et al., 2016). در صورتی که بر اساس فرضیه این تحقیق، بین ویژگی‌های یک اینفلوئنسر و تصمیم مشتریان برای خرید از کسب‌وکار تبلیغ شده رابطه مثبت و معناداری وجود داشته باشد، مدیران کسب‌وکار می‌توانند با توجه به این موضوع، انتخاب مؤثرتری در بین این افراد داشته باشند. ویژگی‌های تأثیرگذاران و مشاغل خود را داشته باشند و می‌توانند از مزایای این مدل بازاریابی مانند کاهش هزینه‌های بازاریابی و افزایش سرعت بهره‌مند شوند.

از آنجایی که استفاده از این شبکه‌ها برای صاحبان مشاغل بسیار کم‌هزینه است، فرصت بسیار خوبی برای استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای بهبود کسب‌وکارها فراهم شده است. از این میان می‌توان به مکانیزم‌های بازاریابی، ارتباط با مشتریان و تبلیغات گسترده از طریق شبکه‌های اجتماعی اشاره کرد (Lou & Yuan, 2019). اگر بر اساس فرضیه این پژوهش، بین ویژگی‌های یک اینفلوئنسر با تصمیم‌گیری مشتریان برای خرید از کسب‌وکار تبلیغ شده رابطه مثبت و معناداری وجود داشته باشد، آنگاه مدیران کسب‌وکارها با توجه به ویژگی‌های اینفلوئنسرها می‌توانند انتخاب مؤثرتری از میان این افراد برای کسب‌وکارهایشان داشته باشند و می‌توانند از مزایای این مدل از بازاریابی مانند کاهش هزینه‌های بازاریابی و افزایش سرعت بهره‌مند گردند (Godey et al., 2016).

از آنجایی که رسانه‌ها، با تمرکز بر وبسایت‌های شبکه‌های اجتماعی، توسط کاربران زیادی برای مقاصد تعامل، سرگرمی، آگاهی، تفریح و... بسیار مورد استقبال قرار می‌گیرد، بنابراین دارای ظرفیت بالایی برای کسب‌وکارها در جهت جذب سریع و کم‌هزینه مشتریان بالقوه به شمار می‌رود؛ بنابراین ضرورت دارد در طی تحقیقاتی، ویژگی‌های نوآوری و پذیرش شبکه‌های اجتماعی که می‌توانند کاربران و مخاطبان را تحت تأثیر قرار دهند، مطالعه و بررسی شوند. بررسی تحقیقات داخلی نشان می‌دهد در زمینه بازاریابی شبکه‌ها و رسانه‌های اجتماعی خلأ تحقیقاتی مهم در زمینه علل و ویژگی‌هایی جذب مخاطبان به این شبکه‌ها و بالا بردن قصد خرید و بهبود نگرش نسبت به محصولات و برندها توسط مخاطبان است که همچنان در مورد آن‌ها تحقیقات زیادی انجام نشده است. در این میان یکی از مهم‌ترین ابعاد مدنظر در رسانه‌های اجتماعی به اذعان بسیاری از تحقیقات، وجود افراد تأثیرگذار یا به‌اصطلاح اینفلوئنسرهاست و با توجه به افزایش روزافزون تعداد اینفلوئنسرها در شبکه‌های اجتماعی، در صورتی که انتخاب اینفلوئنسرها توسط صاحبین کسب‌وکارها به‌درستی انجام گیرد، ظرفیت بالایی برای جذب بیشتر مصرف‌کنندگان برای خرید محصولات و خدمات برندهایی که از این افراد تأثیرگذار برای تبلیغات محصولات و خدمات خود بهره می‌برند، به وجود می‌آید. از دیگر سو، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد با وجود دسترسی راحت به شبکه‌های اجتماعی و درآمدزایی بالای اینفلوئنسرها از طریق بازاریابی مبتنی بر این شبکه‌ها، تعداد اینفلوئنسرها روزبه‌روز در حال افزایش است، اما نکته مهم آن است که اینفلوئنسرها بدون داشتن هیچ معیار و ویژگی

خاصی در حال تبلیغ برای کسب‌وکارها هستند و نیز مدیران مشاغل بدون داشتن هیچ‌گونه معیاری به اینفلوئنسرها اعتماد می‌کنند. تمامی این موارد الزام تحقیقاتی که به‌درستی ویژگی‌های افراد تأثیرگذار یا اینفلوئنسرها را بر نگرش مصرف‌کنندگان و قصد خرید آنان موردبررسی قرار دهد و نیز در کنار این ویژگی‌ها تعاملات مصرف‌کنندگان در شبکه‌های اجتماعی و انگیزش آنان را بررسی نماید، احساس می‌شود تا مدیران کسب‌وکارها بتوانند با دید روشنتری نسبت به ویژگی‌های این افراد در کسب‌وکار خود از آنان بهره ببرند و این‌گونه تحقیقات هنوز در حوزه تحقیقات داخلی زیاد موردتوجه قرار نگرفته و شکاف تحقیقاتی در مورد آن‌ها وجود دارد (Femenia-Serra, Gretzel & Alzua-Sorzabal, 2022).

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

در این قسمت به بحث در خصوص متغیرهای تحقیق می‌پردازیم برای این منظور در ابتدا رسانه‌های اجتماعی، افراد تأثیرگذار، قصد خرید و درگیری مشتری را شرح می‌دهیم و در نهایت پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه موردبررسی قرار می‌گیرد.

رسانه‌های اجتماعی به‌عنوان یک گروه از برنامه‌های کاربردی مبتنی بر اینترنت که بر روی پایه‌های فکری و فن‌آوری ساخته شده و ایجاد و تبادل محتوا توسط کاربر را میسر می‌سازد، شناخته می‌شوند (Kaplan & Haenlein, 2010). رسانه‌های اجتماعی یک یا چند وبسایت مجازی اجتماعی هستند که تعداد کاربران زیادی داشته و توانسته‌اند با سرعت به جذب بیشتر کاربران اینترنتی بیش از هر رسانه فردی بپردازند و با موتور جستجو و چت، پیام‌رسانی الکترونیک، اشتراک تصویر و صدا و... امکان ارتباط بیشتر در شبکه‌ای از افراد و گروه‌ها فراهم می‌آورد. این رسانه‌ها دارای هفت ویژگی توابع محتوایی، هویت، گفتگو، به اشتراک‌گذاری، حضور، روابط، شهرت می‌باشند (Kietzmann, Hermkens, McCarthy & Silvestre, 2011).

بازاریابی از طریق اینفلوئنسرها یا افراد مشهور، در طول تاریخ همیشه بخش بزرگی از دنیای تجارت بوده است. با گسترش دنیای اینترنت، این شیوه از بازاریابی به‌مرور مورد استفاده بیشتر قرار گرفت و حالا اینفلوئنسرها، بخشی اساسی و مهم از استراتژی‌های بازاریابی را شامل می‌شوند. در این استراتژی، از اینفلوئنسرها به‌عنوان اشخاص کلیدی یا رهبران عقیده برای هدایت آگاهی مصرف‌کنندگان از برند و تصمیمات خرید آن‌ها استفاده می‌نماید (Besharat, Whittle & Kashmiri, 2024). اینفلوئنسر مارکتینگ یا بازاریابی از طریق افراد مشهور، یکی از زیرمجموعه‌های ارتباطات بازاریابی است. در این شیوه، کسب‌وکارها می‌کوشند افراد مورد اعتماد و مشهوری را بیابند که بر تصمیم و رفتار مشتریانشان تأثیر گذاشته و به کمک آن‌ها اطلاعات محصول خود یا هر نوع پیام دیگر را که می‌تواند منجر به رفتارهای مطلوب (مثل خرید محصول) شود برای مخاطبان خود ارسال کنند. اینفلوئنسرهای شخصیت‌های آنلاین با تعداد زیادی دنبال‌کننده در یک یا چند پلتفرم رسانه اجتماعی هستند که بر دنبال‌کنندگان خود تأثیر بسزایی دارند (Lou & Yuan, 2019). تأییدکننده‌ی مشهور به خاطر دستاوردهایش در زمینه‌هایی غیر از طبقه‌بندی محصول (بازیگر، شخصیت ورزشی، سرگرمی و غیره) مورد تأیید عموم شناخته شده است، به عبارتی فرد مشهور کسی است که از شناخت عمومی برخوردار است و از این شناخت در تبلیغات به‌منظور به رسمیت شناختن محصولات استفاده می‌کند (Mukherjee, 2009). با استفاده از تأییدکنندگان مشهور در تبلیغات می‌توان تأثیر تبلیغات، شناخت برند، نگرش نسبت به برند، یادآوری برند، ارزیابی محصول، اهداف خرید و رفتارهای مخاطبان را تحت تأثیر قرار داد (Yang, 2018).

قصد خرید شاخصی است که احتمال خرید برند توسط مصرف‌کننده را نشان می‌دهد. (Bian & Yan, 2022). با توجه به فرایند تصمیم خرید، در مرحله ارزیابی گزینه‌های مختلف، مصرف‌کننده برندهای مختلف را درجه‌بندی می‌کند و قصد خرید در او ایجاد می‌شود. به‌طورکلی تصمیم مشتری برای خرید بر این اساس استوار است که باید بهترین برند خریداری شود. ولی عمدتاً بین

قصد خرید و تصمیم خرید دو تا عامل قرار می‌گیرد: اولین عامل عقیده دیگران و عامل دوم عوامل پیش‌بینی نشده موقعیتی است. از آن جمله می‌توان به عواملی نظیر درآمد مورد انتظار و مزایای مورد انتظار کالا اشاره کرد (Gao, Zeng & Cheng, 2022).

تعاریف متعددی از درگیری ذهنی وجود دارد، اما مرکز ثقل این مفهوم وابستگی یا دل‌بستگی شخصی است و توافق عمومی وجود دارد که سطح درگیری ذهنی مصرف‌کننده نسبت به یک هدف، بر اساس میزان اهمیت آن از نظر شخص تعیین می‌شود (Hayman & Arzy, 2021). درگیری ذهنی مصرف‌کننده، تشریح می‌کند که چرا مصرف‌کنندگان به برخی از فعالیت‌های خرید بیش از سایر فعالیت‌ها علاقه‌مندند (Fournier, 1998).

شکرچی‌زاده و ولیخانی (۱۴۰۰) پژوهشی با عنوان تأثیر ویژگی‌های تأثیرگذاران رسانه‌های اجتماعی بر قصد خرید آنلاین از طریق نقش میانجی نگرش به تبلیغ و برند (مورد مطالعه: دنبال کنندگان صفحات پوشاک چرم در اینستاگرام) انجام دادند. هدف این پژوهش بررسی تأثیر ویژگی‌های اینفلوئنسرهای رسانه‌های اجتماعی بر قصد خرید آنلاین با در نظر گرفتن نقش میانجی نگرش به تبلیغ و نگرش به برند بوده است. رخشانی زاده، فتاحی امین و خلیلی نصر (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان بررسی ویژگی‌های افراد اینفلوئنسر شبکه‌های اجتماعی بر قصد خرید کاربران (مطالعه موردی: صنعت پوشاک در اینستاگرام) انجام دادند. این پژوهش به دنبال عوامل قصد خریدی است که افراد تأثیرگذار رسانه‌های اجتماعی در صنعت پوشاک و لباس دارند. خشایار مقدم، طوسی لطف‌آبادی و مقدسی (۱۳۹۸) در تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر علاقه و اعتماد به بازاریابی افراد تأثیرگذار بر تصویر برند در شبکه‌های اجتماعی (مورد مطالعه: کاربران اینستاگرام در ایران)، عنوان نموده است در بررسی جایگاه شبکه‌های اجتماعی عوامل مؤثری می‌تواند جالب توجه باشد. یکی از مواردی که در تحقیقات داخلی کمتر به آن پرداخته شده است، تأثیر افراد مشهور و تأثیرگذار بر تصویر برند است. برای این منظور شبکه اجتماعی اینستاگرام به عنوان نمونه مطالعاتی انتخاب شده است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر علاقه و اعتماد به افراد تأثیرگذار در شبکه‌های اجتماعی است در بنیان و مکی (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر عملکرد کسب‌وکار»، عنوان می‌کنند که استفاده از شبکه‌های اجتماعی در کسب‌وکار مزایای بسیار و معایب محدودی دارد، در حدی که معایب آن در مقابل مزایای آن قابل چشم‌پوشی است.

آل‌فراج، آلاوان، ابیدات، باعبدالله، آلد‌مور و الحداد^۱ (۲۰۲۰) پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر ابعاد اعتبار اینفلوئنسرها: جذابیت، اعتماد و تخصص بر قصد خرید در صنعت زیبایی پوست انجام دادند. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی فالوورهای کلینیک‌های پوست زیبایی در اکانت اینستاگرام خود است. لیم و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی با عنوان تأثیر تأثیرگذاران رسانه‌های اجتماعی بر قصد خرید و تأثیر واسطه‌گری نگرش مشتری؛ عنوان کرده‌اند تأثیرگذاران رسانه‌های اجتماعی برای اولین بار در زمینه تبلیغات بخصوص برای ایجاد بازار در بازارهای جوان و در حال گسترش رسانه‌های اجتماعی در مشاغل مورد بررسی قرار گرفته است. پروبسترو^۲ (۲۰۱۸) در تحقیقی با عنوان تأثیر اینفلوئنسرها بر اهداف خرید، عنوان کرده است افزایش استفاده از اینفلوئنسرها به عنوان یک ابزار بازاریابی منجر به صنعتی شدن YouTube و بازاریابی مجدد شده. الالوان^۳ (۲۰۱۸) در تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر ویژگی‌های تبلیغات رسانه‌های اجتماعی بر قصد خرید مشتری، عنوان کرده است رسانه‌های اجتماعی به‌طور فزاینده‌ای به عنوان بستری برای انجام فعالیت‌های بازاریابی و تبلیغات مورد استفاده قرار می‌گیرند. لو و یوان (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان بازاریابی تأثیرگذار: چگونگی تأثیر ارزش و اعتبار پیام بر اعتماد مشتری به محتوای مارک‌دار در رسانه‌های اجتماعی، مدلی را برای درک مکانیسم تأثیر بازاریابی تأثیرگذار بر رفتار مصرف‌کنندگان از طریق رسانه‌های اجتماعی ارائه نمودند (Zhang & Luo, 2024). لو و یوان (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان تأثیر رسانه‌های اجتماعی بر قصد خرید کاربران اینستاگرام: صنعت مد، عوامل شخصی تأثیرگذارهای شبکه‌های اجتماعی که در خرید

1 AlFarraj, Alalwan, Obeidat, Baabdullah, Aldmour & Al-Haddad

2 Parasuraman

3 Alalwan

کاربران اینستاگرام در صنعت پوشاک مد نقش دارد را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش متغیرهای قابلیت اطمینان، تخصص، شباهت، آشنایی و دوست‌داشتنی بودن مورد مطالعه قرار گرفت.

۳- روش‌شناسی

این پژوهش بر مبنای هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی است. همچنین این پژوهش از بعد جمع‌آوری داده‌ها یک تحقیق توصیفی-پیمایشی محسوب می‌شود، چراکه از طریق مطالعات میدانی و پرسشنامه محقق ساخته نسبت به جمع‌آوری داده‌ها پرداخته است. جامعه آماری این تحقیق نیز عبارت‌اند از ۳۸۴ نفر از استفاده‌کنندگان خدمات پوست و زیبایی در شهر شیراز که از طریق رسانه‌های اجتماعی (اینستاگرام) مرکز مورد نظر خود را انتخاب کرده‌اند. در این تحقیق برای بررسی از دو معیار روایی (همگرا و واگرا) و پایایی (آلفای کرونباخ و پایایی مرکب) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و SmartPLS استفاده شد.

۴- یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش اکثریت افراد نمونه زن (۶۸/۲ درصد) بوده‌اند و (۱۸۲ نفر معادل ۴۷/۴ درصد) کمتر از دو ساعت در روز از اینستاگرام استفاده کرده‌اند. بر اساس یافته‌های پژوهش تحصیلات اکثریت افراد نمونه کارشناسی (۴۳.۲۳ درصد) بوده است. درگیری مشتری بر قصد خرید در صنعت زیبایی پوست تأثیر مثبت و معنادار داشت همچنین درگیری مشتری در رابطه بین ویژگی‌ها اینفلوئنسرها با قصد خرید نقش واسطه‌ای داشت.

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین جذابیت برابر ۸/۶۳ و انحراف استاندارد برابر ۲/۹۵ است. میانگین اعتماد برابر ۹/۸۴ و انحراف استاندارد برابر ۳/۴۵ است. میانگین قصد خرید برابر ۲۴/۷۲ و انحراف استاندارد برابر ۵/۹۳ است. درگیری مشتری برابر ۱۹/۰۰ و انحراف استاندارد برابر ۶/۹۵ است.

جدول ۱ - ماتریس فورتل - لارکر

| اعتبار اینفلوئنسر | تخصص اینفلوئنسر | جذابیت اینفلوئنسر | درگیری مشتری | قصد خرید |
|-------------------|-----------------|-------------------|--------------|----------|
| ۰/۸۷۳ | | | | |
| | ۰/۸۹۱ | | | |
| | | ۰/۸۴۰ | | |
| | | | ۰/۷۱۸ | |
| | | | | ۰/۸۳۶ |
| ۰/۷۲۵ | ۰/۰۷۳ | ۰/۵۳۰ | ۰/۶۲۰ | |
| ۰/۱۰۲ | ۰/۱۳۶ | ۰/۳۹۵ | ۰/۵۷۱ | ۰/۳۶۷ |

همان‌طور که مشخص است مقادیر موجود در روی قطر اصلی ماتریس، از کلیه مقادیر موجود در ستون مربوط آن بزرگ‌تر است و نشان‌دهنده آن است که در مدل ما دارای اعتبار تشخیص مناسبی است.

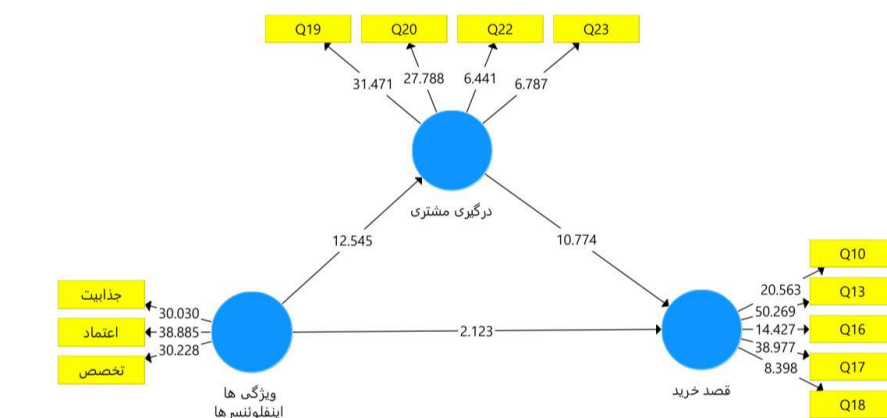
جدول ۲ - نتایج اجرای مدل معادلات ساختاری

| متغیر مستقل | متغیر وابسته | ضریب مسیر | آماره t | معناداری |
|-------------|--------------|-----------|---------|---------------------------------|
| درگیری | قصد خرید | ۰/۵۸۵ | ۱۱/۲۳۳ | رابطه مثبت و معناداری وجود دارد |

جدول ۳- ضرایب مسیر برآورده شده

| T | ضریب | | |
|--------|-------|---|-----------|
| ۱۰/۷۷۴ | ۰/۵۲۹ | درگیری مشتری > قصد خرید | مستقیم |
| ۱۲/۵۴۵ | ۰/۵۱۶ | ویژگی‌ها اینفلوئنسرها > درگیری مشتری | |
| ۰/۱۲۳ | ۰/۱۲۳ | ویژگی‌ها اینفلوئنسرها > قصد خرید | |
| ۰/۲۳۹ | ۰/۲۷۴ | ویژگی‌ها اینفلوئنسرها > درگیری مشتری > قصد خرید | غیرمستقیم |

با توجه به حاصل شدن مقدار ۰/۴۴۲ برای GoF نشان از برازش قوی مدل دارد. با توجه به تأیید مناسب بودن برازش مدل، ضرایب مسیر برآورد شده ارائه شدند.



شکل ۱- بوت استرپ (مقادیر T)

۵- بحث و نتیجه‌گیری

درگیری مشتری بر قصد خرید در صنعت زیبایی پوست تأثیر مثبت و معنادار دارد. این یافته بدان معنی است که افزایش درگیری مشتری نهایتاً قصد خرید را در صنعت زیبایی پوست ارتقا می‌دهد. یافته‌های این پژوهش در این بخش با یافته‌های دربانیان و مکی (۱۳۹۷)، لیم و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. هرچه دنبال‌کنندگان صفحات زیبایی پوست به واسطه مواجهه زیاد با پست‌ها، ویدئوها و استوری‌های اینفلوئنسرها آشنایی بیشتری با آن‌ها داشته باشند، نگرش مثبتی به تبلیغات آن‌ها پیدا می‌کنند و در نهایت به خرید ترغیب خواهند شد. درگیری مشتری در رابطه بین ویژگی‌ها اینفلوئنسرها با قصد خرید نقش واسطه‌ای دارد. در خصوص تبیین این یافته باید گفت مادامی که دنبال‌کنندگان صفحات پوست، اینفلوئنسر را فردی متخصص، قابل اعتماد و جذاب بدانند، معتقدند که دانش و تجربه کافی در این زمینه دارد و توصیه او به خرید این محصولات به دلیل شناخت و تجربه قبلی اوست و بنابراین، نگرش مثبتی و درگیری ر در ذهن آن‌ها شکل می‌گیرد. یافته‌های حاصل از پژوهش سکولوا و پرز^۱ (۲۰۲۱) حاکی از آن بود که اینفلوئنسرهایی که در رسانه‌ها به تخصص و قابل اعتماد بودن معروف‌اند، تأثیر بیشتری بر رفتارهای پیروان خود خواهند داشت؛ چراکه پیام‌هایی که منابع معتبر ارائه می‌کنند، ترغیب‌کننده‌تر است و بر نگرش‌ها و رفتار افراد تأثیرگذار خواهد بود.

بر اساس یافته‌های پژوهش ضریب غیرمستقیم اعتبار اینفلوئنسرها به قصد خرید از طریق درگیری مشتری برابر با ۰/۲۷۴ و مقدار آماره t برابر با ۹/۲۳۹ است که نشان‌دهنده معناداری مدل است در نتیجه فرضیه حاضر مورد تأیید قرار می‌گیرد. در خصوص تبیین این یافته باید گفت مادامی که دنبال‌کنندگان صفحات پوست، اینفلوئنسر را فردی متخصص، قابل اعتماد و جذاب بدانند، معتقدند که دانش

¹ Sokolova & Perez

و تجربه کافی در این زمینه دارد و توصیه او به خرید این محصولات به دلیل شناخت و تجربه قبلی اوست و بنابراین، نگرش مثبتی و درگیری ر در ذهن آن‌ها شکل می‌گیرد. یافته‌های حاصل از پژوهش سوکولوا و پرز (۲۰۲۱) حاکی از آن بود که اینفلوئنسرهایی که در رسانه‌ها به تخصص و قابل اعتماد بودن معروف اند، تأثیر بیشتری بر رفتارهای پیروان خود خواهند داشت؛ چراکه پیام‌هایی که منابع معتبر ارائه می‌کنند، ترغیب کننده تر است و بر نگرش‌ها و رفتار افراد تأثیرگذار خواهد بود. در صورت اعتماد خریدار به افراد مشهور، آنها می‌توانند تصمیم خرید مصرف کنندگانی را که از آنها پیروی می‌کنند، تغییر دهند و آنها را مجبور به پذیرش پیشنهادهای خود کنند در صورت اعتماد خریدار به افراد مشهور، آنها می‌توانند تصمیم خرید مصرف کنندگانی را که از آنها پیروی می‌کنند، تغییر دهند و آنها را مجبور به پذیرش پیشنهادهای خود کنند (Pachur & Scheibehenne, 2017). از سوی دیگر، آشنایی هرچه بیشتر فرد مشهور با پیروانش سبب افزایش اعتماد آن‌ها خواهد شد (Hyatt, 2015). به این معنی که اگر مصرف‌کننده بین خود و فرد مشهور رابطه آشنایی پیدا کند (درگیری بالاتری داشته باشد)، اعتماد بیشتری نشان می‌دهد که این امر تأثیر مثبت بر خرید خواهد داشت. (رخشانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه کاربران اینستاگرامی بالاتر از ۱۵ سال آشنایی کاربران با اینفلوئنسر می‌تواند تأثیر معناداری بر قصد خرید داشته باشد. مطابق با نظریه توازن، مادامی که شرکت‌های فعال در حوزه پوست و زیبایی از اینفلوئنسرهایی استفاده کنند که از بیشترین وجهه مثبت نزد دنبال کنندگان برخوردارند، پیوند احساسی قوی بین دنبال کننده و اینفلوئنسر شکل می‌گیرد و احتمال ترغیب به خرید محصول بیشتر می‌شود.

۶- منابع

- ۱- خشایار مقدم، لویزا؛ طبسی لطف‌آبادی وحیده؛ و مقدسی، علیرضا (۱۳۹۸). بررسی تأثیر علاقه و اعتماد به بازاریابی افراد تأثیرگذار بر تصویر برند در شبکه‌های اجتماعی (مورد مطالعه: کاربران اینستاگرام در ایران). پایان‌نامه کارشناسی ارشد موسسه آموزش عالی تابران.
- ۲- دربانیان، رضا؛ و مکی، منوچهر (۱۳۹۷). تأثیر درگیری و قصد خرید مجدد مصرف‌کنندگان. اولین همایش ملی کارآفرینی، چالوس.
- ۳- رخشانی‌زاده، محمد؛ و فتاحی امین، امیر محمد؛ و خلیلی نصر، آرش (۱۳۹۹). بررسی ویژگی‌های افراد اینفلوئنسر شبکه‌های اجتماعی بر قصد خرید کاربران (مطالعه موردی: صنعت پوشاک در اینستاگرام). کنفرانس بین‌المللی مطالعات بین‌رشته‌ای در مدیریت و مهندسی، تهران.
- ۴- شکرچی‌زاده، زهرا؛ و ولیخانی، زهرا (۱۴۰۰). تأثیر ویژگی‌های تأثیرگذاران رسانه‌های اجتماعی بر قصد خرید آنلاین از طریق نقش میانجی نگرش به تبلیغ و برند (مورد مطالعه: دنبال کنندگان صفحات پوشاک چرم در اینستاگرام). *تحقیقات بازاریابی نوین*، ۱۱(۴)، ۱۵۷-۱۷۶. doi:10.22108/NMRJ.2022.129037.2464
- ۵- کافی، مهدی؛ و رحیم‌نیا، فریبرز (۱۳۹۷). بازاریابی چریکی سبز به‌عنوان مزیتی رقابتی. اولین همایش ملی مدیریت و اقتصاد با رویکرد اقتصاد مقاومتی.

- 6- Alalwan, A. A. (2018). Investigating the impact of social media advertising features on customer purchase intention. *International journal of information management*, 42, 65-77. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2018.06.001
- 7- AlFarraj, O., Alalwan, A. A., Obeidat, Z. M., Baabdullah, A., Aldmour, R., & Al-Haddad, S. (2021). Examining the impact of influencers' credibility dimensions: attractiveness, trustworthiness and expertise on the purchase intention in the aesthetic dermatology industry. *Review of International Business and Strategy*, 31(3), 355-374. doi:10.1108/RIBS-07-2020-0089
- 8- Besharat, A., Whitler, K. A., & Kashmiri, S. (2024). When CEO pay becomes a brand problem. *Journal of Business Ethics*, 190(4), 941-973. doi:10.1007/s10551-023-05394-0
- 9- Bian, W., & Yan, G. (2022). Analyzing intention to purchase brand extension via brand attribute associations: the mediating and moderating role of emotional consumer-brand relationship and brand commitment. *Frontiers in Psychology*, 13, 884673. doi:10.3389/fpsyg.2022.884673

- 10- Femenia-Serra, F., Gretzel, U., & Alzua-Sorzabal, A. (2022). Instagram travel influencers in quarantine: Communicative practices and roles during COVID-19. *Tourism Management*, 89, 104454. **doi:10.1016/j.tourman.2021.104454**
- 11- Fournier, S. (1998). Consumers and their brands: Developing relationship theory in consumer research. *Journal of consumer research*, 24(4), 343-373. **doi:10.1086/209515**
- 12- Gao, P., Zeng, Y., & Cheng, Y. (2022). The formation mechanism of impulse buying in short video scenario: perspectives from presence and customer inspiration. *Frontiers in Psychology*, 13, 870635. **doi:10.3389/fpsyg.2022.870635**
- 13- Godey, B., Manthiou, A., Pederzoli, D., Rokka, J., Aiello, G., Donvito, R., & Singh, R. (2016). Social media marketing efforts of luxury brands: Influence on brand equity and consumer behavior. *Journal of business research*, 69(12), 5833-5841. **doi:10.1016/j.jbusres.2016.04.181**
- 14- Hayman, M., & Arzy, S. (2021). Mental travel in the person domain. *Journal of Neurophysiology*, 126(2), 464-476. **doi:10.1152/jn.00695.2020**
- 15- Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business horizons*, 53(1), 59-68. **doi:10.1016/j.bushor.2009.09.003**
- 16- Kietzmann, J. H., Hermkens, K., McCarthy, I. P., & Silvestre, B. S. (2011). Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media. *Business horizons*, 54(3), 241-251. **doi:10.1016/j.bushor.2011.01.005**
- 17- Lou, C., & Yuan, S. (2019). Influencer marketing: How message value and credibility affect consumer trust of branded content on social media. *Journal of interactive advertising*, 19(1), 58-73. **doi:10.1080/15252019.2018.1533501**
- 18- Mukherjee, D. (2009). Impact of celebrity endorsements on brand image. *Available at SSRN 1444814*.
- 19- Pachur, T., & Scheibehenne, B. (2017). Unpacking buyer-seller differences in valuation from experience: A cognitive modeling approach. *Psychonomic Bulletin & Review*, 24, 1742-1773. **doi:10.3758/s13423-017-1237-4**
- 20- Parasuraman, A. (2000). Technology Readiness Index (TRI): A multiple item scale to measure readiness to embrace new technologies. *Journal of Service Research*, 2(4), 307-320. **doi:10.1177/109467050024001**
- 21- Sokolova, K., & Perez, C. (2021). You follow fitness influencers on YouTube. But do you actually exercise? How parasocial relationships, and watching fitness influencers, relate to intentions to exercise. *Journal of retailing and consumer services*, 58, 102276. **doi:10.1016/j.jretconser.2020.102276**
- 22- Yang, W. (2018). Star power: the evolution of celebrity endorsement research. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(1), 389-415. **doi:10.1108/IJCHM-09-2016-0543**
- 23- Zhang, H., & Luo, X. (2024). Exploring how IP marketing (media marketing) influences consumer shopping psychology through quantitative and empirical analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1292636. **doi:10.3389/fpsyg.2024.1292636**

Investigating the Impact of Influencers' Credibility Dimensions, Attractiveness, Trust, and Expertise on Purchase Intention in the Skin Beauty Industry Considering the Mediating Role of Customer Engagement

Nazanin Rousta¹, Ahmad Allahyari^{2*}, Mehrdad Shafiee³

1- Master of Business Administration-Marketing, Fatemiyeh Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz. Iran.

nazanin.rousta@gmail.com

2- Department of Management of Fatemiyeh Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz. Iran. (Corresponding Author)

alahyari.ahmad@gmail.com

3- Management Department of Fatemiyeh Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz. Iran.

shafiee.fstp@yahoo.com

Abstract

The main objective of this research is to investigate the impact of influencers' credibility dimensions, attractiveness, trust, and expertise on purchase intention in the skin beauty industry, considering the mediating role of customer engagement. This research is applied in nature and is a descriptive survey study in terms of data collection. The statistical population of this research includes users of skin and beauty services in Shiraz who chose their preferred center via social media platforms, specifically Instagram. Due to the large size of the population and the lack of precise statistics, the sample size was determined to be 384 people based on Cochran's formula, and a non-random convenience sampling method was used. A researcher-made questionnaire was used for data collection. In this research, structural equation modeling was used to test the hypotheses, and for this purpose, SmartPLS and SPSS software were utilized. The research findings indicated that the attractiveness and expertise of influencers have a significant positive impact on purchase intention in the skin beauty industry. In this context, customer engagement plays a mediating role in the relationship between influencers' characteristics and purchase intention.

Keywords: Attractiveness, Trust, Influencers.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

رابطه بین هیجان تحصیلی و اهمال کاری تحصیلی در بین نوجوانان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان گرگان

مریم سادات موسوی^۱، اکرم ثناگو^{۲*}

۱- واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

Maryam.moosavi1990@gmail.com

۲- دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. (نویسنده مسئول)

akramsananagoo@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۸/۷]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۵/۱۷]

چکیده

هدف از این تحقیق پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی از طریق هیجان‌های تحصیلی دانش آموزان دختر متوسطه دوم بود. این پژوهش بر حسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان گرگان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ که تعداد آن‌ها بالغ بر ۴۵۰۱ نفر بود؛ که تعداد نمونه بر اساس جدول مورگان تعداد نمونه برابر ۳۵۴ نفر از دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار تحقیق در این پژوهش پرسش‌نامه استاندارد بود که برای اهمال‌کاری از پرسشنامه اهمال‌کاری تحصیلی سواری، برای سنجش هیجان‌های تحصیلی از پرسشنامه پکران و همکاران استفاده شد. بعد از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، نمرات شرکت‌کنندگان با استفاده از روش همبستگی پیرسون و سپس تحلیل رگرسیون چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای تحقیق معنادار بود. نتایج نشان می‌دهد مدل رگرسیون به روش هم‌زمان (Enter) متغیرهای هیجان‌های مثبت ($\beta=0/463$)، هیجان‌های منفی ($\beta=0/131$)، و هیجان‌های تحصیلی ($\beta=0/117$) پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار اهمال‌کاری تحصیلی هستند ($P<0/001$). پژوهش نشان داد که متغیرهای هیجان‌های مثبت، هیجان‌های منفی، و هیجان‌های تحصیلی پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار اهمال‌کاری تحصیلی هستند.

واژگان کلیدی: اهمال‌کاری تحصیلی، هیجان‌های تحصیلی، دانش آموزان، دختر، متوسطه دوم.

۱- مقدمه

اهمال کاری اگرچه بخشی از رفتار تمامی انسان‌ها است ولی یک صفت نامطلوب و منفی تلقی می‌شود. گرایش و عادت مخرب در جهت به تعویق انداختن کارهای ضروری زندگی تعریف شده است (He, 2017). این رفتار زمانی که شدت می‌یابد و به صورت عادت درمی‌آید، می‌تواند مسئله‌ساز باشد. اهمال کاری جلوه‌های گوناگونی دارد، اما متداول‌ترین آن اهمال کاری تحصیلی است (Moon & Illingworth, 2005).

اهمال کاری تحصیلی به مفهوم به تعویق انداختن برنامه‌ها و فعالیت‌های تحصیلی است. به‌طور کلی اهمال کاری تحصیلی سبب آینده محول کردن تصمیمات و فعالیت‌های تحصیلی در میان دانش آموزان است (قاسمی، ۱۴۰۱). فراگیران ممکن است قصد انجام دادن فعالیت تحصیلی را در زمان مشخص شده و مورد انتظار داشته باشند ولی نمی‌توانند برای انجام دادن آن در خود انگیزه کافی ایجاد کنند (Ferrari & Díaz-Morales, 2007). اهمال کاری تحصیلی بر میزان یادگیری و بر موفقیت فعلی و آتی فراگیران تأثیر منفی می‌گذارد. تأخیر در شروع و اتمام تکالیف باعث خواهد شد تا یادگیری در فرصت‌های مناسب از دست برود؛ و فرد مطالعه و انجام تکالیف را به زمان نامناسب و همواره با محدودیت پیگیری کند که این مسئله در فرایند یادگیری اختلال به وجود می‌آورد. افزایش استرس و ارتکاب اشتباهات فراوان در انجام تکالیف و فرایند یادگیری می‌گردد (Ferrari, 1991). اگرچه عوامل فراوانی برافت تحصیلی دانش آموزان و دانشجویان مؤثر است، اما می‌توان بخشی از این افت را به عدم به‌کارگیری رویکرد مناسب مطالعه و عدم کنترل هیجان‌های تحصیلی مفید و مؤثر نسبت داد (محمدی و مهاجران، ۱۴۰۰). علی‌رغم این‌که اهمال کاری در همه انواع تکالیف روزمره اتفاق می‌افتد. اهمال کاری تحصیلی در دانش آموزان زیاد است و عاملی تعیین‌کننده در پیشرفت تحصیلی و موفقیت محسوب می‌شود. اهمال کاری تحصیلی در تکالیف مرتبط با زندگی تحصیلی، پدیده شایعی در بین حدود ۷۰ درصد دانش آموزان است. دانش‌آموزانی که نسبت به موفقیت و پیشرفت از انگیزش پایینی برخوردارند، به‌سختی کار نمی‌کنند. در واقع انگیزش نیز به‌طور مستقیم عملکرد تحصیلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تفاوت بین به تعویق انداختن معمولی کارها و اهمال کاری، در پیامدهای منفی است که اهمال کاری به دنبال دارد. به عبارتی، در اهمال کاری نه تنها زمان انجام کار منقضی می‌شود، بلکه فرد اهمال کار دچار پیامدهای هیجانی و بدنی بسیاری از جمله احساس گناه، افسردگی، اضطراب و خستگی می‌شود (Moon & Illingworth, 2005).

هیجان‌ها یکی از ابعاد شخصیتی دانش آموزان هستند که آن‌ها در تمامی فرآیند یادگیری و در موقعیت‌های تحصیلی مختلف تجربه می‌کنند. در هیجان‌های تحصیلی عبارت است از فراز و نشیب‌هایی که دانش‌آموز در کلاس درس و در کلاس درس و در رابطه با موضوعات درسی تجربه می‌کنند (رحمتی، ابوالمعالی الحسینی و میرهاشمی، ۱۴۰۲). یکی از عوامل انگیزشی مؤثر بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان، هیجان‌های تحصیلی آنان است. هیجان‌های بسیاری که مرتبط با یادگیری و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان است به‌عنوان هیجان‌های تحصیلی در نظر گرفته می‌شوند (Putwain, Becker, Symes & Pekrun, 2018). هیجان‌ها و احساس‌ها از جمله ابعاد شخصیتی دانش‌آموز هستند که در سراسر فرایند یادگیری حضور دارند و بر خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان تأثیرگذارند. هیجان‌های تحصیلی به‌عنوان هیجان‌هایی که مستقیماً در پیوند با فعالیت‌های پیشرفت یا پیامدهای پیشرفت هستند، تعریف می‌شود (Zhang, Gan, & Cham, 2007).

با توجه به کارکردهای هیجان‌ات تحصیلی، نیاز به بررسی ابعاد مختلف این متغیر در جهت کاهش اهمال کاری تحصیلی به‌خوبی مشاهده می‌گردد. نبود تحقیقات جامع در این حوزه ضمن کاهش شواهد علمی، سبب گردیده است تا برنامه‌ریزی‌ها در خصوص کاهش میزان اهمال کاری تحصیلی دانش‌آموزان با موفقیت‌های مناسب همراه نباشد. از این‌رو عدم شناسایی متغیرهای اثرگذار بر اهمال کاری تحصیلی دانش آموزان، روند کاهش اهمال کاری تحصیلی آنان را با مخاطرات جدی مواجه نموده است. از این‌رو تحقیق

حاضر ضمن پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی از طریق هیجان‌های تحصیلی دانش‌آموزان، سعی در پاسخ به این سؤال دارد که آیا اهمال‌کاری تحصیلی از طریق هیجان‌های تحصیلی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

تعلل ورزی با توجه به پیچیدگی و مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری آن، تظاهرات گوناگونی دارد که عبارت‌اند از تحصیلی، تصمیم‌گیری، روان رنجورانه، وسواس گونه که متداول‌ترین شکل آن تعلل ورزی تحصیلی است. این نوع تعلل ورزی تمایل غالب و همیشگی فراگیران برای به تعویق انداختن فعالیت‌های تحصیلی تعریف شده که تقریباً همیشه با اضطراب توأم است. مفهوم اهمال‌کاری در حوزه‌های عمومی و تحصیلی مورد بررسی قرار گرفته است و آنچه در پژوهش حاضر مدنظر است اهمال‌کاری تحصیلی و پیامدهای منفی مرتبط با رفتاری تعویقی که البته بیشتر بر پیشرفت تحصیلی آنان تأثیر می‌گذارد رنج است. دانش‌آموزان سطوح بالاتر میزان اهمال‌کاری بیشتری را نشان می‌دهند (قاسمی، ۱۴۰۱).

پیامد اهمال‌کاری را تنش و اضطراب، عملکرد سطح پایین در تکالیف تحصیلی همچون امتحانات ضعیف و نمرات پایین در تکالیف درسی معرفی کرده‌اند (قاسمی، ۱۴۰۱). نیز از دست دادن فرصت‌ها، عدم کوشش، انجام کار در آخرین لحظه و دیروقت، کار ناقص و غیر کافی، اضطراب، احساس غضب و خشم در خود و دیگران، سطوح پایین عزت‌نفس و خودکارآمدی را پیامدهای اهمال‌کاری برمی‌شمرد و عنوان می‌کند که اهمال‌کاری به اضطراب، ترس از شکست، افسردگی و احساس گناه و عزت‌نفس پایین مرتبط است (Weinstein, 2002).

اهمال‌کاری بر خودباوری، حواس‌پرتی، تکانشی بودن، خودکنترلی و رفتارهای سازمان‌دهی شده اثر می‌گذارد. دانشجویان را تنبل و منفعل می‌سازد و تمایل به تأخیر داشتن و به تعویق انداختن امور را در آن‌ها گسترش می‌دهد. افراد دارای تعلل بالا را دارای ویژگی‌هایی چون ترس از شکست، داشتن چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه، عدم آگاهی از خود و توانایی‌های خود و خودکارآمدی پایین می‌دانند (حسینی و خیر، ۱۳۹۰). یکی از ابعاد وجود انسان را هیجان‌ها تشکیل می‌دهند. هیجان و تنظیم هیجانی نقش مهمی در رفتارهای بیرونی فرد ایفا می‌کند. نقش هیجان‌ها در زندگی ما چنان برجسته و چشمگیر است که تصور فقدان آن‌ها ممکن نیست، دنیای رنگارنگ ما بدون هیجان دچار بی‌رنگ خواهد بود، یک بی‌رنگی ملال‌آور، مانند این‌که در یک کشتی ساکن، بی‌هدف و بدون انگیزه‌ای برای فعالیت این طرف و آن طرف برویم (قاسمی، ۱۴۰۱).

در محیط آموزشی، یادگیرندگان غالباً هیجان‌های تحصیلی گوناگونی را تجربه می‌کنند. این هیجان‌ها می‌توانند اثر مثبت در یادگیری فعال و عملکرد درسی داشته باشند و لذت، امیدواری و افتخار تحصیلی را برای یادگیرندگان فراهم آورند. تجربه این هیجان‌ها همچنین می‌تواند با اثرگذاری منفی و نامطلوب در رفتار و افکار، زمینه‌ساز بروز عصبانیت، اضطراب، شرم، ناامیدی و خستگی در یادگیرندگان شود. هیجان‌ها و احساس‌ها از جمله ابعاد شخصیتی دانش‌آموزند که در سراسر فرایند یادگیری حضور دارند و بر عملکرد تحصیلی و خودگردانی یادگیری دانش‌آموزان تأثیرگذارند. اثر هیجان‌ها بر یادگیری و پیشرفت به‌وسیله تعدادی مکانیسم میانجی شناختی و انگیزشی ایجاد می‌شود که شامل انگیزش برای یادگیری، راهبردهای یادگیری، منابع شناختی و خودگردانی یادگیری است. پاکران^۱ هیجان‌های تحصیلی را از نظر ارزشمندی به هیجان‌های مثبت، مثل لذت، امیدواری و غرور و هیجان‌های منفی مانند خشم، اضطراب، شرم، ناامیدی و خستگی دسته‌بندی می‌کند. کسب پیروزی و موفقیت، لذت، امیدواری و آرامش را به دنبال دارد و این چرخه به‌نوبه خود، کاهش اضطراب و ارتقا عملکرد را به همراه خواهد داشت. پس می‌توان گفت هیجان‌های مثبت (لذت از

کلاس، امیدواری و غرور) به نوبه‌ی خود موجب افزایش انگیزه‌ی دانش‌آموزان برای شرکت در فعالیت‌های کلاسی و تعهد به یادگیری می‌شود و تا حد زیادی درگیری تحصیلی را بهبود می‌بخشد (قاسمی، ۱۴۰۱).

رحمتی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان عوامل مؤثر بر هیجان تحصیلی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول: یک مطالعه کیفی انجام دادند. یافته‌ها سه عامل فردی، محیطی و آموزشی مؤثر بر هیجان تحصیلی را شناسایی کردند. عوامل مؤثر بر هیجان تحصیلی در سه مقوله اصلی کدگذاری شده که هرکدام دارای مقوله‌های فرعی دیگری می‌باشند. مقوله‌های اصلی به دست آمده عبارت‌اند از: ۱ عوامل فردی ۲- عوامل محیطی، ۳- عوامل آموزشی و مقوله‌های فرعی. عوامل فردی شامل تناسب ارزش و هدف، کنترل‌پذیری، شناخت؛ عوامل محیطی شامل: عوامل درونی مدرسه، عوامل بیرونی، عوامل اجتماعی و عوامل آموزشی شامل مقولات فرعی برنامه درسی، معلم و همکلاسی‌ها است؛ بنابراین، به‌طور کلی، هیجان تحصیلی از عوامل متعددی چون فردی، محیطی و آموزشی متأثر است.

قیصری و شیرازی (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان بررسی نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اضطراب کرونا، سلامت روان و انگیزش تحصیلی دانشجویان در دوران همه‌گیری کرونا که به این نتیجه رسید که راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان، رابطه منفی معنادار و راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت معنادار با اضطراب کرونا دارند. راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان، رابطه مثبت معنادار و راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان رابطه منفی معنادار با سلامت روان و انگیزش تحصیلی دارند. از بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، فاجعه‌نمایی میزان اضطراب کرونا را به‌طور معناداری پیش‌بینی کرد. خود سرزنشگری، ارزیابی مجدد مثبت و فاجعه‌نمایی میزان سلامت روان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کردند. تمرکز مجدد مثبت، خود سرزنشگری و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، میزان انگیزش تحصیلی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کرد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی اضطراب کرونا، سلامت روان و انگیزش تحصیلی نقش مهمی دارند.

مرادیان، عالیپور و زغبی قناد (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان رابطه هیجان‌های تحصیلی با رویکردهای مطالعه و اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز و علوم پزشکی جندی‌شاپور انجام دادند. نتایج نشان داد که مجموع متغیرهای پیش‌بین ۰/۲۴ درصد از واریانس اهمال‌کاری، ۰/۱۷ درصد از رویکرد سطحی، ۰/۱۸ درصد از واریانس رویکرد عمیق و ۰/۱۳ درصد از واریانس رویکرد راهبردی را تبیین کردند.

هایلیکاری، کاتاجاووری، آسیکاینن^۱ (۲۰۲۱) پژوهشی انجام دادند با عنوان درک اهمال‌کاری: موردی از یک دوره مهارت‌های مطالعه. مشخص شد که به تعویق انداختن کار همواره به‌عنوان مشکلی برای موفقیت تحصیلی و رفاه عمومی دانش‌آموزان در نظر گرفته می‌شود. سؤالات غالب در مورد مکانیسم‌های اساسی و حفظ اهمال‌کاری وجود دارد که هنوز آموخته نشده است. هدف آن مطالعه ترکیب راه‌های مختلف برای توضیح اهمال‌کاری و کشف چگونگی ارتباط مهارت‌های مدیریت زمان و تلاش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان با اهمال‌کاری بود، همان‌طور که معمولاً در مطالعات قبلی به‌طور جداگانه به آن‌ها پرداخته شده است. داده‌ها از ۱۳۵ دانش‌آموزی که در یک دوره داوطلبانه مدیریت زمان و بهزیستی در پاییز ۲۰۱۹ شرکت کرده بودند جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که توانایی دانش‌آموزان در سازمان‌دهی زمان و تلاش خود قوی‌ترین ارتباط را با اهمال‌کاری از بین متغیرهای موجود در مطالعه دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همچنین نقش فردی قوی در توضیح اهمال‌کاری همراه با مهارت‌های مدیریت زمان و تلاش دارد. با کمال تعجب، خودکارآمدی تحصیلی ارتباط مستقیمی با اهمال‌کاری نداشت. جالب توجه است،

یافته‌های ما بیشتر نشان می‌دهد که مدیریت زمان و تلاش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ارتباط نزدیکی با هم دارند و به نظر می‌رسد دست‌به‌دست هم می‌دهند و بنابراین، زمانی که هدف کاهش اهمال‌کاری است، باید هر دو در نظر گرفته شوند.

ساکپیریوا و بایموراتوا^۱ (۲۰۲۰) مشخص کردند که به تعویق انداختن کار چالشی است که همه ما در یک مقطع زمانی با آن روبرو بوده‌ایم. تا زمانی که انسان‌ها در اطراف ما هستند، ما با تأخیر، اجتناب و تعلل در مورد مسائلی که برایمان اهمیت دارد، دست‌وپنجه نرم می‌کنیم. هدف این راهنما تجزیه و تحلیل علم پشت این است که چرا ما کارها را به تعویق می‌اندازیم.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی، همبستگی و کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان گرگان که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ که تعداد آن‌ها بالغ بر ۴۵۰۱ نفر بود. تعداد نمونه بر اساس جدول مورگان برابر ۳۵۴ نفر از دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ و پرسشنامه‌ها در بین دانش آموزان توزیع شد. با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 به وسیله آمار توصیفی و استنباطی همبستگی پیرسون و رگرسیون، محاسبات آماری انجام شد. برای دانش آموزان توضیح داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و صرفاً در قالب یک نتیجه کلی منتشر می‌شود. ملاک ورود دختر بودن. دانش‌آموز متوسطه دوم بودن. ملاک عدم ورود پسر بودن و دانش‌آموز متوسطه دوم نبودن.

الف) پرسشنامه اهمال‌کاری: این پرسشنامه از دوازده سؤال و سه عامل اهمال‌کاری عمدی سؤالات ۱ تا ۵، اهمال‌کاری ناشی از خستگی جسمی روانی سؤالات ۶ تا ۹ و اهمال‌کاری ناشی از بی‌برنامگی سؤالات ۱۰ تا ۱۲ تشکیل شده و به صورت مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از هرگز (صفر) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی کل آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی آن از طریق همبستگی با پرسشنامه اهمال‌کاری تاکمن (۱۹۹۱) محاسبه و برابر ۰/۳۵ برآورد شد که در سطح ۰/۰۰۳ معنی‌دار بوده است.

ب) پرسشنامه استاندارد هیجانات تحصیلی: پرسشنامه هیجانات تحصیلی، توسط پکران و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شده و هیجانات مثبت و منفی را می‌سنجد. این مقیاس دارای ۷۵ گویه و دارای سه بخش هیجان‌های کلاسی، یادگیری و امتحان است. دو بعد هیجان-های مثبت (دارای سه خرده‌مقیاس لذت، امیدواری و غرور) و هیجان‌های منفی (دارای پنج خرده‌مقیاس خشم، اضطراب، شرم، ناامیدی و خستگی) است که با یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز تا همیشه) و هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ است. پکران، گویتز، تیتز و پری^۲ (۲۰۰۲)، نشان دادند که پرسشنامه‌ی هیجان‌های تحصیلی از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ محاسبه کردند. قناد (۱۳۹۲) در پژوهش خود روایی این پرسشنامه را با استفاده از روش تحلیل عاملی تأیید کرده است و همچنین در مورد پایایی پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف برای هیجان-های مثبت، به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۸۹ و برای هیجان‌های منفی، به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۱ محاسبه شدند.

۳- یافته‌ها

با توجه به جدول از بین ۳۵۴ نفر، ۱۱۰ نفر پایه دهم، ۱۱۵ نفر پایه یازدهم و ۱۲۹ نفر پایه دوازدهم بودند.

1 Sakpireeva & Baymuratova

2 Pekrun, Goetz, Titz & Perry

جدول ۱: آمار توصیفی بر اساس پایه تحصیلی

| پایه | فراوانی | درصد |
|---------|---------|-------|
| دهم | ۱۱۰ | ۳۱.۰۷ |
| یازدهم | ۱۱۵ | ۳۲.۴۸ |
| دوازدهم | ۱۲۹ | ۳۶.۴۴ |

جدول ۲: توزیع حجم نمونه‌ی آماری بر اساس هیجان‌ات تحصیلی و اهمال کاری تحصیلی

| متغیر | تعداد | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|---------------------------------------|-------|-------|--------|---------|--------------|--------|--------|
| هیجان‌ات مثبت | ۲۰۳ | ۲۲ | ۱۱۰ | ۶۷/۰۱ | ۲۴/۶۴ | ۰/۱۸۱ | -۱/۲۳۰ |
| هیجان‌ات منفی | ۲۰۳ | ۵۳ | ۲۵۶ | ۱۶۶/۷۲ | ۵۵/۴۰ | -۰/۰۴۳ | -۱/۰۴۰ |
| هیجان‌ات تحصیلی | ۲۰۳ | ۱۰۶ | ۳۷۵ | ۲۳۳/۷۴ | ۵۱/۷۰ | ۰/۷۲۶ | ۱/۱۴۹ |
| اهمال کاری عمدی | ۲۰۳ | ۰ | ۲۰ | ۱۰/۳۷ | ۴/۶۳ | -۰/۶۰۸ | ۰/۳۳۲ |
| اهمال کاری ناشی از خستگی جسمانی-روانی | ۲۰۳ | ۰ | ۱۶ | ۸/۷۹ | ۳/۷۸ | -۰/۷۹۱ | ۰/۳۵۲ |
| اهمال کاری ناشی از بی‌برنامگی | ۲۰۳ | ۰ | ۱۲ | ۶/۵۶ | ۳/۰۰ | -۰/۶۳۹ | ۰ |
| اهمال کاری تحصیلی | ۲۰۳ | ۰ | ۴۸ | ۲۵/۶۶ | ۱۱/۱۲ | -۰/۷۶۰ | ۰/۴۵۴ |

با توجه به جدول فوق، مقدار چولگی و کشیدگی در بازه ۲ تا ۲- قرار دارد و بنابراین داده‌ها در بازه نرمال قرار دارند.

جدول ۳: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

| متغیر | آماره (Z) | Sig (p) |
|---------------------------------------|-----------|---------|
| هیجان‌ات تحصیلی | ۰/۸۷۸ | ۰/۳۷۶ |
| هیجان‌ات منفی | ۰/۹۴۰ | ۰/۳۶۰ |
| اهمال کاری تحصیلی | ۰/۰۸۶ | ۰/۱۴۰ |
| اهمال کاری ناشی از خستگی جسمانی-روانی | ۰/۲۰۸ | ۰/۱۸۵ |
| اهمال کاری ناشی از بی‌برنامگی | ۰/۰۷۶ | ۰/۱۳۷ |

با توجه به جدول فوق، مقدار معنی‌داری مقادیر Z به دست آمده متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$) که این امر بیانگر آن است که نمرات این متغیرها، دارای توزیعی نرمال بوده و امکان استفاده از آزمون‌های پارامتری جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق وجود دارد.

جدول ۴: ارتباط بین هیجان‌های تحصیلی و اهمال کاری تحصیلی بر اساس ضریب همبستگی پیرسون

| متغیر | ضریب پیرسون | معناداری | رابطه | تعداد |
|-----------------|-------------|----------|-----------------|-------|
| هیجان‌ات مثبت | -۰/۶۵۲** | ۰/۰۰۱ | رابطه منفی دارد | ۳۵۴ |
| هیجان‌ات منفی | ۰/۱۳۱** | ۰/۰۰۸ | رابطه مثبت دارد | ۳۵۴ |
| هیجان‌ات تحصیلی | -۰/۱۷۰** | ۰/۰۰۱ | رابطه منفی دارد | ۳۵۴ |

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

با توجه به جدول فوق هیجانان مثبت و هیجانان تحصیلی با اهمال‌کاری تحصیلی رابطه منفی معنادار و هیجانان منفی با اهمال‌کاری تحصیلی رابطه مثبت معنادار دارند ($P < 0/01$). بیشترین میزان همبستگی مربوط به هیجانان مثبت ($0/652$) است. به عبارتی هر چقدر افراد دارای هیجانان مثبت و به‌طورکلی هیجانان تحصیلی بیشتری باشند، میزان اهمال‌کاری تحصیلی در آنان کاهش می‌یابد.

به‌منظور تعیین سهم هر متغیر در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی از رگرسیون چندمتغیری به شیوه هم‌زمان استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیر، پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس هیجانان تحصیلی

| مدل | منبع | مجموع مجزورات (SS) | df | میانگین مجزورات (MS) | F | P-value |
|------------------|-----------|--------------------|-------------------|----------------------|---------|----------------|
| | رگرسیون | ۲۱۹۵۳/۴۵۹ | ۳ | ۱۰۹۷۶/۷۲۹ | ۱۵۷/۸۴۶ | ۰/۰۰۱ |
| آنوا | باقیمانده | ۲۸۰۲۴/۹۸۴ | ۲۰۰ | ۶۹/۵۴۱ | - | - |
| | کل | ۴۹۹۷۸/۴۴۳ | ۲۰۲ | - | - | - |
| متغیرهای پیش‌بین | B | SE | β | t | P-value | آماره تحمل VIF |
| (مقدار ثابت) | ۵۰/۹۷۶ | ۲/۱۵۴ | - | ۲۳/۶۶۳ | ۰/۰۰۱ | - |
| هیجانان مثبت | -۰/۲۹۰ | ۰/۰۱۷ | -۰/۶۴۳ | -۱۷/۱۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۹۳ |
| هیجانان منفی | ۰/۰۲۶ | ۰/۰۱۰ | ۰/۱۳۱ | ۲/۶۶۵ | ۰/۰۰۸ | ۱ |
| هیجانان تحصیلی | -۰/۰۲۵ | ۰/۰۰۸ | -۰/۱۱۷ | -۳/۱۲۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۹۹۳ |
| خلاصه مدل | R | R ² | Adjusted R Square | دوربین - واتسون | | |
| | ۰/۶۶ | ۰/۴۳ | ۰/۴۳ | ۲/۰۷۷ | | |

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شد، مقادیر آماره تحمل برای متغیرهای پیش‌بین بیشتر از ۰/۱ است، لذا میزان هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین نگران‌کننده نیست. آماره‌ی VIF (هم خطی چندگانه) برای متغیرهای پیش‌بین کمتر از ۵ است که نشان‌دهنده‌ی عدم وجود هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین پژوهش است. همچنین، آماره دوربین - واتسون در دامنه‌ی موردقبول ۱/۵۰ تا ۲/۵۰ است؛ بنابراین، پیش‌فرض‌های موردنیاز برای تحلیل رگرسیون رعایت شده است. همان‌طور که در جدول (۴-۷) نشان داده شد، بر اساس نتایج آنوا مقدار F مشاهده شده برای رگرسیون معنادار است ($F=157/846, P=0/001$). همچنین، بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون به روش هم‌زمان (Enter) متغیرهای هیجانان مثبت ($\beta=0/463$)، هیجانان منفی ($\beta=0/131$)، و هیجانان تحصیلی ($\beta=0/117$) پیش‌بینی کننده‌ی معنادار اهمال‌کاری تحصیلی هستند ($P < 0/001$)؛ بنابراین، بر اساس مدل رگرسیون به روش هم‌زمان متغیرهای پیش‌بین ۴۳ درصد از واریانس اهمال‌کاری تحصیلی را پیش‌بینی می‌کنند.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد مدل رگرسیون به روش هم‌زمان متغیرهای هیجانان مثبت ($\beta=0/463$)، هیجانان منفی ($\beta=0/131$)، و هیجانان تحصیلی ($\beta=0/117$) پیش‌بینی کننده‌ی معنادار اهمال‌کاری تحصیلی هستند ($P < 0/001$)؛ بنابراین، بر اساس مدل رگرسیون به روش هم‌زمان متغیرهای پیش‌بین ۴۳ درصد از واریانس اهمال‌کاری تحصیلی را پیش‌بینی می‌کنند. که با یافته‌های خواند (۱۴۰۰)، شیوندی چلیچه، درتاج، فرخی و ابراهیمی قوام (۱۳۹۶)، مؤمنی مهموئی و جلالی بارزازی (۱۳۹۵) و کمالی (۱۳۹۶) و سرائی و یوسفی (۱۴۰۲)، لویی، کارنی، کیم، هازلر و گوا^۱ (۲۰۲۰) همخوان است. خواند (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان بررسی رابطه نشاط

ذهنی با خودکارآمدی و اشتیاق تحصیلی دانش آموزان که نتایج پژوهش نشان داد که رابطه‌ی نشاط ذهنی با خودکارآمدی و نیرومندی مثبت و معنادار است. شیوندی چلیچه و همکاران (۱۳۹۶) در تحقیق خود نشان دادند که عملکرد تحصیلی به‌طور مستقیم از متغیرهای پیش‌بین اشتیاق تحصیلی و هیجان‌های پیشرفت تأثیر می‌پذیرد. مؤمنی مهموئی و جلالی بارزازی (۱۳۹۵) در تحقیقی تحت عنوان رابطه خوش‌بینی تحصیلی معلمان با ادراک حمایت اجتماعی، انگیزه پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش آموزان انجام داد نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های خوش‌بینی تحصیلی معلمان با ادراک حمایت اجتماعی، انگیزه پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش آموزان برحسب جنسیت در دروس علوم و ریاضی رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد. فقط در مجموع بین خوش‌بینی معلمان و ادراک حمایت اجتماعی دختران رابطه معکوس معنی‌داری وجود داشت، ولی در پسران رابطه معنی‌داری وجود نداشت. کمالی (۱۳۹۶) در تحقیق خود که با هدف رابطه اهمال‌کاری تحصیلی و خودپنداره با انگیزش پیشرفت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی انجام گرفت، پس از بررسی‌های خود پی بردند که اهمال‌کاری تحصیلی و خودپنداره $4/31$ درصد از انگیزش پیشرفت را تبیین کرد. اهمال‌کاری کلی با میزان بتا $0/489-$ سهم بیشتری در پیش‌بینی انگیزش پیشرفت دانشجویان دارد؛ بنابراین می‌توان با کاهش اهمال‌کاری به افزایش انگیزش پیشرفت امیدوار بود، همچنین با افزایش خودپنداره نیز به این مهم کمک کرد. سرائی و یوسفی (۱۴۰۲) با توجه به یافته‌های پژوهش خود با عنوان مدل علی پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس ریشه‌های والدینی و مؤلفه‌های خودنهام‌خوانی با نقش واسطه‌ای احساس تعلق به مدرسه ضرورت توجه به اهمال‌کاری تحصیلی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم و تأثیرگذار در عملکرد تحصیلی دانش آموزان بیش‌ازپیش مطرح می‌گردد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که سبک‌های هیجان‌های تحصیلی، روش‌ها و نحوه‌ی برخورد والدین با فرزندان در خانواده‌هایی با فرایند خانوادگی خوب در کاهش اهمال‌کاری افراد مؤثر است. به‌این‌ترتیب که در این نوع خانواده‌ها، والدین در پرورش فرزندان که استقلال فکری داشته باشند و مسئولیت کارهای خویش را خود بر عهده بگیرند، نقش به‌سزایی دارند. افراد پرورش‌یافته در این نوع خانواده‌ها، می‌دانند که در برابر وظیفه و تکلیف محول شده به آن‌ها، مسئول‌اند و باید تکلیف را به نحو احسن و در زمان مناسب خود به اتمام برسانند. چون در غیر این صورت به‌عنوان فردی بی‌مسئولیت از طرف دیگر اعضای خانواده معرفی می‌شوند و باید جوابگوی سایر اعضای خانواده باشند. لذا اهمال‌کاری و به تأخیر انداختن کارها در این نوع خانواده‌ها کمتر به چشم می‌خورد و بالعکس در خانواده‌هایی که دارای والدین سهل‌گیر هستند، بی‌تفاوتی نسبت به وظایف محول شده به فرد، آسان‌گیری و سهل‌انگاری در بین اعضای خانواده به وفور وجود دارد. آن‌ها هیچ‌گونه احساس مسئولیتی نسبت به تکالیف و وظایف خود ندارند زیرا از کودکی احساس مسئولیت را تجربه نکرده‌اند. لذا اهمال‌کاری، سستی و تنبلی در این خانواده‌ها بیشتر رایج است.

همچنین والدین مقتدر که با فرزندان خود دارای ارتباط گرم، صمیمی و رفتاری عادلانه هستند، فردیت و استقلال فکری فرزندان خود را به رسمیت می‌شناسند. فرزندان این خانواده‌ها دارای علاقه درونی، ذاتی برای انجام تکالیف خود هستند و چون از انجام دادن تکلیف لذت می‌برند هیچ‌گاه آن را به تعویق نمی‌اندازند و دچار اهمال‌کاری نمی‌شوند. در مقابل والدین سلطه‌جو، والدینی که دارای قوانین خشک و سخت‌گیرانه برای فرزندان خود هستند، استقلال و سلیقه فردی فرزندان خود را نادیده می‌گیرند از این‌رو، فرزندان این نوع خانواده‌ها چون به تکالیف علاقه درونی و ذاتی ندارند، انجام دادن تکلیف را نوعی اجبار برای خود تلقی می‌کنند. لذا به سستی و اهمال و عدم انجام به موقع تکلیف روی می‌آورند و اهمال‌کاری در این نوع خانواده‌ها شایع‌تر است.

به‌علاوه در تبیین رابطه هیجان‌های تحصیلی و اهمال‌کاری تحصیلی باید گفت که در محیط آموزشی، یادگیرندگان غالباً هیجان‌های تحصیلی گوناگونی را تجربه می‌کنند. این هیجان‌ها می‌توانند اثر مثبت در یادگیری فعال و عملکرد درسی داشته باشند و لذت، امیدواری و افتخار تحصیلی را برای یادگیرندگان فراهم آورند. تجربه این هیجان‌ها همچنین می‌تواند با اثرگذاری منفی و نامطلوب در رفتار و افکار، زمینه‌ساز بروز عصبانیت، اضطراب، شرم، ناامیدی و خستگی در یادگیرندگان شود. هیجان‌ها و احساس‌ها از جمله ابعاد

شخصیتی دانش‌آموزند که در سراسر فرایند یادگیری حضور دارند و بر عملکرد تحصیلی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان تأثیرگذارند.

بنابراین با توجه یافته‌های این پژوهش، ضرورت توجه به اهمال‌کاری تحصیلی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم و تأثیرگذار در عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان بیش‌ازپیش مطرح می‌گردد. لذا توصیه می‌شود روانشناسان تربیتی و مشاوران تحصیلی برای کاهش اهمال‌کاری تحصیلی در دانش‌آموزان برنامه آموزشی مناسبی را تدوین کرده و راهکارهای بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار، مؤلفه‌های خود ناهمخوانی و همچنین مدیریت هیجان را به آنان آموزش دهند. این پژوهش در مورد دانش‌آموزان دختر شهرستان گرگان انجام گرفته است و تعمیم نتایج آن به دیگر دانش‌آموزان باید با احتیاط صورت گیرد. تعداد زیاد سؤالات که باعث بی‌حوصلگی و عدم پاسخگویی به سؤالات پایانی گردید. پرسشنامه‌ها تنها ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش بود؛ که جنبه خودگزارشی دارد و امکان سوگیری در پاسخ دادن به سؤالات وجود داشت. عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر همانند طبقه اجتماعی-اقتصادی دانش‌آموزان. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در بین دانش‌آموزان دختر، همچنین دیگر مقاطع تحصیلی و دیگر شهرستان‌ها نیز انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود متغیرهای دیگری نیز در رابطه با اهمال‌کاری موردسنجش قرار گیرد. مصاحبه نیز در کنار پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی مدیریت هیجان و شناخت عوامل دخیل در اهمال‌کاری برای دانش‌آموزان برگزار شود. همچنین راهکارهایی به والدین جهت همراهی با دانش‌آموزان آموزش داده شود.

۶- منابع

- ۱- حسینی، فریده؛ و خیر، محمد (۱۳۹۰). نقش ارزیابی شناختی در تبیین رابطه ابعاد فرزند پروری با هیجانات تحصیلی ریاضی و تنظیم هیجانی. مطالعات آموزش و یادگیری، ۳(۱)، ۱۷-۴۶. **doi: 10.22099/JSLI.2011.214**
- ۲- خواند، معصومه (۱۴۰۰). رابطه نشاط ذهنی با خودکارآمدی و اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان. اولین کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، علوم ورزشی و تربیت‌بدنی، ساری.
- ۳- رحمتی، ندا؛ ابوالمعالی الحسنی، خدیجه؛ و میرهاشمی، مالک (۱۴۰۲). عوامل مؤثر بر هیجان تحصیلی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول: یک مطالعه کیفی. رویش روانشناسی، ۱۲(۴)، ۸۵-۹۴. **doi: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.9.9**
- ۴- مرادیان، جلال؛ عالیپور، سیروس؛ و زغبی قناد، سیمین (۱۳۹۶). رابطه هیجان‌های تحصیلی با رویکردهای مطالعه و اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان، پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲(۳)، ۱-۱۳.
- ۵- سرائی، رضا؛ و یوسفی، فاطمه (۱۴۰۲). مدل علی پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس ریشه‌های والدینی و مؤلفه‌های خودناهمخوانی با نقش واسطه‌ای احساس تعلق به مدرسه. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴(۵۵)، ۹۱-۱۲۴. **doi:10.22054/qccpc.2023.69624.2998**
- ۶- شیوندی چلیچه، کامران؛ درتاج، فریبرز؛ فرخی، نورعلی؛ و ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۹۶). مدل‌یابی پیشرفت تحصیلی ریاضی بر مبنای ارزش تکلیف، درگیری شناختی، هیجان‌های پیشرفت و خودنظم‌جویی تحصیلی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۳۰)، ۱-۲۴.
- ۷- قاسمی، آزاده (۱۴۰۱). پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس اعتیاد به تلفن همراه و کمال‌گرایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد موسسه آموزش عالی فاطمیه علیها السلام شیراز.
- ۸- قیصری، فاطمه؛ و شیرازی، محمود (۱۴۰۰). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اضطراب کرونا، سلامت روان و انگیزش تحصیلی دانشجویان در دوران همه‌گیری کرونا. اولین کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، علوم ورزشی و تربیت‌بدنی، ساری.

- ۹- کمالی، نازنین (۱۳۹۶). رابطه اهمال کاری تحصیلی و خودپنداره با انگیزش پیشرفت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی. اولین همایش بین‌المللی و سومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی.
- ۱۰- محمدی، نسرين؛ و مهاجران، بهناز (۱۴۰۰). تأثیر برنامه آموزشی خودتنظیمی بر تنظیم شناخت هیجان و درگیری تحصیلی در میان دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تکاب. هفتمین کنفرانس ملی مطالعات مدیریت در علوم انسانی، تهران.
- ۱۱- مؤمنی مهموئی، حسین؛ و جلالی بارزاری، سعید (۱۳۹۵). رابطه خوش‌بینی تحصیلی معلمان با ادراک حمایت اجتماعی، انگیزه پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش آموزان. رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۷(۲)، ۱۸۱-۱۹۹. **doi:**

20.1001.1.20086369.1395.7.26.10.1

- 12- Ferrari, J. R. (1991). Compulsive procrastination: Some self-reported characteristics. *Psychological reports*, 68(2), 455-458. **doi:10.2466/pr0.1991.68.2.455**
- 13- Ferrari, J. R., & Díaz-Morales, J. F. (2007). Perceptions of self-concept and self-presentation by procrastinators: Further evidence. *The Spanish journal of psychology*, 10(1), 91-96. **doi:10.1017/S113874160000634X**
- 14- Hailikari, T., Katajavuori, N., & Asikainen, H. (2021). Understanding procrastination: A case of a study skills course. *Social Psychology of Education*, 24(2), 589-606. **doi:10.1007/s11218-021-09621-2**
- 15- He, S. (2017). A multivariate investigation into academic procrastination of university students. *Open Journal of Social Sciences*, 5(10), 12. **doi:10.4236/jss.2017.510002**
- 16- Liu, Y., Carney, J. V., Kim, H., Hazler, R. J., & Guo, X. (2020). Victimization and students' psychological well-being: The mediating roles of hope and school connectedness. *Children and Youth Services Review*, 108, 104674. **doi:10.1016/j.childyouth.2019.104674**
- 17- Moon, S. M., & Illingworth, A. J. (2005). Exploring the dynamic nature of procrastination: A latent growth curve analysis of academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 297-309. **doi:10.1016/j.paid.2004.04.009**
- 18- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W., & Perry, R. P. (2002). Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational psychologist*, 37(2), 91-105. **doi:10.1207/S15326985EP3702_4**
- 19- Putwain, D. W., Becker, S., Symes, W., & Pekrun, R. (2018). Reciprocal relations between students' academic enjoyment, boredom, and achievement over time. *Learning and Instruction*, 54, 73-81. **doi:10.1016/j.learninstruc.2017.08.004**
- 20- Sakpireeva, G., & Baymuratova, K. (2020). PROCRASTINATION: A SCIENTIFIC GUIDE ON HOW TO STOP PROCRASTINATING. In *МОЛОДОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ: ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ* (pp. 209-212).
- 21- Weinstein, R. S. (2002). *Reaching higher: The power of expectations in schooling*. Harvard University Press.
- 22- Zhang, Y., Gan, Y., & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Personality and individual differences*, 43(6), 1529- 1540. **doi:10.1016/j.paid.2007.04.010**

The Relationship Between Academic Excitement and Academic Procrastination Among Female Teenagers of the Second Secondary Level in Gorgan City

Maryamsadat Moosavi¹, Akram Sanagoo^{2*}

1. Gorgan branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Maryam.moosavi1990@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. (Corresponding Author)

akramsanagoo@gmail.com

Abstract

The purpose of this research was to predict academic procrastination through the academic emotions of the second high school female students. This research was applied in terms of purpose and descriptive in terms of correlational data collection. The statistical population of the present study includes all female students of the second secondary level of Gorgan city in the academic year of 2011-2012, whose number was 4501. According to Morgan's table, the number of samples equal to 354 female students of the second secondary level were selected using available sampling. The research tool in this study was a standard questionnaire, which was used for procrastination from Sawari's academic procrastination questionnaire, and for measuring academic emotions, Pakran et al.'s questionnaire was used. After collecting and extracting the data, the scores of the participants were analyzed using Pearson's correlation method and then multivariate regression analysis using SPSS-27 software. The results of the correlation coefficient between the research variables were significant. The results show that the regression model using the simultaneous method (Enter) variables of positive emotions ($\beta=0.463$), negative emotions ($\beta=0.131$), and academic emotions ($\beta=0.117$) are significant predictors of procrastination. are academic work ($P>0.001$). The research showed that the variables of positive emotions, negative emotions, and academic emotions are significant predictors of academic procrastination.

Keywords: Academic procrastination, Academic excitement, Students, Girl, Second secondary school.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

بررسی ارتباط بین گفت‌وگوی جنسی با عملکرد جنسی زنان متأهل شهر شیراز

فاطمه زارعی^۱، کاظم خرم‌دل^{۲*}، هاجر کهن‌سال^۳

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه ع.ا.س. شیراز، شیراز، ایران.

Fatemehzareei.psy@gmail.com

۲- استادیار گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه ع.ا.س. شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

khorramdel@fatemiyehshiraz.ac.ir

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه ع.ا.س. شیراز، شیراز، ایران.

kohansal.h@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۰/۱۷]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۷/۲۸]

چکیده

هدف ما در این پژوهش بررسی ارتباط بین گفت‌وگوی جنسی با عملکرد جنسی زنان متأهل شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ بود. جامعه آماری ما زنان متأهل ساکن شهر شیراز هستند که تجربه رابطه جنسی را در حداقل شش ماه گذشته داشتند؛ که از بین آن‌ها ۲۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه الگوی ارتباط جنسی و پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا (فرم زنان) به‌علاوه پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. نتایج نشان داد بین گفتگوی جنسی با عملکرد جنسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد در بین زنان که گفتگوی جنسی بیشتری داشتند، در عملکرد جنسی آن‌ها رضایت بیشتری وجود داشت.

واژگان کلیدی: گفت‌وگوی جنسی، عملکرد جنسی، زنان، تأهل.

دهه‌ها تحقیق و مطالعه نشان می‌دهد که روابط عالی (استادانه) بر پایه احترام، همدلی و درک عمیق از یکدیگر بنا شده‌اند. هیچ رابطه‌ای بدون گفت‌وگو و صحبت کردن دوام نمی‌آورد (گاتمن، ۱۴۰۱). زنان هنوز هم در روابط خود محتاطانه و باملاحظه رفتار می‌کنند و علی‌رغم آرزوهایی که در سر می‌پرورانند یک نوع بی‌زاری و نفرت در آن‌ها مشاهده می‌شود. در حال حاضر با وجود اینکه زنان از تحصیلات دانشگاهی برخوردار هستند، اما هنوز هم ناآگاهی جنسی بر آن حکم‌فرما است (فولی، کوپ، ساگرو، ۱۳۹۹). ارتباط جنسی^۱ شامل ارتباط کلامی و غیرکلامی در مورد مسائل جنسی است و تا حد زیادی با ارتباطات عمومی (به‌عنوان مثال ارتباط در مورد مسائل غیرجنسی) متفاوت است (Rehman, Rellini & Fallis, 2011). ارتباط جنسی به تعاملات زوجین در مورد مسائل جنسی اشاره دارد، به‌عنوان مثال، افشای ترجیحات جنسی یا بحث درباره مشکلات جنسی (Mark & Jozkowski, 2013). برقراری ارتباط و احساس صمیمیت با شریک جنسی از عوامل مربوط به جنبه‌های رابطه‌های کیفیت زندگی جنسی است (Arrington, Cofrancesco & Wu, 2004). برقراری ارتباط کلامی در مورد موضوعات جنسی یکی از جنبه‌های ارتباط جنسی است و شرکای عاشقانه باید انتخاب کنند که اطلاعات جنسی یا افشا کنند (Hullman, Weigel & Brown, 2023). بسیاری از مردم از بحث در مورد صمیمیت جنسی با شریک زندگی خود واهمه دارند. (Anderson, Kunkel & Dennis, 2011) موانع خاصی برای ارتباط جنسی وجود دارد که مانع از مشارکت آشکار زوج‌ها در بحث‌های مربوط به جنبه جنسی رابطه‌شان می‌شود (Metts & Cupach, 1998). مکالمه بین همسران در رابطه با جنسیت، بیشتر با سکوت و بی‌میلی به صحبت مشخص می‌شود تا بیان کلامی. (Anderson et al., 2011). شایع‌ترین دلیل این امر این است که زنان، در بسیاری از موقعیت‌ها، قرار نیست در مورد رابطه جنسی آگاه باشند. انتظار می‌رود که آن‌ها در مسائل جنسی منفعل باشند و ممکن است در بحث جنسی، به‌ویژه رضایت جنسی خود، راحت‌تر از مردان باشند. علاوه بر این، زنانی که این موضوع را با شوهران خود مطرح می‌کنند ممکن است به‌عنوان بی‌بندوبار تلقی شوند (Golish, 2000).

ارتباط جنسی، با روابط صمیمی مرتبط است. رضایت از ارتباط جنسی از نظر مفهومی به‌عنوان رضایت از ارتباط در مورد رفتار جنسی بین همسر و رضایتی که خود رفتار جنسی با آن ارتباط برقرار می‌کند، تعریف می‌شود. این نوع رضایت ارتباطی در چهار مفهوم مرتبط منعکس می‌شود: (۱) رضایت از ارتباط در مورد رفتار جنسی (۲) ارتباط در مورد اینکه چه رفتار جنسی رضایت‌بخش است. (۳) رضایت حاصل از آنچه توسط برخی رفتارهای جنسی منتقل می‌شود. (۴) تمایل یا توانایی برقراری ارتباط در مورد جنسی با شریک زندگی خود (Wheless, Wheless & Baus, 1984). تحقیقات به‌طور کلی از این ایده حمایت می‌کند که ارتباطات جنسی برای شرکای روابط متعهدانه مفید است. با این حال، بسیاری از تحقیقات ارتباطات جنسی موجود، سوگیری ارتباط کلامی دارند و ارتباطات جنسی را در زمینه‌های غیرجنسی مورد بررسی قرار داده‌اند، و تنوع گسترده‌ای از سایر اشکال ارتباطی را که در طول رابطه جنسی رخ می‌دهند نادیده می‌گیرند (Séguin, 2024). صحبت درباره احساس‌ها و امیال جنسی، بهترین راه شناخت خواست‌های حسی همسر برای برقراری ارتباط جنسی لذت‌بخش است (Chiou & Wan, 2006). کیفیت زندگی جنسی شامل احساسات و افکار فرد در مورد جذابیت جنسی، علاقه جنسی و مشارکت در رابطه جنسی و درک عملکرد جنسی^۲ خود است (Dogan, Tugut & Golbasi, 2013). عملکرد جنسی بخشی از زندگی و رفتار انسان است و چنان با شخصیت فرد در هم آمیخته است که صحبت از آن به‌عنوان پدیده مستقل، غیرممکن به نظر می‌رسد. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنج‌کاوی بوده است و بر کیفیت زندگی فرد و شریک او تأثیر غیرقابل‌انکاری دارد (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۴۰۰). منظور از عملکرد جنسی زنان توانایی رسیدن به برانگیختگی جنسی، لوبریکاسیون^۳، ارگاسم و درنهایت ایجاد حس رضایت‌مندی است. گذر از این مراحل درنهایت منجر به تندرستی و سلامتی جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی زناشویی می‌شود (Leite, Campos, Dias, Amed, De Souza & Camano, 2009). شواهد نشان می‌دهد که ارتباط جنسی

1 Sexual communication

2 sexual function

3 Lubrication

مؤثر، عامل مهمی در افزایش رضایت و عملکرد جنسی در میان مردان و زنان در روابط متعهد است. (Mark & Jozkowski, 2013). یکی از راه‌های ارتقا رضایت جنسی، ارتباط سازنده است (MacNeil & Byers, 2005). زوج‌ها برای اینکه زندگی جنسی خود را متزلزل نکنند. از استراتژی‌های مختلفی استفاده می‌کنند، از جمله برقراری ارتباط با خواسته‌های خود با شریک زندگی‌شان، امتحان کردن موقعیت‌ها و فعالیت‌های جنسی جدید، مطالعه مجلات، کتاب‌ها و ویدیوهای خودیاری جنسی. باین‌حال، اطلاعات کمی در مورد اثربخشی چنین استراتژی‌هایی در ترویج احساسات بیشتر از اشتیاق و رضایت جنسی در رابطه آن‌ها وجود دارد (Frederick, Lever, Gillespie & Garcia, 2017). ناراضی‌تبی از رابطه جنسی ممکن است به مشکلات عمیق در رابطه زوج‌ها و ایجاد تنفر از همسر و دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، نداشتن اعتماد به نفس و نظایر آن‌ها منجر شود. این مسائل با تنش‌ها و اختلافات تقویت شده یا در قالب آن‌ها تجلی و بروز می‌یابد و شکاف بین همسران را تعارضات عمیق‌تر می‌سازد (Christopher & Sprecher, 200). به نظر می‌رسد بسیاری از زوج‌های ایرانی از نارضایت‌مندی جنسی رنج می‌برند اما از مطرح کردن آن و صحبت درباره آن احساس شرم و گناه می‌کنند و از تأثیر آن بر نارضایتی زناشویی و در نتیجه نارضایتی از زندگی خود غافل‌اند (هنرپروران، تبریزی، نوابی‌نژاده و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۹). برای افراد بدیهی به نظر می‌رسد که عوامل روانی و بین فردی نقش عمده‌ای در ایجاد و حفظ مشکلات جنسی دارند شیوه‌های ابراز عشق و محبت در خانواده اصلی، تجربیات جنسی آسیب‌زا در دوران رشد، پیام‌های مذهبی، فرهنگی و اجتماعی در مورد رابطه جنسی و تأثیر رو افزون رسانه‌ها بر اعتقادات و رفتار فرد به‌وضوح بازی می‌کند نقشی در ارتقای سلامت یا اختلال عملکرد جنسی دارد. به‌طور قابل توجهی، آسیب‌پذیری فردی در برابر اختلالات جنسی ناشی از شخصیت و تمایلات اساسی بیولوژیکی به بیماری‌های روان‌پزشکی و پزشکی و همچنین توانایی ایجاد و حفظ رابطه صمیمانه است (Althof, Leiblum, Chevret-Measson, Hartmann, Levine, McCabe et al., 2005). در بسیاری از نقاط جهان رابطه جنسی یک موضوع تابو باقی می‌ماند (Baxter & Wilmot, 1985). علیرغم به رسمیت شناختن ارتباط جنسی به‌عنوان یک نیروی مثبت در روابط عاشقانه، همچنین نقش خودافشایی جنسی در درک اینکه چگونه در عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته است. با توجه به شواهدی مبنی بر اینکه بسیاری از زوج‌ها برای بحث در مورد رابطه جنسی خود در تلاش هستند و اطلاعات کم در مورد اینکه کدام جنبه از ارتباطات جنسی بیشتر اهمیت دارد، ارتباط جنسی منبعی دست نخورده است که محققان از آن برای کمک به زوج‌ها برای تقویت روابط خود استفاده کنند. یکی از دلایل این امر تابو بودن مسائل جنسی و صحبت در این موارد در جامعه هست و این را باید در نظر داشت در جامعه‌ای که کمتر درباره چنین روابطی صحبت به میان می‌آید، بدیهی است که مشکلات و ناآگاهی و عدم شناخت کافی در این زمینه وجود دارد. لذا بنا به‌ضرورت درک شده در این مسئله، در پژوهش حاضر ما قصد داریم رابطه بین گفت‌وگوی جنسی با عملکرد جنسی را مورد بررسی قرار دهیم.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

فرج‌نیا، حسینیان، شهیدی و صادقی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند، بین کیفیت ارتباط و عملکرد جنسی رابطه مثبت وجود دارد همچنین آقاسی‌زاده (۱۳۹۸) پژوهشی را انجام دادند که یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که آموزش مهارت ارتباط جنسی مطلوب بر رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال واژینوسموس تأثیر دارد. در پژوهشی دیگر نشان داده‌شد که ارتباطات جنسی دوتایی بیشتر با رضایت جنسی و عملکرد جنسی بیشتر و علائم افسردگی کمتر و رضایت جنسی بیشتر زنان مرتبط بود (Rancourt, Rosen, Bergeron & Nealis, 2016). مروین و روزن^۱ (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند، گفتگوی متقابل بیشتر با عملکرد جنسی زنانه بالاتر همراه بود، درحالی‌که صحبت‌های فردگرایانه بیشتر با رضایت کمتر از رابطه همراه بود. همچنین در مطالعه‌ای دیگر نشان داده

شد زنانی که به تظاهر به ارگاسم ادامه دادند، از صحبت صریح در مورد رابطه جنسی با شریک جنسی‌شان خجالت می‌کشند و موافق نبودند که آن‌ها و شریکشان می‌توانند به‌طور خاص در مورد آنچه رابطه جنسی را برایشان لذت‌بخش می‌کند، صحبت کنند. همچنین بیش از نیمی از زنان گزارش کردند که می‌خواستند با شریک جنسی خود در رابطه جنسی ارتباط برقرار کنند، اما از انجام این کار منصرف شدند (Herbenick, Eastman-Mueller, Fu, Dodge, Ponander & Sanders, 2019).

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی و همبستگی بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۰۰ نفر از زنان متأهل شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ که حداقل در شش ماه گذشته رابطه جنسی دگر جنس‌گرا را تجربه کردند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. به‌منظور بررسی متغیرهای پژوهشی از دو پرسشنامه استفاده شد.

الف) مقیاس ارتباط جنسی زوجی کاتانیا^۱ (۱۹۹۸): پرسشنامه دارای ۱۳ گویه است و ماده‌ها از طریق یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالف تا ۶= کاملاً موافق) رتبه‌بندی می‌شوند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده ارتباط با کیفیت بالاتر در زوج‌ها است. در مطالعه مارک و جوزفسکی (۲۰۱۳) ضریب همسانی درونی این مقیاس به اندازه کافی برای زنان (۰/۷۹) و مردان (۰/۸۲) بالا بود. به‌علاوه زاجیلی، هندریک و هندریک^۲ (۲۰۰۹) در پژوهش خود ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کرد. این مقیاس در ایران توسط شاهوری (۱۳۹۴) ترجمه شد و روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در پژوهش وی نتایج بررسی پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۷ را به دست آورد (شاهوری، ۱۳۹۴).

ب) پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا ASES-فرم زنان: جهت ارزیابی عملکرد جنسی به‌ویژه تمایلات جنسی، برانگیختگی، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم را در طول ۵ هفته آینده استفاده شد. یک پرسشنامه ۵ آیتمی است و آیتم‌های بر روی مقیاس ۶ گزینه‌ای با دامنه ۱ (پرکاری) و ۶ (کم‌کاری) نمره‌گذاری می‌شود. جمع کل نمرات نمره‌ای با دامنه ۵ تا ۳۰ را به دست می‌آورد. این پرسشنامه توسط یکی از اساتید روان‌پزشکی دانشگاه آریزونا طراحی گردیده است. در پژوهشی ثابت شد این پرسشنامه روایی خوبی داشته و گزینه‌های آن ارتباط نسبتاً خوبی با گزینه‌های سایر ابزارها مانند شاخص عملکرد جنسی کاهش یافته دارد. همچنین نشان داده شده که این ابزار از استحکام درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی آزمون مجدد برخوردار است (McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno, Delgado, McKnight et al., 2000). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات پزمانی، برگرون، ورهاگه، وان-اودنهاو و انزلین^۳ (۲۰۱۴) مورد تأیید قرار گرفته است. پس از گردآوری اطلاعات توسط تکمیل پرسشنامه، داده‌ها به‌دست‌آمده را با استفاده از نرم‌افزار SPSS، در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه علاوه بر آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی) برای بررسی مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از دو روش همبستگی پیرسون استفاده شد.

۴- یافته‌ها

بر اساس بررسی‌های انجام شده در ویژگی‌های دموگرافیک نمونه آماری، سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان ۱۹ نفر سیکل، ۶۳ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق‌دیپلم، ۷۳ نفر لیسانس، ۳۷ نفر فوق‌لیسانس، ۳ نفر دکتری است. همچنین وضعیت اشتغال شرکت‌کنندگان، ۱۳۸ نفر خانه‌دار، ۳۱ نفر در مشاغل آزاد، ۳۰ نفر کارمند می‌باشند. در این تحقیق از افراد خواسته شد، مخاطبشان را درباره مسائل جنسی ذکر

1 Catania

2 Zacchilli, Hendrick & Hendrick

3 Pazmany, Bergeron, Verhaeghe, Van Oudenhove & Enzlin

کنند؛ که بر اساس پاسخ‌ها ۲۱ نفر پزشک، ۱۴۶ نفر همسر، ۹ نفر خانواده، ۲۱ نفر دوستان است؛ از میان نمونه ۳ نفر مخاطب گفتگوی جنسی خود را بیان نکردند.

بررسی نمونه آماری بر اساس گفتگوی جنسی نشان‌دهنده این بود که حداقل میزان ارتباط جنسی شرکت‌کنندگان ۲۶ و حداکثر آن ۷۱ است. همچنین بررسی نمونه آماری بر اساس سطح عملکرد جنسی حداقل سطح عملکرد جنسی شرکت‌کنندگان ۵ و حداکثر آن ۲۴ است.

پس از بررسی و تأیید پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، تحلیل‌های اصلی ارائه می‌شود.

جدول ۱- ارتباط گفتگوی جنسی و عملکرد جنسی بر اساس ضریب همبستگی پیرسون

| متغیر | ضریب پیرسون | تعداد | معناداری | رابطه |
|-------------|-------------|-------|----------|-----------------|
| گفتگوی جنسی | **۰/۲۵۶ | ۲۰۰ | ۰/۰۰۱ | رابطه مثبت دارد |

** معناداری کمتر از ۰/۰۱

* معناداری کمتر از ۰/۰۵

نتایج بررسی آزمون آماری ضریب همبستگی نشان داد، بین گفتگوی جنسی و عملکرد جنسی رابطه معنادار (**۰/۲۵۶) مثبت وجود دارد ($P > 0/01$). با توجه نتایج به‌دست‌آمده در تحلیل آزمون آماری ضریب همبستگی متغیرهای گفتگوی جنسی و عملکرد جنسی نشان‌دهنده نسبتاً قوی بین آن‌ها است؛ و این رابطه در سطح ۰/۰۱ معنا دارد است. با توجه به معنادار شدن همبستگی بین گفتگوی جنسی و عملکرد جنسی، برای تعیین سهم پیش‌بینی‌کنندگی متغیر گفتگوی جنسی برای عملکرد جنسی از تحلیل رگرسیون استفاده کردیم. به این منظور از ضریب رگرسیون تک متغیره به شیوه هم‌زمان استفاده شد.

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون

| مدل | SS | DF | MS | F | P | | |
|-----------------|-----------|----------------|---------|--------------------|----------------|-------|--------|
| رگرسیون | ۷۷۹/۳۵۲ | ۱ | ۷۷۹/۳۵۲ | ۱۳/۵۹۸ | ۰/۰۰۱ | | |
| مقدار باقیمانده | ۱۱۱۱۹/۱۷۹ | ۱۹۴ | ۵۷/۳۱۵ | | | | |
| مقدار کل | ۱۱۸۹۸/۵۳۱ | ۱۹۵ | | | | | |
| متغیر پیش‌بین | R | R ² | ARS | ضرایب غیراستاندارد | ضریب استاندارد | T | P |
| | ۰/۲۵۶ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۶۱ | B | SE | BETA | |
| عدد ثابت | - | - | - | ۳۴/۷۴۹ | ۱/۸۸۰ | - | ۱۸/۴۸۴ |
| عملکرد جنسی | - | - | - | ۰/۴۸۲ | ۰/۱۳۱ | ۰/۲۵۶ | ۳/۶۸۷ |

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود میزان F مشاهده شده معنادار است و استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است. (f=13/598) نتایج نشان می‌دهد مدل رگرسیون در کل را تبیین می‌کند. همچنین در این مطالعه بررسی ارتباط گفت‌وگوی جنسی و عملکرد جنسی با متغیرهای جمعیت شناختی سن و تحصیلات پرداخته شد. نتایج آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون نشان داد

بین گفتگوی جنسی با سن ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. در نهایت بین عملکرد جنسی با سن رابطه وجود ندارد. بین گفتگوی جنسی با تحصیلات رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در حالی که بین عملکرد جنسی با تحصیلات رابطه وجود ندارد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین گفت‌وگوی جنسی و عملکرد جنسی رابطه معنادار مثبت وجود دارد. همچنین آزمون تحلیل رگرسیون نشان داد که گفت‌وگوی جنسی، عملکرد جنسی را به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بینی می‌کند. به این معنی که با افزایش گفتگوی جنسی، سطح عملکرد جنسی افزایش می‌یابد. این نتایج با پژوهش‌های پیشین آقاسی‌زاده (۱۳۹۸)؛ باسبی، اسپینتسر، باتلر و اندرسون^۱ (۲۰۲۴)؛ مروین و روزن (۲۰۲۰)؛ رنکورت و همکاران (۲۰۱۶)؛ پزمانی و همکاران (۲۰۱۴)، دنیس^۲ (۲۰۱۳)؛ مارک و جوزکووسکی (۲۰۱۳) و هنرپروران و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان داشت که گفت‌وگوی جنسی زنان با شریک عاطفی جنسی یا همسرشان می‌تواند عملکرد جنسی آن‌ها را افزایش دهد. در این پژوهش منظور از گفت‌وگوی جنسی، صحبت در مورد تمایلات و ترجیحات و حتی مشکلات جنسی است. با توجه به اینکه اغلب مردان از مبهم بودن خواسته شریکشان گلایه می‌کنند، زمانی که این خواسته به مذاکره گذاشته شود و دو طرف به‌راحتی در مورد آن صحبت کنند، زنان در این رابطه منفعل نیستند و عاملیت جنسی آن‌ها اجازه می‌دهد بدون هیچ ترس و احساس خجالت احقاق جنسی صورت گیرد. در این رابطه زنان فعال‌تر و بنا به نتایج عملکرد جنسی بهتری خواهند داشت. رفتار گفت‌وگوی جنسی از طرفی به دلیل این افزایش کیفیت جنسی زندگی برای زنان در روابط بعدی می‌تواند به خاطر اینکه پاداش دریافت کرده، تقویت و احتمال اتفاق افتادن آن، افزایش یابد. از طرف دیگر بیان شفاف مسائل و مشکلات و تمایلات و ترجیحات جنسی، انعطاف‌پذیری و پاسخگویی مردان را در فرایند رابطه جنسی تسهیل می‌کند که به نوبه خود عامل دیگری برای بهبود عملکرد جنسی محسوب می‌شود.

۶- منابع

- ۱- آقاسی‌زاده، زینب (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت ارتباط جنسی مطلوب بر رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال واژینیس‌موس. دومین همایش بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی.
- ۲- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ و روئیز، پدرو (۱۴۰۰). خلاصه روانپزشکی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- ۳- شاهوری، شیوا (۱۳۹۴). رابطه عملکرد ارتباطی و رضایت جنسی با میانجیگری رضایت زناشویی، ارتباط، خودارزایی و اضطراب ارتباط جنسی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ۴- فرج‌نیا، سعیده؛ حسینیان، سیمین؛ شهیدی، شهریار؛ و صادقی، منصوره‌السادات (۱۳۹۳). تهیه و ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس عملکرد جنسی زناشویی. دوفصلنامه مشاوره کاربردی، ۴(۱)، ۸۵-۱۰۲. doi:10.22055/JAC.2014.12563
- ۵- فولی، سالی؛ کوپ، سالی؛ و ساگرو، دنیس (۱۳۹۹). ۳ گانه جنسی زنان: بلوغ، جوانی، یائستگی. ترجمه نیاز جاودانی و آرزو صارم. تهران: انتشارات کتاب‌درمانی.
- ۶- گاتمن، جان (۱۴۰۱). نسخه‌ای برای عشق ورزیدن راهکارهایی هفت روزه برای صمیمیت، همدلی و شادی بیشتر. ترجمه فرزاد

1 Busby, Spencer, Butler & Anderson

2 Dennis

مرتضوی. اصفهان: خانه رود.

- ۷- هنرپروران، نازنین؛ تبریزی، مصطفی؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زوجین. نشریه اندیشه و رفتار، ۴(۱۵)، ۵۹-۷۰.
- 8- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., ... & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 2(6), 793-800. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x
- 9- Anderson, M., Kunkel, A., & Dennis, M. R. (2011). "Let's (not) talk about that": Bridging the past sexual experiences taboo to build healthy romantic relationships. *Journal of sex research*, 48(4), 381-391.
- 10- Arrington, R., Cofrancesco, J., & Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of life research*, 13, 1643-1658. doi:10.1007/s11136-004-7625-z
- 11- Baxter, L. A., & Wilmot, W. W. (1985). Taboo topics in close relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2(3), 253-269. doi:10.1177/0265407585023002
- 12- Busby, D. M., Spencer, S., Butler, M. H., & Anderson, S. R. (2024). Sexual beliefs in couple relationships: Exploring the pathways of mindfulness, communication, and sexual functioning on sexual passion and satisfaction. *Family process*, 63(1), 130-150. doi:10.1111/famp.12917
- 13- Chiou, W. B., & Wan, C. S. (2006). Sexual self-disclosure in cyberspace among Taiwanese adolescents: Gender differences and the interplay of cyberspace and real life. *CyberPsychology & Behavior*, 9(1), 46-53. doi:10.1089/cpb.2006.9.46
- 14- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 999-1017. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00999.x
- 15- Denes, A. (2013). Doing It| Engaging Pillow Talk: The Challenges of Studying Communication After Sexual Activity. *International journal of communication*, 7(12), 2495- 2506.
- 16- Dogan, T., Tugut, N., & Golbasi, Z. (2013). The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sexuality and Disability*, 31, 239-247. doi:10.1007/s11195-013-9302-z
- 17- Frederick, D. A., Lever, J., Gillespie, B. J., & Garcia, J. R. (2017). What keeps passion alive? Sexual satisfaction is associated with sexual communication, mood setting, sexual variety, oral sex, orgasm, and sex frequency in a national US study. *The Journal of Sex Research*, 54(2), 186-201. doi:10.1080/00224499.2015.1137854
- 18- Golish, T. D. (2000). Is openness always better?: Exploring the role of topic avoidance, satisfaction, and parenting styles of stepparents. *Communication Quarterly*, 48(2), 137-158. doi:10.1080/01463370009385587
- 19- Herbenick, D., Eastman-Mueller, H., Fu, T. C., Dodge, B., Ponander, K., & Sanders, S. A. (2019). Women's sexual satisfaction, communication, and reasons for (no longer) faking orgasm: Findings from a US probability sample. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2461-2472. doi:10.1007/s10508-019-01493-0
- 20- Hullman, G. A., Weigel, D. J., & Brown, R. D. (2023). How Conversational Goals Predict Sexual Self-Disclosure Decisions. *The Journal of Sex Research*, 60(7), 1068-1080. doi:10.1080/00224499.2022.2035310
- 21- Leite, A. P. L., Campos, A. A. S., Dias, A. R. C., Amed, A. M., De Souza, E., & Camano, L. (2009). Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55, 563-568. doi:10.1590/S0104-42302009000500020
- 22- MacNeil, S., & Byers, E. S. (2005). Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(2), 169-181. doi:10.1177/02654075050509
- 23- Mark, K. P., & Jozkowski, K. N. (2013). The mediating role of sexual and nonsexual communication between relationship and sexual satisfaction in a sample of college-age heterosexual couples. *Journal of sex & marital therapy*, 39(5), 410-427. doi:10.1080/0092623X.2011.644652
- 24- McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. A., McKnight, K. M., Manber, R. C. (2000). The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. doi:10.1080/009262300278623
- 25- Merwin, K. E., & Rosen, N. O. (2020). Perceived partner responsiveness moderates the associations between sexual talk and sexual and relationship well-being in individuals in long-term relationships. *The Journal of Sex Research*, 57(3), 351-364. doi:10.1080/00224499.2019.1610151
- 26- Metts, S., & Cupach, W. R. (1989). *The role of communication in human sexuality*. Westport, CT: Ablex Publishing
- 27- Pazmany, E., Bergeron, S., Verhaeghe, J., Van Oudenhove, L., & Enzlin, P. (2014). Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: A controlled study. *The journal of sexual medicine*, 11(7), 1786-1797. doi:10.1111/jsm.12518

- 28- Rancourt, K. M., Rosen, N. O., Bergeron, S., & Nealis, L. J. (2016). Talking about sex when sex is painful: Dyadic sexual communication is associated with women's pain, and couples' sexual and psychological outcomes in provoked vestibulodynia. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1933-1944. doi:10.1007/s10508-015-0670-6
- 29- Rehman, U. S., Rellini, A. H., & Fallis, E. (2011). The importance of sexual self-disclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships. *The journal of sexual medicine*, 8(11), 3108-3115. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02439.x
- 30- Séguin, L. J. (2024). "I've learned to convert my sensations into sounds": Understanding during-sex sexual communication. *The Journal of Sex Research*, 61(2), 169-183. doi:10.1080/00224499.2022.2134284
- 31- Wheelless, L. R., Wheelless, V. E., & Baus, R. (1984). Sexual communication, communication satisfaction, and solidarity in the developmental stages of intimate relationships. *Western Journal of Communication (Includes Communication Reports)*, 48(3), 217-230. doi:10.1080/10570318409374158
- 32- Zacchilli, T. L., Hendrick, C., & Hendrick, S. S. (2009). The romantic partner conflict scale: A new scale to measure relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(8), 1073-1096. doi:10.1177/02654075093479

Investigating the Relationship Between Sexual Conversation and Sexual Performance of Married Women in Shiraz

Fateme Zarei¹, Kazem Khorramdel^{2*}, Hajar Kohansal³

- 1- Master's degree in psychology, Department of Psychology, Fatemiyeh S. Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.

Fatemehzare.i.psy@gmail.com

- 2- Assistant Professor, Department of Psychology, Fatemiyeh S. Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran. (Corresponding Author)

khorrampdel@fatemiyehshiraz.ac.ir

- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Fatemiyeh S. Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.

kohansal.h@gmail.com

Abstract

This research aimed to investigate the relationship between sexual dialogue and the sexual performance of married women in Shiraz in the year 1402 (Shamsi). Our statistical population was married women living in Shiraz who had experienced sexual intercourse within the past six months. From this population, 200 people were selected using convenience sampling and responded to the questionnaires. Data were collected using the Sexual Relationship Pattern questionnaire, the Arizona sexual experience scale questionnaire (women's form), and a demographic questionnaire. Data analysis was conducted using Pearson's correlation coefficient test in SPSS software. The results showed a significant positive relationship between sexual conversation and sexual performance. It can be explained that among women who had more sexual dialogue, there was greater satisfaction in their sexual performance.

Keywords: Sexual dialogue, Sexual performance, Women, Marriage.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License


(CC BY 4.0)

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی

فرزانه شقاقی^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۲*}

۱. واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

Farfarzan@Gmail.com

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم ، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

Hadiakbarinejhad@yahoo.com

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۵/۲۹]

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۸/۷]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کرد؛ اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۱۹ سؤالی کیفیت خواب پیتزبورگ و ۲۹ سؤالی پرخاشگری باس و پری پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی را در پس‌آزمون به ترتیب افزایش و کاهش داد. در مرحله پیگیری، اثر این درمان بر کیفیت خواب و پرخاشگری ماندگار بود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً می‌تواند سبب افزایش کیفیت خواب و کاهش پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب، پرخاشگری، نشانگان ملال پیش از قاعدگی.

۱ - مقدمه

با آغاز دوران بلوغ، تغییرات روانی و جسمانی در دختران روی می‌دهد که یکی از چالش‌برانگیزترین آن‌ها شروع قاعدگی یا عادت ماهانه است. یکی از مشکلات مربوط به قاعدگی، نشانگان ملال پیش از قاعدگی^۱ است که شامل مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری، خلقی و جسمانی است که پیش از دوره قاعدگی یا در طول آن به صورت قابل پیش‌بینی و پیوسته رخ می‌دهد و به قدری شدید است که بعضی از جنبه‌های زندگی دختران را تحت تأثیر قرار داده و منجر به کاهش عملکرد سالم، مشکلاتی در روابط بین فردی و اختلافات خانوادگی می‌شود (Fernández, Montes-Martínez, Piñeiro-Lamas, Regueira-Méndez & Takkouche, 2019). این چرخه گاهی آن قدر آزاردهنده می‌شود که سبب بروز مشکلات جسمانی و روانی در دختران (Yen, Lin, Hsu, Lin, Chen & Ko, 2023) نظیر تنش، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری^۲ (Dózsa-Juhász, Makai, Prémusz, Ács & Hock, 2023) و کاهش کیفیت خواب^۳ می‌شود (Chun & Doo, 2023) که این مشکلات اثرات منفی بر ابعاد روانی، عاطفی و جسمی گذاشته و باعث کاهش کیفیت و رضایت زندگی می‌شود (Braneca-Woźniak, Cymbaluk-Płoska & Kurzawa, 2022).

کیفیت خواب یک سازه بالینی است و از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب از جمله رضایت از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود، تشکیل می‌شود (Faubion, Ghaith, Kling, Mara, Enders, Starling et al., 2023). خواب بی کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد دارای میگرن قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد به پزشکان و روان‌شناسان است (Akman, Yavuzsen, Sevgen, Ellidokuz & Yilmaz, 2015). نتیجه یک پژوهش نشان می‌دهد که بین اضطراب و پرخاشگری با کیفیت پایین خواب در دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی رابطه معنی‌داری وجود دارد (Chun & Doo, 2023).

پرخاشگری حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه است که منجر به آسیب‌رساندن به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود (Shechtman & Tutian, 2016). پرخاشگری به دو صورت کلامی و غیرکلامی دیده می‌شود. افکار پرخاشگرانه نگرش پرخاشگرانه فراگیری است که فرد را به سوی رفتارهای خشونت‌آمیز سوق می‌دهد (Vacher, Romo, Dereure, Soler, Picot & Purper-Ouakil, 2022).

عدم توجه به مشکلات و معضلات برآمده از ملال پیش از قاعدگی، دختران را درگیر مشکلات زیادی همچون پرداخت هزینه‌های زیاد جهت حل مشکلات‌شان می‌کند که این امر تأثیرات مخربی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد (Payne, Rapkin, Lung, Seidman, Zeltzer & Tsao, 2016). با توجه به این که زنان و دختران نیمی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند و با توجه به این که شیوع نشانگان ملال پیش از قاعدگی در دخترانی که تازه به دوران بلوغ می‌رسند زیاد است، باید در کنار مداخلات پزشکی به حل مشکلات روان‌شناختی آن‌ها از طریق مداخلات روان‌شناختی پرداخت. نتیجه یک بررسی نشان می‌دهد که انواع مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم ملال پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی دختران اثربخش هستند (Puthusserry & Delariarte, 2023) که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ است. دلیل استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش این است که این درمان جزو درمان‌های موج سوم رفتاری است و علاوه بر این که از مؤلفه‌های تغییرات شناختی برخوردار است، به مؤلفه مهم پذیرش فعالانه نیز توجه ویژه‌ای دارد و این می‌تواند بر غنای درمان بیفزاید (Hayes & Lillis, 2016).

1 premenstrual dysphoric symptoms

2 Aggression

3 Sleep Quality

4 Acceptance and Commitment Therapy

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (Hayes & Lillis, 2016). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (Liu, Liu, Chong, Yau & Badayai, 2023). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر علائم قبل از قاعدگی، نگرش درباره قاعدگی و استرس ادراک‌شده (Jung, La & Son, 2017)، درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت (عقیلی، حق‌پرست و بابایی، ۱۴۰۳)، سندرم پیش از قاعدگی (Shoae, Pouredalati, Dadshahi, Parvin, Bolourian, Kiani et al., 2020)، استرس ادراک‌شده و پرخاشگری (برزگر، زهره‌ای، بوستانی‌پور، فتوح‌آبادی، ابراهیمی و حسین‌نیا، ۱۳۹۷) و بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب (عظیمی، حسن‌پور و عظیمی، ۱۳۹۷) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و درعین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مؤثر است را موردبررسی قرار دهد. با توجه به این‌که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی کم‌تر بر متغیر پرخاشگری پرداخته‌اند و هیچ پژوهشی متغیر مربوط به کیفیت خواب را در این دختران موردتوجه قرار نداده است، ازاین‌رو پرداختن به این متغیرها از جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر است؛ بنابراین، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی اثربخش است؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

نشانگان ملال پیش از قاعدگی مجموعه‌ای از علائم جسمی، روانی و احساسات مرتبط با چرخه قاعدگی در زنان و دختران است؛ و این در حالی است که بیشتر زنان در سن «بچه‌زایی» (حداکثر تا ۸۵ درصد) نشانه‌های فیزیکی مرتبط با عملکرد طبیعی تخمک‌گذاری شامل نفخ‌کردن یا نرمی پستان (حساسیت به لمس پستان) را تجربه کرده‌اند. تعاریف پزشکی از نشانگان ملال پیش از قاعدگی به الگویی مداوم از نشانه‌های فیزیکی و عاطفی (روانی) محدود می‌شود که تنها در طول فاز لوتئال از چرخه قاعدگی اتفاق می‌افتد که از شدت کافی برای تداخل با برخی از جنبه‌های زندگی برخوردار هستند (Yen et al., 2023).

کیفیت خواب احساسی روانی است که در ظاهر فرد قابل مشاهده است و بر کیفیت زندگی و احساس سلامتی فرد تأثیر می‌گذارد. اصطلاح کیفیت خواب به‌طور گسترده‌ای توسط محققان، روان‌شناسان، مشاوران و عموم مردم مورداستفاده قرار می‌گیرد ولی توافق عمومی درباره تعریف و نشانه‌های آن وجود ندارد. درحال این‌که عنصر خوب، یک پیش‌بینی‌کننده برای داشتن حال خوب، روحیه پرانرژی و مرتبط با سلامت جسمی و روانی است. این عنصر، با تعریف ساده‌ای که در لغت‌نامه وبستر از آن وجود دارد، پی‌گرفته می‌شود. طبق این تعریف، یک نگرش کلی برای شاخص کیفیت خواب، وجود یک اشتیاق درونی و رضایت از خواب است (Faubion et al., 2023).

پرخاشگری به معنی رفتاری است که منجر به آزار و درد می‌شود. پرخاشگری رفتاری است که به قصد آسیب‌رساندن به فرد دیگری (جسمانی یا زبانی) یا نابود کردن دارایی دیگران صورت می‌گیرد (Shechtman & Tutian, 2016).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی روش نوین درمانی به‌شمار می‌رود که به عملی‌سازی اهداف توجه ویژه‌ای دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیقی از چهار رویکرد توجه، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار طراحی شده است. این رویکرد عامل شکل‌گیری چالش و مشکلات زندگی را اجتناب تجربه‌ای برمی‌شمارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی روان‌درمانی است که به افراد کمک می‌کند در لحظه حال زندگی کنند و افکار و احساسات خود را بدون هیچ قضاوتی بپذیرند. در این درمان به مراجعه‌کنندگان آموزش داده می‌شود که به‌جای تمرکز بر افکار منفی، انرژی خود را برای درمان بگذارند و آرامش بیش‌تری داشته باشند (Hayes & Lillis, 2016).

عقبلی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با موضوع «اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت دختران دارای سندرم درد قاعدگی» نشان دادند که این درمان بر درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت دختران دارای سندرم درد قاعدگی اثربخش است.

عظیمی و همکاران (۱۳۹۷) در بررسی خود با عنوان «اثر بخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی» به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی تأثیر دارد.

۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان مدارس دولتی دخترانه دوره متوسطه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد که برحسب تشخیص پزشک مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین، پرسشنامه کیفیت خواب و پرخاشگری در بین دانش‌آموزان ۷ مدرسه که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (۱۸۸ نفر) و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۱۴۴ نفر) (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند؛ و این‌که در پرسشنامه کیفیت خواب، نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف‌تر است)، ۳۰ نفر از بین ۹۴ نفری که معیارهای ورود و خروج به پژوهش را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی (روش بلوک‌سازی تصادفی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). چون اختصاص بیش از ۱۵ نفر برای گروه درمانی مانع شکل‌گیری مناسب پویایی گروه می‌شود، از این‌رو برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. توضیح این‌که برای مقابله با انتقال محتوای جلسات درمانی از طریق اعضای گروه آزمایش به اعضای گروه کنترل، ترتیبی اتخاذ شد که اعضای دو گروه از دانش‌آموزان یک مدرسه نباشند. شایان‌ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن و مقطع تحصیلی بود.

۳-۱- معیارهای ورود و خروج به پژوهش

معیارهای ورود به پژوهش ابتدا به سندرم ملال پیش از قاعدگی بر اساس تشخیص پزشک، توانایی حضور در جلسات مداخلات، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی قبل از پژوهش و در حین پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید عصب‌شناختی-روانی مانند افسردگی شدید، صرع، مشکلات بینایی، شنوایی شدید، عدم ابتلا به بیماری اختلالات شخصیتی؛ (توضیح این‌که ارزیابی عدم ابتلا به

این موارد توسط یک روان‌پزشک انجام شده است، دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، طبقه اجتماعی- اقتصادی متوسط و عدم برخورداری از مشکلات هورمونی به تشخیص پزشک؛ و معیارهای خروج از مطالعه (غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان) بودند.

الف) پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱: این پرسشنامه توسط بایسه و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. این شاخص شامل ۱۹ سؤال و ۷ مؤلفه (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکرد روزانه) است. محدوده نمره در هر مؤلفه از صفر تا ۲۱ است؛ لذا نمره کل این پرسشنامه از صفر تا ۲۱ خواهد بود. در این شاخص نمره صفر به معنای نداشتن مشکل در خواب و ۲۱ به معنای داشتن مشکل شدید در همه حوزه‌هاست. نمره کلی بالاتر از ۵ بیانگر کیفیت خواب ضعیف است. به عبارتی، نمرات بالاتر بیانگر ضعیف‌تر بودن کیفیت خواب هستند (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989). پایایی این مقیاس توسط بایسه و همکاران (۱۹۸۹) ۰/۸۳ محاسبه شد و اعتبار آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل در سطح مناسب گزارش شده است. کارپنتر و آندریکواسکی^۲ (۱۹۹۸) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ ذکر کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است، حساسیت ۱۰۰ درصد، ویژگی ۹۳ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای نسخه فارسی این پرسشنامه گزارش شده است (نجفی، تقریبی و شهریار کله مسیحی، ۱۳۹۳؛ عرب، شریعتی، بهرامی، آسایش و وکیلی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه پرخاشگری^۳: این پرسشنامه ۲۹ سؤالی توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ تهیه شده است و چهار جنبه از پرخاشگری (خشم، پرخاشگری بدنی-کلامی، رنجش و بدگمانی) را می‌سنجد. پرسشنامه پرخاشگری، پالایش شده پرسشنامه خصومت است که بیش از سی سال قبل توسط باس تهیه شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ می‌باشد (Buss & Perry, 1992). باس و پری (۱۹۹۲) روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران، سامانی (۱۳۸۶) با بررسی مقطعی ۴۹۲ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۲۲ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) دانشگاه شیراز که به روش خوشه‌ای انتخاب شده بودند و به کمک پرسشنامه پرخاشگری باس و پری ارزیابی شدند، ضریب پایایی این پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی ۰/۷۸ به دست آورد. همچنین همبستگی زیاد عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روان‌شناسان در ایران است. ضریب آلفای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۹ در پژوهش فرهنگیان، میهن‌دوست و احمدی (۱۴۰۰) به دست آمده است. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و ۱ روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. یک‌بار در مرحله پس‌آزمون، یک‌بار بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و یک‌بار پس از گذشت چهار ماه از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آن‌ها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم

1 Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire

2 Carpenter & Andrykowski

3 Aggression Questionnaire

رصد می شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی هیز و لیلیس (۲۰۱۶) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف و محتوا |
|-------|---|
| اول | برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی |
| دوم | کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف |
| سوم | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| چهارم | توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| پنجم | معرفی مدل سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| ششم | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| هفتم | توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف |
| هشتم | آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون |

۴- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون تی مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به طور کامل مداخله را دریافت کردند. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان $16/60 \pm 0/67$ سال بود. همچنین، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۵ نفر در مقطع دهم، ۱۲ نفر در مقطع یازدهم و ۳ نفر در مقطع دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و فراوانی مشاهده شده آزمودنی‌ها در متغیر مقطع تحصیلی مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| متغیر | گروه آزمایش | گروه کنترل | p |
|--|------------------|------------------|-------------|
| سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار) | ۱۶/۷۳ \pm ۰/۷۰ | ۱۶/۴۷ \pm ۰/۶۴ | ۰/۲۸۷ • |
| مقطع تحصیلی | | | |
| دهم (تعداد- درصد) | ۶ (۴۰) | ۹ (۶۰) | ۰/۰۵۴ •• |
| یازدهم (تعداد- درصد) | ۷ (۴۶/۷) | ۵ (۳۳/۳) | |
| دوازدهم (تعداد- درصد) | ۲ (۱۳/۳) | ۱ (۶/۷) | |

آزمون: تی مستقل، •، خی دو •• * $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

در پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($p > ۰/۰۵$) معنی دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای کیفیت خواب ($F=۲/۶۷۷$) و پرخاشگری ($F=۲/۱۲۳$) به ترتیب در سطح $۰/۲۹۹$ و $۰/۴۷۶$ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ($۰/۶۰۰$) متغیر کیفیت خواب در سطح خطای داده شده ($۰/۴۲۱$) و مقدار کرویت موخلی ($۰/۵۵۰$) متغیر پرخاشگری در سطح خطای داده شده ($۰/۳۶۶$) معنی دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک تر از ($۰/۰۵$) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای کیفیت خواب و پرخاشگری ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنادار کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین کیفیت خواب و پرخاشگری بین دو گروه

| متغیر | زمان | آزمایش | کنترل | آزمون اثرات |
|------------|-----------|------------------|-------------------|--|
| کیفیت خواب | پیش آزمون | ۱۷/۲۷ \pm ۲/۴۹ | ۱۷/۸۷ \pm ۲/۲۰۰ | درون گروهی: $ES=۰/۳۰$, $p=۰/۰۰۱$, $F=۱۲/۵۰$ |
| | پس آزمون | ۱۳/۹۳ \pm ۲/۳۱ | ۱۶ | بین گروهی: $ES=۰/۱۲$, $p=۰/۰۴۷$, $F=۳/۸۳$ |
| | پیگیری | ۱۴/۶۷ \pm ۳/۷۷ | ۱۷/۲۷ \pm ۲/۴۰ | متقابل: $ES=۰/۳۱$, $p=۰/۰۰۱$, $F=۱۲/۶۶۸$ |
| پرخاشگری | پیش آزمون | ۸۷/۱۳ \pm ۴/۹۰ | ۸۶/۶۷ \pm ۳/۶۱ | درون گروهی: $ES=۰/۶۹$, $p=۰/۰۰۱$, $F=۱۰۸/۲۲$ |
| | پس آزمون | ۸۱/۸۰ \pm ۴/۷۹ | ۸۶/۵۳ \pm ۳/۴۲ | بین گروهی: $ES=۰/۰۶$, $p=۰/۱۷۰$, $F=۱/۹۸$ |
| | پیگیری | ۸۱/۷۳ \pm ۴/۷۹ | ۸۶/۴۷ \pm ۳/۵۲ | متقابل: $ES=۰/۷۱$, $p=۰/۰۰۱$, $F=۱۲۶/۶۴$ |

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ در بعد اثر بین گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری در کیفیت

خواب و کاهش در پرخاشگری شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در کیفیت خواب و پرخاشگری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات کیفیت خواب و پرخاشگری بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$)؛ در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر کیفیت خواب و پرخاشگری بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$)؛ اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی صورت گرفته نمرات آن‌ها در کیفیت خواب و پرخاشگری به ترتیب بهبود و کاهش یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر دارد و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره کیفیت خواب در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات کیفیت خواب دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات کیفیت خواب افراد در گروه آزمایش مثبت بود. در این راستا نتیجه پژوهش عظیمی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی اثر بخش است که نتیجه پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش مذکور همسو می‌باشد. لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهم‌سویی را مورد بحث قرار دهیم.

در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود (Hayes & Lillis, 2016) که در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانۀ فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (Jung et al., 2017) که در این پژوهش، کیفیت خواب را بهبود بخشیده است.

همچنین، تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر دارد و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره پرخاشگری در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات پرخاشگری افراد در گروه آزمایش مثبت بود. در این راستا نتیجه پژوهش برزگر و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی اثر بخش

است که نتیجه پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش مذکور همسو است. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهم‌سویی را مورد بحث قرار دهیم.

تفسیر دختران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به آن تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری و ناتوانی عملکرد در آینده است (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب، افسردگی و به‌تبع آن، پرخاشگری را بهبود می‌بخشد (Peterson, & Eifert, 2011).

نمونه پژوهش حاضر را، تمامی دختران دوره متوسطه دوم ۱۶ تا ۱۸ ساله شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم‌یافته‌ها به همه دختران جوان‌تر و مسن‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر کارکرد خانواده هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به نقش مهم اجتماعی دختران به‌عنوان مادران آینده و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه بهبود کیفیت خواب و کاهش پرخاشگری استفاده شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته است به دختران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی کمک کنند تا مشکلات برآمده از آن را بهتر بپذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند که متعاقباً کیفیت خواب و پرخاشگری آن‌ها کاهش پیدا کرده است.

۶- منابع

- ۱- برزگر، اسماعیل؛ زهره‌ای، اسماعیل؛ بوستانی‌پور، علیرضا؛ فتوح‌آبادی، خدیجه؛ ابراهیمی، شیمیا؛ و حسین‌نیا، معصومه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۳)، ۱۶۳-۱۷۸. doi:10.22051/PSY.2018.18095.1529
- ۲- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.
- ۳- عرب، زهرا؛ شریعتی، علیرضا؛ بهرامی، حمیدرضا؛ آسایش، حمید؛ و وکیلی، محمدعلی (۱۳۹۱). تأثیر طب فشاری بر کیفیت خواب بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله پرستاری و مامایی، ۱۰(۲)، ۲۳۷-۲۴۵.
- ۴- عظیمی، عظیم؛ حسن‌پور، مهدیه؛ و عظیمی، رضوان (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی. دومین کنگره بین‌المللی و سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات تربیتی، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه، تهران، ۱۱۹-۱۲۳.
- ۵- عقیلی، سید مجتبی؛ حق‌پرست، یلدا و بابایی، انسیه (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت دختران دارای سندرم درد قاعدگی. آموزش پرستاری، ۱۳(۱)، ۱۱-۲۱.

- ۶- فرهنگیان، سیمین؛ میهن دوست، زینب؛ و احمدی، وحید (۱۴۰۰). تأثیر مقایسه‌ای درمان شناختی - رفتاری و مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی، کاهش پر خاشاگری و استرس شغلی پرستاران. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۳۰(۱)، ۵۲-۶۲. doi:10.32592/ajnm.30.1.52
- ۷- نجفی، زهرا؛ تقریبی، زهرا؛ و شهر یاری کله مسیحی، محمد (۱۳۹۳). تأثیر رایحه‌درمانی با اسطوخودوس بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیز. *مجله علوم پزشکی فیض*، ۱۸(۲)، ۱۴۵-۱۵۰.
- 8- Akman, T., Yavuzsen, T., Sevgen, Z., Ellidokuz, H., & Yilmaz, A. U. (2015). Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh Sleep Quality Index. *European journal of cancer care*, 24(4), 553-559. doi:10.1111/ecc.12296
- 9- Branecka-Woźniak, D., Cymbaluk-Płoska, A., & Kurzawa, R. (2022). The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life—a myth or a fact?. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 26(2), 598-609. doi:10.26355/eurrev_202201_27887
- 10- Buss, AH., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *JPSP*, 63(3), 452-459.
- 11- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- 12- Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1998). Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of psychosomatic research*, 45(1), 5-13. doi:10.1016/S0022-3999(97)00298-5
- 13- Chun, H., & Doo, M. (2023, May). Sleep Quality in Women with Premenstrual Syndrome Is Associated with Metabolic Syndrome-Related Variables. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 10, p. 1492). MDPI. doi:10.3390/healthcare11101492
- 14- Dózsa-Juhász, O., Makai, A., Prémusz, V., Ács, P., & Hock, M. (2023). Investigation of premenstrual syndrome in connection with physical activity, perceived stress level, and mental status—a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1223787. doi:10.3389/fpubh.2023.1223787
- 15- Faubion, S. S., Ghaith, S., Kling, J. M., Mara, K., Enders, F., Starling, A. J., & Kapoor, E. (2023). Migraine and sleep quality: does the association change in midlife women?. *Menopause*, 30(4), 376-382. doi:10.1097/GME.0000000000002149
- 16- Fernández, M. D. M., Montes-Martínez, A., Piñeiro-Lamas, M., Regueira-Méndez, C., & Takkouche, B. (2019). Tobacco consumption and premenstrual syndrome: A case-control study. *PloS one*, 14(6), e0218794. doi:10.1371/journal.pone.0218794
- 17- Hayes, SC., & Lillis, J. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- 18- Jung, M. J., La, M. O., & Son, C. (2017). Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on premenstrual symptoms, attitudes about menstruation, and perceived stress of women with premenstrual syndrome. *Journal of Digital Convergence*, 15(1), 485-495.
- 19- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3), E14057. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e14057
- 20- Payne, L. A., Rapkin, A. J., Lung, K. C., Seidman, L. C., Zeltzer, L. K., & Tsao, J. C. (2016). Pain catastrophizing predicts menstrual pain ratings in adolescent girls with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(1), 16-24. doi:10.1111/pme.12869
- 21- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587. doi:10.1016/j.cbpra.2010.03.004
- 22- Puthusserry, S. T., & Delariarte, C. F. (2023). Development and implementation of mindfulness-based psychological intervention program on premenstrual dysphoric symptoms and quality of life among late adolescents: A pilot study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 11, 100461. doi:10.1016/j.jadr.2022.100461
- 23- Shechtman, Z., & Tutian, R. (2016). Teachers treat aggressive children: An outcome study. *Teaching and Teacher Education*, 58, 28-34. doi:10.1016/j.tate.2016.04.005
- 24- Shoae, F., Pouredalati, M., Dadshahi, S., Parvin, P., Bolourian, M., Kiani, A., ... & Vafisani, F. (2020). Evaluation of non-pharmacological strategies, therapeutic and cognitive-behavioral interventions in the treatment of premenstrual syndrome: a review study. *International Journal of Pediatrics*, 8(2), 10929-10939.
- 25- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- 26- Vacher, C., Romo, L., Dereure, M., Soler, M., Picot, M. C., & Purper-Ouakil, D. (2022). Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 124. doi:10.1186/s13063-022-05996-5
- 27- Yen, J. Y., Lin, P. C., Hsu, C. J., Lin, C., Chen, I. J., & Ko, C. H. (2023). Attention, response inhibition,

impulsivity, and decision-making within luteal phase in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 26(3), 321-330. doi:10.1007/s00737-023-01311-6

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sleep Quality and Aggression in Girls with Premenstrual Dysphoric Syndrome

Farzaneh Shaghghi¹, Hadi Smkhani Akbarinejad^{2*}

1. Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Farfarzan@Gmail.com

2. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

Hadiakbarinejad@yahoo.com

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sleep quality & aggression in girls with premenstrual dysphoric syndrome. This study was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up with a control group design. The statistical population consisted of female high school students suffering from premenstrual dysphoric symptoms in Tabriz in 2023. A total of 30 participants were selected through the purposive sampling method and randomly divided into two groups (15 people each). Members of the experimental group received their treatment in eight 1.5-hour sessions, while the control group did not receive any treatment. Both groups completed the 19-item Pittsburgh sleep quality and 29-item Bass-Perry Aggression Questionnaire before, after, and four months following the intervention. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results showed that ACT significantly increased sleep quality and decreased aggression in girls with premenstrual dysphoric syndrome in the post-test. In the follow-up phase, the effect of this treatment on sleep quality and aggression was lasting. According to the results of the present study, it can be concluded that ACT can potentially enhance sleep quality and reduce aggression in girls with premenstrual dysphoric syndrome.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Sleep Quality, Aggression, Premenstrual Dysphoric Syndrome.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I (زنان زیر ۵۰ سال)

نگار سنگری^۱، رضا قربان جهرمی^{۲*}

۱- واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

sangarinegar.id@gmail.com

۲- واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

rrghorban@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۹/۲۸]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۶/۱۰]

چکیده

اختلال دوقطبی که قبلاً به‌عنوان افسردگی-شیدایی شناخته می‌شد، یک اختلال خلقی است که با دوره‌های افسردگی و دوره‌های شادی غیرطبیعی مشخص می‌شود. با توجه به شیوع بالای این بیماری در زنان، تحقیق حاضر با هدف ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I در زنان زیر پنجاه سال انجام شد. جهت انجام تحقیق، ابتدا ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان موردبررسی قرار گرفت، سپس جهت ارزیابی کیفیت زندگی، از پرسشنامه WHOQOL-BREF استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، ۵۰ زن بیمار بود که بر پایه معیارهای DSM-IV-TR مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I بوده و به مراکز مشاوره و درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. همچنین جهت مقایسه‌ی این گروه با افراد سالم جامعه، یک گروه (۵۰ نفر) از بین همراهان بیماران و کارکنان مراکز مشاوره انتخاب و نتایج با استفاده از آزمون T مستقل در نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، امتیاز کیفیت زندگی برای گروه سالم معادل ۷۸ و بالاتر از سطح متوسط ($50=\mu$) بود که نشان می‌دهد در مجموع گروه سالم، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. در مقابل در گروه بیمار امتیاز کیفیت زندگی معادل ۳۶ به دست آمد که کمتر از سطح متوسط بوده و حاکی از کیفیت زندگی نامطلوب گروه بیمار است. این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، اختلال دوقطبی نوع یک، زنان بالای ۵۰ سال.

۱- مقدمه

اختلال دوقطبی بیماری نسبتاً شایع و در حال حاضر به‌عنوان یکی از مشکلات اصلی سلامت در سراسر جهان مطرح است. اختلال دوقطبی یک اختلال خلقی است که با دوره‌های افسردگی و شیدایی یا هیپومانیا مشخص می‌شود و تقریباً ۲.۴ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Merikangas, Jin, He, Kessler, Lee, Sampson et al., 2011). اختلال دوقطبی به‌عنوان یک بیماری مادام‌العمر و عودکننده طبقه‌بندی می‌شود (Michalak, Yatham, Wan & Lam, 2005; Bonnin, Sanchez-Moreno, Martinez-Aran, 2005; Solé, Reinares, Rosa et al., 2012). این اختلال دوره‌ای معمولاً با تغییرات در عملکرد شغلی و اجتماعی فرد همراه است و نیاز به درمان دارد (یعقوبیان و رستمی، ۱۴۰۲).

اختلال دوقطبی با طیفی از پیامدهای نامطلوب، از جمله اختلال در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است. به‌عنوان مثال میزان سابقه تروما در میان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار بالاتر از جمعیت عمومی است (Rowe, Perich & Meade, 2024) که این مسئله کیفیت زندگی افراد را کاهش می‌دهد. مطالعات نشان داده است که اختلال عملکردی قابل‌توجهی در بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی وجود دارد، حتی درحالی‌که خلق‌وخوی آن‌ها ثابت است (Rosa, Sánchez-Moreno, Martínez-Aran, Salamero, 2007; Torrent, Reinares et al., 2007; Goetz, Tohen, Reed, Lorenzo, Vieta & EMBLEM Advisory Board, 2007; Strakowski, Williams, Fleck & Delbello, 2000). کیفیت زندگی شرایطی است که در آن فرد از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد. کیفیت زندگی ساختار گسترده‌ای است که برای ارزیابی وضعیت سلامت، سطوح درک شده از رفاه عمومی و رضایت در زمینه یک وضعیت سلامت خاص یا زندگی به‌طورکلی توسعه یافته است (Chuang, Wu & Wang, 2023). توجه به تجارب و ویژگی‌های مثبت و منفی افراد تحت عنوان کیفیت زندگی از اولویت‌های دولت‌های پیشرفته و سازمان‌های مرتبط با بهداشت جسمی و روانی بوده است (بشارت، کشاورز، غلامعلی لوسانی و عربی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی زمانی که افراد هم در حالت اپیزود و هم اتمیک هستند، مختل می‌شود (IsHak, Brown, Aye, Kahloon, Mobaraki & Hanna, 2012; Michalak et al., 2005). بررسی‌ها نشان می‌دهد اختلال دوقطبی به میزان بیشتری با برخی علائم همچون افسردگی غیرمعمول؛ کندی روانی-حرکتی؛ بی‌قراری حرکتی؛ افسردگی پس‌کوزی و افسردگی مالیخولیایی همراه است (Hatchett, 2010).

شواهد بین‌المللی قابل توجهی در مورد اندازه‌گیری، ارائه و درمان جنبه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی وجود دارد (Morton, Murray, Yatham, Lam, R. W., & Michalak, 2021). مطالعات طولی گذشته‌نگر نشان می‌دهند که کمتر از نیمی از بیماران دوقطبی، پاسخ طولانی‌مدت مطلوبی به درمان داشته‌اند و حتی در صورت ادامه‌ی درمان، بسیاری از بیماران به بهبودی کامل دست نیافته و درعین‌حال بسیاری از بیماران نیز پذیرش پایینی برای درمان‌های دارویی مداوم دارند (Ruiz, 2000). بر این اساس، کیفیت زندگی متغیر مهمی در ارزیابی کارایی درمان در این دو دسته از بیماری محسوب می‌گردد (داداش‌زاده، ارفعی، موسوی‌کیا و علیزاده، ۱۳۹۲). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های آن‌ها توصیف کرده است. این مفهوم گسترده و کلی از کیفیت زندگی را می‌توان از مفهوم خاص‌تر «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» (HRQOL) متمایز کرد که به جنبه‌هایی از زندگی افراد اشاره دارد که مستقیماً بر سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد (Michalak et al., 2005; Rajagopalan, Bacci, Ng- 2016; Mak, Wyrwich, Pikalov & Loebel, 2016). طبق تحقیقات انجام‌شده اختلال عملکردی به‌شدت با نقص شناختی مرتبط است. محققان نشان دادند که با وجود شیوع اختلال دوقطبی در جامعه، بخش بزرگی از بیماران، علائم را پس از بهبودی تجربه خواهند کرد که از کیفیت زندگی آن‌ها می‌کاهد (Granek, Danan, Bersudsky & Osher, 2016). درمجموع افراد مبتلا به اختلال دوقطبی اغلب علائم باقیمانده مداوم، مشکلاتی در عملکرد روانی اجتماعی، اختلالات شناختی و کیفیت پایین زندگی را تجربه می‌کنند. در دهه

گذشته، هدف درمان در محیط‌های بالینی و تحقیقاتی نه‌تنها بر بهبودی بالینی، بلکه بر بهبود عملکردی و اخیراً در بهبود شخصی با در نظر گرفتن رفاه و کیفیت زندگی بیماران متمرکز شده است (Bonnín, Reinares, Martínez-Arán, Jiménez, Sánchez-Moreno, Solé et al., 2019). هم‌اکنون مطالعات نشان می‌دهد افسردگی، تحریک‌پذیری و شرایط همراه روان‌پزشکی بر کیفیت زندگی و عملکرد در اختلال دوقطبی تأثیر منفی می‌گذارد. لذا با توجه به اینکه در کشور ما به مفهوم کیفیت زندگی، سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمتر پرداخته شده است و به تبع آن این دسته از بیماران جهت مداخلات روان‌شناختی، کمتر مورد بررسی محققین قرار گرفته‌اند، تحقیق حاضر در نظر دارد به ارزیابی کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی بپردازد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

مطالعات اخیر بر روی نظریه ذهن در بیماران با اختلال دوقطبی، نقص‌هایی در بخش‌هایی از توانایی نظریه ذهن را نشان داده است (سلطانی عظمت، محمدیان، دولتشاهی و علیدوست، ۱۳۹۴). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای نقص در دو بعد شناختی و عاطفی نظریه ذهن هستند و در دوره فروکش علائم هم از هم‌تایان سالم خود ضعیف‌تر عمل می‌کنند. در رابطه با علت‌شناسی اختلال دوقطبی، نظریات مختلفی وجود دارد. از جمله مهم‌ترین این نظریات، نظریه روان‌تحلیل‌گری است و بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، بر اساس گریز در سبکی از زندگی که با شتاب فکری و حرکتی مشخص می‌شود، از تعارض وحشتناک ناشی از فقدان، اجتناب می‌ورزند (دادستان، ۱۳۸۳). رفتارگرایان و شناخت‌گرایان نیز در رابطه با علت‌شناسی این اختلال، نظریاتی را داده‌اند که بیشتر به بررسی گستره افسردگی این اختلال در این مکاتب پرداخته شده، چراکه عده‌ای از روان‌شناسان اعتقاد دارند که در اختلال دوقطبی، مشکل اصلی افسردگی است. به عبارتی، اعتقاد آنان بر این است که افراد در خلال دوره‌های وجد نیز افسردگی دارند، چون در اوج شادی به راحتی به گریه می‌افتند که از این بابت رفتارهای مانیا یا وجد را دفاع فرد می‌دانند در برابر یک افسردگی عمیق و ریشه‌دار (شاملو، ۱۳۸۳). ولی امروزه با پیشرفت علوم پزشکی و آزمایشگاهی و عدم تأیید صریح نظریات مختلف روان‌شناسی از جمله روان‌تحلیل‌گری در بحث اختلالات دوقطبی، پژوهشگران بر اساس شواهد عینی و قابل لمس ژنتیک، انتقال‌دهندگان عصبی و غیره به بررسی علت اختلال دوقطبی پرداخته‌اند. فرضیه امروزی پژوهشگران در رابطه با این اختلال حاکی از آن است که افزایش نوراپی‌نفرین به ایجاد آشفتگی می‌انجامد. در حال حاضر لیتیوم به‌عنوان مؤثرترین دارو و درمان اختلال‌های دوقطبی شناخته شده است و تحقیقات نشان داده‌اند که این دارو در مکانیسم عمل، موجب کاهش نوراپی‌نفرین در جایگاه‌های اصلی نورون می‌شود و همین بررسی‌هایی که درباره چگونگی اثر لیتیوم انجام شدند، این باور را که آشفتگی با بالا بودن سطح نوراپی‌نفرین مرتبط است، مورد تأیید قرار دادند. در رابطه با عوامل ژنتیکی نیز نظریه‌پردازان زیست‌شناس معتقدند که ناهنجاری زیستی در زیربنای اختلالات دوقطبی وجود دارد که به صورت ارثی نیز منتقل می‌شود. به‌طور خلاصه، گروهی از پژوهشگران این علم در ابتدا نتیجه گرفتند که یک ژن یا گروهی از ژن‌هایی که در ناحیه کروموزوم ۱۱ قرار دارند، آمادگی ابتلای به اختلال دوقطبی را ایجاد می‌کنند. ولی امروزه محققان مناطق احتمالی را روی کروموزوم‌های ۸، ۱۰، ۱۶ و ۲۰ شناسایی کرده‌اند که تأثیرات بارزی بر اختلالات دوقطبی دارند. دسته دیگری از پژوهشگران زیست‌شناسی نیز به نقش کروموزوم x در ایجاد این اختلال اشاره می‌کنند.

مک‌گینتی، جانوس، سای، یانگ‌استورم، فاین‌دینگ، یانگ‌استورم^۱ و همکاران (۲۰۲۳)، در مقاله‌ای به مقایسه کیفیت زندگی خود گزارش شده در جوانان مبتلا به اختلالات دوقطبی در مقابل سایر اختلالات پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد جوانان مبتلا به اختلال دوقطبی در اکثر خرده مقیاس‌ها کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در مقایسه با جوانان سالم، جوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی، جوانان مبتلا به اختلالات رفتاری و جوانان با سایر اختلالات غیر رفتاری/غیر خلقی گزارش کردند. تایلور، لوبلن، هاداراگ و

جونز^۱ (۲۰۲۲)، طی بررسی سیستماتیک عملکرد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی در افراد مسن مبتلا به اختلال دوقطبی دریافتند افراد مسن مبتلا به اختلال دوقطبی با طیف گسترده‌ای از عملکرد، از «اختلالات عمده» تا «بالا تر» برخوردار هستند. در مطالعه دیگری آنیایو، آشابا، کاگوا، مالینگ و ناکیمکولی مپونگو^۲ (۲۰۲۱)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی ذهنی و فیزیکی شرکت‌کنندگان در تحقیق ضعیف بود و سابقه افکار خودکشی و علائم روان‌پریشی با کیفیت زندگی پایین همراه بود. کوترنا، برانکو، شانسیس و فونسکا^۳ (۲۰۲۰) نیز طی مطالعه‌ای دریافتند که مدیریت علائم افسردگی و تقویت ذخیره شناختی ممکن است کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بهبود بخشد. نتایج تحقیق سیهرا، لیویانوس و راجو^۴ (۲۰۰۵) نیز نشان داد بیماران دوقطبی حتی در مرحله پایدار بیماری، عملکرد و بهزیستی کمتری را تجربه می‌کنند. در پژوهش دیگری سیلویا، مونتانا، دکرسباخ، تاسه، توهن، ریلی هرینگتون^۵ و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند افرادی که علائم افسردگی و تحریک‌پذیری شدیدتر داشتند، کیفیت زندگی پایین‌تر و اختلال عملکردی بالاتری داشتند. بی‌ریائی نجف‌آبادی و نوین (۱۴۰۲) در مقاله‌ای اثربخشی روان‌درمانی روابط ابژه‌ای بر الگوهای دل‌بستگی ناایمن زنان ۲۵-۳۰ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده دل‌بستگی ناایمن اجتنابی و دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله تفاوت معناداری ایجاد شد و این تفاوت تا مرحله پیگیری ادامه داشت. میرباقر آجریز و دهقانی (۱۴۰۲) نیز در مقاله‌ای به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های «اهتمام، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» تفاوت معناداری وجود دارد؛ لذا مداخله مبتنی بر تصمیم بر بهبود مؤلفه‌های تبعیت از درمان شامل «اهتمام، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» مؤثر است. رضایی، هاشمی و شاطری (۱۴۰۲) اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر بهبود زمان واکنش، برنامه‌ریزی و بازداری از پاسخ در بیماران دوقطبی را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که توان‌بخشی شناختی بر بهبود زمان واکنش، برنامه‌ریزی و بازداری از پاسخ در بیماران دوقطبی اثربخش است. در مطالعه دیگری، محجل رضایی و هاشمی (۱۳۹۷)، دریافتند اختلاف آماری معنادار بین کارکردهای شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و افراد عادی در حیطه‌های کارکرد توجه، حافظه (شامل اطلاعات شخصی، جهت‌یابی، کنترل ذهنی، حافظه اعداد، حافظه بینایی و یادآوری کلمات دوتایی)، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت حل مسئله وجود دارد. نتایج هادی (۱۳۹۱) نیز نشان داد مقایسه‌ی کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی با افراد گروه شاهد، بیانگر وضعیت بدتر بیماران در مقایسه با گروه شاهد در حیطه‌های عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی است.

۳- روش‌شناسی

تحقیق حاضر از جنبه هدف کاربردی و از حیث روش اجرا علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه زنان ۱۸ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ است که از این بین تعداد ۵۰ زن بیمار که بر پایه معیارهای DSM-IV-TR مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I، در دوره مانیا، افسردگی یا مختلط تشخیص داده شده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس و پی‌درپی به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل جنسیت زن، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص قطعی ابتلا به اختلال دوقطبی نوع I و داشتن توانایی خواندن و نوشتن و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی و عدم تمایل شرکت‌کننده‌ها در ادامه مطالعه بود. جهت مقایسه‌ی این گروه با افراد سالم جامعه، ۵۰ زن بین ۱۸ تا

1 Tyler, Lobban, Hadarag & Jones

2 Anyayo, Ashaba, Kaggwa, Maling & Nakimuli-Mpungu

3 Cotrena, Branco, Shansis & Fonseca

4 Sierra, Livianos & Rojo

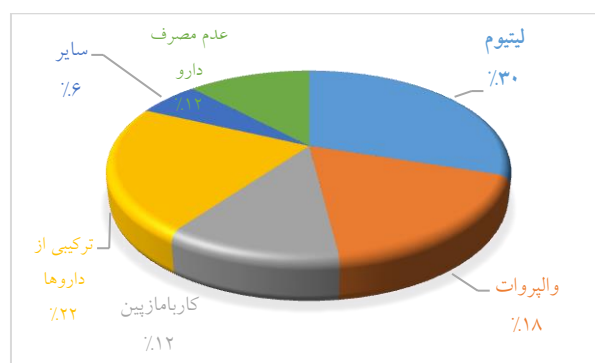
5 Sylvia, Montana, Deckersbach, Thase, Tohen, Reilly-Harrington

۵۰ سال که از همراهان بیماران و کارکنان مراکز مشاوره بودند، انتخاب شدند. جهت انجام تحقیق، ابتدا ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان (نظیر سن، تأهل، وضعیت اشتغال، داروی مصرفی و ...) مورد بررسی قرار گرفت، سپس جهت ارزیابی کیفیت زندگی، از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت WHOQOL-BREF استفاده شد. سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ کشور به‌طور هم‌زمان خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی نمود. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، برای کلیه مطالعات صورت گرفته در حدود ۰.۷ بود و روایی آن نیز تأیید گردید (Skevington, 2004). برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. روایی پرسشنامه تأیید شد و پایایی برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰.۷۷، سلامت روانی ۰.۷۷، روابط اجتماعی ۰.۷۵، سلامت محیط ۰.۸۴ به دست آمد (نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، کاظم و مجدزاده، ۱۳۸۵).

این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است و چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. هر یک از این بعدها به ترتیب دارای هفت، شش، سه و هشت پرسش است که برای هر بعد نمره‌ای بین چهارتا ۲۰ به دست می‌آید. نمره چهار نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت بعد مورد نظر است. این امتیازها را می‌توان به امتیازی بین یک تا ۱۰۰ تبدیل نمود. معیارهای ورود به مطالعه شامل جنسیت زن، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، نداشتن معلولیت، بیماری جسمی شدید، تجربه‌ی رویداد تنش‌زای شدید در ۶ ماه گذشته و عدم استفاده از مواد مخدر بود. پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه آموزش داده شد و پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر و با رعایت نکات اخلاقی و حفظ حریم شخصی بیمار تکمیل گردید. در نهایت داده‌های حاصل از پرسشنامه با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی نظیر T مستقل در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۴- یافته‌ها

در این تحقیق ۵۰ زن مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I در گروه بیمار و ۵۰ زن سالم فاقد اختلالات روانی جهت مقایسه در نظر گرفته شدند. نتایج نشان داد در هر دو گروه سالم و بیمار، بیشتر افراد مورد مطالعه در بازه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال قرار دارند. ۷۳ درصد افراد گروه سالم متأهل و ۲۷ درصد مجرد بودند. در گروه بیمار نیز، ۵۱ درصد متأهل و ۴۹ درصد مجرد بودند. از نظر وضعیت شغلی ۶۵ درصد افراد سالم شاغل و در گروه بیمار تنها ۱۷ درصد از آن‌ها مشغول به کار بودند. همچنین نتایج حاصل از مقایسه فراوانی مصرف داروهای تنظیم‌کننده خلق و داروهای آنتی سایکوتیک در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I نشان داد، ۱۵ نفر (۳۰٪) از افراد مورد مطالعه از داروی لیتیوم، ۹ نفر (۱۸٪) از والپروات، ۶ نفر (۱۲٪) از کاربامازپین، ۱۱ نفر (۲۲٪) از ترکیب این داروها، ۳ نفر (۶٪) از سایر داروها و ۶ نفر (۱۲٪) از هیچ دارویی استفاده نمی‌کردند (نمودار ۱). قابل ذکر است در گروه سالم نیز هیچ‌یک از افراد شرکت‌کننده از دارو استفاده نمی‌کردند.



نمودار ۱. مقایسه نوع داروی مصرفی در گروه بیمار بر حسب درصد

طبق دستورالعمل پرسشنامه WHOQOL-BREF، نحوه امتیازدهی به حیطه‌های چهارگانه به صورت بازه‌های (۰-۱۰۰) و نمره متوسط ($\mu=50$) است. در جدول (۱) امتیاز کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه مذکور و به تفکیک ابعاد ۴ گانه آمده است. همچنین دو گروه بیمار و سالم از لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی، به لحاظ آماری با استفاده از آزمون تی مستقل مورد مقایسه قرار گرفتند. بر اساس نتایج جدول (۱)، در بعد سلامت جسمی، گروه بیماران نسبت به گروه سالم، وضعیت نامطلوب‌تری را گزارش کردند و از سلامت جسمی پایین‌تری برخوردار بودند. این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<0/0003$). در زمینه سلامت روان‌شناختی و عملکرد و روابط اجتماعی نیز گروه بیماران، نمرات پایین‌تری را نسبت به گروه سالم دریافت کرده بودند و از مشکلات بیشتری نسبت به گروه سالم شکایت داشتند. ($P<0/0001$). همچنین از نظر بعد سلامت محیطی نیز بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P<0/0007$) به این معنا که بیماران در این بعد، نمرات کمتری را کسب کردند و از رضایت کمتری نسبت به گروه سالم برخوردار بودند. در مجموع امتیاز کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF برای گروه سالم معادل ۷۸ به دست آمد که بالاتر از سطح متوسط ($\mu=50$) است و نشان می‌دهد در مجموع گروه سالم، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. در مقابل در گروه بیمار امتیاز کیفیت زندگی معادل ۳۶ به دست آمد که کمتر از سطح متوسط ($\mu=50$) بوده و حاکی از کیفیت زندگی نامطلوب گروه بیمار است. بر اساس نتایج آزمون T مستقل، این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($P<0/000$).

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و گروه سالم با استفاده از آزمون T مستقل

| P.Value | گروه بیمار | | کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF |
|---------|----------------------------|---------------|--|
| | میانگین \pm انحراف معیار | گروه سالم | |
| 0/0003 | 2/1 \pm 37 | 0/65 \pm 78 | سلامت جسمی |
| 0/0001 | 2/8 \pm 29 | 0/51 \pm 81 | سلامت روان‌شناختی |
| 0/0001 | 1/2 \pm 42 | 0/2 \pm 68 | روابط اجتماعی |
| 0/0007 | 0/45 \pm 36 | 0/01 \pm 85 | سلامت محیط |
| 0/000 | 1/63 \pm 36 | 0/34 \pm 78 | شاخص کل |

جدول ۲. مقایسه میانگین میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و ویژگی‌های فردی و جامعه‌شناختی

| متغیر | گروه‌ها | نمره سلامت | آماره T | سطح معنی‌داری |
|--------------|---------|---------------|---------|---------------|
| | | | | |
| سن | 30-18 | 1/8 \pm 28 | -1/58 | 0/13 |
| | 40-31 | 3/5 \pm 30 | | |
| | 50-41 | 0/8 \pm 36 | | |
| وضعیت اشتغال | شاغل | 0/11 \pm 46 | 3/18 | 0/005 |
| | بیکار | 1/04 \pm 21 | | |
| وضعیت تأهل | مجرد | 3/7 \pm 27 | 7/94 | 0/003 |
| | متاهل | 1/11 \pm 38 | | |

در ادامه به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی و جامعه‌شناختی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I از آزمون T تک نمونه‌ای در سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده شد (جدول ۲). نتایج نشان داد در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی، زنان متأهل

نسبت به زنان مجرد و زنان شاغل نسبت به زنان بیکار از رضایت بیشتری برخوردارند و این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. همچنین نتایج نشان داد گرچه با افزایش سن، افراد رضایت از زندگی بیشتری را گزارش کردند اما سطح معنی‌داری معادل ۰.۱۳ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج تحقیق حاضر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به افراد سالم در هر چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، عملکرد اجتماعی و سلامت محیطی از امتیاز پایین‌تری برخوردار بود به این معنا که افراد بیمار کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارند. در همین راستا، نتایج بونیم و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد در مجموع افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کیفیت پایین‌تری را تجربه می‌کنند، همچنین هادی (۱۳۹۱) با مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم دریافت افراد بیمار وضعیت بدتری در مقایسه با گروه شاهد در حیطه‌های عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی دارند. نتایج آنایو و همکاران (۲۰۲۱)، نیز حاکی از کیفیت پایین‌تری در افراد بیمار بود که با نتایج تحقیق حاضر همسو است. نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی و جامعه‌شناختی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I نشان داد زنان متأهل نسبت به زنان مجرد از رضایت بیشتری از کیفیت زندگی برخوردارند. در همین راستا نتایج سیلویا و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی با کیفیت زندگی و عملکرد در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پرداخته بودند، نشان داد بیمارانی که متأهل بودند، طلاق گرفته بودند، یا جدا شده بودند، در مقایسه با بیمارانی که مجرد یا هرگز ازدواج نکرده بودند، اختلال عملکردی بدتری داشتند؛ که با نتایج تحقیق حاضر مغایر است. همچنین نتایج نشان داد گرچه با افزایش سن، افراد رضایت از زندگی بیشتری را گزارش کردند اما سطح معنی‌داری معادل ۰.۱۳ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. در همین راستا تایلور و همکاران (۲۰۲۱)، طی بررسی سیستماتیک عملکرد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دریافتند افراد مسن‌تر با طیف گسترده‌ای اختلال عملکرد و رضایت از کیفیت زندگی مواجه هستند.

طبق شواهد، یکی از سه اختلال ناتوان‌کننده در ایران، اختلال دوقطبی است. اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی طی تحقیقات گسترده‌ای در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. باین‌حال، مطالعات به نتایج یکسانی در مورد اینکه کدام درمان بر کدام نتیجه مؤثر است، نرسیده است. علاوه بر این، یافته‌ها مقادیر زیادی از اطلاعات پراکنده را به دلیل نمونه‌های جامعه، ابزارهای اندازه‌گیری و پروژه‌های تحقیقاتی مختلف تولید می‌کنند (Tabas, Momeni, Bakhshani, Pourshahbaz & Rezaei, 2023). بررسی‌ها نشان می‌دهد دریافت مداخلات دارویی با مداخلات روان‌شناختی ممکن است بیمار را یک قدم جلوتر به سمت کاهش تأثیر این اختلال ناتوان‌کننده بر عملکرد و رضایت از زندگی ببرد. لذا برای این افراد حمایت‌های بیشتری در قالب دارودرمانی، درمان شناختی رفتاری، برنامه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی، روان‌درمانی، حمایت‌های اجتماعی و پیگیری‌های مکرر از لحاظ بررسی وضعیت سلامت جسمی و روحی نیاز است تا موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان گردد. انجام مطالعات بیشتر به‌ویژه بررسی تأثیر دارودرمانی و درمان‌های روانشناسی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پیشنهاد می‌گردد.

۶- منابع

- ۱- بشارت، محمدعلی؛ کشاورز، سمیرا؛ غلامعلی لوسانی، مسعود؛ و عربی، الهام (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین روان‌سازهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی. روانشناسی، ۲۲(۳)، ۲۵۶-۲۷۰.

- ۲- بی‌ریائی نجف‌آبادی، د.، و نوئین، آ. (۱۴۰۲). اثربخشی روان‌درمانی روابط ابژه‌ای بر الگوهای دل‌بستگی ناایمن زنان ۲۵-۳۰ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی. روان‌پرستاری، ۱(۶)، ۱۱۹-۱۲۸. doi: 10.22034/IJPN.11.6.6
- ۳- داداش‌زاده، حسین؛ ارفعی، اصغر؛ موسوی‌کیا، شلاله؛ و علیزاده، امینه (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبود نسبی و افراد سالم. مجله مطالعات علوم پزشکی، ۲۴(۵)، ۳۶۴-۳۷۲.
- ۴- دادستان، پریخ (۱۳۸۳). روان‌شناسی مرضی تحولی. تهران: سمت.
- ۵- رضایی، مهرک؛ هاشمی، تورج؛ و شاطری، لیلا (۱۴۰۲). اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر بهبود زمان واکنش، برنامه‌ریزی و بازداری از پاسخ در بیماران دوقطبی. عصب روان‌شناسی، ۹(۲)، ۳۱-۴۸. doi: 10.30473/CLPSY.2024.69947.1732
- ۶- سلطانی‌عظمت، ابراهیم؛ محمدیان، ابوالفضل؛ دولت‌شاهی، بهروز؛ و علیدوست، هیرو (۱۳۹۴). مقایسه نقص‌ها در نظریه ذهن در بیماران با اختلال دوقطبی نوع ۱ در دوره فروکش. علوم اعصاب شفای خاتم، ۴(۱)، ۱۷-۲۵. doi:10.18869/acadpub.shefa.4.1.17
- ۷- شاملو، سعید (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی روانی. تهران: رشد.
- ۸- محجل رضایی، شیوا؛ و هاشمی، تورج (۱۳۹۷). مقایسه‌ی کارکردهای شناختی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد عادی. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۴۹)، ۲۷-۳۶.
- ۹- میرباقر آجریز، فرنوش؛ و دهقانی، اکرم (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۲۲(۱)، انتشار آنلاین. doi: 10.22070/CPAP.2024.18237.1422
- ۱۰- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ کاظم، محمد؛ و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- ۱۱- هادی، نگین (۱۳۹۱). مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۵۳)، ۵۴-۶۳. doi: 10.22038/JFMH.2012.933
- ۱۲- یعقوبیان، رقیه؛ و رستمی، حسین (۱۴۰۲). اختلال دوقطبی: ماهیت، سبب‌شناسی و روش‌های درمانی. دومین کنفرانس بین‌المللی و سومین کنفرانس ملی یافته‌های نوین در مدیریت، روان‌شناسی و حسابداری، تهران.
- 13- Anyayo, L., Ashaba, S., Kagawa, M. M., Maling, S., & Nakimuli-Mpungu, E. (2021). Health-related quality of life among patients with bipolar disorder in rural southwestern Uganda: a hospital based cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 19, 1-8. doi:10.1186/s12955-021-01729-5
- 14- Bonfín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., ... & Vieta, E. (2019). Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(8), 467-477. doi:10.1093/ijnp/pyz018
- 15- Bonnin, C. M., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Solé, B., Reinares, M., Rosa, A. R., ... & Torrent, C. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *Journal of affective disorders*, 136(3), 650-659. doi:10.1016/j.jad.2011.10.012
- 16- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and quality of life in people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 507-514.
- 17- Cotrena, C., Branco, L. D., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2020). Predictors of quality of life in bipolar disorder: A path analytical study. *Psychiatry research*, 285, 112846. doi:10.1016/j.psychres.2020.112846
- 18- Goetz, I., Tohen, M., Reed, C., Lorenzo, M., Vieta, E., & EMBLEM Advisory Board. (2007). Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar disorders*, 9(1-2), 45-52. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00325.x
- 19- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar disorders*, 18(2), 192-199. doi:10.1111/bdi.12370
- 20- Hatchett, G. (2010). Differential diagnosis of borderline personality disorder from bipolar disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 189-205. doi:10.17744/mehc.32.3.n682682184554445
- 21- IsHak, W. W., Brown, K., Aye, S. S., Kahloon, M., Mobaraki, S., & Hanna, R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 14(1), 6-18. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00969.x

- 22- McGinty, K. R., Janos, J., Seay, J., Youngstrom, J. K., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., & Freeman, A. J. (2023). Comparing self-reported quality of life in youth with bipolar versus other disorders. *Bipolar Disorders*, 25(8), 648-660. doi:10.1111/bdi.13320
- 23- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251.
- 24- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 95-100. doi:10.1177/070674370505000
- 25- Morton, E., Murray, G., Yatham, L. N., Lam, R. W., & Michalak, E. E. (2021). The Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL. BD) questionnaire a decade on—A systematic review of the measurement of condition-specific aspects of quality of life in bipolar-disorder. *Journal of Affective Disorders*, 278, 33-45. doi:10.1016/j.jad.2020.09.017
- 26- Rajagopalan, K., Bacci, E. D., Ng-Mak, D., Wyrwich, K., Pikalov, A., & Loebel, A. (2016). Effects on health-related quality of life in patients treated with lurasidone for bipolar depression: results from two placebo controlled bipolar depression trials. *BMC psychiatry*, 16, 1-9. doi:10.1186/s12888-016-0865-y
- 27- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., ... & Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 1-8. doi:10.1186/1745-0179-3-5
- 28- Rowe, A. L., Perich, T., & Meade, T. (2024). Childhood cumulative trauma, social support and stress as predictors of illness outcomes and quality of life in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(4), 334-344. doi:10.1177/00048674231209225
- 29- Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins.
- 30- Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar disorders*, 7(2), 159-165. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x
- 31- Strakowski, S. M., Williams, J. R., Fleck, D. E., & Delbello, M. P. (2000). Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *Journal of Psychiatric Research*, 34(3), 193-200. doi:10.1016/S0022-3956(00)00015-7
- 32- Sylvia, L. G., Montana, R. E., Deckersbach, T., Thase, M. E., Tohen, M., Reilly-Harrington, N., ... & Nierenberg, A. A. (2017). Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 5(1), 1-8. doi:10.1186/s40345-017-0078-4
- 33- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *A report from the WHOQOL group. Quality of life Research*, 13, 299-310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- 34- Tabas, M. Y., Momeni, F., Bakhshani, N. M., Pourshahbaz, A., & Rezaei, O. (2023). Psychological intervention for bipolar disorder in Iran: A systematic review. *Entomology and Applied Science Letters*, 10(1-2023), 53-64. doi:10.51847/284TUNfrCr
- 35- Tyler, E., Lobban, F., Hadarag, M. B., & Jones, S. (2022). A systematic review of psychosocial functioning and quality of life in older people with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders Reports*, 9, 100371. doi:10.1016/j.jadr.2022.100371

Evaluation of the Quality of Life of Patients with Bipolar Disorder Type I (Women Under 50 Years Old)

Negar Sangri¹, Reza Ghorban Jahormi^{2*}

1. Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

sangarinegar.id@gmail.com

2. Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

rrghorban@gmail.com

Abstract

Bipolar disorder, formerly known as manic-depressive disorder, is a mood disorder characterized by periods of depression and periods of abnormal happiness. Considering the high prevalence of this disease in women, the present research was conducted with the aim of evaluating the quality of life of patients with bipolar disorder type I in women under fifty years of age. To conduct the research, the individual characteristics of the participants were examined first, then the WHOQOL-BREF questionnaire was used to evaluate the quality of life. The statistical population of the present study was 50 female patients who were diagnosed with bipolar I disorder based on the criteria of DSM-IV-TR and who had referred to counseling and treatment centers in Tehran in 1402 and were included in the study using available sampling method. Also, in order to compare this group with healthy people in the community, a group (50 people) was selected from among the companions of the patients and the staff of counseling centers and the results were analyzed using independent T-test in SPSS software. Based on the findings of this research, the quality of life score for the healthy group was equal to 78 and above the average level ($\mu=50$), which shows that the healthy group has a better quality of life. On the other hand, in the patient group, the quality of life score equal to 36 was obtained, which is lower than the average level and indicates the unfavorable quality of life of the patient group. This difference was also statistically significant.

Keywords: Quality of life, Bipolar disorder type 1, Women over 50 years old.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)